



ТАКТИКА ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Под редакцией
профессора Н.Н. Потеева



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2022

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Участники издания	5
Список сокращений и условных обозначений	6
Клинические рекомендации и доказательная медицина	7
Тактика врача-дерматовенеролога при оказании медицинской помощи по поводу заболевания	9
Абсцесс кожи. Фурункул. Карбункул	9
Акне	15
Атопический дерматит	22
Вирусные бородавки	40
Гнездная алопеция	45
Гонококковая инфекция	45
Контактный дерматит	56
Крапивница	65
Красный плоский лишай	76
Локализованная склеродермия	76
Микозы кистей, стоп и туловища	87
Микроспория	100
Опоясывающий герпес	111
Остроконечные кондиломы	116
Пиодермия	123
Простой герпес у взрослых	123
Псориаз	133
Розацеа	142
Розовый лишай Жибера	153
Себорейный дерматит	158
Сифилис	167
Трихомониаз	167
Урогенитальный кандидоз	167
Чесотка	177
Экзема	183
Список литературы	196
Справочник лекарственных средств	196

ТАКТИКА ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

АБСЦЕСС КОЖИ. ФУРУНКУЛ. КАРБУНКУЛ

Абсцесс — ограниченное скопление гноя в тканях, обусловленное попаданием патогенных микроорганизмов или инородных тел и сопровождающееся некрозом.

Фурункул — острое гнойное воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей.

Карбункул возникает в результате слияния нескольких фурункулов с образованием зоны разлитого воспаления мягких тканей.



Фурункул (Источник: Потекаев Н.Н., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 456 с.)

Код по МКБ-10

- L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица
- L02.1 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи
- L02.2 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул туловища
- L02.3 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул ягодицы

Классификация

Абсцесс локализуется на любом участке кожи в месте колотых ран.

Фурункул — осложнение стафилококкового фолликулита. Плотный болезненный узел диаметром 1–2 см с некротическим стержнем. Под некротическим стержнем формируется абсцесс, появляется флюктуация. После разрыва пустулы и отхождения

Код по МКБ-10

L02.4 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул конечности

L02.8 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций

L02.9 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул неуточненной локализации

Классификация

некротического стержня остается узел с полостью внутри. Окружен зоной воспаления мягких тканей.

Карбункул образован несколькими слившимися между собой фурункулами. Множественные многокамерные абсцессы, расположенные в дерме и подкожной клетчатке, поверхностные пустулы, некротические стержни, из которых выделяется гной

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица.



ДИАГНОСТИКА

Критерий диагностики	Комментарий
1. Оценка клинических и физикальных данных	
1.1. Наиболее частая локализация	Участки кожи, на которых растут волосы: подбородок, верхняя губа, затылок, задняя поверхность шеи, подмышечные впадины, ягодицы. Приуроченность к волосяному фолликулу. Чрезвычайно болезненный воспаленный узел, в центре которого виден некротический стержень. Гнойное воспаление волосяного фолликула, распространяющееся на глубокие слои дермы и подкожную клетчатку. Болезненность различной степени выраженности. На фоне эритемы отчетливо заметно скопление гноя
1.2. Характеристика высыпаний	
2. Анамнез	
Этиологические факторы	Фолликулит, фурункул и карбункул представляют собой последовательные стадии стафилококковой инфекции. Эти заболевания возникают у носителей <i>Staphylococcus aureus</i>
3. Лабораторная и инструментальная диагностика	
Дополнительные исследования	Микроскопия мазка, окрашенного по Граму. Грамположительные кокки свободные или в цитоплазме нейтрофилов. Посев. Посев гноя позволяет высеять <i>Staphylococcus aureus</i> и определить чувствительность возбудителя к антибиотикам. Определение чувствительность возбудителя к антибиотикам. Позволяет выявить штаммы <i>Staphylococcus aureus</i> , устойчивые к метициллину, чтобы вовремя изменить схему лечения
4. Основные принципы лечения	
4.1. Хирургическое лечение	Для лечения абсцессов, фурункулов и карбункулов прибегают к вскрытию и дренированию. Обычно для излечения необходимо вскрытие, дренирование полости и антибиотикотерапия. Антибиотики лишь ускоряют лечение. Абсолютное показание к назначению антибиотиков — риск bacteriemia
4.2. Антибиотики	

