

Утверждено:  
Президент Общероссийской  
общественной организации  
«Российское общество  
дерматовенерологов  
и косметологов»



А.А. Кубанов

Клинические рекомендации

## Экзема

Кодирование по Международной  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных  
со здоровьем: **L30**

Возрастная группа: Взрослые/дети

Год утверждения: **2024**

Разработчик клинических рекомендаций:

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

Одобрено на заседании научно-практического совета Министерства здравоохранения  
Российской Федерации (протокол № 41) от 31.10.2024

## 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 .....	11
2.1 Жалобы и анамнез .....	12
2.2 Физикальное обследование .....	12
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	13
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	14
2.5 Иные диагностические исследования .....	14
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	14
3.1 Консервативное лечение .....	14
3.2 Хирургическое лечение .....	35
3.3 Иное лечение .....	35

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов .....	35
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	37
6. Организация оказания медицинской помощи.....	37
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	38
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	39
Список литературы .....	40
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	50
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	51
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата .....	53
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	54
Приложение В. Информация для пациента .....	55
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	56

## Список сокращений

АКТГ – адренокортикотропный гормон

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспартатаминотрансфераза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ИЛ-1 – интерлейкин-1

ИЛ-2 – интерлейкин-2

ПГ – простагландин

ТТГ – тиреотропный гормон

ФНО- $\alpha$  – 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) – хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов, характеризующееся появлением полиморфной сыпи.

**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) – хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов, характеризующееся появлением полиморфной сыпи, воспалительной реакцией.

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

Экзема развивается в результате комплексного воздействия эндогенных факторов (генетической предрасположенности, наличия сенсибилизации 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 A2, 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) F2 $\alpha$ , 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
- L30.4 Эритематозная опрелость
- L30.5 Пityриаз белый
- L30.8 Другой уточненный дерматит
- 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, эскориациями, реже – папулами и пустулами. Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний.

**Подострая стадия** характеризуется эритемой, инфильтрацией, лихенификацией, чешуйками и эскориациями.

**Хроническая стадия** характеризуется более выраженной инфильтрацией и лихенизацией, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией.

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

**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 асимметричными 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)** представляет 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 кортикостероидами.

**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 чешуйко-корки. В области волосистой части головы волосы бывают 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 эритема, отечность, мокнутие, наложение 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. 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. 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**

### ***Критерии установления диагноза/состояния***

Диагноз экземы устанавливается на основании:

- 1) анализа жалоб;*
- 2) анамнестических данных;*
- 3) физикального обследования;*

*4) результатов патолого-анатомического исследования биопсийного материала кожи из очагов поражения при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.*

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 дифференциальную диагностику проводят 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 пузырчатки Сенира-Ашера, доброкачественной семейной пузырчаткой 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**

• **Рекомендуется** пациентам с экземой при подозрении на ассоциацию экземы с паразитарными заболеваниями [1]:

микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов [1].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

или

определение антител классов A, M, G (IgM, IgA, IgG) к лямблиям в крови [2].

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

или

определение антител к аскаридам (*Ascaris lumbricoides*) [2].

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

или

определение антител к возбудителю описторхоза (*Opisthorchis felineus*) в крови [3].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

• **Рекомендуется** пациентам с экземой исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови при рецидивирующем, хроническом течении процесса [4–6].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** одним из факторов, провоцирующих развитие экземы, является сенсибилизация к пищевым, химическим, бытовым и другим аллергенам. В случае наличия сенсибилизации к бытовым, пыльцевым, пищевым и другим аллергенам пациента следует направить на консультацию к врачу-аллергологу-иммунологу.

• **Рекомендуется** пациентам с экземой микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам при подозрении на присоединение вторичной инфекции [7–14]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

**Комментарии:** *Результаты микробиологического (культурального) исследования отделяемого сыпных 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** пациентам с экземой патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи из очага поражения при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи [15]

**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.*

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

Для терапии пациентов с экземой используется системная и наружная лекарственная терапия, а также ультрафиолетовое облучение кожи (фототерапия).

#### **3.1 Консервативное лечение**

Для наружной терапии пациентам с экземой назначаются кортикостероиды, применяемые в дерматологии или другие препараты, применяемые в дерматологии (#пимекролимус\*\*, #такролимус\*\*, пиритион цинк). Противовоспалительная активность #такролимуса\*\* соответствует кортикостероидам с низкой активностью (группа I), а #пимекролимуса\*\* — кортикостероидам с высокой активностью (группа III) [16].

В случае инфицирования очагов поражения кожи при экземе для наружной терапии могут быть использованы кортикостероиды в комбинации с другими средствами или кортикостероиды в комбинации с антибиотиками. Пациентам с микробной экземой для наружной терапии могут быть назначены антибиотики для наружного применения или противомикробные препараты для лечения угревой сыпи. При развитии у пациентов с экземой лимфангита, лимфаденита, повышении температуры тела могут быть назначены антибактериальные препараты системного действия. [22]

- Для уменьшения интенсивности зуда пациентам с экземой назначают антигистаминные средства системного действия. При наличии выраженного воспаления или отсутствии тенденции к регрессу высыпаний могут быть назначены кортикостероиды системного действия. Возможно назначение различных методов ультрафиолетового облучения кожи. [22]

- **Рекомендуются** пациентам с экземой кортикостероиды, применяемые в дерматологии с целью уменьшения выраженности воспалительной реакции и зуда [17]:

алклометазон 0,05%, крем, 0,05%, мазь [95, 96]

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

**Комментарии:** Алклометазон 0,05%, крем, 0,05%, мазь 2–3 раза в сутки равномерно наносить тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 10–20 дней. Детям в течение не более 3-х недель, более длительное применение препарата должно проводиться только под контролем врача. Противопоказанием к назначению алклометазона 0,05% крема, 0,05% мази для наружного применения является детский возраст до 6 месяцев

или

метилпреднизолона ацепонат 0,1% крем, 0,1% мазь 1 раз в сутки наносить тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2–4 недель [19 – 21]

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

**Комментарии:** Противопоказанием к назначению крема и мази метилпреднизолона ацепоната является детский возраст до 4 месяцев.

или

Взрослым метилпреднизолона ацепонат + мочевины 0,1% + 2% крем 1 раз в сутки наносить тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2–4 недель [22, 97]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)**

**Комментарии:** Противопоказанием к назначению крема метилпреднизолона ацепонат 0,1% + мочевины 2% является детский возраст до 18 лет.

или

гидрокортизон\*\* 0,1%, крем, мазь 2 раза в сутки наносить на пораженные участки кожи тонким слоем в течение 2–4 недель [23–26]

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Возможно применение 0,1% крема и мази гидрокортизона\*\* с 6-месячного возраста, у детей количество нанесений и длительность в соответствии с инструкцией.

или

мометазон\*\* 0,1%, крем, мазь, раствор для наружного применения 1 раз в сутки наносить на пораженные участки кожи тонким слоем в течение 2–4 недель [27–29]

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Противопоказанием к проведению наружной терапии препаратом мометазон\*\* является детский возраст до 2 лет. При нанесении на лице, участках с тонкой кожей и у детей – курс лечения должен ограничиваться 5 днями

или

бетаметазон\*\* 0,1%, крем, 0,1% мазь, [26, 30]

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Бетаметазон\*\* 0,1% крем наносить 1 раз в сутки. Продолжительность лечения не должна превышать 2 недели. Бетаметазон\*\* 0,1% мазь наносить 1 раз в сутки в течение 7–20 дней. Противопоказанием к проведению наружной терапии 0,1% кремом и 0,1% мазью бетаметазон\*\* является детский возраст до 6 месяцев.

или

бетаметазон\*\* 0,05% спрей, крем, мазь [24]

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Бетаметазон\*\* 0,05% спрей, крем, мазь наносить 2 раза в сутки в течение 7–14 дней. Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон\*\* 0,05% крем и мазь для наружного применения является детский возраст до 1 года.



*Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон\*\* 0,05% спрей для наружного применения является детский возраст до 2 лет. У детей и у больных с поражением кожи лица курс лечения не должен превышать 5 дней.*

или

клобетазол 0,05% крем, 0,05% мазь [22, 31, 32]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Клобетазол 0,05% крем, 0,05% мазь наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 7–10 дней. Противопоказанием к назначению препарата клобетазол является детский возраст до 1 года. При назначении крема и мази клобетазола детям не следует использовать препарат более 5 дней или наносить его под окклюзионную повязку.

