

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРАПИВНИЦЕ У ДЕТЕЙ

© Рита Рафкатовна Кильдиярова

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 115035, Москва, Садовническая ул., 11

Контактная информация: Рита Рафкатовна Кильдиярова — главный редактор. E-mail — kildiyarova@geotar.ru

Резюме. В статье представлена краткая и наглядная информация по проблеме «Крапивница у детей», разработанная автором, базируемая на данных доказательной медицины. Данный материал будет планироваться в сборнике алгоритмов — клинических рекомендаций «Тактика врача первичного звена здравоохранения. Педиатрия».

Ключевые слова: клинические рекомендации, дети, крапивница, волдыри, ангиоотек.

DOCTOR'S TACTICS IN CASE OF URTICARIA IN CHILDREN

© Rita Rafkatovna Kildiyarova

Publishing group "GEOTAR-Media", Moscow. 115035, Moscow, Sadovnicheskaya str., 11

Contact Information: Rita Rafkatovna Kildiyarova — chief editor. E-mail — kildiyarova@geotar.ru

Summary. The article presents a brief and visual information «The urticaria in children», developed by the author, based on the evidence-based medicine. This material will be planned in the collection of algorithms-clinical recommendations «Tactics of the doctor primary health care. Pediatrics»

Key words: clinical guidelines, children, urticaria, blisters, angiotec.

В настоящее время медицинским издательством ГЭОТАР-Медиа планируется уникальный сборник алгоритмов — результат кропотливого труда рабочей группы, в которую вошли главные внештатные специалисты и лучшие врачи городов Москвы, Казани и других регионов, написавших статьи по различным специальностям в книгу «Тактика врача первичного звена здравоохранения». В данной статье автором предлагается своеобразная «выжимка» многостраничных клинических рекомендаций «Крапивница у детей», утвержденных вначале Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, а далее Союзом педиатров России и Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов [1, 2].

Крапивница — группа заболеваний, характеризующаяся развитием волдырей и/или ангиоотеклов при воздействии пищевых продуктов и добавок (рис. 1), лекарственных средств, укусов и ужаления, физических, психогенных факторов и т.д. Как симптом рассматривается при дерматомиозите, воспалительных болез-

нях кишечника, тиреоидитах и других патологиях. И, безусловно, наиболее часто она встречается при пищевой аллергии [3–5].

Патогенетически выделяют иммунные (I–IV типы реакций), неиммунные, аутоиммунные и смешанные механизмы развития крапивницы. I тип иммунных реакций (реагиновый или IgE-опосредованный) характерен для острой аллергической крапивницы; II тип (цитотоксический) — холинергической и дерматографической крапивницы; III тип реакции, или цитотоксический, лежит в основе некоторых видов физической крапивницы, IV тип — крапивницы, обусловленной сопутствующими заболеваниями (при вирусных и бактериальных инфекциях — туберкулез, сифилис, бруцеллез, туляремия). Воздействие физических стимулов и псевдоаллергенов может обуславливать неиммунные или смешанные варианты заболевания [6].

Ангиоотек/волдырь обусловлен активацией эндотелиальных молекул адгезии, нейропептидов, факторов роста и возникновением смешанного воспалительного периваскулярного инфиль-

трата различной интенсивности, состоящего из нейтрофилов, эозинофилов, базофилов, макрофагов и Т клеток, однако, не сопровождающегося некрозом сосудистой стенки, который, в свою очередь, характерен для уртикарного васкулита [1, 2]. Необходимо помнить, что у одного пациента может быть два и более вида крапивницы.

Кодирование крапивницы, согласно международного классификатора болезней 10 пересмотра, представлено в табл. 1. *Пример диагноза:* Хроническая идиопатическая крапивница, обострение (L50.1).

Примеры диагнозов

- Хроническая идиопатическая крапивница, обострение.
- Острая аллергическая крапивница. Пищевая аллергия.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика с учетом доказательной медицины сведена в табл. 2.

Иная диагностика включает следующие консультации:

1. Проведение консультации аллерголога-иммунолога всем пациентам.
2. Проведение консультации дерматовенеролога — для верификации элементов сыпи, проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи, биопсии кожи.

3. По показаниям при подозрении на сопутствующие патологии — консультации ревматолога, онколога, паразитолога, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога, психиатра, гематолога, пульмонолога.

