

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

24.10. 2021 г.

Регистрационный № 110 – 1021

## МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НА ФРУКТЫ И ОВОЩИ ПРИ ПОМОЩИ ПРИК-ПРИК ТЕСТА

(инструкция по применению)

**УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:** учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**АВТОРЫ:** Деркач Е.Ф., к.м.н., доцент Аляхнович Н.С., к.м.н., доцент Щурок И.Н., к.м.н., доцент Янченко В.В.

Витебск, 2021

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод, который позволяет диагностировать пищевую аллергию на различные фрукты, овощи и подобрать индивидуальный пищевой рацион для пациента с целью улучшения качества жизни.

Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-аллергологов-иммунологов, иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с симптомами пищевой аллергии в стационарных и/или амбулаторных условиях, и/или в условиях отделений дневного пребывания.

### **Показания к применению**

Пищевая аллергия (Т78.0, Т78.1).

### **Противопоказания**

Абсолютные противопоказания:

- беременность,
- хронические заболевания в стадии декомпенсации.

Относительные противопоказания:

- психические расстройства и расстройства поведения,
- острые заболевания и обострения хронических заболеваний,
- обострение аллергических заболеваний,
- возраст младше 3-х лет, старше 65 лет.

## **Перечень необходимых медицинских изделий, расходных материалов и лекарственных средств**

1. Спирт этиловый 70°.
2. Ватные шарики стерильные.
3. Гистамина гидрохлорид 0,01% раствор (положительный тест-контроль).
4. Тест-контрольная жидкость/0,9% раствор натрия хлорида (отрицательный тест-контроль).
5. Прик-ланцет, скарификатор-копье (длина копия 1 мм).
6. Линейка.
7. Яблоко (другие фрукты и овощи).
8. Информированное согласие.
9. Листок регистрации результатов.

### **Описание технологии использования метода с указанием этапов**

#### **1. Подготовка кожи для проведения прик-прик теста**

Кожу передней поверхности предплечья протирают 70% раствором этилового спирта. После высыхания наносят маркировку проб.

#### **2. Методика прик-прик теста**

Уколы стерильными одноразовыми прик-ланцетами выполняют на коже передней поверхности предплечья, отступив 3-4 см от локтевой ямки и лучезапястного сустава и 3-4 см друг от друга, с целью предупреждения слияния волдырей при регистрации теста.

Для прик-прик теста используют яблоко или другие фрукты/овощи. Яблоко моют теплой водой в течение 1-2 минут. Далее срезается кожура яблока. В кожуру горизонтально под углом 180° вкалывают прик-ланцет. В очищенную мякоть яблока (без кожуры)

прик-ланцет вкалывают вертикально под углом 90°. Прик-ланцет должен проконтактировать с аллергеном не менее 5 минут.

Прик-ланцетом с аллергеном выполняют укол в кожу предплечья под углом 90°. Прик-ланцет удерживают в коже в течение 5 секунд, затем поворачивают на 180° и извлекают из кожи.

Прик-тест с контрольными растворами (0,01% раствор гистамина, тест-контрольная жидкость/0,9% раствор натрия хлорида) выполняют аналогичным образом с поворотом прик-ланцета в коже через капли растворов контролей.

### 3. Учёт результата прик-прик теста

Результат прик-прик теста оценивают через 15-20 минут, регистрируют в миллиметрах (измеряют наибольший диаметр волдыря и гиперемии линейкой). При отрицательном результате на тест-контрольную жидкость/0,9% раствор натрия хлорида и положительном на 0,01% раствор гистамина производят оценку прик-прик теста с аллергеном. Тест считают положительным при наличии волдыря на тестируемый аллерген диаметром  $\geq 3$  мм.

Реакция	Результат	Характеристика реакции
Отрицательная	-	Отсутствует волдырь, гиперемия
Сомнительная	+/-	Гиперемия без волдыря
Слабоположительная	+	Волдырь в области укола 3-5 мм, отчетливо заметный только при натягивании кожи, гиперемия 0-10 мм
Положительная	++	Волдырь в области укола 5-10 мм, окруженный кольцом гиперемии, волдырь заметен без натягивания кожи
Резко положительная	+++	Волдырь 10-15 мм, гиперемия более 10 мм
Очень резко положительная	++++	Волдырь более 10 мм, вокруг псевдоподии или более 15 мм и зона эритемы более 20 мм, общие реакции

### Возможные ошибки и их устранение

При соблюдении техники использования метода осложнения и ошибки исключены.

**Листок регистрации прик-прик теста**

Прик-прик тест с \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Наименование контроля/аллергена	Оценка реакции	
	местная	общая
Гистамин 0,01% р-р		
Физ. р-р / тест-контрольная жидкость		
Аллерген 1		
Аллерген 2		

Подпись врача \_\_\_\_\_

Подпись обследуемого \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью) (год рождения)

паспорт: серия № \_\_\_\_\_  
проживающий \_\_\_\_\_

проинформирован врачом \_\_\_\_\_ о правах пациента в соответствии со ст. 5, 26, 27 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» о медицинском вмешательстве и применении сложных методов диагностики и лечения, и добровольно соглашаюсь участвовать в исследовании.

1. Я получил(а) полное объяснение врача \_\_\_\_\_ относительно целей исследования.
2. Я предупрежден(а) о том, что в процессе исследования не исключено развитие каких-либо нежелательных эффектов, связанных с применением данного метода.
3. Я получил(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы врачу по всем аспектам исследования. Я понял(а) все данные мне рекомендации и в меру моих знаний усвоил(а) полученную информацию.
4. Я согласен(а) подчиняться инструкциям, получаемым в течение исследования, добросовестно сотрудничать с врачом и немедленно сообщать ему о любого рода нарушениях со стороны моего здоровья, изменениях моего самочувствия и информировать его обо всех неожиданных или необычных симптомах, когда бы они не возникли.
5. Я извещен, что имею полное право в любой момент прекратить участие в исследовании без необходимости обосновывать свое решение.
6. Я осведомлен (а) о том, что мои личные данные и результаты обследования могут использоваться в научных целях и даю согласие на это.

Я внимательно прочитал(а), осознал(а) .

Пациент: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подтверждаю, что подробно объяснил сущность, цель и возможный риск данного лечения пациенту.

Врач: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.