

**БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Тема лекции:

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

**Преподаватель
Мурашев Е.В.**

г. Омск 2017 г.

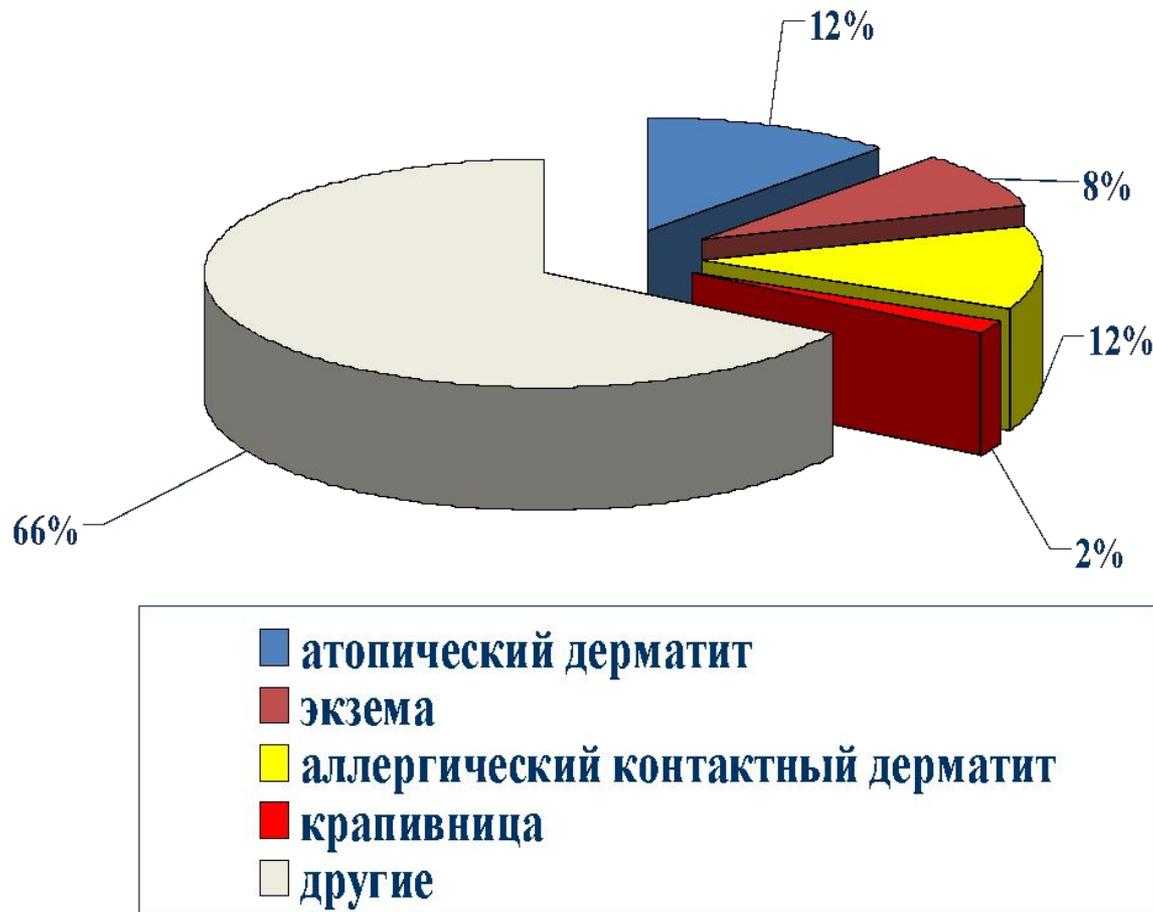
План лекции

1. Общие данные
2. Контактный дерматит
3. Аллергический дерматит
4. Токсический дерматит
5. Экзема
6. Атопический дерматит
7. Крапивница

Определение

Аллергодерматозы - группа заболеваний кожи, в основе которых лежит аллергическое (иммунное) воспаление

Аллергодерматозы: доля в структуре дерматологической заболеваемости



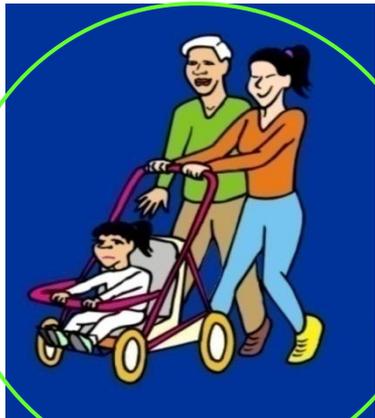
◆ **Каждый 3-ий пациент на приеме у дерматолога – больной, страдающий аллергодерматозом**

**ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ
КАЖДЫЙ 4-й ЖИТЕЛЬ НАШЕЙ ПЛАНЕТЫ
СТРАДАЕТ ТЕМ ИЛИ ИНЫМ**



АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КОЖИ

РИСК НАСЛЕДОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



50 %



80-90 %



■ БОЛЬНОЙ АЗ

Общие данные

Аллерген – чужеродное вещество, которое при попадании в организм вызывает сенсibilизацию организма (выработку Ig) и последующему развитию аллергической реакции.

Раздражители

Облигатные (безусловные или обязательные):

- химические
- физические
- механические
- биологические

Факультативные (условные)

- полные аллергены
- неполные аллергены (гаптены)

Контактный дерматит - воспалительная реакция кожи, возникающая в ответ на прямое воздействие внешних раздражающих факторов.

