

Одобрено
Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от «04» ноября 2024 года
Протокол №218

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

КОНТАКТНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
L23	Контактный аллергический дерматит

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год (пересмотр в 2022 год).

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

в/в	-	внутривенно;
в/м	-	внутримышечно;
гр	-	грамм;
ИФА	-	иммуноферментный анализ;
КАД	-	контактный аллергический дерматит;
мг	-	миллиграмм;
мл	-	миллилитр;
МНН	-	международное непатентованное название;
ОАК	-	общий анализ крови;
ОАМ	-	общий анализ мочи;
ПМСП	-	первичная медико-санитарная помощь;
ТГКС	-	топические глюкокортикостероиды;
Ig	-	иммуноглобулин.

1.4 Пользователи протокола: дерматовенерологи, аллергологи, терапевты, врачи общей практики.

1.5 Категория пациентов: взрослые.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++)или+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

1.7 Определение [1-5]:

Контактный аллергический дерматит (*сенсibilизационный, аллергический*) – воспалительное заболевание кожи, возникающее в результате наружного воздействия веществ (аллергенов), способных вызывать сенсibilизацию иммунной системы и специфическое воспаление кожи у предрасположенных людей. Является клиническим проявлением контактной сенсibilизации, реализуемой по механизму замедленной, клеточно-опосредованной аллергической реакции IV типа.

1.8 Классификация:

Клиническая классификация [1-4]:

По течению кожного процесса:

- Острое течение, выраженная гиперемия ярко-красного цвета. Кожный процесс представлен преимущественно экссудативными морфологическими элементами: эритемой, папулами, пузырьками, эрозиями, мокнутием с симптомом «серозных колодцев». Дермографизм красный, стойкий.
- Подострое течение, не яркая гиперемия розовато-красного цвета. Наряду с экссудативными элементами встречаются корочки, чешуйки, инфильтрация в основании морфологических элементов более выражена, пузырьков и мокнутия с симптомом «серозных колодцев» нет. Дермографизм красный.
- Хроническое течение, гиперемия красновато-синюшного цвета. Экссудативных элементов мало или почти нет, корки, чешуйки, местами лихенификация, мокнутия с симптомом «серозных колодцев» нет. Дермографизм может быть смешанным – красным с переходом в белый.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1-9, 11–14]:

2.1 Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез [1-9]: (УД–А).

Жалобы (УД – В) [1,3,5-8]:

- кожные высыпания;
- зуд различной интенсивности (выраженный, умеренный);
- жжение в местах поражения.

Анамнез (УД – В) [1-9]:

- отягощенный системными аллергическими реакциями, контактной аллергией, атопическим дерматитом; или другими атопическими заболеваниями, такими как астма и сенная лихорадка; есть ли в семейном анамнезе атопия [5,6,7,8];
- появление первых кожных высыпаний у сенсibilизированных лиц через 12–48 часов после контакта с аллергеном; что связано с применением, вдыханием или использованием какого-либо конкретного продукта, определенной деятельностью, посещением или занятием. Временная корреляция с воздействием аллергена обязательна [3,4].
- эффективность ранее проводимой терапии;
- профессиональный контакт (пищевая, медицинская, химическая, промышленность, работа во влажных условиях и т. д.);
- профессии, связанные с наивысшим риском (≥ 7 новых случаев заболевания на 10000 рабочих в год) аллергического дерматита (проявляющегося как дерматит рук в более чем 90% случаев), включают парикмахеров, пекарей, флористов, кондитеров, плиточников, сварщиков, пайщиков, зубных техников, механиков, рабочих, работающих с металлическими поверхностями, работников здравоохранения [2,3,12];
- к профессиям с высоким риском развития аллергического дерматита рук относятся: повара, маляры и лакировщики, слесари, механики, монтажники, строительные и цементные рабочие, лица, занимающиеся кожевенным производством, обработкой меха, домработницы, обслуживающий персонал и уборщицы [3,4];
- женский пол;
- курение;
- для количественной оценки влажной работы, как фактора риска развития контактного аллергического дерматита рук, требуется подробная информация о её продолжительности [6,7]:
 - прямой контакт кожи с водой (> 2 часов в день?)
 - ношение водонепроницаемых перчаток (> 2 часов в день?),
 - частота и интенсивность мытья рук (частота мытья рук > 10 раз в день, использование абразивных паст для мытья рук?).

