

# МЕДИЦИНСКИЙ

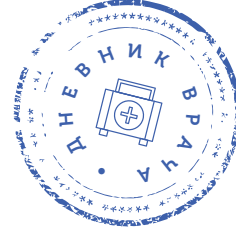


# ДЕТЕКТИВ



**Автор:**

Ольга Алексеевна Мухина,  
врач аллерголог-иммунолог  
КДО Центра аллергологии  
и иммунологии ГБУЗ «ГКБ  
№52 ДЗМ»



**ПУТЬ К ВЕРНОМУ ДИАГНОЗУ У МНОГИХ НАШИХ ПАЦИЕНТОВ  
ЗАЧАСТУЮ ДЛИННЫЙ И ТЕРНИСТЫЙ И, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОПАСТЬ  
НА ПРИЕМ К АЛЛЕРГОЛОГУ-ИММУНОЛОГУ, ПАЦИЕНТЫ  
ПРОХОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ У МНОГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ПРОВОДИТСЯ  
ДЛИТЕЛЬНАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ  
ТЕРАПИЯ, А ЗАЧАСТУЮ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ЧТО ПОРОЙ  
УВОДИТ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК В ДРУГУЮ СТОРОНУ  
ИЛИ ЗАСТАВЛЯЕТ НЕ РАЗ ПРОГУЛЯТЬСЯ ПО КРУГУ**

**Н**а сегодняшний день около 40% населения земного шара страдает от того или иного вида аллергии. Ежедневно в консультативно-диагностическое отделение нашего Центра аллергологии и иммунологии (г. Москва) обращаются около 200 пациентов по направлению терапевтов, дерматологов, лор-врачей, пульмонологов и инфекционистов.

Большинство пациентов приходят с историей, разобраться в которой можно только обладая дедуктивным методом мышления. Для поиска причины развития симптомов, которые предъявляет пациент (или не предъявляет, а мы верим ему на слово), мы долго беседуем «за жизнь», анализируем и сопоставляем огромный объем информации, оцениваем обстоятельства, моделируем ситуации. И только потом, если события или их последствия не бросаются в глаза с первого взгляда, начинаем «изучать местность». Поэтому мы, врачи аллергологи-иммунологи, очень благодарны

коллегам первичного звена, которые направляют к нам пациентов хорошо обследованными и с полноценными выписками в руках, что значительно облегчает нашу задачу по дифференциальной диагностике и назначению максимально индивидуализированного лечения (при этом в полном соответствии и с международными и федеральными согласительными и рекомендательными документами). Хорошая выписка со всеми необходимыми свежими анализами позволяет экономить время приема и избежать направления на дообследование, например, перед назначением аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) или биологической терапии.

Предлагаем вашему вниманию реальные ситуации из практики врача городского Центра аллергологии и иммунологии с вариантами лечебной тактики при наиболее часто встречающихся заболеваниях, которые, возможно, помогут сделать следующую вашу консультацию максимально продуктивной.



Кто  
Пациентка Н.М.

Возраст  
21 год

Жалобы на першение в горле, высыпания на лице после употребления в пищу орехов (фундук), черешни, абрикосов

## Первичный прием

Вышеуказанные симптомы беспокоят последние 1,5 года. Купирует приемом антигистаминных препаратов, купленных самостоятельно в аптеке. В беседе выясняется, что последние 3 года с наступлением весны испытывает недомогание – беспокоит насморк, приступообразное чихание, зуд век. Данные симптомы расценивались как простудные заболевания, исчезали полностью с началом лета. Пациентка обращалась к терапевту, лор-врачу и офтальмологу, назначалась противовирусная и антибактериальная терапия без особого эффекта. Ранее к аллергологу-иммунологу не обращалась. Специфическое обследование на уровне поликлиники прошла впервые в 2020 году по причине резко выраженного першения в горле, связанного с определенными продуктами питания.

В представленных пациенткой анализах обращает на себя внимание повышение уровня общего иммуноглобулина Е до 226 МЕ/мл; в общем анализе мочи, в общем анализе крови и биохимическом анализе крови отклонений не выявлено. Рентген легких – без особенностей.

Пациентка направлена в процедурный кабинет для выполнения кожных скарификационных аллергопроб, выявлена сенсibilизация к пыльце березы, ольхи и лещины (исследование проводилось вне сезона палинации).

Выявленная сенсibilизация объясняет симптомы риноконъюнктивита в весенний период времени, а реакции на пищевые продукты расцениваются как проявления перекрестной пищевой аллергии. Пациентке установлен диагноз: поллиноз, аллергический риноконъюнктивит. Пыльцевая (к пыльце деревьев) сенсibilизация. Перекрестная пищевая аллергия на орехи, косточковые фрукты.

## Рекомендовано:

- ведение пищевого дневника;
- соблюдение элиминационной диеты: исключить березовый сок, косточковые и семечковые фрукты (яблоки, груша, вишня, черешня, персики, сливы, абрикосы, нектарин и соки из них; киви, фейхоа, малина и оливки), орехи (фундук, грецкие орехи, миндаль); овощи и зелень (сырая морковь, сельдерей, петрушка, сырой картофель – сок свежего картофеля при чистке); ограничить употребление укропа, карри, аниса, тмина, помидоров, огурцов, лука, гороха, виноградных и других фруктовых вин, коньяка, чая с бергамотом, фитопрепаратов;
- проведение курса АСИТ причинно-значимыми аллергенами (пыльца деревьев) инъециционно или сублингвально после проведения дополнительной молекулярной компонентной диагностики и выявления мажорных аллергокомпонентов. Начать терапию следует осенью или ранней зимой, чтобы завершить ее в конце зимы или в первый весенний месяц;
- в сезон цветения лечение  $H_1$ -антигистаминными препаратами второго поколения (дезлоратадин, эбастин, цетиризин) и назальными глюкокортикостероидами (мометазон фураат или флутиказон пропионат). Желательно начать лечение за 1–2 недели до начала сезона цветения и продолжать терапию весь сезон цветения. Длительность цветения можно отслеживать по данным пыльцевых мониторингов;
- использование барьерных средств – медицинских масок или спреев для носа из микрокнизированной целлюлозы перед выходом на улицу.

