Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
 Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Штегман О.А

Реферат по теме:

ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРАПИВНИЦЕ

Выполнила: Ординатор 1 года обучения, Мугалимова Н.В.

Красноярск 2022

**Содержание**

1. Краткая информация по заболеванию.

2. Диагностика заболевания

3.Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии.

4. Список литературы.

Краткая информация по заболеванию или состоянию

**Крапивница** (от лат. *Urtica* – крапива) – группа заболеваний, характеризующихся развитием зудящих волдырей и/или ангиоотеков.

Состояния, при которых волдыри являются симптомом [кожные тесты, аутовоспалительные синдромы (заболевания, вызванные мутациями в протеин-кодирующих генах, играющих ведущую роль в регуляции воспалительного ответа), анафилаксия, наследственный ангиоотек и т. п.], не относятся к крапивнице.

## Этиология и патогенез

Провоспалительные медиаторы активированных тучных клеток, такие как гистамин, серотонин, фактор, активирующий тромбоциты, цитокины, приводят к вазодилатации, повышению проницаемости капилляров, активации чувствительных нервных волокон, выходу плазмы за пределы сосудов, привлечение клеток в место образования волдыря.

Дегрануляция тучных клеток может произойти вследствие разных механизмов активации, включая связывание иммуноглобулинов Е (IgE) с высокоаффинными рецепторами (FcεRI) на поверхности тучных клеток. У 45% пациентов с хронической крапивницей определяются IgG аутоантитела против как IgE (5–10%), так и против FcεRI (35–40%) Эти IgG аутоантитела могут связать FcεRI на тучных клетках и базофилах, приводя к их активации. Помимо аутореактивных IgG формируются аутореактивные IgE антитела (IgE анти-TПO, IgE анти-dsDNA и ssDNA, IgE анти-IL-24 и другие), которые вызывают дегрануляцию тучных клеток и базофилов

 Еще одним звеном патогенеза крапивницы являются нарушения внутриклеточной регуляции сигнальных механизмов тучных клеток и базофилов

Дегрануляция тучных клеток может быть вызвана компонентами комплемента, нейропептидами и неизвестными механизмами. Некоторые неиммунологические факторы, такие как тепло или холод, ряд препаратов (НПВС, противовирусные, опиаты и др.) могут привести к активации и дегрануляции тучных клеток.

Гистологически волдырь характеризуется отеком верхних и средних слоев дермы, расширением посткапиллярных венул и лимфатических сосудов. Для пораженной кожи характерен смешанный периваскулярный инфильтрат, представленный нейтрофилами или эозинофилами, макрофагами, Т-клетками, при этом сосудистая стенка не поражена. При ангиоотеке, который является симптомом заболевания, подобные изменения затрагивают глубокие слои кожи и подкожную.

## Классификация

Крапивницу классифицируют по продолжительности течения, по типам и подтипам. У одного пациента могут быть две и более разных форм крапивницы.

Для острой крапивницы характерно развитие волдырей и/или ангиоотеков в период менее 6 недель. Индуцируемая крапивница может протекать хронически, поэтому эти формы включены в классификацию хронической крапивницы. В течение разных форм крапивницы есть особенности, например, замедленная крапивница от давления представляет собой отек в месте давления, развивающийся через несколько часов после воздействия провоцирующего фактора. Иногда у пациентов с хронической крапивницей развиваются изолированные отеки без волдырей.

 Классификация хронической крапивницы представлена в таблице 1. Крапивница может быть симптомом заболеваний, указанных в таблице 2, поэтому требуется проведение дифференциального диагноза с этими заболеваниями.

Таблица 1. Классификация хронической крапивницы, адаптировано по:

|  |  |
| --- | --- |
| хроническая спонтанная (идиопатическая) крапивница | Индуцируемая крапивница |
| Появление волдырей и/или ангиоотеков в период от 6 нед и более вследствие известных\* и неизвестных причин | * Симптоматический дермографизм\*\*
* Индуцируемая холодом\*\*\*
* Крапивница от давления\*\*\*\*
* Солнечная крапивница
* Индуцируемая теплом\*\*\*\*\*
* Вибрационный ангиоотек
* холинергическая крапивница
* Контактная крапивница
* Аквагенная крапивница
 |

## Клиническая картина

По характеру течения обычная крапивница подразделяется на острую и хроническую.

