

Клинические рекомендации

Контактный дерматит

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: L23/L24/L25.0, L25.1, L25.2, L25.3, L25.4, L25.5, L25.8, L25.9

Возрастная группа: дети/взрослые

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации:

- Национальный Альянс Дерматологов и Косметологов

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	4
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	4
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
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	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)...	10
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
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	13
2.3 Лабораторные диагностические исследования	14
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.....	15
3. 2 Хирургическое лечение	19

3.3 Иное лечение.....	19
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	21
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	21
6. Организация оказания медицинской помощи	22
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	22
Критерии оценки качества медицинской помощи	23
Список литературы.....	24
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	31
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	32
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	34
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	35
Приложение В. Информация для пациента	36
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	37

Список сокращений

АГ – антиген

АКД – аллергический контактный дерматит

ГКС – глюкокортикостероиды

КД – контактный дерматит

ЛС – лекарственные средства

МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

МНО – международное нормализованное отношение

ПКД – простой (ирритантный) контактный дерматит

ПУВА-терапия – фотохимиотерапия

РГЗТ – реакция гиперчувствительности замедленного типа

ТИК – топические ингибиторы кальциневрина

** - препарат входит в список ЖНВЛП

- off-label (назначение препарата вне зарегистрированных показаний)

Термины и определения

Аллергический контактный дерматит – это воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, возникающее под влиянием факультативных раздражителей (сенсibilизаторов) у лиц с повышенной чувствительностью к ним, как правило, при повторном контакте с аллергеном, что опосредуется иммунологическими механизмами развития.

Контактный дерматит – это воспалительная реакция кожи и слизистых оболочек в ответ на воздействие экзогенного раздражающего фактора. КД подразделяют на простой (ирритантный) контактный дерматит и аллергический контактный дерматит.

Простой (ирритантный) контактный дерматит – это воспалительный дерматоз, возникающий при воздействии на кожу и слизистые оболочки облигатных (химических, физических, биологических, механических) раздражителей и не связан с аллергией.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Контактный дерматит (КД) – это воспалительная реакция кожи и слизистых оболочек в ответ на воздействие экзогенного раздражающего фактора. КД подразделяют на простой (ирритантный) контактный дерматит и аллергический контактный дерматит.

Простой (ирритантный) контактный дерматит (ПКД) – это воспалительный дерматоз, возникающий при воздействии на кожу и слизистые оболочки облигатных (химических, физических, биологических, механических) раздражителей и не связан с аллергией [1,2,3].

Аллергический контактный дерматит (АКД) – это воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, возникающее под влиянием факультативных раздражителей (сенсibilизаторов) у лиц с повышенной чувствительностью к ним, как правило, при повторном контакте с аллергеном, что реализуется иммунологическими механизмами развития [1,3,4,5].

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

ПКД представляет собой воспаление кожи и слизистых оболочек, возникающее непосредственно в месте прямого воздействия экзогенного фактора, сразу после контакта с ним, либо через непродолжительный латентный период времени [3,4]. ПКД встречается в 80% случаев КД, часто заболевание обусловлено профессией пациента [1].

ПКД всегда имеет четкую этиологию. Безусловными или облигатными раздражителями могут быть различные химические, физические, биологические и механические агенты. Физические раздражители, такие как трение, ссадины, воздействие детергентов (например, лаурилсульфат натрия), вызывают проявления ПКД преимущественно в комбинации, чем по отдельности. [3,4,6,7].

Факторы, определяющие степень тяжести ПКД, включают количество и концентрацию раздражителя, длительность и частоту воздействия, также отмечается зависимость от типа кожи, фототипа, имеющейся атопии. Любое повреждение кожного покрова нарушает целостность эпидермального барьера, в результате чего кожа в этом месте становится более подверженной воздействию ирритантов. Факторы окружающей среды, такие как высокая или низкая температура, влажность, также имеют важное значение.

В патогенезе ПКД можно выделить четыре взаимосвязанных механизма: потеря поверхностных липидов и влагоудерживающих веществ; повреждение клеточных оболочек; денатурация эпидермального кератина; прямое цитотоксическое действие [1]. В ответ на раздражающее действие экзогенного фактора происходит высвобождение провоспалительных цитокинов из кератиноцитов и возникновение воспалительной реакции [2,8].

АКД патогенетически представляет собой реакцию гиперчувствительности замедленного типа, опосредованную сенсibilизированными лимфоцитами (РГЗТ, IV типа).

Условные (факультативные) раздражители, как правило, становятся причиной дерматита при повторных контактах на фоне уже развившейся сенсibilизации к ним. В таком случае возникает аллергический (сенсibilизационный или экземоподобный) дерматит. Иммуный ответ на определенный антиген, его скорость и степень выраженности всегда генетически детерминированы. При этом врожденная повышенная чувствительность (идиосинкразия) встречается редко [4].

Аллергенами, вызывающими АКД являются различные низкомолекулярные химические соединения, входящие в состав косметических и ЛС, некоторые растения, латекс, резина, металлы и вещества их содержащие, например, никель, кобальт, хром, медь (табл. 1). Такие вещества обладают достаточно слабыми антигенными свойствами и становятся полноценными гаптенами после связывания с белками. У работников химических производств, медицинских учреждений, парикмахеров заболевание может носить профессиональный характер [9].

АКД начинается в месте воздействия аллергена, может захватывать окружающую кожу и нередко распространяется на отдаленные ее участки. Возможны и генерализованные поражения кожного покрова.

В патогенезе АКД выделяют две последовательные фазы: сенсibilизации и воспаления. Сенсibilизация происходит при первичном контакте эпидермиса с причинно-значимым агентом и связана с секрецией кератиноцитами провоспалительных цитокинов и хемокинов. В этой фазе происходит сенсibilизация организма к аллергену, но количество Т-клеток еще недостаточно для развития клинически видимого ответа.

Во время фазы воспаления кератиноциты представляют аллерген (АГ), повторно попавший в организм, сенсibilизированными к нему Т-лимфоцитам. Последние, секретировав IL-2 и IFN- γ , активизируют макрофаги с развитием клеточной инфильтрации. В результате через 18–96 часов развиваются клинические признаки АКД.

Фотоаллергический (фотоаггравированный) дерматит является вариантом АКД и возникает под действием инородных химических веществ (фотосенсibilизаторов), контактирующих с кожей пациента эндогенно или экзогенно, в комбинации с экспозицией ультрафиолетовыми лучами. Фотосенсibilизирующим действием обладают некоторые препараты.

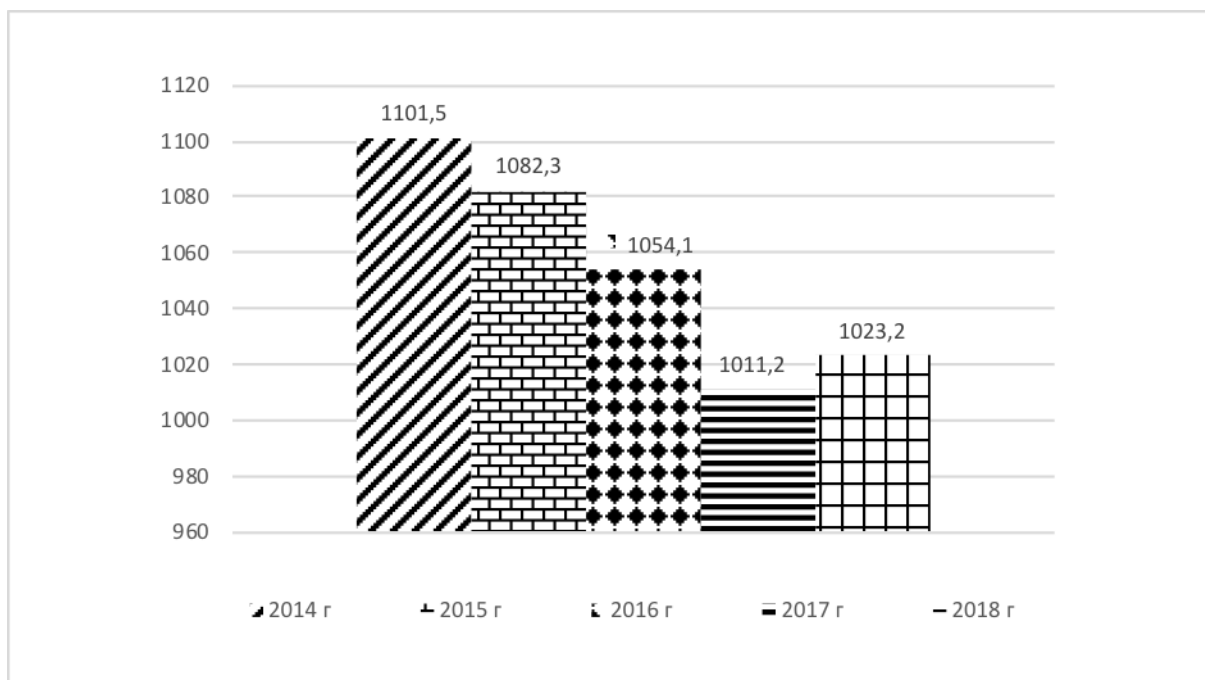
Таблица 1. Наиболее распространенные вещества, способные вызывать аллергический КД:

Группа аллергенов	Вид аллергена	Группы риска
Металлы	Никель, кобальт, хром, алюминий, медь	Работники производств (кожа, цемент, краски)
Местные ЛС	Антибактериальные средства, лидокаин**, прокаин**	Пациенты с кожными заболеваниями, медицинский персонал и т.д.
Косметические средства Парфюмерия	Перуанский бальзам, алкоголь, жиры, стабилизаторы и консерванты (этилпарабен, бутилпарабен, бензилпарабен, гексахлорофен), средства с ланолином, различные косметические масла	Женщины (чаще, чем мужчины)
Детергенты, мыла, консерванты	Химические вещества, в том числе формальдегид, лаурилсульфат натрия	Уборщицы, домохозяйки, лабораторные и медицинские работники
Растения	Ядовитый плющ, примула, артишок, хризантема и некоторые другие растения из семейства сложноцветных	Садовники, фермеры, цветоводы, лица, применяющие косметику или местные ЛС, содержащие эти растения
Резина/резиновые изделия	Латексные перчатки, обувь, шины, игрушки, средства контрацепции	Работники промышленных производств, медицинские работники, все, кто использует эти вещества
Адгезивы, красители	Парафенилендиамин, сульфат и хлорид кобальта, эпоксидный клей, смолы	Парикмахеры, работники промышленных производств

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным федерального статистического наблюдения, показатели впервые выявленной заболеваемости КД в Российской Федерации с 2014 по 2017 год ежегодно снижались. В 2018 году относительно предыдущего года заболеваемость выросла на 1,2%, хотя за последние пять лет снижение показателя уже было на 7,1% (рисунок 1). Снижение показателей заболеваемости также произошло практически во всех федеральных округах, в том числе: в Сибирском – 24,5% (с 1049,9 до 792,2 на 100 000 населения), Уральском – 23,2% (с 1149,3 до 882,2 на 100 000 населения), Дальневосточном – 19,1% (с 1262,1 до 1020,6 на 100 000 населения), Приволжском – 9,0% (1244,5 до 1133,1 на 100 000 населения), Южном – 3,4% (с 945,6 до 910,7 на 100 000 населения), Северо-Западном – 2,2% (с 1233,7 до 1206,4 на 100 000 населения), Северо-Кавказском – 0,6% (943,6 до 937,6 на 100 000 населения), при этом в Центральном ФО показатель заболеваемости КД за аналогичный период вырос на 6,9% (с 1018,0 до 1087,8 на 100 000 населения) [10,11].

Рисунок 1 Заболеваемость контактным дерматитом в Российской Федерации, 2014-2018 гг. (на 100 000 населения)



Все это свидетельствует о нестабильности эпидемиологической ситуации по заболеваемости КД по стране в целом, поскольку снижение показателей заболеваемости как в федеральных округах, так и по стране в целом произошло не существенно [10,11].

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

Аллергический контактный дерматит (L23):

L23.0 - Аллергический контактный дерматит, вызванный металлами. Хромом, никелем;

L23.1 - Аллергический контактный дерматит, вызванный клейкими веществами;

L23.2 - Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами;

L23.3 - Аллергический контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей;

L23.4 - Аллергический контактный дерматит, вызванный красителями;

L23.5 - Аллергический контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами. Цементом, инсектицидами, пластиком, резиной;

L23.6 - Аллергический контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей;

- L23.7 - Аллергический контактный дерматит, вызванный растениями, кроме пищевых;
- L23.8 - Аллергический контактный дерматит, вызванный другими веществами;
- L23.9 - Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена. Аллергическая контактная экзема БДУ.

Простой раздражительный (irritant) контактный дерматит (L24):

- L24.0 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный моющими средствами;
- L24.1 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный маслами и смазочными материалами;
- L24.2 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный растворителями; Растворителями: хлорсодержащей, циклогексановой, эфирной, гликолевой, углеводородной, кетоновой, группы;
- L24.3 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный косметическими средствами;
- L24.4 - Раздражительный контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей;
- L24.5 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами цементом, инсектицидами;
- L24.6 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей;
- L24.7 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный растениями, кроме пищевых;
- L24.8 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный другими веществами, красителями;
- L24.9 - Простой раздражительный контактный дерматит, причина не уточнена. Ирритационная контактная экзема БДУ.

Контактный дерматит неуточненный (L25):

- L25.0. Неуточненный контактный дерматит, вызванный косметическими средствами;
- L25.1. Неуточненный контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей;
- L25.2. Неуточненный контактный дерматит, вызванный красителями;
- L25.3. Неуточненный контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами. Цементом, инсектицидами;
- L25.4. Неуточненный контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей;

- L25.5. Неуточненный контактный дерматит, вызванный растениями, кроме пищевых;
- L25.8. Неуточненный контактный дерматит, вызванный другими веществами;
- L25.9. Неуточненный контактный дерматит, причина не уточнена.
Контактный(ая): дерматит (профессиональный) БДУ; экзема (профессиональная) БДУ.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время не существует единой общепринятой классификации КД. В клинической практике широкое применение получила классификация КД по этиологическому фактору, а также по течению процесса.

По этиологии выделяют:

- 1) Простой (ирритантный) КД;
- 2) Аллергический КД;
- 3) Фототоксический/фотоаллергический КД.

По течению:

1) Острый контактный дерматит – является результатом однократного воздействия, либо нескольких кратковременных воздействий сильных ирритантов;

2) Хронический (кумулятивный) контактный дерматит - возникает после повторяющегося воздействия более слабых раздражителей, таких как моющие средства, органические растворители, мыло, слабые кислоты и щелочи, порошки, бумага, картон и пыль;

3) Системный контактный дерматит (системный аллергический дерматит) - наблюдается после системного введения химического агента, обычно ЛС, к которому ранее имела место местная сенсibilизация [5,12].

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

Степень выраженности воспалительных явлений при ПКД зависит от силы раздражителя и времени его воздействия на кожу. При АКД на интенсивность клинических проявлений влияет степень развившейся у пациента сенсibilизации к данному аллергену, частота контактов с ним, а также особенности строения кожи пораженных участков. Чаще поражаются более тонкие участки кожи: лицо, преимущественно кожа век, мочки ушей, шея, тыл кистей рук и запястья, гениталии, однако возможна любая локализация. Ладони и подошвы поражаются редко, благодаря толстому роговому слою [1,4].

Субъективно пациентов может беспокоить зуд, чувство «ожжения», болезненность в очагах поражения. КД имеет, как правило, острое течение. Под воздействием конкретного аллергена возникает выраженная воспалительная реакция в местах контакта с ним.

