Приложение 3

к приказу № 287

от «15» сентября 2025 года

Министерства здравоохранения

Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ЭКЗЕМА»

ТАШКЕНТ 2025



«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. директора
РСНПМЦДВиК МЗ
РУз
Сабиров У.Ю.

«____» _____ 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ЭКЗЕМА»

ТАШКЕНТ 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ

«ЭКЗЕМА»

Ташкент 2025

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10/11:

L30.0	Монетовидная экзема	EA80-EA8Z	Дерматиты и экзема
L30.1	Дисгидроз (помфоликс)		
L30.2	Кожная аутосенсибилизация (экзематозная)		
L30.3	Инфекционная экзема		
L30.9	Экзема без дополнительного уточнения (неуточненная)		
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en		https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабиров У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	РСНПМЦДВиК
2.	Мавлянова Ш.З.	Заведующая научной лабораторией по изучению проблем дерматозов	РСНПМЦДВиК
3.	Исмогилов А.И.	Заведующий 2 стационарным отделением дерматологии, к.м.н.	РСНПМЦДВиК
4.	Обидов С.З	PhD., Врач дерматовенеролог клиники, м.н.с	РСНПМЦДВиК
5.	Садиев Ш.Ф	Врач дерматовенеролог клиники, м.н.с	РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

1. Муллаханов Жавлон Бахтиярович – заведующий консультативной поликлиникой РСНПМЦДВиК, д.м.н., с.н.с.
2. Батпенова Гульнар Рыскельдыевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии с курсом иммунологии АО «Медицинский Университет Астана», президент объединения «Казахстанская Ассоциация дерматовенерологов и дерматокосметологов»

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной работе, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения: Выписка из протокола № 3 от 27.03.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматологи;дерматокосметологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи аллергологи
5. Врачи лаборанты;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
9. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения экземы в практику здравоохранения повсеместно.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.
Шкала оценки уровней достоверности доказательств 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

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для 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

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	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)
C	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)

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ЭКЗЕМА»……4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ ЭКЗЕМА» ……..…….…….…….42

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ЭКЗЕМА»……..… ……47

Список сокращений

ИЛ	интерлейкин
ПУВА	терапия - облучение ультрафиолетовым излучением длиной волны 320—400 нм с применением фотосенсибилизирующих препаратов сочетанное применение фотосенсибилизаторов группы фурокумаринов и длинноволнового ультрафиолетового излучения 320-400 нм
УФА	длиноволновое ультрафиолетовое излучение 350-400 нм
УФВ	средневолновое ультрафиолетовое излучение 280-320 нм (селективная фототерапия)
УФВ-311 терапия	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (либо узкополосная (311 нм) средневолновая терапия)
ФНО	-фактор некроза опухоли
IgE	иммуноглобуин Е
БА	бронхиальная астма
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФлА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/м	Внутримышечно
в/в	Внутривенно
п/к	Подкожно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
нм	нанометр
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

Основная часть.

2.1.Введение

Согласно официальной статистике ВОЗ, экзема является одним из самых часто встречающихся заболеваний кожи и диагностируется примерно у 30–40% пациентов, которые обращаются к дерматологам [122].

Экзема – это хроническая воспалительная кожная патология, сопровождающаяся покраснением, сильным зудом и характерными высыпаниями. Она не передается от человека к человеку и является генетически обусловленным заболеванием [134].

Экзема – одно из наиболее распространенных полиэтиологических заболеваний кожи, характеризующееся воспалением в ее поверхностных слоях, сопровождающееся сильным зудом.

Термин «экзема» применялся в медицине давно для обозначения островоспалительных процессов на коже, но только в первой половине XIX в. экзема была выделена в качестве отдельной нозологической единицы [134].
В англоязычной научной литературе под этим термином подразумевают воспалительное заболевание кожи с острым или хроническим течением, характеризующимся появлением одного или более из перечисленных ниже симптомов: эритема, отечность кожи, зуд, сухость кожи, шелушение, образование на коже корочек и чешуек, пузырьков, трещин, мокнутия. «Экзематизация» может наблюдаться при целом ряде дерматозов: атопический, аллергический, себорейный дерматит и др. К этой группе относятся заболевания, включенные в МКБ-10 под кодами L20–L30. [122].

Мировая статистика указывает, что распространенность экземы составляет около 1-2% взрослого населения планеты, а удельный вес среди другой кожной патологии равен 30-40% [122].

2.2 Определение

Экзема (от греч. Ekzeo — вскипаю) — хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов, характеризующееся появлением полиморфной сыпи, воспалительной реакцией.
Экзема развивается в результате комплексного воздействия эндогенных факторов (генетической предрасположенности, наличия сенсибилизации к различным аллергенам) и экзогенных факторов (бытовых, профессиональных, экологических и др.) [134].
Генетическая предрасположенность определяет нарушение иммунной регуляции, функции нервной и эндокринной систем. При экземе отмечают полигенное мультифакториальное наследование с выраженной экспрессивностью и пенетрантностью генов. При заболевании одного из родителей (преимущественно матери) шанс заболеть экземой у ребенка равен приблизительно 40%, при заболеваниях обоих родителей — 50%- 60%. Стрессовые ситуации, поражение периферических нервов, нарушения трофики кожи являются важными пусковыми факторами в развитии экземы у лиц с генетической предрасположенностью. У больных экземой часто констатируют функциональные изменения в деятельности ЦНС, преобладание активности безусловных рефлексов над активностью условных, нарушение равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы (с преобладанием парасимпатических влияний). При экземе установлены выраженные нарушения состояния глюкокортикоидного и тиреоидного звеньев эндокринной системы: повышение уровня АК I I , кортизола, I I I , трийодтиронина. В патогенезе экземы определенную роль играют свободно-радикальные процессы («оксидантный стресс»). Свободные радикалы активируют фосфолипазу А2, что ведет к высвобождению арахидоновой кислоты, из которой после воздействия циклооксигеназы и липооксигеназы возникают медиаторы воспаления: лейкотриены, простагландины и тромбоксаны. У лиц с наследственной предрасположенностью повышается синтез простагландина (Пf) F2э, что вызывает усиленную стимуляцию синтеза циклического гуазинмонофосфата (цГМФ), который активирует выработку гистамина, серотонина и других медиаторов аллергических реакций.
Экзематозные изменения кожи являются результатом гиперчувствительности замедленного типа. По современным представлениям, в развитии экземы главную роль играют Т-лимфоциты (в основном Th-1), несущие на своей поверхности специфические рецепторы к антигену и выделяющие ряд провоспалительных цитокинов: интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-2, фактор некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), интерферон-гамма. Выброс биологически активных веществ (простагландинов, лейкотриенов, гистамина) вызывает

развитие тканевых воспалительных реакций, что клинически проявляется гиперемией, отеком, зудом. Важное патогенетическое значение в развитии и дальнейшем течении экземы, особенно у детей, имеет патология желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной сферы, сопровождающаяся ферментопатиями, дискинезиями, дисбиозом кишечника, нарушением мембранного пищеварения и всасывания. Несостоятельность кишечного барьера, наиболее характерная для детей раннего возраста, приводит к всасыванию в кровь недостаточно переваренных продуктов, в том числе нерасщепленного белка [134].