Дополнительные исследования или диагностические тесты имеются в табл. 3.

Следует помнить, что на фоне острой инфекции может возникать характерная для конкретного заболевания экзантема, а также острая крапивница, триггером которой могут быть лекарства, гомеопатические препараты или средства народной медицины на растительной основе.

ЕСНО-экзантема. Характеризуется эритематозной пятнистой или пятнисто-папулезной сыпью, исчезающей при надавливании, не сопровождающейся зудом (рис. 1). Появляется, как правило, после 3 или 6 суток лихорадки, начинаясь с кожи в области шеи и вокруг ушей, постепенно распространяясь по всему телу.

Парвовирусная инфекция. При этом инфекционном заболевании отмечается пятнистая, пятнисто-папулезная, «кружевная» эритематозная сопровождающаяся зудом, распространяющаяся на лицо, конечности и туловище (рис. 2). Отличительный признак — симптом «нашлепанных щек».

Лекарственная экзантема. Многие лекарственные препараты способствуют развитию так называемой лекарственной экзантемы (табл. 4).

Наиболее часто лекарственную экзантему у детей можно наблюдать при инфекционном мо-

Таблица 1

Кодирование по МКБ-10

Кодирование видов крапивницы	Типы и подтипы	Длительности проявления	Не относятся к крапивнице
Крапивница (L50) Аллергическая L50.1 — Идиопатическая L50.2 — Вызванная воздействием низкой или высокой температуры L50.3 — Дермографическая L50.4 — Вибрационная L50.5 — Холинергическая L50.6 — Контактная L50.8 — Другая L50.9 — Неуточненная	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Идиопатическая:</i> <ul style="list-style-type: none"> — острая спонтанная; — хроническая спонтанная. • <i>Индукцируемая</i> (физическая): <ul style="list-style-type: none"> — холодовая контактная; — замедленная от давления; — тепловая контактная; — солнечная; — дермографическая; — вибрационная крапивница/ангиоотек. • <i>Особый тип:</i> <ul style="list-style-type: none"> — аквагенная крапивница; — холинергическая крапивница; — контактная крапивница; — анафилаксия/крапивница, вызываемая физической нагрузкой 	Острая — менее 6 недель. Хроническая — более 6 недель	Пигментная крапивница (кожный мастоцитоз). Уртикарный васкулит. Аутовоспалительные синдромы (например, криопиринассоциированный периодический синдром). Ангиоотеки, связанные с брадикардией и т.д.

Таблица 2

Критерии диагностики крапивницы

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендован сбор анамнеза (C1)	
Жалобы и анамнез	Уртикарии с наличием зуда и жжения, в т.ч. на свободных от высыпаний участках кожи, обычно усиливающихся к вечеру
	«Продолжительность жизни» одного элемента (от нескольких минут до часов, но не более 24 ч) с цикличностью появления
	Локализация любая, за исключением слизистых, поражение которых характерно для ангионевротического отека, развивающегося в 50% случаев крапивницы
	Стресс, прием пищи, лекарственных препаратов, физических стимулов обострения, заболеваний и т.д. перед появлением крапивницы
	Наличие патологии, ассоциированной с хронической крапивницей: вирусные инфекции, паразитарные инвазии, грибковые поражения, хронические воспалительные поражения ЖКТ, аутоиммунные заболевания, паранеоплазия
Аллергологический анамнез	Наличие атопических заболеваний, крапивницы или уртикарного дермографизма в личном и семейном анамнезе
2. Рекомендована оценка клинических данных (C1)	
2.1. Оценка степени тяжести (активности)	Суммарная оценка количества высыпаний и интенсивности зуда самим пациентом или его представителям проводится каждые 24 ч за 7 последовательных дней. Сумма баллов за сутки — от 0 до 6, за неделю — максимум 42 балла
	Не используется для оценки активности физической крапивницы и изолированных ангиоотечков
2.2. Физикальное обследование (осмотр, пальпация)	Волдыри (уртикарии) — преходящие, красного цвета, часто сопровождающиеся зудом, размерами от нескольких мм или см (10 см — гигантские), четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, исчезающие при надавливании, с незначительным отеком
	Ангиоотек локализуется на коже и слизистых, розовый или бесцветный, периваскулярный инфильтрат отсутствует, имеет значительные размеры, длительностью 24–48 ч, зуд имеется не всегда, сопровождается болью и напряжением
3. Оценка лабораторных данных (C1) [6]	
3.1. Общеклинические исследования	Рутинное обследование для выявления причин заболевания всех пациентов с однократным эпизодом острой спонтанной крапивницы не рекомендуется.
3.2. Определение уровня общего IgE	Малоинформативно и не должно использоваться как скрининговый метод диагностики крапивницы. В случаях подозрения на IgE-опосредованную крапивницу, обусловленную пищевой аллергией, или крапивницу, вызванную нестероидными противовоспалительными средствами, а также другими выявленными факторами рассмотреть назначение аллергообследования и провести образовательную беседу с пациентом с целью исключения повторных эпизодов.
3.3. Объем обследования	Сокращение — при клинически значимых находках и в случае положительного ответа на терапию
	При хронической крапивнице расширенное обследование: <ul style="list-style-type: none"> • определение уровней тиреоглобулина, тиреопероксидазы, тиреоидных гормонов, антител к тиреопероксидазе тиреоглобулину; триптазы; антинуклеарных антител; C3/C4 компонентов комплемента; • белковых фракций; • D-димера; А • аллергообследование (кожные тесты или определение sIgE и/или диагностическая элиминационная диета); • тесты для исключения физической крапивницы; • биопсия кожи; • исключение/подтверждение инфекционных заболеваний (а также наличия <i>Helicobacter pylori</i>); паразитарной инвазии; • тест с аутологичной сывороткой