Клиническая картина КД характеризуется истинным полиморфизмом и представлена тремя морфологическими паттернами: острая, подострая, хроническая формы. Острая характеризуется эритемой, отеком, везикулами, папулами, иногда мокнутием на участках, подвергшихся воздействию раздражителя [13], корочками. При регулярном и частом контакте с ирритантом заболевание переходит в хроническую форму: развиваются застойная эритема, папулы, инфильтрация, лихенификация, шелушение, сухость и эксфолиации. Очаг поражения выходит за пределы первичного контакта с аллергеном, процесс распространяется на другие участки кожного покрова, зачастую принимает генерализованный характер. Следует отметить, что кожа больных хроническим АКД постепенно становится чувствительной и к неспецифическим раздражителям: трению одежды, обуви, мытью с мочалкой, избыточному потоотделению, соприкосновению с шерстью и синтетическими тканями. При нерациональной терапии возможна трансформация АКД в истинную экзему, сопровождающуюся развитием поливалентной сенсibilизации.

Основными отличиями АКД от экзематозных проявлений другого генеза являются: начало высыпаний в местах воздействия аллергена; разрешение АКД после устранения воздействия этиологического фактора, однако, при хроническом течении заболевания патологический процесс может продолжаться длительное время; отсутствие рецидивов при исключении контактов с раздражителем.

Дифференциальную диагностику КД проводят со следующими заболеваниями: атопический дерматит, простой лишай хронический (лишай Видаля, нейродермит ограниченный), нуммулярная экзема, дерматофитии, псориаз, красный плоский лишай, фиксированная эритема (вариант токсикодермии).

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

Большинство рекомендованных методов диагностики заболевания и связанных с ним состояний имеют ограниченную доказательную базу (в соответствии с шкалами оценки УДД и УУР) по причине отсутствия клинических исследований, однако, они являются необходимыми элементами обследования пациента с целью верификации

диагноза и определения тактики лечения, так как более эффективные и доказанные методы в настоящее время не разработаны.

Критерии установления диагноза:

- 1) анамнестические данные с указанием этиологической связи контакта с раздражающим агентом;
- 2) данные физикального обследования – характерной клинической картиной заболевания, с учетом первичной локализации в местах контакта с экзогенным фактором;
- 3) подтверждения с помощью исследования реакции на аллергены с использованием кожных аппликационных тестов с индивидуальными аллергенами (при участии врача аллерголога-иммунолога).

2.1 Жалобы и анамнез

У всех пациентов с подозрением на КД или выявленном КД проводится тщательный сбор жалоб и анамнеза [1,4,5]. Пациенты предъявляют жалобы на зуд различной интенсивности, чувство «жжения», болезненность в очагах поражения; при сборе анамнеза необходимо выяснить связь с воздействием провоцирующего фактора – контакт с лекарственными средствами, с косметическими и моющими средствами, трение одежды и обуви, соприкасается ли кожа пациента с предметами, содержащими вызывающие АКД вещества (строительные и отделочные материалы) на работе и дома, учитываются время появления первичных морфологических элементов, локализация высыпаний (соответствует ли воздействию раздражителя), наличие зуда, зависимость высыпаний от времени работы, предыдущие эпизоды со схожей клинической картиной, другие кожные заболевания (псориаз, атопический дерматит [14], экзема и др.), воздействие сенсibilизаторов (в прошлом или настоящем), семейный анамнез. Для ускорения поиска возможного аллергена целесообразно пользоваться таблицей алгоритма выявления фактора, вызвавшего КД, в зависимости от его локализации (таб. 2).

Таблица 2. Алгоритм поиска фактора-причины КД различной локализации [4]:

Локализация	Провоцирующий фактор
Лицо, волосистая часть головы	Косметические средства – крем, дезодоранты, лосьон, тоник, очищающие средства, скрабы, маски, румяна, пудра, тушь, тени, крем для век, краска для волос, лаки, шампуни, бальзамы; средства для завивки, заколки и шпильки для волос; контактные аллергены, содержащиеся в воздухе и попадающие посредством прикосновения рук
Уши, заушные складки, мочки, слуховой проход	Бижутерия - клипсы, серьги, пластмассовые или металлические дужки очков, лекарственные средства, духи;

	Косметические средства - крем, мыло, шампуни; Пластиковые и/или металлические детали сотовых телефонов, наушников или других устройств; любой аллерген, попадающий посредством прикосновения рук и содержащийся в окружающем воздухе
Веки	Косметические средства, металлическая или пластмассовая оправа очков
Нос, переносица, щеки	Косметические средства
Красная кайма губ и кожа вокруг рта	Зубная паста, одежда, дезодоранты для полости рта, лак для зубной эмали, зубные протезы
Шея	Металлическая застежка "молния", одежда, косметические средства, украшения (цепочки, кольцо, бусы, металлические застежки). Духи
Аксиллярная область	Дезодоранты, косметические средства, духи, одежда
Спина	Косметические средства, духи. Ткань пояса, ремни, белье, одежда
Грудь, талия, живот	Ткань пояса, ремни, белье, одежда, косметические средства, топические лекарственные средства
Промежность и гени-талии	Барьерные контрацептивы, гигиенические прокладки, интимная косметика, одежда, косметические средства
Верхние и нижние конечности	Металлические браслеты для часов, украшения, одежда, духи, депиляторы
Запястья	Моющие и стиральные средства, отбеливатели, перчатки, лак и удлинители для ногтей, жидкость для снятия лака, крем и другие косметические средства
Кисти, ступни	Косметические средства - крем, дезодоранты, топические лекарственные средства, обувь, носки, колготки

2.2 Физикальное обследование

У всех пациентов с подозрением на КД или выявленном КД, при первичном или повторном приеме, при контрольных осмотрах выполняется полный визуальный осмотр кожного покрова, определение локализации и распространенности высыпаний с целью верификации диагноза и уточнения тяжести течения заболевания.

Для дифференциальной диагностики ПКД и АКД допустимо использование диагностических критериев ПКД, которые включают основные и дополнительные признаки: - основные критерии: эритема (при остром и хроническом течении), лихенизация (при хроническом течении), которые преобладают над формированием везикул; сухость и шелушение кожных покровов; регресс высыпаний сразу после прекращения воздействия раздражителя; - дополнительные критерии: четкие границы поражения; небольшая тенденция к распространению дерматита; небольшие изменения концентрации, длительности воздействия вызывают значительную разницу в повреждении кожи. Также необходимо проведение дифференциальной диагностики с другими дерматозами (экзема, атопический дерматит, псориаз и др.) [1,4,5].

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Нет

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Нет

2.5 Иные диагностические исследования

- Всем пациентам с подозрением на КД, с целью верификации диагноза, а также выявления этиологического фактора **рекомендуется** консультация врача-аллерголога-иммунолога; при подозрении на формирование КД при воздействии профессиональных факторов – консультация врача-профпатолога [5,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Всем пациентам с подозрением на КД, с целью выявления этиологического фактора **рекомендуется** проведение накожного исследования реакции на аллергены (аппликационные пробы с индивидуальными аллергенами) при участии врача-аллерголога-иммунолога [14-28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в настоящее время использование аппликационных проб получило широкое применение и достаточную доказательную базу (закрытый или открытый аппликационные тесты, см раздел «Дополнительная информация») [15-28]. Показания к проведению аппликационных тестов: диагностика КД, в частности АКД; диагностика профессиональных заболеваний у работников химической и нефтеперерабатывающей промышленности; диагностика лекарственной аллергии; диагностика фотодерматозов.

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

Лечение КД должно быть направлено на достижение регресса высыпаний. Ключевым условием успешной терапии КД является полное устранение воздействия причинного фактора. Наружная терапия является обязательной частью лечения и должна проводиться дифференцированно с учетом клинической картины заболевания, при ограниченных высыпаниях достаточно назначения только топических препаратов.

Глюкокортикостероидные средства (ГКС) для местного применения можно чередовать. При отсутствии эффекта в течение 2-х недель непрерывного лечения, следует уточнить диагноз.