**Цель молекулярной диагностики** – спрогнозировать эффективность курса АСИТ. Проведение АСИТ рекомендовано только при выявлении мажорных компонентов аллергенов пыльцы. Именно они отвечают за истинную аллергию, в то время как минорные компоненты аллергенов пыльцы отвечают за перекрестную реактивность среди неродственных растений. Истинная аллергия к пыльце березы подтверждается наличием в крови специфических антител IgE к аллергокомпоненту Bet v 1 – белку PR-10. Bet v 2 – белок из семейства профилинов, являющийся минорным аллергеном пыльцы березы. Антитела IgE к Bet v 2 выявляются у 5–38% пациентов, сенсibilизированных к пыльце березы. При отсутствии сенсibilизации к Bet v 1 АСИТ с аллергенами пыльцы березы будет неэффективной.



Кто  
Пациентка Б.М.

Возраст  
69 лет

Жалобы при первичном обращении на рецидивирующие до двух раз в год пневмонии, частые отиты, гаймориты, постоянную слабость и недомогание

## Повторный прием

Пациентка вспоминает, что в детском возрасте часто и подолгу болела простудными заболеваниями. Со школьного возраста и до 50 лет отмечала что ОРВИ болела редко. Однако в последние лет 10 снова стали беспокоить частые простуды. Неоднократно лечилась у лор-врача по поводу отитов и гайморита. Последние несколько лет дважды в год переносит пневмонии, иногда требующие госпитализации по тяжести состояния. Неоднократно за последние десять лет получала курсы антибиотикотерапии, в том числе стационарно. Наблюдается у пульмонолога с диагнозом ХОБЛ: бронхоэктатическая болезнь. Установлена 3-я группа инвалидности. Выписки из медицинской документации за последний год представлены.

Направлена терапевтом поликлиники к врачу-пульмонологу Центра аллергологии и иммунологии с целью коррекции терапии ХОБЛ. На первичном приеме было назначено дообследование в связи с подозрением на иммунодефицит.

Сегодня на повторном приеме представила результаты анализов: выявлен тотальный дефект гуморального звена иммунитета (снижены классы IgA – 0,11 г/л, IgM – 0,01 г/л, IgG – 1,08 г/л), также выявлены отклонения в клеточном звене иммунитета – снижен иммунорегуляторный индекс, снижено количество Т-лимфоцитов хелперов. Анализы крови на АТ к ВИЧ – отрицательно. Рентген легких: признаки деформации легочного рисунка в обла-

сти нижних сегментов легких, пневмофиброз, повышенная прозрачность легочных полей.

В связи с выявленными изменениями в гуморальном и клеточном звеньях иммунитета пациентке установлен диагноз: первичный иммунодефицит, общая вариабельная иммунная недостаточность (ОВИН).

## Рекомендовано:

- пожизненная регулярная заместительная терапия препаратами внутривенных иммуноглобулинов, в дозе 0,5 грамм белка/кг ежемесячно с обязательным определением претрансфузионного уровня иммуноглобулинов. Цель терапии – восстановление и поддержание уровня иммуноглобулинов на нормальном уровне;
- при необходимости проведения антибактериальной терапии – курсы терапии длительнее стандартных в 2–3 раза.

Сеансы заместительной терапии внутривенным иммуноглобулином проводятся 1 раз в месяц, возможно на базе дневного стационара Центра аллергологии и иммунологии или поликлиники по месту жительства. Дальнейшее наблюдение врачом-иммунологом 1 раз в 6 месяцев. На повторном приеме оценивается уровень претрансфузионного иммуноглобулина, после чего принимается решение об ежемесячной дозе иммуноглобулина (сохранение назначенной дозы белка, ее уменьшение или увеличение).

**На сегодняшний день диагноз первичного иммунодефицита считается достаточно редким, в связи с чем многие пациенты узнают о своей болезни поздно.**

### О вероятном наличии иммунодефицита могут говорить:

1. Частые гнойные отиты (не менее 3–4 раз в течение одного года).
2. Частые синуситы, протекающие в тяжелой форме.
3. Тяжелое течение бронхолегочной патологии с частыми рецидивами.
4. Повторные глубокие абсцессы кожи или внутренних органов.
5. Необходимость в длительной, иногда внутривенной, терапии антибиотиками

для купирования инфекции (до 2 месяцев и дольше).

6. Перенесенные не менее 2 раз глубокие инфекции, такие как менингит, остеомиелит, целлюлит, сепсис.
7. Атипичное течение гематологических заболеваний.
8. Атипичное течение аутоиммунных заболеваний.
9. Рецидивирующие системные инфекции, вызванные атипичными микобактериями.
10. Рецидивирующие оппортунистические инфекции (*Pneumocystis carinii* и др.).
11. Повторные диареи.
12. Наличие у родственников первичных иммунодефицитов, ранних смертей от тяжелых инфекций или одного из вышеперечисленных симптомов.



Кто  
Пациент Р.Б.

Возраст  
28 лет

Жалобы на постоянную заложенность носа, насморк  
в утренние часы, снижение обоняния

## Первичный прием

Из анамнеза известно, что жалобы на заложенность носа и насморк беспокоят более десяти лет. Неоднократно обращался к лор-врачу, проводилось консервативное лечение, выявлено искривление носовой перегородки. Год назад пациенту проведена септопластика. Однако после проведения оперативного лечения сохраняется заложенность носа и насморк в утренние часы. Лор-врачом направлен к аллергологу-иммунологу для исключения аллергической природы заболевания.

Во время сбора аллергоанамнеза обращает на себя внимание:

- отягощенный семейный анамнез – у бабушки по материнской линии бронхиальная астма;
- изменение характера симптомов: усиление симптомов в осенне-зимний период времени, а также уменьшение или полное прекращение симптомов во время отпуска. Обсудили предпочтения во время отдыха, выяснилось: пациент никогда не проводит отпуск дома, всегда выезжает с семьей.

Пациент направлен в процедурный кабинет для выполнения кожных скарификационных аллергопроб: выявлен высокий уровень сенсибилизации к клещам домашней пыли (*d. farinae*, *d. pteronissinus*).

Учитывая выявленную сенсибилизацию к клещам домашней пыли, эпизоды облегчения симптомов и отягощенный семейный аллергоанамнез, пациенту установлен диагноз: круглогодичный аллергический ринит, бытовая (к клещам домашней пыли) сенсибилизация.

## Рекомендовано:

- соблюдение гипоаллергенного быта: регулярная влажная уборка, замена подушек и одеял на синтетические, использование гипоаллергенных чехлов для матрасов, минимальное количество вещей «пылесборников» (плюшевых игрушек, мягкой мебели, ковров, плотных штор);
- курсы интраназальных глюкокортикостероидов (мометазон фуруат, флутиказон пропионат);
- проведение АСИТ аллергеном клеща домашней пыли инъекционно или сублингвально. В случае круглогодичного ринита, вызванного клещами домашней пыли, и при отсутствии у пациента сенсибилизации к пыльцевым аллергенам начало курса АСИТ возможно в любое время, в том числе и летом. Курс АСИТ проводится непрерывно на протяжении 3–5 лет.



