

Результаты анкетирования врачей России с целью выявления со-ответствия ведения детей с хронической крапивницей клиническим рекомендациям

RAR — научная статья

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2023-3-34-57>

Статья поступила 25.06.2023
Статья принята в печать 13.08.2023
УДК 616.514

Конфликт интересов:

Источник финансирования отсутствует.

Авторы заявляют о конфликте интересов. Авторы входят в редакционную коллегию журнала: Смолкин Ю. С., Мешкова Р. Я., Масальский С. С., Хакимова Р. Ф., Мигачева Н. Б..

Статья прошла двойное слепое внешнее рецензирование.



Смолкин Ю. С.¹, Масальский С. С.², Хакимова Р. Ф.³, Трусова О. В.⁴, Ларькова И. А.⁵, Тимофеева Е. В.⁶, Мешкова Р. Я.⁷, Мигачева Н. Б.⁸, Стежкина Е. В.⁹, Лепешкова Т. С.¹⁰, Пищальников А. Ю.¹¹

¹ Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 91, Россия

² Московский медицинский университет «Реавиз», 125466, г. Москва, ул. Соколово-Мещерская, д. 29, Россия

³ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, Россия

⁴ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, Россия

⁵ ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», 109240, г. Москва, Устьинский проезд, д. 2/14, Россия

⁶ Нижегородская областная детская клиническая больница, 603136, г. Нижний Новгород, ул. Ванеева, д. 211, Россия

⁷ ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, 214018, г. Смоленск, ул. Крупской, д. 28, Россия

⁸ ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 443056, г. Самара, Ул. Самарская, д. 137, Россия

⁹ ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9, Россия

¹⁰ ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург, ул. Ретина, д. 3, Россия

¹¹ ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64, Россия

Смолкин Юрий Соломонович — д. м. н., профессор кафедры клинической иммунологии и аллергологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, ORCID ID: 0000-0001-7876-6258, e-mail: smolkin@alerg.ru.

Масальский Сергей Сергеевич — к. м. н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и педиатрии Медицинского университета «Реавиз», ORCID ID: 0000-0002-2048-5709, e-mail: masalsky@live.com.

Хакимова Резеда Фидаиловна — д. м. н., профессор кафедры клинической иммунологии с аллергологией ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, ORCID ID: 0000-0003-0754-9605, e-mail: khakimova@yandex.ru.

Трусова Ольга Валерьевна — к. м. н., доцент кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. ак. М. В. Черноруцкого с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, ORCID ID: 0000-0002-0854-1536, e-mail: o-tru@mail.ru.

Ларькова Инна Анатольевна — к. м. н., старший научный сотрудник отделения аллергологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», ORCID ID: 0000-0001-7640-0754, e-mail: inna_larkova@mail.ru.

Тимофеева Елена Владимировна — заведующий аллергологическим отделением ГБУЗ НО НОДКБ, ORCID ID: 0000-0003-3908-1947, e-mail: elenatim-nn@mail.ru.

Мешкова Раиса Яковлевна — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой клинической иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, ORCID ID: 0000-0002-7806-9484, e-mail: meshkova.raisa@yandex.ru.

Мигачева Наталья Бегиевна — д. м. н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии ИПО ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ORCID ID: 0000-0003-0941-9871, e-mail: nbmigacheva@gmail.com.

Стежкина Елена Викторовна — к. м. н., доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, ORCID ID: 0000-0002-1806-0787, e-mail: polus1972@yandex.ru.

Лепешкова Татьяна Сергеевна — к. м. н., доцент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, ORCID ID: 0000-0002-0716-3529, e-mail: levlp@mail.ru.

Пищальников Александр Юрьевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, ORCID ID: 0000-0002-3289-9052, e-mail: pau6277@yandex.ru.

Для корреспонденции:

Смолкин Юрий Соломонович, профессор кафедры клинической иммунологии и аллергологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России.

Адрес: 125371, Россия, г. Москва, Волоколамское ш., д. 91.

E-mail: smolkin@alerg.ru.

For correspondence:

Yuri Solomonovich Smolkin, Professor of Department of Clinical Immunology and Allergology Academy of Postgraduate Education under FSBI FSCC of FMBA of Russia.

Address: 91 Volokolamskoe shosse, Moscow, 125371, Russia.

E-mail: smolkin@alerg.ru.

Аннотация

Актуальность. Первичное наблюдение детей с ХК в России осуществляется педиатрами, дерматологами и аллергологами-иммунологами. Неясно, как используются клинические рекомендации врачами различных специальностей.

Материалы и методы. Онлайн-опрос педиатров, аллергологов-иммунологов и дерматологов в РФ с использованием анкеты из 5 блоков вопросов, связанных с этиологией, диагностикой и терапией. В анкетировании приняли участие 316 врачей с медианным стажем 10 [5; 20] лет.

Результаты. 83,3 % опрошенных наблюдали не более 2 детей с ХК в месяц. Самообразование с целью расширения знаний (видеолекции, специальная литература) указали 72,6 % участников. Клиническими рекомендациями (КР), которые использовали врачи, являются документы педиатрических и аллергологических ассоциаций России (77,3 и 55,9 % соответственно), международные КР использовали 27 % респондентов.

Среди отклонений от рекомендованного алгоритма наиболее часто встречались назначения биохимического исследования крови (64,9 %), ультразвукового исследования органов (56,9 %), консультации специалистов без показаний: гастроэнтеролога (48,2 %), инфекциониста (31,8 %), ревматолога (27,1 %). Пробу с аутологичной сывороткой у детей по разным причинам не используют 87,2 % врачей.

При аллергологическом обследовании опрошенные рекомендуют определять: уровень общего IgE в сыворотке крови (63,9 %), количество эозинофилов в периферической крови (61,2 %). Необходимость определения специфических IgE указали не более трети опрошенных. Кожные пробы в период ремиссии считают возможным выполнять 59,1 % врачей из всех, считающих аллергологическое обследование целесообразным.

При лечении детей с ХК 18,6 % респондентов не рекомендуют специальную диету, 27,7 % — исключают из питания продукты, содержащие аллергены, к которым обнаружена сенсибилизация, остальные рекомендуют элиминационную неспецифическую диету.

Антигистаминные II поколения (АГ II) являются наиболее используемыми в клинической практике (86,5 %). Препаратами выбора до 12 лет врачи назвали цетиризин (25,7 %) и левоцетиризин (19,7 %). Необходимость двукратного увеличения дозы АГ II при отсутствии ответа на стандартную дозу поддержали 59,5 % врачей, остальные предпочитают смену молекулы АГ II в стандартной дозе. Опыт использования омализумаба отметили 20 % специалистов, при этом 76,3 % понимают значимость и готовы использовать биологическую терапию. При неэффективности омализумаба 44,1 % врачей считают препаратом выбора глюкокортикостероиды; 38,8 % — циклоспорин. Около трети врачей используют альтернативную терапию, не рассмотренную в клинических рекомендациях.

Заключение. Значительное число врачей не используют в реальной практике рекомендации, основанные на доказательных исследованиях. АГ II являются основой терапии ХК у детей во всех возрастных группах.

Ключевые слова: крапивница, дети, обследование, опрос.

Для цитирования: Смолкин ЮС, Масальский СС, Хакимова РФ, Трусова ОВ, Ларькова ИА, Тимофеева ЕВ, Мешкова РЯ, Мигачева НБ, Стежкина ЕВ, Лепешкова ТС, Пищальников АЮ. Результаты анкетирования врачей России с целью выявления соответствия ведения детей с хронической крапивницей клиническим рекомендациям. *Аллергология и иммунология в педиатрии*. 2023; 3: 34–57. <https://doi.org/10.53529/2500-1175-2023-3-34-57>

The results of a survey of Russian doctors in order to identify the compliance of the management of children with chronic urticaria with clinical recommendations

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2023-3-34-57>

Received 25.06.2023

The article is accepted for publication 13.08.2023

Conflict of Interest:

There is no source of funding.

The authors declare a conflict of interest. The authors are members of the editorial board of the journal: Yuri S. Smolkin, Raisa Ya. Meshkova, Sergey S. Masalskiy, Rezeda F. Khakimova, Natalia B. Migacheva.

Yuri S. Smolkin¹, Sergey S. Masalskiy², Rezeda F. Khakimova³, Olga V. Trusova⁴, Inna A. Larkova⁵, Elena V. Timofeeva⁶, Raisa Ya. Meshkova⁷, Natalia B. Migacheva⁸, Elena V. Stezhkina⁹, Tatiana S. Lepeshkova¹⁰, Aleksandr Yu. Pischalnikov¹¹

¹ Academy of Postgraduate Education under FSBI FSCC of FMBA of Russia, 91 Volokolamskoe Shosse, 125371, Moscow, Russia

² Moscow Medical University "Reaviz", 29 Sokolovo-Meshcherskaya str., 125466, Moscow, Russia

³ FSBEI HE Kazan SMU MOH Russia, 49 Butlerov st., Kazan, 420012, Russia

⁴ FSBEI HE I. P. Pavlov SpbSMU MOH Russia, 6–8 Eva Tolstogo st., St. Petersburg, 197022, Russia

⁵ Federal Research Center of Nutrition and Biotechnology, 2/14 Ustinskiy proezd, Moscow, 109240, Russia

⁶ Nizhny Novgorod Regional Pediatric Clinical Hospital, 211 Vaneeva str., 603105, Nizhny Novgorod, Russia

⁷ FSBEI HE SSMU MOH Russia, 28 Krupskaya st., Smolensk, 214018, Russia

⁸ Samara State Medical University, 137 Samarskaya st., Samara, 443056, Russia

⁹ FSBEI HE RyazSMU MOH Russia, 9 Vysokovoltynaya st., Ryazan, 390026, Russia

¹⁰ FSBEI HE USMU MOH Russia, 3 Repina st., Ekaterinburg, 620028, Russia

¹¹ FSBEI HE SUSMU MOH Russia, 64 Vorovsky st., Chelyabinsk, 454092, Russia

Yuri Solomonovich Smolkin — Dr. Sci., Professor of Department of Clinical Immunology and Allergology of Academy of Postgraduate Education under FSBI FSCC of FMBA of Russia, ORCID ID: 0000-0001-7876-6258, smolkin@alerg.ru.

Sergey Sergeevich Masalskiy — Cand. Sci., Associate Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics, Moscow Medical University "Reaviz", ORCID ID: 0000-0002-2048-5709, e-mail: masalsky@live.com.

Rezeda Fidailovna Khakimova — Dr. Sci., Professor of the Department of Clinical Immunology and Allergology, FSBEI HE Kazan SMU MOH Russia, ORCID ID: 0000-0003-0754-9605, Kazan, e-mail: khakimova@yandex.ru.

Olga Valerievna Trusova — Cand. Sci., Associate Professor Department of Hospital Therapy with the Course of Allergology and Immunology named after Academician M.V. Chernorutsky with the clinic, FSBEI HE I.P. Pavlov SPbSMU MOH Russia, ORCID ID: 0000-0002-0854-1536, e-mail: o-tru@mail.ru.

Inna Anatolevna Larkova — Cand. Sci., Senior researcher of Allergy Department, Federal Research Center of Nutrition and Biotechnology, ORCID ID: 0000-0001-7640-0754, Moscow, e-mail: inna_larkova@mail.ru.

Elena Vladimirovna Timofeeva — Head of Allergy Department, Nizhny Novgorod Regional Children's Clinical Hospital, ORCID ID: 0000-0003-3908-1947, Nizhny Novgorod, e-mail: elenatim-nn@mail.ru.

