

Клинические рекомендации

Экзема

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем:

L30

Возрастная группа: **Взрослые и дети**

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации:

- **Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	12
2.1 Жалобы и анамнез	12
2.2 Физикальное обследование.....	12
2.3 Лабораторные диагностические исследования	13
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	15
2.5 Иные диагностические исследования	15
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	17
3.1 Консервативное лечение	17
3.2 Иное лечение.....	31
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	31
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	31

6. Организация медицинской помощи	32
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	32
Критерии оценки качества медицинской помощи	32
Список литературы	34
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	40
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	41
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	43
Приложение В. Информация для пациента	44

Список сокращений

АКТГ – адренкортикотропный гормон

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспартатаминотрансфераза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ИЛ-1 – интерлейкин-1

ИЛ-2 – интерлейкин-2

ПГ – простагландин

ТТГ – тиреотропный гормон

ФНО- α – фактор некроза опухоли альфа

ЩФ – щелочная фосфатаза печени

цГМФ – циклический гуазинмонофосфат

ЦНС – центральная нервная система

HBs-антиген (hepatitis B surface) – поверхностный антиген вируса гепатита В

IgE – иммуноглобулин класса E

IgG – иммуноглобулин класса G

Термины и определения

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

ПУВА-терапия (синоним фотохимиотерапия) – сочетанное применение фотосенсибилизаторов из группы псораленов и длинноволнового ультрафиолетового излучения (УФА) 320–400 нм.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Экзема развивается в результате комплексного воздействия эндогенных факторов (генетической предрасположенности, наличия сенсibilизации к различным аллергенам) и экзогенных факторов (бытовых, профессиональных, экологических и др.).

Генетическая предрасположенность определяет нарушение иммунной регуляции, функции нервной и эндокринной систем. При экземе отмечают полигенное мультифакториальное наследование с выраженной экспрессивностью и пенетрантностью генов. При заболевании одного из родителей (преимущественно матери) шанс заболеть экземой у ребенка равен приблизительно 40%, при заболеваниях обоих родителей – 50%-60%. Стрессовые ситуации, поражение периферических нервов, нарушения трофики кожи являются важными пусковыми факторами в развитии экземы у лиц с генетической предрасположенностью. У больных экземой часто констатируют функциональные изменения в деятельности ЦНС, преобладание активности безусловных рефлексов над активностью условных, нарушение равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы (с преобладанием парасимпатических влияний). При экземе установлены выраженные нарушения состояния глюкокортикоидного и тиреоидного звеньев эндокринной системы: повышение уровня АКТГ, кортизола, ТТГ, трийодтиронина. В патогенезе экземы определенную роль играют свободно-радикальные процессы («оксидантный стресс»). Свободные радикалы активируют фосфолипазу А₂, что ведет к высвобождению арахидоновой кислоты, из которой после воздействия циклооксигеназы и липооксигеназы возникают медиаторы воспаления: лейкотриены, простагландины и тромбоксаны. У лиц с наследственной предрасположенностью повышается синтез простагландина (ПГ) F_{2α}, что вызывает

усиленную стимуляцию синтеза циклического гуазинмонофосфата (цГМФ), который активирует выработку гистамина, серотонина и других медиаторов аллергических реакций. Экзематозные изменения кожи являются результатом гиперчувствительности замедленного типа. По современным представлениям, в развитии экземы главную роль играют Т-лимфоциты (в основном Th-1), несущие на своей поверхности специфические рецепторы к антигену и выделяющие ряд провоспалительных цитокинов: интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-2, фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α), интерферон- γ . Выброс биологически активных веществ (простагландинов, лейкотриенов, гистамина) вызывает развитие тканевых воспалительных реакций, что клинически проявляется гиперемией, отеком, зудом. Важное патогенетическое значение в развитии и дальнейшем течении экземы, особенно у детей, имеет патология желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной сферы, сопровождающаяся ферментопатиями, дискинезиями, дисбиозом кишечника, нарушением мембранного пищеварения и всасывания. Несостоятельность кишечного барьера, наиболее характерная для детей раннего возраста, приводит к всасыванию в кровь недостаточно переваренных продуктов, в том числе нерасщепленного белка.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Мировая статистика указывает, что распространенность экземы составляет около 1–2% взрослого населения планеты, а удельный вес среди другой кожной патологии равен 30–40%.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

L30.0 Монетовидная экзема

L30.1 Дисгидроз (помфоликс)

L30.2 Кожная аутоенсибилизация (экзематозная)

L30.3 Инфекционная экзема

L30.9 Экзема без дополнительного уточнения (неуточненная)

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Единой классификации экземы в настоящее время не существует. В зависимости от особенностей клинической картины выделяют следующие формы заболевания:

- экзема **истинная** (идиопатическая, дисгидротическая, пруригинозная, роговая (тилотическая));
- экзема **микробная** (нуммулярная, паратравматическая, микотическая, интертригинозная, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин);
- экзема **себорейная**;
- экзема **детская**;
- экзема **профессиональная**.

Каждая из них протекает остро, подостро или хронически.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острая стадия характеризуется появлением везикул на эритематозной и отечной коже, точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, эксфолиациями, реже – папулами и пустулами (со стерильным содержимым). Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний.

Подострая стадия характеризуется эритемой, лихенификацией, чешуйками и эксфолиациями.

Хроническая стадия характеризуется инфильтрацией и усилением кожного рисунка пораженного участка, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией.

Постоянным признаком экземы служит зуд, усиливающийся при обострении заболевания, жжение, болезненность.

В зависимости от эволюции морфологических элементов выделяют ряд стадий экземы:

- 1.эритематозную (erythematosa)
- 2.папулезную (papulosa)
- 3.везикулезную (vesikulosa)
- 4.мокнущую (madidans)
- 5.корковую (crustosa)

Истинная экзема (идиопатическая). Проявляется островоспалительной эритемой, отеком, на фоне которых формируются микровезикулы, а также экссудативные папулы. Микровезикулы быстро вскрываются, на их месте образуются точечные эрозии, так называемые серозные колодцы, из которых выделяется экссудат, образуя участки мокнутия с мацерированным и слущенным эпителием. Серозная жидкость постепенно

подсыхает, формируя серовато-желтые корки. Поражение кожи при истинной экземе обычно начинается с области кистей и/или стоп. Высыпания чаще симметричные, со склонностью к распространению на кожу предплечий, голеней и других участков кожного покрова. Очаги экземы имеют различные размеры с нечеткими границами. Характерно чередование пораженных участков кожи с непораженными («архипелаг островов»). Пациентов беспокоит зуд различной степени интенсивности, что способствует развитию невротических расстройств, тревожности и нарушению сна. Экзематозный процесс может перейти в хроническое течение, клинически проявляясь очагами сухости, шелушения и образованием трещин. Нередко экзема осложняется присоединением инфекции с появлением пустул и гнойных корок.