3.1 Консервативное лечение

- При КД с целью противовоспалительной, противоотечной, противозудной терапии **рекомендуются** пациентам кортикостероиды с умеренной активностью (с содержанием гидрокортизона бутирата), 0,1 % мазь, крем, эмульсия, наносить тонким слоем на кожу 1-3 раза в сутки, при появлении положительной динамики кратность уменьшается до 2-3 раз в неделю. У взрослых длительность лечения – до 4 недель, у детей – до 7 дней [29-31].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *крем, мазь, эмульсия 0,1 % возможно применять с 6-месячного возраста.*

- При КД с целью противовоспалительной, противоотечной, противозудной терапии **рекомендуются** пациентам препараты для местного применения: метилпреднизолона ацепонат 0,1%, крем, мазь, эмульсия, наносить 1 раз в сутки наружно на высыпания тонким слоем в течение 2 недель [32, 33].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *противопоказанием к применению является детский возраст до 4 месяцев.*

- При КД с целью противовоспалительной, противоотечной, противозудной терапии **рекомендуются** препараты для местного применения: бетаметазон** крем 0,05 %, мазь 0,05%, спрей 0,05 %, наружно наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день, слегка втирая, продолжительность не более 4 недель [34-36].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *противопоказанием к применению бетаметазона** крема 0,05 %, мазь 0,05 % является детский возраст до 1 года. Противопоказанием к назначению препарата бетаметазона** крема 0,1 % является детский возраст до 6 месяцев. Противопоказанием к назначению препарата бетаметазона** спрея 0,05 % является детский возраст до 2 лет. У детей и пациентов с поражением лица курс лечения не должен превышать 5 дней.*

- При КД с целью противовоспалительной, противоотечной, противозудной терапии **рекомендуются** препараты для местного применения: мометазон** крем 0,1 %, мазь 0,1%, лосьон 0,1%, 1 раз в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи. Продолжительность курса определяется его эффективностью, переносимостью [37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *противопоказанием к назначению препарата является детский возраст до 2 лет, беременность, период грудного вскармливания.*

- При КД с целью противовоспалительной, противоотечной, противозудной терапии **рекомендуются** препараты для местного применения: гидрокортизон** мазь, крем 1%, наносить 2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи 6-14 дней [39-42].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *противопоказанием к назначению гидрокортизон** мазь 1% является детский возраст до 2 лет.*

- При КД с целью противовоспалительной, сосудосуживающей, противозудной терапии **рекомендуются** препараты для местного применения флутиказон крем 0,05%, мазь 0,005%, наружно на высыпания, наносить 1-2 раза в сутки тонким слоем в течение 1-2 недель (до 4 недель) до достижения эффекта, в случае отсутствия улучшения в течение 2 недель следует провести повторную оценку лечения и диагноза [43, 44].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *противопоказанием к применению мази является детский возраст до 6 месяцев, крема – детский возраст до 1 года.*

- При КД с целью противовоспалительной, противоотечной, противозудной терапии **рекомендуются** препараты для местного применения при выраженной экзematизации процесса: клобетазол мазь 0,05%, крем 0,05%, наружно на ограниченные очаги высыпаний, наносить тонким слоем 1–2 раза в сутки, продолжительность непрерывного курса лечения ограничивается 3-4 неделями, у детей курс лечения не должен превышать 5 дней [40, 42, 45-47].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *противопоказанием к применению является детский возраст до 1 года. Не существует четких доказательств преимущества нанесения ГКС препаратов 2 раза в сутки по сравнению с однократным нанесением. Рекомендуется кратность нанесения ГКС для местного применения определять особенностями фармакокинетики ЛП. С целью снижения риска развития местных побочных эффектов в виде атрофии кожного покрова, появления телеангиэктазий, особенно при локализации высыпаний на коже лица, шеи, складок, следует избегать длительного применения препаратов, а также является предпочтительным нанесение ГКС, имеющих в составе слабый класс активности – гидрокортизон** при локализации на чувствительных участках кожи.*

- **Рекомендуется** с целью противовоспалительной терапии применение топических ингибиторов кальциневрина (ТИК) в случае неэффективности препаратов ГКС для местного применения: #такролимус** мазь 0,1 %, 0,03 % 2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи. Продолжительность лечения по данной схеме не должна превышать 3 недели, в дальнейшем частота применения должна снижаться до 1 раза в сутки, продолжать лечение до полного регресса высыпаний [48-51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *применение 0,1 % мази #такролимус** противопоказано детям в возрасте до 16 лет. Противопоказанием к назначению 0,03 % мази является детский возраст до 2 лет.*

- **Рекомендуется** пациентам с целью противовоспалительной терапии применение (топических ингибиторов кальциневрина (ТИК) в случае неэффективности препаратов ГКС для местного применения: #пимекролимус** крем 1%, 2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки до полного исчезновения симптомов [52].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *противопоказанием к применению является детский возраст до 3 месяцев. При сохранении симптомов через 6 недель, необходимо провести повторное обследование пациента для подтверждения диагноза.*

- Всем пациентам с КД при наличии симптома зуда **рекомендуется** применение антигистаминных препаратов системного действия для проведения противозудной терапии [53, 54].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- В случае распространенного кожного процесса (при поражении более 20 % поверхности кожного покрова), а также системного АКД, при неэффективности проводимой наружной терапии, при хроническом течении АКД **рекомендуется** применение глюкокортикостероидов (ГКС) для противовоспалительного, противоаллергического, иммунодепрессивного действия [5, 55-58]:
преднизолон** перорально в дозе 0,5-1,0 мг на кг массы тела в сутки, максимальная доза 60 мг в сутки (прием осуществлять в утренние часы, допустимо разделение на 2 приема в зависимости от дозы), в течение 5-7 дней, в течение последующих 5-7 дней дозу ГКС титруют на 50 %, с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены [5, 56].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- В случае осложнения/присоединения вторичной бактериальной, грибковой инфекции **рекомендуется** пациентам топическое применение глюкокортикостероидов в комбинациях в зависимости от распространенности и локализации высыпаний с целью противовоспалительного, противоаллергического, антибактериального, противогрибкового действия [5, 59, 60]:
 - 1) Бетаметазон + Фузидовая кислота крем, наружно наносить тонким слоем 2-3 раза в день, курс лечения не более 2 недель [34, 59, 60];
или
 - 2) Бетаметазон + Гентамицин + Клотримазол мазь или крем, наружно на пораженные участки кожи, 2 раза в сутки, в течение 2 недель (у детей с 2 лет) [5];
или
 - 3) Гидрокортизон + Фузидовая кислота крем, на пораженные участки кожи у взрослых, 2 раза в сутки, в течение 2 недель [5];
или
 - 4) Бетаметазон + Гентамицин крем, мазь, на пораженные участки кожи, 2 раза в сутки, в течение 2 недель (применение у детей с 6 месяцев) [5];
или
 - 5) Клиохинол + Флуметазон мазь, на пораженные участки кожи, 2 раза в сутки, в течение 2 недель (применение у детей с 10 лет), при появлении положительной динамики применяется 1-2 раза в сутки, но не более 2 недель [5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- **Рекомендуется** всем пациентам регулярное использование увлажняющих, ожиряющих, дерматопротективных средств (эмолиентов) как во время проведения активной противовоспалительной терапии, так и в период реконвалесценции для предотвращения рецидива заболевания, и с целью защиты кожного покрова [53, 61, 62].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

3.2 Хирургическое лечение

Не рекомендуется

3.3 Иное лечение

Пациентам при хроническом, торпидном течении, неэффективности проводимой терапии показано присоединение ультрафиолетовой фототерапии (ультрафиолетовое облучение кожи) [12, 27, 53, 61, 63-65].

Ультрафиолетовая фототерапия проводится при отсутствии противопоказаний после проведения консультации врача-физиотерапевта. При появлении побочных эффектов от проводимой терапии в виде зуда и сухости кожных покровов больным во время курса лечения необходимо использовать топические увлажняющие средства. 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 воздействия солнечных лучей с помощью фотозащитного крема; во время сеанса фототерапии необходимо защищать глаза фотозащитными очками с боковой защитой, применение которых позволит избежать развития кератита, конъюнктивита и катаракты; следует исключить применение других препаратов с фотосенсибилизирующими свойствами и косметических средств.