Таблица 3

Диагностические тесты	
Тип крапивницы	Тест для диагностики
Холодовая контактная крапивница	Аппликация кубика льда в область предплечья на 2–5 минут
	Выполнение физических упражнений 5 минут на холоде (4 °С)
	Пребывание в холодной комнате без одежды 5–7 минут
	Погрузить предплечье в холодную воду на 2–5 минут
Замедленная крапивница от давления	Тест с давлением
Тепловая контактная	Тепловой провокационный тест
Солнечная	УФ и видимый свет разной длины волны, исключить фотодерматозы
Дермографическая	Вызвать дермографизм
Аквагенная	Приложить влажную ткань, смоченную водой температуры тела, на 10–20 минут
Холинергическая	Физическая нагрузка и горячая ванна (40–45 °С) на 10–20 минут
Контактная	Патч- или прик-тесты
Анафилаксия от физической нагрузки	Физическая нагрузка с или без пищевых продуктов в зависимости от данных анамнеза



Рис. 1. Острая крапивница у ребенка 3 лет после употребления сладкого газированного напитка



Рис. 2. Парвовирусная инфекция у детей

нонуклеозе, в терапии которого необоснованно используются аминопенициллин. При инфекции вируса герпеса 6 типа наблюдаются тяжелые реакции гиперчувствительности на карбамазепин, что носит название DRESS-синдром («drug rash + eosinophilia + systemic symptoms» = лекарственная сыпь + эозинофилия + системные симптомы) [1, 2].

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Эпизод острой крапивницы без дальнейшего рецидивирования обычно не требует углубленного обследования и госпитализации (табл. 4). При хронической крапивнице детей наблюдает аллерголог-иммунолог (либо дерматолог, кратность — 1 раз в 3–6 мес вне обострения). Комплексное обследование с динамическим контролем состояния, консультации других специ-

алистов по показаниям проводятся детям 1 раз в 6–12 мес, в зависимости от степени тяжести и характера течения процесса по показаниям амбулаторно или в дневном стационаре. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности законного представителя ребенка — 7–14 дней. Критерии выздоровления — клиническое выздоровление.

Диспансерное наблюдение проводится при хронической крапивнице. Частота осмотров, объем обследования зависят от частоты обострений; проводится аллергологом и участковым педиатром.

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение включает:

1 Идентификацию и элиминацию (исключение воздействия) возможных причинно-значимых факторов.