или другие препараты, применяемые в дерматологии:

пиритион цинк 0,2% крем для наружного применения, 0.2% аэрозоль для наружного применения [33, 34]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5) – для взрослых**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4) – для детей**

**Комментарии:** Пиритион цинк 0,2% крем для наружного применения наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза в сутки, 0.2% аэрозоль для наружного применения распылять на пораженный участок кожи с расстояния 15 см 2–3 раза в сутки. Противопоказанием к назначению 0,2% крема и 0,2% аэрозоля пиритиона цинка является детский возраст до 1 года.

или

#пимекролимус\*\* 1% крем 2 раза в сутки на протяжении до 6 недель, поддерживающая терапия – 2 раза в неделю при необходимости [35, 36, 98, 106]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) – для взрослых**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4) – для детей**

**Комментарии:** Противопоказанием к назначению #пимекролимуса\*\* является детский возраст до 3 месяцев.

или

#такролимус\*\* 0,03% мазь, 0,1% мазь [27, 37–39, 106]

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

**Комментарии:** #Такролимус\*\* 0,03% мазь, 0,1% мазь 2 раза в сутки на протяжении до 6 недель. Применение 0,1% мази #такролимус\*\* противопоказано детям до 16 лет. Противопоказанием к назначению 0,03% мази #такролимус\*\* является детский возраст до 2 лет. Применение у детей от 2 до 16 лет. Лечение необходимо начинать с нанесения 0,03% мази два раза в сутки. Продолжительность лечения по данной схеме не должна превышать трех недель. В дальнейшем частота применения уменьшается до одного раза в сутки, лечение продолжается до полного очищения очагов поражения. Применение у взрослых и детей старше 16 лет. Лечение необходимо начинать с применения 0,1% мази Такротик два раза в сутки и продолжать до полного очищения очагов поражения. По мере улучшения можно уменьшать частоту нанесения 0,1% мази или переходить на использование 0,03% мази. В случае повторного возникновения симптомов заболевания следует возобновить лечение 0,1% мазью дважды в день.

- **Рекомендуется** пациентам с экземой для профилактики вторичного инфицирования и/или в случае его развития обработка эрозий с применением антисептиков и дезинфицирующих средств [40–42].

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

**Комментарии:** В качестве антисептиков и дезинфицирующих средств используют: Борная кислота+Резорцин+Фенол+Фуксин раствор для наружного применения 2–3 раза в день (Борная кислота+Резорцин+Фенол+Фуксин раствор не применяется у женщин во время беременности и в период грудного вскармливания); 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 [99]; хлоргексидин 0,05% водный раствор 2–3 раза в сутки; #калия перманганат\*\* порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения - 0,01–0,1% раствор ванночки 2 раза в сутки в течение 4–7 дней[99]; метилтиониния хлорид (метиленовый синий) 1% водный раствор 2–3 раза в день (метилтиониния хлорид (метиленовый синий) возможно использовать во время беременности и грудного вскармливания).

- **Рекомендуются** пациентам с экземой при развитии инфицирования, в том числе пациентам с инфекционной экземой, для наружной терапии кортикостероиды в комбинации с другими средствами или кортикостероиды в комбинации с антибиотиками:

бетаметазон+гентамицин+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 [22, 43–48, 100].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению мази и крема бетаметазон+гентамицин+клотримазол является детский возраст до 2 лет.*

или

бетаметазон+гентамицин 0,1%+0,1% крем для наружного применения, 0,1%+0,1% мазь для наружного применения 2 раза в сутки наносить тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 7–14 дней [22, 49, 100].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению крема и мази бетаметазон+гентамицин 0,1%+0,1% является детский возраст до 6 месяцев.*

или

гидрокортизон+натамицин+неомицин мазь для наружного применения, крем для наружного применения [50–52].

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

**Комментарии:** *Гидрокортизон+натамицин+неомицин мазь для наружного применения, крем для наружного применения наносить на пораженные участки кожи 2–4 раза в сутки в течение 7–14 дней. Противопоказанием к назначению крема и мази гидрокортизон+натамицин+неомицин является детский возраст до 1 года.*

или

неомицин+флуоцинола ацетонид мазь для наружного применения [10, 41, 53]

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

**Комментарии:** *Неомицин+флуоцинола ацетонид мазь для наружного применения тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 7–14 дней. Противопоказанием к назначению мази неомицин+флуоцинола ацетонид является детский возраст до 2 лет. У детей 1 раз в день, коротким курсом на ограниченных участках.*

или

*бетаметазон+фузидовая кислота крем для наружного применения наносить в течение 7–14 дней [10, 24, 43, 54, 55, 101]*

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

**Комментарии:** *Бетаметазон+фузидовая кислота крем для наружного применения наносить тонким слоем 2 раза в сутки в течение 7–14 дней. Противопоказанием к назначению крема бетаметазон+фузидовая кислота является детский возраст до одного года.*

или

*#гидрокортизон+фузидовая кислота крем для наружного применения наносить на пораженный участок кожи тонким слоем 2 раза в сутки в течение 7–14 дней [10, 41, 55, 22]*

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению крема #гидрокортизон+фузидовая кислота является детский возраст до 2 лет.*

или

*гентамицин+декспантенол+мометазон+эконазол крем для наружного применения наносить [56]*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

**Комментарии:** *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. Противопоказанием к назначению крема гентамицин+декспантенол+мометазон+эконазол является детский возраст до 18 лет.*

- **Рекомендуются** пациентам с микробной экземой с целью наружной терапии антибиотики для местного назначения или противомикробные препараты для лечения угревой сыпи:

фузидовая кислота 2% крем для наружного применения, 2% мазь для наружного применения [24, 57, 101].

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

**Комментарии:** 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. Ограничений по возрасту для применения 2% крема и 2% мази фузидовой кислоты нет.

или

мупируцин 2% мазь для наружного применения [43, 58, 59]

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

**Комментарии:** Мупируцин 2% мазь для наружного применения наносить в небольшом количестве на пораженную поверхность кожи 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней. Ограничений по возрасту для применения 2% мази мупируцин нет. Однако у пациентов пожилого возраста препарат следует применять с осторожностью.

или

тетрациклин 3% мазь наносить на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки в течение 7–10 дней [22].

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

**Комментарии:** Противопоказанием к назначению 3% мази тетрациклина является детский возраст до 11 лет.

или

гентамицин 0,1% мазь для наружного применения наносить [22, 24, 101]

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

**Комментарии:** Гентамицин 0,1% мазь для наружного применения наносить тонким слоем на пораженный участок 3–4 раза в сутки в течение 7–14 дней. Ограничений по возрасту для применения 0,1% мази гентамицина нет. Однако у недоношенных

*детей, новорожденных детей, у пациентов пожилого возраста препарат следует применять с осторожностью.*

- **Рекомендуются** пациентам с экземой с выраженной инфильтрацией очагов поражения для уменьшения инфильтрации:

*деготь березовый жидкость для наружного применения [41, 42, 102].*

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

**Комментарии:** *Деготь березовый жидкость для наружного применения наносить на очаги поражения кожи вначале на 15 минут 1 раз в сутки, постепенно увеличивая время аппликации до 30 минут К противопоказаниям для назначения дегтя березового относятся острые заболевания кожи, обострения хронических заболеваний кожи, особенно при выраженной экссудации.*

или

*нафталанская нефть 10% линимент (может изготавливаться экстенпорально) [41, 42, 103].*

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

**Комментарии:** *Нафталанская нефть 10% линимент (может изготавливаться экстенпорально) наносить на очаги поражения кожи 2 раза в сутки Нафталанская нефть обладает противовоспалительным, противозудным, дезинфицирующим и заживляющим эффектом.*

или

*ихтаммол [60, 61, 2, 104]*

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

**Комментарии:** *Ихтаммол 10% или 20% мазь для наружного применения (изготавливаемые экстенпорально) наносят на очаги поражения кожи 1–2 раза в сутки. Противопоказанием к назначению ихтаммола является детский возраст до 12 лет.*

- **Рекомендуются** препараты цинка пациентам с экземой, проявляющейся экссудацией или мокнутием, для наружной терапии с целью уменьшения экссудации и мокнутия:

*#цинка оксид 12,5% суспензия для наружного применения, наносят на очаги поражения кожи 1 - 2 раза в сутки в течение 4 -7 дней [62, 105, 2]*

или

цинка оксид 10% мазь [62, 114]

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

**Комментарии:** цинка оксид 10% мазь тонким слоем 4-6 раз в день, курс до 1 месяца  
*Противопоказанием к назначению цинка оксида является только повышенная чувствительность к компонентам препарата.*

- **Рекомендуются** пациентам с экземой для уменьшения интенсивности зуда антигистаминные средства системного действия [41, 107]:

**Комментарии:** Антигистаминные средства системного действия II поколения (#лоратадин\*\*, цетиризин\*\*, левоцетиризин, #дезлоратадин, #фексофенадин) являются медикаментозной терапией выбора. Если не удается адекватно контролировать зуд, назначают антигистаминные средства системного действия I поколения (мебгидролин[107], диметинден, клемастин, хлоротирамин\*\*, хифенадин), обладающие седативным эффектом (возможно чередование).

