



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Экзема

МКБ 10: **L30.0 / L30.1 / L30.2 / L30.3 / L30.9**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (1 раз в 3 года)**

ID: **KP246**

URL

Профессиональные ассоциации

- **Российское общество дерматовенерологов и косметологов**

Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

Ключевые слова

- Экзема
- Экзема истинная
- Экзема микробная
- Экзема себорейная
- Экзема детская
- Экзема профессиональная
- Глюкокортикостероидные препараты
- Антигистаминные препараты

Список сокращений

АлАТ – аланинаминотрансфераза печени

АсАТ – аспаргатаминотрансфераза печени

БДУ – без дополнительного уточнения

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ГКС – глюкокортикостероиды

ИЛ - интерлейкин

МКБ 10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

ЩФ – щелочная фосфатаза печени

ФНО γ – фактор некроза опухоли γ

ФХТ – фотохимиотерапия

HCV (*hepatitis C virus*) – вирус гепатита С

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

HIV (*human immunodeficiency virus*) - вирус иммунодефицита человека

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

Термины и определения

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

1. Краткая информация

1.1 Определение

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

1.2 Этиология и патогенез

Экзема развивается в результате комплексного воздействия этиологических и патогенетических факторов, в том числе нейроэндокринных, метаболических, инфекционно-аллергических, вегето-сосудистых и наследственных. Вызывается экзогенными (бактериальные и грибковые агенты, химические вещества, физические факторы, лекарственные средства, пищевые продукты и др.) и эндогенными факторами (антигенные детерминанты микроорганизмов из очагов хронической инфекции).

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%. Ведущая роль в патогенезе принадлежит иммунному воспалению в коже на фоне подавления клеточного и гуморального иммунитета, угнетению неспецифической резистентности и иммуногенетических особенностей (ассоциация с антигенами HLA-B22 и HLA-C1) организма. 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, ФНО- α , γ -интерферон. Выброс биологически активных веществ (простогландинов, лейкотриенов, гистамина) вызывает развитие тканевых воспалительных реакций, что клинически проявляется гиперемией, отеком, зудом. Как правило, экзема характеризуется поливалентной сенсibilизацией и аутосенсibilизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (с преобладанием последнего), изменением функционального характера.

Важное патогенетическое значение в развитии 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

Экзема составляет 30-40% всей кожной патологии.

1.4 Кодирование по МКБ 10

L30.0 – Монетовидная экзема;

L30.1 – Дисгидроз (помфоликс);

L30.2 – Кожная аутоенсибилизация (экзематозная);

L30.3 – Инфекционная экзема;

L30.9 – Экзема БДУ (неуточненная).

1.5 Классификация

Единой классификации экземы в настоящее время не существует. Выделяют следующие клинические формы, каждая из которых может протекать остро, подостро или хронически:

1. Экзема истинная:

- a. идиопатическая;
- b. дисгидротическая;
- c. пруригинозная;
- d. роговая (тилотическая).

2. Экзема микробная:

- a. нумулярная;
- b. паратравматическая;
- c. микотическая;
- d. интертригинозная;
- e. варикозная;
- f. сикозиформная;
- g. экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин.

3. Экзема себорейная.

4. Экзема детская.

5. Экзема профессиональная.

1.6. Клиническая картина

Острая стадия заболевания характеризуется появлением 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. 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 и эксфолиациями.

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

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

Истинная экзема (идиопатическая) в острой стадии характеризуется везикулами, гиперемией, точечными эрозиями с мокнутием, серозными корочками, эксфолиациями, 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»). 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 импетигиозная).

Дисгидротическая экзема (разновидность истинной экземы) характеризуется появлением на боковых поверхностях пальцев кистей и стоп, на коже ладоней и подошв зудящих пузырьков, везикул, иногда многокамерных, с плотной покрывкой, 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, локализующимися на лице, разгибательных поверхностях конечностей, локтевых и коленных сгибах, половых органах. Течение процесса хроническое с развитием на фоне высыпаний инфильтрации и лихенификации.

Роговая (тилотическая) экзема проявляется гиперкератозом ладоней и подошв, иногда – глубокими, болезненными трещинами. Течение хроническое, часто 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, ограничены бордюром из отслаивающегося эпидермиса. Высыпания сопровождаются интенсивным зудом.