2.3 Классификация

Согласно МКБ-10 в группу L-20-30 дерматит и экзема входят:
L30.0 Монетовидная экзема
L30.1 Дисгидроз (помфоликс)
L30.2 Кожная аутосенсибилизация (экзематозная)
L30.3 Инфекционная экзема
L30.9 Экзема без дополнительного уточнения (неуточненная)
Общепринятой клинической классификации не существует.
Единой классификации экземы в настоящее время не существует. В зависимости от особенностей клинической картины выделяют следующие формы заболевания:
экзема истинная (идиопатическая, дисгидротическая, пруригинозная, роговая (тилотическая);
- экзема микробная (нуммулярная, паратравматическая, микотическая, интертригинозная, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин);
- экзема себорейная;
- экзема детская;
- экзема профессиональная.

Каждая из них протекает остро, подостро или хронически. [112, 120,122,132,134].

2.4 Клиническая картина заболевания

Острая стадия характеризуется появлением везикул на эритематозной и отечной коже, точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, экскориациями, реже — папулами и пустулами. Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний
Подострая стадия характеризуется эритемой, инфильтрацией, лихенификацией, чешуйками и экскориациями.
Хроническая стадия характеризуется более выраженной инфильтрацией и лихенизацией, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией.
Частым признаком экземы служит зуд, усиливающийся при обострении заболевания, жжение, болезненность [112, 120,122,132,134].
Истинная экзема (идиопатическая). Проявляется островоспалительной эритемой, отеком, на фоне которых формируются микровезикулы, а также экссудативные папулы. Микровезикулы быстро вскрываются, на их месте образуются точечные эрозии, так называемые серозные колодцы, из которых выделяется экссудат, образуя участки мокнутия с мацерированным и слущенным эпителием. Серозная жидкость постепенно подсыхает, формируя серовато-желтые корки. Поражение кожи при истинной экземе обычно

начинается с области кистей и/или стоп. Высыпания чаще симметричные, со склонностью к распространению на кожу предплечий, голеней и других участков кожного покрова. Очаги экземы имеют различные размеры с нечеткими границами. Характерно чередование пораженных участков кожи с непораженными («архипелаг островов»). Пациентов беспокоит зуд различной степени интенсивности, что способствует развитию невротических расстройств, тревожности и нарушению сна. Экзематозный процесс может перейти в хроническое течение, клинически проявляясь очагами сухости, шелушения и образованием трещин. Нередко экзема осложняется присоединением инфекции с появлением пустул и гнойных корок [112, 120,122,132,134].

Дисгидротическая экзема (разновидность истинной экземы) характеризуется появлением на боковых поверхностях пальцев кистей и стоп, на коже ладоней и подошв зудящих пузырьков, везикул с плотной покрышкой, иногда многокамерных величиной с булавочную головку. Располагаясь глубоко в эпидермисе пузырьки, просвечивают сквозь него, напоминая зерна сваренного риса. После вскрытия плотных покрышек пузырьков образуются эрозии с мокнутием и серозные корки, трещины и шелушение [112, 120,122,132,134].

Пруригинозная экзема характеризуется мелкими, зудящими папуловезикулами на плотном основании, не вскрывающимися и не образующими корок. Излюбленная локализация — лицо, разгибательные поверхности конечностей, локтевые и коленные сгибы, половые органы. Течение процесса хроническое с развитием на фоне расчесов, инфильтрации, сухости и лихенификации.

Роговая (тилотическая) экзема проявляется гиперкератозом ладоней и подошв, иногда глубокими, болезненными трещинами. Течение хроническое, резистентное к лечению.

Микробная экзема проявляется асимметричными очагами поражения, центральная часть которых покрыта гнойными и серозными корками, после снятия которых обнажается эрозивная поверхность с мокнутием в виде «колодцев». Границы очагов четкие, очерчены бордюром из отслаивающегося эпидермиса. Высыпания сопровождаются интенсивным зудом. Часто очаги микробной экземы располагаются по периферии трофических язв голеней, вокруг свищей, на культе, оставшейся после ампутации, на фоне варикозных изменений. В таких случаях микробную экзему называют паратравматической [106, 112, 120, 122, 132, 134].

Монетовидная экзема (нуммулярная) представляет собой разновидность микробной экземы. Очаги почти всегда имеют округлую форму, четкие границы и локализуются обычно на верхних и нижних конечностях, значительно реже на туловище. Бляшки представляют собой скопление мелких папул, везикул, серозно-гнойных корок, шелушения на фоне эритемы.

Паратравматическая (околораневая) экзема развивается в области послеоперационных рубцов, при переломах костей, остеосинтезе, местах неправильного наложения гипсовых повязок. Характеризуется возникновением островоспалительной эритемы, экссудативных папул и/или пустул, образованием корок. Возможны поверхностное склерозирование кожи и отложение гемосидерина в тканях

Варикозная экзема возникает на фоне варикозной болезни. Развитию заболевания благоприятствуют травмы, мацерация кожи, нерациональная наружная терапия варикозных язв. Очаги поражения локализуются на нижних конечностях, преимущественно в области нижней трети голеней, часто в непосредственной близости с варикозными язвами, участками склерозирования кожи [106, 112, 120, 122, 132, 134].

Сикозиформная экзема развивается на фоне вульгарного сикоза, при этом процесс выходит за пределы области оволосения, отмечаются «серозные колодцы», мокнутие и зуд,

со временем появляется лихенификация кожи. Излюбленная локализация процесса — верхняя губа, подбородок, подмышечная область, лобок [106, 112, 120, 122, 132, 134].

Экзема сосков часто является следствием травмы при вскармливании ребенка или осложнением чесотки, но в некоторых случаях причина заболевания остается неизвестной. Экзема сосков характеризуется развитием на фоне незначительной эритемы слабо выраженной инфильтрации, мокнутия с наличием серозно-геморрагических корок, шелушения, возможно появление трещин и пустул. Экзема сосков обычно имеет двусторонний характер, не сопровождается уплотнением соска, поддается лечению кортикостероидами.

Себорейная экзема. Процесс чаще начинается на волосистой части головы. Очаги поражения обычно локализуются в заушных областях и на шее, не имеют четких границ, сопровождаются экссудацией и образованием себорейных корок желтоватого или грязно-серого цвета, выраженным зудом. Процесс развивается на фоне жирной себореи. Характерные признаки — появление желтовато-розовых эритематозных инфильтрированных пятен с четкими или расплывчатыми границами, мелкопластинчатого шелушения в виде чешуек желтого цвета жирной консистенции. Возможна серозно-гнойная экссудация, когда образуются серозно-гнойные влажные, жирные чешуйко-корки. В области волосистой части головы волосы бывают склеены экссудатом, имеются чешуйки и корки.

