

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**Государственное учреждение «Республиканский научно-практический  
центр радиационной медицины и экологии человека»**

**С. В. КРАСНОВА, О. А. РОМАНИВА**

# **КРАПИВНИЦА**

**Практическое пособие для врачей**



Гомель, ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2019

УДК 616.514(075.8)

Рекомендовано к изданию решением Учёного совета ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ»  
протокол № 10 от 15.11.2019

**Составители:**

**Краснова С. В.**, клинический ординатор по специальности «Аллергология и иммунология» ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ»

**Романива О.А.**, врач-иммунолог отделения иммунопатологии и аллергологии ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», к. м. н.

**Рецензенты:**

**Новикова И. А.**, заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики, аллергологии и иммунологии УО «Гомельский государственный медицинский университет», д. м. н., профессор

**Ромашевская И.П.**, заведующий гематологическим отделением для детей ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», к. м. н.

**Потащиц Л.Г.**, заведующий аллергологическим отделением ГУ «ГОКБ»

**Краснова, С. В.**

Крапивница: практическое пособие для врачей / С. В. Краснова, О. А. Романива. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2019. – 37 с.

В практическом пособии отражены этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика крапивницы. Подробно описана тактика лечения согласно белорусским и международным протоколам.

Пособие предназначено для врачей иммунологов-аллергологов, врачей дерматологов, врачей общей практики, врачей терапевтов.

© Составители С. В. Краснова,

О.А. Романива

© ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2019

## Оглавление

Список сокращений.....	6
Введение.....	7
1. Определение.....	8
2. Распространённость .....	8
3. Классификация крапивницы .....	9
4. Этиология .....	11
5. Патогенез.....	13
6. Гистология .....	16
7. Клиническая картина .....	17
8. Диагностика .....	18
9. Дифференциальная диагностика .....	20
10. Лечение.....	21
11. Профилактика .....	27
12. Прогноз.....	28
Заключение.....	28
Список литературы .....	29
Приложение 1 .....	30
Приложение 2 .....	31
Приложение 3 .....	32
Приложение 4 .....	34
Приложение 5 .....	36
Приложение 6 .....	37

## Список сокращений

H1-АГ - блокаторы H1-рецепторов гистамина

Ig E, G – иммуноглобулин E, G

UAS 7 - Urticaria Activity Score 7

АГ – антигистаминные препараты

АО – ангиоотёк

ГКС – глюкокортикостероиды

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

иАПФ – ингибиторы ангиотензин превращающего фермента

ЛС – лекарственные средства

МКБ – международная классификация заболеваний

НАО – наследственный ангионевротический отёк

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

ОК – острая крапивница

СКВ – системная красная волчанка

ТК – тучные клетки

ФАТ - фактор активации тромбоцитов

ХИНК – хроническая индуцированная крапивница

ХК – хроническая крапивница

ХСК – хроническая спонтанная крапивница

ЦОГ – циклоксигеназа

## Введение

Крапивница – это группа заболеваний, характеризующихся развитием зудящих волдырей и/или ангиоотёка. Название «крапивница» произошло из-за схожих высыпаний на коже при контакте с крапивой (род цветковых растений семейства Крапивные, включающий в себя более 50 видов). В англоязычной литературе используется термин “urticaria”.

Крапивница относится к 20 наиболее распространённым кожным заболеваниям, по данным литературы возникает хотя бы один раз в жизни у 15-25% людей в общей популяции.

Данная патология может протекать в острой (до 6 недель) или хронической (более 6 недель) форме. И если острая крапивница (ОК), как правило, не вызывает трудностей при диагностике и лечении, то хроническая крапивница (ХК) представляет собой важную медико-социальную проблему. Это связано с тем, что заболеванию подвержены преимущественно люди трудоспособного возраста, у которых на фоне выраженного кожного зуда и косметических дефектов снижается внимание, трудоспособность, нарушается сон, ухудшается эмоциональное состояние, возникают трудности в межличностных отношениях.

Ряд исследователей описывают психоэмоциональное состояние пациентов с ХК схожим с состоянием пациентов со стенокардией. При этом период клинических проявлений данной формы крапивницы может длиться от 6 месяцев до 5 и более лет, что связано в ряде случаев с безуспешностью диагностических и лечебных мероприятий.

Таким образом, учитывая основные сведения о современных возможностях диагностики и терапии крапивницы, врачи разных специальностей должны с учетом всего многообразия факторов, влияющих на ее развитие и течение, осуществлять комплексное лечение данной патологии.

## 1. Определение

Крапивница – это группа заболеваний, основным клиническим симптомом которой служат преходящие зудящие высыпания (волдырные) размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, четко отграниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи.

Основным элементом сыпи при крапивнице является волдырь. Волдырь (*urtica*) — ограниченный, зудящий, бесполостной первичный элемент островоспалительного характера, беловато-красного цвета с гладкой поверхностью, плотноватой консистенции, возвышающийся над поверхностью кожи, в основе которого лежит отек сосочкового слоя дермы. Просуществовав от нескольких минут до нескольких часов, волдырь разрешается, не оставляя следа. Иногда развивается гигантский волдырь вследствие диффузного отека подкожной клетчатки. Он носит название ангиоотек (АО), от англ. *angioedema*, синонимы - отёк Квинке или ангионевротический отёк.

Состояния, при которых волдыри являются симптомом другого заболевания, например анафилаксия, аутовоспалительные синдромы, уртикариальный васкулит или брадикинин-опосредованный ангионевротический отек, не относятся к крапивнице.

## 2. Распространённость

Как уже отмечено выше, крапивница является распространенным заболеванием: от 15 до 25 % населения земного шара хотя бы раз в жизни перенесли крапивницу. При этом острая крапивница составляет более 60 % случаев (при быстром разрешении симптомов, пациенты, как правило, за медицинской помощью не обращаются). Хроническая крапивница поражает до 1,8% взрослого и 0,1–3% детского населения.