Под *острой крапивницей* понимают внезапное однократное появление волдырей (каждый из которых существует не более 24 часов) продолжительностью менее 6 недель, вызванное воздействием одного из провоцирующих факторов.

*Хронической крапивницей* называют состояние, возникающее вследствие известных и неизвестных причин, при котором ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель, появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов.По характеру течения хроническую крапивницу подразделяют на *рецидивирующую*  и *персистирующую,* характеризующуюся постоянным появлением уртикарий.

Острая спонтанная крапивница в большинстве случае остается единственным эпизодом в жизни пациента. У 50% больных с хронической рецидивирующей крапивницей наступает спонтанная ремиссия. Для хронической крапивницы характерно волнообразное течение без прогрессирующего ухудшения.

*Спонтанная (идиопатическая) крапивница* является наиболее часто встречающейся клинической разновидностью крапивницы. Клинически проявляется волдырями, которые не имеют характерной локализации и сопровождаются зудом, реже – жжением. Волдыри могут иметь тенденцию к слиянию в местах наибольшего трения одеждой или частей тела друг о друга (ягодицы, поясничная область, плечи, бедра). На лице элементы могут практически не выступать над уровнем кожи. В ряде случаев высыпания захватывают практически весь кожный покров и могут сопровождаться повышением температуры тела. Волдыри имеют сначала бледно-розовый цвет за счет локального расширения поверхностной сети кровеносных сосудов дермы (urticaria rubra), а затем, по мере нарастания отека в соединительной ткани и сдавления сети мелких сосудов, они могут приобретать фарфорово-белый цвет (urticaria alba, seu porcellanea). При уменьшении выраженности отека волдыри постепенно становятся розового цвета, а затем исчезают бесследно.

Таким образом, для волдыря при крапивнице характерны следующие признаки:

* центральный отек разных размеров, почти всегда окруженный эритемой;
* зуд, иногда ощущение жжения;
* обратимость (волдырь исчезает бесследно в течение 1–24 часов).

Частным случаем обычной крапивницы является *ангиоотек (ангиоедема, отек Квинке, ограниченный ангионевротический отек, гигантская крапивница)*. Заболевание характеризуется быстро формирующимся, обычно ограниченным, глубоким отеком кожи или слизистых оболочек. Отек может быть диффузным, окраска кожи в очаге поражения более бледная, кожа плотная на ощупь, в зоне отека напряжена, при нажатии пальцем в области отека вдавление не образуется. Отек Квинке чаще развивается на одном участке кожного покрова, а, в противном случае, большей частью ассиметрично. Важным клиническим симптомом, отличающим отек Квинке от обычной крапивницы, является отсутствие зуда. Пациентов обычно беспокоит чувство распирания, стягивания, реже – болезненности в очаге поражения. В процесс вовлекаются, главным образом, хорошо растяжимые ткани, имеющие рыхлую подкожную жировую клетчатку – область век, губ, щек, мошонка, крайняя плоть, реже – конечности, живот, а также слизистые оболочки полости рта, языка, гортани, трахеи, бронхов, желудочно-кишечного тракта. Может наблюдаться поражение сухожильных влагалищ, суставов (перемежающийся отек суставов), надкостницы, мозговых оболочек, лабиринта. При этом клиническая симптоматика бывает обусловлена локализацией отека. Так, при развитии гигантской крапивницы на слизистой оболочке полости рта возникает нарастающее чувство распирания, парестезии. При отеке слизистой оболочки носа может быть чихание и затруднение носового дыхания. При поражении губ и языка отмечается резкое ассиметричное увеличение их в размерах, нарушается речь. При формировании отека в области гортани возникает осиплость голоса, вплоть до афонии, обусловленная отеком голосовых связок, а затем и затруднение дыхания. При развитии гигантской крапивницы в области трахеи и бронхов появляется кашель с большим количеством прозрачной мокроты, внезапное затруднение дыхания. Нарастание отека гортани, трахеи и бронхов может привести к летальному исходу от асфиксии. Поражение слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта обычно сопровождается болями в животе, симптомами кишечной непроходимости; если в процесс вовлечена слизистая оболочка мочевого пузыря, могут отмечаться дизурические явления. В некоторых случаях констатируют очаговую неврологическую симптоматику (потеря сознания, судорожные припадки и др.), обнаруживают отек диска зрительного нерва, а при поражении лабиринта – симптомы болезни Меньера. Описаны случаи, когда при отеке ретробульбарной клетчатки развивался односторонний экзофтальм, снижалась острота зрения. На фоне отека Квинке возможны подъем температуры тела, появление головной боли, нарушение общего состояния, резкое падение артериального давления, шок. Ангионевротический отек нередко сопровождается проявлениями обычной крапивницы.