Экзема у детей. Проявляется клиническими признаками истинной, себорейной и микробной экземы. Признаки экземы у детей чаще возникают в возрасте 3-6 месяцев. В клинической картине преобладают процессы экссудации: ярко выражены эритема, отечность, мокнутие, наслоение серозных корок. Появляется так называемый молочный струп или молочные корки. Эритематозные очаги имеют блестящую поверхность, горячие на ощупь. Дети страдают от бессонницы и зуда. Течение экземы хроническое, рецидивирующее [84, 90, 106, 112, 120, 122, 132, 134].

Профессиональная экзема развивается при наличии производственных аллергенов (химических, бактериологических и др.) и изменении аллергической реактивности организма. Профессиональными аллергенами являются аминные отвердители, синтетические клеи, парафенилендиамин, динитрохлорбензол, эпоксидные смолы, фенолформальдегид, пенициллин и полусинтетические антибиотики, соли тяжелых металлов (например, хрома, никеля, кобальта), скипидар и его производные, соединения ртути, сплавы драгоценных и полудрагоценных металлов и др. При профессиональной экземе развивается реакция замедленного типа к веществу, которое применяется в производстве и является профессиональным аллергеном. Клиническая картина профессиональной экземы достаточно разнообразна, однако, имеет все признаки обычной экземы. Чаще всего профессиональная экзема развивается на открытых участках кожи, т.е. в местах контакта с раздражителем (лицо, шея, область грудины, тыл кистей, предплечья, голени). При исчезновении этиологического фактора заболевание достаточно быстро разрешается. При развитии поливалентной сенсибилизации устранение этиологического фактора не предупреждает развитие рецидивов. Профессиональная экзема часто сопровождается респираторными изменениями, бронхоспазмом, аллергическим ринитом, аллергическим конъюнктивитом. Диагноз профессиональной экземы ставится при определенных методах обследования. Наиболее распространенные из них — кожные пробы с предполагаемыми профессиональными раздражителями, аллергологические, иммунологические тесты, методы функциональной диагностики. Пациентам с профессиональной экземой проводится экспертиза трудоспособности, определяется степень инвалидности по профессиональному заболеванию [106, 112, 120, 122, 132, 134].

3.Методы, подходы и процедуры диагностики

3.1. Диагностические критерии:

Диагноз экземы устанавливается на основании:

1. анализа жалоб,
2. анамнестических данных,
3. физикального обследования,
4. результатов патолого-анатомического исследования биопсийного материала кожи из очагов поражения при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

Диагноз экземы базируется на основании анализа жалоб, данных анамнеза, оценке клинической картины заболевания.

При истинной экземе клиническая картина заболевания типична; в редких случаях истинную экзему приходится дифференцировать от атопического дерматита, токсидермий, пиодермий, аллергического контактного дерматита.

Дисгидротическую экзему следует дифференцировать от ладонно-подошвенного псориаза, пустулезного бактерида Эндрюса, дерматомикозов, хронического акродерматита Аллопо, в исключительных случаях — от буллезного пемфигоида.

Дифференциальный диагноз пруригинозной экземы проводят с чесоткой, детской почесухой, стойкой папулезной крапивницей, герпетиформным дерматитом Дюринга.

При микробной экземе дифференциальную диагностику проводят со стрептодермией, контактным аллергическим дерматитом, субкорнеальным пустулезом, дерматитом Дюринга, лейшманиозом.

Дифференциальный диагноз монетовидной экземы проводят с бляшечным парапсориазом, розовым лишаем, себорейной экземой.

Сикозиформную экзему следует дифференцировать от вульгарного и паразитарного сикоза.

Дифференциальный диагноз паратравматической экземы проводят с контактным дерматитом, псориазом, гипертрофической формой красного плоского лишая, болезнью Шамберга.

Дифференциальный диагноз экземы сосков проводят с чесоткой, болезнью Педжета.

Себорейную экзему следует дифференцировать от псориаза, парапсориаза, надбровной ульэритемы, дискоидной красной волчанки, фолликулярного дискератоза Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырчатки Сенира-Ашера, доброкачественной семейной пузырчаткой Хейли-Хейли.

Дифференциальный диагноз роговой (тилотической) экземы проводят с псориазом ладоней и подошв, дерматомикозом, кератодермией [112].

1. **Лабораторные исследования :**
   https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
   https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
   https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02952-9/abstract
   https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02953-0/abstract
   https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

C5	для оценки общего состояния пациента, для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии: анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, мочевина, билирубин общий, холестерин, триглицериды, натрий, калий,

	общий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза в крови

C5	Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM

C5	для оценки общего состояния пациента и выявления противопоказаний к системной терапии: общий (клинический) анализ мочи (цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция pH, глюкоза, белок, билирубин, уробилиноиды, реакция на кровь, кетоновые тела, нитраты, эпителий плоский, эпителий переходный, эпителий почечный, лейкоциты, эритроциты, цилиндры гиалиновые, цилиндры зернистые, цилиндры восковидные, цилиндры эпителиальные, цилиндры лейкоцитарные, цилиндры эритроцитарные, цилиндры пигментные, слизь, соли, бактерии)

C5	для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии биологическими препаратами определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови

C5	для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии биологическими препаратами определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови

C5	пациентам с экземой женского пола для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии селективными иммунодепрессантами исследование мочи на хорионический гонадотропин

C5	При наличии признаков вторичной инфекции рекомендуется проведение микроскопического исследования на дерматофиты и дрожжевые грибы.

C4	пациентам с экземой микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам при подозрении на присоединение вторичной инфекции

C5	микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов У детей с экземой соскоб на яйца глистов
	определение антител классов A, M, G (IgM, IgA, IgG) к лямблиям в крови
	определение антител к аскаридам *{Ascaris lumbricoides)*
	определение антител к возбудителю описторхоза *(Opisthorchis felineus)* в крови
	общий анализ кала

C5	• Рекомендуется пациентам исследование уровня общего иммуноглобулина E в крови [20] • Коагулограмма • С-реактивный белок

C5	• Аллерготест иммуноблотинг • Молекулярная аллергодиагностика

C5	Рекомендуется гистологические исследование биопсийного (операционного) материала кожи для дифференциальной диагностики
C5	Рекомендуется иммуногистохимическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи для дифференциальной диагностики

C5	для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии - кал на скрытую кровь

C5	Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика Молекулярно-генетические исследования Иммунологические исследования

C5	Исследование гормонов щитовидной железы Исследование уровня витамина Д в крови

1. **Инструментальные исследования:**
   https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16867052/
   https://raaci.ru/dat/pdf/project_AtD.pdf?ysclid=lyrjosleje647839847
   https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
   https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

C4	Корнеометрия — определение количества влаги в роговом слое.

C5	Для выявления противопоказаний к системной терапии, физиотерапии и контроля безопасности системной терапии рекомендуется УЗИ внутренних органов.
C5	Ультразвуковое исследование кожи - для оценки состояния подкожных структур
C5	Диагностика состояние кожи- дерматоскопия

2. **Дополнительное обследование**
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/

C5	Программа диагностики степени тяжести экземы у взрослых и детей.