Физикальное обследование (УД – В) [1,2,5-8]:

Общий статус:

- осмотр и оценка кожных покровов и видимых слизистых оболочек;

- оценка состояния периферических лимфатических узлов;
- пальпация;
- перкуссия;
- аускультация.

Локальный статус:

- характер поражения кожи (по течению кожного процесса – острый по морфологии – экссудативный и/или инфильтративный);
- локализация – высыпания располагаются на коже в месте контакта с аллергеном, имеют нечёткие границы с тенденцией к периферическому росту за его пределы [1,12,15]; преимущественные места поражения кожа лица, рук, шеи, подмышечных впадин, волосистой части головы, несколько реже – нижних конечностей, аногенитальной области и ушных раковин [12,15]; часто контактный аллергический дерматит, касающийся одного изолированного участка тела, возникает на голове или руках [15].
- общая характеристика сыпи – истинный и ложный полиморфизм;
- элементы кожной сыпи: первичные экссудативные (отёчная эритема, везикулы, мокнутие по типу «серозных колодцев»), первичные инфильтративные (папулы), вторичные (эрозии, корки, чешуйки);
- дермографизм (красный).

Лабораторные исследования [2,3,5,8,9,10]:

Основные лабораторные исследования:

- ОАК – повышенное содержание эозинофилов [2,3,4,5].

Дополнительные лабораторные исследования:

- Кровь на содержание IgE [8,9,10].

Кожные тесты с аллергенами (УВ - А) [2,3,4]:

- патч-тестирование включает в себя искусственное воспроизведение симптомов аллергического контактного дерматита у человека, сенсibilизированного к определенному антигену.
- определение возможного аллергена методом эпикутанных пластырей или патч-тестов проводится не ранее, чем через 7 дней после прекращения применения системных кортикостероидов и/или антигистаминных препаратов и ТГКС и/или УФО, чтобы минимизировать вероятность ложноотрицательных реакций [2,3,4,15].
- кожа, подлежащая исследованию, должна быть свободной от высыпаний не только аллергического дерматита, но и других кожных заболеваний в месте наложения окклюзии и в других местах.
- проводятся, в том числе пациентам с рецидивирующим или персистирующим аллергическим дерматитом, или предполагаемым атопическим/эндогенным дерматитом, который ранее хорошо контролировался с помощью наружной терапии, а затем становится трудно или невозможно его контролировать с помощью тех же местных методов лечения, следует проводить патч-тесты с предполагаемым аллергеном [1,5,6,15].

Таблица 2 Оценка реакций патч-теста в соответствии с рекомендациями Международной исследовательской группы по контактному дерматиту [3,4]