Развившись внезапно, отек Квинке обычно держится несколько часов, реже – до 72 часов. Проявления гигантской крапивницы разрешаются полностью, однако данное заболевание может рецидивировать. При рецидивах нередко поражаются те же анатомические локализации.

Таким образом, ангиоотек характеризуется следующими признаками:

* быстроразвивающийся отек глубоких слоев дермы, подкожной клетчатки и подслизистого слоя;
* чувство распирания и болезненности чаще, чем зуд;
* возможное отсутствие эритемы;
* разрешение в срок до 72 часов.

Диагностика заболевания

Дополнительные диагностические тесты при острой крапивнице не проводятся за исключением случаев, связанных аллергическими реакциями I типа (пищевая) или подозрением на участие лекарственных средств (например, ингибиторов АПФ

Диагностика крапивницы не требует лабораторного подтверждения (в отличие от диагностики причин крапивницы). Учитывая неоднородность крапивницы, обследование следует начинать с детального изучения анамнеза и физикального исследования, а также основных лабораторных методов, позволяющих исключить тяжелые системные заболевания. Специальные провокационные пробы, например, диета, содержащая псевдоаллергены, и лабораторные тесты помогают выявить причины хронической спонтанной крапивницы, однако они малоинформативны при физической крапивнице и других типах крапивницы, вызванных внешними факторами. Расширенное диагностическое обследование, направленное на выяснение причины крапивницы, диктуется клинической ситуацией и анамнезом пациента .

## Жалобы и анамнез

Основные жалобы на обратимые волдыри и/или ангиоотеки, кожный зуд, чувство распирания при ангиоотеках.

При сборе анамнезарекомендуется обратить внимание на описание пациентом элементов (вид, размер, локализация элементов, длительность сохранения элемента, наличие зуда, боли и т. д.); на наличие и/или отсутствие ангиоотеков и их локализацию; начало заболевания, длительность данного эпизода крапивницы; эффективность Н1-антигистаминных лекарственных средств; характер и эффективность предшествующего лечения; цикличность появления элементов (время суток, связь с менструальным циклом); cвязь обострения с приемом аспирина, и/или НПВП, или ингибиторов АПФ или других лекарственных средств; стресс; наличие атопических заболеваний, крапивницы в личном и семейном анамнезе; наличие физических стимулов обострения крапивницы; выявление предшествующих или настоящих хронических или острых заболеваний, перенесенных хирургических вмешательств, переливания крови и ее компонентов, выезд в регионы с высоким риском заражения инфекционными или паразитарными заболеваниями, посещение пунктов общественного питания; связь обострений с приемом пищи; профессиональная деятельность, хобби ; результаты ранее проведенного обследования и лечения.

## Физикальное обследование

Диагностика крапивницы основывается на обнаружении уртикарий и/или ангиоотеков**.** Лабораторное подтверждение требуется только для выявления причины заболевания.

Резидуальная гиперпигментация, особенно на голенях и бедрах, указывает на уртикарный васкулит, буллезные элементы заставляют думать о буллезном пемфигоиде и герпетиформном дерматите. Красновато-коричневые пятна, превращающиеся в волдыри после расчесывания, указывают на пигментную крапивницу. Пальпируемая пурпура на нижних конечностях часто сопровождает васкулит.

Измерение артериального давления, ЧСС, измерение температуры тела, определение размеров периферических лимфатических узлов, печени, селезенки, аускультация легких, сердца, пальпаторное исследование брюшной полости могут выявить симптомы заболеваний, вероятно связанных с развитием и сохранением симптомов крапивницы. При наличии показаний для выявления сопутствующих заболеваний и очагов хронической инфекции, тяжелого и неконтролируемого течения заболевания рекомендовано проведение общеклинического обследования .

 Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии

Целью лечения является достижение полного контроля симптомов.

**Основные принципы и цели лечения крапивницы:**

* Элиминация и устранение причин возникновения.
* Индукция толерантности.
* Симптоматическая терапия, направленная на снижение высвобождения медиаторов тучными клетками и реализацию эффектов этих медиаторов.