Показания для консультации специалистов

https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis

C5	Рекомендуется консультация аллерголога для проведения аллергологического обследования, назначения элиминационной диеты, установления причинно-значимых аллергенов, подбора и коррекции терапии, диагностики сопутствующих аллергических заболеваний

C5	Рекомендована консультация диетолога для составления и коррекции индивидуального рациона питания.

C5	Рекомендована консультация психоневролога при выраженном зуде, поведенческих нарушениях.

C5	Рекомендована консультация медицинского психолога/психотерапевта для проведения психотерапевтического лечения, обучения технике релаксации, снятия стресса и модификации поведения.

C5	Рекомендована консультация терапевта/педиатра для выявления и лечения сопутствующих заболеваний

C5	Рекомендована консультация эндокринолога для выявления и лечения сопутствующих заболеваний.

Дифференциальный диагноз:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis

Диагноз	**Обоснование для дифференциальной диагностики**
Кератодермия	Сначала на коже ладоней или подошв возникают ограниченные красные пятна, которые покрываются мелкими узелковыми высыпаниями и роговыми чешуйками. Со временем элементы высыпаний сливаются между собой, образуя очаги неправильной формы. При “сухом” типе болезни прогрессирует гиперкератоз и ороговение кожи, а “влажный” тип проявляется глубокими трещинами, эрозиями и мокнутием
Псориаз	чаще проявляется в подростковом или взрослом возрасте, хотя возможен и детский псориаз, но в более редких случаях, преимущественно поражает разгибательные поверхности (локти, колени), поясницу, волосистую часть головы, может затрагивать ногти, характерны чётко очерченные папулы и бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Высыпания могут быть симметричными, а зуд не всегда является основным симптомом. После удаления чешуек может наблюдаться точечное кровотечение (симптом Ауспитца)

Герпетиформный дерматит Дюринга	Повышенная чувствительность к глютену и целиакия. На коже на фоне гиперемии мелкие напряженные пузырьки, склонные к группировки. Интенсивный зуд
Наследственные нарушения обмена триптофана	Наследственное заболевание. На коже лица, туловища, на разгибательные поверхности конечностей , ягодицы отмечается гиперемия, отечность, везикулы, экссудация, корки, папулы, экскориации, лихенификация.

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

https://nationaleczema.org/
https://www.msdmanuals.com/ru/professional/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2019/6/1199728492019061704
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/dyshidrotic-eczema/
https://nationaleczema.org/eczema/treatment/

4.1 Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях :

Немедикаментозное лечение:

- Стол №15 (ограничить: прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров) В пищу рекомендуется включить растительные масла, а также продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи). [25]
- Рекомендуется пациентам с экземой в зависимости от стадии и клинической формы заболевания: увлажняющие и смягчающие средства (эмоленты) наружно [27-37]. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) Комментарии: Эмоленты могут использоваться в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн.

- Пациентам с экземой учитивая клиническую форму необходимо постоянно, часто и в больших количествах использовать увлажняющие и смягчающие средства (не менее 3-4 раз в день) как самостоятельно, так и после водных процедур [38-40]. Наиболее выраженный эффект увлажняющих и смягчающих препаратов наблюдается при их постоянном использовании в виде крема, мази, масла для ванны и заменителей мыла. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5) Комментарии: Убедительных данных об эффективности гипоаллергенных или элиминационных диет в процессе беременности в отношении развития экземы в общей популяции в настоящее время не получено [25]. Рекомендуется беременным, детям и взрослым с экземой с целью контроля за факторами внешней среды исключение воздействия табачного дыма [23] Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) Комментарии: Курение недопустимо во время беременности и лактации; пассивное курение исключают с первых дней жизни ребенка. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4) Рекомендуется элиминация или удаление причинно-значимых аллергенов. При установленной сенсибилизации к бытовым, эпидермальным, грибковым аллергенам рекомендованы элиминационные мероприятия с целью уменьшения выраженности симптомов экземы. снижения фармакологической

нагрузки и профилактики обострений. При развитии симптомов пищевой аллергии, включая анафилаксию, что нередко наблюдается у детей и взрослых с сенсибилизацией к белкам пищевых аллергенов, установленной с помощью определения аллерген-специфических IgE антител в сыворотке крови, рекомендованы элиминационные диеты с исключением причинно-значимых аллергенов [55, 56]. Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Физиотерапевтические процедуры:**

Рекомендуется пациентам с экземой средней и тяжелой степени тяжести ультрафиолетовое облучение кожи (фототерапия). Перед назначением фототерапии пациентам с экземой для выявления противопоказаний рекомендуется комплекс лабораторных исследований, включающий общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, консультация врача-терапевта или врача-педиатра, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По показаниям рекомендуют обследование у других специалистов [59-64].

https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

С4	Рекомендуются пациентам с экземой узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия УФВ-311 терапия, с длиной волны 311 нм взрослым пациентам с экземой; УФВ-311 терапия, с длиной волны 311 нм детям с экземой. Данные о применении фототерапии в детском возрасте ограничены, ввиду чего необходимо соблюдать осторожность при использовании. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия назначается детям 5 лет и старше. При назначении узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии необходимо учитывать психоэмоциональные особенности ребенка, общее состояние, способность самостоятельного нахождения в кабине и выполнения требований медицинского персонала. или ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона (УФА-1 терапия, длина волны 340-400 нм) взрослым; Ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона противопоказана детям до 18 лет.

Комментарии: Данные о применении фототерапии в детском возрасте ограничены, ввиду чего необходимо соблюдать осторожность при использовании. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия назначается детям 5 лет и старше. При назначении узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии необходимо учитывать психоэмоциональные особенности ребенка, общее состояние, способность самостоятельного нахождения в кабине и выполнения требований медицинского персонала. Данные о применении фототерапии в детском возрасте ограничены. Рекомендуется применение после стадии мокнутия.

https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

С5	УФО Эксимерный свет Ультразвуковая терапия с применением средств для топического применения Пелоидотерапия

https://cyberleninka.ru/article/n/peloidoterapiya-zabolevaniy-
www.nmicrk.ru/upload/nauka/pdf/6kr.pdf
ttps://cyberleninka.ru/article/n/rol-topicheskih-steroidov-v-terapii-ostryh-i-hronicheskih-dermatozov-u-detey

С5	Бальнеотерапия с минеральными солями, травяными отварами

С5	Низкоуровенная фототерапия LLLT ИК-лазер Поляризованный полихроматический луч

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

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

Таблица-1

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Кортикостероиды для лечения заболеваний кожи для наружного применения I (очень высокая активность).	Клобетазола пропионат: 0,05%	наружно 1-2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Бетаметазона дипропионат: 0,1%; 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
II (высокая активность).	Мометазона фуроат: 0,1%	наружно 1 раз в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Триамцинолона ацетонид: 0,5%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/