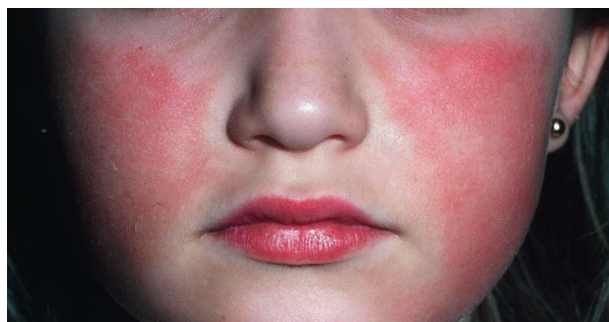


Рис. 1. ЭСНО экзантема у ребенка



Таблица 4

Этиологические факторы лекарственной экзантемы [1, 2]

Группа препаратов	
Антибиотики и препараты химиотерапии	Ампициллин, амоксициллин, цефалоспорины, ко-тримоксазол, налидиксовая кислота, блеомицин
Противосудорожные препараты и нейролептики	Карбамазепин, хлорпромазин, фенитоин
Нестероидные противовоспалительные препараты	Напроксен, пироксикам
Другие лекарства	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, пеницилламин, препараты золота

2 Фармакотерапию, направленную на предотвращение дегрануляции и/или воздействия медиаторов тучных клеток.

Режим и диета — гипоаллергенные. Строгую элиминационную диету отменяют в случае ее неэффективности в течение 1–2 мес. Исключение из рациона пищевого аллергена приводит к улучшению через 24–48 ч. При псевдоаллергической реакции улучшение на фоне гипоаллергенной диеты наступает через 2–3 недели. Диета может быть при хронической крапивнице: по результатам некоторых исследований показана эффективность элиминации псевдоаллергенов и продуктов, содержащих гистаминолибераторы (ферментированные сыры, капуста, вяленая ветчина и говяжьи сосиски, свиная печень, консервированный тунец, консервированная копченая селедочная икра, маринованная сельдь, шпинат, томаты, сыры (рокфор, камамбер, бри, чеддер), шоколад, бобы какао и др.). Рекомендовано исключить употребление лекарственного(-ых) пре-

Таблица 5

Показания для госпитализации при крапивнице

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
Тяжелые формы острой крапивницы	Оказание неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (см. Неотложные состояния) Вызов скорой медицинской помощи для неотложной госпитализации (см. Неотложные состояния)
Ангиоотек в области гортани с риском асфиксии	
Крапивница, сопровождающая анафилаксию	
Тяжелые формы обострения хронической крапивницы и ангиоотека, торпидные к амбулаторному лечению	

парата(-ов), предположительно вызвавшего крапивницу. У пациентов с крапивницей рекомендуется замена принимаемых препаратов со свойствами гистаминолибераторов на ЛС других классов: следует исключить прием ацетилсалициловой кислоты и других НПВП (у больных с доказанной непереносимостью НПВП, у остальных пациентов с крапивницей — в период обострения заболевания) [1, 2].

При солнечной крапивнице избегать прямого воздействия солнца, ношения открытой одежды, отказаться от отдыха в регионах с высокой инсоляцией.

При механической или холодовой крапивнице — избегать слишком легкой одежды, употребления холодных напитков и пищи, длительного пребывания на холоде; устранять или уменьшать воздействия физических факторов, отказываться от тесной одежды, рекомендовано дозировать физическую нагрузку и уменьшить влияние стрессовых факторов и т.п. [1, 2].

Основной принцип лечения — **применение лекарственных средств** в минимально необходимом объеме. Согласно международному консенсусу, подходы к терапии крапивницы у детей аналогичны таковым у взрослых, однако,