Монетовидная экзема (нумулярная) – разновидность микробной экземы, очаги которой 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. Возможно поверхностное склерозирование кожи и отложение гемосидерина в тканях.

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

Сикозиформная экзема развивается на фоне вульгарного сикоза, при этом процесс распространяется за пределы области оволосения, отмечаются «серозные колодцы», мокнутие и зуд, со временем появляется лихенификация кожи. Процесс, как правило, локализуется на верхней губе, подбородке, подмышечной области, лобке.

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 и не сопровождается уплотнением соска.

Себорейная экзема 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 заболевания – 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, нередко с трансформацией в атопический дерматит.

Профессиональная экзема развивается при изменении аллергической реактивности организма под воздействием производственных аллергенов (химических, бактериологических и др.). Профессиональными аллергенами являются аминные отвердители, синтетические клеи, парафенилендиамин, динитрохлорбензол, эпоксидные смолы, фенолформальдегид, пенициллин и полусинтетические антибактериальные препараты, соли тяжелых металлов, 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. 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 сенсibilизации устранение этиологического фактора не предупреждает развитие рецидивов. Профессиональная экзема часто сопровождается респираторными изменениями, бронхоспазмом, аллергическим ринитом, аллергическим конъюнктивитом. Заболевание может являться продолжением профессионального аллергического дерматита, токсикодермии. Больным профессиональной экземой проводится экспертиза трудоспособности и определяется степень инвалидности по профессиональному заболеванию.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Пациенты предъявляют жалобы на зуд приступообразного характера, на наличие высыпаний, при хроническом рецидивирующем процессе – на невротические нарушения.

Анамнез больного экземой должен отражать возраст начала заболевания, связь с провоцирующими факторами, наличие аллергии, в том числе пищевой / непереносимости отдельных продуктов, указание на имеющиеся признаки атопии (эпизоды сенной лихорадки, бронхиальной астмы), в том числе отягощенный наследственный анамнез, сопутствующие аллергические заболевания.

2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления экземы, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторная диагностика

- При необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи **рекомендуется** гистологическое исследование биоптата кожи из очага поражения.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: При патогистологическом исследовании в биоптате 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.

- Перед началом терапии глюкокортикостероидными препаратами и во время ее проведения для определения состояния больного, выявления возможных осложнений ранее проводимой терапии и назначения сопутствующей терапии **рекомендуется** назначение клинического анализа крови, биохимического анализа крови (АлАТ, АсАТ, ЩФ, триглицериды, общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, глюкоза и другие).

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- Перед началом терапии глюкокортикостероидными препаратами и во время ее проведения для определения состояния больного и выявления возможных побочных действий проводимой терапии **рекомендуется** назначение общего (клинического) анализ мочи.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- По показаниям и с целью дифференциальной диагностики **рекомендуется** проведение лабораторных исследований:
- определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом;
- анализ кала на яйца глистов;
- аллергологическое исследование сыворотки крови – определение специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения;
- обследование на ВИЧ-инфекцию (определение IgM и IgG – антител к HIV1, HIV2);
- обследование на гепатит В и С (определение HCV-антител, HBs-антигена);
- исследование кала на дисбиоз кишечника;
- определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхисов, токсокар и других в сыворотке крови;
- копрограмма.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- При вторичном инфицировании **рекомендуется** проведение культурального исследования с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

2.4 Инструментальная диагностика

Не применяется.

2.5 Иная диагностика

- Перед назначением ФТХ **рекомендуется** консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** консультация врача-терапевта, врача-гастроэнтеролога, врача-эндокринолога, врача-невролога, врача-аллерголога, врача-оториноларинголога

– при наличии сопутствующей патологии и возникновении нежелательных явлений во время терапии со стороны соответствующих органов и систем.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

- В острой стадии истинной экземы **рекомендуется** назначение одного из следующих антигистаминных препаратов I и II поколения:

акривастин 8 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-10 дней [9, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

мебгидролин 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-10 дней [9, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

клемастин 1 мг перорально или 2 мг внутривенно или 2 мг внутримышечно 2 раза в сутки в течение 5-10 дней [3, 9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

хлоропирамин** 25 мг перорально 3-4 раза в сутки или 20-40 мг внутривенно или 20-40 мг внутримышечно 1-2 раза в сутки в течение 5-10 дней [3, 9, 14].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