Критерий диагностики	Комментарий
4.3. Течение и прогноз	Фурункулез иногда осложняется бактериемией и обсеменением клапанов сердца, суставов, позвоночника, длинных трубчатых костей, внутренних органов (особенно почек). С венозной кровью стафилококки могут попасть в пещеристый синус и стать причиной тромбоза пещеристого синуса и менингита. Больные сахарным диабетом особенно предрасположены к рецидивирующему фурункулезу

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

7–14 дней в зависимости от тяжести заболевания.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Эпителизация раневого дефекта при заживлении полостей вскрытия.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Разрыв эпидермальной или волосистой кисты, гидраденит (промежность, подмышечные впадины), хронический язвенный герпес.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
При локализации на коже лица — госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии	Вызов скорой медицинской помощи для неотложной госпитализации
Тяжелое и/или осложненное течение заболевания	



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Не проводится.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Не проводится.

ПРОФИЛАКТИКА

Для профилактики и лечения фолликулита, фурункулов и карбункулов следует устранить носительство *Staphylococcus aureus*.



Препарат выбора	Особенности применения
1. Лечение фурункула (стандартная схема терапии)	
Диклоксациллин	Взрослым по 250–500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10 дней
Цефалексин 	Взрослым по 250–500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10 дней; детям 40–50 мг/кг в сутки каждые 6 ч в течение 10 дней
2. Лечение фурункула (осложненного)	
Эритромицина этилсукцинат	Взрослым 1–2 г в сутки внутрь каждые 6 ч в течение 10 дней; детям 40 мг/кг в сутки внутрь каждые 6 ч в течение 10 дней
Кларитромицин 	По 250–500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней
Азитромицин 	По 250 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 5–7 дней
Клиндамицин 	Взрослым по 150–300 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10 дней; детям 15 мг/кг в сутки каждые 6 ч в течение 10 дней
3. Штаммы <i>Staphylococcus aureus</i>, устойчивые к метициллину	
Миноциклин 	По 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней
Триметоприм/ сульфаметоксазол 	Внутри по 160/800 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней
Ципрофлоксацин 	По 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней

Препарат выбора	Особенности применения
Рифампицин 	600 мг в сутки внутрь в течение 7–10 дней для устранения носительства <i>Staphylococcus aureus</i>

Препараты продолжают принимать до тех пор, пока все фурункулы полностью не заживут, после чего переходят на поддерживающее лечение (прием антибиотика 1 раз в сутки в течение многих месяцев).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Исключение контакта с причинно-значимыми аллергенами (элиминационные меры).
- Исключение контакта с неспецифическими раздражителями (табачный дым, выхлопные газы и др.) и факторами профессиональной вредности.
- Соблюдение безаллергенной диеты с учетом спектра сенсибилизации.
- Наличие письменного плана лечения.
- Обучение и тренинг в аллергошколах.
- У лиц с атопией — исключение контакта с аллергенами и факторами, которые потенциально могут стать сенсибилизирующими (домашние животные, растения, фитотерапия, неблагоприятные бытовые и производственные условия и др.).

Не рекомендованы:

- использование продуктов растительного происхождения, гомеопатии, косметики с растительными компонентами при пыльцевой сенсибилизации;
- длительное и бесконтрольное использование деконгестантов;
- самолечение;
- хирургическое лечение в сезон пыления причинно-значимых растений.



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению инфекций кожи и подкожной клетчатки.
- Несоблюдение врачебных назначений затягивает сроки выздоровления и повышает вероятность осложнений в виде развития флегмоны мягких тканей.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ

- Своевременное и адекватное лечение инфекций мягких тканей, раннее хирургическое вмешательство способствует уменьшению риска осложнений.
- Эффективность антибиотикотерапии зависит от правильно выбранного препарата и использования дезинфицирующих средств.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты, в данном случае потенциальная польза лечения превышает вероятность развития побочных эффектов.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.
- Нельзя допускать самолечение.



- **Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии**

АКНЕ

Акне — хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов.

Выделяют четыре основных звена патогенеза акне:

- 1) увеличение продукции кожного сала;
- 2) фолликулярный гиперкератоз;
- 3) размножение *Propionbacterium acnes*;
- 4) воспаление.