Таблица 5

Фармакотерапия при крапивнице

Препараты выбора	Особенности применения
Первая линия терапии — неседативные антигистаминные средства 2-го поколения в 1 прием (A1)	
Дезлоратадин	С 6 мес: по 1 мг (2 мл сиропа), в 1–5 лет по 1,25 мг (2,5 мл), 6–11 лет по 2,5 мг (5 мл), старше 12 лет — 5 мг (1 табл. или 10 мл сиропа)
Лоратадин	С 2 лет: при массе тела < 30 кг — 5 мг, > 30 кг — по 10 мг
Цетиризин	С 6 мес: капли 2,5 мг, в 1–6 лет 2,5 мг 2 раза в день или 5 мг 1 раз в день, с 6 лет 10 мг (1 табл.) однократно или по 5 мг 2 раза в день
Рупатадина фумарат	Старше 12 лет: 10 мг (1 табл.) однократно
Диметиндена малеат	С 1 мес: до 1 года — 3–10 капель 3 раза в сутки; 1–3 года — 10–15 капель; 3–12 лет — 15–20 капель; 12 лет и старше — 1 капс. по 4 мг
При отсутствии особых показаний нельзя применять седативные антигистаминные препараты 1-го поколения (A1) , которые обладают выраженным нежелательным седативным эффектом, так как из-за высокой липофильности легко проникают через гематоэнцефалический барьер и вызывают блокаду H1- и M-рецепторов центральной нервной системы. Кроме того, из-за M-холинолитического (атропиноподобного) действия эти препараты не рекомендуется назначать детям при сочетании крапивницы с БА или аллергическим ринитом. Не рекомендовано одновременное применение нескольких H1-АГ	
При сохранении симптомов более 2–4 недель или, если симптомы нестерпимы для пациента, дозу антигистаминного препарата II поколения H1-АГ рекомендуется увеличить в 2 раза (вторая линия терапии)	
Вторая линия терапии — при сохранении симптомов > 2 нед — доза антигистаминного препарата 2-го поколения увеличивают в 2 раза (C1).	
Если симптомы сохраняются более 2–4 недель на фоне лечения H1-АГ II в увеличенной дозе (или ранее, если симптомы нестерпимы), рекомендуется перейти к 3-й линии терапии, которая предусматривает добавление к H1-АГ II поколения омализумаба	
Третья линия терапии — при наличии симптомов > 2–4 нед	
Омализумаб (A1)	С 12 лет: по 300 мг/4 недели, п/к. Максимальный эффект достигается через 12 недель лечения, длительность курса зависит от достигнутого эффекта.
При неадекватном контроле симптомов на фоне терапии H1-АГ II и омализумабом (если симптомы сохраняются в течение 6 месяцев или, если симптомы нестерпимы, либо в отсутствие омализумаба) возможно назначение циклоспорина А в дополнение к H1-АГ II	
Циклоспорин А (A1)	С 1 года: 2,5 мг/кг/сутки в 2 приема. При неэффективности через 2 недели повышение дозы до максимальной — 5 мг/кг/сутки; курс от 8 недель и более
Четвертая линия терапии — короткий курс системных глюкокортикостероидов (C2)	
Преднизолон	В случае тяжелого течения крапивницы, при развитии острого ангионевротического отека показано назначение системных глюкокортикостероидов (СГКС) — преднизолон 1–2 мг/кг/сут (не более 50 мг/сут), обычно длительностью 3–7 сут. Постепенной отмены СГКС не требуется. Не рекомендовано рутинное назначение топических глюкокортикоидов
При развитии симптомов острой сердечно-сосудистой недостаточности рекомендовано незамедлительное введение эпинефрина (п/к или в/м — по 10 мкг/кг, максимально до 0,3 мг), при необходимости введение этих доз повторяют через каждые 15 мин (до 3 раз)	
В качестве альтернативной терапии в индивидуальных случаях рекомендуется рассмотреть назначение препаратов, использующихся в клинической практике, но не имеющих достаточной доказательной базы — монтелукаст	
Монтелукаст	назначают детям с 2 лет до 5 лет в дозе 4 мг/сутки, от 6 до 14 лет — 5 мг/сутки, старше 15 лет — 10 мг/сутки.
В случае выраженного, интенсивного зуда, влияющего на активность и сон, рекомендовано назначение анксиолитической терапии	
Гидроксизина гидрохлорид	С 3 лет: по 1–2 мг/кг, 3–5 дней, разделенных на несколько приемов
(2C) Рекомендовано рассмотреть вопрос об эрадикации инфекционных агентов и инвазий, лечении хронического воспалительного процесса в случае исключения других возможных причин крапивницы и наличия вероятности связи инфекций и инвазий с крапивницей	

учитывая небольшой объем доказательной базы по лечению детей с данной патологией, — должны применяться с осторожностью [1, 2].

Использование в терапии препаратов, не разрешенных к применению у детей согласно инструкции допустимо только с разрешения этического комитета и информированного согласия законных представителей и ребенка старше 14 лет. Фармакотерапия (с учетом принципов доказательной медицины) при крапивнице сведена в табл. 5.