хифенадин 25 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-10 дней [9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

диметинден 4 мг перорально 1 раз в сутки в течение 5-10 дней [3, 6, 9, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

дифенгидрамин** 50 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5-10 дней [3, 9, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

цетиризин** 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [3, 9, 14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

левоцетиризин 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [3, 14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

лоратадин** 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [3, 9].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

дезлоратадин 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [3, 9].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

фексофенадин 120-180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

Комментарии: *использование инъекционных форм антигистаминных препаратов позволяет быстро достичь клинического эффекта. Антигистаминные препараты II поколения (лоратадин, цетиризин, левоцетиризин, дезлоратадин, 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).*

- **Рекомендуется** назначение антисептических и противовоспалительных препаратов наружно:

бриллиантовый зеленый спиртовой раствор 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней [9, 16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2+)

или

хлоргексидина биглюконата 0,05% водный раствор 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней [9, 16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2+)

или

калия перманганата** 0,01-0,1% раствор 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней [9, 16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2+)

или

борная кислота 2% раствор 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней [9, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 1+)

или

раствор перекиси водорода 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней [9, 16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2+)

или

фукорцин спиртовой раствор 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней [9, 16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2+)

или

метиленовый синий 1-3% водный раствор или спиртовой раствор 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней [9, 16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2+)

- **Рекомендуется** назначение одного из следующих глюкокортикостероидных препаратов наружно:

алклометазона дипропионат 0,05%, крем, мазь, 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, мазь 1 раз в сутки в течение 2-4 недель [10].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

бетаметазона дипропионат** 0,025%, 0,05%, спрей, крем, мазь 2 раза в сутки в течение 7-14 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

гидрокортизона 17-бутират 0,1%, крем, мазь 2 раза в сутки в течение 2-4 недель дней [4, 7, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

мометазона фуроат** 0,1%, крем, мазь, лосьон 1 раз в сутки в течение 2-4 недель [10, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

бетаметазона валериат** 0,1%, крем, мазь 1 раз в сутки в течение 7-20 дней [5,11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

клобетазола пропионат 0,05%, крем, мазь 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [2,11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

- **Рекомендуется** назначение паст, кремов, мазей, содержащих деготь, ихтиол, нафталан (5-10% дегтярная мазь, 2-5% мазь нафталана, 3-5% борно – 5-10% дегтярная мазь, 5% ихтиоловая мазь) наружно 2-3 раза в день (при выраженной инфильтрации – под окклюзионную повязку) в течение 2-3 недель до стихания острых воспалительных явлений [16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 1+)

- При инфекционной экземе **рекомендуется** наружная терапия одним из следующих комбинированных лекарственных средств, содержащих ГКС, антибактериальные и антимикотические препараты:

гентамицин + бетаметазон + клотримазол крем, мазь 2 раза в сутки в течение 7-14 дней [9, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

бетаметазон + гентамицин** крем, мазь 2 раза в сутки в течение 7-14 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

неомицин + натамицин + гидрокортизон крем, мазь 2-4 раза в сутки в течение 7-14 дней [9, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

окситетрацилин + гидрокортизон мазь 2 раза в сутки течение 7-14 дней [9, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

флуметазон + клиохинол мазь 2 раза в сутки в течение 7-14 дней [10,11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

флуоцинола ацетонид + неомицин мазь 2 раза в сутки в течение 7-14 дней [9,11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

бетаметазон + фузидовая кислота крем 2 раза в сутки в течение 7-14 дней [9,11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

гидрокортизон + фузидовая кислота крем 2 раза в сутки в течение 7-14 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

- При микробной экземе **рекомендуется** наружная терапия одним из следующих антибактериальных препаратов:

гентамицин 0,1% мазь 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

клиндамицин 1% гель 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

фузидин натрий 2% гель 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

мупиноцин 2% мазь 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [9].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

неомицин аэрозоль 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [9].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

тетрациклин 3% мазь 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [9].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

эритромицин 10000ЕД/г мазь 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [9].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

Комментарии: При острой экземе основными противовоспалительными средствами для местного применения являются глюкокортикостероидные (ГКС) препараты. Согласно Европейской классификации потенциальной активности, различают слабые (класс 1), средние (класс 2), сильные (класс 3), очень сильные (класс 4) ГКС для местного применения. При остром воспалении, характеризующимся отеком, гиперемией, экссудацией, целесообразно использовать средней силы, сильные, реже очень сильные ГКС. Для быстрого купирования острой стадии предпочтение отдается ГКС в форме спрея (бетаметазона дипропионат 0,05%).