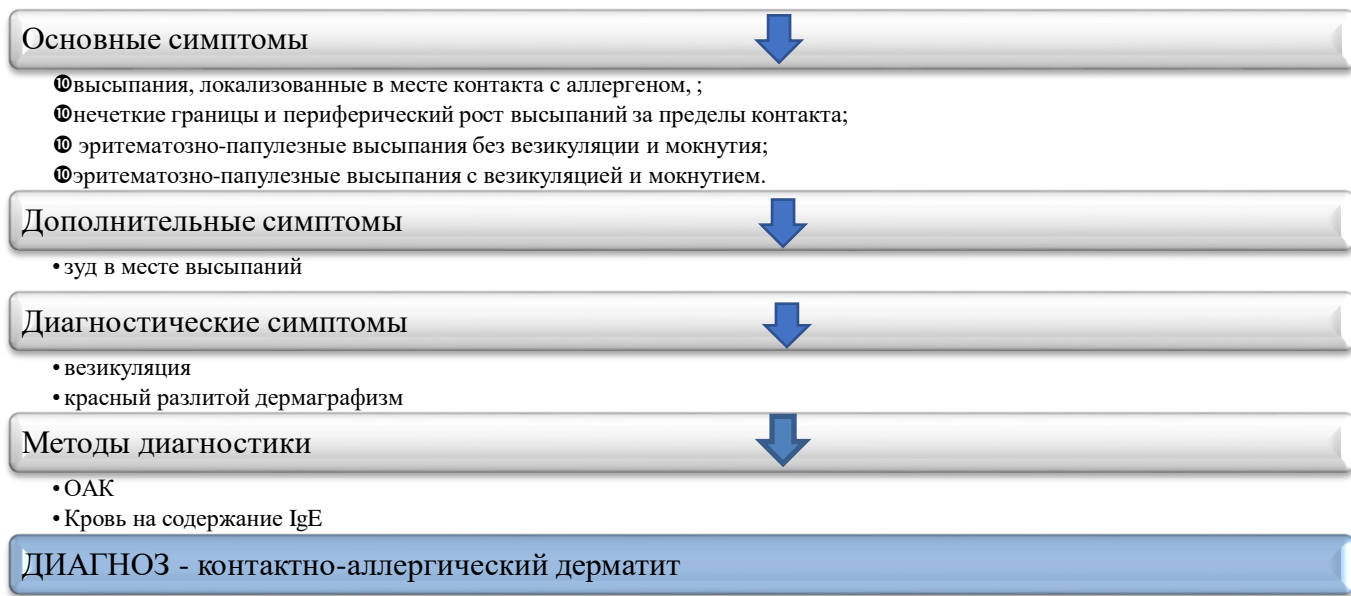
Условное обозначение	Морфология	Интерпретация
-	Нет реакции	Отрицательный
?	Только эритема, инфильтрации нет	Сомнительная реакция
+	Эритема, инфильтрация, возможно отдельные папулы	Слабая положительная реакция
++	Эритема, инфильтрация, папулы, пузырьки	Сильная положительная реакция
+++	Эритема, инфильтрация, сливные пузырьки	Чрезвычайно положительная реакция
ir	Различные типы реакций (мокнутие, везикулы, волдыри, некроз)	Раздражённая реакция
нт		Не испытано

Инструментальные исследования: нет.

Показания для консультации специалистов:

- консультация аллерголога – отсутствие указаний на провоцирующий фактор, отсутствие эффекта от проводимой терапии, проведение аллергологических исследований.

2.2 Диагностический алгоритм: (схема)



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1,3,5-7,10,12,13]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии для исключения диагноза
Простой контактный (артифициальный дерматит)	Для простого контактного дерматита характерно появление высыпаний сразу после попадания раздражителя на кожу. Выраженность клинических проявлений простого раздражительного контактного дерматита зависит от количества и концентрации воздействующего на кожу раздражителя. Субъективными проявлениями заболевания являются зуд, жжение и болезненность кожи в области поражения.	Не требуется	1. Воспаление начинается сразу после воздействия раздражителя; 2. Локализация высыпаний ограничивается местом воздействия раздражителя на кожу; 3. Отсутствие Ig E в сыворотке крови.
Экзема истинная	Интенсивно зудящий хронический рецидивирующий дерматоз, сопровождающийся эритематозно-везикулезными, папуло-везикулезными элементами, эрозиями, мокнутием в виде «серозными колодцами», корками. Очаги поражения не имеют четких границ. развивается в результате комплексного воздействия эндогенных факторов (генетической предрасположенности, наличия сенсibilизации к различным аллергенам) и экзогенных факторов (бытовых, профессиональных, экологических и др.). Выявлены нарушения иммунной регуляции, функции нервной и эндокринной систем.	1. Исследования в крови уровня специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, растительного, животного и химического происхождения при рецидивирующем, хроническом течении процесса	1. Истинный полиморфизм, высыпаний на отёчном гиперемизированном основании. 2. Симметричная локализация высыпаний. 3. Характерный симптом мокнутие по типу «серозных колодцев» 4. Эозинофилия в периферической крови.
Атопический дерматит	Дебют заболевания – в раннем детском возрасте (до 2 лет). Для заболевания характерны возрастные особенности клинических проявлений и хроническое рецидивирующее течение с периодическими	1. Биохимический анализ на содержание общего и специфических IgE в	1. Отягощенный семейный анамнез аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический

	<p>обострениями и ремиссиями, которые могут продолжаться на протяжении нескольких лет. В разные возрастные периоды различия в локализации очагов поражения и соотношении экссудативных и лихеноидных компонентов высыпаний.</p> <p>Излюбленная локализация сгибательные поверхности конечностей (в области локтевых и коленных сгибов, сгибательных поверхностей голеностопных и лучезапястных суставов), задняя поверхность шеи, заушные области.</p>	<p>сыворотке крови</p> <p>2. Клинический анализ крови на определение уровня эозинофилов в сыворотке крови.</p> <p>3. Кожное тестирование с аллергенами пациентам, в случае отсутствия достаточного для установления диагноза атопический дерматит</p>	<p>дерматит.</p> <p>2. Характерна сезонность обострений с ухудшением состояния в холодное время года и улучшением летом.</p> <p>3. Выраженный кожный зуд</p> <p>4. Гиперпигментация кожи периорбитальной области.</p> <p>5. Появление складки под нижним веком (линии Денни-Моргана).</p> <p>6. повышенная сухость кожи (ксероз).</p> <p>7. Дермографизм белый стойкий или смешанный</p>
Периоральный дерматит	<p>Хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся мономорфными эритематозно-папулезными, папуло-везикулезными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области периорбитальной областях, в носогубных складках, при генерализации процесс переходит на кожу подбородка и щек. Преимущественно страдают лица со светлой кожей, преимущественно женщины в возрасте 15–45 лет, а также – мальчики.</p>	1. Не показаны.	<p>1. Преобладающие субъективные ощущения - жжение, болезненность, стянутость и напряжение кожи в области поражения или отсутствие субъективных жалоб</p> <p>2. Наличие свободной от высыпаний «бледной кожи» в виде узкого ободка вокруг красной каймы губ.</p>
Токсидермия	<p>Полиморфное острое заболевание, развивающееся под действием гематогенного распространения аллергена, поступившего в организм пероральным, ингаляторным, внутривенным, подкожным, внутримышечным, интравагинальным путями. Нарушение общего состояния</p>	<p>1. Общеклиническое исследование крови на эозинофилию</p> <p>2. Биохимическое исследование содержания</p>	<p>1. Полиморфные высыпания, сопровождающиеся зудом.</p> <p>2. Симптом интоксикации</p> <p>3. Отрицательный симптом Никольского.</p> <p>4. Отсутствие акантолитических</p>

	<p>в зависимости от степени тяжести процесса – признаки интоксикации и повышение температуры тела. Кожные симптомы разнообразны - пятнистые, папулезные, уртикарные, везикулезные, буллезные, пустулезные, узловатые. Высыпания чаще мономорфные, реже – полиморфные: пятнисто-папулезные, пятнисто-везикулезные, везикуло-буллезные и др. Преимущественная локализация высыпаний —на лице, туловище и конечностях, при распространении захватывает слизистые оболочки, половые органы и складки кожи. Процесс может переходить в эритродермию.</p>	<p>общего и специфических IgE в сыворотке крови</p>	<p>клеток. 5. Регресс симптомов длительный, местами сопровождается вторичными изменениями кожи в виде пигментации.</p>
--	---	---	--

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1,4,5,6,9,10,11]:

Цели лечения [1,4,5,6,9,10,11] (УД – А):

- исчезновение клинических симптомов;
- предупреждение развития осложнений;
- улучшение качества жизни и прогноза заболевания.

Тактика лечения и реабилитации в соответствии с «правилом четырех»:

- распознавать провоцирующий аллергический агент.
- удалять аллерген.
- уменьшать воспаление.
- восстанавливать кожный барьер.

Методы лечения: при всех видах контактного аллергического дерматита применяется комплексная терапия [1,9,12,13,15] (УД – А):

- прекращение контакта со всеми веществами и типами внешнего воздействия на кожу и слизистые оболочки.