Профилактика. Уменьшение частоты и продолжительности обострений аллергической крапивницы достигается с помощью наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств, а также элиминацией аллергенов и при соблюдении диеты. При физической или иной индуцируемой крапивнице рекомендации охранительного режима помогают снизить риск развития обострений и возникновения новых элементов.

Ведение пациентов. Эпизод острой крапивницы без дальнейшего рецидивирования обычно не требует углубленного обследования; детей наблюдает в амбулаторно-поликлинических условиях врач-педиатр, по показаниям проводятся консультации специалистов. Детей с хронической крапивницей наблюдает в амбулаторных условиях врач аллерголог-иммунолог (либо дерматолог, кратность — 1 раз в 3–6 мес вне обострения) [1, 2].

Рекомендации для пациентов, которые должен дать врач.

- При крапивнице, причиной которой является аллергия на продукты питания, необходимо соблюдение гипоаллергенной диеты. Исключите из рациона питания продукт/продукты, которые предположительно вызывают аллергию и/или причинно-значимые аллергены, выявленные при аллергологическом обследовании. Срок исключения продуктов определяется индивидуально лечащим врачом.
- При невозможности определения причинно-значимого аллергена соблюдайте диету с исключением продуктов с повышенной аллергенной активностью, содержащих искусственные пищевые добавки (красители, консерванты, эмульгаторы), блюда со свойствами неспецифических раздражителей желудочно-кишечного тракта. Данная диета также предусматривает щадящую кулинарную обработку, при этом блюда готовятся на пару, отвариваются, запекаются.
- **Из рациона питания исключаются:** бульоны, острые, соленые, жареные блюда,

копчености, пряности, колбасные изделия (вареная и копченая колбасы, сосиски, сардельки, ветчина), печень, рыба, икра, морепродукты, яйца, острые и плавленые сыры, майонез, кетчуп, горчица, хрен, тугоплавкие жиры и маргарин; редька, редис, щавель, шпинат, томаты, болгарский перец, квашеная капуста, соленые и маринованные огурцы, а также — дыня, арбуз, грибы, орехи, фрукты и ягоды красной и оранжевой окраски (цитрусовые, земляника, клубника, малина, абрикосы, персики, гранаты, виноград, облепиха, киви, ананас), кунжут, мак, семена подсолнечника; газированные фруктовые напитки, квас, кофе, какао, кисели, мед, шоколад, карамель, мороженое, зефир, пастила, торты, кексы, свежая выпечка, жевательная резинка.

- У детей до 3 лет часто основным причинно-значимым аллергеном является **белок коровьего молока**. Выраженными аллергенными свойствами обладает и молоко других млекопитающих, например, козы. *Из рациона необходимо исключить молоко и молочные продукты (в том числе, козье молоко и продукты из него): кефир, ряженка, творог, сыр, масло, сметана, сливки, йогурт, сгущенное молоко, мороженное, а также внимательно читать этикетки на продуктах, т.к. белки коровьего молока могут содержать хлеб, хлебобулочные изделия, кондитерские и колбасные изделия.*
- **Рекомендуемые продукты:** мясо (кролик, индейка, конина, нежирные сорта свинины в отварном и тушеном виде); крупы и хлеб: гречка, кукуруза, рис, перловка, хлеб и хлебобулочные изделия желательно выпекать из гречневой, рисовой и кукурузной муки; сладости: натуральные зефир и пастила (если у ребенка нет сенсibilизации к пыльце деревьев). Кисломолочные продукты разрешены только при отсутствии аллергии к белкам коровьего молока. Овощи: картофель, капуста (всех видов), кабачки, светлая тыква, патиссоны, свежие огурцы. Фрукты: яблоки, сливы, черешня, груши, черника, сухофрукты (сушеные яблоки, чернослив), белая смородина, крыжовник, белая черешня разрешены при отсутствии сенсibilизации к пыльце деревьев и/или индивидуальной непереносимости данных продуктов. Можно банан, голубика, черника. Масло: кукурузное, тыквенное или оливковое. Чай черный, вода.