*Возраст.* ОК более характерна для детей. Отмечено, что она бывает у 15-20% детей в возрасте младше 13-16 лет, однако редко встречается до 6 месяцев жизни. ХК имеет склонность к появлению у лиц среднего возраста.

*Пол.* Женщины (особенно среднего возраста) подвержены крапивнице чаще мужчин.

*Продолжительность заболевания.* У взрослых продолжительность заболевания составляет 6–12 недель у 52,8% пациентов, 3–6 месяцев у 18,5%, 7–12 месяцев у 9,4%, от 1 года до 5 лет – у 8,7% и более 5 лет – у 11,3%.

*Сочетание с АО.* Крапивница может протекать изолированно – 40% случаев, в сочетании с АО – около 50% случаев. Изолированный АО – до 10 % случаев.

*Сочетание с другими заболеваниями.* По данным российских авторов ОК в 23,4 % случаев сочетается с другими аллергическими заболеваниями (аллергический ринит, бронхиальная астма, атопический дерматит, лекарственная аллергия) и в 19,6 % случаев с неаллергическими (12,7 % - патология ЖКТ, 9,3% - патология верхних и нижних дыхательных путей, 3,5 % - болезни щитовидной железы).

### **3. Классификация крапивницы**

По МКБ -10:

L50 Крапивница:

- L50.0 – 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

По длительности заболевания:

- острая – длительность высыпаний менее 6 недель;
- хроническая – длительность высыпаний более 6 недель.

В зависимости от провоцирующих факторов ХК:

- спонтанная (идиопатическая, ХСК) - причиной развития ХК являются неизвестные внешние факторы;
- индуцируемая (ХИНК) - ХК развивается при воздействии определённых внешних физических стимулов (таблица 1).

Таблица 1- классификация хронической крапивницы [2]

Хроническая спонтанная (идиопатическая) крапивница	Индуцируемая крапивница
Появление волдырей и/или ангиоотёков в период от 6 недель 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	

Примечание: \* форма, известная как дермографическая крапивница; \*\* известная как холодовая контактная крапивница; \*\*\* известная как замедленная крапивница от давления; \*\*\*\* известная как тепловая контактная.

Частота встречаемости различных видов индуцированной крапивницы [4]:

- дермографическая – в 40,7% случаев
- холодовая - 23,3%
- замедленная крапивница вследствие давления -12,8%
- холинергическая - 5–7%
- солнечная - 4,7%
- аквагенная -1,2%.

В 13,9% случаев хроническая индуцированная крапивница протекает вместе с хронической спонтанной крапивницей.



Крапивница может быть симптомом других заболеваний или в составе других синдромов, что требует проведения дифференциальной диагностики (таблица 2).

Таблица 2 - Заболевания, исторически относившиеся к крапивнице, и синдромы, включающие крапивницу/ангиоотек [2]

Пигментная крапивница (мастоцитоз)
Уртикарный васкулит
Брадикинин-опосредованный ангиоотек (например, НАО)
Анафилаксия, индуцируемая физической нагрузкой
Криопирин-ассоциированные синдромы (CAPS; уртикарные высыпания, рецидивирующая лихорадка, артралгия или артрит, воспаление глаз, слабость, головные боли), такие как семейный холодовой аутовоспалительный синдром (FCAS), синдром Muckle–Wells (крапивница-глухота-амилоидоз), неонатальные мультисистемные воспалительные заболевания (NOMID)
синдром Schnitzler’s (рецидивирующие уртикарные высыпания, моноклональная гаммапатия, рецидивирующая лихорадка, боли в мышцах и костях, артралгии, артриты, лимфаденопатия)
синдром Gleich’s (эпизодический ангиоотек с эозинофилией)
синдром Well’s (гранулематозный дерматит с эозинофилией)
Буллёзный пемфигоид (фаза до формирования буллы)

#### 4. Этиология

ОК обычно самопроизвольно разрешается, поэтому пациенты часто не обращаются за медицинской помощью. Но, если это всё-таки случается, то причинный фактор устанавливается довольно часто. В случае ХК выяснить причину заболевания невозможно почти в 70 - 90% случаев. Около 50% случаев хронической крапивницы связано с аутоиммунными реакциями, в то время как аллергия очень редко бывает причиной данной патологии.

### *Основные этиологические факторы крапивницы:*

- инфекционные агенты:
  - острые вирусные инфекции верхних дыхательных путей (в 57 % случаев у детей и в 40% случаев у взрослых);
  - хронические вирусные инфекции (гепатиты В, С), ВИЧ-инфекция, инфекции, вызываемые вирусами Эпштейна-Барр и Коксаки А и В, вирус простого герпеса);
  - хронические бактериальные и грибковые инфекции, *Helicobacter pylori*, инфекционный мононуклеоз, дисбактериоз кишечника;
- пищевые продукты — рыба, молоко, яйцо, курица, говядина, свинина, орехи, яблоки, морковь, косточковые, мед, дыня, цитрусовые, копченые изделия, соевые продукты, пищевые добавки. Продукты питания могут быть причиной как аллергической крапивницы (развивается по иммунному механизму), так и псевдоаллергической (ряд пищевых продуктов и пищевых добавок могут воздействовать на тучные клетки (ТК) по неспецифическому механизму, оказывая гистамин-высвобождающее действие, что приводит к появлению волдырей).
- лекарственные средства — бета-лактамы, антибиотики, цефалоспорины, аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), реже – бупропион, изотретионин, препараты крови, некоторые вакцины, анестетики и др.
- яд перепончатокрылых — пчел, ос, шершней и др., латекс (контактная крапивница).
- аутоиммунные заболевания — тиреоидит, системная красная волчанка (СКВ), синдром Шегрена, ревматоидный артрит.
- паразитарные заболевания — шистосомоз, трихинеллёз, описторхоз, аскаридоз, эхинококкоз, анизакидоз и др.
- физические факторы — холод, тепло, давление, вибрация, инсоляция.