	Метилпреднизолона ацепонат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Флуоцинонид: 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
III–IV (средняя активность).	Триамцинолона ацетонид: 0,1%	наружно 2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Флуоцинолона ацетонид 0,025%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Бетаметазона валерат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Гидрокортизона бутират 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
V (активность ниже средней).	Аклометазона дипропионат 0,05%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Флуоцинола ацетонид 0,01%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Гидрокортизона бутират 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Гидрокортизона пробутат 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/

VI (низкая активность).	Флуоцинола ацетонид 0,01%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Дексаметазон 0,1%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
Ингибиторы кальциневрина (ИК)	такролимус 0,03% и 0,1%	взрослым 0,03% мазь для наружного применения или 0,1% мазь для наружного применения, детям старше 2 лет – 0,03% мазь для наружного применения наносить 2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи, в течение 8–12 недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	пимекролимус 1%	2 раза в сутки взрослым и детям старше 3 месяцев наносить на пораженную поверхность тонким слоем, в течение 8–12 недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
Кератолитическое средство	Мочевина (5,10,15%)	наружно 1–2 раза в сутки в течение 1–3–х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35167133/
Антисептические средства	Метиленовый синий 1 %	на пораженные участки 2-3 раза в сутки	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Фукорцин 2 %	Наружно. Раствор наносят с помощью ватного тампона или помазка на пораженные участки кожи 2-4 раза в день. После подсыхания жидкости на обработанный участок можно наносить мази и пасты.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Каламин 15%	на пораженные участки 2-3 раза в сутки	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/

	Циндол 12.5%	Наружно. Перед применением взбалтывать. Тампоном, смоченным препаратом, наносят суспензию на пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
Системная терапия			
Гипосенсибилизирующие препараты	Натрий тиосульфат	5-50 мл 30% раствора внутривенно; Пьют по 2–3 г в виде 10% раствора.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37392479/
Детоксикационные препараты	лактат натрия, сорбит, хлорид натрия, хлорид калия, хлорид кальция, хлорид магния 100 мл, 200 мл, 250 мл, 400 мл и 500 мл.	Детям до 6 лет рекомендуется давать препарат в дозе 10 мл/кг, от 6 до 12 лет – взрослым половина рекомендуемой дозы. Детям старше 12 лет назначают ту же дозу, что и взрослым.	(С) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2013/561290
Противоаллергическое средство - Н1-гистаминовых рецепторов блокатор	Лоратадин Сироп, таблетки	сироп, таблетки 10 мг, детям в возрасте от 2 до 12 лет с массой тела менее 30 кг – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально, при массе тела более 30 кг – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней в возрасте от 2 до 12 лет – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально 1 раз в сутки в течение 14-18 дней	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор по 10 мл внутрь 1 раз в день в течение 7-14 дней.	(С) https://www.jaad.org/article/S0190-9622(03)03574-6/fulltext#:~:text=The%20rationale%20for%20the%20use,adhe

			sion%20molecules%20and%20eosinophil%20number.
	Дефенгидромин	Применяют внутрь, парентерально и наружно. Взрослым и детям старше 14 лет назначают внутрь однократно в дозе 50 мг. Режим и продолжительность применения определяется индивидуально согласно инструкции. Взрослым и детям старше 14 лет назначают в разовой дозе 10–50 мг внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза — 200 мг. Детям от 7 месяцев до 14 лет дозу определяют в зависимости от возраста. Внешне. Наносить 3-4 раза в день на пораженные участки кожи.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29317281/
	Левоцетиризин	Таблетки 5 мг раствор по 20 капель внутрь 1 раз в день в течение 7-14 дней.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17561929/
	Хлоропирамин	Таблетки по 25 мг 3–4 раза в день внутримышечно или внутривенно, разовая доза для взрослых составляет 20–40 мг.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12145433/
	Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(B) https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.go

			v/34397204/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Гидроксизин	Пить. 12,5-50 мг/день Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза не должна превышать 300 мг. У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить в 2 раза. Пациентам с умеренной и тяжелой почечной недостаточностью, а также печеночной недостаточностью требуется снижение дозы.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14445517/
	Цетиризин Капли, таблетки	капли для приема внутрь 10 мг/мл, таблетки 10 мг – детям в возрасте от 6 до 12 месяцев (только по назначению врача и под строгим медицинским контролем) – 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 1 года до 2 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 6 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 2 раза в сутки или 5 мг (10 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
Антилейкотриены	Монтелукаст таблетки, порошок и сироп.	Рекомендуется пить по 4-10 мг.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9681340/
	Зафирлукаст	Начальная доза для взрослых и детей старше 12 лет составляет 20 мг 2 раза в сутки. При необходимости	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9681340/

		дозу можно увеличивать постепенно. Поддерживающая доза составляет 20 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 80 мг в 2 приема. Больным пожилого возраста, а также при алкогольном циррозе печени начальная доза составляет 20 мг 2 раза в сутки, дозу корректируют в зависимости от реакции больного на лечение.	

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Перечень основных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

Таблица-2

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Рекомендуются для лечения экзема, осложненного вторичной инфекцией антибиотики и противомикробные средства, применяемые в дерматологии:	фузидовая кислота, 2% крем для наружного применения или 2% мазь для наружного применения	наносить на инфицированные очаги поражения 3 раза в сутки в течение 7 -14 дней	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	бацитрацин + неомицин 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг	наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/

	мупироцин 2% мазь для наружного применения	наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки не более 10 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	эритромицин мазь для наружного применения (10000 ЕД/г)	наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки 7-14 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	сульфатиазол серебра крем	наружного применения 2% наносить на инфицированные для очаги поражения 2-3 раза в сутки 7-14 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	гидрокортизон + окситетрациклин мазь, аэрозоль	наружно на инфицированные очаги поражения 1-3 раза в сутки в течение 7 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	тетрациклин + триамцинолон аэрозоль	для наружного применения – орошать струей аэрозоля инфицированные очаги поражения 1-3 раза в сутки, держа баллон в вертикальном положении, на расстоянии 15-20 см от кожи, в течение 7-10 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	бетаметазон + гентамицин + клотримазол крем	для наружного применения, мазь для наружного применения наружно на инфицированные очаги поражения 2 раза в сутки взрослым и детям в возрасте 2 лет и старше в течение 7-14 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	бетаметазон + гентамицин	для наружного применения, мазь для наружного применения наружно на инфицированные очаги поражения 2 раза в сутки взрослым и детям в	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/

		возрасте 2 лет и старше в течение 7-14 дней	
Системные ГКС	Преднизолон	Для взрослых пациентов 20-60 мг в день. В редких случаях допускаются более высокие дозы. После достижения клинического улучшения (регресса) начинают постепенную отмену препарата. Общая продолжительность лечения, в среднем, не более 2–3 недель.	(B) https://www.bad.org.uk/pils/oral-treatment-with-corticosteroids/ https://eczema.org/information-and-advice/treatments-for-eczema/oral-steroids
	Дексаметазон	4-8 мг в сутки для взрослых пациентов. После достижения клинического улучшения (регресса) препарат постепенно отменяют. Общая продолжительность лечения в среднем не превышает 2-3 недель.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1678223/
	Метилпреднизолон	Дозы глюкокортикоидов, в большинстве случаев, для взрослых составляют 16-48 мг в день. После достижения положительного клинического результата – начинают постепенную отмену препарата. Общая продолжительность лечения глюкокортикостероидами обычно небольшая (в среднем, не более 2–3 недель).	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/