диметинден перорально [63, 64, 108]

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

**Комментарии:** Диметинден перорально в капсулах пролонгированного действия взрослым и детям старше 12 лет - 4 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней. Дети в возрасте от 1 месяца до 12 лет (капли): рекомендована суточная доза из расчета 0,1 мг/кг массы тела, что эквивалентно 2 каплям на кг массы тела. Суточную дозу необходимо разделить на 3 приема.

Детям в возрасте от 1 месяца до 1 года следует принимать препарат (капли) только по назначению врача. Режим дозирования для детей старше 12 лет не отличается от режима дозирования для взрослых, применяется в соответствии с инструкцией. Диметинден капли для приема внутрь противопоказан детям в возрасте до 1 месяца, в капсулах до 12 лет.

или

хифенадин [64, 65, 22]

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

**Комментарии:** хифенадин перорально взрослым 25 мг 2 раза в сутки в течение 10–20 дней. Хифенадин перорально детям 3–7 лет – по 10 мг 2 раза в день, 7–12 лет – 10–15 мг – 2–3 раза в день. 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\*\* [43, 66, 67, 22]

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

**Комментарии:** *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 ½ таблетки (8,3 мг) 2–3 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 Хлоропирамин\*\* в форме таблеток противопоказан в зависимости от производителя лекарственного препарата в возрасте до 1 месяца или до 14 лет.*

или

клемастин 1 мг, перорально взрослым и детям старше 12 лет – по 2–3 таблетки (1 мг) в день в течение 10 дней [68].

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

**Комментарии:** *Клемастин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 6 лет. В случаях трудно поддающихся лечению суточная доза может составлять до 6 таблеток (6 мг); максимальная однократная доза не должна превышать 2 таблетки на прием; детям в возрасте 6–12 лет – по ½–1 таблетке перед завтраком и на ночь.*

или

цетиризин\*\* перорально в форме таблеток [22, 43, 66, 67]

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

**Комментарии:** *Цетиризин в форме таблеток взрослым и детям от 6 до 12 лет перорально 10 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней, дети от 6 до 12 лет альтернативно, доза может быть разделена на два приема (по 1/2 таблетки утром и вечером) Цетиризин\*\* в форме таблеток противопоказан в возрасте до 6 лет; #цетиризин\*\* в форме капель для приема внутрь с 6 мес до 1 года – 2,5 мг (5*



капель) 1 раз в сутки, от 1 года до 6 лет - по 2,5 мг 2 раза, от 2 до 6 лет - по 2,5 мг 2 раза в день или 5 мг (10 капель) однократно, старше 6 лет по 10 мг (20 капель), при дисгидротической экземе целесообразно использовать в течение 3-4 недель 1 раз в день за 20 мин до сна, как в период ремиссии, так и в период обострения в весенне-осеннее время (период вегетативных кризов) [115]. однократно

или

левоцетиризин перорально [69, 70]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3) – для взрослых**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5) – для детей**

**Комментарии:** Левоцетиризин перорально 5 мг 1 раз в сутки в течение 10-28 дней. Противопоказанием к назначению левоцетиризина является детский возраст до 6 лет для левоцетиризина в форме таблеток, детский возраст до 2 лет для левоцетиризина в форме капель, режим дозирования у детей в соответствии с инструкцией производителя.

или

лоратадин\*\* перорально [43, 66]

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

**Комментарии:** Лоратадин\*\* в форме таблеток: детям в возрасте от 2 по 5 мг (1/2 таблетки) 1 раз в день, взрослым и детям старше 12 лет с массой тела более 30 кг – по 10 мг 1 раз в сутки. Лоратадин\*\* в форме сиропа: от 2 лет до 12 лет с массой тела менее 30 кг - перорально 5 мг 1 раз в сутки, взрослым и детям с массой тела более 30 кг – по 10 мг 1 раз в сутки, Лоратадин\*\* в форме таблеток и сиропа противопоказан в возрасте до 2 лет, режим дозирования у детей в соответствии с инструкцией производителя.

или

#дезлоратадин взрослым перорально 5 мг и #дезлоратадин детям перорально 1- 2.5 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней[43, 66]

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

**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 дней [71–74, 22].

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

**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.

- **Рекомендуются** пациентам с экземой при выраженном зуде:

хлоропирамин\*\* раствор для инъекций [22]

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

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

или

клемастин раствор для инъекций [68]

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

**Комментарии:** 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. 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 [71, 75]

**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:

кальция глюконат\*\* 10% раствор по 10,0 мл внутримышечно 1 раз в день №10–15 ежедневно или через день [68]

**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 вводить внутривенно медленно 5,0–10,0 мл 1 раз в сутки №10–15 ежедневно или через день [61, 68, 109]

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

**Комментарии:** *#Натрия тиосульфат\*\* с осторожностью применяют у пациентов с почечной недостаточностью, в пожилом возрасте и в детском возрасте до 18 лет, до года – по 0,1 мл на 1 месяц жизни, от 1 года до 3 лет – по 1 мл на год жизни в сочетании с антигистаминными средствами системного действия*

или

#магния сульфат 25% раствор вводить 5–10,0 мл внутримышечно №10–15 ежедневно или через день [68]

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

**Комментарии:** *#Магния сульфат противопоказан при хронической почечной недостаточности тяжелой степени тяжести, беременности, в период грудного вскармливания, в детском возрасте до 18 лет.*

- **Рекомендуются** пациентам с экземой при наличии выраженного воспаления или отсутствии тенденции к регрессу высыпаний кортикостероиды системного действия: бетаметазон суспензия для инъекций 1,0 мл внутримышечно №1–4 с интервалом в 10 дней [41]

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

**Комментарии:** *Бетаметазон в форме суспензии для инъекций противопоказан в период грудного вскармливания и в детском возрасте до 3-х лет.*

или

преднизолон\*\* перорально [41]

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

**Комментарии:** *взрослым 30–35 мг в сутки в течение 5–25 суток до достижения клинического эффекта с последующим снижением по 0,5 мг 1 раз в 3–5 дней до полной отмены, детям с 3-х лет и старше начальная доза составляет 1 - 2 мг/кг массы тела в сутки в 4 - 6 приемов, поддерживающая – 0,3 - 0,6 мг/кг/сутки. Преднизолон\*\* противопоказан в период грудного вскармливания и в детском возрасте до 3-х лет. У детей в период роста ГКС должны применяться только по абсолютным показаниям и при особо тщательном наблюдении лечащего врача или*

*дексаметазон\*\* [22, 75]*

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

**Комментарии:** *дексаметазон\*\* перорально 4–8 мг в сутки или раствор для инъекций 1–2 мл внутримышечно в течение 3–7 дней. Дексаметазон\*\* противопоказан в период грудного вскармливания. У детей в период роста дексаметазон\*\* применяется только по абсолютным показаниям и под особо тщательном наблюдении лечащего врача. Рекомендуемая доза дексаметазона\*\* для детей в форме таблеток (в зависимости от возраста) – 0,0833-0,3333мг/кг – 0,0025-0,0001мг/м2 в сутки в 3-4 приема.*

- **Рекомендуются** пациентам с экземой для коррекции психофизиологических характеристик анксиолитики:

*фабомотизол перорально взрослым 10 мг 3 раза в сутки в течение 12–15 дней [76]*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

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

- **Рекомендуются** пациентам с микробной экземой или с вторичным инфицированием очагов экземы в случае развития лимфангита и/или лимфаденита и/или повышения температуры тела антибактериальные препараты системного действия:

*цефазолин\*\* [75]*

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

**Комментарии:** *#цефазолин\*\* 1 г внутримышечно 2 раза в сутки в течение 7–10 дней Цефазолин\*\* противопоказан у детей младше 1 месяца и недоношенных. У детей в возрасте от 1 месяца доза препарата 25–50 мг/кг/сутки, разделенная на 3–4 введения. В случае тяжелых инфекций суточная доза препарата может быть увеличена до максимальной рекомендуемой дозы 100 мг/кг.*

или

цефотаксим\*\* [75]

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

**Комментарии:** *цефотаксим\*\* 1 г внутримышечно 3 раза в сутки в течение 7–10 дней Цефотаксим\*\* противопоказан в детском возрасте до 2,5 лет. Доза цефотаксима\*\* у детей до 12 лет составляет 100–150 мг/кг/сутки, разделенная на 2–4 введения.*

или

цефтриаксон\*\* 1 [74, 75]

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

**Комментарии:** *цефтриаксон\*\* 1–2 г внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки в течение 7–10 дней Цефтриаксон\*\* противопоказан к применению у недоношенных детей в возрасте до 41 недели и у доношенных детей до 28-дневного возраста. Новорожденные, грудные дети и дети младше 12 лет – в соответствии с инструкцией.*

или

#азитромицин\*\* перорально [22, 41, 110, 111]

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

**Комментарии:** *#азитромицин\*\* перорально взрослым и детям старше 12 лет с массой тела свыше 45 кг 500 мг/сут в 1-е сутки, затем 250 мг 1 раз в сутки в течение 4 дней #Азитромицин\*\* противопоказан к применению у детей в возрасте от 0 до 12 лет с массой тела менее 45 кг (для дозы 500 мг), у детей в возрасте от 0 до 3 лет (для дозы 125 мг). Детям в соответствии с инструкцией в зависимости от лекарственной формы.*

или

кларитромицин\*\* дней [41, 111]

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

**Комментарии:** *кларитромицин* взрослым и детям старше 12 лет - 250 мг 2 раза в сутки. В случае более тяжелых инфекций дозу увеличивают до 500 мг 2 раза в сутки. Обычная продолжительность лечения составляет от 5 до 14 дней.

*Кларитромицин\*\** противопоказан к применению у детей в возрасте до 12 лет и в период грудного вскармливания.

или

*#доксициклин\*\** [75]

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

**Комментарии:** *#доксициклин\*\** перорально 200 мг однократно, затем по 100 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 дней *#Доксициклин\*\** противопоказан к применению у детей в возрасте до 8 лет (из-за риска изменения цвета зубов), у беременных женщин и в период грудного вскармливания, детям старше 8 лет в соответствии с инструкцией в зависимости от лекарственной формы

или

*#левофлоксацин\*\** перорально взрослым 250 мг или 500 мг 1–2 раза в сутки в течение 5–7 дней [74, 75]

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

**Комментарии:** *#Левифлоксацин\*\** противопоказан к применению у детей в возрасте до 18 лет, беременных женщин и в период грудного вскармливания.

или

*офлоксацин\*\** 200 мг перорально взрослым 2 раза в сутки в течение 5–7 дней [75]

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

**Комментарии:** *Офлоксацин\*\** противопоказан к применению у детей в возрасте до 18 лет, беременных женщин и в период грудного вскармливания.

или

*#ципрофлоксацин\*\** взрослым 250 мг или 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5–7 дней [75]

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

**Комментарии:** *#Ципрофлоксацин\*\* противопоказан к применению у детей в возрасте до 18 лет, беременных женщин и в период грудного вскармливания*

- **Рекомендуются** пациентам с тилотической экземой в случаях выраженной инфильтрации, гиперкератоза и/или торпидности к проводимой терапии ретиноиды для лечения псориаза:

ретиноиды для лечения псориаза согласно инструкции по применению, назначают [77–80, 116].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** *Препарат принимают во время еды или с молоком. Перед назначением ретиноидов для лечения псориаза и во время терапии ретиноидами для лечения псориаза необходимо проводить контроль состояния пациентов. Следует контролировать функцию печени перед началом лечения ретиноидами для лечения псориаза, каждые 1–2 недели в течение первого месяца после начала лечения, а затем – через каждые 3 месяца. Если результаты анализов указывают на патологию, контроль следует проводить еженедельно. Если функция печени не нормализуется или ухудшается, препарат следует отменить. В этом случае целесообразно продолжать контролировать функцию печени на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев. Необходимо контролировать уровень холестерина и триглицеридов сыворотки натощак.*

*У пациентов с сахарным диабетом ретиноиды для лечения псориаза могут ухудшить толерантность к глюкозе, поэтому на ранних этапах лечения концентрацию глюкозы в крови следует проверять чаще обычного. Из-за возможности нарушения ночного зрения необходим тщательный мониторинг за нарушением зрения. В связи с высокой тератогенностью ретиноидов для лечения псориаза за 2 недели до начала лечения должен быть получен отрицательный результат обследования на беременность. Во время лечения целесообразно проводить дополнительные обследования на беременность не реже 1 раза в месяц. Абсолютно необходимо, чтобы каждая женщина, способная к деторождению, применяла эффективные противозачаточные средства без перерывов в течение 4 недель до начала лечения, в процессе лечения и в течение двух лет после завершения лечения ретиноидами для лечения псориаза. Ретиноиды для лечения псориаза нельзя назначать кормящим матерям. Детям ретиноиды для лечения псориаза назначают только при неэффективности всех других методов лечения.*

или

ультрафиолетовое облучение кожи [23, 81–83]

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** *Перед назначением ультрафиолетового облучения кожи (фототерапии) для выявления противопоказаний целесообразно клиническое обследование пациента и комплекс лабораторных исследований, включающий общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический), консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин), врача-офтальмолога (при назначении такого метода ультрафиолетового облучения кожи как фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА). По показаниям проводится обследование у других специалистов. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм может быть применена детям с 7 лет при тяжелых формах, торпидном течении заболевания. СФТ используется детям с 7-летнего возраста. ПУВА-терапия применяется с 18 лет. Начальную дозу облучения определяют на основании индивидуальной чувствительности кожи путем измерения минимальной фототоксической дозы перед назначением ПУВА-терапии или минимальной эритемной дозы перед назначением УФВ-терапии либо без определения минимальных фототоксических/эритемных доз на основании фототипа кожи (по классификации Т.Б. Фитцпатрика). Следует также учитывать степень загара, площадь поражения, выраженность воспалительной реакции на коже. При всех методах фототерапии основными ближайшими побочными реакциями являются эритема и зуд.*

*Реже наблюдаются пузыри, гиперпигментация или сухость кожи. Длительная многокурсовая фототерапия дозозависимо вызывает развитие симптомов хронического фотоповреждения кожи. Наиболее часто развиваются лентиги, диффузная гиперпигментация, актинический эластоз. Реже встречается ретикулярный себорейный кератоз, телеангиэктазии, крапчатая пигментация кожи. Поскольку псоралены с кровотоком могут проникать в хрусталик глаза и связываться под воздействием УФА с белками хрусталика, при проведении ПУВА-терапии существует потенциальный риск развития катаракты. При длительной многокурсовой ПУВА-терапии увеличивается риск развития плоскоклеточного рака*



кожи. К факторам, повышающим риск канцерогенного действия ПУВА-терапии, относятся общее количество сеансов более 200; кумулятивная доза УФА более 1100 Дж/см<sup>2</sup>; облучение половых органов у мужчин; большое количество сеансов за короткий период; I и II типы кожи; предшествующие опухолевые процессы кожи; терапия ионизирующим и рентгеновским излучением; лечение препаратами мышьяка; другие канцерогенные факторы (курение, инсоляция, лечение циклоспорином\*\*, метотрексатом\*\* и др.). Для уменьшения зуда и сухости кожи пациентам во время курса лечения необходимо использовать смягчающие или увлажняющие средства. В случаях упорного зуда назначают антигистаминные средства системного действия и/или снотворные и седативные средства.

При появлении гиперпигментации кожи на пигментированные участки наносят цинковую пасту или фотозащитный крем, позволяющие защитить кожу от дальнейшего облучения. При проведении фототерапии необходимо соблюдать следующие меры предосторожности: в течение всего курса лечения пациенты должны избегать пребывания на солнце и защищать кожу открытых участков тела от солнечных лучей одеждой или фотозащитным кремом; во время сеанса фототерапии (при ПУВА-терапии – в течение всего дня) необходимо защищать глаза фотозащитными очками с боковой защитой, применение которых позволит избежать развития кератита, конъюнктивита и катаракты; во время процедур следует защищать одеждой или фотозащитными средствами губы, ушные раковины, соски, а также области, подвергающиеся хроническому солнечному облучению (лицо, шея, тыльная поверхность кистей), в случае отсутствия на них высыпаний; следует исключить использование других фотосенсибилизирующих препаратов и косметических средств: тетрациклина, гризеофульвина, сульфаниламидов, тиазидов, производных фенотиазина, ароматических масел и др.