*Заболевания, ассоциированные с хронической идиопатической крапивницей:*

- заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, холецистит, дисбиоз кишечника, ферментопатии);
- инфекции бактериальные (*Helicobacter pylori*, хронические очаги инфекции: синусит, тонзиллит, отит, урогенитальные, стоматологические инфекции), вирусные (*Herpes simplex* и др.), грибковые (*Candida*, *Trichophyton*);
- паразитарные инвазии (гельминты);
- эндокринные заболевания (аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, функциональные нарушения яичников);
- системные заболевания соединительной ткани;
- лимфопролиферативные заболевания (миелома, хронический лимфоцитарный лейкоз, макроглобулинемия Вальденстрема);
- опухоли (карцинома толстого кишечника, прямой кишки, печени, легких и яичника);
- другие заболевания (саркоидоз, амилоидоз).

## **5. Патогенез**

Крапивница может протекать по различным патогенетическим механизмам, особенности большинства из которых не до конца ясны. Механизм развития заболевания может быть иммунным (I-IV типы реакций), т. е. аллергическим, неиммунным, аутоиммунным и смешанным.

### *Аллергическая (иммунная) крапивница*

Аллергическая крапивница обусловлена иммунным механизмом и развивается обязательно в сенсibilизированном организме при повторном контакте с аллергеном.

Различают три стадии иммунных реакций:

1. иммунная – возникает с момента первого контакта организма с аллергеном и заключается в образовании и накоплении антител (прежде всего Ig E) и сенсibilизированных лимфоцитов;

2. патохимическая – повторное попадание аллергена в организм и его соединение с антителами или сенсibilизированным лимфоцитами, что приводит к выделению биологически активных веществ – медиаторов аллергии;
3. патофизиологическая – обусловлена повреждающим действием медиаторов аллергии на ткани организма с развитием клинических симптомов аллергических болезней.

Формы крапивницы, протекающие по иммунному механизму представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Некоторые формы крапивницы протекающие по иммунному механизму

Тип реакций	Пример
Реакции I типа	Истинная аллергическая крапивница (связанная с приемом некоторых лекарственных средств (ЛС) – например, пенициллин); аллергическая ОК на пищевые продукты; контактная крапивница, например, при ужалении насекомых, контакте с латексом.
Реакции II типа	Некоторые формы физической крапивницы, например, холинергическая и дермографическая, а также крапивница, связанная с инфекцией, системными болезнями соединительной ткани и др.
Реакции III типа	Некоторые формы изолированного АО, уртикарный васкулит, сывороточная болезнь и др.
Реакции IV типа	Некоторые формы контактной крапивницы

Наиболее значимыми в процессе формирования и развития аллергической крапивницы признаны реакции I и IV типов.

Аллергическая крапивница, протекающая по I типу реакций, обычно проявляется в виде немедленной (несколько секунд или минут) или отсроченной реакции (спустя несколько часов).

В основе симптомов аллергии при этом типе реакций лежит активация ТК, базофилов, моноцитов, эозинофилов сенсibilизированными Ig E-антителами и выделение во внеклеточное пространство медиаторов аллергии, в первую очередь гистамина. Основные медиаторы крапивницы представлены в таблице 4.

Таблица 4 - Основные медиаторы крапивницы [7]

Медиаторы	Патофизиологические эффекты	Симптомы
Гистамин	Ирритация сенсорных нервов, вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Зуд, гиперемия, волдырь
Простагландины	Вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Гиперемия, волдырь
Лейкотриены (ЛТ D4, C4, E4)	Вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Гиперемия, волдырь
Брадикинин	Вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Гиперемия, волдырь
Фактор активации тромбоцитов (ФАТ)	Вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Гиперемия, волдырь
Нейропептиды	Вазодилатация, дегрануляция тучных клеток	Гиперемия

#### *Аутоиммунная крапивница*

В настоящее время считается, что более половины случаев спонтанной ХК протекает по аутоиммунному механизму, связанному с циркулирующими гистаминвысвобождающими аутоантителами. Эти Ig G-антитела направлены против высокоаффинных рецепторов Ig E (FcεRI) на ТК и базофилах или против самих Ig E.

#### *Неаллергическая (неиммунная) крапивница*

Предполагается, что неиммунная крапивница может быть обусловлена:

- повышением концентрации гистамина при снижении его инактивации;

- переключением метаболизма арахидоновой кислоты с ЦОГ-пути на липоксигеназный с образованием избыточного количества лейкотриенов (наблюдается при приёме НПВП, которые блокируют ЦОГ-2);
- активацией системы комплемента по классическому или альтернативному пути при применении некоторых ЛС (аспирин, НПВС, кодеин, кураре, тиамин, сукцинилхолин, полимиксин В, рентгенконтрастные вещества);
- непереносимость продуктов питания;
- воздействие инфекционных агентов;
- паранеопластические процессы;
- генетической предрасположенности;
- воздействие психогенных факторов - психогенная крапивница (в 50% случаев ЖК предполагается участие нейропептидов (в частности, вещества Р) и/или кортикотропин-релизинг гормона, уровень которого увеличивается во время стресса и при ряде психических состояний, что провоцирует дегрануляцию ТК. В отдельных случаях аллергический ответ в виде крапивницы развивается только на фоне стрессовой ситуации, а при её отсутствии реакции на тот же аллерген может и не быть).

## 6. Гистология

При острой крапивнице морфологически уртикарные высыпания представляют ограниченный отек сосочкового слоя дермы, раздвигающий коллагеновые волокна, вследствие повышения проницаемости мелких сосудов, преимущественно посткапиллярных венул.