- **Рекомендуется** взрослым пациентам ПУВА-терапия (фотохимиотерапия) – комбинированное применение препаратов с фотосенсибилизирующими свойствами группы псораленов и ультрафиолетового излучения длинноволнового диапазона (УФА, длина волны 320-400 нм), с пероральным применением фотосенсибилизаторов для достижения регресса высыпаний [39,60]. Фотосенсибилизирующий препарат принимают перорально в дозе 0,8 мг/кг массы тела за один прием, за 2 часа до облучения. Длительность курса процедур зависит

от тяжести течения АКД. Процедуры проводятся с режимом 3 раза в неделю [12, 27, 53, 61, 63-66].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: ПУВА-терапия противопоказана в детском возрасте до 18 лет. Перед назначением ПУВА-терапии с целью исключения противопоказаний рекомендуется клиничко-лабораторное дообследование пациента, включающее клинический анализ крови, биохимический анализ крови (определение активности аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гамма-глутамилтрансферазы, щелочной фосфатазы, билирубин общий, билирубин прямой, мочевины, креатинин, общий белок, холестерин, триглицериды, глюкоза, С-реактивный белок), клинический анализ мочи, консультация врача-терапевта и врача-офтальмолога. По показаниям рекомендуют обследование у других специалистов. При соблюдении правил защиты глаз во время проведения ПУВА-терапии риск развития катаракты отсутствует; для предотвращения фотостарения кожи рекомендуется использование фотозащитных средств на здоровую кожу.

- **Рекомендуется** пациентам узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия УФБ-терапия (311 нм) проводится с режимом 2-4 раза в неделю для достижения регресса высыпаний. Курс терапии состоит из 15–35 процедур [53, 65, 66].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия 311 нм противопоказана в детском возрасте до 7 лет. При назначении узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с целью исключения противопоказаний рекомендуется проведение клинического анализа крови, биохимического анализа крови (определение активности аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гамма-глутамилтрансферазы, щелочной фосфатазы, билирубин общий, билирубин прямой, мочевины, креатинин, общий белок, холестерин, триглицериды, глюкоза, С-реактивный белок), клинического анализа мочи, а также консультации врача-терапевта. По показаниям рекомендуют обследование у других специалистов.

- В случае распространенного кожного процесса, а также системного АКД **рекомендуется** пациентам соблюдение диеты, исключающей поступление аллергенов в организм для достижения регресса высыпаний [67, 68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: основными рекомендациями по проведению элиминационной диеты (исключающей поступление аллергенов в организм) являются: исключение и/или ограничение консервированных продуктов, бульонов, рыбы, морепродуктов, манной крупы, макаронных и хлебобулочных изделий из муки, кондитерских изделий, шоколада, кофе, какао, меда, цельного молока и молочных продуктов, овощей и фруктов ярко-красного и оранжевого цвета, авокадо, клубники, дыни, ананасов, киви, орехов, копченых изделий, яиц, грибов, специй, газированных напитков, соков, алкогольных напитков. Рекомендуемые пищевые продукты: нежирные сорта мяса, филе индейки, цыплят, каши гречневая, геркулесовая, рисовая, кукурузная, супы крупяные, кефир, йогурт без добавок, биокефир, ацидофилин, овощи белой или зеленой окраски, вегетарианские супы, фрукты зеленой и белой окраски, чай.

Обезболивание не применяется.

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

Не применяется

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

Основным условием профилактики КД является полное устранение воздействия причинного фактора, а также соблюдение мер по ограничению его воздействия при отсутствии возможности полной элиминации раздражителя [4].

- **Рекомендуется** пациентам при продолжении постоянного контакта с раздражающим агентом, по роду профессии, либо других обстоятельств, подбор адекватной защиты кожного покрова в виде спецодежды с учетом спецификации аллергена для устранения воздействия причинного фактора [9, 69].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

- **Рекомендуется** всем пациентам регулярное использование увлажняющих, дерматопротективных средств (эмолиентов) с целью защиты кожного покрова и профилактики рецидива АКД [53, 61, 62].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) высокая распространенность процесса;
- 2) отсутствие эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях;
- 3) тяжелое течение КД, требующее проведения системной терапии и круглосуточного наблюдения медицинского персонала;
- 4) присоединение вторичной инфекции, не купируемое в амбулаторных условиях.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- 1) регресс высыпаний.

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

Аппликационные пробы с индивидуальными аллергенами

Закрытый аппликационный тест проводят путем аппликации тестируемого вещества на кожу верхней части спины, либо предплечья. Перед постановкой теста рекомендуется щадящая обработка этиловым спиртом. Тест-пластины должны накладываться снизу вверх с умеренным давлением, чтобы удалить пузырьки воздуха и улучшить контакт с кожей. Пациентам следует объяснить цель проведения теста. Не разрешается принимать водные процедуры, заниматься спортом, смачивать тестируемый участок кожи, подвергать его солнечному облучению. В случае отлипания пластин, а также появления субъективных симптомов (зуда, жжения) нужно сообщить об этом врачу. Аппликатор следует оставить на коже в течение 48 часов, после чего производят оценку теста.

Открытый аппликационный тест может быть использован для тестирования потенциальных аллергенов, таких как красители, растворимые масла, мыла, моющие средства. В отличие от классического закрытого теста, место нанесения остается открытым, оценку результатов производят уже через 30 минут после элиминации раздражителя, а также через 48 часов. Также существует полуоткрытый аппликационный тест, который проводят с веществами, потенциально обладающими слабым раздражающим действием (антисептическими препаратами, косметическими средствами), при этом на кожу наносят 1-2 мкл тестируемого вещества и дают высохнуть, место нанесения закрывают неокклюзионной повязкой и оставляют на коже в течение 48 часов.

Общие рекомендации по постановке аппликационных проб с индивидуально подобранными аллергенами сводятся к следующему: большинство веществ можно тестировать путем прямой аппликации без предварительного разведения, за исключением косметических средств, содержащих раздражающие растворители (краска для волос, аэрозоли и др.); при тестировании тканых основ их образцы должны быть приложены непосредственно к коже и закреплены пластырем; моющие средства и детергенты перед тестированием должны быть разведены, при этом необходимо учитывать, что концентрация их может быть настолько низкой после разведения, что результат тестирования может оказаться ложноотрицательным. Оптимальные сроки оценки результатов – на 2-й день, далее на 4, 5, 7 дни. Интерпретацию результатов проводят при естественном дневном освещении и оценивают, как положительная, отрицательная и тяжелая раздражающая реакции в соответствии с установленными Международной исследовательской группой по АКД правилами (таблица 3).

Таблица 3. Оценка реакции на аппликационные тесты в соответствии с установленными Международной исследовательской группой по АКД правилами: [70, 71]

Символ	Морфология	Интерпретация
–	Нет реакции	отрицательная реакция
?+	Только эритема, нет инфильтрации	сомнительная реакция; слабая эритема – тест повторить
+	Эритема, инфильтрация, отдельные папулы	слабоположительная реакция; эритема, инфильтрация, возможны папулы;
++	Эритема, инфильтрация, папулы, везикулы	сильно положительная реакция, эритема, инфильтрация, папулы, везикулы;
+++	Эритема, инфильтрация, папулы, множественные везикулы	очень выраженная реакция; интенсивная эритема и инфильтрация, пузыри, эрозии;
IR	Различные типы реакций (пузырные элементы, некроз и др.)	Реакция раздражения
NT	-	Нетестируемая зона

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1	Выполнен физикальный осмотр	C	1
2	Выполнен сбор анамнеза и жалоб пациента	C	1
3	Проведена диагностика заболевания врачом-дерматовенерологом, при необходимости с привлечением смежных специалистов (врача-	C	2

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
	аллерголога-иммунолога, врача-профпатолога)		
4	Проведена терапия этиотропными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	A	1
5	Достигнут регресс высыпаний или значимое уменьшение площади и выраженности высыпаний, регресс зуда и/или жжения кожи	C	2