	Бетаметазон	в/м в дозе 1,0 мл каждые 4 недели.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	Триамциналон	вводят в/м в дозе 1,0 мл каждые 4 недели. Внутриочагово 1 раз в 4 недели	(B) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544309/:~:text=Triamcinolone%20is%20a%20glucocorticoid%20used,dermatomyositis%2C%20and%20seasonal%20or%20allergic
Иммунодепрессивные препараты	Циклоспорин 2,5; 5 мг/кг/сутка 10, 25, 50, 100 мг капсула, 100/1 мл флакон	Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.	(A) **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37722926/**
Антиметаболиты (аналоги фолиевой кислоты)	Метотрексат	У взрослых метотрексат назначается в дозе от 10 до 30 мг / нед. п/к, в/м или внутрь; у детей – 0,2–0,7 мг/кг/нед.	(A) https://www.jaad.org/article/S0190-9622(10)02161-4/fulltext https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

			/26614486/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27168193/
Витамин группы В	Фолиевая кислота	Рекомендован прием фолиевой кислоты через 12 – 48 часов после приема метотрексата. Оптимально – через 24 часа после недельной дозы метотрексата. Доза фолиевой кислоты должна быть не менее 5 мг в неделю.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972718/
Селективный иммунодепрессант ингибитор интерлейкина (IL-4, IL-13)	Дупилумаб 150, 175 мг раствор для подкожного введения	Для пациентов с массой тела от 15 до < 30 кг: начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 4 недели; для пациентов с массой тела от 30 до < 60 кг: начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели; для пациентов с массой тела 60 кг и более начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 2 недели	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Селективный иммунодепрессант ингибиторы интерлейкина (IL-13)	Тралокинумаб 150 мг раствор для подкожного введения	Начальная доза: Разделите дозу на несколько мест. 600 мг 1 раз в день Дальнейшая обработка Возможность распределения дозы по нескольким местам. Соблюдайте двухнедельный интервал с предыдущим этапом. Лечение следует прекратить, если нет ответа через 16 недель. 300 мг 1 раз сегодня каждые 2 недели Вес < 100 кг Возможна дальнейшая обработка	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/

		В случае: Пациента, чья кожа обесцвечена или почти белая. Возможность распределения дозы по нескольким местам. 300 мг 1 раз сегодня каждые 4 недели	
Селективный иммунодепрессант ингибиторы интерлейкина (IL-12, IL-23)	Устекинумаб 45 мг/0.5мл, 90мг/1.0мл шприце	Рекомендованная доза составляет 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель. У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг. При неэффективности терапии в течение 28 недель рекомендуется рассмотреть целесообразность применения препарата.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Селективный иммунодепрессант ингибиторы интерлейкина (IL-13)	Лебрикизумаб 250мг	Рекомендуемая доза лебрикизумаба составляет 500 мг (две инъекции по 250 мг) на 0-й и 2-й неделе, с последующим введением 250 мг подкожно каждые две недели до 16-й недели. Достигнут клинический ответ, рекомендуемая поддерживающая доза лебрикизумаба составляет 250 мг каждую неделю. четыре недели.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Селективный иммунодепрессант.	Омализумаб	вводят только п/к (в/м и в/в вводить нельзя) в область дельтовидной мышцы или переднелатеральную область бедра по 150—375 мг 1 раз в 2-4 нед. Доза зависит от исходной	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/

		концентрации IgE (МЕ/мл) и массы тела пациента (кг) , измеренной до начала лечения, а также массы тела пациента (кг). Дозу следует корректировать при значительных изменениях массы тела.	
Ингибиторы Янус-киназ	Барицитиниб	Внутрь. Рекомендуемая доза составляет 4 мг 1 раз/сут.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
	Упадацитиниб	Доза составляет 15-45 мг 1 раз/сут.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
	Аброцитиниб	Рекомендованная доза для взрослых и подростков (в возрасте 12 лет и старше) составляет 100 мг или 200 мг 1 раз/сут, исходя из оценки врачом целей лечения и клинического состояния пациента.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Витамины	Альфа-токоферола ацетат	50-100 мг внутрь в день после еды (срок применения - 20-40 дней)	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4976416/
	Ретинола ацетат	Максимальная суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ. 33 000–100 000 МЕ/день	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5996635/
	Витамин А + Е	внутрь после еды в дозировке витамин Е по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	(B) https://pubmed.ncbi.nl

			m.nih.gov/38019566/
	Холекальциферол (Витамин D)	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(OH)D <20 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутрь Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(OH)D ≥20 и <30 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь - 200 000 МЕ однократно внутрь - 150 000 МЕ однократно внутрь - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутрь Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутрь - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутрь	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/
	Аскорбиновая кислота	внутримышечно, внутривенно 250-1000 мг/день	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6040229/:~:text=However%2C%20vitamin%20C%20deficiency%20can,to%20the%20pathogenesis%20of%20PC

			Т.
Витамины	Цианокобаламин	в/м или в/в 1 мг в день в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц.	(С) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099312/
	Тиамин	в/м (глубоко) Рекомендуется начинать применение препарата с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора). Взрослым назначают по 25–50 мг тиамина гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки; детям - 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения – 10-30 инъекций. .	(С) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099312/
	Рибофлавин	Перорально: взрослым — 5–10 мг в сутки; детям - 2-5 мг один раз в сутки. Продолжительность лечения - 1-1,5 месяца. в/м: по 1 мл 1% раствора (0,1 г) 1 раз в день в течение 10–15 дней (детям — 3–5 дней), затем 2–3 раза в неделю; Курс лечения – 15-20 инъекций.	(С) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099312/
Пробиотики	L. acidophilus, L. rhamnosus, L. casei, L. plantarum; Bifidobacterium longum Bifidobacterium breve; Saccharomyces boulardii.	Учитывая возраст пациента и изменения деятельности кишечника, возможно назначение капсулы, гранулы с жидким раствором.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35628229/

Иммуномодуляторы	рекомбинантные ИФН альфа-2b суппозитории ректальные	У взрослых: по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней У детей: по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней У беременных: по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней	B https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2013/2/downloads/ru/031997-2849201321 6
	Инозин пранобекс	внутрь, после еды, 500 мг 3-4 раза в день в течении 10 дней	C https://mediqlab.com/drugs/3fe6471 4-1f39-4851-9ce1-de65fae52c 85
	Меглюмина акридонацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	B https://medi.ru/info/415 3/
	Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	C https://medi.ru/instrukciya/tiloron-sz_14938/
	Тимопентин	• внутримышечная инъекция разведение стерильной водой для инъекций 1 мл; • внутривенное капельное вливание растворение в 250 мл 0,9% инъекционного раствора натрия хлорида. Препарат применяют	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6085327/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2863860/