- **Рекомендуется** пациентам с экземой при поражении кожи ладонной поверхности кистей и/или подошвенной поверхности стоп:

локальная узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм от 25 до 30 процедур 3 раза в неделю [84, 112]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2) – для взрослых**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5) – для детей**

- **Рекомендуется** пациентам с экземой при распространённом поражении кожи общая узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм на курс от 25 до 30 процедур 2–5 раз в неделю [80, 82, 83, 85, 86]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)**

- **Рекомендуются** взрослым пациентам с экземой в тяжелых случаях при распространенных высыпаниях:
- Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА) 4 раза в неделю на курс 15–20 процедур. Псоралены для системного применения принимают в дозе 0,6–0,8 мг на 1 кг массы тела за один прием, за 1,5–2 часа до облучения длинноволновым УФ-светом. Начальная доза УФА составляет 50–70% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,25–1,0 Дж/см<sup>2</sup>. Процедуры проводят 2–4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,25–1,0 Дж/см<sup>2</sup>. При появлении слабовыраженной эритемы дозу облучения оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА – 15–18 Дж/см<sup>2</sup> [23, 84, 86–88, 113]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

- **Рекомендуется** взрослым пациентам с тилотической экземой, наличием выраженной инфильтрации и гиперкератоза или в случаях неэффективности фототерапии: фототерапия + ретиноиды для лечения псориаза. Прием ретиноидов для лечения псориаза начинают за 7–14 дней до начала фототерапии, реже – одновременно с ней. Облучение начинают, в зависимости от индивидуальной чувствительности пациента, с дозы, составляющей 30–50% от МЭД или МФД. В дальнейшем разовую дозу повышают на 10–30% от МЭД или МФД. При появлении слабой эритемы дозу облучения не повышают, а в случае развития выраженной эритемы и болезненности кожи требуется перерыв в лечении [89, 117].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Комментарии:** Фототерапия в комбинации с ретиноидами для лечения псориаза оказывает синергическое действие. Ретиноиды для лечения псориаза комбинируют с различными методами фототерапии: УФВ-терапией,

ультрафиолетовым облучением кожи. Фотохимиотерапией с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА), ПУВА-ваннами. Следует учитывать, что ретиноиды для лечения псориаза способны вызывать увеличение десквамации и уменьшение толщины рогового слоя эпидермиса, что в свою очередь может привести к увеличению проникновения УФ-света через измененную кожу и повышению риска развития эритемы. Поэтому в начальной фазе комбинированной терапии разовые дозы ретиноидов для лечения псориаза и УФ-облучения должны быть ниже доз, применяемых при монотерапии, а режим повышения доз облучения – более осторожным, что позволит избежать развития нежелательных фототоксических реакций. Перед назначением ретиноидов для лечения псориаза пациентам, получающим УФВ или ПУВА-терапию в виде монотерапии, показано дозу облучения уменьшить на 50%. При переводе на комбинированное лечение пациентов, получающих монотерапию высокими дозами ретиноидов для лечения псориаза, суточную дозу препарата показано снизить до 10–35 мг/сут, а УФ-облучение проводится начиная с дозы, составляющей 50% от дозы, назначаемой при монотерапии [86, 89].

### **3.2 Хирургическое лечение**

Не применяется.

### **3.3 Иное лечение**

Не применяется.

Обезболивание не применяется.

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

После достижения ремиссии пациентам с экземой может проводиться санаторно-курортное лечение [68, 90].

- **Рекомендуются** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, грязевые ванны [90–92].

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

- **Рекомендуется** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, воздействие нафталаном [90].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
- **Рекомендуются** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, ванны сероводородные лечебные [90,91,92].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
- **Рекомендуются** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, ванны газовые (углекислые, азотные) [90,91, 92].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
- **Рекомендуется** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, иодобромная ванна [90,91, 92].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
- **Рекомендуются** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, ванны радоновые лечебные [90, 91, 92].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
- **Рекомендуются** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, ванны минеральные лечебные [90, 91,92].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
- **Рекомендуется** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, гелиовоздействие [90,91, 92].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**
- **Рекомендуется** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, воздействие климатом [90, 91, 92].  
**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Экзема является показанием для лечения в морском климате. К приморским курортам относят: курорты Южного берега Крыма, южной и

*северной части Черноморского побережья Кавказа, курорты Азовского моря [92]. Эффективной считается реабилитация пациентов с экземой в горном климате (Северный Кавказ) [92]. Благоприятно воздействует на течение хронической экземы лесной климат. В весенне-летний период повышенный фитогенез обуславливает высокое содержание в воздухе лесов летучих ароматических веществ, которые обладают седативным и бактерицидным действием (аэрофитотерапия) [92].*

- **Рекомендуется** пациентам с экземой, находящимся в состоянии ремиссии, аэровокздействие [90,91,92].

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

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

Используются методы вторичной профилактики, направленные на предупреждение рецидивов экземы.

- **Рекомендуется** пациентам с экземой в состоянии ремиссии для предотвращения развития рецидивов заболевания [68]:
  - исключение контактов с возможными аллергенами;
  - ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур;
  - соблюдение диеты;
  - соблюдение личной гигиены;
  - профилактическое использование эмолентов, корнеопротекторов, нейтральных моющих средств;
  - одежда не должна вызывать перегрева, не содержать шерстяных и синтетических компонентов;
  - воздух в помещении должен быть увлажнен [68].

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

## **6. Организация оказания медицинской помощи**

Медицинская помощь пациентам с экземой оказывается врачами-дерматовенерологами.

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные

врачи) при выявлении у пациентов высыпаний на коже, симптомов или признаков экземы направляют больного в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации дерматовенерологического профиля при отсутствии медицинских показаний для направления в нее.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь пациентам с экземой оказывается врачами-дерматовенерологами в стационарных условиях.

При необходимости использования физиотерапевтических методов лечения пациенты с экземой направляются врачом-дерматовенерологом из консультативно-диагностического и стационарного отделений, в том числе дневного и круглосуточного стационаров, на консультацию врача-физиотерапевта.

#### **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 пациентов с экземой [49–53, 93, 94].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Комментарии:** *Смягчающие средства традиционно используются при всех видах кожных заболеваний, связанных с эпидермальной патологией и барьерной*

дисфункцией [50, 52]. Эмолиенты существуют в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн. Выбор лекарственной формы определяется клинико-морфологической формой воспаления [59]. 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 [51, 53, 93]. Поддерживающее лечение увлажняющими препаратами значительно сокращает время рецидива экземы [49].

### Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Пациентам с экземой проведена наружная терапия кортикостероидами, применяемыми в дерматологии или другими препаратами, применяемыми в дерматологии (#пимекролимус** или #такролимус** или пиритион цинка)	C	5
2.	Пациентам с экземой, сопровождающейся зудом, проведена терапия антигистаминными средствами системного действия	C	5
3.	Пациентам с экземой, сопровождающейся инфицированием очагов поражения, проведена наружная терапия кортикостероидами в комбинации с другими средствами или кортикостероидами в комбинации с антибиотиками и/или антисептиками и дезинфицирующими средствами	C	5