Основным отличительным гистологическим признаком хронической крапивницы от острой является периваскулярный клеточный инфильтрат, состоящий преимущественно из Т-лимфоцитов, мононуклеарных клеток, нейтрофилов и эозинофилов. При этом при хронической крапивнице у пациентов отмечено 10-кратное увеличение количества тучных клеток по сравнению со здоровыми лицами.

## 7. Клиническая картина

Важной характеристикой высыпаний при крапивнице является мономорфность, т. е. кожная сыпь представлена одним морфологическим элементом (волдырем). При крапивнице возможна любая локализация высыпаний, включая волосистую часть головы, ладони и подошвы. Цвет волдыря фарфорово-белый с розовато-красным ободком или розово-красный. После исчезновения высыпаний на месте волдыря не остается каких-либо изменений кожного покрова.

Размер высыпаний варьирует от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Возможно образование сливных элементов с фигурными очертаниями (гигантская крапивница). При острой крапивнице обычно наблюдаются крупные генерализованные высыпания, которые стремительно развиваются и быстро регрессируют. Для ХК, как правило, характерны немногочисленные высыпания, значительно меньшего диаметра, чем при ОК, сопровождающиеся выраженным зудом и более обильные в вечернее и ночное время (связано с суточными ритмами секреции гистамина). Высыпания сохраняются от нескольких часов до одних суток.

### *Прогностические факторы*

Зная, что ХК склонна к длительному течению, нужно учитывать прогностические факторы, которые могут предсказать течение заболевания. Несмотря на то, что данные большинства исследований противоречивы, выделено 4 фактора, которые предположительно связаны с длительным течением ХК:

- тяжесть заболевания;
- сопутствующий АО;
- комбинация ХСК с физической крапивницей;
- аутореактивность (положительный кожный тест с аутологичной сывороткой).

## 8. Диагностика

Диагностика крапивницы в Республике Беларусь проводится согласно клиническим протоколам диагностики и лечения пациентов с аллергическими заболеваниями от 2005 года (см. приложение 1). Диагностический алгоритм в соответствии с международными гайдлайнами 2018 г [3] и Российскими Федеральными клиническими рекомендациями 2018 [2] представлен в таблице 5.

Таблица 5 – Диагностический алгоритм при крапивнице



\*См. таблицу 6; \*\*см. приложение 2.

### *Жалобы и анамнез*

Сбор анамнеза предполагает выяснение следующих данных:

1. начало заболевания, длительность данного эпизода крапивницы;



2. описание элементов пациентом (вид, размер, локализация элементов, длительность сохранения элемента, наличие зуда, боли и т. д.);
3. наличие и/или отсутствие ангиоотеков и их локализация;
4. наличие других симптомов, таких как боль в костях/суставах, боли в животе, лихорадка;
5. наличие атопических, аутоиммунных заболеваний, крапивницы в личном и семейном анамнезе;
6. наличие физических стимулов обострения крапивницы;
7. цикличность появления элементов (время суток, связь с менструальным циклом);
8. связь обострения с приемом определенных лекарственных средств;
9. связь обострений с приемом пищи;
10. наличие стрессовых ситуаций;
11. наличие хронических или острых заболеваний, недавно перенесенных хирургических вмешательств, переливания крови и ее компонентов, выезда в регионы с высоким риском заражения инфекционными или паразитарными заболеваниями, посещение пунктов общественного питания.
12. профессиональная деятельность, хобби.
13. эффективность антигистаминных лекарственных средств (АГ). Характер и эффективность предшествующего лечения.

#### *Оценка активности крапивницы*

Для оценки тяжести крапивницы и результатов ее лечения в клинической и исследовательской деятельности рекомендуется использовать балльную систему – UAS 7 (Urticaria Activity Score 7). UAS 7 предполагает суммарную оценку основных симптомов заболевания (количество высыпаний и интенсивность зуда) самим пациентом каждые 24 ч за 7 последовательных дней (см. таблица 6). Балльная система позволяет объективно оценить тяжесть крапивницы и индивидуальный ответ пациента на проводимую терапию.

При сумме баллов 0-2 крапивница расценивается как легкая; 3-4 балла – крапивница средней степени тяжести; 5-6 – тяжелая крапивница. UAS 7 не может быть использована для оценки активности физической крапивницы и изолированных ангиоотечков.

В клинической практике разработан дневник крапивницы (см. приложение 3), с помощью которого проводится мониторинг течения крапивницы, влияния факторов и триггеров на симптомы заболевания, контроль приема лекарственных средств. Помимо оценки активности заболевания представляется важным оценивать качество жизни у пациентов с крапивницей и ангиоотеками – DLQI (см. приложение 4).

Таблица 6 - Оценка активности крапивницы (UAS 7) за 7 дней[2]

Балл	Волдыри (степень проявлений)	Зуд (степень проявлений)
0	Нет	Нет
1	Легкая (<20 волдырей/24 ч)	Легкая (присутствует, но не причиняет беспокойства)
2	Средняя (20–50 волдырей/24 ч)	Средняя (беспокоит, но не влияет на дневную активность и сон)
3	Интенсивная (>50 волдырей/24 ч или большие сливающиеся волдыри)	Интенсивная (тяжелый зуд, достаточно беспокоящий, нарушающий дневную активность и сон)

*Максимальная сумма баллов за сутки – от 0 до 6, за неделю – максимум 42 балла.*

## 9. Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику крапивницы следует проводить со следующими заболеваниями:

- начальной уртикарной стадией буллезного пемфигоида;
- чесоткой и другими реакциями на членистоногих;
- фигурной эритемой;
- синдромом Свита;
- стойкой возвышающейся эритемой;
- полиморфными высыпаниями беременных (PUPPP) и гестационным пемфигоидом;
- с заболеваниями, указанными в таблице 2.

Дифференциальная диагностика проводится в случае нетипичных кожных элементов (отсутствие зуда, длительное сохранение волдыря, явления резидуальной гиперпигментации, наличие наряду с волдырями других кожных элементов), периодического повышения температуры до фебрильных цифр, присутствия других признаков аутовоспалительных симптомов.