Кто  
Пациент Т.А.

Возраст  
39 лет

Жалобы на ежедневные приступы затрудненного дыхания  
с хрипами в груди, одышку при минимальных физических  
нагрузках, постоянную заложенность носа

## Первичный прием

Представлены подробные выписки из амбулаторной карты (особая благодарность врачу, который готовил пациента к приему!). В 2016 году впервые установлен диагноз бронхиальная астма, получал базисную ингаляционную терапию ингалятором будесонид/формотерол 160/4,5 мкг по 1 вдоху 2 раза в день (320 мкг будесонида в сутки), сальбутамол – по потребности. В 2018 году был диагностирован полипозный риносинусит, по поводу которого был прооперирован (полипэктомия). В мае 2020 года перенес пневмонию (Covid-19 +, по КТ 2 ст.), на фоне которой наблюдалось обострение бронхиальной астмы – ежедневные приступы уду-

шья с хрипами в груди, преимущественно в ночное время, снижение толерантности к физическим нагрузкам. Пациент обращался к пульмонологу по месту жительства, проводилась антибактериальная терапия левофлоксацином, небулайзерная терапия, увеличен объем базисной ингаляционной терапии до 640 мкг будесонида в сутки, также в терапию добавлены таблетированные системные глюкокортикостероиды (метилпреднизолон в дозе 16 мг в сутки). Однако на фоне назначенной терапии сохранялись ежедневные приступы удушья, одышка при минимальных физических нагрузках, потребность в бронхолитиках ежедневно, в связи с чем пациент был направ-

лен на консультацию к аллергологу-иммунологу для коррекции терапии.

Ранее пациент к аллергологу-иммунологу не обращался, ухудшение состояния при воздействии аллергенов не отмечал. Семейный анамнез по атопии не отягощен. Однако последнее полгода пациент стал обращать внимание на плохую переносимость нестероидных противовоспалительных препаратов, отмечал возникновение приступов удушья при их приеме. Пациент самостоятельно обследовался для исключения атопии – уровень общего и специфических иммуноглобулинов к бытовым, эпидермальным, пыльцевым и грибковым аллергенам в норме. При изучении выписок из амбулаторной карты и свежих анализов обращает на себя внимание неоднократное повышение абсолютного количества эозинофилов.

На приеме пациенту было предложено пройти тест по контролю над астмой (АСТ тест), по результатам которого зафиксировано неконтролируемое течение астмы (8 баллов), также проведен

анализ представленной спирометрии – выявлены нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу (объем форсированного выдоха за 1 сек. – 64%, пиковая скорость выдоха – 81%, снижение мгновенных объемных скоростей на уровне крупных, средних и мелких бронхов до 52, 46 и 40% соответственно).

При осмотре отмечалось симметричное затруднение носового дыхания. При аускультации в легких выслушивались рассеянные сухие хрипы над всеми легочными полями, усиливающиеся при форсированном выдохе.

### Рекомендации:

- пациенту с аспириновой триадой, неконтролируемым тяжелым течением бронхиальной астмы (эозинофильный фенотип), полипозным риносинуситом и лекарственной непереносимостью НПВС рекомендовано инициировать иммунобиологическую терапию гуманизированными моноклональными антителами против ИЛ-5 (реслизумаб или меполизумаб).

На сегодняшний день в нашем центре все активнее назначается иммунобиологическая терапия препаратами моноклональных антител. В арсенале используемых нами средств такие препараты, как омализумаб, дупилумаб, реслизумаб, меполизумаб, бенрализумаб. Как правило, терапия данными препаратами проводится в стационарных условиях (круглосуточном и дневном) – требуется наблюдение за пациентом в связи с высоким риском развития анафилактических реакций при проведении биологической терапии.

Минимальный набор анализов, необходимый для решения вопроса о проведении иммунобиологической терапии: общий анализ крови с ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ определением уровня эозинофилов, анализ крови на общий иммуноглобулин Е, КТ грудной клетки и функция внешнего дыхания (пациентам с бронхиальной астмой), КТ придаточных пазух носа (при наличии полипозного риносинусита). Решение об инициации иммунобиологической терапии и выборе препарата проходит на врачебной комиссии с главным внештатным аллергологом-иммунологом Департамента здравоохранения г. Москвы.



Кто  
Пациентка Г.А.

Возраст  
61 год

Жалобы на осиплость голоса, першение в горле, покраснение  
конца языка, водянистые выделения из носа. Симптомы  
беспокоят последние 2 года

### Первичный прием

С данными жалобами пациентка обращалась к лор-врачу, эндокринологу, стоматологу. Причина состояния не ясна. Обследована амбулаторно, представлены результаты: УЗИ щитовидной железы – гипоплазия тканей щитовидной железы, уровень гормонов и антител к тканям щитовидной железы в норме; в общем и биохимическом анализе крови без патологии, отмечается повышение уровня общего иммуноглобулина Е до 143 МЕ/мл. Проведено КТ придаточных пазух

носа – катаральный риносинусит, искривление перегородки носа. Лор-врачом заподозрен аллергический ринит, в связи с чем пациентка была направлена к аллергологу-иммунологу. На приеме были выполнены кожные скарификационные аллергопробы – сенсibilизации не выявлено.

Во время сбора аллергоанамнеза пациентка вскользь упомянула о том, что около двух раз в год у нее возникают выраженные отеки в области лица и гортани, требующие госпитализации в стационар. Данные отеки плохо купируются традици-

онными схемами лечения – антигистаминными и глюкокортикостероидными препаратами, сохраняются до 3 суток. Также выяснилось, что в детском возрасте часто госпитализировалась в связи с сильными болями в животе, с подозрением на аппендицит. У матери и родной сестры также наблюдаются подобные отеки. Ранее по поводу отеков к аллергологу ни сама пациентка, ни ее родственники не обращались и не обследовались.


У пациентки заподозрены наследственные ангиоотеки в области лица и гортани (НАО).

### Рекомендации:

дообследование амбулаторно по месту жительства:

- определение C3 и C4 компонентов комплемента, уровень и функциональная активность C1 ингибитора комплемента;
- молекулярно-генетический анализ НАО;
- консультация родственников у врача аллерголога-иммунолога.