Список литературы

1. Голдсмит Л.А., Кац С.И., Джилкрест Б.А. и др.; пер. С англ.; общ. ред. Потекаева Н.Н., Львова А.Н. – изд. 2-е, Издательство Панфилова, 2015 – Дерматология Фицпатрика в клинической практике – Т. 1, стр. 167-181.
2. Martin SF, Rustemeyer T, Thyssen JP. Recent advances in understanding and managing contact dermatitis. F1000Res. 2018 Jun 20;7. pii: F1000 Faculty Rev-810.doi: 10.12688/f1000research.13499.1. e Collection 2018. Review. PubMed PMID:29983912; PubMed Central PMCID: PMC6013761.
3. Litchman G, Nair PA, Atwater AR, Gossman WG. Contact Dermatitis. 2019 Jul 28. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459230/>PubMed PMID: 29083649.
4. О.Л. Иванов, А.Н. Львов, Феденко Е.С., Т.А. Белоусова, С.С. Землякова. Аллергический контактный дерматит: механизмы формирования и принципы диагностики. Учебно-методическое пособие для студентов. – М.: «Издательский дом «Русский врач», 2010.
5. Федеральные клинические рекомендации. Аллергический Контактный Дерматит. Феденко Е.С., Елисютина О.Г. // Российский аллергологический журнал. 2016. № 6. С. 52-57.
6. Bingham LJ, Tam MM, Palmer AM, Cahill JL, Nixon RL. Contact allergy and allergic contact dermatitis caused by lavender: A retrospective study from an Australian clinic. // Contact Derm. 2019 Jul;81(1):37-42.
7. Kimyon RS, Warshaw EM. Airborne Allergic Contact Dermatitis: Management and Responsible Allergens on the American Contact Dermatitis Society Core Series. // Dermatitis. 2019 Mar/Apr; 30(2):106-115.
8. Thyssen JP, Linneberg A, Menné T, et al. : The epidemiology of contact allergy in the general population-prevalence and main findings. Contact Dermatitis. 2007; 57(5):287–99.

9. Williams JD, Lee AY, Matheson MC, Frowen KE, Noonan AM, Nixon RL. Occupational contact urticaria: Australian data. *Br J Dermatol.* 2008 Jul;159(1):125-31.
10. Статистический сборник. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2017-2018 годы (статистические материалы). РИО: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Москва. 2019. 208 с.
11. Статистический сборник. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2014-2015 годы (статистические материалы). РИО: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Москва. 2019. 208 с.
12. Johnston GA, Exton LS, MohdMustapa MF, Slack JA, Coulson IH, English JS, Bourke JF. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of contact dermatitis 2017. // *Br J Dermatol.* 2017 Feb;176(2):317-329.
13. Потекаев Н.Н., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. - 182 стр.
14. Owen JL, Vakharia PP, Silverberg JI. The Role and Diagnosis of Allergic Contact Dermatitis in Patients with Atopic Dermatitis. // *Am J Clin Dermatol.* 2018 Jun;19(3):293-302.
15. Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, et al. : European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing - recommendations on best practice. // *Contact Dermatitis.* 2015;73(4):195–221.
16. Stingeni L, Bianchi L, Hansel K, Corazza M, Gallo R, Guarneri F, Patruno C, Rigano L, Romita P, Pigatto PD, Calzavara-Pinton P., "Skin Allergy" group of SIDeMaST and "SIDAPA" (Società Italiana di Dermatologia Allergologica, Professionale e Ambientale). Italian Guidelines in Patch Testing - adapted from the European Society of Contact Dermatitis (ESCD). // *G Ital Dermatol Venereol.* 2019 Jun;154(3):227-253.
17. DeKoven JG, Warshaw EM, Zug KA, Maibach HI, Belsito DV, Sasseville D, Taylor JS, Fowler JF, Mathias CGT, Marks JG, Pratt MD, Zirwas MJ, DeLeo VA. North American Contact Dermatitis Group Patch Test Results: 2015-2016. // *Dermatitis.* 2018 Nov/Dec;29(6): 297-309.
18. Uter W, Bruze M, Rustemeyer T, et al. : Re "International survey on skin patch test procedures, attitudes and interpretation" L.K. Tanno et al., *WAOJ* (2016) 9:8. *World Allergy Organ J.* 2017;10(1):18. 10.1186/s40413-017-0149-0

19. Engfeldt M, Hagvall L, Isaksson M, et al. : Patch testing with hydroxyisohexyl 3-cyclohexene carboxaldehyde (HICC) - a multicentre study of the Swedish Contact Dermatitis Research Group. // *Contact Dermatitis*. 2017; 76(1):34–9. 10.1111/cod.12699
20. Uter W, Bruze M, Rustemeyer T, et al. : Re "International survey on skin patch test procedures, attitudes and interpretation" L.K. Tanno et al., *WAOJ* (2016) 9:8. *World Allergy Organ J*. 2017;10(1):18. 10.1186/s40413-017-0149-0
21. Bennike NH, Palangi L, Christensson JB, Nilsson U, Zachariae C, Johansen JD, Hagvall L. Allergic contact dermatitis caused by hydroperoxides of limonene and dose-response relationship-A repeated open application test (ROAT) study. *Contact Dermatitis*. 2019 Apr; 80(4):208-216.
22. Marks JG, Belsito DV, DeLeo VA, Fowler JF Jr, Fransway AF, Maibach HI, et al. North American Contact Dermatitis Group patch test results for the detection of delayed-type hypersensitivity to topical allergens. // *J Am Acad Dermatol* 1998; 38 (Pt 1): 911-8 (III).
23. Marks JG Jr, Belsito DV, DeLeo VA, Fowler JF Jr, Fransway AF, Maibach HI, et al. North American Contact Dermatitis Group patch-test results, 1998 to 2000. // *Am J Contact Dermat* 2003;14:59-62 (III).
24. Pratt MD, Belsito DV, DeLeo VA, Fowler JF Jr, Fransway AF, Maibach HI, et al. North American Contact Dermatitis Group patch-test results, 2001-2002 study period. // *Dermatitis* 2004;15:176-83 (III).
25. Lee TY, Lam TH. Patch testing of 490 patients in Hong Kong. // *Contact Dermatitis* 1996; 35:23-6 (III).
26. Warshaw EM, Belsito DV, Taylor JS, Sasseville D, Dekoven JG, Zirwas MJ, et al. North American Contact Dermatitis Group Patch Test Results: 2009 to 2010. // *Dermatitis* 2013;24:50-9 (III).
27. Fonacier L, Bernstein DI, Pacheco K, Holness DL, Blessing-Moore J, Khan D, Lang D, Nicklas R, Oppenheimer J, Portnoy J, Randolph C, Schuller D, Spector S, Tilles S, Wallace D; American Academy of Allergy, Asthma & Immunology; American College of Allergy, Asthma & Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma & Immunology. Contact dermatitis: a practice parameter-update 2015. // *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2015 May-Jun;3(3 Suppl):S1-39. doi: 10.1016/j.jaip.2015.02.009. PubMed PMID: 25965350.
28. Rodriguez-Homs LG, Taylor J, Liu B, Green CL, Brod B, Jacob SE, Sheehan M, Dunnick CA, Atwater AR. Patch Test Practice Patterns of Members of the American Contact Dermatitis Society. // *Dermatitis*. 2019 Oct 11. doi: 10.1097/DER.0000000000000513. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 31609854.