Одновременно:

- топические кортикостероидные препараты.
- антигистаминные препараты.

3.1 Немедикаментозное лечение:

- режим: III.
- исключение воздействия на кожу и слизистые оболочки предполагаемых и возможных аллергенов или раздражителей в том числе медикаментов, УФО, моющих, антисептических, косметических средств, косметических процедур, металлических предметов, горюче-смазочных материалов, пищевых продуктов,

воздействия высоких температур и др. Терапия аллергического контактного дерматита имеет худший прогноз, если аллерген не идентифицирован и не устранен. [1,7,8,9] (УД – А).

- гипоаллергенная диета. Стол №15.

3.2 Медикаментозное лечение:

Перечень основных лекарственных средств наружной терапии (имеющих 100% вероятность применения). Основываясь на соотношении желаемых и побочных эффектов, необходимо назначать ТГКС с высоким терапевтическим индексом [1,6,7,8,9,10]:

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Топические глюкокортикостероиды	Метилпреднизолона ацепонат	0,1% эмульсия, крем наносить 1 раз в сутки, утром тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2–4 недель.	В [1,2,5,7,8,9]
	Бетаметазон	0,1% крем 1–2 раза в день наружно в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.	В [1,2,5,7,8,9]
	Алклометазон	0,05%, крем 1–2 раза в день наружно в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.	В [1,2,5,7,8,9]
	Флуцинола ацетонид	0,025%, лосьон, гель, 1–3 раза в день наружно в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.	В [1,2,5,7,8,9]

Беременным и кормящим грудью следует использовать наружные кортикостероиды слабой/ умеренной силы, в качестве терапии второй линии следует использовать сильнодействующие. ТГКС назначать в течение как можно более короткого времени и на небольшую площадь кожного покрова [19,20].

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Топические глюкокортикостероиды	Бетаметазон	0,1%, крем 1–2 раза в день наружно в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.	В, [14]
	Алклометазон	0,05%, крем 1–2 раза в день наружно в течение 7-10 дней с учетом количества очагов поражений на	В [14]

		коже.	
	Флуцинола ацетонид	0,025%, лосьон, гель 1–3 раза в день наружно в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.	В, [14]

Перечень дополнительных лекарственных средств наружной терапии (менее 100% вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Ингибиторы кальциевых рецепторов	Такролимус	0,1%, мазь пациентам с сопутствующим атопическим дерматитом или при неэффективности терапии ТГКС в анамнезе, с преобладанием признаков инфильтративного воспаления, 2 раза в день.	А [5,14]

Фармацевтический носитель влияет на кожную фармакокинетику терапевтического агента и, таким образом, на кожную биодоступность, а в итоге, на терапевтический эффект. Выбор фармацевтического носителя должен определяться патогенетической стадией кожного патологического процесса (УД – А) [5,10,12,14,17,18], и анатомической областью поэтому:

- В экссудативную фазу воспаления кожного патологического процесса следует выбирать наружную лекарственную форму с фармацевтическим носителем типа, лосьон, гель, эмульсия или гидрофильный крем [1,9,10].
- В фазу подострого воспаления кожного патологического процесса следует выбирать наружную лекарственную форму с фармацевтическим носителем типа эмульсия, гидрофильный или липофильный крем [1,9,10].
- В инфильтративную фазу воспаления кожного патологического процесса следует выбирать наружную лекарственную форму с фармацевтическим носителем типа липофильный крем или мазь [10,12].
- В процессе терапии возможен переход с одной на другую наружную лекарственную форму.
- В областях, с обильным ростом волос (волосистая часть головы, подмышечные впадины, наружные половые органы), предпочтительно использовать лосьоны [13].
- В интертригинозных областях и на лице, бесконтрольное использование ТГКС может привести к местным побочным эффектам, включая атрофию кожи или телеангиэктазии [9,13].
- После достижения клинического улучшения, исчезновения жалоб, свежих высыпаний и островоспалительных высыпаний на коже, для предотвращения синдрома отмены после терапии ТГКС, их использование необходимо уменьшать медленно и наносить через день [1,9,13,15].