При подтверждении орфанного заболевания (НАО) пациентка будет внесена в регистр пациентов с НАО, будет назначена терапия для профилактики и лечения острых приступов НАО (ингибитор C1 эстеразы человека и икатибант). Терапия проводится по месту жительства или в случае острых жизнеугрожающих состояний – в стационаре, в отделении аллергологии и иммунологии.

	<b>Кто</b> Пациент С.А.	<b>Возраст</b> 25 лет	<i>Жалобы на непрерывное тяжелое течение atopического дерматита: постоянные ярко-красные высыпания по всему телу, лицу и шее, сопровождающиеся мокнутием в местах естественных складок, утолщение и выраженное шелушение кожи, появление расчесов на коже в связи с мучительным кожным зудом</i>
---	----------------------------	--------------------------	--

### Первичный прием

В анамнезе проявления atopического дерматита с детского возраста. В возрасте четырех лет установлен диагноз бронхиальная астма. В настоящее время терапию бронхиальной астмы не получает, потребности в бронхолитиках нет. С 2017 года резкое обострение atopического дерматита – появление большого количества ярко-красных папулезных высыпаний, сливающихся и выступающих над кожей, с выраженным шелушением и утолщением кожи над элементами сыпи, появление мучительного кожного зуда, мешающего нормальному сну и повседневной деятельности. Наблюдается у дерматолога, назначалась наружная терапия, терапия системными глюкокортикостероидами (в том числе бетаметазоном внутримышечно), сеансы плазмафереза – без особого эффекта. В январе 2020 года установлена 3-я группа инвалидности в связи с тяжелым течением atopического дерматита, назначались короткие курсы метотрексата, который был отменен в связи с плохой переносимостью препарата. В связи с тяжелым и упорно рецидивирующим течением atopического дерматита направлен на консультацию к аллергологу-иммунологу для коррекции терапии, дообследован амбулаторно по месту жительства.

В представленных пациентом анализах отмечается абсолютное повышение уровня эозинофилов, повышение уровня общего иммуноглобулина E до 986 МЕ/мл; повышение специфических иммуноглобулинов E к бытовому, эпидермальным, пыльцевым, грибковым и пищевым аллергенам.

При объективном осмотре у пациента отмечаются обильные папулезные высыпания по всему телу, на конечностях и лице, сливающиеся в сплошные очаги с четкими границами с отрубевидным шелушением, расчесами, серозно-геморрагическими корочками в местах расчесов (экскориаций). Кожа в целом крайне сухая. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Использованы опросники SCORAD и IGA.

### Рекомендовано:

- постоянное ежедневное использование эмолентов;
- местно длительно ингибитор кальциневрина (такролимус);
- по жизненным показаниям пациенту показано инициировать таргетную иммунологическую терапию препаратом моноклональных антител (дупилумаб).



Кто  
Пациентка О.Г.

Возраст  
53 года

Жалобы на появление приступообразного кашля с хрипами в груди, преимущественно в ночное время, появление одышки при физических нагрузках, приступообразное чихание, насморк, слезотечение

### Первичный прием

Вышеуказанные жалобы беспокоят последние 6 месяцев. Самостоятельно использует отхаркивающие препараты, сосудосуживающие капли в нос. Обследована у терапевта, выявлена относительная эозинофилия в общем анализе крови, а также повышение уровня общего иммуноглобулина Е до 150 МЕ/мл, в связи с чем направлена к аллергологу.

Из анамнеза известно, что в семье аллергопатологией никто не страдал, ранее за собой аллергических реакций не отмечала. Однако около 1,5 лет назад пациентка завела домашнего питомца – морскую свинку. Отмечает ухудшение состояния дома, при тесном контакте с животным приступообразно чихает.

При объективном осмотре отмечается небольшое затруднение носового дыхания. При аускультации дыхание в легких жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах легких при форсированном дыхании.

На приеме пациентке выполнены кожные скарификационные аллергопробы, выявлена сенсibilизация к шерсти морской свинки.

Также на приеме выполнено исследование функции внешнего дыхания с бронхолитиком, выявлены обструктивные нарушения на ФВД (объем форсированного выдоха за 1 сек. – 68%), тест с бронхолитиком положительный (прирост по ОФВ1 на 18%).

Пациентке установлен диагноз: впервые выявленная бронхиальная астма, атопическая форма, аллергический риноконъюнктивит, эпидермальная (к шерсти морской свинки) сенсibilизация.

#### Рекомендовано:

- полностью исключить или ограничить контакт с животным;
- при возникновении приступов удушья ингаляторов сальбутамол 1–2 вдоха;
- базисная терапия астмы антагонистами лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст) в связи с негативным отношением пациентки и отказом от назначения низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов;
- постепенный отказ от сосудосуживающих препаратов, в качестве назального спрея использование H<sub>1</sub>-антигистаминного препарата (азеластин).



Кто  
Пациентка Р.М.

Возраст  
68 лет

Жалобы на высыпания на коже, сопровождающиеся зудом

### Первичный прием

Последние 2 года ежедневно беспокоят зудящие высыпания по всему телу. Высыпания сохраняются на коже от получаса до суток, зудят, мешают ночному сну. Обращалась к дерматологу, диагноз – крапивница. Получала различные антигистаминные препараты первого и второго поколения, с неполным эффектом, в настоящее время принимает лоратадин (1 таблетка в сутки). Связи высыпаний с действием аллергенов не отмечает, сезонности нет, ухудшение состояния во время стрессовых ситуаций. Обследована для выяснения причины заболевания у эндокринолога, ревматолога, инфекциониста,

гастроэнтеролога. Данных о заболеваниях щитовидной железы, системном заболевании соединительной ткани, паразитарном заболевании, хеликобактерной инфекции не получено. В общем анализе крови и мочи без патологии. С-реактивный белок в норме. Уровень общего иммуноглобулина Е – 68 МЕ/мл. Обратилась к аллергологу-иммунологу для коррекции терапии.

При осмотре на коже спины и живота, бедер обнаружены уртикарные высыпания в диаметре до 4 см, слегка выступающие над кожей, бледно-розового цвета, в количестве до 50 шт., субъективно сопровождающиеся кожным зудом.



## Thema Principale

На приеме пациентке выполнен тест с аутологичной сывороткой – тест отрицательный. Использованы: опросник UAS7, UCT, календарь по хронической крапивнице и шкала активности ангиоотеков.