Raisa Yakovlevna Meshkova — Dr. Sci., Professor, Head of Department of Clinical Immunology and Allergology, FSBEI HE SSMU MOH Russia, ORCID ID: 0000-0002-7806-9484, Smolensk, e-mail: meshkova.raisa@yandex.ru.

Natalia Begievna Migacheva — Dr. Sci., Associate Professor, Head of Department of Pediatrics, Samara State Medical University, ORCID ID: 0000-0003-0941-9871, Samara, e-mail: nbmigacheva@gmail.com.

Elena Viktorovna Stezhkina — Cand. Sci., Associate Professor of the Department of Faculty and Polyclinic Pediatrics with the Course of Pediatrics FDPO, FSBEI HE RyazSMU MOH Russia, ORCID ID: 0000-0002-1806-0787, Ryazan, e-mail: polus1972@yandex.ru.

Tatiana Sergeevna Lepeshkova — Cand. Sci., Associate Professor Department of polyclinic Pediatrics and Pediatrics faculty of advanced training and retraining, FSBEI HE USMU MOH Russia, ORCID ID: 0000-0002-0716-3529, Ekaterinburg, e-mail: levpa@mail.ru.

Aleksandr Yurievich Pischalnikov — Dr. Sci., Professor, Head of the Department of Pediatrics and Neonatology, FSBEI HE SUSMU MOH Russia, ORCID ID: 0000-0002-3289-9052, Chelyabinsk, e-mail: pau6277@yandex.ru.

Abstract

Introduction. Primary observation of children with (CU) in Russia is performed by pediatricians, dermatologists, and allergologists. It is unclear how clinical guidelines are used in a heterogeneous group of specialists.

Materials and methods. Online survey of pediatricians, allergists, and dermatologists (n=304) in the Russian Federation using a questionnaire, from 5 blocks of questions related to etiology, diagnosis, and therapy. 316 physicians with a median experience of 10 [5; 20] years were included in the questionnaire.

Results. 83.3% of respondents observed no more than 2 children with CU per month. Self-education to expand knowledge (video lectures, special literature) was indicated by 72.6% of participants. The clinical guidelines used by physicians were documents of pediatric and allergy associations of Russia (77.3 and 55.9%, respectively), international guides were used by 27% of respondents.

The most frequent deviations from the recommended algorithm were the prescription of biochemical blood tests (64.9%), ultrasound examination of organs (56.9%), consultations of specialists without indications: gastroenterologist (48.2%), infectious disease specialist (31.8%), rheumatologist (27.1%). The autologous serum test in children is not used by 87.2% of physicians for various reasons.

During allergy testing, respondents recommend: the concentration of total IgE in serum (63.9%), the number of eosinophils in the blood (61.2%). The importance of determining specific IgE was indicated by no more than one third of the respondents. Skin tests during remission period were supported by 59.1% of all physicians, who considered allergologic examination to be necessary. Diet: 18.6% of respondents do not recommend a special diet for children; 27.7% exclude from the diet foods to which sensitization is detected, the rest recommend a nonspecific elimination diet.

Antihistamines of 2nd generation (AG II) are the most used in clinical practice (86.5%). Physicians named cetirizine (25.7%) and levocetirizine (19.7%) as the drugs of choice up to 12 years of age. The need to double the dose of AG II in the absence of response to the standard dose was supported by 59.5% of physicians. The other physicians preferred a change of AG II molecule in the standard dose. Experience with the use of omalizumab was reported by 20% of specialists, with 76.3% understanding the significance and willingness to use biologic therapy. If omalizumab is ineffective, 44.1% of physicians consider glucocorticosteroids to be the drug of choice; 38.8% — cyclosporine A. About one third of physicians use alternative therapies not considered in the clinical guidelines.

Conclusion. A significant number of physicians do not use recommendations based on evidence-based studies in real practice. AG II are the basis of CU therapy in children in all age groups.

Keywords: urticaria, children, examination, survey.

For citation: Smolkin YuS, Masalskiy SS, Khakimova RE, Trusova OV, Larkova IA, Timofeeva EV, Meshkova RYa, Migacheva NB, Stezhkina EV, Lepeshkova TS, Pischalnikov AYu. The results of a survey of Russian doctors in order to identify the compliance of the management of children with chronic urticaria with clinical recommendations. *Allergology and Immunology in Pediatrics*. 2023; 3: 34–57. <https://doi.org/10.53529/2500-1175-2023-3-34-57>

ВСТУПЛЕНИЕ

Хроническая крапивница (ХК) считается редким заболеванием, в связи с чем диагностическая и лечебная тактика вызывает у врачей трудности. В настоящее время достоверная частота встречаемости ХК у детей не известна, однако, как показывают эпидемиологические исследования, заболеваемость в различных странах не одинаковая. Так, в США встречаемость ХК в детской популяции составляет 0,1 % (CI 95 %: 0,1; 0,1). В Европейских странах — 0,5 % (CI 95 %: 0,2; 1,0) [1]. Распространенность ХК в Южной Америке составляет 1,5 % (CI 95 %: 0,0; 6,0) с высокой гетерогенностью в различных исследованиях, в странах Азии — 1,4 % (CI 95 %: 0,5–2,9). Итоговая распространенность ХК в мировой популяции по данным метаанализа составила 0,7 % (CI 95 %: 0,2; 1,4) %.

Принято считать, что распространенность ХК среди детей ниже, чем у взрослых. Наш опыт практической работы показывает, что в основном именно взрослые обращаются к врачу по поводу длительно персистирующих уртикарных высыпаний. Однако, как представлено в метаанализе [1], распространенность ХК у детей в 2 раза выше по сравнению со взрослыми: 1,43 % (CI 95 %: 0,89; 2,10) vs 0,97 (CI 95 %: 0,74; 1,25) соответственно. Необходимо отметить, что точность представленных данных не является идеальной. В мире 195 стран, в метаанализе — данные из 11 эпидемиологических исследований, при этом из 86 млн пациентов, рассмотренных в публикации Fricke J. (2020) [1], 73 млн человек включено в исследования, проведенные Китае, что не может не исказить представление о распространенности ХК во всем мире. В метаанализе не представлены данные о распространенности ХК в Австралии, странах Африки, Тихоокеанского региона, Ближнего Востока, Восточной Европы и России. Изучение ХК в Мексике и Аргентине показало значимые различия полученных результатов (соответственно 3,4 % и 0,29 %) [2]. Можно констатировать, что истинная общемировая заболеваемость ХК, особенно в детском возрасте, остается неясной.

В Российской Федерации данных о распространенности ХК нет. Заболевание не включено в статистический отчет Министерства Здравоохранения РФ и в общем остается недооцененным. В РФ не существует единой системы учета всех заболеваний, клиники не связаны в общую медико-информационную систему. С учетом того, что острая и ХК кодируются единым шифром МКБ-10: L50.0 — L50.9, оперативное получение информации о итоговой заболеваемости в популяции невозможно.

В связи с редкой встречаемостью ХК осведомленность врачей о современных алгоритмах диагностики, лечения и подходах к ведению пациентов остается низкой. Мы видим значительные пробелы в знаниях о ХК, особенно в среде врачей без специальной подготовки в области аллергологии-иммунологии и дерматологии [3].

В этиологии ХК большую роль играют аутоиммунные и инфекционные факторы [4]. По понятным причинам в зависимости от возраста, географической распространенности эндемичных инфекций диагностический комплекс и подходы к терапии могут различаться.

В 2019 г. Российским обществом аллергологов и клинических иммунологов подготовлен проект клинических рекомендаций по ХК, который периодически обновляется и ждет одобрения Министерства Здравоохранения. Внедрение этого документа в рутинную практику произошло после опубликования документа на сайте организации*. Аналогичный документ по крапивнице у детей был создан Союзом педиатров России**, но он также не размещен в официальном рубрикаторе клинических рекомендаций МЗ РФ.

Специалисты, владеющие английским языком, могут в своей работе использовать клинические руководства наиболее авторитетных европейских и североамериканских профильных обществ [5, 6]. Между всеми упомянутыми руководствами существуют некоторые различия. Отсутствие единого подхода к лечению связано не только с гетерогенностью причин крапивницы, но и с разными источниками информации и гай-

* https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/470.html

** https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/357_1

длайнми по ХК. Практикующий врач выбирает тактику курации пациента, основываясь на множестве источников, которые могут несколько не совпадать в отношении лечебных и диагностических подходов [7].

Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России является общественной некоммерческой профессиональной организацией, заинтересованной в повышении квалификации врачей и осведомленности в отношении терапии аллергических заболеваний. Создание рекомендаций для специалистов невозможно без определения круга проблем и выявления недостатков в отношении диагностики и лечения крапивницы в детском возрасте. В этом исследовании мы уточняем спорные вопросы курации детей с ХК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось с использованием анкеты, разработанной Ассоциацией детских аллергологов и иммунологов России (АДАИР), которая была размещена на открытых интернет-ресурсах ассоциации (сайт АДАИР: <https://adair.ru/>) и разослана членам ассоциации. В анкетировании могли принять участие все желающие врачи, предъявления сертификата не требовалось.

Анкета состояла из 41 вопроса, которые были объединены в 5 блоков:

1. Организационные вопросы (регион, стаж, тип ЛПУ, наличие специальной подготовки, количество наблюдаемых пациентов в месяц).
2. Доступность информации о проблеме ХК и руководства, используемые в практической деятельности.
3. Блок вопросов, касающихся принципов диагностики ХК у детей (сроки установления диагноза, предпочтительные лабораторные и инструментальные методы, аллергологическое обследование, консультации специалистов).
4. Блок вопросов, посвященный клинико-anamnestическим данным, диетическим рекомендациям при ведении детей с ХК.
5. Осведомленность о ступенчатой терапии антигистаминными препаратами и роли генно-инженерных биологических препаратов в лечение детей с ХК.

По результатам проведен сравнительный анализ полученной информации с актуальными на момент анкетирования рекомендациями WAO/ЕААСI и проектом клинических рекомендаций по крапивнице [5, 8].

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Ответы на вопросы фиксировались в таблице, после чего были вычислены частоты встречаемости вариантов, выделены группы наиболее типичных ответов. Для нахождения различий построены таблицы сопряжения по признакам и группам. В качестве критериев использовался χ^2 или точный критерий Фишера в тех случаях, если ответов было менее 5. Критерий достоверности принимался $p < 0,05$. Статистический анализ проводился с использованием программ The jamovi project (2022) * [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Описание когорты

В анкетировании приняли участие 316 врачей различных специальностей (таблица 1).

Среди респондентов преобладали специалисты аллергологи-иммунологи (49,5%) и педиатры (37,9%). Средний стаж работы составил $12,9 \pm 9,6$ лет. Самые молодые участники имели стаж от 1 года, максимальный опыт работы составил 40 лет.

Доступность интернета, готовность участвовать в интернет-опросах на общественных началах, работа в ассоциации, вероятно, оказали влияние на представленность специалистов в анкетировании. При обобщении результатов необходимо учитывать, что выборка релевантная настолько, сколько врачей пользуются средствами обмена информацией с помощью глобальной сети интернет. Более половины респондентов (52,4%) проживают в крупных мегаполисах с численностью населения более 1 млн жителей, 37,5% — в городах с численностью населения от 150 тыс. — 1 млн человек. В целом 71,2% участников проживают в региональных центрах РФ с численностью 0,5–1 млн населения. В небольших населенных пунктах проживают только 9,7% опрошенных.