Дисгидротическая экзема (разновидность истинной экземы) характеризуется появлением на боковых поверхностях пальцев кистей и стоп, на коже ладоней и подошв зудящих пузырьков, везикул с плотной покрывкой, иногда многокамерных величиной с булавочную головку. Располагаясь глубоко в эпидермисе пузырьки, просвечивают сквозь него, напоминая зерна сваренного риса. После вскрытия плотных покрывок пузырьков образуются эрозии с мокнутием и серозные корки, трещины и шелушение.

Пруригинозная экзема характеризуется мелкими, зудящими папуловезикулами на плотном основании, не вскрывающимися и не образующими корок. Излюбленная локализация – лицо, разгибательные поверхности конечностей, локтевые и коленные сгибы, половые органы. Течение процесса хроническое с развитием на фоне расчесов, инфильтрации, сухости и лихенификации.

Роговая (тилотическая) экзема проявляется гиперкератозом ладоней и подошв, иногда глубокими, болезненными трещинами. Течение хроническое, резистентное к лечению.

Микробная экзема проявляется ассиметричными очагами поражения, центральная часть которых покрыта гнойными и серозными корками, после снятия, которых обнажается эрозивная поверхность с мокнутием в виде «колодцев». Границы очагов четкие, очерчены бордюром из отслаивающегося эпидермиса. Высыпания сопровождаются интенсивным зудом. Часто очаги микробной экземы располагаются по периферии трофических язв голеней, вокруг свищей, на культе, оставшейся после ампутации, на фоне варикозных изменений. В таких случаях микробную экзему называют паратравматической.

Монетовидная экзема (нуммулярная) представляющей собой разновидность микробной экземы, очаги почти всегда имеют округлую форму, четкие границы и

локализуются обычно на верхних и нижних конечностях, значительно реже на туловище. Бляшки представляют собой скопление мелких папул, везикул, серозно-гнойных корок, шелушения на фоне эритемы.

Паратравматическая (околораневая) экзема развивается в области послеоперационных рубцов, при переломах костей, остеосинтезе, местах неправильного наложения гипсовых повязок. Характеризуется возникновением островоспалительной эритемы, экссудативных папул и/или пустул, образованием корок. Возможны поверхностное склерозирование кожи и отложение гемосидерина в тканях.

Варикозная экзема возникает на фоне варикозной болезни. Развитию заболевания благоприятствуют травмы, мацерация кожи, нерациональная наружная терапия варикозных язв. Очаги поражения локализуются на нижних конечностях, преимущественно в области нижней трети голеней, часто в непосредственной близости с варикозными язвами, участками склерозирования кожи.

Сикозиформная экзема развивается на фоне вульгарного сикоза, при этом процесс выходит за пределы области оволосения, отмечаются «серозные колодцы», мокнутие и зуд, со временем появляется лихенификация кожи. Излюбленная локализация процесса – верхняя губа, подбородок, подмышечная область, лобок.

Экзема сосков часто является следствием травмы при вскармливании ребенка или осложнением чесотки, но в некоторых случаях причина заболевания остается неизвестной. Экзема сосков характеризуется развитием на фоне незначительной эритемы слабо выраженной инфильтрации, мокнутия с наличием серозно-геморрагических корок, шелушения, возможно появление трещин и пустул. Экзема сосков обычно имеет двусторонний характер, не сопровождается уплотнением соска, поддается лечению глюкокортикоидами.

Себорейная экзема. Процесс чаще 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 – появление желтовато-розовых эритематозных инфильтрированных пятен с четкими или расплывчатыми границами, мелкопластинчатого шелушения в виде чешуек желтого цвета жирной консистенции. Возможна серозно-гнойная экссудация, когда образуются серозно-гнойные влажные, жирные корки. В области волосистой части головы волосы склеены экссудатом, имеются чешуйки и корки.

Экзема у детей. Проявляется клиническими признаками истинной, себорейной и микробной экземы. Признаки экземы у детей чаще возникают в возрасте 3–6 месяцев. В клинической картине преобладают процессы экссудации: ярко выражены гиперемия, отечность, мокнутие, наслоение серозных корок. Появляется так называемый молочный струп или молочные корки. Эритематозные очаги имеют блестящую поверхность, горячие на ощупь. Дети страдают от бессонницы и зуда. Течение экземы хроническое, рецидивирующее.

Профессиональная экзема развивается при наличии производственных аллергенов (химических, бактериологических и др.) и изменении аллергической реактивности организма. Профессиональными аллергенами являются аминные отвердители, синтетические клеи, парафенилендиамин, динитрохлорбензол, эпоксидные смолы, фенолформальдегид, пенициллин и полусинтетические антибиотики, соли тяжелых металлов (например, хрома, никеля, кобальта), скипидар и его производные, соединения ртути, сплавы драгоценных и полудрагоценных металлов и др. При профессиональной экземе развивается реакция замедленного типа к веществу, которое применяется в производстве и является профессиональным аллергеном. Профессиональное заболевание развивается только у тех рабочих, у которых наблюдается изменение реактивности организма. Клиническая картина профессиональной экземы достаточно разнообразна, однако, имеет все признаки обычной экземы. Чаще всего профессиональная экзема развивается на открытых участках кожи, т.е. в местах контакта с раздражителем (лицо, шея, область грудины, тыл кистей, предплечья, голени). При исчезновении этиологического фактора заболевание достаточно быстро разрешается. При развитии поливалентной сенсибилизации устранение этиологического фактора не предупреждает развитие рецидивов. Профессиональная экзема часто сопровождается респираторными изменениями, бронхоспазмом, аллергическим ринитом, аллергическим конъюнктивитом. Может явиться продолжением профессионального аллергического дерматита, токсикодермии. Диагноз профессиональной экземы ставится при определенных методах обследования. Наиболее распространенные из них – кожные пробы с предполагаемыми профессиональными раздражителями, аллергологические, иммунологические тесты, методы функциональной диагностики. Пациентам с профессиональной экземой проводится экспертиза трудоспособности, определяется степень инвалидности по профессиональному заболеванию.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз экземы базируется на основании анализа жалоб, данных анамнеза, оценке клинической картины заболевания.