Код по МКБ-10

L70.0 Угри обыкновенные
L70.1 Угри шаровидные
L70.2 Угри осповидные.
Угри некротические милиарные
L70.3 Угри тропические
L70.4 Детские угри
L70.5 Acne excoriée des jeunes filles
L70.8 Другие угри
L73.0 Угри келоидные

Классификация

С учетом клинической картины заболевания выделяют:

- комедональные акне;
- папуло-пустулезные акне легко-средней степени тяжести;
- тяжелые папуло-пустулезные акне, узловатые акне умеренной степени тяжести;
- узловатые акне тяжелой степени, конглобатные акне.

У женщин выделяют три подтипа акне:

- 1) стойкие персистирующие акне;
- 2) акне с поздним началом;
- 3) рецидивирующие акне.

У детей выделяют:

- акне новорожденных;
- акне раннего детского возраста;
- акне среднего детского возраста;
- предпубертатные акне.

Редкие и атипичные формы акне:

- стероидные акне;
- «бодибилдинг» акне;
- инверсные акне;
- эксфолиированные акне;
- механические акне



Угри шаровидные

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

L70.4 Детские угри.



ДИАГНОСТИКА

Критерий диагностики	Комментарий
1. Оценка клинических и физикальных данных	
1.1. Системные признаки гиперандрогенемии	Нерегулярный менструальный цикл, позднее менархе. Гирсутизм.
1.2. Эндокринные расстройства	Синдром поликистоза яичников, аменорея, гиперменорея, олигоменорея, бесплодие, метаболический синдром.
1.3. Акне детского возраста	Обследование для исключения врожденной гиперплазии надпочечников и андрогенпродуцирующих опухолей
2. Дифференциальная диагностика	
2.1. Критерий постановки диагноза	Наличие комедонов, папул, пустул, рубцов постакне
2.2. Дифференциальная диагностика	Акне дифференцируют с розацеа, розацеаподобным (периоральным) дерматитом, мелкоузловым саркоидозом лица, проявлениями вторичного сифилиса — папулезным себорейным и папуло-пустулезным сифилидом и другими папулезными дерматозами, медикаментозными акне, возникающими на фоне приема ряда ЛС (гормональные препараты, включая системные ТГК, анаболические стероиды, андрогены, тироксин, противосудорожные средства, барбитураты, противотуберкулезные средства, азатиоприн, циклоспорин, хлоралгидрат, соли лития, препараты йода, хлора, брома, дисульфирам, цетуксимаб, тиоурацил, некоторые витамины, особенно тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианкобаламин, D2)
3. Лабораторная и инструментальная диагностика	
3.1. Гормональный профиль	Определение уровней следующих гормонов: свободный тестостерон, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон; дигидротестостерон, глобулин, связывающий половые гормоны, 17-ОН прогестерон, дегидроэпиандростерон, пролактин. Проведение теста на толерантность к глюкозе

Критерий диагностики	Комментарий
3.2. Консультации специалистов	Эндокринолог или гинеколог-эндокринолог
4. Общие замечания по терапии	
4.1. Легкая степень акне	При легкой степени назначается только наружная терапия
4.2. Акне средней степени тяжести	При средней степени наружная терапия сочетается с системной терапией
4.3. Тяжелая степень акне	При тяжелой степени основной является системная терапия. 1. Длительность применения антибактериальных препаратов в низких дозах до 12 нед. 2. Препаратом выбора является изотретиноин в дозе 0,5–1 мг/кг в сутки. На курс лечения 120–150 мг/кг в течение 16–24 нед лечения

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

14–16 дней в зависимости от тяжести заболевания.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Отсутствие свежих комедонов, папул и пустул.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ КОМЕДОНАЛЬНЫХ АКНЕ, ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНЫХ АКНЕ (ЛЕГКАЯ И СРЕДНЯЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ), ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНЫХ АКНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной) — отсутствуют.



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Не проводится.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Поддерживающая терапия при акне представляет собой использование соответствующих ЛС в интермиттирующем режиме, позволяющем контролировать появление невоспалительных и воспалительных акне.

После окончания основного курса лечения и достижения клинического эффекта показана поддерживающая терапия сроком до 12 мес. Препарат выбора для поддерживающей терапии — адапален, альтернативный препарат — азелаиновая кислота.