		следуя рекомендациям. Профилактика и лечение иммунодефицитных состояний по 1-2 флакона 2 раза в день. Курс лечения 15-30 дней; Хронический гепатит В по 1-2 флакона 3 раза в неделю. Курс лечения 24 недели.	
Диуретическое средство	Маннитол (15% раствор)	с фуросемидом (5-10 мл).	С https://mediqlab.com/drugs/26cecf63-a454-42ab-b00e-5c4b41998787
	Фуросемид	20-80 мг/сут. Необходимая доза подбирается в зависимости от диуретического ответа.	С https://mediqlab.com/drugs/12f478d5-a3ec-4d27-acf7-20469d3031fb
	Спиронолактон	Устанавливают индивидуально в зависимости от выраженности нарушений водно-электролитного обмена и гормонального статуса. При отечном синдроме - 100-200 мг/сут (реже - 300 мг/сут) в 2-3 приема (обычно в комбинации с "петлевым" или/и тиазидным диуретиком) ежедневно в течение 14-21 дня. Коррекцию дозы следует проводить с учетом значений концентрации калия в плазме. При необходимости курсы повторяют через каждые	С https://www.vidal.ru/drugs/spironolactone

		10-14 дней. При выраженном гиперальдостеронизме и сниженном содержании калия в плазме - 300 мг/сут в 2-3 приема.	
Препараты, оказывающие гепатопротекторное действие	Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
	Оксиматрин	в/м по 600 мг , один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/
	Урсодезоксихолевая кислота	Внутрь. Детям и взрослым с массой тела менее 34 кг рекомендуется применять урсодезоксихолевую кислоту в виде суспензии. Рекомендуемая доза урсодезоксихолевой	(С) https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d00

		кислоты составляет 10 мг/кг/сутки	84
	Антраль	внутрь после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	(С) https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.
Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.
Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Для наружного лечения детей предпочтительными являются лекарственные формы в виде крема и монокомпонентные наружные средства: глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии, препараты для лечения дерматита, Многокомпонентные наружные лекарственные препараты – глюкокортикоиды в комбинации с антибиотиками или глюкокортикоиды в комбинации с другими препаратами показаны только при клиническом и/или лабораторном подтверждении бактериальной и/или грибковой инфекции. Необоснованное применение многокомпонентных наружных препаратов может способствовать развитию у детей дополнительной сенсибилизации к компонентам топического лекарственного средства.

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Рекомендуется пациентам с дефектами кожи (трещины, экскориации) с целью устранения вторичного инфицирования на местах экскориаций	борная кислота + резорцин + фенол + фуксин раствор наносят с помощью тампона	для наружного применения стеклянной палочки на пораженные участки кожи 2-4 раза в сутки. После высыхания жидкости на обработанный участок можно наносить мази и пасты	(С) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend

и трещин, особенно у детей, антисептики и дезинфицирующие средства или другие лечебные средства	метилтиониния хлорид 1% раствор	для местного и наружного применения, [водный] взрослым и детям с момента рождения раствор наносят с помощью тампона или стеклянной пораженные участки 2-3 раза в сутки палочки на	(С) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend/atopic_dermatitis
Рекомендуются антибактериальные препараты системного действия для лечения рецидивирующей или распространенной бактериальной инфекции:	амоксициллин + клавулановая кислота	взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг + 125 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки или 875 мг + 125 мг – по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 5-14 дней или таблетки диспергируемые взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) – по 500/125 мг 3 раза в сутки в течение 5-14 дней, детям от 2 до 12 лет или с массой тела менее 40 кг – по 125/31,25 мг или по 250/62,5 мг в дозах, не превышающих 2400/600 мг в сутки, в 3 приема в течение 5-14 дней	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18557929/
	цефуроксим – по 250 мг	перорально 2 раза в сутки взрослым и детям в возрасте 3 лет и старше в течение 5-10 дней	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20109729/
	цефтриаксон – по 1-2 г	в сутки внутримышечно или внутривенно детям старше 12 лет (желательно в 2 введения через 12 часов), новорожденным до 2 нед – 20-50 мг/кг/сут, детям от 3 нед до 12 лет – 20-80 мг/кг/сут в 2 введения	(С) https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-vybora-antibakterialnyh-preparatov
Рекомендуются в случае развития у пациентов с экземой герпетической экземы Капоши противовирусные	Ацикловир таблетки 200 мг	30–60 мг/кг/день, разделенная на 3 приема в день для детей и 400 мг 3 раза в день для взрослых. Легкие случаи можно лечить в течение 7–21 дня	(С) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560781/

препараты прямого действия		или до тех пор, пока все поражения не покроются коркой. В тяжёлых случаях или при иммунодефиците необходимо внутривенное введение ацикловира (5–10 мг/кг каждые 8 часов). После достижения клинического улучшения и образования корок на язвах пациенты могут быть переведены на пероральный приём	
	Валацикловир	20 мг/кг/день для детей и 500 мг 3 раза в день для взрослых Легкие случаи можно лечить в течение 7–21 дня или до тех пор, пока все поражения не покроются коркой.	(С) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560781/
Рекомендуются в случае развития у пациентов с экземой инвазивных форм микотических поражений слизистых оболочек полости рта и кишечника антимикотические препараты системного действия	флуконазол 50 мг/100 мг 1 раз в день с учетом возраста больного	детям по 50 мг 1 раз в день внутрь после еды в течение 4-7 дней ; взрослым по 100 мг 1 раз в день в течение 7-14 дней после еды	(С) https://journaldoctor.ru/catalog/dermatologiya/puti-usovershenstvovaniya-terapii
Рекомендуются в случае развития у пациентов с экземойэндогенной интоксикации энтеросорбенты, иммуносорбенты	лигнин гидролизный + лактулоза таблетки	внутрь 3 раза в день детям от 3 до 5 лет по 1 табл. 3 раза в день; а детям от 2-х до 3 лет по 1\2 табл. 3 раза в день. Длительность курса приема – 2 недели.	(С) https://umedp.ru/articles/enterosorbenty_v_kompleksnoy_terapii_atopicheskogo_dermatita_u_detey.html
	активированный глауконит 300 мг внутрь	Взрослым по 1 капсуле 3 раза в сутки во время еды (суточная доза 1,8 г). Капсулу запивать водой комнатной температуры. Продолжительность приема 30 дней.	(С) www.museonaturalistico.it/index.php/journal/article

		Детям от 8 до 12 лет препарат назначают по 1 капсуле 1 раза в день, в возрасте от 13 до 18 лет по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7-10 дней за 30-минут до еды или 1 час после еды. Курс лечения при острых заболеваниях составляет 5 дней, при аллергии и хронических заболеваниях — до 10 дней. Повторный курс — через 2 недели по рекомендации врача.	