Среди респондентов преобладали врачи первичного звена (75,5%), при этом примерно по-

* The jamovi Desktop (version 2.3). Доступно на сайте <https://www.jamovi.org>

Таблица 1. **Характеристика врачей-респондентов, включенных в анкетирование**
 Table 1. **Characteristics of physician respondents included in the survey**

Признак		Значение, n	%
Врачи, всего		316 чел.	100
Специальность	аллерголог-иммунолог	158	49,5
	педиатр	121	37,9
	дерматолог	13	4,1
	врач общей практики	9	2,8
	гастроэнтеролог	4	1,3
	инфекционист	4	1,3
	другое	10	3,1
Стаж работы	среднее $\pm \sigma$	12,9 \pm 9,6	
	медиана, годы; Me [Q ₁ ; Q ₃]	10 [5; 20]	
	стаж ≤ 5 лет	95	29,8
Численность города	более 1 млн населения	167	52,4
	500 тыс. — 1 млн	60	18,8
	150–500 тыс.	61	19,1
	менее 150 тыс.	31	9,7

ловина из всех опрошенных работают в государственном поликлиническом учреждении (47,6%). Пятая часть участников (20%) в качестве основного места работы указали стационар. Особенно важно, что в исследовании принимали участие практикующие практические врачи — в научных учреждениях трудятся только 4,4% опрошенных.

Таким образом, когорта врачей представлена в основном специалистами аллергологами-иммунологами и врачами-педиатрами со стажем работы более 5 лет по специальности, работающими преимущественно в амбулаторно-поликлинических ЛПУ крупных городов с населением более 500 тыс. Необходимо отметить, что 45,6% аллергологов-иммунологов имели дополнительно сертификат по специальности «педиатрия». Стоит рассчитывать, что эта выборка является вполне репрезентативной и по ней можно судить об осведомленности детских врачей об актуальных рекомендациях по ХК отечественных и европейских ассоциаций.

ОБУЧЕНИЕ, ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ

В Российской Федерации взят курс на непрерывное медицинское образование, в котором значимая роль отводится дистанционному обучению и самообразованию специалистов. В связи с этим представлял интерес анализ применяемых респондентами вариантов образовательных про-

грамм (тренинги, курсы) и (или) самостоятельного изучения вопросов, связанных с проблемой ХК. Анализ результатов анкетирования показал, что 35,4% врачей осваивали различные программы, посвященные проблемам диагностики и лечения ХК. Около половины опрошенных (46,7%) дополнительно самостоятельно изучали вопросы ведения пациентов с ХК, используя специализированную литературу, но 17,9% респондентов не имели подготовки по данному вопросу.

Нами выявлены некоторые различия в ответах врачей аллергологов-иммунологов и врачей других специальностей. Так, 97,5% аллергологов-иммунологов самостоятельно интересовались проблемой и 81,6% прослушивали проблемные лекции или тренинги. Педиатры, участвовавшие в опросе, являлись членами АДАИР или принимали активное участие в образовательных программах Ассоциации (конгрессы, научно-практические конференции, практические школы и др.). Следует отметить, что у врачей разных специальностей достоверно отличались источники получения информации: более половины опрошенных, не являющихся специалистами аллергологами-иммунологами, когда-либо интересовались проблемой хронической крапивницы у детей: 30,5% специалистов — на лекциях ($\phi = 0,7$, $p < 0,001$), остальные самостоятельно изучали только литературу. В то же время 32,2%

Таблица 2. Частота применения респондентами клинических рекомендаций по ХК
Table 2. Frequency of respondents' use of clinical guidelines on chronic urticaria

Название	n, %	Примечания
«Крапивница»	175 (54,9)	Проект, не утвержден (июнь 2023) РААКИ, СПР
«Крапивница у детей»	248 (77,7)	Потерял силу (июнь 2023) СПР
«Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с крапивницей» (поликлиническая помощь)	99 (31,0)	Приказ МЗ РФ от 11 декабря 2007 г. № 753, действующий (июнь 2023)
«Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с крапивницей» (при оказании специализированной помощи)	57 (17,9)	Приказ МЗ РФ от 15 декабря 2006 г. № 849, действующий (июнь 2023)
«The EAACI/GA ² LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticarial» 2017	84 (26,3)	EAACI/WAO/GA ² LEN Обновлен в 2021 г.
Иные монографии и научные статьи, не обязательно в виде гайдлайнов и рекомендаций	117 (36,7)	

респондентов, не являющихся специалистами аллергологами-иммунологами, не интересовались проблемой ХК и не получали дополнительные знания ($\phi = 0,67$, $p < 0,001$).

По результатам необходимо отметить, что 70 % педиатров не получали знания при прямом контакте с экспертами на тренингах или онлайн-лекциях и либо не интересовались проблемой, либо знакомились с информацией в источниках неясного качества. Подобное наблюдение является основанием для расширения работы в направлении создания общедоступных школ для врачей первичного звена с высоким уровнем экспертизы. Ожидается, что аллергологи-иммунологи должны быть более подготовленными в вопросах курации пациентов с ХК по причине большей вовлеченности в проблему и непрерывного совершенствования знаний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Представляют интерес результаты изучения вопроса об использовании респондентами клинических рекомендаций и документов по крапивнице в реальной практике (таблица 2).

Анализ полученных данных показал, что большинство врачей указали в анкете на применение клинических рекомендаций, созданных Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов РААКИ (достоверно чаще $\phi = 0,33$, $p < 0,001$) и Союзом педиатров России (СПР) (54,9 % и 77,7 % соответственно). 30,1 % опрошенных используют официальные медико-экономи-

ческие стандарты оказания медицинской помощи. Несмотря на то что более 70 % респондентов отнесено к интернет-активной аудитории, актуальный на момент анкетирования известный международный гайдлайн EAACI/WAO/GA²LEN 2018 отметили 26,3 % опрошенных, что значительно реже по сравнению с рекомендациями РААКИ и СПР ($p < 0,001$).

Сохранение противоречий между клиническими рекомендациями и приказами 2006–2007 гг., которые являются действующими, вносит дополнительную неясность в вопросы диагностики и лечения пациентов с ХК. Проекты клинических рекомендаций СПР и РААКИ по основным вопросам согласуются с международными гайдлайнами. Однако более трети респондентов ориентируются в работе на приказы, включающие медико-экономические стандарты, в которых изложены устаревшие рекомендации в качестве обязательных, например, рекомендация исследовать печеночные ферменты при диагностике ХК или при лечении применять натрия тиосульфат, фенобарбитал, экстракт белладонны и антигистаминные препараты I поколения.

Таким образом, основной источник информации по ХК в России — отечественные клинические рекомендации. При этом, учитывая преобладание педиатрической аудитории (педиатры, аллергологи-иммунологи с сертификатом педиатра), роль профильных детских ассоциаций является более значимой. Следовательно, широкое обсуждение проблемы ХК и повышение осведомленности врачей о диагностике, лечении и профилактике заболевания является актуальным.

Таблица 3. Частота встречаемости пациентов с ХК на консультативном приеме по результатам анкетирования
Table 3. Frequency of patients with CU at the visit (according to the results of the questionnaire)

Вопрос: «Какое примерное количество пациентов (до 17 лет включительно) с хронической крапивницей вы наблюдаете за месяц?»			более 2 в месяц	до 1–2 в месяц	редко, эпизодически,	всего
Все врачи	Аллергологи	Количество	45	67	44	156
		% врачей, среди аллергологов	28,8	42,9	28,2	100,0
	Другая специальность	Количество	11	37	115	163
		%, среди врачей других специальностей	6,7	22,7	70,6	100,0
	Всего	Количество	56	104	159	319
		% врачей	17,6	32,6	49,8	100,0

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, АНАМНЕЗ, СИМПТОМЫ

Количество пациентов на приеме

Принимая во внимание относительную редкость ХК в детском возрасте, в анкету нами был включен вопрос о частоте случаев пациентов с данной патологией в клинической практике. Отвечая на этот вопрос, 49,8 % респондентов указали, что такие пациенты в их практике встречаются редко, 32,6 % наблюдают до 2 детей с ХК в месяц, 17,6 % 2 и более пациентов в месяц (таблица 3).

Частота случаев пациентов детского возраста с ХК на приеме у различных специалистов закономерно отличается. Как показал анализ, среди врачей, которые указали, что встречают более 2 пациентов с ХК в месяц, преобладают специалисты аллергологи-иммунологи (80,4 %). В то же время 70,6 % врачей других специальностей (педиатры, дерматологи) наблюдают таких пациентов эпизодически; 22,7 % врачей — 1–2 детей с ХК; и 7 % врачей, не имеющих сертификата аллерголога, встречают на приеме ХК у детей 2 раза или более в месяц (значимые отличия с аллергологами, $p < 0,001$).

Результаты анкетирования позволяют отметить, что ХК не является таким редким заболеванием, как принято считать. Полученные данные показывают, что пациенты с ХК часто обращаются за медицинской помощью не только к аллергологам-иммунологам, но и к врачам первичного звена, дерматологам и другим специалистам. В связи с этим при создании рекомендаций и информировании врачей профильные сообщества должны ориентироваться на специалистов разного профиля, учитывать уровень подготовки врача, возможности диагностики заболевания в условиях медицинского учреждения различного уровня.

Определение

Согласно клиническим рекомендациям, ХК выставляется при наличии уртикарных высыпаний в течение периода более 6 недель. В нашем исследовании правильный ответ на вопрос о длительности клинических симптомов при ХК указали только 64,9 % опрошенных, остальные отметили неверные ответы: «> 12 недель» — 17,6%; «> 4 недель» — 9,1%; «> 6 месяцев» — 8,5 % респондентов (таблица 4).

Частота верных ответов на данный вопрос отличалась в зависимости от специальности. Ожидаемым явилось, что наилучшие знания показали аллергологи-иммунологи (89,2 % опрошенных). Обращает на себя внимание, что достоверно меньше врачей педиатров и дерматологов выбрали правильный ответ (45,5 % и 46,2 % соответственно; для обоих случаев $\phi = 0,48$, $p < 0,001$). При этом в нашем исследовании приняло участие незначительное число врачей-дерматологов, что не позволяет экстраполировать полученные данные на всю специальность, но является основанием для поиска возможностей для проведения подобного опроса среди врачей специальности «дерматовенерология».

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ЖАЛОБЫ

Достаточно много работ посвящено отличиям клинических проявлений ХК у взрослых и детей. Считается, что крапивница у детей сопровождается «более мягкими симптомами» и они легче поддаются терапии антигистаминными препаратами [3, 5, 7, 10]. По данным Lachover-Roth I (2021), в 80 % случаев отмечается самопроизвольное излечение в течение 24 месяцев [11].

Таблица 4. Частота ответов на вопрос «Хронической крапивницей вы считаете заболевание длительностью...» (правильный ответ «более 6 недель»)

Table 4. Frequency of answers to the question "Do you consider chronic urticaria to be a disease of duration..." (correct answer "more than 6 weeks")

Вопрос: «Хронической крапивницей вы считаете заболевание длительностью...»		Ответы				Всего, n
		более 12 недель	более 4 недель	более 6 мес.	более 6* недель	
Специальность	аллерголог-иммунолог, n и %	5 3,2	7 4,4	5 3,2	141+ 89,2	158
	врач общей практики, n и %	3 33,3	1 11,1	2 22,2	3+ 33,3	9
	гастроэнтеролог, n и %	2 50,0	1 25,0	1 25,0	0 0,00	4
	дерматолог, n и %	5 38,5	2 15,4	0 0,0	6+ 46,2	13
	другое, n и %	4 40,0	2 20,0	3 30,0	1 10,0	10
	инфекционист, n и %	2 50,0	0 0,0	1 25,0	1 25,0	4
	педиатр, n и %	35 28,9	16 13,2	15 12,4	55+ 45,5	121
Всего	n	56	29	27	207	319
	%	17,6	9,1	8,5	64,9	100,0

Примечания: выделены самые частые специальности: «аллерголог-иммунолог» и «педиатр»;

* — верный ответ: >6 нед.; * — различия достоверны между аллергологами и педиатрами, дерматологами попарно, $p < 0,001$.