## Список литературы

1. 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.
2. Юсупова Л.А., Юнусова Е.И., Гараева З.Ш. и др. Современные особенности клиники, диагностики и терапии больных экземой. Лечащий врач. 2018; 6: 85.
3. Сенчукова С.Р., Романов Е.В. Патоморфологические особенности хронических дерматозов (псориаза и аллергодерматозов) при описторхозе. Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2008; 28 (6): 163–168.
4. Wuthrich B, Schmid-Grendelmeier P. The atopic eczema/dermatitis syndrome. Epidemiology, natural course, and immunology of the IgE-associated (“extrinsic”) and the nonallergic (“intrinsic”) AEDS. J Invest Allergol Clin Immunol. 2003;13 (1): 1–5.
5. Darsow U, Laifaoui J, Kerschenlohr K. et al. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema: a European multicenter study. Allergy. 2004; 59 (12): 1318–1325.
6. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM. et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. Br J Dermatol. 2009; 160 (2): 353–358.
7. Haslund P, Bangsgaard N, Jarlov JO. et al. Staphylococcus aureus and hand eczema severity. Br J Dermatol. 2009; 161 (4): 772–777.
8. Mernelius S., Carlsson E., Henricson J. et al. Staphylococcus aureus colonization related to severity of hand eczema. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2016; 35 (8): 1355–1361.
9. Schlievert PM, Case LC, Strandberg KL. et al. Super-antigen profile of Staphylococcus aureus isolates from patients with steroid-resistant atopic dermatitis. Clin Infect Dis. 2008; 46 (10): 1562–1567.
10. Bath-Hextall FJ, Birnie AJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Interventions to reduce Staphylococcus aureus in the management of atopic eczema: an updated Cochrane review. Br J Dermatol. 2010; 163 (1): 12–26.
11. Gueniche A, Knaudt B, Schuck E. et al. Effects of nonpathogenic gram-negative bacterium *Vitreoscilla filiformis* lysate on atopic dermatitis: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical study. Br J Dermatol. 2008; 159 (6): 1357–1363.
12. Kaffenberger BH, Mathis J, Zirwas MJ. A retrospective descriptive study of oral azole antifungal agents in patients with patch test-negative head and neck predominant atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014; 71 (3): 480–483.



13. Svejgaard El, Larsen PØ, Deleuran M. et al. Treatment of head and neck dermatitis comparing itraconazole 200 mg and 400 mg daily for 1 week with placebo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004; 18 (4): 445–449.
14. Glatz M, Buchner M, von Bartenwerffer W. et al. *Malassezia* spp.-specific immunoglobulin E level is a marker for severity of atopic dermatitis in adults. *Acta Derm Venereol.* 2015; 95 (2): 191–196.
15. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O. et. al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015; 13 (1): e1–22.
16. 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.
17. Green C, Colquitt JL, Kirby J, Davidson P. Topical corticosteroids for atopic eczema: clinical and cost effectiveness of once-daily vs. more frequent use. *Br J Dermatol.* 2005; 152 (1): 130–134.
18. Дюдюн А.Д., Полион Н.Н., Горбунцов В.В. и др. Эффективность и переносимость препарата Афлодерм в комплексном лечении больных со стероидчувствительными дерматозами и локализацией патологических процессов на участках с повышенной чувствительностью кожи. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* 2014; 1–4: 215–221.
19. 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.
20. 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.
21. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Клиническая эффективность различных лекарственных форм метилпреднизолона ацепоната в лечении хронических воспалительных заболеваний у детей. *Вопросы современной педиатрии.* 2005; 4 (3): 87–90.
22. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Рук. для практикующих врачей / А.А. Кубанова, В.И. Кисина, Л.А. Блатун, А.М. Вавилов и др.; под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. М.: Литтерра, 2005; 882 с. (Рациональная фармакотерапия: сер. Рук. для практикующих врачей; т.8).

23. 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.
24. Haneke E. The treatment of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponate (MPA) a new topical corticosteroid. *J Dermatol Treat.* 1992; 3 (Suppl. 2): 13–15.
25. 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.
26. Монахов С.А. Опыт применения мази «Локоид» у больных хроническими воспалительными дерматозами. *Альманах клинической медицины.* 2007; 15: 241–244.
27. 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.
28. Green C, Colquitt JL, Kirby J, Davidson P. Topical corticosteroids for atopic eczema: clinical and cost effectiveness of once-daily vs. more frequent use. *Br J Dermatol.* 2005; 152 (1): 130–134.
29. Соколовский Е.В., Монахов К.Н., Холодилова Н.А., Домбровская Д.К. Современные подходы к лечению экземы кистей. *Клиническая дерматология и венерология.* 2009; 9 (6): 40–43.
30. 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 (5): 597–601.
31. van Velsen SG, De Roos MP, Haecck IM. et al. The potency of clobetasol propionate: serum levels of clobetasol propionate and adrenal function during therapy with 0.05% clobetasol propionate in patients with severe atopic dermatitis. *J Dermatolog Treat.* 2012; 23 (1): 16–20.
32. Sher LG, Chang J, Patel IB. et al. Relieving the pruritus of atopic dermatitis: a meta-analysis. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92 (5): 455–461.
33. 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.
34. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Оценка эффективности препарата СКИН-КАП при лечении детей, больных себорейной и микробной экземой. *Российский аллергологический журнал.* 2005; 2: 59–63.

35. 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 (1): 99–100.
36. 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 (1): 71–77.
37. 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.
38. 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.
39. Luger T., Paul C. Potential new indications of topical calcineurin inhibitors. *Dermatology*. 2007; 215 Suppl 1: 45–54.
40. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х т. – Т. 2/ Под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1995, 544 с. – ил.
41. Данилова А.А. Общие подходы к терапии экземы в практике врача-интерниста. *Лечащий врач*. 2011; 8: 94.
42. Дубенский В.В., Гармонов А.А. Наружная терапия дерматозов. Руководство для врачей. Тверь. – 2007. – 220 с. (С.158).
43. Chang C., Keen C.L., Gershwin M.E. Treatment of eczema. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2007; 33 (3): 204–225.
44. 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.
45. Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э. Этиопатогенетическая терапия воспалительных дерматозов. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2018; 94 (2): 78–83.
46. Хардикова С.А. Эффективность и переносимость различных форм Акридерма ГК в ежедневной практике дерматовенеролога. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016; 15 (5): 55–61.
47. Хардикова С.А. Рациональный выбор комбинированного топического глюкокортикостероида в условиях амбулаторного приема врача-дерматовенеролога. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018; 2: 67–72.
48. Ковалёва Ю.С., Комкина Н.Г. Микробная экзема – триггерные точки воздействия. *Медицинский совет*. 2023; 17 (2): 37–44.

49. Strategos J. Fusidic acid-betamethasone combination in infected eczema: an open, randomized comparison with gentamicin-betamethasone combination. *Pharmatherapeutica*. 1986; 4 (9): 601–606.
50. Шибаета Е.В., Пышкина Е.И. Наружная терапия инфицированных дерматозов: адекватный подход к выбору препарата. *Эффективная фармакотерапия*. 2013; 1 (8): 10–15.
51. Сухарев А.В., Патрушев А.В., Теличко И.Н. и др. Пимафукорт – оптимальный выбор при лечении инфекций кожи и воспалительных дерматозов. *Эффективная фармакотерапия*. 2014; 4: 8–14.
52. Хлебникова А.Н. Рациональная терапия инфицированных дерматозов. *Эффективная фармакотерапия*. 2013; 40: 22–26.
53. Leyden JJ, Kligman AM. The case for steroid–antibiotic combinations. *Br J Dermatol*. 1977; 96 (2): 179–187.
54. Hjørth N, Schmidt H, Thomsen K. Fusidic acid plus betamethasone in infected or potentially infected eczema. *Pharmatherapeutica*. 1985; 4 (2): 126–131.
55. Ramsay C, Savoie J, Gilbert M. et al. The treatment of atopic dermatitis with topical fusidic acid and hydrocortisone acetate. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1996; 7 (Suppl. 1): S15–22.
56. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В. и др. Инновационное комбинированное наружное средство в терапии осложненных дерматозов: опыт использования. *Лечащий врач*. 2019; 5: 38.
57. Bonamonte D, Belloni Fortina A, Neri L, Patrizi A. Fusidic acid in skin infections and infected atopic eczema. *G Ital Dermatol Venereol*. 2014; 149 (4): 453–459.
58. Богданович Т.М., Страчунский Л.С. Мупиноцин: уникальный антибиотик для местного применения. *Клин. микробиол. и антимикробн. химиотер.* 1999; 1: 57–65.
59. Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Мурашкин Н.Н. и др. Микробная экзема: новые возможности комбинированной топической терапии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011; 6: 98–104.
60. Bettley FR. Hand Eczema. *Br Med J*. 1964; 2 (5402): 151–155.
61. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. 1999.
62. Gupta M, Mahajan VK, Mehta KS, Chauhan PS. Zinc therapy in dermatology: a review. *Dermatol Res Pract*. 2014; 2014: 709152.
63. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018; 32 (6), 850–878.