## 10. Лечение

Основная цель лечения крапивницы - достижение полного контроля над симптомами крапивницы.

Принципы терапии крапивницы:

- исключение причин и триггеров;
- симптоматическая терапия, направленная на снижение высвобождения медиаторов тучными клетками и реализацию эффектов этих медиаторов;
- индукция толерантности.

### *Исключение причин и триггеров*

Поиск и доказательство причастности подозреваемой причины и триггера сложен, ремиссия крапивницы после их устранения может быть спонтанной и не вследствие проведенных мероприятий.

*Лекарства.* Подозреваемые лекарственные препараты должны быть исключены и/или заменены на медикаменты других групп. Лекарственные сред-

ства могут быть причиной и/или провоцирующим фактором, например, иАПФ, НПВП.

*Физические факторы.* Рекомендации по нивелированию влияния физических и некоторых других факторов представлены в приложении 6.

*Диета.* В случае доказанной пищевой аллергии рекомендуется избегать употребления в пищу виновных продуктов. Устранение из пищевого рациона выявленных аллергенов приводит к улучшению через 24–48 ч. У пациентов с ежедневной или почти ежедневной крапивницей рекомендуется включение элиминационной диеты, т. к. пищевые продукты при ЖК часто служат провоцирующим фактором, приводящим к обострению заболевания по неиммунным механизмам. В случае псевдоаллергической реакции улучшение на фоне гипоаллергенной диеты наступает через 3 недели. При отсутствии улучшения кожного процесса в течение этого времени диету следует отменить и не ограничивать рацион пациента. В качестве элиминационной диеты для пациентов с крапивницей можно рекомендовать общую неспецифическую гипоаллергенную диету по А. Д. Адо (см. приложение 5).

#### *Терапия инфекционных заболеваний и воспалительных процессов.*

Необходимость терапии хронических очагов инфекции при крапивнице определяется в каждом конкретном случае индивидуально.

#### *Индукция толерантности*

Возможна у мотивированных пациентов при голодовой, холинергической, солнечной крапивницах. Эффект сохраняется недолго, поэтому требуется длительное воздействие триггерного фактора. Процедура заключается в повторяющемся воздействии стимула на кожу пациента до достижения её рефрактерности.

#### *Медикаментозное лечение*

Лечение крапивницы в Республике Беларусь проводится согласно клиническим протоколам диагностики и лечения пациентов с аллергическими заболеваниями от 2005 года (смотри приложение). Международные гайдлайны [3] и Российские Федеральные клинические рекомендации по крапивнице [2] предполагают ступенчатый подход к терапии.

Лечение острой крапивницы заключается в назначении неседативных блокаторов гистаминовых H<sub>1</sub>-рецепторов (H<sub>1</sub>-АГ): лоратадин, цетиризин, дезлоратадин, левоцетиризин, фексофенадин, при отсутствии эффекта в течение 5–6 суток лечение проводят как при хронической крапивнице; при регрессе симптомов терапию продолжают до 14 дней.

Терапию хронической крапивницы проводят согласно приведенному ниже алгоритму [3].

## Алгоритм терапии хронической крапивницы



*\*Моноклональные анти Ig E-антитела (омализумаб), циклоспорин, а также увеличение дозы АГ используется «off label» (вне показаний) для лечения ХИНК*

Лечение ХК начинают с неседативных Н1-АГ 2-го поколения в стандартных суточных дозах (дезлоратадин 5 мг в сутки, левоцетиризин 5 мг в сутки, лоратадин 10 мг в сутки, фексофенадин 120–180 мг в сутки, цетиризин 10 мг в сутки, эбастин 10–20 мг в сутки). Применение седативных антигистаминных препаратов первого поколения при отсутствии особых показаний у пациентов с крапивницей не рекомендуется.

*Длительность приёма Н1-АГ 2 поколения:*

- Длительное непрерывное применение: для большинства случаев ХК (Н1-АГ являются обратными агонистами с преимущественным сродством к неактивным Н1-гистаминовым рецепторам, что стабилизирует последние в этом конформационном состоянии).
- Ситуационный приём: при некоторых формах физической крапивницы (например, приём препарата за два часа до купания в водоёме летом в случае холодовой крапивницы).

Короткий (максимум 10 дней) курс ГКС в низких (преднизолон 5-15 мг/сутки) или средних дозах (20-40 мг/сутки) может быть проведен в любое время для терапии обострения заболевания. Использование длительных курсов системных ГКС для лечения хронической крапивницы не рекомендовано.

В случае неэффективности уже рассмотренных видов лечения отдельным пациентам с тяжелой крапивницей подбирались альтернативные схемы лечения (см. таблицу 8)

Таблица 8 – Уровни доказательств эффективности лечения различных видов хронической индуцированной крапивницы [4].

	Регистрация в РФ	Наличие в протоколах РФ	Дермографическая крапивница	Холодовая крапивница	Тепловая крапивница	Крапивница вследствие длительного сдавления	Солнечная крапивница	Вибрационная крапивница	Холинергическая крапивница	Аквагенная крапивница
АГ 2 поколения в станд. дозах	+	+	A	A	C	B	A	C	A	C
АГ 2 поколения в высоких дозах	+		0	A						
Омализумаб	+		B	B	C	B	C	0	B	0
Циклоспорин	+		B				C			
Фототерапия, Фотохимиотерапия			B							C
Индукция толерантности				B			B		B	
Антибиотики	+			B						
Анакинра	-			C						
Анти-ФНО	-			C		C				
АГ+монтелукаст	+					A				
Дапсон	+					B				
Сульфосалазин	+					B				
Теofilлин	+					C				
В/в иммуноглобулин	+						B			
Афамеланотид	-						B			
Бутилскополамин	-								C	
Метантелиния бромид	-								C	
Пропранолол +АГ+монтелукаст	+								C	
Инъекции ботулотоксина									C	
Даназол	-								A	



Примечание. Уровни доказательности эффективности: А (двойные слепые плацебо-контролируемые исследования), В (серии случаев > 5 пациентов), С (серии случаев ≤ 5 пациентов) и 0 (нет опубликованных доказательств).