Диагноз: идиопатическая хроническая рецидивирующая спонтанная крапивница.

### Рекомендовано:

- цетиризин 10 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки. При недостаточном эффекте возможно увеличение дозы до 2 таблеток 2 раза в день. Эскалация дозы антигистаминных

препаратов согласно международному согласительному документу и федеральным рекомендациям по крапивнице;

- ежедневное ведение календаря по крапивнице и оценка активности крапивницы по шкале (UAS7);
- через месяц после анализа календаря по крапивнице и оценки активности крапивницы на фоне терапии высокими дозами  $H_1$ -антигистаминных препаратов, возможно рассмотреть вопрос об инициации таргетной иммунобиологической терапии гуманизированными моноклональными антителами (омализумаб).



Кто  
Пациентка Н.М.

Возраст  
37 лет

Жалобы на приступообразное чихание, насморк, ощущение стекания слизи по задней стенке носоглотки, покашливание, слезотечение в сезон цветения (июнь – июль)

### Первичный прием

Пациентка с подросткового возраста страдает поллинозом во время цветения злаковых трав (июнь – июль). Ранее симптомы беспокоили пациентку минимально, носили легкий характер, эпизодически принимала антигистаминные препараты в таблетках. Однако последние несколько лет отмечается прогрессирующее ухудшение состояния. Обильные слизистые выделения из носа, затрудняющие носовое дыхание, обильное слезотечение ежедневно с июня по июль, снижение повседневной активности пациентки, невозможность находиться на улице летом. Также отмечает снижение эффективности антигистаминных препаратов.

В подробной выписке из амбулаторной карты указано, что ранее пациентка уже была обследована у аллерголога-иммунолога, выявлена сенсibilизация к пыльце злаковых трав (тимофеевке, овсянице, еже). Также в выписке перечислены хронические заболевания пациентки – аутоиммунный тиреоидит, миома матки. Представлены результаты анализов, выполненные амбулаторно: в общем анализе крови повышение уровня эозинофилов, повышение уровня иммуноглобулина E до 332 МЕ/мл.

Пациентке с поллинозом, аллергическим риноконъюнктивитом и сенсibilизацией к пыльце злаковых трав проведение курса АСИТ противопоказано, в связи с сопутству-

### ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ АСИТ

- Тяжелые иммунопатологические состояния (в том числе аутоиммунные) и иммунодефициты, а также активно протекающее злокачественное заболевание.
- Наличие в анамнезе анафилактического шока при проведении АСИТ.
- Психические расстройства.
- Невозможность соблюдения пациентом схемы назначенного лечения.
- Тяжелая форма бронхиальной астмы, не контролируемая фармакотерапией (FEV1 менее 70% после проведения адекватной фармакотерапии).
- Сердечно-сосудистые заболевания, при которых возможны осложнения при использовании адреналина (эпинефрина) и лечение  $\beta$ -блокаторами, ингибиторами АПФ.
- Соматические заболевания в стадии декомпенсации.
- Беременность.
- Возраст пациента до 5 лет.

ющей патологией (аутоиммунный тиреозит, миома матки).

### Рекомендовано:

- за 2 недели до начала цветения злаковых трав (возможно отслеживание по пыльцевым мониторингам) начать прием антилейкотриенового препарата монтелукаст 10 мг по 1 таблетке в сутки; интраназальные глюкокортикостероиды (мометазон фуоат, флутиказон пропионат), продолжать терапию весь сезон цветения;
- при обострении конъюнктивита глазные капли: антигистаминные (олопатадин) или препараты хромоглициевой кислоты;
- $H_1$ -антигистаминные препараты второго поколения (биластин, эбастин, фексофе-надин) принимать ежедневно весь сезон цветения;
- использование барьерных средств (медицинских масок или спреев для носа из микролизированной целлюлозы перед выходом на улицу);
- на период цветения соблюдение гипоаллергенной диеты с исключением меда и продуктов пчеловодства; пива, пшеничной водки, ржаного кваса; сои, бобов, арахиса; кукурузы; щавеля; фитопрепаратов на основе злаковых трав; крупяных каш и макаронных изделий, хлеба и хлебобулочных изделий, других продуктов из злаков (овес, пшеница, рожь, ячмень, рис) или с содержанием муки из них (шницели, котлеты, подливы, соусы).



### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хочется напомнить, что перед направлением пациента к врачу аллергологу-иммунологу его необходимо дообследовать: взять общий анализ крови с обязательным определением уровня эозинофилов, общий анализ мочи, основные биохимические параметры крови, исключить инфекционное заболевание – ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис, выполнить рентген легких. При подозрении на аллергическую природу заболевания у пациентов с ринитом и конъюнктивитом, кожным зудом, высыпаниями, затяжным кашлем и с установленными диагнозами бронхиальная астма, атопический дерматит,

крапивница желательно взять анализ крови на общий IgE. И главное – в случаях сомнений используйте возможность направить пациента на консультацию к врачу аллергологу-иммунологу. Раннее вмешательство позволяет нам существенно улучшить качество жизни пациента, а зачастую привести заболевание в стойкую ремиссию. И очень важно соблюдение рекомендаций на амбулаторном этапе лечения, когда пациент продолжает лечение под контролем врача-терапевта (общей практики). При этом окончательный выбор метода лечения и последующая коррекция терапии всегда остаются за врачом аллергологом-иммунологом.

## ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ

### URTICARIA ACTIVITY SCORE (UAS7\*)

Ф.И.О. пациента: .....

Дата визита: .....

Цель этой шкалы – оценить тяжесть течения заболевания, в том числе оценить динамику тяжести заболевания на фоне проводимой терапии за последнюю неделю. Пожалуйста, оцените общее число баллов за неделю.

**Максимально возможное число баллов: 42**

**Минимально возможное число баллов: 0**

День	Волдыри	Зуд	Баллы
День 1			
День 2			
День 3			
День 4			
День 5			
День 6			
День 7			
<b>Общая оценка за неделю</b>			

Шкала	Волдыри	Зуд
<b>0</b>	Нет	Нет
<b>1</b>	Легкая (< 20 волдырей за 24 часа)	Легкая (есть, но не раздражает и не беспокоит)
<b>2</b>	Умеренная (20–50 волдырей за 24 часа)	Умеренная (беспокоит, но не мешает обычной повседневной деятельности или сну)
<b>3</b>	Сильная (> 50 волдырей за 24 часа и большая область распространения)	Сильная (тяжелый зуд, со значительным беспокойством и влиянием на нормальную ежедневную активность или сон)

0–6 баллов ежедневно суммируются за неделю (максимально – 42 балла)

Федеральные клинические рекомендации по крапивнице,  
пересмотр 2019 г., приложение Г 1

\*UAS7 – Urticaria Score – шкала активности крапивницы за неделю



## URTICARIA CONTROL TEST

### ТЕСТ ПО КОНТРОЛЮ НАД КРАПИВНИЦЕЙ

(полная версия)

Ф.И.О.: .....