При дисгидротической и себорейной экземе лечение проводится по схемам истинной экземы.

К противовоспалительным средствам для местного применения относятся препараты, оказывающие вяжущее действие (в виде примочек). Их использование уменьшает экссудацию и способствует образованию пленки, защищающей кожу от внешних раздражителей. На пораженные участки кожи накладывают сложенный в 6-8 слоев кусок марли, смоченный в холодном растворе. По мере согревания каждые 3-5 минут примочку меняют. Такая процедура продолжается 1-1,5 часа и повторяется ежедневно до исчезновения воспаления.

- При наличии выраженного воспаления или отсутствии тенденции к регрессу высыпаний **рекомендуется** назначение одного из следующих глюкокортикостероидных препаратов системного действия:

бетаметазон динатрия фосфат + бетаметазона дипропионат 2мг/5 мг (1 мл) внутримышечно №1-2 с интервалом 10 дней [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

или

преднизолон** 25-30 мг перорально 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 2++)

или

дексаметазон* 0,004-0,008 мг в сутки (1-2 мл) внутримышечно в течение 3-7 дней [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

- При выраженном кожном зуде **рекомендуется** применение транквилизатора с антигистаминным действием:

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

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

- При наличии выраженной экссудации и с целью дезинтоксикации **рекомендуется** назначение одного из следующих препаратов:

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 2+)

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 2+)

Комментарии: при локализации высыпаний на нижних конечностях и выраженной отечности по согласованию с терапевтом возможно назначение мочегонных препаратов, при нарушении периферического кровообращения – антиагрегантов и веноotonиков, при эндотоксемии с целью удаления из кишечника аллергенов, нерасщепленных компонентов пищи и патологических метаболитов, образующихся при дисбиозе – энтеросорбентов.

- При наличии микробной экземы, вторичного инфицирования, лимфангита, лимфаденита, повышения температуры **рекомендуется** назначение одного из следующих антибактериальных препаратов широкого спектра действия:

ампициллин + клавулановая кислота** 875мг+125мг (1 табл.) перорально 2 раза в сутки 7-10 дней или 500мг+125мг (1 табл.) перорально 3 раза в сутки 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** 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 3-5 дней [9].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

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

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

доксциклин** 200 мг перорально 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** 3мг/кг в сутки внутримышечно в 2 введения в течение 7-10 дней [14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

левофлоксацин 250 мг или 500 мг перорально 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++)

- При тилотической экземе в случаях выраженной инфильтрации, гиперкератоза и/или торпидности к проводимой терапии **рекомендуется** назначение ацитретина** 10-25 мг в сутки в течение 8-12 недель [17].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)

- **Рекомендуется** 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 2+)

- При ограниченных формах экземы **рекомендуется** 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 2+)

- В тяжелых случаях при распространенных формах экземы **рекомендуется** ФХТ 4 раза в неделю на курс 15-20 сеансов [4,12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3 Иное лечение

- **Рекомендуется** соблюдение диеты: из рациона больных экземой исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты, бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 4)

4. Реабилитация

- **Рекомендуется** создание лечебно-охранительного режима, использование эмолентов.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 4)

5. Профилактика

5.1 Профилактика

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

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 4)

5.2. Диспансерное наблюдение

Диспансерный учет у дерматолога.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Проведена антигистаминная и противовоспалительная терапия	1++, 2++, 2+	A, B, C
2	Достигнуто уменьшение зуда	4	D
3	Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление)	4	D