При истинной экземе клиническая картина заболевания типична; в редких случаях истинную экзему приходится дифференцировать от атопического дерматита, токсидермий, пиодермий, аллергического контактного дерматита.

Дисгидротическую экзему следует дифференцировать от ладонно-подошвенного псориаза, пустулезного бактерида Эндрюса, дерматомикозов, хронического акродерматита Аллопо, в исключительных случаях – от буллезного пемфигоида.

Дифференциальный диагноз пруригинозной экземы проводят с чесоткой, детской почесухой, стойкой папулезной крапивницей, герпетиформным дерматитом Дюринга.

При микробной экземе может потребоваться дифференциальная диагностика со стрептодермией, контактным аллергическим дерматитом, субкорнеальным пустулезом, дерматитом Дюринга, лейшманиозом.

Дифференциальный диагноз монетовидной экземы проводят с бляшечным парапсориазом, розовым лишаем, себорейной экземой.

Сикозиформную экзему следует дифференцировать от вульгарного и паразитарного сикоза.

Дифференциальный диагноз паратравматической экземы проводят с контактным дерматитом, псориазом, гипертрофической формой красного плоского лишая, болезнью Шамберга.

Дифференциальный диагноз экземы сосков проводят с чесоткой, болезнью Педжета.

Себорейную экзему следует дифференцировать от псориаза, парапсориаза, надбровной ульэритемы, дискоидной красной волчанки, фолликулярного дискератоза Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырьчатки Сенира-Ашера, доброкачественной семейной пузырьчаткой Хейли-Хейли.

Дифференциальный диагноз роговой (тилотической) экземы проводят с псориазом ладоней и подошв, дерматомикозом, кератодермией.

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы и анамнез описаны в разделе «Клиническая картина».

2.2 Физикальное обследование

Данные физикального обследования описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторное обследование пациентов с экземой нацелено на выявление данного заболевания, на выявление противопоказаний к назначению системной лекарственной терапии или фототерапии, а также на дифференциальную диагностику с другими заболеваниями кожи, которые могут иметь похожие клинические проявления.

- **Рекомендуется** общий (клинический) анализ крови пациентам, которым планируется системная терапия или фототерапия, для исключения противопоказаний к ее назначению и контроля нежелательных эффектов [71-74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Изменения показателей общего (клинического) анализа крови возможны при назначении системных глюкокортикостероидов.*

- **Рекомендуется** анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам, которым планируется системная терапия или фототерапия, для исключения противопоказаний к ее назначению и контроля нежелательных эффектов [71-74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Изменения показателей анализа крови биохимического общетерапевтического возможны при назначении системных глюкокортикостероидов и ацитретина.*

- **Рекомендуется** общий (клинический) анализ мочи пациентам, которым планируется системная терапия или фототерапия, для исключения противопоказаний к ее назначению и контроля нежелательных эффектов [72,73].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Изменения показателей общего (клинического) анализа мочи возможны при назначении ацитретина.*

- **Рекомендуется** при подозрении ассоциации экземы с паразитарными заболеваниями микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов [70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется** при подозрении ассоциации экземы с паразитарными заболеваниями определение антител классов А, М, G (IgM, IgA, IgG) к лямблиям в крови [70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
- Рекомендуется** при подозрении ассоциации экземы с паразитарными заболеваниями определение антител к аскаридам (*Ascaris lumbricoides*) [70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
- Рекомендуется** при подозрении ассоциации экземы с паразитарными заболеваниями определение антител к возбудителю описторхоза (*Opisthorchis felineus*) в крови [70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
- Рекомендуется** при подозрении ассоциации экземы с паразитарными заболеваниями определение антител к токсокаре собак (*Toxocara canis*) в крови [70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Развитие экземы может быть ассоциировано с паразитарными заболеваниями.
- Рекомендуется** исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови при обострении экземы в результате воздействия аллергена.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Повышенный уровень IgE в крови указывает на наличие или предрасположенность к аллергическим заболеваниям.
- Рекомендуется** определение специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения при рецидивирующем, хроническом течении процесса.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Фактором, провоцирующими развитие экземы является сенсибилизация к пищевым, химическим, бытовым и другим аллергенам.

- **Рекомендуется** патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи из очага поражения при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При гистологическом исследовании биоптата кожи при экземе в остром процессе отмечают спонгиоз, большое количество мелких пузырьков в эпидермисе; внутриклеточный отек в клетках шиповатого слоя; в дерме – расширение сосудов поверхностной сосудистой сети, отёк сосочков и лимфоидно-клеточная инфильтрация вокруг сосудов. Патогистологические изменения при хроническом процессе характеризуются наличием периваскулярного инфильтрата в дерме, состоящего из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов, эозинофилов. В эпидермисе – акантоз, гиперкератоз, паракератоз, незначительный отек.

- **Рекомендуется** при вторичном инфицировании микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Результаты микробиологического (культурального) исследования отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам позволяют назначить эффективную антибактериальную терапию.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяются.

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендуется** консультация врача-гастроэнтеролога в случае связи обострений экземы с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Консультация врача-гастроэнтеролога необходима при наличии сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта и возникновении нежелательных явлений во время терапии со стороны соответствующих органов и систем.

- **Рекомендуется** консультация врача-невролога в случае связи обострений экземы с нервно-эмоциональным стрессом или развития в связи с экземой и зудом выраженной тревожности или депрессии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Консультация врача-невролога необходима при наличии сопутствующей патологии невротического характера и возникновении нежелательных явлений во время терапии со стороны соответствующих органов и систем.*

- **Рекомендуется** консультация врача-аллерголога-иммунолога в случае выраженной связи обострений экземы с сенсibilизацией к бытовым, пылевым, пищевым и другим аллергенам.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Консультация врача-аллерголога-иммунолога необходима для выявления аллергенов, способствующих развитию обострений экземы.*

- **Рекомендуется** консультация врача-терапевта в случае связи обострений экземы с заболеваниями внутренних органов.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Консультация врача-терапевта необходима при наличии связи обострений экземы с заболеваниями внутренних органов и при возникновении нежелательных явлений во время терапии со стороны соответствующих органов и систем.*

- **Рекомендуется** консультация врача-эндокринолога в случае связи обострений экземы с заболеваниями эндокринной системы.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Консультация врача-эндокринолога необходима при наличии связи обострений экземы с заболеваниями эндокринной системы и при возникновении нежелательных явлений во время терапии со стороны соответствующих органов и систем.*

- **Рекомендуется** консультация врача-оториноларинголога в случае связи обострений экземы с заболеваниями носа, ушей, глотки, гортани.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Консультация врача-оториноларинголога необходима при наличии связи обострений экземы с заболеваниями носа, ушей, глотки, гортани, особенно при наличии очагов хронической инфекции, и при возникновении нежелательных явлений во время терапии со стороны соответствующих органов.*

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

Для терапии пациентов с экземой используется системная и наружная лекарственная терапия, а также фототерапия.