контактный дерматит

Классификация:

- острый простой контактный дерматит;
- острый аллергический контактный дерматит;
- хронический контактный дерматит.

Простой (ирритантный) контактный дерматит (ПКД) возникает в месте воздействия раздражающего агента на кожу или слизистые оболочки, при этом площадь поражения соответствует площади воздействия раздражителя.

Острый ПКД может развиваться у любого человека даже после однократного воздействия раздражающего фактора, если оно достаточно по интенсивности и времени, особенно при наличии индивидуальной предрасположенности.

Аллергический контактный дерматит (АКД)

возникает в сенсibilизированном организме.

Поражение кожи или слизистых оболочек выходит за пределы места воздействия внешнего раздражителя (аллергена). Возможен диссеминированный и даже генерализованный характер высыпаний.

Клиника

- **острый контактный (ирритантный) дерматит:** развивается, как правило, после однократного контакта с веществами, обладающими выраженными раздражающими свойствами;
- **хронический (кумулятивный) контактный дерматит:** развивается после повторных контактов (в течение нескольких месяцев и даже лет) с веществами, обладающими более слабыми раздражающими свойствами, в том числе растворами (моющие средства, органические растворители, мыльные растворы, слабые кислоты и щелочи) или «сухими» раздражителями (низкая влажность воздуха, порошки и пыль);
- **аллергический контактный дерматит:** является результатом сенсибилизации иммунной системы к специфическому аллергену или нескольким аллергенам, приводящей к возникновению (или обострению - рецидиву) воспалительной реакции кожи.

Клиника

Проявления острого простого и аллергического контактного дерматита обладают определенным сходством и представлены эритемой, отеком, буллезными (ПКД) и везикулезными (АКД) высыпаниями, трещинами.

Субъективными проявлениями заболевания являются зуд, жжение и болезненность кожи в области поражения. При АКД высыпания располагаются не только в месте воздействия раздражителя, но и за его пределами.

Клиника

При хроническом простом контактном дерматите, возникающем вследствие длительного воздействия раздражителя (даже в низких концентрациях), кожный процесс представлен очагами неяркой эритемы, инфильтрации, трещинами, эксфолиациями и гиперпигментацией. После устранения действия раздражителя патологический процесс может продолжаться длительное время (месяцы, годы).

Диагностика

Основой диагностики являются тщательное изучение анамнеза заболевания, оценка распространенности и характера морфологических элементов и результаты аппликационных кожных тестов. По показаниям назначается консультация аллерголога.













Потертость (dermatitis traumatica)



Дерматит от УФО



Дерматит вызванная продуктами нефти



Дерматит вызванный асбестом



Дерматит вызванный продуктами нефти



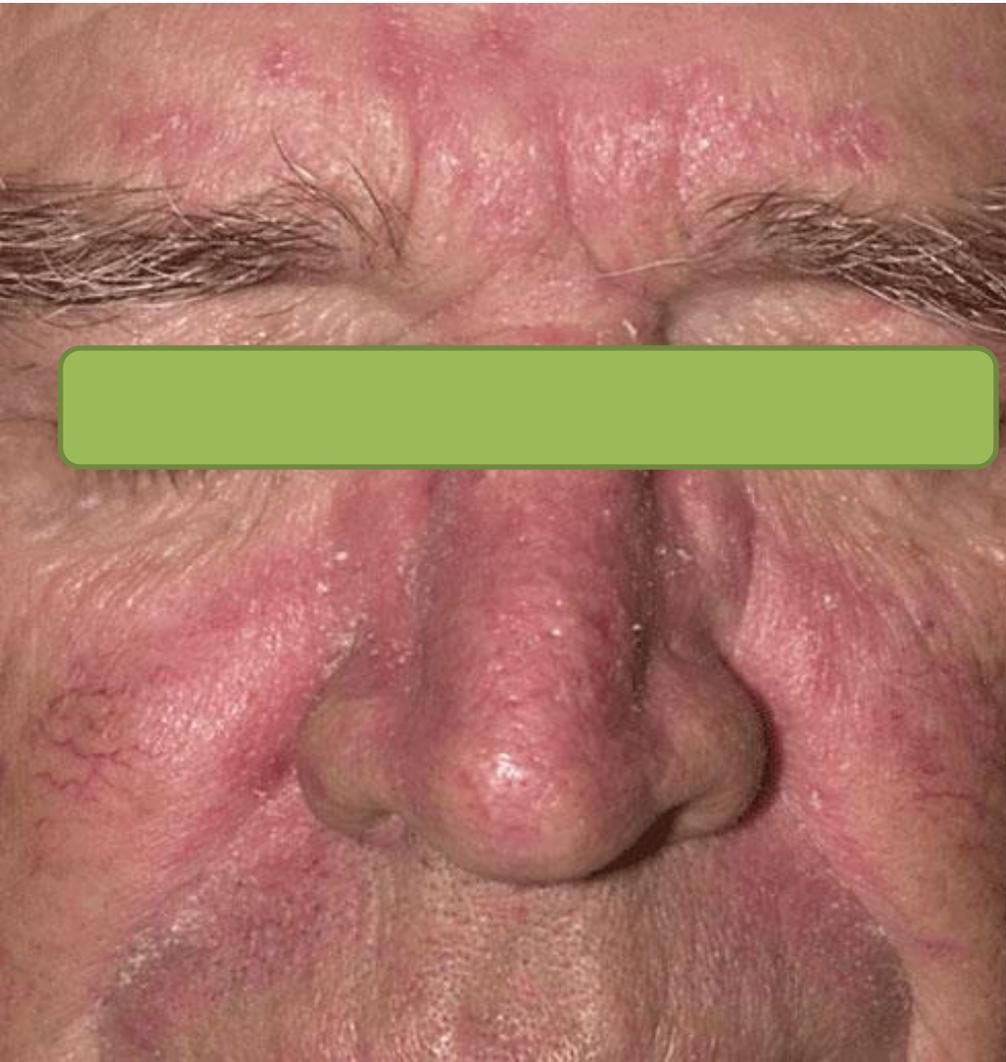
Профессиональные заболевания кожи инфекционной природы