- Ведите пищевой дневник.
- Внимательно изучайте состав продуктов.
- При аллергии на пыльцу растений не используйте косметику и средства гигиены на основе растительных компонентов, помните о «перекрестной аллергии».
- При аллергии на домашних животных: откажитесь от содержания животных в доме, не посещайте дома, где есть домашние животные, откажитесь от посещений цирков, зоопарков, ферм.
- При аквагенной крапивнице избегайте частого и длительного мытья, не используйте слишком горячую и слишком холодную воду.
- Выбирайте одежду из натуральных материалов: хлопка, льна, шелка. Не носите синтетическую одежду.
- При дермографической крапивнице и крапивнице от давления: не носите одежду с тугими резинками, воротниками и поясами; избегайте давления на кожу; не сидите нога на ногу; не используйте жесткие мочалки и полотенца.
- При холинергической крапивнице: избегайте физических нагрузок.
- Не допускайте потливости. Ее может спровоцировать жаркая погода, одежда не по погоде, интенсивные физические нагрузки. Не допускайте перегревания, переохлаждения.
- Не загорайте на открытом солнце. Используйте специальные защитные кремы: при солнечной крапивнице — солнцезащитные, при холодовой крапивнице — защитные кремы при низкой температуре.
- Необходимо ответственно относиться к лечению и профилактике крапивницы. Не занимайтесь самолечением. Ведите дневник обострений и ремиссий — записывайте, как часто, когда и при каких обстоятельствах возникают обострения крапивницы. Так же, отмечайте в каких обстоятельствах и при каком лечении возникла ремиссия, ее продолжительность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы, утвержденные Российской ассоциацией аллергологов и клиницистов иммунологов. Год утверждения — 2013. URL: http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001370869S/HTML/

2. Федеральные клинические рекомендации «Крапивница у детей», утвержденные Союзом педиатров России, Российской ассоциацией аллергологов и клиницистов иммунологов. Год утверждения — 2018. <https://docviewer.yandex.ru/view/0>
3. Pite H., Wedi B., Borrego L.M., Kapp A., Raap U. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. *Acta Derm Venereol.* 2013 Sep 4; 93(5): 500–8.
4. Аллергология и иммунология. Клинические рекомендации для педиатров. Под ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. 3-е изд., испр. и доп. М.: Союз педиатров России; 2011: 256.
5. Рычкова С.В., Новикова В.П., Васильев И.В., Терешина Е.Е., Мосевич О.С., Митрофанова И.С. Состояние здоровья, образ жизни и питание школьников Санкт-Петербурга. *Клиническое питание.* 2005; № 1: 4–5.
6. Кильдиярова Р.Р., Шараев П.Н., Стрелков Н.С. Справочник по лабораторным и функциональным исследованиям в педиатрии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.

REFERENCES

1. Federal'nyye klinicheskiye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu krapivnitsy, utverzhdennyye Rossiyskoy assotsiatsiyey allergologov i klinicheskikh immunologov. God utverzhdeniya — 2013. URL: http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001370869S/HTML/ http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001370869S/HTML/ (in Russian).
2. Federal'nyye klinicheskiye rekomendatsii «Krapivnitsa u detey», utverzhdennyye Soyuzom pediatrov Rossii, Rossiyskoy assotsiatsiyey allergologov i klinicheskikh immunologov. God utverzhdeniya — 2018. <https://docviewer.yandex.ru/view/0> (in Russian).
3. Pite H., Wedi B., Borrego L.M., Kapp A., Raap U. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. *Acta Derm Venereol.* 2013 Sep 4; 93(5): 500–8.
4. Allergologiya i immunologiya. [Allergy and Immunology]. Klinicheskiye rekomendatsii dlya pediatrov. Pod red. A.A. Baranova i R.M. Khaitova. 3-ye izd., ispr. i dop. M.: Soyuz pediatrov Rossii; 2011: 256. (in Russian).
5. Rychkova S.V., Novikova V.P., Vasil'yev I.V., Tereshina Ye.Ye., Mosevich O.S., Mitrofanova I.S. Sostoyaniye zdorov'ya, obraz zhizni i pitaniye shkol'nikov Sankt-Peterburga. [The state of health, lifestyle and nutrition of schoolchildren in St. Petersburg]. *Klinicheskoye pitaniye.* 2005; № 1: 4–5.. (in Russian).
6. Kil'diyarova R.R., Sharayev P.N., Strelkov N.S. Spravochnik po laboratornym i funktsional'nyim issledovaniyam v pediatrii. [Handbook of laboratory and functional studies in Pediatrics]. M.: GEOTAR-Media; 2009. (in Russian).