- **Рекомендуются** для наружной терапии топические глюкокортикостероиды с целью уменьшения выраженности воспалительной реакции и зуда, при выраженном воспалении топические глюкокортикостероиды можно наносить под окклюзию:

алклометазон 0,05%, крем, 0,05% мазь равномерно наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки в течение 10–20 дней [4, 7]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

метилпреднизолона ацепонат 0,1%, крем, 0,1% мазь наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 2–4 недель [10, 60]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

метилпреднизолона ацепонат+мочевина крем для наружного применения 0,1%+2% наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 2–4 недель [10, 60, 63, 65, 68]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

или

гидрокортизон 0,1%, крем, 0,1% мазь наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 2 раза в сутки в течение 2–4 недель [4, 7, 11, 16, 56]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

мометазон 0,1%, крем, 0,1% мазь, 0,1% лосьон наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1 раз в сутки в течение 2–4 недель [10, 11, 38]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

бетаметазон 0,1%, крем, 0,1% мазь 1 раз в сутки в течение 7–20 дней [5,11,56,58]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

бетаметазон 0,05% спрей, крем, мазь 2 раза в сутки в течение 7–14 дней [11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

клобетазол 0,05% крем, 0,05% мазь наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 7–10 дней [2,11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендуются** для профилактики вторичного инфицирования или в случае его развития антисептические и противовоспалительные препараты наружно:

метилтиониния хлорид (метиленовый синий) 1–3% водный раствор или спиртовой раствор 2–3 раза в день в течение 5–14 дней [9, 22, 69].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Возможно применение во время беременности и грудного вскармливания.*

или

фукорцин раствор для наружного применения 2–3 раза в день в течение 5–14 дней [9, 22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Не рекомендуется применять женщинам во время беременности и в период грудного вскармливания.*

или

бриллиантовый зеленый раствор для наружного применения [спиртовой] 1%, 2% наносят непосредственно на поврежденную поверхность, захватывая окружающие здоровые ткани 2–3 раза в сутки в течение 5–14 дней [9, 22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

хлоргексидин 0,05% водный раствор 2–3 раза в сутки в течение 5–14 дней [9, 22]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

калия перманганат 0,01–0,1% раствор 2–3 раза в сутки в течение 5–14 дней [9, 22]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

водорода пероксид раствор 3% для местного и наружного применения 2–3 раза в сутки в течение 5–14 дней [9, 22]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

борная кислота 2% раствор 2–3 раза в сутки в течение 5–14 дней [9, 22]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуются** для наружной терапии при инфекционной экземе комбинированные лекарственные средства, содержащие глюкокортикостероиды, антибактериальные и антимикотические препараты:

гентамицин+бетаметазон+клотримазол 0,05%+0,1%+1% мазь для наружного применения, 0,05%+0,1%+1% крем для наружного применения наносить в небольшом количестве на пораженные участки кожи, слегка втирая, 2 раза в сутки в течение 7–14 дней [9, 11, 54, 57, 64, 66]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

бетаметазон+гентамицин 0,1%+0,1% крем для наружного применения, 0,1%+0,1% мазь для наружного применения наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки утром и вечером в течение 7–14 дней [11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

гидрокортизон+неомицин+натамицин мазь для наружного применения, крем для наружного применения наносить на пораженные участки кожи 2–4 раза в сутки в течение 7–14 дней [9, 11, 55]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

гидрокортизон+окситетрациклин мазь для наружного применения 1%+3% наносить тонким слоем на пораженные участки кожи, аэрозоль для наружного применения орошать пораженные участки кожи струей аэрозоля в течение 3 секунд, держа баллон в вертикальном положении на расстоянии 15–20 см от кожи, 2 раза в сутки течение 7–14 дней [9, 11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

клиохинол+флуметазон мазь для наружного применения наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 7–14 дней [10, 11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

неомицин+флуоцинола ацетонид мазь для наружного применения тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 7–14 дней [9, 11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

бетаметазон+фузидовая кислота крем для наружного применения наносить тонким слоем 2 раза в сутки в течение 7–14 дней [9, 11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

гидрокортизон+фузидовая кислота крем для наружного применения наносить на пораженный участок кожи тонким слоем 2 раза в сутки в течение 7–14 дней [11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

гентамицин+декспантенол+мометазон+эконазол крем для наружного применения наносить на пораженные участки кожи тонким слоем, слегка втирая, 2 раза в сутки в течение 1–2 недель [61, 62]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендуются** при микробной экземе помимо комбинированных препаратов для наружной терапии средства, содержащие только антибиотики:

гентамицин 0,1% мазь для наружного применения наносить тонким слоем на пораженный участок 3–4 раза в сутки в течение 7–14 дней [11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

клиндамицин 1% гель для наружного применения наносить тонким слоем на пораженную область предварительно очищенной и высушенной кожи 2 раза в сутки в течение 7–10 дней [11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

фузидовая кислота 2% крем для наружного применения, 2% мазь для наружного применения наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 3–4 раза в сутки в течение 7–10 дней [11]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

мупиноцин 2% мазь для наружного применения наносить в небольшом количестве на пораженную поверхность кожи 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

неомицин 1,172% аэрозоль для наружного применения. Пораженные участки тела орошают аэрозолем в течение 1–3 секунд, держа баллон в вертикальном положении на расстоянии около 15–20 см от поверхности кожи, 1–3 раза в сутки в течение 7–10 дней [9, 52, 53]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

тетрациклин 3% мазь наносить на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки в течение 7–10 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

эритромицин мазь 10000ЕД/г наносить на пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендуются** для наружной терапии в случаях, когда отсутствует вторичное инфицирование, топические ингибиторы кальциневрина:

#пимекролимус 1% крем 2 раза в сутки на протяжении до 6 недель, поддерживающая терапия – 2 раза в неделю при необходимости [27,28,32,36,37,44]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

#такролимус 0,03% мазь, 0,1% мазь 2 раза в сутки на протяжении до 6 недель [26, 29, 32, 34, 35, 38, 67]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Противовоспалительная активность такролимуса соответствует топическим глюкокортикостероидам III класса активности, а пимекролимуса — топическим глюкокортикостероидам I класса активности [32].