Список литературы

1. Barnes P.J. Molecular mechanisms of corticosteroids in allergic diseases // Allergy.– 2001.– Vol. 56.– Supp. 10.– P. 928–936.
2. Barnes P.J. Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids // Eur Resp Rev 2001;11:78:15–22.
3. Apfelbacher CJ, van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Jupiter A, Matteredne U, Weisshaar E. Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema // Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.
4. Garritsen FM, Brouwer MW, Limpens J, Spuls PI. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with the use of GRADE and implications for practice and research.// British Journal of Dermatology 2013: epub.
5. Halometasone 0.05% Cream in Eczematous Dermatoses // J Clin Aesthet Dermatol. 2013 Nov; 6(11): 39-44.
6. **Pantling L** (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pantling%20L%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24251517). Topical treatments // Cambridgeshire Community Services NHS Trust. 2013 Nov 20; 28(12): 61. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pantling%20L%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24251517)
7. **Zomer-Kooijker K** (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zomer-Kooijker%20K%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24168979), (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zomer-Kooijker%20K%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24168979)van der Ent CK, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20der%20Ent%20CK%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24168979)Ermers MJ, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ermers%20MJ%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24168979)Rovers MM. Lack of Long Term Effects of High Dose Inhaled Beclomethasone for RSV Bronchiolitis - A Randomized Placebo-Controlled Trial // J Pediatr Infect DS.2013 Oct 28. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rovers%20MM%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24168979)
8. **Baumer JH.** (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Baumer%20JH%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=18495900)Atopic eczema in children, NICE // Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2010 Dec; 95(12):1071 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Baumer%20JH%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=18495900)
9. Chang C, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chang%20C%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=18163227)Keen CL, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Keen%20CL%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=18163227)Gershwin ME. Treatment of eczema. // Clin Rev Allergy Immunol. 2007 Dec;33(3):204-25. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gershwin%20ME%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=18163227)
10. Маргиева А.В., Хайлов П.М., Крысанов И.С., Корсунская И.М., Авкентьева М.В. / Фармакоэкономический анализ применения метилпреднизолона ацепоната при лечении атопического дерматита и экземы // А.В. Маргиева., П.М. Хайлов, И.С. Крысанов, И.М. Корсунская, М.В. Авкентьева. Медицинские технологии.

- Оценка и выбор. - № 1, 2011. - С.14-21. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gershwin%20ME%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=18163227)
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. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gershwin%20ME%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=18163227)
12. Rombold S, Lobisch K, Katzer K, Grazziotin TC, Ring J, Eberlein B. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases // Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2008 Feb;24(1):19-23. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gershwin%20ME%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=18163227)
13. **Kaditis AG** (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kaditis%20AG%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=17358042), (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kaditis%20AG%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=17358042) Winnie G, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Winnie%20G%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=17358042) Syrogiannopoulos GA. Anti-inflammatory pharmacotherapy for wheezing in preschool children. // Pediatr Pulmonol. 2007 May;42(5):407-20. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Syrogiannopoulos%20GA%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=17358042)
14. **Matsuyama T** (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Matsuyama%20T%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198), (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Matsuyama%20T%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198) Ozawa A, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ozawa%20A%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198) Kusakabe Y, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kusakabe%20Y%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198) Kurihara S, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kurihara%20S%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198) Hayashi M, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hayashi%20M%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198) Kato R, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kato%20R%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198) Kanno S, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kanno%20S%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198) Nakamori M. 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 Jul;30(2):89-95. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nakamori%20M%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=16146198)
15. **Drago L** (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Drago%20L%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005144), (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Drago%20L%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005144) Toscano M, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Toscano%20M%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005144) Pigatto PD. Probiotics: immunomodulatory properties in allergy and eczema. // G Ital Dermatol Venereol. 2013 Oct;148(5):505-14. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pigatto%20PD%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005144)
16. **De Waure C** (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=De%20Waure%20C%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139),

- (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=De%20Waure%20C%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)Cadeddu C, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cadeddu%20C%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)Venditti A, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Venditti%20A%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)Barcella A, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Barcella%20A%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)Bigardi A, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bigardi%20A%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)Masci S, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Masci%20S%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)Virno G, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Virno%20G%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)Cammisa A, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cammisa%20A%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)Ricciardi W. Non steroid treatment for eczema: results from a controlled and randomized study. // G Ital Dermatol Venereol. 2013 Oct;148(5):471-7. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ricciardi%20W%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)
17. Bettoli V., Tosti A., Varotti C. Nummular eczema during isotretinoin treatment. // J Am Acad Dermatol. 1987 Mar; 16(3 Pt 1): 617 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ricciardi%20W%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)
18. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных экземой: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2013. – 18 с. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ricciardi%20W%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=24005139)

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Кубанова Анна Алексеевна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Кубанов Алексей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Правдина Ольга Валерьевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Охлопков Виталий Александрович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Зубарева Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица П1- Уровни достоверности доказательств

Уровни достоверности доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности доказательств	Характеристика показателя
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Порядок обновления клинических рекомендаций

Рекомендации в предварительной версии рецензируются независимыми экспертами. Комментарии, полученные от экспертов, систематизируются и обсуждаются членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации или причины отказа от внесения изменений регистрируются.