Comments: the most frequent specialties: "allergist-immunologist" and "pediatrician" are highlighted;

* — correct answer: >6 weeks; * — differences are reliable between allergists and pediatricians, dermatologists in pairs, $p < 0.001$.

Для нас представляли интерес оценка врачами степени тяжести ХК, эффективность используемой терапии у детей и существует ли потребность в более эффективных препаратах с целью контроля симптомов заболевания. Раздел анкеты, посвященный лечению, начинался с вопроса «С какой периодичностью ваши пациенты с ХК в основном отмечают появление высыпаний?», ответ на который позволил бы оценить время заболевания для пациента и потребность в ежедневной терапии (таблица 5).

В ответах на этот вопрос нами получены неоднозначные результаты: 26,3% специалистов не

замечают закономерностей в появлении высыпаний, 30,1% докторов отмечают жалобы пациентов с периодичностью 1 раз в неделю и только 10,7% врачей указали на наличие упорных ежедневных высыпаний. Эти данные вполне объяснимы, учитывая значительную долю среди респондентов врачей, в клинической практике которых пациенты с ХК встречаются редко. Таким образом, по мнению всех участников анкетирования, 56,4% пациентов с ХК имеют частые, но не ежедневные симптомы, по-видимому, снижающие качество жизни пациента.

Таблица 5. Периодичность высыпаний при ХК у детей (по данным анкетирования врачей)

Table 5. Frequency of rashes in children with CU (according to physician survey)

Варианты	Ответы, n	%
ежедневно	34	10,7
не замечаю закономерности	84	26,3
несколько раз в неделю	96	30,1
сильные короткие обострения с ремиссиями между ними	105	32,9
Всего	319	100,0

Следует отметить, что 105 врачей описали типичные высыпания при ХК в виде коротких обострений с длинными периодами ремиссии: аллергологов-иммунологов было достоверно меньше (30 vs 75 чел.; $\phi = 0,29$, $p < 0,001$).

Безусловно, подобные клинические ситуации не могут быть расценены как течение ХК и не соответствуют представленному в клинических рекомендациях определению, что свидетельствует о недостаточной осведомленности специалистов о клинической характеристике и диагностических критериях заболевания.

Для аллергологов-иммунологов получены несколько отличающиеся результаты. Больше половины специалистов отмечают появление высыпаний несколько раз в неделю или чаще: «ежедневно» — 17,9% и «несколько раз в неделю» — 46,2% респондентов. Такое течение заболевания сложно назвать тяжелым, однако здесь необходимо оговориться, что в вопросе не уточнялось, получают ли пациенты базисную терапию.

Большая «серая зона» среди аллергологов-иммунологов, которые не замечают закономерностей (16,7%) или считают ХК заболеванием с короткими обострениями (19,2%), с одной стороны, может говорить о редкой встречаемости ХК, с другой стороны — о недостаточном опыте. Частый ответ «сильные короткие обострения с ремиссиями между ними» (30,2% всех специалистов и 19,2% аллергологов-иммунологов) заставляет задуматься о возможном наличии особого педиатрического фенотипа крапивницы у детей. Крапивница нередко возникает на фоне ОРВИ или контакта с аллергеном, такие эпизоды отмечаются несколько раз в год, сохраняются в течение 1–2 недель и хорошо поддаются терапии. Ранее эти дети были объединены термином «рецидивирующая крапивница». Состояние расценивалось как острая реакция на воспаление [12]. В современных гайдлайнах этот вопрос освещается недостаточно и, видимо, приводит к известной путанице. Уртикарноподобные реакции описаны при периодических аутовоспалительных синдромах, гельминтозах, системных заболеваниях, но при рецидивирующей крапивнице у детей состояние, которое привело к уртикарным высыпаниям обычно остается неуточненным [13].

У детей крапивница встречается в том числе при пищевой аллергии. Врачи в подавляющем большинстве случаев (96,2%) целенаправленно уточняли анамнез, выясняя связь с употреблением продуктов,

применением лекарственных препаратов, семейный анамнез и наличие ангионевротического отека и крапивницы в семье. Мы предлагаем уделить вопросам клинических особенностей ХК должное внимание и представить информацию о течении заболевания у детей не только с учетом длительности, но и на основе установленного или предполагаемого триггера.

Известно, что оценка степени тяжести крапивницы не входит в классификацию заболевания, гайдлайны оперируют понятиями контроля над заболеванием. Вопросам тяжести ХК не уделяется должного внимания в руководствах, но пациенты с плохим контролем обычно имеют более длительное течение заболевания и неудовлетворительный ответ на терапию [14]. Считается, что стартовая терапия ХК мало зависит от тяжести высыпаний — во всех случаях врачи должны начинать с антигистаминных препаратов II поколения с шагом увеличения дозы каждые 2–4 недели, если заболевание не контролируется. В используемых гайдлайнах жестких признанных критериев для досрочного перехода на следующую ступень (добавлению биологической терапии и т. д.) не предлагается. Указывается, что омализумаб может быть назначен через 6 мес. от начала заболевания или ранее при непереносимых симптомах [5]. Союз педиатров России предлагал переход к назначению омализумаба через 1–4 недели неконтролируемых симптомов, РААКИ — через 2–4 недели, если симптомы не купируются повышенными дозами антигистаминных препаратов (неседативных, второго поколения). Все руководства единогласно приходят к выводу о том, что сохранение высыпаний и снижение качества жизни конкретного пациента является показанием для увеличения объема терапии.

Для объективизации оценки активности ХК рекомендовано использование шкалы UAS7 — Urticaria Activity Score 7 (оценка симптомов за предыдущую неделю). По нашим данным, только 34,7% врачей постоянно применяют UAS7 в клинической практике, 29,3% — не имеют информации о данной шкале, 32,2% — используют шкалу редко и 3,5% — не считают шкалу необходимой для использования в педиатрической практике. Следовательно, проблема использования оценочных шкал при ХК недостаточно актуализирована среди врачей.

С 2021 г. для определения контроля над симптомами ХК рекомендовано использовать шкалу UCT (Urticaria Control Test), на основании кото-

Таблица 6. Частота ответов на вопрос «Как часто у ваших пациентов с хронической крапивницей наблюдается ангионевротический отек» (все специальности)

Table 6. Frequency of responses to the question “How often do your patients with chronic urticaria have angioedema?” (all specialties)

		вообще не бывает отеков	около одной трети	примерно у половины	редко	у большей части	
Все врачи	аллергологи	4	46	19	86	1	156
	%	2,6	29,5	12,2	55,1	0,6	100,0
	педиатры и др. специалисты	28	20	13	98	4	163
	%	17,2	12,3	8,0	60,1	2,5	100,0

рой изменяется ступень терапии [5]. Крапивница, соответствующая оценке за неделю 12–16 баллам, признается хорошо контролируемой и не требует изменения терапии. UCT ≤ 11 баллов соответствует неконтролируемому течению ХК, и рекомендуется переход на следующую ступень терапии [15]. Однако на момент анкетирования указанный документ не был опубликован. Мы считаем, что внедрение менеджмента ХК на основе шкалы UCT позволит объективизировать назначение препаратов при лечении пациентов.

Частота сочетания ангионевротического отека (АНО) и ХК достоверно не известна, несмотря на то что гистамин-опосредованный отек может наблюдаться у пациентов с ХК. По наблюдениям врачей, участвовавших в нашем исследовании, сочетание АНО с ХК у детей наблюдалось относительно редко: варианты «вообще не бывает отеков» или «встречаются редко» выбрали 67,7 % респондентов (таблица 6).

Среди врачей аллергологов-иммунологов наблюдаются сходные тенденции: 57,6 % специалистов отметили вариант ответа «ХК без отеков или редко». Педиатры наблюдают детей с ХК без отеков в 80,2 % случаев с достоверными различиями между группами ($\chi^2 = 31,8$, $p < 0,0001$). Данный факт, вероятно, связан с тем, что на приеме у аллерголога-иммунолога больше детей с неясным диагнозом, брадикининовыми отеками и истинной пищевой IgE-зависимой аллергией, которые требуют проведения дифференциальной диагностики.

ХК, ИНДУЦИРОВАННАЯ ФИЗИЧЕСКИМИ СТИМУЛАМИ

Диагноз ХК, индуцированной физическими факторами, устанавливается на основании анамнестических данных и выявлении триггерных

факторов, значение которых в появлении симптомов настоятельно рекомендовано подтверждать с помощью инструментальных тестов. Однако кабинеты аллергологов-иммунологов не всегда оснащены оборудованием, необходимым для изучения роли физических триггеров при ХК. Крайне низкая оснащенность специализированного кабинета приборами для диагностики индуцированной физическими факторами ХК подтверждается результатами анкетирования. Оказалось, что две трети опрошенных (61,4 %) не используют тесты для диагностики индуцированной крапивницы, 50 % врачей ограничивается определением дермографизма, 30 % — использует кубик льда для диагностики холодовой крапивницы (таблица 7).

Специализированные приборы для градуированного измерения температуры и силы штрихового раздражения имеют в наличии и используют 1–2 % опрошенных. Тесты для изучения холенергической крапивницы проводят ограниченное число специалистов [16, 17].

Таким образом, большинство специалистов использует данные анамнеза и подручные средства для оценки дермографизма, температурных реакций и др. Возможно, необходимо представить практическим врачам алгоритм проведения обследования и новый перечень рекомендуемого оборудования для диагностики хронической крапивницы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Международные гайдлайны и отечественные руководства придерживаются мнения о целесообразности ограниченного объема обследования при крапивнице.

Клинические рекомендации к обязательным анализам относят клинический анализ крови с определением скорости седиментации эритро-

Таблица 7. Тесты, используемые для диагностики хронической крапивницы, индуцированной физическими факторами

Table 7. Tests used to diagnose chronic urticaria induced by physical factors

Название теста	n, %
Не используют тесты	196 (61,4)
Дерматографическая проба	161 (50,1)
FricTest, аппарат для градуированного измерения дермографизма	5 (1,6)
Проба с кубиком льда (п. Дункана)	121 (37,9)
Аппарат для градуированного измерения температуры (TempTest®)	4 (1,3)
Аквагенный провокационный тест	43 (3,5)
Пульс-контролируемая велоэргометрия	26 (8,2)

цитов и С-реактивного белка. Другие анализы являются необязательными и назначаются в случае необходимости для уточнения наиболее вероятной причины ХК. Ассоциация ХК с инфекциями и аутоиммунными заболеваниями широко известна, но объем исследования выбирается индивидуально с учетом определенных региональных особенностей (таблица 8).

Нас интересовало, насколько внедрены клинические рекомендации в клиническую практику

и как активно специалисты используют в реальной практике вышеупомянутый спектр диагностических обследований.

Обязательные исследования

При составлении вопросов анкеты мы включили те обязательные исследования, которые являются широкодоступными для повсеместного использования (таблица 9).