С целью минимизации антибиотикорезистентности не рекомендуется в качестве поддерживающей терапии применять топические антибактериальные препараты. Если требуется антимикробная терапия, оптимально применять комбинацию адапалена и бензоила пероксида.



ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препарат выбора	Особенности применения
1. Антибактериальные препараты (С)	
Тетрациклин 	1,0 г в сутки 8 нед
Доксициклин 	Терапия в низких дозах 50–100 мг перорально не менее 12 нед
2. Гормональные препараты: блокаторы андрогенных рецепторов (С)	
Ципротерон + этинилэстрадиол в составе орального контрацептива 	50–100 мг в сутки в виде монотерапии или дополнительной терапии к наружным средствам. В составе низкодозированного монофазного орального контрацептива (в лечении акне средней степени тяжести)
Спиронолактон 	
Дроспиренон 3 мг + этинилэстрадиол 30 мкг 	
4. Системные ретиноиды (А)	
Изотретиноин (сильный тератоген!) 	0,5 мг/кг перорально, кумулятивная доза 120–150 мг/кг. Длительность лечения — 16–24 нед

Препарат выбора	Особенности применения
5. Наружная терапия	
<i>Топические ретиноиды (А)</i>	
Адапален 	Гель, крем 0,1% 1 раз в сутки; 4–8 нед лечения, стойкий эффект после трехмесячного курса лечения
Азелаиновая кислота (В) 	Крем 20%, гель 15% 2 раза в сутки. Терапевтический эффект через 4 нед лечения. Применять несколько месяцев
Бензоила пероксид (А) 	Гель 2,5–5–10% 2 раза в сутки. Терапевтический эффект развивается после 4 нед лечения, стойкое улучшение — после 3 мес лечения
Клиндамицин 	Гель 1% или 1% раствор для наружного применения. 1 раз в сутки. Терапевтический эффект — через 1–4 нед лечения. Курс лечения 6–8 нед
Комбинированные препараты (А) 	Адапален (0,1%) + бензоила пероксид (2,5%) гель. Терапевтический эффект — через 1–4 нед лечения. Курс лечения — 6–8 нед
Комбинированные препараты (А) 	Адапален (0,1%) + клиндамицин (1%) гель (С) 1 раз в сутки на ночь. Курс лечения — от 2 до 4 нед. В дальнейшем необходимо переходить на наружную терапию топическими ретиноидами

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

- До начала терапии местными, особенно пероральными, ретиноидами убедиться, что женщина не беременна.
 - Двойная контрацепция (пероральные контрацептивы и барьерные методы контрацепции) на весь период приема синтетических ретиноидов внутрь.
 - Соблюдение диеты с низким содержанием белка коровьего молока.
 - Психотерапия, психологическая поддержка пациента и членов его семьи.
- Не рекомендованы:
- использование масок, кремов и декоративной парфюмированной косметики;
 - длительное и бесконтрольное использование тонального крема;
 - самолечение.



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению акне.
- Несоблюдение врачебных назначений, например отказ или прерывание лечения из-за улучшения состояния кожи, побочных эффектов в виде сухости слизистой губ и конъюнктивы глаз, затягивает сроки выздоровления и повышает вероятность рецидива акне.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ

- Своевременное и адекватное лечение акне, раннее назначение терапии в соответствии с клиническими рекомендациями способствуют уменьшению высыпных элементов на коже лица, спины, груди.
- Эффективность терапии зависит от правильного нанесения топических препаратов, приема синтетических ретиноидов внутрь.
- Акне требует долгосрочного врачебного наблюдения и рациональной терапии.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты, в данном случае потенциальная польза лечения превышает вероятность развития побочных эффектов.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.
- Нельзя допускать самолечение.



- **Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии**



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА



Соблюдение рациональной диеты



Устранение профессиональных вредностей



Прием ЛС только по строгим показаниям



Прекращение активного и пассивного курения как фактора, способствующего сенсibilизации пациента



Элиминационные процедуры

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА



Контроль состояния окружающей среды



Превентивная терапия антигистаминными препаратами



Аллерген-специфическая иммунотерапия



Профилактика респираторных инфекций как триггеров аллергии



Образовательные программы

ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА



Применение эффективных и безопасных ЛС



Элиминация аллергенов

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Атопический дерматит (АтД) — аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям.