Предварительная версия рекомендаций выставляется для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

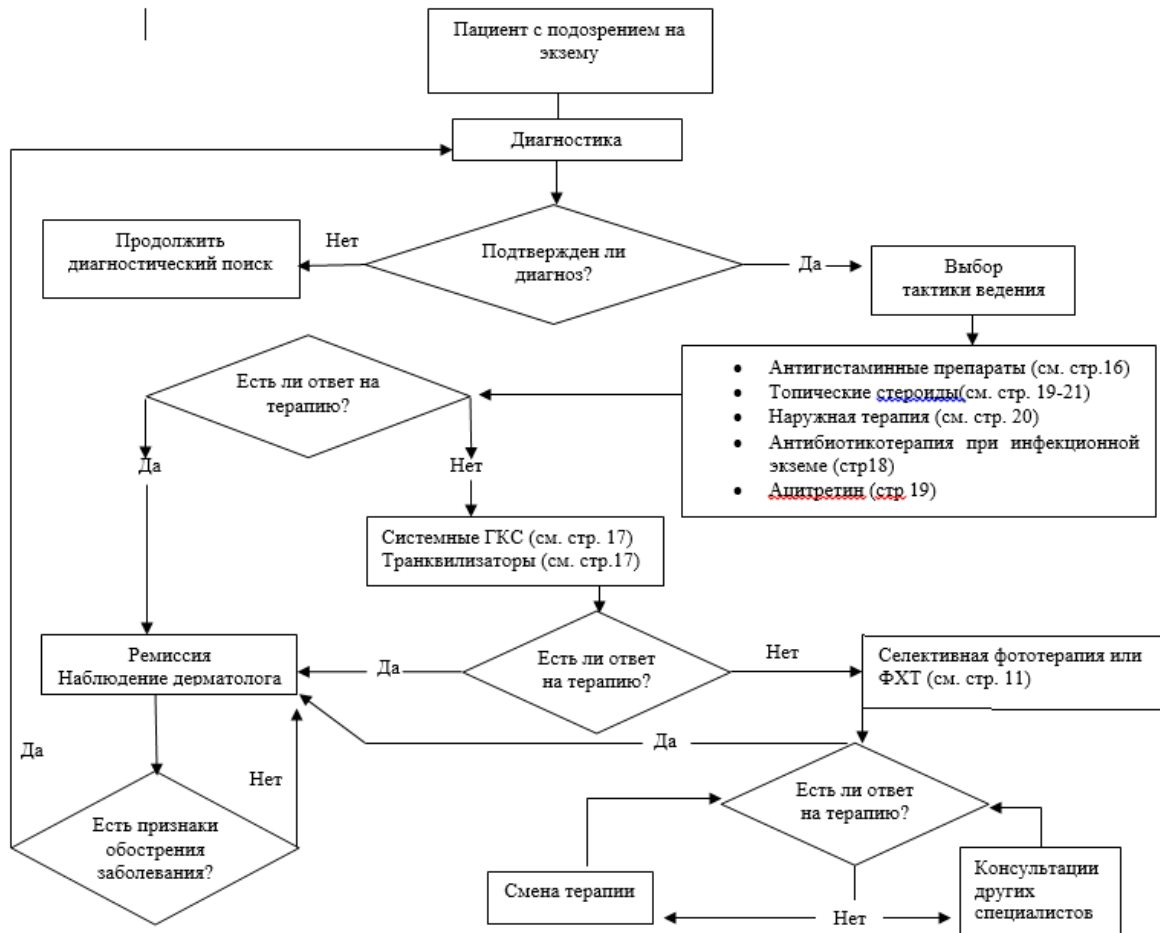
Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно анализируются членами рабочей группы.

Приложение А3. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

- 1) «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.);
- 2) «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с экземой (при оказании специализированной помощи)» (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №773 от 18 декабря 2007 г.);
- 3) «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации №422 ан от 7 июля 2015 г.);
- 4) Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

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

Приложение Г.