Дата заполнения: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Дата рождения: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Инструкция:** Вы страдаете крапивницей. Ответы на указанные ниже вопросы должны дать представление о текущем состоянии Вашего заболевания. Пожалуйста, внимательно прочтите все вопросы и выберите из пяти ответов наиболее подходящий. Исходите из Вашего самочувствия за последние 4 недели. Просим Вас не думать долго над каждым вопросом. Постарайтесь ответить на все вопросы, отмечая крестиком только один подходящий ответ.

**1. Насколько сильно Вас беспокоили за прошедшие 4 недели проявления крапивницы (зуд, волдыри и/или отеки)?**

очень сильно  сильно  средне  мало  не беспокоили

**2. Насколько сильно за последние 4 недели крапивница ухудшила качество вашей жизни?**

очень сильно  сильно  средне  мало  не ухудшила

**3. Как часто за последние 4 недели проводимое лечение было недоступным для контроля над крапивницей?**

очень часто  часто  периодически  редко  никогда

**4. Насколько успешно Вам удавалось в целом контролировать крапивницу за последние 4 недели?**

вообще не удавалось  сильно  средне  хорошо  полностью

Федеральные клинические рекомендации по крапивнице,  
пересмотр 2019 г., приложение Г 2



## КАЛЕНДАРЬ ПО КРАПИВНИЦЕ

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), 4) принимали ли Вы препараты по поводу крапивницы (и когда).

Препараты, которые я принимаю по поводу крапивницы\*: .....

День	Волдыри				Зуд			Симптомы (общая оценка)				Препараты по крапивнице*			Триггеры		
	Нет	< 20	20–50	> 50	Нет	Слабый	Средний	Интенсивный	Нет	Легкие	Выраженные	Максимальные	Утром	Днем		Вечером	На ночь
1																	
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																	



## КЛЮЧ К ЗАПОЛНЕНИЮ КАЛЕНДАРЯ

Баллы	Волдыри	Зуд
0	Отсутствуют	Отсутствует
1	Мало (< 20 волдырей/24 ч)	Слабый (присутствует, но не беспокоит и не раздражает пациента)
2	Немного (20–50 волдырей/24 ч)	Средний (беспокоит пациента, но не влияет на дневную активность и сон)
3	Много, интенсивный процесс (> 50 волдырей/24 ч или гигантские уртикарии, занимающие большую площадь кожи)	Интенсивный (тяжелый зуд, который выражено влияет на дневную активность и сон)

Сумма баллов: 0–6 (0–2 – легкая крапивница, 3–4 – средней тяжести, 5–6 – тяжелая). Максимальная сумма баллов – 6, что соответствует очень тяжелому течению крапивницы.

Подсчитывается сумма баллов за 7 дней (UAS7).

Значения могут варьировать от 0 до 21 в неделю для количества волдырей. Общее значение UAS7 за неделю может составлять от 0 до 42.



## ШКАЛА АКТИВНОСТИ АНГИОТЕКОВ

Russian version of the Angioedema Activity Score

Ф.И.О. пациента: ..... Дата заполнения (дд.мм.гггг): .....

**Пожалуйста, 1 раз в день отмечайте в указанных ниже таблицах Ваши жалобы за последние 24 часа. Просим Вас давать полные ответы на все вопросы.**

		День						
		1	2	3	4	5	6	7
<b>Были ли у Вас отеки за последние 24 часа?</b>	Нет							
	Да							
<b>Просим Вас заполнять указанные ниже поля только в том случае, если в течение последних 24 часов у Вас наблюдался хотя бы один отек</b>								
<b>В течение какого времени присутствовал отек/отеки (пожалуйста, отметьте все подходящие промежутки времени)</b>	0:00–8:00 ч							
	8:00–16:00 ч							
	16:00–24:00 ч							
<b>Насколько сильными являются или являлись вызванные отеком/отеками симптомы (например, боль, жжение, зуд)?</b>	Симптомов нет/не было							
	Легкие							
	Средние							
	Сильные							
<b>Насколько отек/отеки ограничивают или ограничивали Вашу повседневную деятельность?</b>	Без ограничений							
	Немного							
	Значительно							
	Полностью (заниматься повседневной деятельностью (было) невозможно)							
<b>Как Вы считаете, данный отек/отеки негативно отражаются (отразились) на Вашем внешнем виде?</b>	Нет							
	Немного							
	Умеренно							
	Сильно							
<b>Как бы Вы оценили общую выраженность/тяжесть данного отека/отеков?</b>	Несущественная							
	Слабая							
	Средняя							
	Сильная							



## ИНСТРУКЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ AAS

### AAS ОЦЕНКА:

AAS состоит из 5 вопросов. Оценочная система AAS очень проста. Значения между 0 и 3 рассчитываются для каждого поля, которое может быть отмечено пациентом. Все поля, отмеченные пациентом, суммируются. Соответственно, минимальное и максимальное значения AAS равны 0 и 15. Ответ на первый вопрос не имеет баллов и не включается в подсчет значений AAS. Пожалуйста, найдите значения для каждого поля в форме ниже. Эта форма должна использоваться только для подсчета значений AAS медицинским персоналом. Пациенты не должны ее видеть.