Код по МКБ-10

L20 АтД
L20.8 Другие АтД
L20.9 АтД неуточ-
ненный
L28.0 Ограниченный
нейродермит

Рабочая классификация

Возрастные периоды болезни:

- I — младенческий (до 2 лет);
- II — детский (от 2 до 13 лет);
- III — подростковый и взрослый (старше 13 лет);

Стадии болезни:

- стадии обострения:
 - фаза выраженных клинических проявлений;
 - фаза умеренных клинических проявлений;
- стадии ремиссии:
 - неполная;
 - полная ремиссии.

Распространенность процесса:

- ограниченно-локализованный;
- распространенный;
- диффузный.

Степень тяжести процесса:

- легкая;
- средняя;
- тяжелая

В зависимости от соотношения морфологических элементов выделяют пять клинических форм заболевания: экссудативная, эритемато-сквамозная, эритемато-сквамозная с лихенизацией, лихеноидная и пруригинозная (**Клинические формы атопического дерматита**).



Возрастные особенности локализации и морфологии кожных элементов позволяют дифференцировать АтД от других заболеваний кожи (**Возрастная характеристика и локализация очагов поражения кожи**).



Распространенность процесса при АтД оценивают по площади поражения кожи в процентах от общей площади кожных покровов (**Распространенность поражения кожи при атопическом дерматите**).



При оценке степени тяжести заболевания учитывают: длительность и частоту обострений, длительность ремиссий, распространенность и морфологические особенности кожного процесса, интенсивность кожного зуда, нарушение сна и эффективность проводимой терапии (**Степени тяжести атопического дерматита**).



Степень тяжести АтД принято оценивать с помощью полуколичественных шкал [например, SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), учитывающая объективные и субъективные заболевания] (**Шкала SCORAD**).



ПРИМЕР ДИАГНОЗА

L20.9 АтД, младенческая стадия, ограниченно-локализованный, легкое течение, полная ремиссия.

L20.9 АтД, детская стадия, диффузный, тяжелое течение, стадия обострения, фаза выраженных клинических проявлений.



ДИАГНОСТИКА

Критерий	Комментарий
1. Оценка клинических данных	
Обязательные признаки	<ul style="list-style-type: none"> • Зуд кожи. • Характерные морфологические особенности поражения кожи в зависимости от возраста. • Характер воспаления (острое, подострое, хроническое). • Хроническое, рецидивирующее течение
Важные (определяются в большинстве случаев)	<ul style="list-style-type: none"> • Дебют заболевания в раннем детском возрасте. • Наличие атопии: сопутствующие аллергические заболевания, семейный анамнез атопии, иммуноглобулин (Ig)E-опосредованная сенсибилизация. • Сухость кожи

Критерий	Комментарий
Дополнительные признаки (важны для подтверждения диагноза, но не являются обязательными и специфичными для постановки диагноза)	<ul style="list-style-type: none"> • Атипичные сосудистые реакции (белый дермографизм, бледность лица и т.п.). • Фолликулярный кератоз, простой белый лишай, исчерченность ладоней. • Поражение периорбитальной области и век, гиперпигментация кожи периорбитальной области, симптом Денни–Моргана (дополнительная складка нижнего века). • Поражение периоральной области, околоушной области, наружных слуховых проходов, хейлит. • Лихенизация, перифолликулярные изменения, эксфолиации вследствие кожного зуда
2. Особенности анамнеза	
Анамнез заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Дебют чаще в течение первых пяти лет жизни, хотя у большинства больных первые признаки АтД появляются уже на первом году жизни. • Возрастные особенности морфологии и локализации высыпаний. • Сезонность обострений. • Выявление провоцирующих факторов. • Связь обострений с воздействием аллергенов. • Выявление сопутствующей вторичной инфекции (бактериальной, грибковой или вирусной), осложняющей течение заболевания: частота осложнений, их влияние на тяжесть течения АтД
Аллергологический анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие атопических заболеваний у самого пациента [наряду с АтД он может страдать аллергическим ринитом, бронхиальной астмой (БА)]. • Наличие атопических заболеваний у близких родственников
Другие сведения	Анамнестические сведения о факторах риска АтД: течение беременности и родов у матери, характер вскармливания ребенка, перенесенные инфекции, сопутствующие заболевания, пищевой и фармакологический анамнез, выявление возможных провоцирующих факторов
3. Лабораторная и инструментальная диагностика	
Клинический анализ периферической крови	Эозинофилия является неспецифическим признаком
4. Аллергологическое и иммунологическое обследование	
Кожное тестирование	Рекомендуется при отсутствии противопоказаний (prick-тесты, или скарификационные тесты со стандартным набором неинфекционных аллергенов)
Определение общего IgE в сыворотке крови	Повышение содержания не является специфическим признаком. Низкий уровень общего IgE не указывает на отсутствие атопии и не является критерием исключения диагноза АтД
Определения аллерген-специфических IgE-антител в сыворотке крови	При наличии диффузного кожного процесса или других противопоказаний к аллергологическому обследованию [методы: иммуноферментный анализ (ИФА), РАСТ, МАСТ, ISAC]
5. Инструментальная диагностика	
Инструментальные методы обследования	<ul style="list-style-type: none"> • Проводятся по показаниям, после консультаций соответствующих специалистов. • При отсутствии соответствующей сопутствующей патологии не проводится