Эпизилоид - свиная рожа



Масляные фолликулиты



Эритематозная фаза контактного дерматита



Эритематозная фаза контактного дерматита



Буллезная стадия контактного дерматита



Некротическая стадия буллезного дерматита



Аллергический дерматит

Возникает при повторном контакте с аллергеном.

Клиника

- сыпь на симметричных участках кожи не связанных с местом, воздействия аллергена;
- эритема, папуло-везикулезная сыпь, очаги сплошного мокнутия, серозные корочки, пигментация, шелушение, бесследно;
- кожный зуд, расчесы, гемморагические корочки, пигментация, шелушение, бесследно, или рубчики.

Диагностика

- анамнез, в том числе аллергологический;
- осмотр кожных покровов и слизистых;
- пальпация кожи;
- аллергологические кожные пробы;
- лабораторные методы исследования.

Лабораторные исследования

- ОАМ;
- ОАК;
- Кал на яйца гельминтов;
- серологические исследования – Ig M, G, E, A.

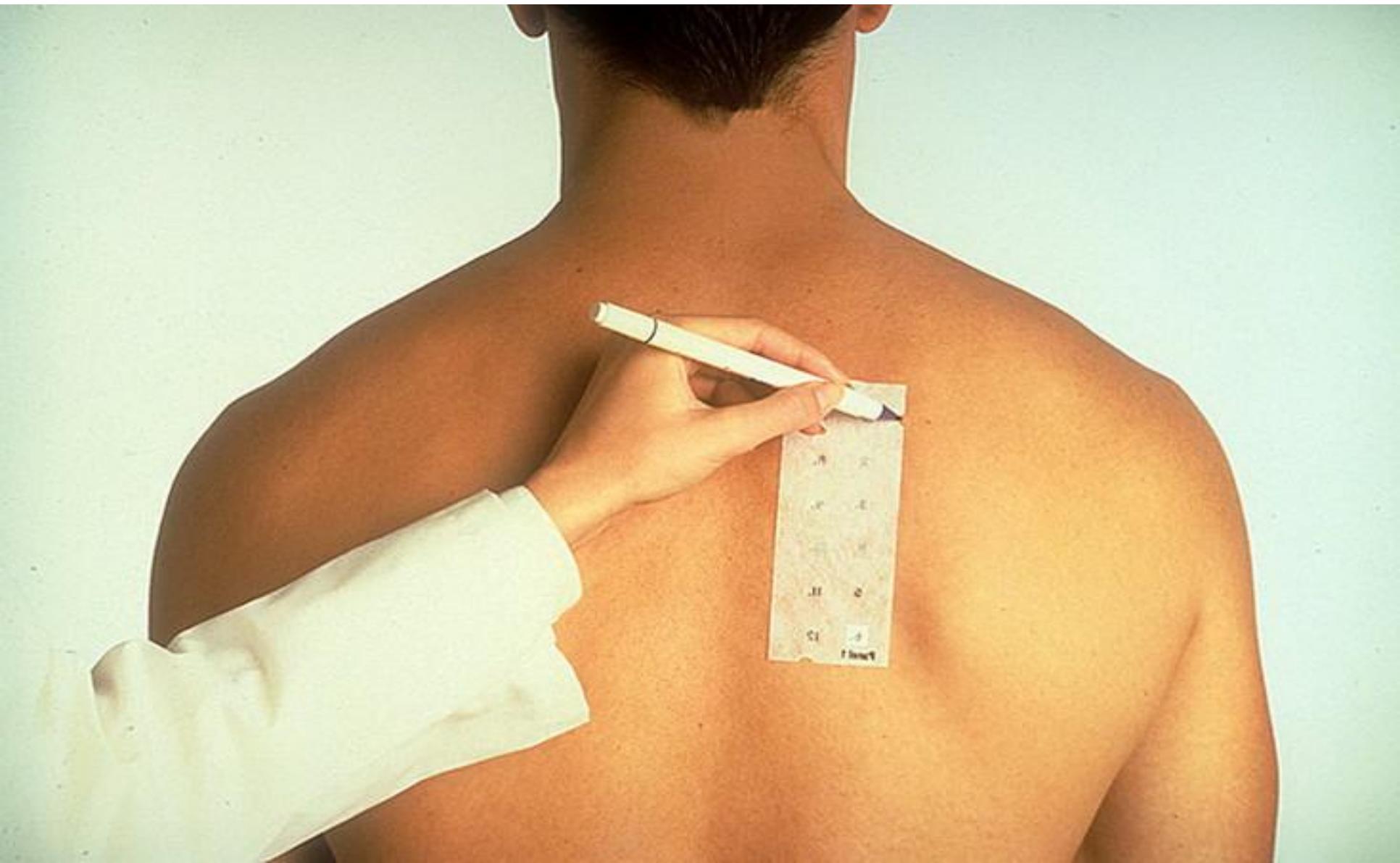
Роль Ig

- иммуноглобулины М – первым защитником от антигенов. Начинает вырабатываться моментально, после попадания антигена в организм;
- иммуноглобулин G – относится к основному классу Ig, которые содержатся в крови, начинает вырабатываться через пару дней после IgM;
- иммуноглобулины E – именно он принимает участие в аллергической реакции, является главным защитником организма от инфекций. **В нормальном состоянии человека данный белок в крови практически полностью отсутствует;**
- иммуноглобулин A – его основная задача – защита слизистых оболочек от инфекций и бактерий.

Аллергологические пробы



Аллергологические пробы



Аллергологические пробы



Аллергологические пробы













Токсический дерматит

Токсидермия (син.: токсикодермия, токсико-аллергический дерматит) - острое воспалительное заболевание кожных покровов, а иногда и слизистых оболочек, развивающееся под действием гематогенного распространения аллергена.

Пути проникновения аллергена в организм при токсидермии

- рот;
- прямая кишка;
- конъюнктура глаз;
- влагалище;
- верхние дыхательные пути;
- кровь (при внутривенном и внутримышечном введении медикаментов).

Причины

Токсидермии чаще развиваются как побочное действие лекарственных средств. Развитие патологической реакции возможно на любой лекарственный препарат, включая антигистаминные и глюкокортикостероидные средства.

Однако в большинстве случаев развитие токсидермий ассоциировано с поступлением в организм антибактериальных препаратов: пенициллинов и цефалоспоринов, а также сульфаниламидов, противозэпилептических средств и аллопуринола.

Классификация

1. Генерализованное высыпание на коже, вызванное лекарственными средствами и медикаментами.
2. Локализованное высыпание на коже, вызванное лекарственными средствами и медикаментами.
3. Дерматит, вызванный съеденной пищей.
4. Дерматит, вызванный другими веществами, принятыми внутрь.

Клинические формы токсидермии

- **распространенная токсидермия;**
- **фиксированная эритема.**

Клинические особенности токсидермии