64. Способ лечения микробной экземы Заявка на патент 2018142639 Рос. Федерация/Тлиш М.М., Гуменюк С.Е., Попандопуло Е.К. Патентообладатель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России). Опубликовано: 2019.09.09.
65. Schmitt J, Apfelbacher CJ, Flohr C. Eczema. *BMJ Clin Evid*. 2011 May 17;2011:1716.
66. 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.
67. 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.
68. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни: учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – с. 250–251. : ил.
69. Астафьева Н.Г., Гамова И.В., Удовиченко Е.Н. Перфилова И.А. Левоцетиризин: современные аспекты применения при аллергических заболеваниях с точки зрения доказательной медицины. *Лечащий врач*. 2010; 5: 62.
70. Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Мурашкин Н.Н. Применение левоцетиризина (Гленцета) у больных экземой. Клинико-ультрасонографическая оценка эффективности. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011; 3: 127–132.
71. Matterne U, Böhmer MM, Weisshaar E. et al. Oral H1 antihistamines as ‘add-on’ therapy to topical treatment for eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 1 (1): CD012167.
72. Kawashima M, Tango T, Noguchi T. et al. Addition of fexofenadine to a topical corticosteroid reduces the pruritus associated with atopic dermatitis in a 1-week randomized, multicentre, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Br J Dermatol*. 2003; 148 (6): 1212–1221.
73. Соколова Т.В., Сафонова Л.А. Особенности течения и лечения атопической эритродермии Хилла (случай из практики). *Вестник дерматологии и венерологии*. 2016; (3): 128–138.
74. Новикова Л.А., Бахметьева Т.М., Бялик Л.Р., Бахметьев А.А. Фексофаст в комплексном лечении аллергических заболеваний кожи. // Тезисы Второй Научно-практической конференции «Современные аспекты дерматовенерологии». Москва, 2–3 декабря 2010 г.

75. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Сафонова Л.А. Стратегия выбора наружной терапии при микробной экземе. Клиническая дерматология и венерология. 2017; (3): 46–63.
76. 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 (часть 2): 29–33.
77. 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 Derm Venereol.* 2001; 81 (5): 353–355.
78. Song M., Lee H.J., Lee W.K. et al. Acitretin as a therapeutic option for chronic hand eczema. *Ann Dermatol.* 2017; 29 (3), 385–387.
79. Tan J, Maari C, Nigen S. et al. Open-label exploratory study of acitretin for the treatment of sever chronic hand dermatitis. *J Dermatolog Treat.* 2015; 26 (4): 373–375.
80. 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.
81. Gambichler T, Othlinghaus N, Tomi NS. et al. Medium-dose ultraviolet (UV) A1 vs. narrowband UVB phototherapy in atopic eczema: a randomized crossover study. *Br J Dermatol.* 2009; 160 (3): 652–658.
82. Grundmann-Kollmann M, Behrens S, Podda M. et al. Phototherapy for atopic eczema with narrow-band UVB. *J Am Acad Dermatol.* 1999; 40 (6 Pt 1): 995–997.
83. Christoffers WA, Coenraads PJ, Svensson Å, Diepgen TL, Dickinson-Blok JL, Xia J, Williams HC. Interventions for hand eczema. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Apr 26; 4 (4): CD004055.
84. Sezer E, Etikan I. Local narrowband UVB phototherapy vs local PUVA in the treatment of chronic hand eczema. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2007; 23 (1): 10–14.
85. Reynolds N.J., Franklin V., Gray J.C. et al. Narrow-band ultraviolet B and broad-band ultraviolet a phototherapy in adult atopic eczema: A randomised controlled trial. *Lancet.* 2001; 357 (9273): 2012–2016.
86. Данбаева Ж.С., Исламгалиева Ж.Х. Внедрение ПУВА терапии при лечении кожных заболеваний. Клиническая медицина Казахстана. 2011; 21 (2): 118–121.
87. Patrizi A, Raone B, Ravaioli GM. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2015; 8: 511–520.

88. Berg M., Ros A.M. Treatment of psoriasis with psoralens and ultraviolet A. A double-blind comparison of 8-methoxypsoralen and 5-methoxypsoralen. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 1994; 10 (5): 217–220.
89. Lebwohl M. Acitretin in combination with UVB or PUVA. *J Am Acad Dermatol*. 1999; 41 (3): S22–S24.
90. Маньшина Н.В., Севрюкова В.С., Соловьев А.М., Кулешова Л.М. Санаторно-курортное лечение болезней кожи. *Медицинский совет*. 2008; 1–2: 67–75.
91. Шеренговская Ю.В., Горлова Н.А., Прохоров Д.В. Санаторно-курортное лечение больных экземой. *Вестник физиотерапии и курортологии*. 2020; 3: 119–123.
92. Корчажкина Н.Б., Круглова Л.С., Турбовская С.Н., Елфимов М.А. Медицина труда и промышленная экология. Профилактика и реабилитация пациентов с хроническими дерматозами (обзор литературы). 2016; 11: 33–38.
93. Елисютина О.Г., Феденко Е.С., Федоскова Т.Г., Лусс Л.В. Эффективность терапии левоцетиризином у больных с аллергодерматозами. *Рос. аллергол. журн*. 2012; 5: 69–75.
94. Саялкаева А.Д., Койбагарова А.А., Чуракаев М.В. Актуальность применения эмоленов в лечении хронической экземы. *Лечебное дело*. 2022; 2: 118–123.
95. Белоусова Т.А. Рациональное применение наружных глюкокортикостероидов в общей клинической практике. *РМЖ*. 2006;29:2090, [https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Racionalnoe\\_primenenie\\_narughnyh\\_glvukokortikosteroidov\\_v\\_obschey\\_klinicheskoy\\_praktike/?utm\\_source=google.com&utm\\_medium=organic&utm\\_campaign=google.com&utm\\_referrer=google.com](https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Racionalnoe_primenenie_narughnyh_glvukokortikosteroidov_v_obschey_klinicheskoy_praktike/?utm_source=google.com&utm_medium=organic&utm_campaign=google.com&utm_referrer=google.com)
96. Глюкокортикостероиды для местного применения в современной стратегии терапии воспалительных дерматозов в педиатрической практике // *ПМ*. 2014. №9 (85). <https://cyberleninka.ru/article/n/glvukokortikosteroidy-dlya-mestnogo-primeneniya-v-sovremennoy-strategii-terapii-vospalitelnyh-dermatozov-v-pediatricheskoy-praktike/viewer>
97. Хардикова С.А. Применение крема с комплексным составом: метилпреднизолон ацепонат 0,1% + мочевины 2% в терапии дерматозов в области лица. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016; 2: 74–80 – 4С <https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2016/2/101997-284920150213?ysclid=lxlrwua66978757877>
98. Ташкенбаева У. и У. Музапова. «Эффективность и безопасность применения пимекролимуса при детских экземах кожи у детей и подростков». *Педиатрия 1.1* (2023): 75-79. <https://inlibrary.uz/index.php/pediatrics/article/view/26600?ysclid=lxlshmkqz571860687>