Согласие всех специалистов было достигнуто только в отношении клинического анализа крови,

Таблица 8. Сравнение списков рекомендованных диагностических исследований в гайдлайнах

Table 8. Comparison of the lists of recommended diagnostic tests in the guidelines

	КР «Крапивница у детей», проект	КР «Крапивница», 2019	EAACI/GA ² LEN/EDF/WAO
1.	Клинический анализ крови + СОЭ, СРБ	Клинический анализ крови + СОЭ, СРБ	нет
2.	Определение тиреоглобулина и тиреоидной пероксидазы; триптазы, антинуклеарных антител; С3/С4-компонентов комплемента и белковых фракций; D-димер.	Определение гормонов щитовидной железы и антител к структурам щитовидной железы (тиреоглобулина, Т4 свободного, Т3 свободного, антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину); триптаза; антинуклеарных антител; С3/С4-компонентов комплемента; Белковых фракций; D-димер.	Определение тиреоидных гормонов и антител к ним. Исключение серьезных системных заболеваний. Определение триптазы, аутоантител.
3.	Тесты с лекарственными препаратами.	Тесты с лекарственными препаратами; тесты для исключения атопии, пищевые оральные тесты.	Исключение аллергии (кожные пробы и (или) избегание аллергена, диета).
4.	Тест с аутологичной сывороткой.	Тест с аутологичной сывороткой.	Проба с аутологичной сывороткой.
5.	Исключение/подтверждение инфекционных заболеваний (а также наличия <i>Helicobacter pylori</i>), паразитарной инвазии.	Тесты для исключения инфекционных заболеваний (например, <i>H. pylori</i>), паразитарной инвазии	Исключение инфекционных заболеваний и <i>H. pylori</i> .
6.	Тесты для исключения физической крапивницы.	Тесты для исключения физической крапивницы.	Тесты для диагностики хронической индуцированной крапивницы.
7.	Кожная биопсия.	Кожная биопсия.	Другое, например биопсия кожи.

Таблица 9. **Диагностические методы, предложенные в качестве наиболее часто назначаемых при ХК**
 Table 9. **Diagnostic methods suggested as the most frequently prescribed for CU**

Название анализа	n, %
Общий анализ крови	309 (96,9)
Общий анализ мочи	164 (51,4)
СРБ	222 (69,6)
Ревматоидный фактор	142 (44,5)
Антистрептолизин О	138 (43,3)
Биохимический анализ (ферменты, креатинин и пр.)	209 (65,5)
Антитиреоидные антитела	125 (39,2)
Коагулограмма и (или) D-димер	38 (11,9)

Примечание: выделены обязательные анализы, признаваемые основными гайдлайнами.

который указали 96,6 % респондентов. Рекомендованное большинством клинических руководств определение СРБ назначают 69,6 % врачей.

Коагулограмма, D-димер в ряде случаев являются важными показателями для оценки течения крапивницы и прогноза ремиссии. Исследование данных показателей нередко применяется при первичном обследовании, но, безусловно, не является обязательным. Частая ассоциация ХК и аутоиммунного тиреоидита свидетельствует о вероятном аутоиммунном механизме развития крапивницы. Исследованиями показана прогностическая значимость в отношении ХК ассоциации заболевания с высоким уровнем аутоантител [18]. Определение антитиреоидных антител включено в клинические рекомендации по крапивнице. Однако, по результатам нашего исследования, частота назначения данных анализов незначительна: определение D-димера рекомендуют в клинической практике 11,9 % врачей, антитиреоидных антител — 39,2 % опрошенных. Полученные данные отражают низкий уровень осведомленности специалистов в вопросе о необходимости определения указанных показателей у детей с ХК.

Остальные лабораторные анализы, приведенные в таблице, не являются рекомендованными, малоинформативны, однако, как показывают результаты анкетирования, частота их назначения необоснованно высока. Нецелесообразное назначение диагностических методов повышает нагрузку на лабораторную службу и ведет к перераспределению ресурсов на маловажные направления. В частности, это касается общего анализа мочи, изменения в котором при ХК в детском возрасте следует ожидать лишь при наличии се-

рьезных нарушений со стороны мочевыводящей системы. Проведение биохимического анализа крови, определение печеночных и других органических ферментов, мочевины, креатинина, электролитов, глюкозы и др. исследования условно оправданы у пациентов старшего возраста для исключения сопутствующих заболеваний. В случае изолированной ХК у детей частое назначение биохимических исследований представляется нам избыточным, однако более половины респондентов регулярно назначают пациентам вышеперечисленные анализы. Возможно, это связано с тем, что согласно вышеупомянутым приказам МЗ РФ на амбулаторно-поликлиническом этапе проведение биохимического исследования крови должно предоставляться половине пациентов, а на стационарном этапе — выполняться дважды в течение 10 дней.

Определение ревматоидного фактора (RFc) пациентам с ХК назначают 44,5 % опрошенных. Известно, что RFc представляют собой образующиеся в первые недели заболевания IgM-аутоантитела к Fc-фрагменту иммуноглобулина G, преимущественно выявляемые при ревматоидном артрите и некоторых других аутоиммунных заболеваниях. При ХК антитела к Fc-фрагменту IgG (ревматоидный фактор) обычно не образуются, их определение не вполне целесообразно. Аналогично обстоит дело с определением антистрептолизина О, которое назначают 43,3 % врачей. Антитела к антигенам стрептококка редко повышены при ХК, тем не менее, учитывая частые стрептококковые инфекции у детей, в ряде случаев это назначение может быть оправдано необходимостью исключения инфекционной патологии как триггерного фактора развития ХК [19].

Таблица 10. Предпочтения врачей в выборе аллергологического обследования (могло быть указано несколько ответов)

Table 10. Physicians' preferences for allergy screening (more than one answer could have been given)

Название теста	n, %
Определение специфического IgE (1 аллерген)	87 (27,3)
Определение sIgE (смеси аллергенов, миксты)	65 (20,8)
Phadiatop	73 (22,9)
Аллергочипы	26 (8,2)
Кожные пробы	1 (0,3)
Определение общего IgE	207 (64,9)
Подсчет количества эозинофилов в периферической крови	194 (60,8)
Определение эозинофильного катионного белка	65 (20,4)
Тест дегрануляции базофилов	21 (6,9)

Аллергологическое обследование

Хорошо известно, что ХК крайне редко является аллергической, поскольку наличие высыпаний в течение более 6 недель требует постоянного контакта с аллергеном для поддержания активности кожного процесса. Аллергическая крапивница, как правило, эпизодическая, возникает непосредственно после контакта с триггером. В случае аллергического генеза крапивницы вопрос об объеме и целесообразности аллергологического обследования является крайне важным для определения этиологического фактора.

Проведение специфического аллергологического обследования входит в должностные обязанности врача специалиста аллерголога-иммунолога и включает сбор аллергологического анамнеза, проведение кожного тестирования с использованием стандартных диагностических аллергенов и провокационных тестов, определение аллерген-специфических IgE в сыворотке крови с применением различных методов.

Мы руководствовались тем, что в реальной клинической практике врачи могут использовать как тесты *in vivo*, так и тесты *in vitro*. Кожное тестирование используется для выявления сенситизации, проводится разными методами (prick-тест, скарификационный метод). Определение аллерген-специфических IgE возможно различными доступными в РФ методами:

1. Определение специфических IgE в сыворотке крови к конкретному аллергену.
2. Использование смеси из большого количества аллергенов, которые являются наиболее значимыми в данном возрасте (Phadiatop) и получение бинарного ответа «да/нет».

3. Применение смеси однотипных аллергенов (орехи, злаки, пыль и др.), используемых в практике для экономии ресурсов и объема забираемой крови при венопункции у ребенка.

4. проведение исследования с применением микрочипов (ISAC, ALEX), позволяющих определять широкий спектр аллерген-специфических IgE.

С целью выявления объема аллергологического обследования пациентов с ХК, которое назначают врачи, в анкету нами был включен вопрос: «Какой объем аллергологического обследования вы считаете возможным и обоснованным для большинства детей с хронической крапивницей? Постарайтесь выбрать то, что сами назначаете чаще всего на первом этапе обследования».

На основании анализа полученных результатов необходимо отметить, что большинство врачей в качестве первичного аллергологического обследования используют методы с низкой чувствительностью (определение общего IgE и числа эозинофилов в периферической крови), которые не относятся к методам специфической аллергодиагностики (таблица 10).

Определение специфических IgE к смеси аллергенов или к отдельным аллергенам назначается суммарно в 48,1 % случаев. Достаточно новые методы (тест активации базофилов, определение эозинофильного катионного белка), не рекомендованные руководствами ввиду небольшой доказательной базы, достоверно чаще встречаются в ответах, чем кожные пробы с аллергенами (в 7 и 20 % случаев соответственно, $\phi = 0,436$ и $0,23$, $p < 0,001$).

Кожные тесты (единственные из предлагаемых методик) рекомендованы в документах Европей-

ской ассоциации, но, по данным нашего опроса, частота их использования при диагностике ХК у детей крайне мала: среди 319 врачей нашелся только один положительный ответ. В зарубежной литературе достаточно работ, в которых кожные тесты используются в качестве диагностического метода у пациентов с ХК, при этом подчеркивается, что у достаточно большого количества пациентов, выявляются положительные кожные пробы к бытовым и пыльцевым антигенам [20]. Мы предполагаем, что большинство респондентов считает наличие высыпаний противопоказанием к выполнению кожных проб, а необходимость отмены антигистаминных препаратов перед выполнением кожного тестирования может препятствовать использованию проб в качестве первичного метода обследования.

Вопрос о кожных пробах авторами анкеты был вынесен отдельно и сформулирован следующим образом: «Считаете ли вы возможным выполнять кожные пробы пациентам с хронической крапивницей?» Данная формулировка позволила изучить мнение врачей о теоретической возможности проведения кожного тестирования у детей с ХК. Анализ полученных данных показал, что 57,4 % респондентов указали на возможность кожного тестирования только в период полной ремиссии заболевания, что означает крайне малую вероятность использования этого метода диагностики, поскольку ХК предполагает длительное персистирующее течение. Категорически отрицают возможность применения кожных проб у детей с ХК 33,1 % участников анкетирования и только 9,5 % опрошенных используют кожные пробы при ХК на фоне отмены антигистаминных препаратов, несмотря на наличие высыпаний.

Если анализировать мнение врачей аллергологов-иммунологов, которые имеют возможность проводить кожные пробы в обычной практике, то различия между ними и неспециалистами по этому вопросу оказались незначимыми ($\chi^2=4,2$, $p=0,24$). Треть детских аллергологов-иммунологов не рассматривают кожные пробы в принципе при диагностике ХК у детей и половина готова выполнять их только в период полной ремиссии.

В настоящее время общий IgE при крапивнице не рассматривается в качестве маркера аллергии, а используется как предиктор эффективности омализумаба в случае неэффективности традиционной фармакотерапии [21]. Мы не уточняли

в своем опросе цель определения общего IgE, однако 207 из 319 врачей (64,9 %) указали его в числе первых тестов при обследовании детей с ХК. Мы предполагаем, что часть специалистов используют IgE общий в качестве маркера аллергии, но в любом случае необходимость данного исследования требует уточнения в будущих руководствах.

Несмотря на то что эозинофилия не является признаком ХК и определение количества эозинофилов не рекомендуется в клинических рекомендациях, 60,8 % респондентов указали на необходимость данного исследования, при этом 20,5 % врачей предлагают определять эозинофильный катионный белок.

ТЕСТЫ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ

Хроническая крапивница в подавляющем большинстве случаев у взрослых является аутоиммунной патологией. При ХК обнаруживаются антитела к IgE и (или) к рецептору FcεR1, возможно существуют и другие недифференцированные антитела к структурам тучной клетки, способные вызвать дегрануляцию [22]. Известно, что основные аутоиммунные маркеры относительно редко выявляются у детей с ХК. По данным Kosmeri С. и соавт., при обследовании 49 детей с ХК специфические маркеры (целиакии и тиреоидита) определялись у 5 (10,2 %) пациентов [23]. Определение аутоантител рекомендовано при наличии показаний для исключения сопутствующих ХК аутоиммунных заболеваний.