- **наличие эритематозных очагов с синюшно-фиолетовым оттенком различных очертаний и величины;**
- **вероятное появление волдырей, везикул и пузырей;**
- **возможная локализация высыпаний на слизистой оболочке;**
- **развитие интоксикационного синдрома (слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела).**

Диагностика

- анамнез - в перечень лекарств больные также обычно не включают препараты, прием которых закончился 1-2 недели тому назад;
- аллергологические тесты имеют ограниченную достоверность, т. к. истинным аллергеном часто является неизвестный метаболит;
- провокационные пробы с лекарственными средствами связаны с опасностью тяжелых аллергических реакций, так как летальные реакции возможны от самых;
- лабораторные тесты: реакция дегрануляции базофилов, гемагглютинация (агглютинация сывороткой больного эритроцитов, нагруженных аллергеном).







10 11 00









Экзема

Экзема (от греч. ekzeo - вскипаю) - острое или хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов и характеризующееся появлением полиморфной сыпи, острой воспалительной реакцией, обусловленной серозным воспалением кожи, и сильным зудом.

Этиология

- развивается в результате комплексного воздействия этиологических и патогенетических факторов, в том числе нейроэндокринных, метаболических, инфекционноаллергических, вегетососудистых и наследственных;
- экзогенными (бактериальными и грибковыми инфекционными агентами, химическими веществами, физическими факторами, лекарственными средствами, пищевыми продуктами и др.);
- эндогенными факторами (антигенными детерминантами микроорганизмов из очагов хронической инфекции).

Классификация экземы

1. Идиопатическая (истинная):

- *дисгидротическая;*
- *пруригинозная;*
- *тилотическая;*
- *потрескавшаяся.*

Классификация экземы

2. Инфекционная (микробная):

- нумулярная;
- паратравматическая;
- микотическая;
- интертригинозная;
- варикозная;
- сикозиформная;
- сосков и околососкового кружка у женщин.

Классификация экземы

3. себорейная;
4. профессиональная;
5. герпетиформная экзема Капоши.

Каждая из экзем может протекать:

- остро;
- подостро;
- хронически.

Острая стадия заболевания

- появление на эритематозной и отечной коже везикул, точечных эрозий с мокнутием («серозные колодцы»);
- серозных корочек, эксфолиаций;
- реже - папул и пустул (со стерильным содержимым).

Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний.

Острая стадия заболевания

В зависимости от эволюции морфологических элементов выделяют ряд стадий экземы:

- эритематозную (erythematosa);
- папулезную (papulosa);
- везикулезную (vesikulosa);
- мокнущую (madidans);
- корковую (crustosa).

Подострая стадия заболевания характеризуется

- эритемой;
- лихенификацией;
- чешуйками ;
- экскориациями.

Хроническая стадия заболевания характеризуется

- инфильтрацией;
- усилением кожного рисунка пораженного участка;
- поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией.

Постоянными признаками экземы являются зуд, усиливающийся при обострении заболевания, жжение, болезненность в очагах поражения.