Критерий	Комментарий
6. Иная диагностика	
Консультации специалистов	Консультации аллерголога-иммунолога, дерматолога. Консультации других специалистов — по показаниям

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Себорейный дерматит (СД); пеленочный дерматит; аллергический контактный дерматит (АКД); чесотка; стромфлюос; ихтиоз обыкновенный; псориаз обыкновенный; ограниченный нейродермит (лишай Видаля); микробная экзема; розовый лишай Жибера; дерматофитии; лимфома кожи в ранней стадии; герпетиформный дерматит Дюринга; фенилкетонурия; десквамативная эритродермия Лейнера–Муссу, первичные иммунодефициты (синдром гипериммуноглобулинемии Е; синдром Вискотта–Олдрича).

ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения пациентов с АтД — достижение клинической ремиссии заболевания, воздействие на состояние кожи: устранение или уменьшение воспаления и кожного зуда, предупреждение и устранение вторичного инфицирования, увлажнение и смягчение кожи, восстановление ее защитных свойств, профилактика развития тяжелых форм АтД и респираторных проявлений, восстановление утраченной трудоспособности, улучшение качества жизни.

Основные принципы комплексного подхода к лечению больных АтД:

- элиминация причинно-значимых аллергенов;
- наружная терапия и рациональный уход за кожей;
- системная фармакотерапия;
- аллерген-специфическая иммунотерапия;
- физиотерапевтические методы лечения;
- образовательные программы;
- реабилитация и профилактика.

Ступенчатый подход к лечению АтД предусматривает поочередное включение терапевтических методов в зависимости от степени тяжести заболевания.

СТУПЕНЧАТЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

	Тяжелое течение: SCORAD 40, персистирующее течение	Госпитализация, системные иммуносупрессоры [глюкокортикоиды (ГК), циклоспорин, фототерапия]
	Средняя степень тяжести: SCORAD 15–40, интермиттирующее течение	Топические глюкокортикоиды (ТГК) высокой и средней активности и/или топические ингибиторы кальциневрина (ТИК)
	Легкая степень тяжести: SCORAD <15, транзиторное течение	ТГК низкой и средней активности и/или ТИК
Базисная терапия		Образовательные программы, уход за кожей, эмолиенты, элиминационные мероприятия