- **Рекомендуются** для наружной терапии с целью уменьшения инфильтрации дерматотропные средства:

деготь березовый раствор для наружного применения наносить на очаги поражения кожи вначале на 15 минут 1 раз в сутки, постепенно увеличивая время аппликации до 30 минут [16]

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: К противопоказаниям для назначения дегтя березового относятся острые заболевания кожи, обострения хронических заболеваний кожи, особенно при выраженной экссудации.

или

нафталанская нефть линимент 10% наносят тонким слоем, не втирая, на пораженные участки кожи 2 раза в сутки [16]

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Обладает противовоспалительным, противозудным, дезинфицирующим и заживляющим эффектом.

или

ихтаммол мазь для наружного применения 10%, 20% наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки [16]

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Противопоказанием к назначению ихтаммола является детский возраст до 12 лет.

- **Рекомендуются** для наружной терапии с целью уменьшения экссудации и мокнутия, как подсушивающее, адсорбирующее, вяжущее и дезинфицирующее средство:

цинка оксид 12,5% суспензия для наружного применения, наносят на очаги поражения кожи 2 раза в сутки в течение 7 дней, 10% мазь наносят на очаги поражения 2 раза в сутки 7–14 дней [69]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Противопоказанием является только повышенная чувствительность к компонентам препарата.*

- **Рекомендуются** для уменьшения интенсивности зуда H1-антигистаминные средства:

Комментарии: *Антигистаминные препараты II поколения (лоратадин, цетиризин, левоцетиризин, дезлоратацин, фексофенадин) являются медикаментозной терапией выбора. Если не удается адекватно контролировать зуд, назначают антигистаминные препараты I поколения (акривастин, мебгидролин, диметиден, клемастин, хлоропирамин, хифенадин), обладающие седативным эффектом (возможно чередование).*

акривастин перорально 8 мг 2 раза в сутки в течение 10–20 дней [9, 14]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Акривастин противопоказан детям в возрасте до 12 лет.*

или

мебгидролин перорально 100 мг 2 раза в сутки в течение 10–20 дней [9, 14]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Мебгидролин противопоказан к применению при беременности и в период лактации.*

или

диметинден перорально 4 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней [3, 6, 9, 14]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Диметинден противопоказан детям в возрасте до 1 месяца..*

или

хифенадин перорально 25мг 2 раза в сутки в течение 10–20 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению хифенадина в форме таблеток является детский возраст до 3 лет (для дозировки 10 мг), детский возраст до 18 лет (для дозировки 50 мг).*

или

хлоропирамин** 25 мг детям в возрасте от 1 месяца до 1 года перорально по ¼ таблетки (6,5 мг) 2–3 раза в сутки в растертом до порошка состоянии вместе с детским питанием; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по ¼ таблетки (6,5 мг) 3 раза в сутки или по ½ таблетки 2 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – по ½ таблетки 2–3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 1 таблетке 3–4 раза в сутки (75–100 мг в сутки) в течение 10–20 дней [3,9,14]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *Хлоропирамин в форме таблеток противопоказан в зависимости от производителя лекарственного препарата в возрасте до 6 месяцев или до 14 лет.*

или

клемастин 1 мг, перорально взрослым и детям старше 12 лет – по 1 таблетке (1 мг) утром и вечером в течение 7–10 дней. В случаях трудно поддающихся лечению суточная доза может составлять до 6 таблеток (6 мг); детям в возрасте 6–12 лет – по ½–1 таблетке перед завтраком и на ночь [3, 9, 76, 109, 110].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *Клемастин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 6 лет.*

или

цетиризин перорально 10 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней [3, 9, 14]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Цетиризин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 6 лет, цетиризин в форме капель для приема внутрь противопоказан в возрасте до 6 месяцев или до 1 года в зависимости от производителя.*

или

левоцетиризин перорально 5 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней [3,14]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению левоцетиризина является детский возраст до 6 лет.*

или

лоратадин перорально 10 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней [3, 9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Лоратадин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 3 лет, лоратадин в форме сиропа противопоказан в возрасте до 2 лет.*

или

дезлоратадин перорально 5 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней [3, 9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Дезлоратадин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 12 лет, дезлоратадин в форме сиропа противопоказан в возрасте до 6 месяцев.*

или

фексофенадин перорально 120–180 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней [14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению фексофенадина в дозе 120–180 мг является детский возраст до 12 лет, к назначению в дозе 30 мг – детский возраст до 6 лет.*

или

- **Рекомендуется** при выраженном зуде:

хлоропирамин** раствор для инъекций детям в возрасте от 1 месяца до 1 года по 5 мг (0,25 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по 10 мг (0,5 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – по 10–20 мг (0,5–1 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 20–40 мг (1–2 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки в течение 5–7 дней [3,9,14]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *Хлоропирамин в форме раствора для инъекций противопоказан новорожденным.*

или

клемастин раствор для инъекций внутримышечно взрослым 2 мг (2 мл) 2 раза в сутки (утром и вечером); детям – 0,025 мг на кг массы тела в сутки внутримышечно, разделяя на 2 инъекции; в течение 5–7 дней

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению клемастина в форме раствора для инъекций является детский возраст до 1 года.*

или

гидроксизин перорально 25 мг 2–4 раза в сутки в течение 3–4 недель [9, 11]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Противопоказанием для назначения гидроксизина является детский возраст до 3 лет.*

- **Рекомендуется** при наличии выраженной экссудации и с целью дезинтоксикации: натрия хлорид 200–400 мл внутривенно капельно со скоростью 40–60 капель в минуту 2–3 раза в неделю № 3–5 [9]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

кальция глюконат 10% раствор для внутримышечного введения и внутривенных вливаний вводить взрослым внутримышечно или взрослым и детям внутривенно 5,0–10,0 мл 1 раз в день №10 [31]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Противопоказанием для внутримышечного введения кальция глюконата является детский возраст до 18 лет из-за возможного развития некроза.*

или

натрия тиосульфат 30% раствор для внутривенных вливаний вводить внутривенно медленно 10,0 мл 1 раз в сутки №10 [31, 69]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

натрия хлорид + меглюмина натрия сукцинат + калия хлорид + натрия гидроксид + магния хлорид 200–400 мл внутривенно капельно со скоростью 40–60 капель в минуту 2–3 раза в неделю № 3–5 [9]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуются** при наличии выраженного воспаления или отсутствии тенденции к регрессу высыпаний глюкокортикостероиды для системного применения:

бетаметазон 1 мл внутримышечно №1–2 с интервалом 10–14 дней [1, 2]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