Клиника истинной экземы

- острой стадии характеризуется везикулами;
- гиперемия;
- точечные эрозии с мокнутием;
- серозными корочками;
- экскориации;
- реже - папулами и пустулами;
- границы очагов при истинной экземе нечеткие;
- процесс симметричный, чаще локализуется на лице и конечностях с чередованием участков здоровой и пораженной кожи («архипелаг островов»).

Клиника истинной экземы

- может распространяться на другие участки кожного покрова вплоть до эритродермии;
- наблюдается зуд умеренной интенсивности;
- при переходе в хроническую стадию заболевания нарастают явления инфильтрации, гиперемия становится застойной, появляются лихенификация и трещины;
- нередко процесс осложняется пиогенной инфекцией (экзема импетигинозная).







Клинические признаки инфекционной (микробной) экземы

- приуроченность к очагам хронической инфекции или местам травм;
- асимметричное начало;
- излюбленная локализация – голени, область кожных складок, область пупка;
- четкие границы очага поражения, часто с воротничком отслаивающегося эпидермиса по периферии.

Клинические признаки инфекционной (микробной) ЭКЗЕМЫ

- наличие пустул, гнойных корок вокруг очага поражения;
- умеренно выраженный полиморфизм морфологических элементов;
- мокнутие сплошное, грубое;
- зуд умеренной интенсивности;
- нет выраженной инфильтрации в очагах.



4 12 01









Клиническая характеристика себорейной экземы

- начинается на волосистой части головы;
- очаги поражения обычно локализуются в заушных областях и на шее, не имеют четких границ, сопровождаются экссудацией и образованием себорейных корок желтоватого или грязно-серого цвета, выраженным зудом;
- процесс развивается на фоне жирной себореи;
- характерные признаки заболевания - появление желтовато-розовых эритематозных инфильтрированных пятен с четкими или расплывчатыми границами, мелкопластинчатого шелушения в виде чешуек желтого цвета жирной консистенции;

Клиническая характеристика себорейной экземы

- возможна серозно-гнойная экссудация, когда образуются серозно-гнойные влажные жирные корки;
- волосы склеены экссудатом, имеются чешуйки и корки.





Клиническая характеристика профессиональной экземы

- экзема развивается при изменении аллергической реактивности организма под воздействием производственных аллергенов (химических, бактериологических и др.);
- при профессиональной экземе развивается реакция замедленного типа к веществу, которое применяется в производстве;
- профессиональное заболевание развивается только у тех рабочих, у которых наблюдается изменение реактивности организма;
- развивается на открытых участках кожи, т. е. в местах контакта с раздражителем.







Диагностика экзем

- клинические анализы крови и мочи;
- биохимический анализ крови;
- определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом;
- аллергологическое исследование сыворотки крови - определение специфических IgE/IgG антител;
- при вторичном инфицировании культуральное исследование с целью идентификации возбудителя;
- определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхий, токсокар и других в сыворотке крови.

Атопический дерматит дерматит

Атопический дерматит

(АтД) - мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения

Этиология и эпидемиология

- наследственная детерминированность, приводящая к нарушению состояния кожного барьера, дефектам иммунной системы;
- гиперчувствительности к аллергенам и неспецифическим раздражителям;
- колонизации патогенными микроорганизмами (*Staphylococcus aureus*, *Malassezia furfur*);
- дисбаланс вегетативной нервной системы с повышением продукции медиаторов воспаления:
- у 20-43% детей с атопическим дерматитом в последующем развивается бронхиальная астма.

Классификация

- младенческий период АтД обычно начинается с 2-3 месяцев жизни ребенка;
- детский период АтД с 2-4 лет, до периода начала полового созревания;
- подростковый и взрослый период АтД.

Клиническая картина младенческой формы

- зуд является постоянным симптомом заболевания;
- младенческий период АД обычно начинается с 2-3 месяцев жизни ребенка;
- преобладает экссудативная форма заболевания, при которой воспаление носит острый или подострый характер;
- клиническая картина представлена эритематозными пятнами, папулами и везикулами на щеках, лбу и/или волосистой части головы, сопровождающимися интенсивным зудом, отеком, мокнутием.

Клиническая картина младенческой формы

- дермографизм обычно красный;
- проявления заболевания локализуются также на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей;
- к концу этого периода очаги сохраняются преимущественно в складках крупных суставов (коленных и локтевых), а также в области запястий и шеи;
- течение заболевания в значительной степени связано с алиментарными факторами;
- младенческий период АДД обычно заканчивается ко второму году жизни ребенка выздоровлением (у 50% больных) или переходит в следующий период (детский).







Клиническая картина детской формы

- характеризуется высыпаниями, которые носят менее экссудативный характер;
- представлены воспалительными милиарными и/или лентикулярными папулами, папуловезикулами и эритематозно-сквамозными элементами;
- сыпь локализуется на коже верхних и нижних конечностей, в области запястий, предплечий, локтевых и подколенных сгибов, голеностопных суставов и стоп;
- дермографизм становится смешанным или белым;
- появляются пигментация век, дисхромии, нередко ангулярный хейлит;
- состояние кожи меньше зависит от алиментарных факторов;
- появляется сезонность течения заболевания с обострениями весной и осенью.