Препарат выбора	Особенности применения
1. Базисная терапия увлажняющими и смягчающими средствами	
<p>Применение эмолиентов (увлажняющих средств) показано для лечения АтД на всех стадиях заболевания.</p> <p>Эмолиенты назначаются в достаточном количестве, необходимо их обильное и многократное использование в течение дня (минимальное количество средств в виде крема и мази 250 г в неделю). Выбор эмолиентов в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн осуществляется индивидуально с учетом предпочтений пациента, особенностей кожи, сезона, климатических условий. В зимнее время рекомендовано применять эмолиенты с повышенным содержанием липидов. Эмолиенты в форме крема наносят на кожу за 15 мин до нанесения ТГК, а в форме мази — через 15 мин после нанесения ТГК</p>	
2. Терапия в зависимости от степени тяжести	
Легкая степень тяжести, SCORAD <15, транзиторное течение: ТГК низкой и средней активности и/или ТИК	
<i>ТГК низкоактивные (класс 1)</i>	
<p>Флуоцинолона ацетонид 0,0025%</p>  <p>Гидрокортизон 1%</p>  <p>Преднизолон 0,5%</p> 	<p>ТГК являются препаратами первой линии для лечения АтД. Обладают выраженным противовоспалительным эффектом. Назначаются в соответствии с инструкцией по применению с учетом показаний и противопоказаний к применению.</p> <p>Правила терапии ТГК. Ежедневное безопасное количество ТГК (г)</p>  <p>Особенности применения ТГК в детском возрасте</p> 
<i>ТГК умеренно активные (класс 2)</i>	
<p>Алклометазона дипропионат 0,05%</p> <p>Бетаметазон (Бетаметазона валерат*) 0,025%</p>  <p>Клобетазона бутират 0,05%</p> <p>Дезоксиметазон 0,05%</p> <p>Триамцинолон (Триамцинолона ацетонид*) 0,1%</p>  <p>Флуметазона пивалат 0,02%; 2%</p>	<p>Правила терапии ТГК. Ежедневное безопасное количество ТГК (г)</p>  <p>Особенности применения ТГК в детском возрасте</p> 
<i>ТИК</i>	
<p>Пимекролимус крем 1%</p> 	<p>Назначается с 3 мес возраста 2 раза в сутки на пораженные участки кожи любых частей тела, включая голову, лицо, шею, области опрелостей, до полного исчезновения симптомов. Не следует наносить препараты на слизистые оболочки и под</p>

Препарат выбора	Особенности применения
	<p>окклюзионные повязки. При первых признаках рецидива терапию следует возобновить. Если симптомы заболевания сохраняются в течение 6 нед, следует провести повторную оценку состояния больного.</p> <p>Не рекомендуется использовать при бактериальной и/или вирусной инфекции, у лиц с врожденными или приобретенными иммунодефицитами или пациентам, принимающим иммуносупрессивные препараты</p>
<p>Такролимус 0,03% мазь для детей старше 2 лет и 0,1% мазь для взрослых</p> 	<p>Назначается с двухлетнего возраста 2 раза в сутки при обострении до достижения эффекта, затем в режиме поддерживающей терапии — 2 раза в неделю длительно. Не следует наносить препараты на слизистые оболочки и под окклюзионные повязки.</p> <p>Не рекомендуется при бактериальной и/или вирусной инфекции, при врожденных или приобретенных иммунодефицитах, а также пациентам, принимающим иммуносупрессивные препараты других фармакологических групп</p>
<p>Средняя степень тяжести: SCORAD 15–40, интермиттирующее течение ТГК высокой и средней активности и/или ТИК</p>	
ТГК умеренно активные	См. выше
<p><i>ТГК активные (класс 3)</i></p>	
<p>Бетаметазон (Бетаметазона дипропионат*) 0,025%, 0,05%</p>  <p>Бетаметазон (Бетаметазона валерат*) 0,1%</p>  <p>Будесонид 0,025%</p>  <p>Фторлоролон ацетонид 0,025% Фторциноид 0,05% Фторцинолон ацетонид 0,025% Гидрокортизона бутират 0,1%</p> 	<p>У пациентов подросткового возраста с АтД среднетяжелого и тяжелого течения возможна тактика проактивной терапии</p>

Препарат выбора	Особенности применения
<p>Метилпреднизолона ацепонат 0,1%</p>  <p>Мометазон (Мометазона фуроат*) 0,1%</p>  <p>Триамцинолон (Триамцинолона ацетонид*) 0,1%</p> 	
<i>ГГК высокоактивные (класс 4)</i>	
<p>Клобетазола пропионат 0,05%</p> <p>Дифлукортолона валерат 0,3%</p> <p>Галцинонид 0,1%</p>	Не рекомендуются к применению у детей
ТИК	См. выше
Тяжелое течение SCORAD 40, персистирующее течение: неэффективность наружной терапии — системные иммуносупрессоры, фототерапия, системные ГК	
Иммуносупрессивная терапия	Следует помнить, что длительный прием этих препаратов может привести к тяжелым осложнениям со стороны органов кроветворения, печени и почек
<p>Циклоспорин</p> 	<p>Дозирование: 3–5 мг/кг в сутки.</p> <p>У детей рекомендованы короткие курсы циклоспорина.</p> <p>Начальная доза циклоспорина — 2,5 мг/кг в сутки, разделяется на 2 приема в сутки и принимается перорально (суточная доза не должна превышать 5 мг/кг в сутки)</p>
<p>Азатиоприн</p> 	Дозирование: 2,5 мг/кг в сутки (в Российской Федерации терапия не по показаниям)
<p>Метотрексат</p> 	Дозирование: 10 мг в неделю с постепенным снижением до 2,5 мг в неделю в течение 12 нед (в Российской Федерации терапия не по показаниям) (назначается при тяжелом АтД при неэффективности циклоспорина)