преднизолон перорально 25–30 мг в сутки в течение 5–25 суток (при назначении более 7 дней с дальнейшим снижением дозы на 5 мг каждые 5 суток до полной отмены) [1, 2]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

или

дексаметазон внутрь 4–8 мг в сутки (1–2 мл) внутримышечно в течение 3–7 дней [1, 2]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендуются** анксиолитики для коррекции психофизиологических характеристик больных экземой:

фабомотизол внутрь 10 мг 3 раза в сутки в течение 12–15 дней [23]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Противопоказанием для назначения фабомотизола является возраст до 18 лет.*

- **Рекомендуются** при наличии микробной экземы, вторичного инфицирования, лимфангиита, лимфаденита, повышения температуры антибактериальные препараты:

ампициллин+клавулановая кислота 875мг+125мг (1 таблетка) перорально 2 раза в сутки 7–10 дней или 500мг+125мг (1 табл.) перорально 3 раза в сутки в течение 7–10 дней [3, 9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

цефазолин 1 г внутримышечно 2–4 раза в сутки в течение 7–10 дней [3, 9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

цефотаксим 1 г внутримышечно 3 раза в сутки в течение 7–10 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

цефтриаксон 1–2 г внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки в течение 7–10 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

азитромицин перорально 500 мг 1 раз в сутки в течение 3–5 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

klarитромицин перорально 500–1000 мг 1–2 раза в сутки 5–10 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

доксциклин перорально 200 мг однократно, затем по 100 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

гентамицин внутримышечно 3мг/кг в сутки в 2 введения в течение 7–10 дней [14]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

левофлоксацин перорально 250 мг или 500 мг 1–2 раза в сутки в течение 5–7 дней [14]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

офлоксацин 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5–7 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

ципрофлоксацин 250 мг или 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5–7 дней [9]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

- **Рекомендуются** при тилотической экземе в случаях выраженной инфильтрации, гиперкератоза и/или торпидности к проводимой терапии системные ретиноиды: ацитретин 10–25 мг в сутки в течение 8–12 недель [17, 59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Противопоказанием для назначения ацитретина является беременность.*

- **Рекомендуются** физиотерапевтическое лечение: узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм на курс от 25 до 30 процедур 4–5 раз в неделю [4, 12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

низкоинтенсивное лазерное излучение красного спектра с длиной волны 0,632 мкм и инфракрасного с длиной волны 0,8–1,2 мкм, на курс 15–20 процедур [4,12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

#ПУВА-терапия 4 раза в неделю на курс 15–20 сеансов (в тяжелых случаях при распространенных высыпаниях) [4, 12, 45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

#Ре-ПУВА-терапия [20]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Ре-ПУВА – терапия проводится при тилотической экземе в случаях безуспешного лечения другими методами при наличии выраженной инфильтрации и гиперкератоза [20].*

3.2 Иное лечение

Не применяется.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- **Рекомендуется** создание лечебно-охранительного режима, использование эмолиентов [39–43, 68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1 Профилактика:

- исключение контактов с возможными аллергенами;
- ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур;
- соблюдение диеты;
- профилактическое использование эмоленов, корнеопротекторов, нейтральных моющих средств;
- одежда не должна вызывать перегрева, не содержать шерстяных и синтетических компонентов;
- воздух в помещении должен быть увлажнен.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

5.2. Диспансерное наблюдение

Диспансерный учет у врача-дерматовенеролога.

6. Организация медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1) Показания для оказания медицинской помощи в стационаре:

- недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях; у больного с ограниченными высыпаниями;

- прогрессирование заболевания с появлением новых высыпаний у больного с ограниченным поражением кожи;

- распространенное поражение кожи.

2) Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- частичный или полный регресс высыпаний.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

- **Рекомендуются** эмолиенты в составе комплексного лечения больных экземой [39–43, 68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Смягчающие средства традиционно используются при всех видах кожных заболеваний, связанных с эпидермальной патологией и барьерной дисфункцией [40, 42]. Эмолиенты существуют в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн. Выбор лекарственной формы определяется клинико-морфологической формой воспаления [51]. При формировании очагов хронической экземы (в т.ч. при экземе кистей, дисгидротической экземе, микробной экземе и др.) рационально использование средств для увлажнения кожи. Назначение эмолиентов в составе комплексного дерматологического лечения способствует прежде всего повышению активности проводимой терапии, сокращению продолжительности основного курса лечения [41, 43, 68]. Поддерживающее лечение увлажняющими препаратами значительно сокращает время рецидива экземы [39].*

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Проведена терапия антигистаминными	С	5

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
	лекарственными препаратами и/или топическими кортикостероидными препаратами (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)		
2.	Достигнуто уменьшение зуда	С	5
3.	Достигнуто уменьшение площади высыпаний и/или числа высыпаний и/или их уплощение или отсутствие высыпаний	С	5

Список литературы

1. Barnes P.J. Molecular mechanisms of corticosteroids in allergic diseases. *Allergy*. 2001; 56 (Supp.10): 928–936.
2. Barnes P.J. Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids / *EurResp Rev* 2001;11:78:15–22.
3. Apfelbacher C.J., van Zuuren E.J., Fedorowicz Z. et al.. Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Feb 28; (2): CD007770.
4. Garritsen F.M., Brouwer M.W., Limpens J., Spuls P.I. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with the use of GRADE and implications for practice and research. *Br J Dermatol* 2014; 170 (3): 501–513.
5. The Execare Working Group. Halometasone 0.05% cream in eczematous dermatoses. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013; 6 (11): 39–44.
6. Pantling L. Topical treatments. *Nurs Stand*. 2013; 28 (12): 61.
7. Zomer-Kooijker K., van der Ent C.K., Ermers M.J., Rovers M.M. Lack of long term effects of high dose inhaled beclomethasone for respiratory syncytial virus bronchiolitis - a randomized placebo-controlled trial. *J Pediatr Infect Dis J* 2014; 33 (1): 19–23.
8. Baumer J.H. Atopic eczema in children, NICE / *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2008; 93 (3): 93–97.
9. Chang C., Keen C.L., Gershwin M.E. Treatment of eczema. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2007; 33 (3): 204–225.
10. Маргиева А.В., Хайлов П.М., Крысанов И.С. и др. Фармакоэкономический анализ применения метилпреднизолона ацепоната при лечении атопического дерматита и экземы *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2011; 1: 14–21.
11. Haneke E. The treatment of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponate (MPA) a new topical corticosteroid. *J Dermatol Treat*. 1992; 3 (Suppl. 2): 13–15.
12. Rombold S., Lobisch K., Katzer K. et al. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2008; 24 (1): 19–23.
13. Kaditis A.G., Winnie G., Syrogiannopoulos G.A. Anti-inflammatory pharmacotherapy for wheezing in preschool children. *Pediatr Pulmonol*. 2007; 42 (5): 407–420.
14. Matsuyama T., Ozawa A., Kusakabe Y. et al. Which anti-histamines dermatological specialists select in their therapies for common skin diseases? A practical analysis from multiple clinics. *Tokai J Exp Clin Med*. 2005; 30 (2): 89–95.