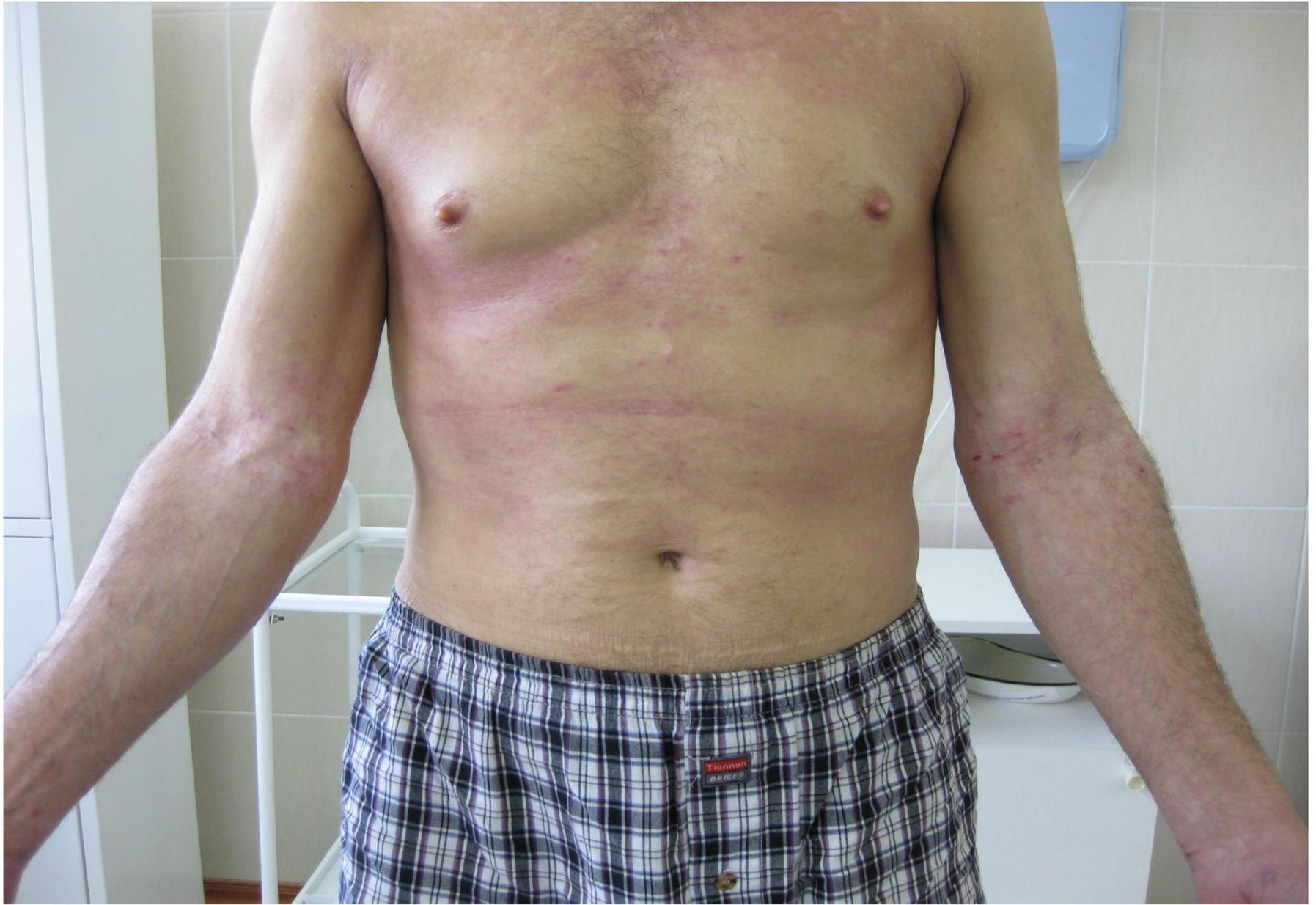
Наблюдение к.м.н. А.Н.Платоновой

Клиническая картина подростковой формы

- высыпаниями преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей, на задней поверхности шеи, в заушных областях;
- высыпания представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенификацией, множественными эскориациями и трещинами;
- местах разрешения высыпаний в очагах поражения остаются участки гипо- или гиперпигментации;
- у большинства пациентов кожа очищается от высыпаний, пораженными остаются лишь подколенные и локтевые сгибы;
- к 30 годам наблюдается неполная ремиссия заболевания (сохраняются сухость кожи, ее повышенная чувствительность к раздражителям, возможны умеренные сезонные обострения).









Осложненные формы АД

- протекает в виде стрепто- и/или стафилодермии с характерными кожными проявлениями на фоне обострения АД;
- микотическая инфекция (дерматофиты, дрожжеподобные, плесневые и другие виды грибов) также часто осложняет течение АД, приводит к более продолжительному течению обострений, отсутствию улучшения или ухудшению состояния;

Осложненные формы АтД

- герпетическая суперинфекция может привести к редкому, но тяжелому осложнению - герпетической экземе Капоши;
- доброкачественная лимфаденопатия, как правило, связана с обострениями АтД и проявляется в виде увеличения лимфатических узлов в шейной, подмышечной, паховой и бедренной областях;
- осложнения АтД со стороны глаз проявляются в виде рецидивирующих конъюнктивитов, сопровождающихся зудом..