## Консервативное лечение

***Элиминация и устранение причин возникновения***

* **Рекомендовано** исключить и/или заменить на медикаменты других групп подозреваемые лекарственные препараты

Комментарии: *Лекарственные средства могут быть причиной и/или провоцирующим фактором (например, ингибиторы АПФ, НПВП)*

**Терапия инфекционных и воспалительных процессов**

* **Рекомендовано** в случае наличия инфекционных и воспалительных процессов проведение соотвествующей терапии.
* **Рекомендовано** в случае доказанной пищевой аллергии рекомендуется избегать употребления в пищу виновных продуктов

***Комментарии****: Устранение из пищевого рациона выявленных аллергенов приводит к улучшению через 24–48 ч. У пациентов с ежедневной или почти ежедневной крапивницей рекомендуется включение гипоаллергенной диеты. В случае псевдоаллергической реакции улучшение на фоне гипоаллергенной диеты наступает через 3 недели*

## *Симптоматическая терапия, направленная на снижение высвобождение медиаторов тучными клетками и реализацию эффектов этих медиаторов*

**Терапия первой линии лечения крапивницы. Н1-антигистаминные ЛС второго поколения в стандартной дозе.**

* Рекомендовано использовать неседативные Н1-антигистаминные препараты второго поколения (Н1-Аг) в качестве препаратов первой линии лечения крапивницы

*Применяют следующие препараты: Цетиризин (10 мг в сутки), дезлоратадин (5 мг в сутки), фексофенадин (120-180 мг в сутки), левоцетиризин (5 мг в сутки), лоратадин (10 мг в сутки), эбастин (10-20 мг в сутки (существует сублингвальная быстродиспергируемая форма), рупатадин (10 мг в сутки) и биластин (20 мг в сутки) [14].*

*Основная цель применения* *Н1-антигистаминные препараты второго поколения (Н1-Аг) – предотвращение**эффектов**медиаторов тучной клетки органах-мишенях. Эта группа лекарственных средств действует как обратный агонист H1-рецепторов, стабилизируя их в неактивном состоянии. Это объясняет необходимость длительного приема Н1-антигистаминных препаратов второго поколения. У пациентов с индуцируемыми формами крапивницы возможно назначение Н1-антигистаминных препаратов второго поколения в режиме приема в связи с предполагаемым действием триггера (воздействие холодового фактора, физической нагрузки и т.д.). В случае длительного воздействия триггера прием Н1-антигистаминных препаратов второго поколения может не отличаться от такового при хронической спонтанной крапивнице.*

* При отсутствии особых показаний у пациентов с крапивницей **не рекомендуется** стандартная практика применения седативных антигистаминных препаратов первого поколения

**Комментарии:** *Побочные эффекты Н1-антигистаминных препаратов второго поколения связаны с их проникновением через гемато-энцефалический барьер и связыванием с Н1-рецепторами головного мозга. В результате развивается седативный эффект, нарушение координации, внимания. Кроме этого, Н1-антигистаминные препараты первого поколения вызывают блокаду М-холинорецепторов с развитием сухости слизистых оболочек, нарушения зрения и мочеиспускания, хинидино-подобное влияние на миокард с развитием нарушений ритма. Для этой группы препаратов характерна тахифилаксия и необходимость в неоднократном суточном приеме для сохранения эффективности.*

*По особым показаниям (генерализованная КР со стабильными показателями гемодинамики) возможно назначение Н1-АГ препаратов первого поколения парентерально.. Седативные Н1-АГ препараты: клемастин, 2 мг 2 раза в сутки парентерально, хлоропирамин 20–40 мг (1–2 мл 2% раствора)*

*В случае развития ангиоотека в области гортани рекомендовано проведение при необходимости экстренной интубации или трахеостомии. В том случае, когда крапивница и/или ангиоотек являются симптомом анафилаксии, показана соответствующая терапия. Пациентам хронической индуцированной крапивницей, перенесшим анафилаксию, рекомендовано иметь при себе противошоковый набор, обязательно включающий р-р адреналина гидрохлорида 0,1%-1,0 мл в ампулахэ*

 **Д***етям в возрасте до 6 мес, учитывая отсутствие зарегистрированных к применению Н1-АГ II поколения, кратким курсом может быть назначен диметинден (режим дозирования пациентам от 1 мес. до 1 года по 3–10 капель на прием 3 раза в сутки).*

**Терапия второй линии. Увеличение дозы Н1-АГ второго поколения.**

* **Рекомендуется** взрослым пациентам повышение дозы Н1-АГ второго поколения до четырехкратной, следуя алгоритму лечения пациентов с хронической крапивницей.