15. Drago L., Toscano M., Pigatto P.D. Probiotics: immunomodulatory properties in allergy and eczema. *G Ital Dermatol Venereol.* 2013; 148 (5): 505–514.
16. De Waure C., Cadeddu C., Venditti A. et al. Non steroid treatment for eczema: results from a controlled and randomized study. *G Ital Dermatol Venereol.* 2013; 148 (5): 471–477.
17. Bettoli V., Tosti A., Varotti C. Nummular eczema during isotretinoin treatment. *J Am Acad Dermatol.* 1987; 16 (3 Pt 1): 617.
18. Fölster-Holst R., Latussek E. Synthetic tannins in dermatology – a therapeutic option in a variety of pediatric dermatoses. *PediatrDermatol.* 2007; 24 (3): 296–301.
19. Заславский Д. В., Туленкова Е. С., Монахов К. Н. и др. Экзема: диагностика и тактика выбора наружной терапии. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2018; 94 (3): 56–66.
20. Старостенко В.В., Сидоренко О.А., Сизякина Л.П., Сидоренко Е.Е. Хроническая истинная экзема. Поиск терапии тяжёлых форм. *Медицинский вестник Юга России.* 2019; 10 (1): 72–78.
21. Cherill R., Graeber M., Hanifin J. et al. Eczema area and severity index (EASI): a new tool to evaluate atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1998; 11 (Suppl 2): 48.
22. Павлова О.В. Экзема: Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие. 2010.
23. Тимофеева А.Н., Бобынцев И.И., Силина Л.В. Влияние комплексной терапии с афобазолом на показатели дерматологического, психофизиологического и иммунного статуса у больных хронической экземой. *Успехи современного естествознания.* 2014; 11-2. С. 29–33.
24. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии / М.: Медицинская книга, 2004.– 165 с.
25. Знаменская Л.Ф., Горячева Т.А., Яковлева С.В. и др. Применение препарата Скин-кап (активированный пиритион цинка) в терапии хронических дерматозов. *Медицинские технологии,* 2010; 1: 48–56.
26. Kim T.W., Mun J.H., Jwa S.W. et al. Proactive treatment of adult facial seborrheic dermatitis with 0.1% tacrolimus ointment: randomized, double-blind, vehicle-controlled, multi-centre trial. *ActaDerm. Venereol.* 2013; 93: 557–561.
27. Kim B.S., Kim S.H., Kim M.B. et al. Treatment of facial seborrheic dermatitis with pimecrolimus cream 1%: an open-label clinical study in Korean patients. *J Korean Med Sci* 2007; 22: 868–872.

28. Rallis E., Nasiopoulou A., Kouskoulis C., Koumantaki E. Pimecrolimus cream 1% can be an effective treatment for seborrheic dermatitis of the face and trunk. *Drugs Exp Clin Res* 2004; 30: 191–195.
29. Papp K.A., Papp A., Dahmer B., Clark C.S. Single-blind, randomized controlled trial evaluating the treatment of facial seborrheic dermatitis with hydrocortisone 1% ointment compared with tacrolimus 0.1% ointment in adults. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67: e11–15.
30. Gupta A.K., Versteeg S.G. Topical treatment of facial seborrheic dermatitis: a systematic review. *Am J Clin Dermatol* 2017; 18 (2): 193–213.
31. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 декабря 2007 г. N 773 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с экземой".
32. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Хаитов Р.М., Кубанова А.А., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Новик Г.А., Петровский Ф.И., Мурашкин Н.Н., Вишнева Е.А., Селимзянова Л.Р., Алексеева А.А. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом, 2015.
33. Невозинская З.А., Панькова С.В., Брагина Е.В. и др. Сравнительная эффективность терапии себорейного дерматита комбинированным шампунем Кето Плюс / Русский медицинский журнал. 2008; 23: 1551.
34. Круглова Л.С., Жукова О.В., Стрелкович Т.И. Практика применения такролимуса в лечении распространенных хронических дерматозов. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014; 12 (2): 10–14.
35. Katsarou A., Papagiannaki K. Topical treatment of hand eczema: calcineurin inhibitors. In: Alikhan A., Lachapelle J.M., Maibach H. (eds) *Textbook of Hand Eczema*. 2014.
36. Schurmeyer F., Luger T., Bohm M. Long-term efficacy of occlusive therapy with topical pimecrolimus in severe dyshidrosiform hand and foot eczema. *Dermatology*. 2007; 214: 99–100.
37. Hordinsky M., Fleischer A., Rivers J. et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream 1 % in mild-to-moderate chronic hand dermatitis: a randomized double-blind trial. *Dermatology*. 2010; 221: 71–77.
38. Katsarou A., Makris M., Papagiannaki K. et al. Tacrolimus 0.1 % vs mometasone furoate topical treatment in allergic contact hand eczema: a prospective randomized clinical study. *Eur J Dermatol*. 2012; 22 (2): 192–196.