### ФОРМА ДЛЯ ОЦЕНКИ AAS:

		День						
		1	2	3	4	5	6	7
<b>Были ли у Вас отеки за последние 24 часа?</b>	Нет							
	Да							
<b>Просим Вас заполнять указанные ниже поля только в том случае, если в течение последних 24 часов у Вас наблюдался хотя бы один отек</b>								
<b>В течение какого времени присутствовал отек/отеки (пожалуйста, отметьте все подходящие промежутки времени)</b>	0:00–8:00 ч	1	1	1	1	1	1	1
	8:00–16:00 ч	1	1	1	1	1	1	1
	16:00–24:00 ч	1	1	1	1	1	1	1
<b>Насколько сильными являются или являлись вызванные отеком/отеками симптомы (например, боль, жжение, зуд)?</b>	Симптомов нет/не было	0	0	0	0	0	0	0
	Легкие	1	1	1	1	1	1	1
	Средние	2	2	2	2	2	2	2
	Сильные	3	3	3	3	3	3	3
<b>Насколько отек/отеки ограничивают или ограничивали Вашу повседневную деятельность?</b>	Без ограничений	0	0	0	0	0	0	0
	Немного	1	1	1	1	1	1	1
	Значительно	2	2	2	2	2	2	2
	Полностью (заниматься повседневной деятельностью (было) невозможно)	3	3	3	3	3	3	3
<b>Как Вы считаете, данный отек/отеки негативно отражаются (отразились) на Вашем внешнем виде?</b>	Нет	0	0	0	0	0	0	0
	Немного	1	1	1	1	1	1	1
	Умеренно	2	2	2	2	2	2	2
	Сильно	3	3	3	3	3	3	3
<b>Как бы Вы оценили общую выраженность/тяжесть данного отека/отеков?</b>	Несущественная	0	0	0	0	0	0	0
	Слабая	1	1	1	1	1	1	1
	Средняя	2	2	2	2	2	2	2
	Сильная	3	3	3	3	3	3	3





## ТЕСТ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ (SNOT-20)

Ф.И.О. пациента: ..... Дата заполнения (дд.мм.гггг): .....

Пожалуйста, обведите в каждом пункте цифру в соответствии с серьезностью Вашей проблемы – в зависимости от частоты возникновения и интенсивности указанных ощущений.

		Нет проблемы	Очень легкая проблема	Легкая или небольшая проблема	Умеренная проблема	Тяжелая проблема	Проблема настолько плохая, насколько это может быть	Самые важные симптомы
<b>1</b>	Необходимость высморкаться	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Чихание	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Отделяемое из носа	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Кашель	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Постназальное стекание	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Густое отделяемое из носа	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Ощущение заложенности в ушах	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Головокружение	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Боль в ухе	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Боль/давление в лице	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Трудности с засыпанием	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>	Ночные пробуждения	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Недостаток хорошего ночного сна	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Пробуждение усталым	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Утомляемость, усталось	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Сниженная продуктивность	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Сниженная концентрируемость	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	Ощущение разочарования/беспокойства/раздражения	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Ощущение печали	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Ощущение смущения	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>



## ТЕСТ КОНТРОЛЯ АСТМЫ (АСТ)

1. Как часто за последние 4 недели астма ограничивала деятельность пациента на работе, в школе или дома по сравнению с обычным уровнем?
  - Все время (1 балл)
  - Большую часть времени (2 балла)
  - Иногда (3 балла)
  - Редко (4 балла)
  - Ни разу (5 баллов)
2. Как часто за последние 4 недели возникала одышка?
  - Более 1 раза в день (1 балл)
  - Один раз в день (2 балла)
  - Три-шесть раз в неделю (3 балла)
  - Один или два раза в неделю (4 балла)
  - Ни разу (5 баллов)
3. Как часто за последние 4 недели симптомы астмы (свистящее дыхание, кашель, одышка, стеснение и боль в груди) будили ночью или раньше обычного утром?
  - Четыре или больше ночей в неделю (1 балл)
  - Две или три ночи в неделю (2 балла)
  - Один раз в неделю (3 балла)
  - Один или два раза в месяц (4 балла)
  - Ни разу (5 баллов)
4. Как часто за последние 4 недели приходилось применять бронхорасширяющее средство экстренной помощи (сальбутамол, беродуал, фенотерол) через ингалятор или небулайзер?
  - Три раза в день или чаще (1 балл)
  - Один или 2 раза в день (2 балла)
  - Два или три раза в неделю (3 балла)
  - Один раз в неделю или реже (4 балла)
  - Ни разу (5 баллов)
5. Как бы вы оценили степень контроля бронхиальной астмы за последние 4 недели?
  - Полное отсутствие контроля (1 балл)
  - Плохой контроль (2 балла)
  - Некоторая степень контроля (3 балла)
  - Хороший контроль (4 балла)
  - Полный контроль (5 баллов)

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

**Результат 25 баллов**  
Вы **ПОЛНОСТЬЮ КОНТРОЛИРОВАЛИ** астму за последние 4 недели. У Вас не было симптомов астмы и связанных с ней ограничений. Проконсультируйтесь с врачом, если ситуация изменится.

**Результат от 20 до 24 баллов**  
За последние 4 недели Вы **ХОРОШО КОНТРОЛИРОВАЛИ** астму, но не полностью. Ваш врач может помочь Вам добиться полного контроля.

**Результат менее 20 баллов**  
За последние 4 недели Вам **НЕ** удавалось **КОНТРОЛИРОВАТЬ** астму. Ваш врач может посоветовать Вам, какие меры нужно принять, чтобы добиться улучшения контроля над Вашим заболеванием.

Федеральные клинические рекомендации по бронхиальной астме, пересмотр 2019 г., приложение Г 1

Сайт [spulmo.ru](http://spulmo.ru)



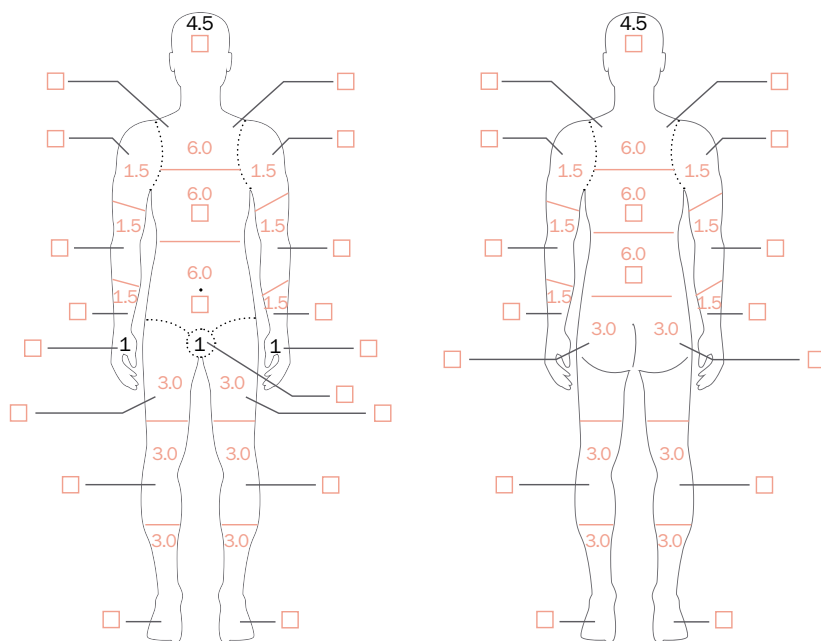
## SCORAD SCORING OF ATOPIC DERMATITIS ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.