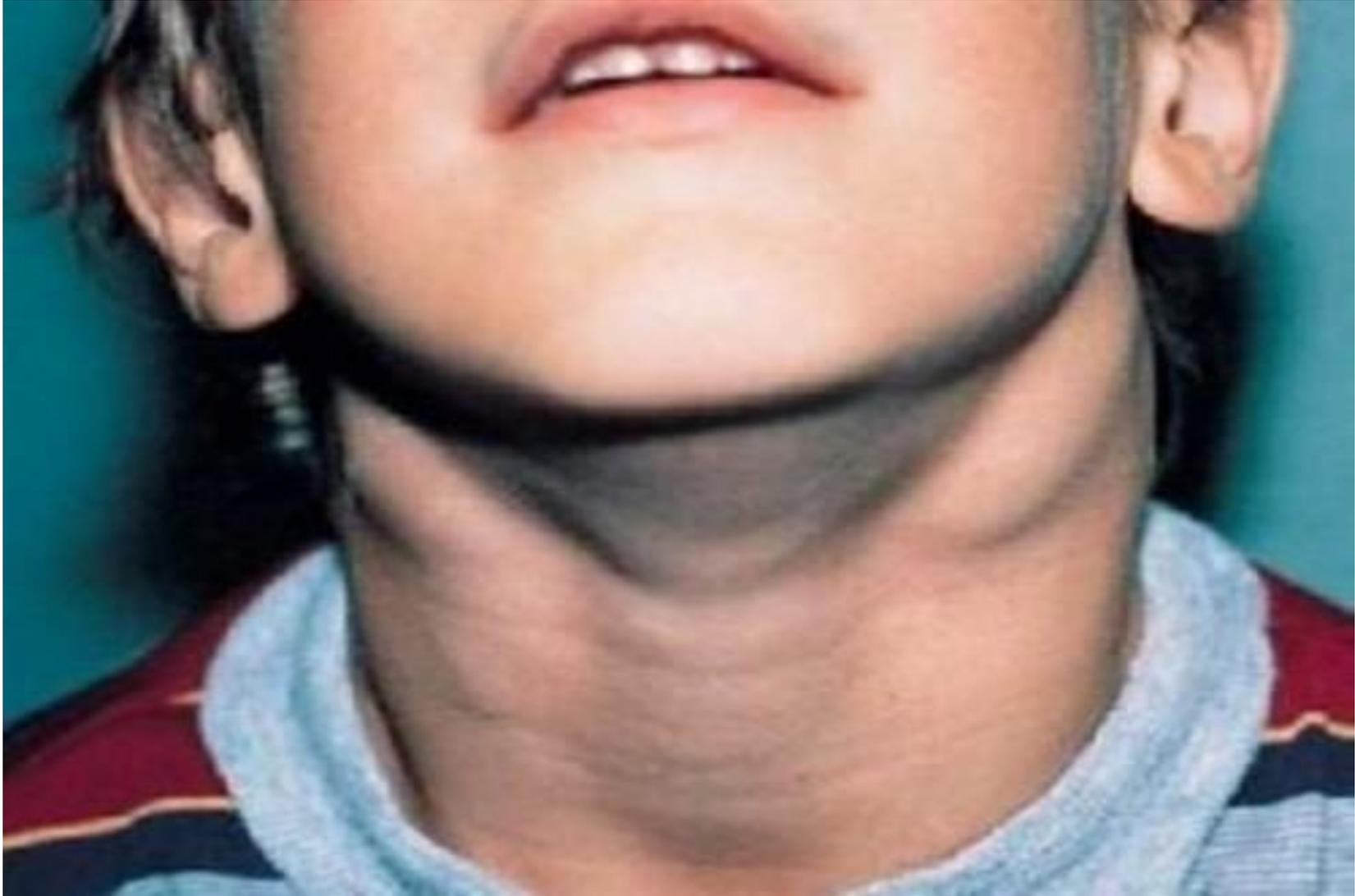


Экзема Капоши

Экзема Капоши



Лимфоаденопатия



Диагностика

Главные диагностические критерии

- кожный зуд;
- поражение кожи:
 - у детей первых лет жизни -высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей;
 - у детей более старшего возраста;
 - взрослых лиц - лихенификация и расчесы в области сгибов конечностей.

Диагностика

Главные диагностические критерии

- хроническое рецидивирующее течение;
- наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников;
- начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет).

Диагностика

Дополнительные диагностические критерии:

- сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом);
- обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов;
- повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови;
- эозинофилия периферической крови;
- гиперлинеарность («складчатость») ладоней и подошв;
- фолликулярный гиперкератоз («роговые» папулы на боковых поверхностях плеч, предплечий, локтей);
- зуд при повышенном потоотделении;
- сухость кожи (ксероз).

Диагностика

Дополнительные диагностические критерии

(продолжение)

- белый дермографизм;
- склонность к кожным инфекциям;
- локализация кожного процесса на кистях и стопах;
- экзема сосков;
- рецидивирующие конъюнктивиты;
- гиперпигментация кожи периорбитальной области;
- складки на передней поверхности шеи;
- симптом Dennie - Morgan (дополнительная складка нижнего века);
- хейлит.

симптом Dennie - Morgan



Диагностика

- Для постановки диагноза АтД необходимо сочетание трех главных и не менее трех дополнительных критериев.
- Для оценки степени тяжести АтД используют полуколичественные шкалы, из которых наиболее широкое применение получила шкала SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis).

Диагностика

SCORAD предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов:

- эритема;
- отек/папулезные элементы;
- корки/мокнутие;
- эскориации;
- лихенификация/шелушение;
- сухость кожи.