39. Loden M., Wiren K., Smerud K. et al. Treatment with a barrier-strengthening moisturizer prevents relapse of hand-eczema. An open, randomized, prospective, parallel group study. *Acta Derm Venereol.* 2010; 90 (6): 602–606.
40. Kutting B., Baumeister T., Weistenhofer W. et al. Effectiveness of skin protection measures in prevention of occupational hand eczema: results of a prospective randomized controlled trial over a follow-up period of 1 year. *Br J Dermatol.* 2010; 162 (2): 362–370.
41. van Zuuren E.J., Fedorowicz Z., Arents B.W. Emollients and moisturizers for eczema: abridged Cochrane systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol.* 2017;177 (5): 1256–1271.
42. Diepgen T.L., Andersen K.E., Chosidow O. et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015; 13 (1): 1–22.
43. Nankervis H., Thomas K.S., Delamere F.M. et al. Scoping systematic review of treatments for eczema / Southampton (U.K.): NIHR Journals Library 2016; 4: 1–480.
44. Hordinsky M., Fleischer A., Rivers J.K. et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream 1 % in mild-to-moderate chronic hand dermatitis: a randomized, double-blind trial. *Dermatology* 2010; 221: 71–77.
45. Sezer E, Etikan I. Local narrowband UVB phototherapy vs local PUVA in the treatment of chronic hand eczema. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2007; 23: 10–14.
46. Okokon E.O., Verbeek J.H., Ruotsalainen J.H. et al. Topical antifungals for seborrhoeic dermatitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015 May 2; (5): CD008138.
47. Shuster S., Meynadier J., Kerl H., Nolting S. Treatment and prophylaxis of seborrheic dermatitis of the scalp with antipityrosporal 1% ciclopirox shampoo. *Arch Dermatol.* 2005; 141 (1): 47–52.
48. Piérard-Franchimont C., Piérard G.E., Arrese J.E., De Doncker P. Effect of ketoconazole 1% and 2% shampoos on severe dandruff and seborrhoeic dermatitis: clinical, squamometric and mycological assessments. *Dermatology.* 2001; 202 (2): 171–176.
49. Бутов Ю.С., Потекаев Н.Н. Дерматовенерология / Руководство для врачей. 2017.
50. Игнатъев Д.В., Кочергин Н.Г. Дерматологические индексы в доказательной медицине / IX Всероссийский съезд дерматовенерологов 2005; 2: 11–12.
51. Мазитова Л.П. Современные взгляды на патогенез и подходы к наружной терапии атопической экземы у детей. *Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.)* 2008; 01: 68–71.

52. Вашкевич А.А., Резцова П.А. Применение топических антибиотиков в дерматологической практике. *Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2019; 1: 15–22.
53. Кениксфест Ю.В., Кохан М.М., Стукова Е.И. Клиническая эффективность применения препарата Банеоцин в детской дерматологической практике. *Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.)* 2018; 1: 126–131.
54. Олисова О.Ю., Белоусова Т.А., Каиль-Горячкина М.В. Стратегия и тактика лечения больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями кожи. *Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2017; 1: 42–47.
55. Хлебникова А.Н., Петрунин Д.Д. Физиологическая и патогенетическая роль кожной микробиоты. Алгоритмы лечения дерматозов, осложненных вторичным инфицированием. *Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2016; 4: 18–25.
56. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Топические стероиды в современной клинической практике. *Вестник дерматологии и венерологии* 2014; (4): 83–88.
57. Самцов А. В., Хайрутдинов В. Р., Белоусова И. Э. Этиопатогенетическая терапия воспалительных дерматозов. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2018; 94 (2): 78–83.
58. Loden M., Wiren K., Smerud K.T. et al. The effect of a corticosteroid cream and a barrier-strengthening moisturizer in hand eczema. A double-blind, randomized, prospective, parallel group clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26: 597–601.
59. Thestrup-Pedersen K., Andersen K.E., Menne T., Veien N. Treatment of hyperkeratotic dermatitis of the palms (eczema keratoticum) with oral acitretin. A single-blind placebo controlled study. *Acta DermVenereol* 2001; 81: 353–355.
60. Кондратьева Ю.С., Кархова В.В. Опыт применения 0,1% метилпреднизолона ацепоната в комплексной терапии стероидчувствительных дерматозов. *Вестник дерматологии и венерологии* 2016; 1: 93–98.
61. Глиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю, Псавок Ф.А. Микробная экзема: возможности коррекции на современном этапе. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2018; 94 (4): 60–67.
62. Яковлев А.Б., Круглова Л.С. Дисгидроз и дисгидрозиформные дерматозы: особенности клиники, диагностики и лечения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018; 17 (4): 69–75.

63. Хардикова С.А. Применение крема с комплексным составом: метилпреднизолона ацепонат 0,1% + мочевины 2% в терапии дерматозов в области лица. Клиническая дерматология и венерология. 2016; 2: 74–80.
64. Хардикова С.А. Эффективность и переносимость различных форм Акридерма ГК в ежедневной практике врача-дерматовенеролога. Клиническая дерматология и венерология. 2016; 4: 52–58.
65. Колбина М.С., Силина Л.В., Хардикова С.А. Проактивная терапия атопического дерматита. Клиническая дерматология и венерология. 2017; 6: 94–97.
66. Хардикова С.А. Рациональный выбор комбинированного топического глюкокортикостероида в условиях амбулаторного приема врача-дерматовенеролога. Клиническая дерматология и венерология. 2018;2: 67–72.
67. Хардикова С.А., Дмитрук В.С. Современные аспекты топической терапии атопического дерматита у детей. Клиническая дерматология и венерология. 2019; 1: 55–61.
68. Хардикова С.А., Дмитрук В.С. Базисная комплексная терапия атопического дерматита: применение смягчающих средств как важный фактор восстановления кожного барьера. Клиническая дерматология и венерология. 2019; 18 (5): 588–593
69. Хардикова С.А., Пестерев П.Н. Дерматиты, экземы, нейродерматозы (учебное пособие; рекомендовано УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России от 19. 10. 2011 г. № 17-29/451). Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2012. 116 с.
70. Герасимова Н.А., Кохан М.М., Белых О.А., Кениксфест Ю.В. Гельминтозы и протозоозы кишечника у больных хроническими дерматозами. Вестник дерматологии и венерологии. 2010; 6: 51–57.
71. Wallace C.A, Sherry D.D. A practical approach to avoidance of methotrexate toxicity [editorial] J Rheumatol. 1995; 22: 1009–1012;
72. Ferner RE. Adverse drug reactions in dermatology. Clin Exp Dermatol. 2015;40:105–109;
73. Ortiz N.E., Nijhawan R.I., Weinberg J.M. Acitretin. Dermatol Ther 2013; 26 (5): 390–399;
74. Ryan C., Amor K.T., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: part II. J Am Acad Dermatol. 2010; 63 (6): 949–972.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов, директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО «РАМНПО» Минздрава России, г. Москва.
2. Хардикова Светлана Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Заславский Денис Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Санкт-Петербург.
4. Новиков Юрий Александрович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Радул Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
6. Правдина Ольга Валерьевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
7. Зубарева Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
8. Ласеев Денис Иванович – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанной специальности.
3. Преподаватели медицинских образовательных учреждений по специальности «Дерматовенерология».

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Предупреждение рецидива заболевания возможно при соблюдении следующих рекомендаций:

1. Охранительный режим: исключение контактов с возможными аллергенами и гистаминолибераторами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон не менее 8 часов.

2. Своевременное лечение очагов хронической инфекции и патологии внутренних органов.

3. Сбалансированное питание.

Сотрудничество врача и пациента устранит провоцирующие факторы и снизит частоту рецидивов.