Лабораторные исследования, рекомендуемые участниками анкетирования для исключения аутоиммунной патологии у детей с ХК, распределилась следующим образом: 51,4 % респондентов указали на определение анти tireоидных антител; 51,1 % — на определение ревматоидного фактора; 43,2 % — на определение уровня антинуклеарных антител и 35 % врачей рекомендуют пациентам определение циркулирующих иммунных комплексов. Кроме того, 24,6 % врачей считают необходимым проводить исследование для исключения целиакии и определять более широко другие органоспецифические аутоантитела и маркеры.

Настораживают результаты анкетирования, полученные при выявлении отношения врачей к использованию у детей с ХК пробы с аутосывороткой. Проба может быть рассмотрена для использования, т. к. ассоциирована с иммунными

Таблица 11. Частота ответов на вопрос «Укажите анализы, применяемые для исключения инфекционной патологии, которые вы ЧАСТО назначаете детям с ХК»

Table 11. List the tests you frequently prescribe for children with CU to rule out infectious pathology

Название теста	n, %
Определение антител к гельминтам (аскаридоз, токсокароз и пр.)	201 (63,4)
Определение яиц гельминтов в кале	191 (60,3)
Определение антител к лямблиям	165 (52,1)
Определение антител к <i>H. pylori</i>	122 (38,5)
Определение антител к вирусам из семейства герпеса (I, II, IV и т. д.)	99 (31,2)
Определение антистрептолизина О	110 (34,7)
Определение антител к антигенам вирусов гепатита В, С	78 (24,6)
Определение антител к антигенам ВИЧ	43 (13,6)
Определение антител к анизакиде	42 (13,2)
Не выполняют подобные анализы	46 (14,5)

нарушениями и коррелирует с длительностью ХК и плохим ответом на терапию [24]. Положительный результат пробы с аутологичной сывороткой может говорить о вероятном наличии аутоантител к рецепторам тучной клетки, о высокой вероятности аутоиммунного заболевания, однако не исключается возможность развития дегрануляции клетки под воздействием других причин. Кроме того, пациенты с положительной пробой хуже отвечают на антигистаминные препараты, омализумаб и чаще имеют тенденцию к более длительному течению болезни, по крайней мере у взрослых пациентов. Проба с аутосывороткой проста в исполнении, не требует больших вложений [25]. По результатам нашего опроса 38,9% врачей не знают о существовании данного метода исследования и 47,3% знают, но не используют ее в педиатрической практике, несколько процентов опрошенных не имеют возможности использовать ее по техническим условиям, что в сумме составляет около 90% врачей. Достоверно меньше врачей стараются проводить пробу с аутосывороткой у детей с ХК (10,9%, $p < 0,001$), большинство из них — специалисты аллергологи-иммунологи. Проба с аутосывороткой не может считаться идеальным маркером ХК или аутоиммунного процесса, но, учитывая отсутствие в реальной практике методов для определения анти-IgE и анти-FcεRI, ценность данного метода исследования возрастает.

ТЕСТЫ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Связь острой и хронической крапивницы с инфекционными заболеваниями прослеживается до-

статочно часто [26]. ХК ассоциируется с широким кругом известных инфекционных заболеваний. Потенциально большой спектр возбудителей может быть причиной появления уртикарных высыпаний, но по разным причинам исследования не проводятся. При изучении взаимосвязи ХК и инфекционных заболеваний в настоящее время имеют место некоторые проблемы: отсутствие тест-систем для выявления возбудителя, антител к его антигенам (вирусные болезни, редкие паразитозы); особенность некоторых микроорганизмов, которые, с одной стороны, являются факультативными патогенами (стрептококк, хеликобактер), с другой — у части населения потенцируют аутоиммунные нарушения. Ярким примером таких возбудителей являются коронавирусы, мутация которых может вызывать аномальный иммунный ответ и привести к выполнению роли триггера аутоиммунных нарушений и крапивницы [27].

Результаты ответов на вопрос о целесообразности выявления инфекционных заболеваний у детей с ХК представлены в таблице 11. По мнению участников анкетирования, при развитии у ребенка ХК необходимо исключить гельминтозы и лямблиоз. Распространенность и целесообразность лечения этих заболеваний при крапивнице остается неизвестной, особенно в регионах

Коллектив авторов под руководством проф. Р.М. Файзулиной (г. Уфа) указывают на высокую ассоциированность аллергических заболеваний и лямблиоза (65,2%) в своем регионе [28].

На вопрос «В каких случаях Вы назначаете пациентам с хронической крапивницей противопаразитарное и/или противовирусное лечение?»

Таблица 12. Консультации специалистов, обязательно назначаемых при ХК у детей, по мнению опрошенных (ответы всех врачей)

Table 12. Consultations with specialists necessarily prescribed for CU in children, according to respondents (all doctors' answers)

Специалисты	n, %	Примечания
Аллергологи, ведущие пациента самостоятельно	89 (56,3)	Учитываются только ответы аллергологов
Дерматологи, ведущие пациента самостоятельно	10 (76,9)	Учитываются только ответы дерматологов
Аллерголог-иммунолог	161 (100)	Ответы врачей других специальностей
Дерматовенеролог	95 (31,0)	Ответы врачей не дерматологов
Гастроэнтеролог	156 (48,9)	Все врачи
Ревматолог	90 (28,2)	Все врачи
Инфекционист	103 (32,3)	Все врачи
Другое	< 3	Эндокринолог, психолог

89 % врачей отметили, что без получения результатов обследования, подтверждающих наличие инфекционного процесса противопаразитарную терапию, не назначают. Обращает на себя внимание, что 82,5 % опрошенных выявление любых антител интерпретируют как активное течение инфекционного заболевания и назначают лечение, а 5,7 % назначают терапию без проведения диагностики.

Консультации смежных специалистов

ХК является заболеванием, в развитии которого принимают участие различные механизмы. Согласно клиническим рекомендациям, консультации специалистов рекомендуются в случае наличия показаний. В анкете был сформулирован вопрос об «абсолютно необходимых» консультациях специалистов при ХК у детей. Респонденты крайне высоко оценили необходимость обязательной консультации гастроэнтеролога (48,9 %), инфекциониста (32,2 %) и ревматолога (28,2 %). От трети до половины опрошенных не могут обойтись без специалистов, которые занимаются заболеваниями, роль которых в развитии хронической крапивницы обсуждается. Врачи аллергологи-иммунологи только в половине случаев считают абсолютно необходимым привлечение других специалистов. Следует отметить, что все врачи других специальностей (100 %) считают необходимым направление ребенка с ХК на консультацию врач аллерголога-иммунолога, 31 % рекомендуют пациентам консультацию дерматовенеролога (таблица 12).

Вопросы ведения детей с ХК, включая диагностический этап с привлечением других специали-

стов и последующее диспансерное наблюдение, должны быть представлены в клинических рекомендациях профильных обществ.

ТЕРАПИЯ И ОТВЕТ НА ЛЕЧЕНИЕ

Диета

В клинических рекомендациях представлены данные о незначительной роли пищевых ограничений в комплексном лечении детей с ХК. Считается, что 1/3 пациентов могут отмечать определенный положительный эффект при использовании «неспецифической» диеты [29]. При этом ограничение рациона питания снижает качество жизни пациентов [30]. В клинических руководствах рекомендуется назначение пробной диеты на период 2–3 недели, с дальнейшей оценкой эффективности и расширением рациона.

Наиболее рациональная и обоснованная позиция, по нашему мнению, подкреплённая европейскими клиническими руководствами, — не рекомендовать строгие пищевые ограничения у большинства пациентов. Интересные результаты получены при ответе респондентов на вопрос «Какую диету Вы назначаете пациенту для ПОСТОЯННОГО использования при хронической крапивнице?». По данным анкетирования, 18,6 % респондентов не назначают специальную диету детям с ХК, 27,7 % — рекомендуют исключение из питания только тех продуктов, к антигенам которых в процессе обследования выявлена клинически значимая сенсибилизация (таблица 13).

Необходимо отметить, что основанием для исключения продуктов из питания является доказанная клиническая значимость данного продукта

Таблица 13. Частота назначения длительной неспецифической диеты (ответы всех врачей)
Table 13. Frequency of prescribing a long-term nonspecific diet (all physicians' responses)

Варианты ответов	% респондентов
Исключение из пищевого рациона продуктов аллергенов («большая восьмерка»: молоко, яйцо, пшеница, моллюски, ракообразные, орехи, бобовые, рыба)	3,8
Исключение из пищевого рациона гистаминолибераторов (копчености, шоколад, твердые сыры и др.)	21,7
Исключение продуктов, перечисленных в пунктах 1 и 2, одновременно	24,5
Специальной диеты не назначаю или назначаю на короткий период	18,6
Исключаю только продукты, к которым определена чувствительность по данным обследования	27,7
Другое	3,7

в развитии симптомов заболевания. Кроме того, в большинстве случаев у детей с ХК пищевые продукты не являются причиной заболевания. Необходимость исключения из питания детей с ХК продуктов «гистаминолибераторов» и продуктов «большой восьмерки» отметили 50 % врачей. Проект клинических рекомендаций по ХК (РААКИ 2023)* указывает, что соблюдение низкогистаминовой диеты может быть показано в период активных обострений, но диета должна подбираться индивидуально. Необоснованное исключение большого количества продуктов снижает качество жизни ребенка с ХК, отсутствие эффекта влияет на отношение родителей к рекомендациям врача.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХК

Терапия ХК у детей основана на ступенчатом подходе, который представляет собой определенный алгоритм действий, включающий на первой ступени назначение антигистаминных препаратов (неседативных, второго поколения) в стандартной дозе, на второй — двукратное увеличение дозы, а при неэффективности — проведение терапии генно-инженерными биологическими препаратами (омализумаб с 12 лет). Альтернативная терапия, согласно руководствам, оставлена для ситуаций, при которых не эффективны моноклональные антитела. Однако высокая стоимость биологической терапии и возрастные ограничения могут быть причиной рутинных нарушений последовательности назначения препаратов.

Патогенетически обоснованным является назначение пациентам с ХК независимо от возраста антигистаминных препаратов (блокаторов H1-гистаминовых рецепторов). Результаты анкетирования показали, что подавляющее большинство

врачей (85,3 %) в качестве стартовой терапии рекомендуют неседативные антигистаминные препараты (АГ II поколения) per os. Обращает внимание назначение «пероральных АГ I поколения» (6,3 % респондентов), инъекционных форм АГ I поколения (2,5 %) и «системных глюкокортикостероидов (4 %).

При ответе на вопрос об эффективности антигистаминных препаратов в возрастных дозах в отношении влияния на высыпания и зуд 36,1 % врачей не отметили четкой закономерности снижения выраженности клинических симптомов (таблица 14).

Возможно, это связано с тем, что специалисты достаточно редко наблюдают детей с ХК. Положительный ответ на фоне лечения ХК АГ препаратами в стандартных дозах отметили 29,5 % участников, 24,5 % опрошенных указали на то, что высыпания на фоне терапии могут беспокоить пациентов несколько раз в неделю, следовательно, эффект антигистаминных препаратов при назначении в стандартной дозе отмечается в 54,0 % случаев.