Перечень основных лекарственных средств системной терапии. Рекомендуются пациентам с жалобами на зуд для уменьшения интенсивности зуда антигистаминные средства системного действия (имеющие 100% вероятность применения), системная терапия применяется в случае неэффективности наружной терапии или в случае локализации высыпаний на 2 и более анатомические области.

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов I поколения	Хлоропирамин	По 1 таблетке 3–4 раза в сутки (75–100 мг в сутки). Назначается вместе с наружной терапией.	С [1,3,11]
	Цетиризин	По 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10–14 дней. Назначается вместе с наружной терапией.	В [1,3,11]
	Гидроксизин	По 25 мг 1–2 раза в сутки, 7–10 дней. Назначается вместе с наружной терапией.	В [1,3,11]

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4. Дальнейшее ведение для восстановления кожного барьера [2,3,6,8,10,11,14,15,17]:

- исключение в течение жизни повторного контакта с установленным или предполагаемым аллергеном, вызвавшими заболевание;
- при невозможности исключения контакта с установленным или предполагаемым аллергеном, в частности при дерматите рук, использовать поддерживающую терапию кремом [11];
- использовать средства барьерной защиты кожи до предполагаемого контакта: защитные кремы до и смягчающие кремы после контакта;
- для барьерной защиты необходимо использовать перчатки с хлопковой подкладкой [2,12]. Водонепроницаемый эффект защитных резиновых перчаток предотвращает испарение пота, что приводит к мацерации кожи при их продолжительном использовании и снижению барьерной функции, что способствует дальнейшему проникновению раздражителей и потенциальных аллергенов;
- с целью восстановления барьерных свойств кожи применять эмоленды, корнеопротекторы и другие смягчающие средства [1,2,12,15];
- с целью восстановления барьерных свойств кожи оптимизация гигиены кожи направлена на использование мягких моющих средств, не содержащих абразивные или раздражающие компоненты [12,15];
- в случае профессионального характера контакта с аллергеном, не поддающегося контролю, рекомендуется сменить профессиональную деятельность.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- исчезновение или уменьшение зуда;
- исчезновение высыпаний на коже;
- отсутствие новых высыпаний на коже;
- достижение ремиссии воспалительного процесса на коже;
- отсутствие рецидивов и повышение качества жизни.

4. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [2,3]:

4.1. Показания для плановой госпитализации:

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения [2,3];
- дальнейшее распространение островоспалительного кожного процесса [2,3];
- симптомы вторичной бактериальной инфекции [2,3].

4.2. Показания для экстренной госпитализации: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1,3,15]:

5.1 Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы) [1,3,15]:



5.2 Немедикаментозное лечение: см. пункт 3.1.

5.3 Медикаментозное лечение:

Перечень основных лекарственных средств наружной терапии (имеющих 100% вероятность применения). Основываясь на соотношении желаемых и побочных эффектов, необходимо назначать ТГКС с высоким терапевтическим индексом. [1,7,8,15] (УД – В, С):

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Топические глюкокортикостероиды	Метилпреднизолона ацепонат	0,1% эмульсия, крем, мазь наносить 1 раз в сутки, утром тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2–4 недель.	В [1,7,8,15]
	Бетаметазон	0,1%, крем наносить 1–2 раза в день наружно в течение 7–10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.	В [1,7,8,15]
	Алкометазон	0,05%, крем наносить 1–2 раза в день наружно в течение 7-10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.	В [1,7,8,15]
	Флуцинонола ацетонид	0,025%, лосьон, гель наносить 1–3 раза в день наружно в течение 7-10 дней с учетом количества очагов поражений на коже.	В [1,7,8,15]

Перечень дополнительных лекарственных средств наружной терапии (менее 100% вероятности применения): нет

Перечень основных лекарственных средств системной терапии (имеющих 100% вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов I поколения	Хлоропирамин	По 20 – 40 мг раствора внутримышечно или внутривенно 1 – 2 раза в сутки в течение 5–7 дней или по 25 мг в таблетках 3 раза в сутки (75 мг в сутки). . Доза не должна превышать 2 мг/кг веса пациента. Назначается одновременно с наружной терапией.	С [1,3,11]
	Клемастин	По 2 мл 2 раза в день. По 1 таблетке (1 мг) утром и вечером в течение 7–10 дней. В случаях, трудно поддающихся лечению, суточная	С [1,3,11]