Обязательные лабораторные исследования

1. Клинический анализ крови.
2. Клинический анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.

Дополнительные лабораторные исследования

1. Определение уровня общего IgE в сыворотке крови методом иммуно- ферментного анализа.
2. Аллергологическое исследование сыворотки крови - определение специфических IgE к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения.

Крапивница

Крапивница (лат. *urtica* - крапива)

группа заболеваний,
характеризующаяся развитием волдырей
и/или ангиоотеков. Ряд заболеваний
и состояний, проявляющихся волдырями,
в настоящее время не относят к
крапивнице (уртикарии при кожных тестах,
наследственный ангиоотек и др.).

Классификация

- аллергическая;
- идиопатическая;
- вызванная воздействием низкой или высокой температуры;
- дермографическая;
- вибрационная;
- холинергическая;
- контактная;
- другая неуточненная.

Классификация

- острая (до 6 недель);
- хроническая (больше 6 недель).

Клиника крапивницы

- проявляется волдырями, которые не имеют характерной локализации и сопровождаются зудом, жжением;
- волдыри могут иметь тенденцию к слиянию в местах наибольшего трения одеждой или частей тела друг;
- на лице элементы могут практически не выступать над уровнем кожи;
- высыпания могут захватывают практически весь кожный покров и могут сопровождаться повышением температуры тела;

Клиника крапивницы

- волдыри имеют сначала бледно-розовый цвет за счет локального расширения поверхностной сети кровеносных сосудов дермы (*urticaria rubra*), а затем, по мере нарастания отека в соединительной ткани и сдавления сети мелких сосудов, они могут приобретать фарфорово-белый цвет (*urticaria alba, seu porcellanea*):
- при уменьшении выраженности отека волдыри постепенно становятся розового цвета, а затем исчезают бесследно.

волдыря при крапивнице характерны следующие признаки

центральный отек разных размеров, почти всегда
окруженный эритемой;

зуд, иногда ощущение жжения;

обратимость (волдырь исчезает бесследно в течение
1-24 часов).

Отек Квинке

- клиническим проявлением крапивницы является ангиоотек;
- заболевание характеризуется быстро формирующимся, обычно ограниченным, глубоким отеком кожи или слизистых оболочек;
- отек может быть диффузным, окраска кожи в очаге поражения более бледная, кожа плотная на ощупь, в зоне отека напряжена, при нажатии пальцем в области отека вдавление не образуется;
- отек Квинке чаще развивается на одном участке кожного покрова, а в противном случае большей частью ассиметрично.
- важным клиническим симптомом, отличающим отек Квинке от обычной крапивницы, является **отсутствие зуда**.
- пациентов обычно беспокоит чувство распирания, стягивания, реже - болезненности в очаге поражения.
- в процесс вовлекаются главным образом хорошо растяжимые ткани, имеющие рыхлую подкожную жировую клетчатку, область век, губ, щек, мошонка, крайняя плоть, реже - конечности, живот, а также слизистые оболочки полости рта, языка, гортани, трахеи, бронхов, желудочно-кишечного тракта.

Отек Квинке

- при отеке слизистой оболочки носа могут быть чихание и затруднение носового дыхания;
- при поражении губ и языка отмечается резкое ассиметричное увеличение их в размерах, нарушается речь;
- при формировании отека в области гортани возникают осиплость голоса вплоть до афонии, обусловленная отеком голосовых связок, а затем и затруднение дыхания;
- при развитии гигантской крапивницы в области трахеи и бронхов появляются кашель с большим количеством прозрачной мокроты, внезапное затруднение дыхания.







Диагностика

- различных разновидностей крапивницы основывается на характерной клинической картине и данных анамнеза;
- если при сборе анамнеза и при проведении физикального обследования причина возникновения крапивницы не установлена, то необходимо провести лабораторные исследования.

Острая крапивница - лабораторные исследования

- нет необходимости проведения лабораторных анализов.

Хроническая крапивница - лабораторные исследования

- 1. Обязательное диагностическое обследование:**
клинический анализ крови, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови.
- 2. Расширенное диагностическое обследование:**
 - тесты для исключения инфекционных заболеваний (*Helicobacter pilori*, гепатиты и др.);
 - глистной инвазии;
 - исследование показателей функции щитовидной железы.

Оценка активности крапивницы

- шкала тяжести активности крапивницы UAS7 (Urticarial Activity Score) позволяет пациенту произвести суммарную оценку основных симптомов заболевания (количество высыпаний и интенсивность зуда);
- оценка активности заболевания проводится каждые 24 часа в течение 7 последовательных дней
- шкала позволяет объективизировать оценку тяжести заболевания и динамики его течения, а также проводить мониторинг лечения.

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

Оценка показателей

- 0 - отсутствие зуда и высыпаний;
- 0-6 баллов - хорошо контролируемая крапивница;
- 7-15 баллов - легкая степень тяжести крапивницы;
- 16-27 баллов - средняя степень тяжести крапивницы;
- 28-42 балла -тяжелое течение крапивницы.

Для оценки качества жизни пациентов с крапивницей используется также тест для оценки качества жизни DLQI (Dermatological Life Quality Index) - валидизированный опросник для оценки качества жизни, связанного со здоровьем пациентов, имеющих дерматологические заболевания.

Спасибо за внимание