Зуд при ХК является патогномоничным симптомом, крайне мучительным, значительно снижающим качество жизни. Для изучения эффективности АГ препаратов в отношении зуда в анкету был включен вопрос: «Какое количество ваших пациентов жалуются на зуд кожи (на фоне терапии антигистаминными препаратами)». По мнению респондентов, АГ II оказались достаточно эффективны: 43,5 % из них отметили, что зуд купируется полностью у всех пациентов. В то же время 21,8 % врачей считают, что зуд сохраняется у трети пациентов; 19,9 % указали, что половина детей с ХК страдает от зуда на фоне те-

* Клинические рекомендации. Крапивница. 2023 г. https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/470.html

Таблица 14. Ответы на вопрос «Высыпания у большинства ваших пациентов с хронической крапивницей на фоне терапии антигистаминными в стандартных возрастных дозах обычно сохраняются...»

Table 14. Responses to the question “Rashes in most of your patients with chronic urticaria on antihistamine therapy at standard age doses usually persist...”

		Частота	Проценты
Высыпания	купируются практически полностью	73	22,9
	несколько раз в неделю	78	24,5
	нет четкой закономерности	115	36,1
	полностью исчезают при приеме антигистаминных	21	6,6
	сохраняются ежедневно у большинства пациентов	32	10
	Всего	319	100,0

рации АГ препаратами, отсутствие эффекта антигистаминных отметили в клинической практике 14,8 % врачей. Мы считаем, что различия могут быть связаны с разным клиническим опытом врачей, принявших участие в анкетировании. Время ожидаемого ответа на терапию не прописано в инструкции по применению антигистаминных препаратов. В клинических рекомендациях для оценки эффекта рекомендован интервал 2–4 недели от начала применения препарата. На вопрос о длительности стартовой терапии для оценки эффективности и решения вопроса о назначении лечения, соответствующего следующей ступени лечения ХК у детей, 61,5 % опрошенных указали ответ «2 недели», 10,1 % врачей — «4 недели и более», 7,9 % опрошенных — «3 недели» и 20,5 % респондентов — «1 неделя».

Согласно рекомендациям РААКИ от 2018 года, при отсутствии эффекта на фоне лечения детей с ХК антигистаминными препаратами (неседативными, второго поколения) необходимо рассмотреть возможность двукратного увеличения препарата. Для антигистаминных препаратов (неседативных, второго поколения) данное назначение является назначением «вне инструкции» («off-label»). Следует помнить о том, что назначение любого препарата «off-label» проводится на основании решения врачебной комиссии и после получения информированного согласия пациента или законного представителя (родителя/опекуна). Дополнительно мы уточнили, каковы предпочтения врача при отсутствии эффекта после первого назначения антигистаминного препарата: удвоение дозы или назначение другого препарата. Ответы распределились примерно поровну: 53,2 % респондентов рекомендуют двукратное увеличение дозы препарата, 43,2 % меняют молекулу, остальные указали другое. Результаты

анкетирования показали, что 58,7 % участников на второй ступени терапии детей с ХК двукратно увеличивают дозу в соответствии с клиническими рекомендациями. Остальные врачи-респонденты принимают неверную тактику лечения: 12,3 % рекомендуют глюкокортикостероиды, 9,5 % добавляют к антигистаминным препаратам монтелукаст натрия, 7,6 % назначают препарат кетотифен; 4,4 % проводят эмпирическое противопаразитарное лечение, остальные указали свои альтернативные варианты.

По данным нашего исследования, 40,6 % респондентов отметили высокую эффективность терапии при двукратном увеличении дозы антигистаминных препаратов (неседативных, второго поколения), 15,2 % опрошенных указали на незначительный эффект и появление высыпаний несколько раз в неделю, 6 % врачей отметили отсутствие эффекта такой терапии, остальные затруднились с ответом. Полученные данные в общем соответствуют описанным ранее в литературе о хорошей эффективности АГ препаратов в детской практике [31].

Клинические рекомендации не содержат данных об эффективности антигистаминных препаратов в сравнительном аспекте. По данным Кохрейновского метаанализа (2014 г.), результаты проведенных сравнительных исследований с участием небольших групп пациентов имеют противоречивый характер. Однако подтверждается, что все антигистаминные препараты превосходят плацебо по эффективности, а применение их в терапии ХК повышает качество жизни пациентов [32].

Выбор врачом препарата при лечении ХК несколько отличается в зависимости от возраста детей. Исключение составляет группа врачей (15–16 %), которые не отдают предпочтение кон-

Таблица 15. Препараты, преимущественно назначаемые у детей при ХК (мнение врачей)
Table 15. Drugs primarily prescribed in children with CU (physicians' opinion)

Препарат	До 12 лет, n, %	После 12 лет
Цетиризин	96 (30,1)	49 (15,4)
Левосетиризин	63 (19,7)	36 (11,0)
Лоратадин	16 (5,0)	28 (8,8)
Дезлоратадин	72 (22,6)	54 (16,9)
Нет предпочтения	49 (15,4)	52 (16,3)
Биластин	не применимо по возрасту	22 (6,9)
Фексофенадин	не применимо по возрасту	24 (7,5)
Эбастин	не применимо по возрасту	25 (7,8)
Рупатадин	не применимо по возрасту	9 (2,8)
Другое (в основном I поколение или нет ответа)	23 (7,2)	21 (6,6)

кретным антигистаминным препаратам. В качестве стартовой терапии детей в возрасте до 12 лет 49,8% специалистов используют препараты группы цетиризина или левосетиризина (таблица 15).

Лоратадин и дезлоратадин суммарно назначаются в 27,6% случаев. Антигистаминные препараты седативные, первого поколения (хлорпирамин, диметинден либо другие варианты) рекомендуют 7,2% опрошенных.

Для пациентов старше 12 лет доступны в основном все молекулы антигистаминных препаратов (неседативных, второго поколения). При лечении детей с ХК этого возраста 15,4% врачей назначают цетиризин (11,0% — левосетиризин). Лоратадин и дезлоратадин рекомендуют 25,7% опрошенных. Частота назначения остальных групп антигистаминных препаратов (неседативных, второго поколения), по данным анкетирования, колеблется от 3 до 8% для каждой позиции.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХК

Биологическая терапия занимает определенное место в ступенчатой терапии детей с ХК. Генно-инженерный биологический препарат омализумаб назначается на третьей ступени терапии в случае отсутствия эффекта от проводимого лечения антигистаминными препаратами (неседативными, второго поколения) в течение 2–4 недель. Стоимость биологической терапии остается высокой, а доступность препарата и способы обеспечения населения в различных учреждениях и регионах отличаются. По нашим данным, 20,2% участников анкетирования применяли омализумаб для лечения детей с ХК, некоторые из них использовали

его не только в педиатрической практике. При этом 76,3% врачей готовы назначать омализумаб в случае необходимости, но препарат недоступен по разным причинам. Следует отметить, что 3,5% опрошенных категорически против использования биологической терапии у детей с ХК.

Сроки, после которых врачи готовы рассмотреть биологическую терапию препаратами моноклональных антител, строго не регламентируются руководствами, однако, учитывая, что крапивница идентифицируется как хроническая через 6 недель ее непрерывного течения и на каждый шаг терапии нужно 2–4 недели, третий этап терапии, согласно рекомендуемой руководствами схеме терапии, может наступить на 3–4 месяц от дебюта заболевания и через 1–2 месяца после установления диагноза ХК. В анкету нами был включен вопрос о сроках назначения омализумаба детям с ХК, отвечая на который 41,3% респондентов указали, что у них нет какого-либо алгоритма и они не знают ответа на данный вопрос. 24% опрошенных отметили возможность назначения омализумаба не ранее 6 месяцев от начала заболевания, 15,8% — через 3 месяца и 16,7% врачей готовы использовать моноклональные антитела независимо от длительности терапии, основываясь исключительно на тяжести клинических проявлений ХК. Таким образом, у врачей нет четкого алгоритма назначения омализумаба и в будущих рекомендациях необходимо акцентировать на это внимание.

Недоступность или неэффективность омализумаба требует перехода на 4-й этап терапии детей с ХК. Ситуации возникают, как правило, в случае аутоиммунного генеза заболевания. К сожалению, 42% опрошенных указывают на необхо-

димось назначения глюкокортикостероидов в таблетках, что категорически не соответствует современным рекомендациям. Безусловно, глюкокортикостероиды могут быть использованы короткими курсами при тяжелой острой крапивнице и тяжелых обострениях ХК [33]. Несмотря на то что ХК не значится в показаниях к применению в РФ циклоспорина, 38,2 % врачей рассматривают назначение циклоспорина А «off-label» в соответствии с европейскими и отечественными рекомендациями, а 17 % врачей — метотрексата и других цитостатиков в качестве препаратов, которые могут назначаться в случае отсутствия эффекта биологической терапии. Остальные респонденты не назвали какого-либо приемлемого варианта.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на широкую доступность информации, высокий охват интернетом, онлайн-обучением и современными средствами связи населения РФ в активностях ассоциаций участвуют преимущественно врачи, проживающие в крупных населенных пунктах. Незначительное число принимавших в исследовании врачей из небольших городов является ограничением для представленной работы. Можно предположить, что коллеги, использующие интернет и участвующие в онлайн-конференциях, являются наиболее осведомленными, но пробелы в их знаниях могут быть экстраполированы на остальных врачей, и, таким образом, можно выявить проблемы, на которые стоит обратить особое внимание. Необходимы дополнительные исследования для изучения сложностей работы в отдаленных от региональных центров населенных пунктах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные анкетирования показывают, что проблема ХК у детей вызывает у врачей определенный интерес. Несмотря на заинтересованность врачей и наличие трех версий клинических рекомендаций, доступных для ознакомления, до настоящего времени не достигнут консенсус по большинству вопросов.

ХК является заболеванием, установить причины которого в рутинной практике удастся исключительно редко. Классификация требует от нас уточнения физического триггера, усиливающего симптомы, или указания на «спонтанную» ХК.

Однако неверно думать, что в основе аквагенной крапивницы лежит непереносимость воды, холодовой — исключительно низких температур, а спонтанная ХК возникает без провоцирующего фактора [34]. Достоверная причина дегрануляции клеток под действием фактора внешней среды остается не вполне ясной. Описаны механизмы фотореакций, повреждения клеток, образования аутоантител к поту, нарушения экспрессии холинорецепторов [35]. Исследований механизмов патогенеза и маркеров заболевания для установления преимущественного патогенетического пути нет. Исследования ХК в детском возрасте затруднены по причине не столь высокой встречаемости в клинической практике. Этот комплекс обстоятельств привел к тому, что клинические рекомендации по ХК не содержат четкого алгоритма диагностического подхода в отношении установления этиологии заболевания. Тем не менее, согласно результатам анкетирования специалистов, большинство аллергологов-иммунологов ознакомлены с основными документами и используют их в практической деятельности. Только 17,9 % специалистов не интересовались дополнительно материалами по ХК у детей, 58,3 % врачей дают неверный ответ на вопрос об определении ХК. Значительная часть врачей занимается самообразованием и посещает лекции, но результаты, полученные посредством анкетирования по некоторым вопросам, вызывают беспокойство.

По данным нашего опроса, очевидно, что ведущими документами являются клинические рекомендации профильных сообществ, в частности проекты «Крапивница у детей» и «Крапивница», выпущенные коллективами авторов РААКИ и Союза педиатров России (СПР). При этом большинство врачей, возможно в связи с языковым барьером, не готовы использовать широко известные программные документы европейских ассоциаций.