***Комментарий:*** *Необходимо помнить, что повышение дозы Н1-АГ второго поколения не зарегистрировано (за исключением фексофенадина – в 1,5 раза (для взрослых) и эбастина – в 2 раза (с возраста 15 лет) ). Дальнейшее увеличение дозы Н1-антигистаминных второго поколения в случае отсутствия эффекта четырехкратно увеличенной дозы не рекомендовано. Проведены исследования по использованию увеличенных до 4-х кратных стандартных доз для биластина, цетиризина, дезлоратадина, эбастина, фексофенадина, левоцетиризина рупатадина* .

* **Рекомендовано** увеличивать дозу одного Н1-Аг второго поколения, а не комбинировать разные Н1-антигистаминные препараты.
* **Рекомендовано** использовать терапию первой линии и увеличение дозы Н1-антигистаминных препаратов второго поколения для лечения детей с учетом возраста и массы тела

**Комментарии:** *решение об увеличении дозы Н1-АГ средства второго поколения принимается в соответствии с решением врачебной комиссии и при получении информированного согласия пациента.*

*При сохранении симптомов крапивницы у детей на фоне применения возрастной дозы Н1-антигистаминных препаратов второго поколения более 2–4 недель или ранее, если симптомы нестерпимы для пациента, дозу антигистаминного препарата II поколения Н1-АГ увеличить в 2 раза (вторая линия терапии). У детей в связи с недостаточностью доказательной базы следует придерживаться такой тактики лечения с осторожностью: для пациентов детского возраста решение об увеличении дозы Н1-АГ II поколения следует принимать индивидуально по решению врачебной комиссии, с одобрения Локального независимого этического комитета медицинской организации (при его наличии) и при условии получения информированного согласия родителей (законных представителей) и ребенка старше 14 лет* .

* **Не рекомендовано** одновременное применение нескольких Н1-АГ

**Терапия третьей линии.**

* **Рекомендовано** при хронической спонтанной (идиопатической) крапивнице в случае, если симптомы сохраняются более 2-4 недель на фоне лечения Н1-АГ II в увеличенной дозе (или ранее, если симптомы нестерпимы),добавить омализумаб к терапии Н1-Аг второго поколения

**Комментарии:** *В предыдущем согласительном документе омализумаб\*\* предлагался как дополнение к Н1-АГ второго поколения в качестве четвертой линии терапии. Настоящая рекомендация поддержана высококачественными плацебо-контролируемыми двойными слепыми рандомизированными клиническими исследованиями, показавшими эффективность и безопасность омализумаба. Препарат рекомендуется назначать пациентам, не отвечающим на Н1-АГ у лиц 12 лет и старше. Рекомендуемая доза омализумаба для лечения идиопатической (спонтанной) крапивницы – 300 мг подкожно один раз в 4 недели не менее 6 месяцев лечения. Ожидаемые сроки наступления эффекта - от нескольких дней до нескольких недель. Раннее прекращение терапии может привести к потере пациентов с поздним ответом. Начало терапии омализумабом не является определяющим фактором одновременной отмены Н1-АГ препаратов второго поколения. Для проведения терапии омализамабом у пациентов с хронической идиопатической (спонтанной) крапивницей не требуется учитывать уровень общего IgE и вес пациента в отличие от пациентов с бронхиальной астмой.*

**Терапия четвертой линии. Циклоспорин А.**

* **Рекомендуется** добавить циклоспорин А к терапии Н1-АГ второго поколения при неадекватном контроле симптомов на фоне терапии Н1-АГ и омализумабом (если симптомы сохраняются в течение 6 месяцев или ранее, если симптомы нестерпимы, либо в отсутствии омализумаба)