### *Лечение крапивницы у беременных*

Лечение крапивницы у этой категории пациентов рассмотрено в таблице 9.

*Таблица 9 - Лечение крапивницы у беременных\**

Препарат	Комментарий
H1-АГ первого поколения	Не рекомендовано
H1-АГ второго поколения	Применяются в качестве первой линии терапии**
Препараты следующих этапов	Применяются с учетом индивидуальных показаний, оценки «риск-польза», тератогенности и эмбриотоксичности.

\*Согласно Российским Федеральным клиническим рекомендациям [2] \*\* Препараты относятся к категории В (исследования на животных не выявили риски отрицательного воздействия на плод, но не проводились адекватные хорошо контролируемые исследования у беременных женщин).

### *Показания к госпитализации*

- Ангиоотек в области гортани с риском асфиксии.
- Все случаи анафилактической реакции, сопровождающиеся крапивницей.
- тяжелые формы обострения хронической крапивницы и ангионевротического отека, торпидные к амбулаторному лечению.

## **11. Профилактика**

Профилактика направлена на сохранение длительной ремиссии и предупреждение обострений и включает элиминационные мероприятия: устранение или ограничение воздействия физических или иных триггеров крапивницы (холод, тепло, физическая нагрузка, ингибиторы АПФ, НПВП и т. п.).

Неотъемлемой частью реабилитационных и профилактических мер является обучение. Цель обучения – сообщить пациенту с крапивницей и членам его семьи информацию, необходимую для максимально эффективного лечения.

## **12. Прогноз**

- Острая спонтанная крапивница в большинстве случаев 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.
- Антигистаминные препараты эффективны у 40–60% пациентов с хронической идиопатической (спонтанной) крапивницей.

## **Заключение**

Подводя итог, можно сказать, что в последнее время, благодаря совместным усилиям учёных всего мира, наше представление о диагностике и лечении крапивницы весьма расширилось. Появляются новые высокоэффективные лекарственные средства, помогающие контролировать симптомы заболевания, расширяется спектр диагностических возможностей, что позволяет (хоть и далеко не всегда) выявить этиологический фактор. Однако несмотря на все достижения науки, остаётся еще много нерешенных вопросов, особенно относительно пациентов с ХК.

## Список литературы

1. Колхир, П. В. Крапивница и ангиоотёк / П. В. Колхир. – Москва : Практическая медицина, 2012. – 364 с.
2. Крапивница : федеральные клинические рекомендации / И. В. Данилычева [и др.] // Российский аллергологический журнал. – 2018. – № 5. – С. 47-62
3. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria / Т. З. Zuberbier [и др.] // Allergy. – 2018. – № 73. – С. 1393-1414
4. Скандер, Д.М. Хроническая индуцированная крапивница: алгоритм лечения / Д.М. Скандер, А.С. Алленова, П.В. Колхир // Лечащий врач. – 2018. – № 7. – С. 68-71
5. Дерматология : учеб. пособие в 2 ч. / В. Г. Панкратов [и др.]. – Минск : БГМУ, 2012. – Ч. 1 : Общая и инфекционная дерматология / В. Г. Панкратов [и др.]. – 2012. – 227 с.
6. Ключарова, А.Р. Психологические особенности пациентов с хронической крапивницей / А.Р. Ключарова, В.Д. Менделевич, О.В. Скороходкина // Медицинская практика [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа : <http://mfvt.ru/psixologicheskie-osobennosti-pacientov-s-xronicheskoy-krapivnicej>. – Дата доступа 27.10.2019.
7. Музыченко, А. П. Крапивница : учеб.-метод. пособие / А. П. Музыченко. – Минск : БГМУ, 2014. – 16 с.
8. Ненашева, Н. М. Антигистаминные препараты в терапии хронической крапивницы/ Н. М. Ненашева // «РМЖ» Аллергология/иммунология [Электронный ресурс]. – 2018. – №8(1). – С 33-38. – Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Antigistaminnye\\_preparaty\\_vterapii\\_hronicheskoy\\_krapivnicy](https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Antigistaminnye_preparaty_vterapii_hronicheskoy_krapivnicy). – Дата доступа : 27.10.2019.

## Приложение 2 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 2005

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями

Диагностика и лечение при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
		Диагностика			Лечение		
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7	8
Аллергическая крапивница (L50.0) Идиопатическая крапивница (L50.1) Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры (L50.2) Дерматографическая крапивница (L50.3)	РУ, МУ	Аллергологический анамнез, анализ пищевого дневника Общий ан. крови Общий ан. мочи Ан. крови на глюкозу Ан. кала на гельминты и лямблии	1р/10дн 1 1 1	Консультация дерматолога ФГДС	Устранение контакта с аллергеном Гипоаллергенная диета Уголь активированный, белосорб 0,5-1 г- 4-5 раз/сут - 7-10 дн. H <sub>1</sub> -блокаторы: дифенгидрамин 20 мг 2 раза/сут или хифенадин 1 таб (25 мг) 3 раза/сут внутрь При недостаточном эффекте - фексофенадин 1 таб (120 мг) или лоратадин 10 мг 1 раз/сут внутрь При наличии гастрита суспензия, содержащая гидроокись алюминия и магния, 2-3 раза/сут Фамотидин 40 мг на ночь (после еды) 1 раз/сут в сочетании с антигистаминными H <sub>1</sub> -блокаторами Ферменты: панкреатин по 0,5 г	1-2 мес.	Восстановление здоровья Ремиссия Улучшение состояния Хронизация Прогрессирование Отсутствие эффекта