		доза может составлять до 6 таблеток (6 мг). Назначается вместе с наружной терапией.	
	Гидроксизин	По 25 мг в таблетках 1–2 раза в сутки, 7-10 дней. Назначается вместе с наружной терапией.	В [1,3,11]
	Цетиризин	По 10 мг в таблетках 1 раз в сутки в течение 14–28 дней. Назначается одновременно с наружной терапией.	В [1,3,11]

Перечень дополнительных лекарственных средств системной терапии (менее 100% вероятности применения) [5,11,12, 13,17,18,19,20]:

<i>Фармакотерапевтическая группа</i>	<i>МНН ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>УД</i>
Глюкокортикостероид	Преднизолон	не более 0,5мг на 1 кг массы тела перорально в течение не более 7 дней, с последующим снижением дозы препарата до полной отмены.	А [15]

Перечень дополнительных лекарственных средств наружной терапии (менее 100% вероятности применения): нет.

5.4 Хирургическое вмешательство: нет.

5.5 Дальнейшее ведение:

- определение предполагаемого аллергена методом эпикутанных пластырей или патч-тестов не ранее, чем через 7 дней после прекращения применения системных кортикостероидов и/или антигистаминных препаратов и/или ТГКС (УВ - А) [3,4,15] позволяют выявить аллергены, что служит основанием для формирования индивидуального комплекса профилактических мероприятий.
- исключение в течение жизни повторного контакта с установленным аллергеном, вызвавшим заболевание;
- в случае профессионального характера контакта с аллергеном рекомендуется сменить профессиональную деятельность;
- при невозможности исключения контакта с установленным аллергеном, в частности при дерматите рук, использовать средства барьерной защиты: перчатки, защитные кремы с липидвосполняющими комплексами [10,12,15]. На ночь применять кремы, восстанавливающие барьерную функцию кожи [1,10,12,15]. Важно регулярно снимать перчатки, так как потоотделение может усугубить имеющийся дерматит, так как окклюзия перчатками может нарушить барьерную функцию рогового слоя [12].
- с целью восстановления барьерных свойств кожи применять эмоленды, корнеопротекторы, в течение 1 месяца после окончания лечения, до полного восстановления рогового слоя эпидермиса [1,7,8,15].

5.6 Индикаторы эффективности лечения:

- исчезновение или уменьшение зуда;
- разрешение высыпаний на коже;
- отсутствие новых высыпаний на коже;
- достижение ремиссии воспалительного процесса на коже;
- отсутствие рецидивов и повышение качества жизни.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1. Список разработчиков:

1) Батпенова Гульнар Рыскельдыевна – доктор медицинских наук, профессор, дерматовенеролог, заведующая кафедрой дерматовенерологии и дерматокосметологии НАО «Медицинский университет Астана», президент Казахстанской Ассоциации дерматовенерологов, дерматокосметологов, главный внештатный дерматовенеролог Управления здравоохранения города Астаны.

2) Котлярова Татьяна Владимировна – доктор медицинских наук, дерматовенеролог, профессор кафедры дерматовенерологии и дерматокосметологии НАО «Медицинский университет Астана».

3) Таркина Татьяна Викторовна - доктор медицинских наук, дерматовенеролог, профессор кафедры дерматовенерологии и дерматокосметологии НАО «Медицинский университет Астана».

4) Баев Асылжан Исаевич – кандидат медицинских наук, врач-эксперт Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» Управления общественного здравоохранения города Алматы, ассистент кафедры фтизиатрии с курсом дерматовенерологии «Казахстанско-Российский медицинский университет».

5) Джетписбаева Зульфия Сейтмагамбетовна – кандидат медицинских наук, дерматовенеролог, ассоциированный профессор, профессор кафедры дерматовенерологии и дерматокосметологии НАО «Медицинский университет Астана».