### SCORAD

**A: ОБШИРНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.**

Заштрихуйте на рисунке участки с признаками атопического дерматита.

**ОБШИРНОСТЬ  
расчет**



**B: МАСШТАБ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.**

Критерии	Масштаб
Эритема	
Отек/папулы	
Выделения/струпы	
Экскориации	
Утолщение кожи (лихенификация)	
Сухость*	

Интенсивность  
(среднее по указанной области)

- 0 = отсутствуют
- 1 = незначительные
- 2 = средние
- 3 = сильные

\* Оценивается сухость кожи, на участках, где отсутствует атопический дерматит

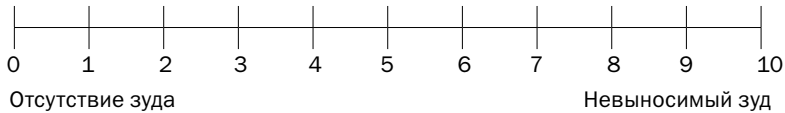
**МАСШТАБ расчет**



**С: СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ.****1. Зуд.**

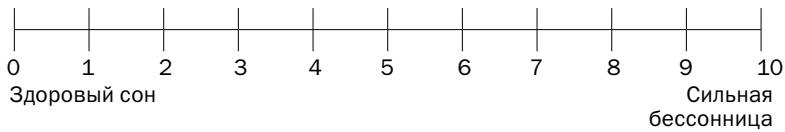
Беспокойство, связанное с зудом за последние трое суток.

Обозначьте интенсивность зуда, проведя черту от 0 (отсутствие зуда) до 10 (невыносимый зуд).

**2. Нарушения сна.**

Наличие нарушений сна за последние трое суток.

Обозначьте качество сна, проведя черту от 0 (здоровый сон) до 10 (сильная бессонница).



**СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ:  
ЗУД + НАРУШЕНИЯ СНА расчет**

**SCORAD расчет =  $A/5 + 7B/2 + C$**

SCORAD предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнущие, экскориации, лихенификация/шелушение, сухость кожи.

Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале: 0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная. При оценке площади поражения кожного покрова следует использовать правило «девятки», в котором за единицу измерения принята площадь поверхности ладони больного, эквивалентная одному проценту всей поверхности кожи. Цифрами указано значение площади для больных в возрасте старше 2 лет (см. рисунок). Оценку субъективных симптомов (ощущение зуда, нарушение сна) проводят у детей в возрасте старше 7 лет и взрослых; у детей младшего возраста оценку субъективных симптомов проводят с помощью родителей, которым предварительно объясняют принцип оценки.

Расчет индекса SCORAD производится по формуле:  $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$ , где: А – распространенность поражения кожи, В – сумма уровней интенсивности клинических симптомов атопического дерматита, С – сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале. На линейке внизу рисунка указывается точка, соответствующая степени выраженности оцениваемого субъективного признака, усредненной за последние 3 суток.

Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение атопического дерматита).

Атопический дерматит легкой степени тяжести соответствует значению SCORAD < 25. Атопический дерматит средней степени тяжести соответствует значению SCORAD от 25 до 50. Тяжелый атопический дерматит соответствует значению SCORAD > 50.

Федеральные клинические рекомендации по атопическому дерматиту, пересмотр 2020 г., приложение Г 2.

Сайт raaci.ru



## ШКАЛА ОЦЕНКИ IGA

### Оценка общей степени тяжести атопического дерматита

(общая оценка заболевания исследователем IGA/Investigator's global assessment (IGA))

Баллы	Категория	Описание
0	<b>Чистая кожа</b>	Проявления атопического дерматита полностью исчезли, за исключением остаточных очагов депигментации (поствоспалительная гиперпигментация и/или гипопигментация)
1	<b>Практически чистая кожа</b>	Проявления атопического дерматита в целом не полностью исчезли, а оставшиеся очаги представляют собой светло-розовые (за исключением поствоспалительной гиперпигментации) и/или едва заметные при пальпации твердые участки утолщения кожи и/или папулы, и/или едва заметные при пальпации участки лихенизации, эксфолиации; экссудация/образование струпуев отсутствует
2	<b>Легкая степень</b>	Проявления атопического дерматита в целом представляют собой очаги светло-красного цвета; с незначительными, но четко выраженными твердыми участками утолщения кожи и/или папулами с незначительными, но четко выраженными линейными или прерывистыми следами расчесывания или проникающего поверхностного поражения; с незначительным, но четко выраженным утолщением кожи, мелкими отметинами на коже и мелкопластинчатым лихеноидным шелушением; экссудация/образование струпуев отсутствует
3	<b>Средняя степень</b>	Проявления атопического дерматита в целом представляют собой очаги красного цвета; с легко определяемыми при пальпации умеренно выраженными твердыми участками утолщения кожи и/или папулами; с умеренными линейными или прерывистыми следами расчесывания или проникающего поверхностного поражения; с умеренным утолщением кожи, грубыми отметинами на коже и крупнопластинчатым лихеноидным шелушением; с незначительной экссудацией/образованием струпуев
4	<b>Тяжелая степень</b>	Проявления атопического дерматита в целом представляют собой глубокие очаги темно-красного цвета; с выраженными твердыми участками утолщения кожи и/или папулами; с выраженными линейными или прерывистыми следами расчесывания или проникающего поверхностного поражения; с выраженным утолщением кожи с очень грубыми отметинами на коже и крупнопластинчатым лихеноидным шелушением; с экссудацией/образованием струпуев от средней до тяжелой степени

\*Из оценки/подсчета баллов IGA исключаются волосистая часть головы, ладони и подошвы

Показатель IGA используется для оценки степени тяжести атопического дерматита. Оценивается тяжесть атопического дерматита на момент проведения оценки. Поражение кожи оценивается визуально и пальпаторно. IGA представляет собой оценку по 5-балльной шкале от 0 баллов до 4 баллов и отражает выраженность зрительной, утолщения (уплотнения) кожи и шелушения. Оценка 0 баллов соответствует чистой коже, максимальная оценка 4 балла соответствует атопическому дерматиту тяжелой степени тяжести.

Федеральные клинические рекомендации по атопическому дерматиту, пересмотр 2020 г., приложение Г 1.

Сайт raaci.ru