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>Вибрационная крапивница (L50.4) Холинэргическая крапивница (L50.5) Контактная крапивница (L50.6) Другая крапивница (L50.8) Крапивница неуточненная (L50.9)</p>	<p>ОУ, Респ. У</p>	<p>Исследование LE-клеток Провокационные холодовые, тепловые, вибрационные механические пробы</p>	<p>1 1</p>	<p>Иммунологическое исследование: Т, В-лимфоциты, фагоцитарная активность нейтрофилов, фагоцитарный индекс, титр комплемента по фактическому гемолизу эритроцитов, уровень общего и специфических Ig E</p>	<p>3 раза/сут после еды (при нарушениях кишечного всасывания) - 10 дн. Средней тяжести: 2% р-р хлоропирамина в/м 1 мл 1-2 раза/сут - 2-3 дн. Затем мероприятия как при легком течении Тяжелое течение: 2% р-р хлоропирамина в/м 1 мл 1-2 раза/сут - 2-3 дн., при неэффективности – преднизолон в/м или в/в в дозе до 1 мг/кг Госпитализация в специализированное отделение ОУ, Респ. У Коррекция лечения Полуспецифическая терапия аутосывороткой по схеме (по показ.)</p>		

Диагностика и лечение при оказании стационарной медицинской помощи

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
		Диагностика			Лечение		
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	3	4	5	6	7	8	9
<p>Аллергическая крапивница (L50.0)</p> <p>Идиопатическая крапивница (L50.1)</p> <p>Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры (L50.2)</p> <p>Дерматографическая крапивница (L50.3)</p>	<p>РУ,</p> <p>МУ</p>	<p>Аллергологический анамнез, анализ пищевого дневника</p> <p>Общий ан. крови + тромбоциты</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок и белковые фракции, СРБ, АлАТ, АсАТ, глюкоза</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Ан. кала на гельминты и лямблии</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1-2</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>ЭКГ</p> <p>Коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, фибриноген, ретракция кровяного сгустка (при проявлениях капилляротоксикоза)</p>	<p>Гипоаллергенная диета</p> <p>Уголь активированный, белосорб по 0,5-1,0 - 4-5 раз/сут</p> <p>Средней тяжести:</p> <p>H<sub>1</sub>-блокаторы: 2% р-р хлоропирамина в/м 1 мл 2 раза/сут - 2-3 дня</p> <p>При улучшении состояния -</p> <p>внутри: лоратадин 1 таб (10 мг) 1 раз/сут - 10-14 дн., кетотифен 1 мг 2 раза/сут до 1,5-2 мес. (по показ.)</p> <p>Тяжелое течение: 2% р-р хлоропирамина 1 мл в/м 2 раза/сут, при неэффективности – в/м или в/в преднизолон в суточной дозе до 1 мг/кг - 2-3 дня</p> <p>Инфузионная терапия (по показ.) по общим принципам - 1-3 дня</p>	<p>10-14 дн.</p>	<p>Восстановление здоровья</p> <p>Улучшение состояния</p>

1	3	4	5	6	7	8	9
Вибрационная крапивница (L50.4)	ОУ, Респ. У	То же + Уровень общего Ig E	1	То же + Компоненты комплемента,	То же +	То же	То же
Холинэргическая крапивница (L50.5)		Обнаружение LE клеток	1	уровень специфических Ig E			
Контактная крапивница (L50.6)		Провокационные холодовые, тепловые, вибрационные механические пробы	1				
Другая крапивница (L50.8)		Паразитологическое исследование (гельминты, лямблии, токсокароз)					
Крапивница неуточненная (L50.9)							

## Рекомендуемые диагностические тесты у пациентов с физической и другими типами крапивницы

Индукцированная крапивница	Холодовая	Холодовой провокационный тест: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Аппликация кубика льда на область предплечья на 10–15 мин;</li> <li>• Физические упражнения при температуре 4°C в течение 15 мин;</li> <li>• Пребывание в холодной комнате (4 °C) без одежды в течение 10–20 мин;</li> <li>• Определение уровня криоглобулина и определение порога чувствительности*.</li> </ul>	Клинический анализ крови и СОЭ/СРБ, криопротейны для исключения других заболеваний, особенно инфекционных
	Замедленная крапивница от давления	Тест с давлением (ходьба в течение 20 мин с грузом массой 6–7 кг, подвешенным на плечо) и определение порога чувствительности.	Нет
	Тепловая	Тепловой провокационный тест (проба с теплым предметом (40–48 °C) в течение 1–5 мин) и определение порога чувствительности* (теплая вода).	Нет
	Солнечная крапивница	Облучение кожи светом разной длины волны и определение порога чувствительности.	Исключить др. фотодерматозы
	Симптоматический дермографизм	Механическое воздействие (например, нанесение штрихов шпателем) и определение порога чувствительности.	Клинический анализ крови, СОЭ/СРБ
	Вибрационная крапивница	Провокационный тест, например, приложить к предплечью работающий лабораторный вибратор на 4 минуты.	Нет
Аквагенная крапивница	Аквагенная крапивница	Проба с водным компрессом 35–37 °C в течение 30 минут.	Нет
	Холинергическая крапивница	Физическая нагрузка: ходьба до 30 мин, погружение в горячую ванну (40–45 °C) на 10–20 мин.	Нет
	Контактная крапивница	Prick/patch тесты	Нет

*Примечание:* необходимо отменить антигистаминные ЛС за 48 ч до проведения тестов. \*



**Дневник крапивницы**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Дата начала заполнения \_\_\_\_\_

Этот календарь поможет Вам оценить течение крапивницы и обнаружить факторы/триггеры, которые вызывают или обостряют симптомы. Пожалуйста, ежедневно 1 раз в день отмечайте: 1) сколько волдырей появилось; 2) насколько выраженным был зуд кожи; 3) были ли у Вас другие симптомы (если да, то насколько они были выражены) и 4) принимали ли Вы препараты по поводу крапивницы (и когда). Препараты, которые я принимаю по поводу крапивницы:

\_\_\_\_\_

День	Волдыри				Зуд				Симптомы (общие оценка)				Препараты по крапивнице				Триггеры
	Нет	<20	20-50	>50	Нет	Слабый	Средний	Интенсивный	Нет	Лёгкие	Выраженные	Максимальные	Утром	Днём	Вечером	На ночь	
1																	Например: -Стресс-физическая нагрузка -пища
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	

18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	

**Опросник по качеству жизни пациентов  
с дерматологическими заболеваниями DQLI**

(dermatological quality life index)

Номер центра: \_\_\_\_\_

Номер пациента: \_\_\_\_\_

ФИО доктора: \_\_\_\_\_

Дата заполнения (дд.мм.гггг): \_\_\_\_\_ Визит No \_\_\_\_\_

Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказывало на Вашу жизнь кожное заболевание НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте галочкой одну ячейку для каждого вопроса.

1. На протяжении последней недели, насколько сильно беспокоили Вас зуд, чувствительность, болезненность или жжение кожи?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет.

2. На протяжении последней недели, насколько сильно Вы чувствовали смущение или неловкость из-за состояния Вашей кожи?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет.

3. На протяжении последней недели, на сколько сильно состояние Ва-

шей кожи мешало Вашим походам за покупками, уходу за домом или садом?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет
- Ко мне не относится.

4. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор одежды, которую Вы одевали?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет
- Ко мне не относится.

5. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей

кожи влияло на Вашу социальную жизнь или досуг?

- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет
- Ко мне не относится

6. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи затрудняло Ваши занятия спортом?

- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет
- Ко мне не относится

7. На протяжении последней недели полностью ли состояние Вашей кожи не позволяло Вам работать или учиться?

- Да
- Нет

Ко мне не относится.

8. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с Вашим партнером(-шей) или Вашими близкими друзьями или родственниками?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет

Ко мне не относится

9. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи было причиной Ваших каких бы то ни было сексуальных проблем?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет

Ко мне не относится

10. На протяжении последней недели насколько сильно лечение Вашего кожного заболевания создавало Вам сложности, например, создавало беспорядок в доме или отнимало время?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет
- Ко мне не относится

## Общая неспецифическая гипоаллергенная диета по А. Д. Адо

Рекомендовано исключить	Рекомендовано употреблять
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты и др.)</li> <li>• Орехи (фундук, миндаль, арахис и др.)</li> <li>• Рыба и рыбные продукты</li> <li>• Птица и изделия из нее.</li> <li>• Шоколад и шоколадные изделия.</li> <li>• Кофе</li> <li>• Копченые изделия</li> <li>• Уксус, горчицу и прочие специи</li> <li>• Хрен, редис, редька.</li> <li>• Томаты, баклажаны.</li> <li>• Грибы</li> <li>• Яйца</li> <li>• Молоко</li> <li>• Клубника, земляника, дыня, ананас</li> <li>• Сдобное тесто</li> <li>• Мёд</li> <li>• Алкогольные напитки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мясо говяжье отварное</li> <li>• Супы: крупяные, овощные на вторичном говяжьем бульоне, вегетарианские.</li> <li>• Масло сливочное, оливковое, подсолнечное.</li> <li>• Каши: гречневая, геркулесовая, рисовая.</li> <li>• Молочнокислые продукты — однодневные (творог, кефир, простокваша).</li> <li>• Огурцы свежие, петрушка, укроп.</li> <li>• Яблоки печеные</li> <li>• Чай</li> <li>• Сахар</li> <li>• Компот из яблок</li> <li>• Несдобный хлеб</li> </ul>

*Перед употреблением пищевого продукта нужно внимательно изучать этикетку. При наличии следующих пищевых добавок и ингредиентов пищу употреблять нельзя (E100-E1518): красители (например, тартразин E102, желто-оранжевый S E110, азорубин E122, амарант E123, красная кошениль E124, эритрозин E127, бриллиантовая чернь BN E151), консерванты (например, сульфиты и их производные E220-227, нитриты E249-252, производные бензойной кислоты E210-219), загустители, увлажнители, эмульгаторы, усилители вкуса, антиоксиданты (например, E321), искусственные подсластители, стабилизаторы, модифицированный крахмал, пенообразующие агенты, искусственные ароматизаторы (например, глутаматы B 550-553).*

## Исключение провоцирующих факторов при ХК

Фактор	Методы
Перегревание	Избегать длительного пребывания под горячим душем и/или в ванной. Носить легкую одежду.
Давление и трение	Носить комфортабельную, просторную одежду и обувь, которая не приводит к сдавлению или трению кожи. Избегать ходьбы на длинные дистанции или ношения тяжелых сумок (особенно для пациентов с крапивницей от давления).
Холод	Избегать условий, при которых возникает охлаждение: слишком лёгкая одежда, употребление холодных напитков, пищи, длительное пребывание на холоде.
Солнце	Избегать прямого воздействия солнца, ношения открытой одежды. Отказ от отдыха в регионах с высокой инсоляцией. Использовать местные фотозащитные средства.
Стресс	Психологические методики, гипноз, релаксирующая терапия.
Пищевые псевдоаллергены	Исключение пищевых добавок (красителей, консервантов, антиоксидантов и усилителей вкуса), натуральных салицилатов (особенно во фруктах, пиве и вине) и неидентифицированных ароматических веществ в томатах, травах и белом вине. E102-124 и E210-219.
Алкоголь	Исключение употребления любых алкогольных напитков. Реакция на алкоголь зависит от количества выпитого, содержания этанола и псевдоаллергенов