99. Л.А. Юсупова, Е. И. Юнусова, З. Ш. Гараева, Г. И. Мавлютова, Е. В. Бильдюк, А. Н. Шакирова Современные особенности клиники, диагностики и терапии больных экземой. Лечащий врач № 6/2018; Номера страниц в выпуске: 85-87 <https://www.lvrach.ru/2018/06/15436988>
100. Хамаганова И. В. Нуммулярная экзема //Медицина для всех. Заболевания кожи: диагностика, лечение, профилактика. – 2001. – №. 2. <https://medi.ru/info/12400/>
101. Олисова О. Ю., Плиева Л. Р. Терапия пиодермий //РМЖ. – 2014. – Т. 22. – №. 8. – С. 610-612. [https://www.rmj.ru/articles/klinicheskaya\\_farmakologiya/Terapiya\\_piodermy/](https://www.rmj.ru/articles/klinicheskaya_farmakologiya/Terapiya_piodermy/)
102. Альбанова В. И. Применение чистого дёгтя в дерматологической практике //РЕТИНОИДЫ–ДЕРМАТОЛОГУ. – 2006. – С. 10. <https://retinoids.ru/pub/edition/almanacs/almanac-27?ysclid=lxlw9mr9x122724597>
103. Альбанова В. И., Белоусова Т. А. Нафталанская нефть и ее применение в медицине //Ретиноиды. М.: Ретиноиды. – 2007. – №. 27. – С. 19-35. <https://retinoids.ru/pub/edition/almanacs/almanac-27?ysclid=lxlw9mr9x122724597>
104. Ю.А. Малиновская, М.С. Иванилова, В.Н. Курятников, А.Ю. Климочкина. Ихтиол: великое прошлое или прекрасное будущее? <https://cyberleninka.ru/article/n/ichtiol-velikoe-proshloe-ili-prekrasnoe-budushee/viewer>
105. А.Н. Хлебникова, Д.Д. Петрунин. Цинк, его биологическая роль и применение в дерматологии. Вестник дерматологии №6. 2013, с. 100
106. Матушевская Е.В., Коцарева О.Д., Матушевская Ю.И., Свирщевская Е.В. Поддерживающая терапия при атопическом дерматите у взрослых и детей. Клиническая дерматология и венерология. 2017;16(4):14-20. Matushevskaja EV, Kotsareva OD, Matushevskaja IuI, Svirshchevskaja EV. Supportive therapy for atopic dermatitis in children and adults. Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology. 2017;16(4):14-20. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma201716414-20>
107. И.М. Корсунская, Т.В. Карапетян, З.А. Невозинская, О.В. Доржиева, Е.Н. Лукьянова, С.Д. Гусева. Принципы терапии хронической экземы [https://umedp.ru/articles/printsiyv\\_terapii\\_khronicheskoy\\_ekzemy.html](https://umedp.ru/articles/printsiyv_terapii_khronicheskoy_ekzemy.html)
108. Е.С. Феденко, О.Г. Елисютина, Н.И. Ильина. Эффективность и безопасность диметиндена малеата в клинической практике. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21086296>
109. Справочник дерматолога под ред. В.Н. Мордовцева и Ю.К. Скрипкина. С.Петербург. Издательство «Гиппократ», 1999, с.



110. С. Д. Митрохин. Азитромицин: обоснованность применения в терапии различной инфекционной патологии. <https://cyberleninka.ru/article/n/azitromitsin-obosnovannost-primeneniya-v-terapii-razlichnoy-infektsionnoy-patologii/viewer>
111. М. С. Савенкова. Макролиды: современные исследования и показания к назначению «нового» кларитромицина. <https://cyberleninka.ru/article/n/makrolidy-sovremennye-issledovaniya-i-pokazaniya-k-naznacheniyu-novogo-klaritromitsina/viewer>
112. Турбовская С.Н., Круглова Л.С., Корчажкина Н.Б. Узкополосная (311 нм) фототерапия хронических дерматозов у детей. <https://cyberleninka.ru/article/n/uzkopolosnaya-311nm-fototerapiya-hronicheskikh-dermatozov-u-detey/viewer>
113. С.Н. Турбовская, Е.С. Пониц, Л.С. Круглова, Р.Н. Левшин, Н.Б. Корчажкина, М.А. Елфимов, Е.В. Филатова, И.И. Иванова, В.Е. Илларионов, А.В. Червинская. Подходы к фототерапии у детей с хроническими дерматозами. <https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-fototerapii-u-detey-s-hronicheskimi-dermatozami-obzor-literatury/viewer>
114. Дерматиты, экземы, нейродерматозы: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям: 060 101 65-Лечебное дело, 060 103 65-Педиатрия. – 2012.
115. Мазитова Л.П. Современные подходы к лечению аллергических заболеваний кожи у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 4. – №. 2. – С. 122-124.
116. Суворова К. Н. и др. Развитие учения о себорейной экземе и современные практические вопросы // Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. – №. 4. – С. 49-56.
117. Сустретов В. А., Сидоренко О. А., Старостенко В. В. Эффективность методики ре-ПУВА-терапии больных с хронической экземой ладоней и подошв // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №. 6. – С. 1001-1001.

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

1. Кубанов Алексей Алексеевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов, директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России.
2. Артамонова Ольга Григорьевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Воронцова Анастасия Александровна – член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Заславский Денис Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Знаменская Людмила Федоровна – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
6. Зубарева Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
7. Карамова Арфеня Эдуардовна – кандидат медицинских наук, доцент, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
8. Ласеев Денис Иванович – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
9. Мончаковская Екатерина Сергеевна – член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
10. Новиков Юрий Александрович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
11. Правдина Ольга Валерьевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
12. Радул Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
13. Хардикова Светлана Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
14. Чикин Вадим Викторович – доктор 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)

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	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)
<b>С</b>	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.**

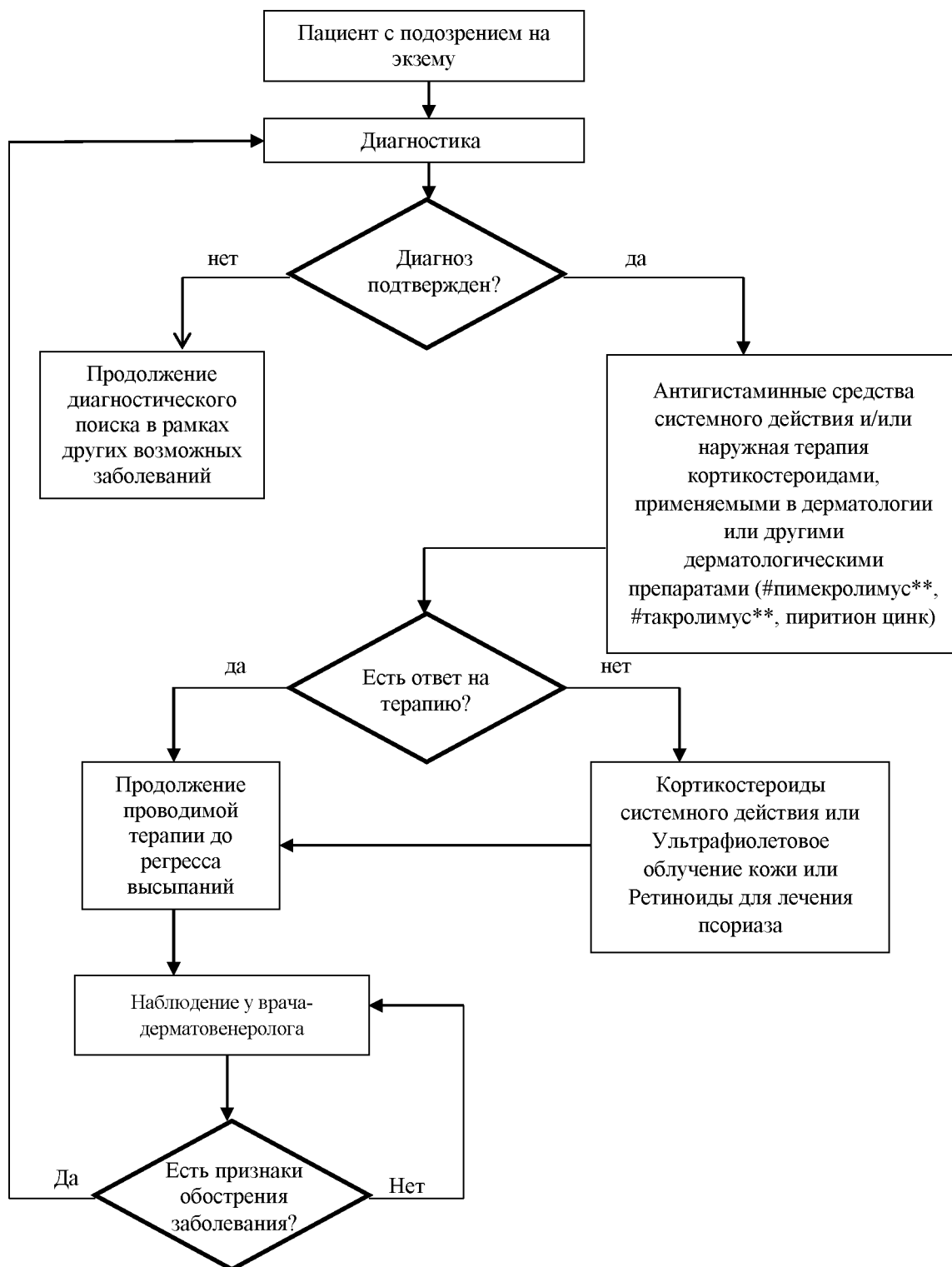
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных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

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие  
показаний к применению и противопоказаний, способов применения и  
доз лекарственных препаратов, инструкции по применению  
лекарственного препарата**

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

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.

## 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.

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные  
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических  
рекомендациях**

Специальные шкалы оценки, индексы, вопросники при обследовании пациентов с  
экземой не применяются.