29. Cohen DE, Heidary N. Treatment of irritant and allergic contact dermatitis. // *Dermatol Ther.* 2004;17(4):334–40.
30. Fowler JF Jr, Fransway AF, Jackson JM, Rohowsky N. Hydrocortisone butyrate 0.1% cream in the treatment of chronic dermatitis. // *Cutis.* 2005 Feb;75(2):125-31.
31. Yasuda T. Clinical experiences with hydrocortisone 17-butyrate. *Dermatologica* 1976; 152 (suppl.1):221-229.
32. Fritsch P. Clinical experience with methylprednisolone aceponate (MPA) in eczema. // *Journal of Dermatological Treatment* 1992; 3 (Suppl.2)17-19.
33. Mensing H, Lorenz B. Experience with Methylprednisolone Aceponate (MPA) in patients suffering from acute and chronic eczema - Results of a large observational study. *Z Hautkrankh* 73,5:281-285 (1998).
34. Матушевская, Е. В., И. Г. Шакуров, З. Р. Хисматуллина. "Эффективность и переносимость препаратов линии акридерм в практике дерматовенеролога." *Клиническая дерматология и венерология* 2 (2008): 32-37.
35. Ramsing DW, Agner T: Efficacy of topical corticosteroids on irritant skin reactions. // *Contact Dermatitis* 1995;32:293–297.
36. Круглова Л.С., Жукова О.В. Преимущества применения 0,05% бетаметазона дипропионата в форме спрея при лечении контактного и аллергического дерматитов. *Клиническая дерматология и венерология.* 2016. Т. 15. № 5. С. 25-31. DOI: 10.17116/klinderma201615525-31
37. Veien NK, Olholm Larsen P, Thestrup-Pedersen K, Schou G. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. // *Br J Dermatol.* 1999 May; 140(5):882-6.
38. Schuttelaar M.L.A., Oosterhaven J.A.F., Christoffers W.A., Romeijn G.L.E., Voorberg A.N. (2019) Evidence-Based Management of Hand Eczema. In: John S., Johansen J., Rustemeyer T., Elsner P., Maibach H. (eds) *Kanerva's Occupational Dermatology.* Springer, Cham
39. Levin C, Zhai H, Bashir S, et al. Efficacy of corticosteroids in acute experimental irritant contact dermatitis. *Skin Res Technol* 2001; 7: 214–218.
40. Levin C, Maibach HI. An overview of the efficacy of topical corticosteroids in experimental human nickel contact dermatitis. // *Contact Dermatitis* 2000; 43: 317–21
41. Tromovitch TA, Jacobs PH, Puzak HP. Triamcinolone and Hydrocortisone in Topical Therapy. *Arch Dermatol.* 1963;87(1):35–36.
42. Quielle-Roussel C, Duteil L, Padilla JM, Poncet M, Czernielewski J. Objective assessment of topical anti-inflammatory drug activity on experimentally induced nickel contact dermatitis:

comparison between visual scoring, colorimetry, laser Doppler velocimetry and transepidermal water loss. *Skin Pharmacol* 1990;3:248-55.

43. Hachem JP, De Paepe K, Vanpée E, Kaufman L, Rogiers V, Roseeuw D. Combination therapy improves the recovery of the skin barrier function: an experimental model using a contact allergy patch test combined with TEWL measurements. // *Dermatology*. 2001;202(4):314-9.

44. Hachem JP, De Paepe K, Vanpée E, Bogaerts M, Kaufman L, Rogiers V, Roseeuw D. Efficacy of topical corticosteroids in nickel-induced contact allergy. // *ClinExp Dermatol*. 2002 Jan;27(1):47-50.

45. Möller H, Svartholm H, Dahl G. Intermittent maintenance therapy in chronic hand eczema with clobetasol propionate and flupredniden acetate. *Curr Med Res Opin*. 1983;8(9):640-644. doi:10.1185/03007998309109812

46. Parneix-Spake A, Goustas P, Green R. Eumovate (clobetasone butyrate) 0.05% cream with its moisturizing emollient base has better healing properties than hydrocortisone 1% cream: a study in nickel-induced contact dermatitis. // *J Dermatolog Treat*. 2001 Dec;12(4):191-7.

47. Vernon HJ, Olsen EA. A controlled trial of clobetasol propionate ointment 0.05% in the treatment of experimentally induced Rhus dermatitis. // *J Am Acad Dermatol*. 1990 Nov; 23 (5 Pt 1) : 829-32.

48. Saripalli YV, Gadzia J, Belsito D. Tacrolimus ointment 0.1% in the treatment of nickel-induced allergic contact dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2003; 49: 477– 482.

49. Han JS, Won KH, Chang SE, Kim JE. Tacrolimus 0.1% ointment in the treatment of allergic contact dermatitis: a new approach. // *Int J Dermatol*. 2014 Oct; 53 (10) :e470-1.

50. Belsito D, Wilson DC, Warshaw E et al. A prospective randomized clinical trial of 0.1% tacrolimus ointment in a model of chronic allergic contact dermatitis. // *J Am Acad Dermatol* 2006; 55:40–6.

51. Katsarou A, Makris M, Papagiannaki K, Lagogianni E, Tagka A, Kalogeromitros D. Tacrolimus 0.1% vs mometasone furoate topical treatment in allergic contact hand eczema: a prospective randomized clinical study. // *Eur J Dermatol*. 2012 Mar-Apr;22(2):192-6.

52. Belsito DV, Fowler JF Jr, Marks JG Jr, et al. Pimecrolimus cream 1%: a potential new treatment for chronic hand dermatitis. *Cutis*. 2004;73(1):31-38.

53. Helm T, William J. Allergic Contact Dermatitis. *Medscape Article*. 2019 Feb; <https://emedicine.medscape.com/article/1049216-overview>

54. Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В. Антигистаминные препараты в дерматологии. // *Клиническая дерматология и венерология*. 2018. Т. 17. № 1. С. 14-21.

55. Curtis G, Lewis AC. Treatment of severe poison ivy: a randomized, controlled trial of long versus short course oral prednisone. // *J Clin Med Res.* 2014 Dec; 6(6):429-34.
56. Anveden I, Lindberg M, Andersen K E et al. Oral prednisone suppresses allergic but not irritant patch test reactions in individuals hypersensitive to nickel. *Contact Dermatitis* 2004; 50: 298–303.
57. Cher-Han Tan, Sarah Rasool, Graham A. Johnston, *Contact dermatitis: Allergic and irritant, Clinics in Dermatology, Volume 32, Issue 1, 2014, Pages 116-124, ISSN 0738-081X, https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.05.033.*
58. Diepgen, Thomas L., et al. "Guideline on the management of hand eczema ICD-10 Code: L20. L23. L24. L25. L30." *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 7 (2009): S1-S15.
59. Hjorth N, Schmidt H, Thomsen K. Fusidic acid plus betamethasone in infected or potentially infected eczema. *Pharmatherapeutica* 1985; 4: 126– 31.
60. Va Hill, E Wong, Mf Corbett & Ap Menday (1998) Comparative efficacy of betamethasone/clioquinol (Betnovate-C) cream and betamethasone/fusidic acid (Fucibet) cream in the treatment of infected hand eczema, *Journal of Dermatological Treatment*, 9:1, 15-19, DOI: 10.3109/09546639809160683
61. Network of Dermatological Clinics (IVDK), the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Working Group for Occupational and Environmental Dermatology (ABD) of the DDG, the Medical Association of German Allergologists(AeDA), the Professional Association of German Dermatologists (BVDD) and the DDG. // *Allergo J Int.* 2014;23(4):126-138.
62. Berndt U., Wigger-Alberti W., Gabard B., Elsner P. Efficacy of a barrier cream and its vehicle as protective measures against occupational irritant contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2000; 42: 77–80.
63. Rosén K, Mobacken H, Swanbeck G. Chronic eczematous dermatitis of the hands: a comparison of PUVA and UVB treatment. *Acta DermVenereol.* 1987;67(1): 48-54.
64. Brasch J, Becker D, Aberer W, Bircher A, Kränke B, Jung K, Przybilla B, Biedermann T, Werfel T, John SM, Elsner P, Diepgen T, Trautmann A, Merk HF, Fuchs T, Schnuch A. Guideline contact dermatitis: S1-Guidelines of the German Contact Allergy Group (DKG) of the German Dermatology Society (DDG), the Information.
65. Brass D, Fouweather T, Stocken DD, Macdonald C, Wilkinson J, Lloyd J, Farr PM, Reynolds NJ, Hampton PJ. An observer-blinded randomized controlled pilot trial comparing localized immersion psoralen-ultraviolet A with localized narrowband ultraviolet B for the treatment of palmar hand eczema. *Br J Dermatol.* 2018 Jul;179 (1):63-71.

66. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем / Москва, 2016. (5-е издание, переработанное и дополненное).
67. Antico A, Soana R. Chronic allergic-like dermatopathies in nickel-sensitive patients. Results of dietary restrictions and challenge with nickel salts. *Allergy Asthma Proc* 1999; 20: 235–42
68. Erdmann SM, Werfel T. Hematogenous contact eczema induced by foods. *Hautarzt* 2006; 57: 116–20
69. Ramsing D.W., Agnew T. Effect of gloves occlusion on human skin (II). Long-term experimental exposure. *Contact Dermatitis*. 1996; 91: 1140–1145.
70. Fregert S. Manual of Contact Dermatitis on Behalf of the International Contact Dermatitis Research Group and the North American Contact Dermatitis Group, 2nd edn. Copenhagen: Munksgaard Publishers, 1981.
71. А.Н. Львов, Е.С. Феденко, О.Л. Иванов, Т.А. Белоусова, С.С. Полунина. Возможности и перспективы диагностики аллергического контактного дерматита в современной практике // Российский аллергологический журнал. 2008. - №1. - С.49-55.

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

1. **Артемьева Софья Иосифовна** – младший научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.
2. **Бобко Светлана Ивановна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.
3. **Волнухин Владимир Анатольевич** – доктор медицинских наук, профессор. Главный научный сотрудник лаборатории фундаментальных методов исследования Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.
4. **Жукова Ольга Валентиновна** - доктор медицинских наук, профессор. Главный врач Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.
5. **Иванова Маиса Афанасьевна** – доктор медицинских наук, профессор. Заведующая отделением нормирования труда медицинских работников ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России.
6. **Кохан Муза Михайловна** - доктор медицинских наук, профессор, зав. научным клиническим отделом дерматологии ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии».
7. **Круглова Лариса Сергеевна** - доктор медицинских наук, профессор. Проректор по учебной работе, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии ЦГМА УДП РФ.
8. **Кунгуров Николай Васильевич** – доктор медицинских наук, профессор. Директор государственного бюджетного учреждения Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» (ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»).
9. **Львов Андрей Николаевич** – доктор медицинских наук, профессор. Руководитель отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.
10. **Миченко Анна Валентиновна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.
11. **Пампура Александр Николаевич** – доктор медицинских наук, профессор. Руководитель отдела аллергологии и клинической иммунологии ОСП «НИКИ педиатрии

имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ. Главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог Департамента здравоохранения г. Москвы.

12. **Разнатовский Константин Игоревич** – доктор медицинских наук, профессор. Главный дерматовенеролог и косметолог Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, зав. кафедрой дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)

13. **Хлыстова Елена Александровна** – научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-дерматовенерологи
2. Врачи-аллергологи-иммунологи
3. Врачи-педиатры
4. Врачи-профпатологи

Таблица 4. 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 5. 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 6. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

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

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 924н

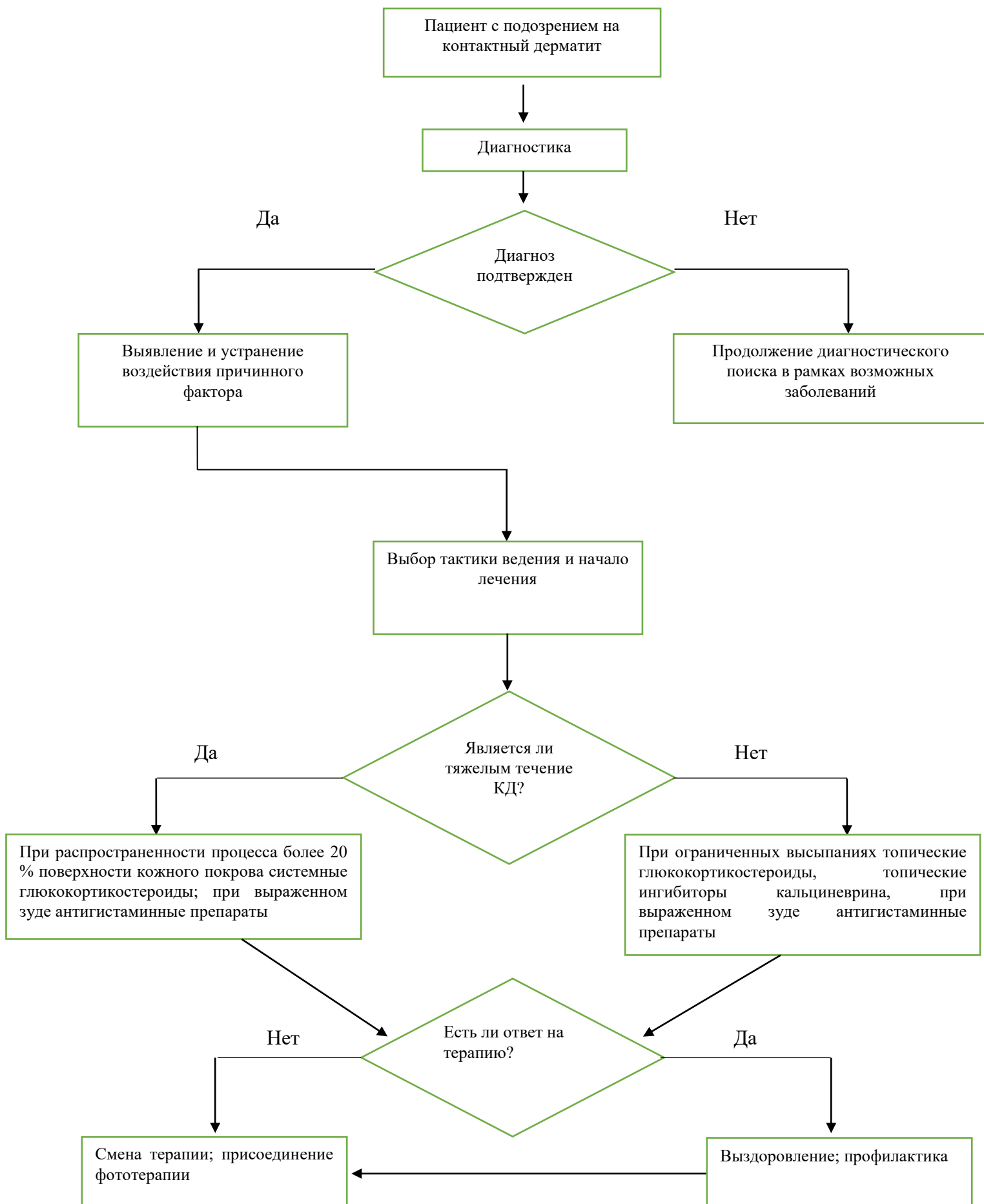
"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология";

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18 декабря 2007 г. № 781 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с аллергическим контактным дерматитом»;

3. Государственный реестр лекарственных средств. Доступно:

<http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Уважаемый пациент!

У Вас диагностирован аллергический контактный дерматит- это воспалительное заболевание кожи, возникающее в месте ее непосредственного контакта с аллергеном. Аллергический контактный дерматит характеризуется отечностью и покраснением кожи, зудом, появлением папул и пузырьков. При отсутствии принятия должных мер по лечению и профилактике данного заболевания возможно распространение процесса.

Рекомендации:

- пациентам с аллергией на красители не рекомендуется одевать непосредственно на тело одежду темного цвета, желательно носить изделия из натуральных волокон (хлопка);
- при выявлении аллергии на ланолин рекомендуется использование наружных косметических средств, а также медицинских изделий (включая пластыри) на безланолиновой основе;
- при аллергии на компоненты резины важно отказаться, в том числе и от применения эластичных фиксирующих бинтов, особенно если они используются с варикозной экземой нижних конечностей;
- одной из самых распространенных причин аллергии на хром является окрашенные его солями изделия из кожи, рекомендуется ношение некожаной обуви, либо обуви из кожи, окрашенной растительными красителями;
- при выявлении аллергии на никель рекомендуется замена никелированных застежек на одежде («молний», «кнопок») на пластиковые или из нержавеющей стали. Контакт с содержащими никель монетами обычно не приводит к развитию дерматита (за исключением отдельных профессиональных категорий пациентов, например, кассиров);
- при возникновении аллергического контактного дерматита в результате ношения резиновых бытовых перчаток, рекомендуется их дальнейшее использование на предварительно защищенную тонкой хлопчатобумажной перчаткой кожу. При выявлении аллергии на латекс медицинским работникам рекомендуется использовать перчатки из полиэтилена или поливинилхлорида, или стерильные безлатексные перчатки.

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

Нет