Учитывая увеличение распространенности ХК у детей [1, 5, 36, 37], осведомленность врачей о проблемах диагностики и лечения ХК должна быть достаточно высокой и активно внедряться в практику. Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России планирует обобщить актуальные данные и выпустить позиционный документ по диагностике и лечению крапивницы у детей в ближайшее время.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCE

1. Fricke J, Ávila G, Keller T, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy*. 2020; 75 (2): 423–432. <https://www.doi.org/10.1111/all.14037>.
2. Parisi CA, Ritchie C, Petriz N, et al. Chronic urticaria in a health maintenance organization of Buenos Aires, Argentina — new data that increase global knowledge of this disease. *An Bras Dermatol*. 2018; 93 (1): 76–79.
3. Чебуркин АА. Крапивница: синдром или нозологическая единица? Крапивница: современные данные о патогенезе, классификации и терапии. *Аллергология и иммунология в педиатрии*. 2018; 54 (3): 4–13. <https://doi.org/10.24411/2500-1175-2018-00011>. [Cheburkin AA. Urticaria: modern data on pathogenesis, classification and therapy. *Allergology and Immunology in Pediatrics*. 2018; 54 (3): 4–13. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/2500-1175-2018-00011> (in Russ).]
4. Maurer M, Eyerich K, Eyerich S, et al. Urticaria: Collegium Internationale Allergologicum (CIA). Update 2020. *Int Arch Allergy Immunol*. 2020; 181 (5): 321–333. <https://www.doi.org/10.1159/000507218>.
5. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018; 73 (7): 1393–1414. <https://www.doi.org/10.1111/all.13397>.
6. Wood RA, Khan DA, Lang DM, et al. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology response to the EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of Urticaria 2017 revision. *Allergy*. 2019; 74 (2): 411–413. <https://www.doi.org/10.1111/all.13636>.
7. Chang J, Cattelan L, Ben-Shoshan M, Le M, Netchiporouk E. Management of Pediatric Chronic Spontaneous Urticaria: A Review of Current Evidence and Guidelines. *J Asthma Allergy*. 2021; 14: 187–199. <https://www.doi.org/10.2147/JAA.S249765>.
8. Союз педиатров России. Крапивница у детей. Проект клинических рекомендаций. 51 с. Режим доступа <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/Krapivница%20СПР.v2.pdf> 06.09.2023 Крапивница СПР.v2.pdf (pediatr-russia.ru)
9. R Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01.)
10. Caffarelli C, Duse M, Martelli A, et al. Urticaria in childhood. *Acta Biomed*. 2020; 91 (11-S): e2020013. Published 2020 Sep 15. <https://www.doi.org/10.23750/abm.v91i11-S.10317>.
11. Lachover-Roth I, Rabie A, Cohen-Engler A, Rosman Y, Meir-Shafir K, Confino-Cohen R. Chronic urticaria in children — New insights from a large cohort. *Pediatr Allergy Immunol*. 2021; 32 (5): 999–1005. <https://www.doi.org/10.1111/pai.13457>.
12. Boralevi F, Léauté-Labrèze C. Urticaire de l'enfant [Urticaria in children]. *Rev Fr Allergol* (2009). 2020; 60 (6): 476–483. <https://www.doi.org/10.1016/j.reval.2020.02.239>.
13. Hansmann S, Lainka E, Horneff G, et al. Consensus protocols for the diagnosis and management of the hereditary autoinflammatory syndromes CAPS, TRAPS and MKD/HIDS: a German PRO-KIND initiative. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2020; 18 (1): 17. Published 2020 Feb 17. <https://www.doi.org/10.1186/s12969-020-0409-3>.
14. Stull D, McBride D, Tian H, et al. Analysis of disease activity categories in chronic spontaneous/idiopathic urticaria. *Br J Dermatol*. 2017; 177 (4): 1093–1101. <https://www.doi.org/10.1111/bjd.15454>.
15. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. Published online October 20, 2021: Epub ahead of print. <https://www.doi.org/10.1111/all.15090>.
16. Хакимова РФ, Скороходкина ОВ, Ключарова АР. Холинергическая крапивница в практике педиатра. *Аллергология и иммунология в педиатрии*. 2021; (2): 31–36. <https://doi.org/10.24412/2500-1175-2021-2-31-36>. [Khakimova RF, Skorokhodkina OV, Klucharova AR. Cholinergic urticarial in pediatricians' practice. *Allergology and Immunology in Pediatrics*. 2021; (2): 31–36. (In Russ.) <https://doi.org/10.24412/2500-1175-2021-2-31-36>.]
17. Мальцева Н. П., Фомина Д. С., Сердотецкова С. А., Ковалькова Е. В., Лебедкина М. С., Скворцова А. Ю., Чернов А. А., Караулов А. В., Лысенко М. А. Холинергическая крапивница: поиск предикторов тяжести течения и ответа на терапию. *Российский аллергологический журнал*. 2023. Т. 20, No 1. С. 19–28. <https://doi.org/10.36691/RJA5379> [Maltseva NP, Petrova MN, Fomina DS, et al. Cholinergic urticaria: search for predictors of course severity and response to therapy. *Russian Journal of Allergy*. 2023; 20 (1): 19–28. <https://www.doi.org/10.36691/RJA5379>.]
18. Puxeddu I, Petrelli F, Angelotti F, Croia C, Migliorini P. Biomarkers In Chronic Spontaneous Urticaria: Current Targets And Clinical Implications. *J Asthma Allergy*. 2019; 12: 285–295. Published 2019 Sep 20. <https://www.doi.org/10.2147/JAA.S184986>.

19. Melikoglu M, Pala E, Bayraktar M. Etiological causes in patients with acute urticarial and angioedema: Across-sectional study. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2022; 50 (S Pt 2): 15–23. Published 2022 Dec 21. <https://www.doi.org/10.15586/aei.v50iSP2.784>.
20. Koirala S, Paudel U, Pokhrel DB, Parajuli S. Skin Prick Test Positivity in Chronic Urticaria. *J Nepal Health Res Coun*. 2021; 18 (4): 615–618. Published 2021 Jan 21. <https://www.doi.org/10.33314/jnhrc.v18i4.2423>.
21. Lote S, Gupta SB, Poulose D, et al. Role of the Skin Prick Test in Urticaria Patients. *Cureus*. 2022; 14 (2): e21818. Published 2022 Feb 1. <https://www.doi.org/10.7759/cureus.21818>.
22. Sánchez-Borges M, Capriles-Hulett A, Caballero-Fonseca F, González-Aveledo L. Justification for IgE as a therapeutic target in chronic spontaneous urticaria. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2017; 49 (4): 148–153. <https://www.doi.org/10.23822/euranna-ci.1764-1489.02>.
23. Poddighe D, De Amici M, Marseglia GL. Spontaneous (Autoimmune) Chronic Urticaria in Children: Current Evidences, Diagnostic Pitfalls and Therapeutic Management. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2016; 10 (1): 34–39. <https://www.doi.org/10.2174/1872213x10666160219163502>.
24. Kosmeri C, Siomou E, Challa A, Tsabouri S. Investigation of Autoimmune Disease in Children with Chronic Spontaneous Urticaria. *Int Arch Allergy Immunol*. 2019; 180 (4): 250–254. <https://www.doi.org/10.1159/000502521>.
25. Kolkhir P, Muñoz M, Asero R, et al. Autoimmune chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 2022; 149 (6): 1819–1831. <https://www.doi.org/10.1016/j.jaci.2022.04.010>.
26. Caffarelli C, Paravati F, El Hachem M, et al. Management of chronic urticaria in children: a clinical guideline. *Ital J Pediatr*. 2019; 45 (1): 101. Published 2019 Aug 15. <https://www.doi.org/10.1186/s13052-019-0695-x>.
27. Bansal CJ, Bansal AS. Stress, pseudoallergens, autoimmunity, infection and inflammation in chronic spontaneous urticaria. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2019; 15: 56. Published 2019 Sep 11. <https://www.doi.org/10.1186/s13223-019-0372-z>.
28. Algaadi SA. Urticaria and COVID-19: A review. *Dermatol Ther*. 2020; 33 (6): e14290. <https://www.doi.org/10.1111/dth.14290>.
29. Файзуллина РМ, Санникова АВ, Гафурова РР. Паразитозы как коморбидное состояние у детей с аллергическими заболеваниями. *РМЖ*. 2020; 2: 24–27. [Fayzullina RM, Sannikova AV, Gafurova RR. Parasitic diseases are comorbidities in children with allergic disorders. *RMJ*. 2020; 2: 24–27.]
30. Magerl M, et al. Effects of a pseudoallergen free diet on chronic spontaneous urticaria: a prospective trial. *Allergy*. 2010; 65.1: 78–83.
31. Dunn-Galvin A, Dubois AE, Flokstra-de Blok BM, Hourihane JO. The effects of food allergy on quality of life. *Chem Immunol Allergy*. 2015; 101: 235–252. <https://www.doi.org/10.1159/000375106>.
32. Kudryavtseva AV, Neskorođova KA, Staubach P. Urticaria in children and adolescents: An updated review of the pathogenesis and management. *Pediatr Allergy Immunol*. 2019; 30 (1): 17–24. <https://www.doi.org/10.1111/pai.12967>.
33. Sharma M, Bennett C, Cohen SN, Carter B. H1-antihistamines for chronic spontaneous urticaria. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 2014 (11): CD006137. Published 2014 Nov 14. <https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD006137.pub2>.
34. Barniol C, Dehours E, Mallet J, Houze-Cerfon CH, Lauque D, Charpentier S. Levocetirizine and Prednisone Are Not Superior to Levocetirizine Alone for the Treatment of Acute Urticaria: A Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Annals of Emergency Medicine*. 2018; 71 (1): 125–131.e1. <https://www.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.03.006>.
35. Борзова ЕЮ, Попова КЮ, Куровски М, и др. Холинергическая крапивница: новые аспекты патогенеза, диагностики и терапии. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021; 24 (3): 211–226. <https://www.doi.org/10.17816/dv72329>. [Borzova EY, Popova CY, Kurowski M, et al. Cholinergic urticaria: novel aspects of pathogenesis, diagnosis and management. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2021; 24 (3): 211–226. <https://www.doi.org/10.17816/dv72329>. (In Russ.)]
36. Radonjic-Hoesli S, Hofmeier KS, Micaletto S, Schmid-Grendelmeier P, Bircher A, Simon D. Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018; 54 (1): 88–101. <https://www.doi.org/10.1007/s12016-017-8628-1>.
37. Рубан АП, Титова НД, Буза ДВ. Бремя аллергических заболеваний у детей Республики Беларусь. *Российский педиатрический журнал*. 2022; 3 (1): 255. [Ruban AP, Titova ND, Buza DV. Bremya allergicheskikh zabolevaniy u detey Respubliki Belarus. *Russian pediatric journal*. 2022; 3 (1): 255. (In Russ.)]

ВКЛАД АВТОРОВ В РАБОТУ

Смолкин Ю. С. — редакция текста, руководитель проекта.

Масальский С. С. — написание текста, идея, статистическая обработка, проведение анкетирования.

Хакимова Р. Ф. — редакция текста, написание текста, проведение анкетирования.

Трусова О. В. — написание текста, проведение анкетирования.

Ларькова И. А. — написание текста, проведение анкетирования.

Тимофеева Е. В. — написание текста, проведение анкетирования.

Мешкова Р. Я. — создание и редакция анкеты, написание текста, проведение анкетирования.

Мигачева Н. Б. — написание текста, проведение анкетирования.

Стежкина Е. В. — написание текста, проведение анкетирования.

Лепешкова Т. С. — написание текста, проведение анкетирования.

Пищальников А. Ю. — написание текста, проведение анкетирования.