6) Цой Наталья Олеговна – PhD, доцент кафедры дерматовенерологии и дерматокосметологии НАО «Медицинский университет Астана».

7) Макалкина Лариса Геннадьевна – кандидат медицинских наук, PhD, MD, клинический фармаколог, доцент кафедры фармакологии НАО «Медицинский университет Астана».

8) Толыбекова Алима Алмасовна - заведующая кафедрой дерматовенерологии «Казахстанско-Российский медицинский университет», дерматолог, кандидат медицинских наук.

9) Ахметова Альмира Каликапасовна – кандидат медицинских наук, доцент, дерматолог, и.о. профессора кафедры инфекционных болезней, дерматологии и иммунологии НАО «Медицинский университет Семей».

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты:

Аскарова Гульсум Клышпековна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии ТОО «Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», врач дерматовенеролог высшей категории.

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с высоким уровнем доказательности.

6.5 Список литературы:

1. «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра» Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 мая 2021 года № ҚР ДСМ - 41.
2. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов», Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов Клинические рекомендации «Дерматит контактный», 2020, 37 с.
3. M.G. Ahlström, J.P. Thyssen, M. Wennervaldt, Nickel allergy and allergic contact dermatitis: A clinical review, of immunology, epidemiology, exposure, and treatment. Contact Dermatitis. 2019; 81:227–241.
4. V. Mahler, A. Nast, A. Bauer et al. S3 Guidelines: Epicutaneous patch testing with contact allergens and drugs – Short version, Part 1, Journal of the German Society of Dermatology, 1610-0379/2019/17/10:1076-1093.
5. V. Mahler, A. Nast, A. Bauer et al. S3 Guidelines: Epicutaneous patch testing with contact allergens and drugs – Short version, Part 2, Journal of the German Society of Dermatology, 1610-0379/2019/17/11:1186-1207.
6. S. Forkel, N. Cevik, T. Schill et al, Atopic skin diathesis rather than atopic dermatitis is associated with specific contact allergies, Journal of the German Society of Dermatology 1610-0379/2021/19/02
7. M. Boonstra,1,2 T. Rustemeyer,1 M.A. Middelkamp-Hup2, Both children and adult patients with difficult-to-treat atopic dermatitis have high prevalences of concomitant allergic contact dermatitis and are frequently polysensitized, 2018, 32, 1554–1561.
8. GUIDELINES Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. A. Wollenberg, S. Barbarot, T. Bieber, et al. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2018, 32, 657–682.
9. GUIDELINES Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II A. Wollenberg, S. Barbarot, T. Bieber et al. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2018, 32, 850–878.
10. J. Wohlrab, P. Staubach, M. Augustin et al, S2k guidelines for the use of topical preparations on the skin, Journal of the German Society of Dermatology 1610-0379/2018/16/03.

11. I. Madan, V. Parsons, G. Ntani et al. A behaviour change package to prevent hand dermatitis in nurses working in the National Health Service: results of a cluster randomized controlled trial, *British Journal of Dermatology* (2020)183, pp462–470.
12. G. Weyandt, C. Breitkopf, R.N. Werner et al. German S1 guidelines for the diagnosis and treatment of perianal dermatitis (anal eczema), *Deutsche Dermatologische Gesellschaft*. | *JDDG* | 1610-0379/2020/1806.
13. C. Vestergaard, A. Wollenberg, S. Barbarot et al. European task force on atopic dermatitis position paper: treatment of parental atopic dermatitis during preconception, pregnancy and lactation period, *Journal European Academy of Dermatology and Venereology* 2019, 33, 1644–1659.
14. Jacob P. Thyssen, Marie L.A. Schuttelaar, Jose H. Alfonso et al. Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema, *Contact dermatitis* 2022;86:357-378.
15. Heinrich Dickel, Andrea Bauer, Randolph Brehler, Vera Mahler et al. German S1 guideline: Contact dermatitis, *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* Volume 20, Issue 5 May 2022 Pages 565-746.
16. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/psusa/psusa-00001696-202311>
Европейское агентство по лекарственным средствам.