Препарат выбора	Особенности применения
Системные ГК	<p>Показание: выраженное обострение распространенных форм АтД при неэффективности наружной терапии, тяжелое течение диффузного АтД, протекающего без клинических ремиссий. Использование ГК у детей должно быть строго обосновано во избежание развития побочных эффектов</p> <p>Побочные эффекты системных ГК</p> 
<p>Преднизолон</p>  <p>или эквивалентные дозы других ГК</p>	<p>Дозирование: 0,5–1 мг/кг, максимальная доза — 60 мг в сутки в течение 7 дней. В течение последующих 5–7 дней дозу ГК уменьшают на 50%. В течение следующих 2 нед полностью отменяют ГК</p>
Фототерапия	Показание — тяжелое хроническое течение АтД с преобладанием зуда и лихеноидных форм заболевания. Противопоказана детям младше 12 лет
UVA + UVB = 290–400 нм	Широкополосная фототерапия
UVB 311–313 нм	Узкополосная фототерапия; наиболее эффективный вариант фототерапии
UVA1 340–400 нм	Возможно применение при обострении АтД
Комбинированное лечебное воздействие на кожу фотосенсибилизаторов: псораленов (Psorelen), длинных ультрафиолетовых (УФ) А-лучей (Ultra Violet A) (ПУВА)	Сочетанное использование фотосенсибилизаторов фурукумаринового ряда и длинноволнового УФ-излучения в диапазоне волн 320–400 нм
<p>3. Лечение АтД, осложненного инфекцией</p> <p>Микробная инфекция — ТГК + антибиотик, ТГК + антисептики, не более 2 нед. Грибковая инфекция — ТГК + противогрибковые, не более 2 нед. Смешанная инфекция — ТГК + противомикробные + противогрибковые, не более 2 нед. Неэффективность наружной терапии и распространение инфекции на обширную поверхность тела — показания к назначению антибиотиков или противогрибковых препаратов (кетоназола, итраконазола, тербинафина, флуконазола) системного действия</p>	
<p>Бетаметазон + гентамицин</p> 	Препараты, содержащие ТГК и антибиотики
<p>Флуоцинолона ацетонид + неомицин</p> 	

Препарат выбора	Особенности применения
Гидрокортизон + окситетрациклин 	
Гидрокортизон + хлорамфеникол 	
Преднизолон + окситетрациклин 	
Преднизолон + триамцинолон	
Гидрокортизон (Гидрокортизона ацетат*) + фузидовая кислота 	
Бетаметазон + фузидовая кислота 	
Гидрокортизон + хлоргексидин	Препараты, содержащие ТКГ и антисептики
Галометазон + триклозан	
Флуметазон + клиохинол 	
Флуоцинолона ацетонид + клиохинол	
Преднизолон + клиохинол	

Препарат выбора	Особенности применения
Бетаметазон + клотримазол 	Препараты, содержащие ТКК и противогрибковые лекарственные средства (ЛС)
Беклометазон + клотримазол 	
Мазипредон + миконазол	
Дифлукортолон + изоконазол 	
Бетаметазон + гентамицин + клотримазол 	Препараты, содержащие ТКК, противомикробные и противогрибковые ЛС
Гидрокортизон + неомицин + натамицин 	
Гидрокортизон + клиохинол + нистатин	
Бетаметазон + салициловая кислота 	Препараты, содержащие ГК и салициловую кислоту
Мометазон (Мометазона фуруат*) + салициловая кислота 	

Классификация топических глюкокортикостероидов по степени активности, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Степень активности	Лекарственные препараты
Класс 1 (очень сильные)	Клобетазола пропионат 0,05% мазь, крем Бетаметазона дипропионат 0,05% мазь, крем
Класс 2 (сильные)	Мометазона фуруат 0,1% мазь Триамцинолона ацетонид 0,5% мазь