**Комментарии:** *Лечение циклоспорином должно осуществляться врачами, имеющими опыт проведения иммуносупрессивной терапии и обладающими возможностью обеспечить адекватное наблюдение за больным: регулярное физикальное обследование, измерение АД, контроль лабораторных показателей. Назначение препарата требует постоянного контроля функции почек, печени, артериального давления. Лабораторные показатели, требующие контроля: сывороточный креатинин, калий, магний, липидный профиль, трансаминазы, билирубин, мочевина, мочевая кислота, уровень циклоспорина в крови (при возможности).* Повышение уровня креатинина может свидетельствовать о нефротоксическом действии и потребовать снижения дозы: на 25% при возрастании уровня креатинина более чем на 30% от исходного, и на 50%, если уровень его повышается вдвое. Если уменьшение дозы в течение 4 недель не приводит к снижению уровня креатинина, циклоспорин отменяют. При достижении удовлетворительного клинического результата циклоспорин отменяют, а при последующем обострении назначают в предыдущей эффективной дозе. Препарат следует отменять постепенно, снижая его дозу на 1 мг/кг в неделю в течение 4 недель или на 0,5–1 мг/кг каждые 2 нед. Применение живых ослабленных вакцин во время лечения циклосоприном не рекомендуется. *Не рекомендуется длительная терапия циклоспорином А (более 3 мес). Необходимо помнить, что применение* *циклоспорина при хронической крапивнице проводится по незарегистрированным показаниям.*

* **Рекомендовано** проведение короткого курса системных глюкокортикостероидов для лечения тяжелого обострения крапивницы на любом этапе лечения 20-50 мг/сутки преднизолона

* **Рекомендовано** для детей преднизолон по 1–2 мг/кг в сутки (не более 50 мг/сут) обычно длительностью 3–7 суток. Постепенной отмены глюкокортикостероидов при коротком курсе терапии не требуется
* **Не рекомендуется** использование длительных курсов системных глюкокортикостероидов для лечения хронической крапивницы
* **Не рекомендуется** назначение местной ГКС терапии у пациентов с хронической идиопатической (спонтанной) крапивницей

***Комментарии:*** *Применение других, кроме описанных терапевтических опций (дапсон, сульфасалазин, метотрексат, интерферон, плазмаферез, фототерапия, внутривенный иммуноглобулин и т.д.) имеет очень низкий уровень доказательств и может применяться в исключительных случаях.*

 *Назначение препаратов по незарегистрированным показаниям, дозам, возрастным ограничениям проводится по решению врачебной комиссии, с одобрения Локального независимого этического комитета медицинской организации (при его наличии) и при условии получения информированного согласия пациентов (или их законных представителей) с предварительным объяснением пользы и рисков такого назначения.*

* **Не рекомендовано** применение антигистаминных средств первого поколения беременными женщинами
* **Рекомендовано** с учетом соблюдения принципа безопасности применения препаратов при беременности и грудном вскармливании предлагается использовать лоратадин с возможной экстраполяцией на дезлоратадин и цетиризин с экстраполяцией на левоцетиризин.
* **Не рекомендуется** применять Н1-АГ препараты первого поколения у беременных с хронической идиопатической (спонтанной) крапивницей.

***Комментарии:*** *С учетом расширения показаний для назначения омализумаба при хронической спонтанной крапивнице обсуждается вопрос о возможном его применении при беременности и описаны случаи безопасного и эффективного применения омализумаба у беременных пациенток с хронический идиопатической (спонтанной) крапивницей*

*Предлагается применять с осторожностью и оценкой пользы-риска того же лечебного алгоритма у беременных и кормящих женщин*

В случае развития ангиоотека в области гортани проведение при необходимости экстренной интубации или трахеостомии и иных лечебных мероприятий, рассмотренных в клинических рекомендациях «Ангиоотеки». В том случае, когда крапивница и/или ангиоотек являются симптомом анафилаксии, показана терапия, описанная в клинических рекомендациях «Анафилаксия» и «Анафилактический шок».

**Комментарии:** *Консилиум проводят в случае назначения лекарственных препаратов, не имеющих показаний для лечения крапивницы, и назначение повышенных доз Н1-антигистаминных препаратов второго поколения.*

*Примечание: требуется подписание и формированного согласия пациентом или его законными представителями в ситуации назначения препаратов для лечения крапивницы не по показаниям.*

**Список литературы.**

1.Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы. – М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2020.

2.Скорая медицинская помощь. Национальное руководство. Багненко, Мирошниченко, Хубутия: [ГЭОТАР-Медиа](https://www.labirint.ru/pubhouse/1815/), 2021 г.- 888 с.