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.
Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.
Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

До назначения антибактериальных препаратов системного действия следует провести микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и с целью идентификации возбудителя и микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам. До получения результатов микробиологического исследования в большинстве случаев начинают лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия, активными в отношении наиболее часто встречающихся возбудителей, в первую очередь, S. aureus. С высокой эффективностью применяются комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, цефалоспорины первого или второго поколения, макролиды, у взрослых лиц – фторхинолоны.

Показания для оказания медицинской помощи в стационаре:

- недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях у больного с ограниченными высыпаниями;
прогрессирование заболевания с появлением новых высыпаний у больного с ограниченным поражением кожи;
распространенное поражение кожи.
Показания к выписке пациента из медицинской организации:
- частичный или полный регресс высыпаний.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЭКЗЕМА»

Ташкент-2025 г

Введение

Экзема развивается в результате комплексного воздействия эндогенных факторов (генетической предрасположенности, наличия сенсибилизации к различным аллергенам) и экзогенных факторов (бытовых, профессиональных, экологических и др.) [134].

Генетическая предрасположенность определяет нарушение иммунной регуляции, функции нервной и эндокринной систем. При экземе отмечают полигенное мультифакториальное наследование с выраженной экспрессивностью и пенетрантностью генов. При заболевании одного из родителей (преимущественно матери) шанс заболеть экземой у ребенка равен приблизительно 40%, при заболеваниях обоих родителей — 50%- 60%. Стрессовые ситуации, поражение периферических нервов, нарушения трофики кожи являются важными пусковыми факторами в развитии экземы у лиц с генетической предрасположенностью. У больных экземой часто констатируют функциональные изменения в деятельности ЦНС, преобладание активности безусловных рефлексов над активностью условных, нарушение равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы (с преобладанием парасимпатических влияний). При экземе установлены выраженные нарушения состояния глюкокортикоидного и тиреоидного звеньев эндокринной системы: повышение уровня АК I I , кортизола, I I I , трийодтиронина. В патогенезе экземы определенную роль играют свободно-радикальные процессы («оксидантный стресс»). Свободные радикалы активируют фосфолипазу А2, что ведет к высвобождению арахидоновой кислоты, из которой после воздействия циклооксигеназы и липооксигеназы возникают медиаторы воспаления: лейкотриены, простагландины и тромбоксаны. У лиц с наследственной предрасположенностью повышается синтез простагландина (Пf) F2э, что вызывает усиленную стимуляцию синтеза циклического гуазинмонофосфата (цГМФ), который активирует выработку гистамина, серотонина и других медиаторов аллергических реакций. Экзематозные изменения кожи являются результатом гиперчувствительности замедленного типа. По современным представлениям, в развитии экземы главную роль играют Т-лимфоциты (в основном Th-1), несущие на своей поверхности специфические рецепторы к антигену и выделяющие ряд провоспалительных цитокинов: интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-2, фактор некроза опухоли альфа (ФНО-э), интерферон-у. Выброс биологически активных веществ (простагландинов, лейкотриенов, гистамина) вызывает развитие тканевых воспалительных реакций, что клинически проявляется гиперемией, отеком, зудом. Важное патогенетическое значение в развитии и дальнейшем течении экземы, особенно у детей, имеет патология желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной сферы, сопровождающаяся ферментопатиями, дискинезиями, дисбиозом кишечника, нарушением мембранного пищеварения и всасывания. Несостоятельность кишечного барьера, наиболее характерная для детей раннего возраста, приводит к всасыванию в кровь недостаточно переваренных продуктов, в том числе нерасщепленного белка [134]

Определение

Экзема (от греч. Ekzeo — вскипаю) — хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов, характеризующееся появлением полиморфной сыпи, воспалительной реакцией.

Экзема развивается в результате комплексного воздействия эндогенных факторов (генетической предрасположенности, наличия сенсибилизации к различным аллергенам) и экзогенных факторов (бытовых, профессиональных, экологических и др.) [134]

Пациентам с мокнутием рекомендуется применение примочек.

Для примочек в дерматологической практике используются вяжущие, противовоспалительные, антисептические и подсушивающие растворы. Выбор конкретного средства зависит от характера поражения кожи — острое воспаление, мокнутие, инфекционное осложнение, зуд и др.

- Антисептические средства:

Фурацилин (0,02%)
– противомикробное действие, особенно при мокнущих, инфицированных участках.

Хлоргексидин (0,05–0,1%)
– используется при вторичной инфекции или риске её развития.

- Вяжущие и подсушивающие растворы:

Раствор танина (1–2%)
– выраженное вяжущее и подсушивающее действие, особенно при мокнущих дерматозах.

Раствор нитрата серебра (0,25%)
– противовоспалительное, антисептическое средство, применяется под контролем врача.

Свинцовая вода (0,25–0,5%)
– традиционно используется при остром воспалении с экссудацией (в настоящее время — редко, из-за токсичности).

- Противовоспалительные и успокаивающие растворы:

Борная кислота (2–3%)
– мягкое противовоспалительное и антисептическое средство, подходит для чувствительной кожи.

Отвар ромашки, череды, дубовой коры (фитосредства)
– снимают воспаление и зуд, могут использоваться при неинфицированных процессах и у детей.

- Солевые и кислотные растворы (по назначению врача):

Слабый раствор уксусной кислоты (1:20 – 1:40)
– применяется при грибковых инфекциях кожи (например, кандидоз), обладает фунгистатическим эффектом.

Физиологический раствор (0,9% NaCl)
– универсальный базовый раствор для промывания и в качестве носителя других веществ.

Проведение процедуры:

- Тщательно вымыть руки, надеть перчатки.
- Смочить стерильную салфетку (сложенную в 6–8 слоёв) в лекарственном растворе, слегка отжать. (Температура раствора: комнатная или слегка охлаждённая (18–22°C), если иное не указано)
- Аккуратно наложить салфетку на поражённый участок кожи.

- Оставить на 15–20 минут, при этом:

- следить, чтобы салфетка оставалась влажной (при необходимости смачивать повторно),

- не допускать высыхания и перегрева участка.

- По завершении времени примочку снять, кожу не вытирать — дать обсохнуть естественным путём.

- При необходимости нанести назначенное лекарственное средство (мазь, крем и т. п.).

С4	При легком течении экземы предпочтительно применение низко- и умеренно-активных глюкокортикоидов, применяемых в дерматологии, а при среднетяжелом и тяжелом течении экземы целесообразно применение активных и высокоактивных глюкокортикоидов, применяемых в дерматологии, в минимальных эффективных дозах Для быстрого лечения обострения экземы возможно использование средств для наружной терапии и эмолентов с применением влажных повязок. Сначала на пораженные участки кожи наносят наружные средства (глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии и/или эмоленты), затем накладывают влажную хлопчатобумажную или марлевую салфетку, а затем сухую наружную повязку Следует соблюдать осторожность при использовании глюкокортикоидов, применяемых в дерматологии, средней и высокой силы действия с применением влажных повязок в связи с риском угнетения функции надпочечников

В 3	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза

С 5	НИЛИ (низкоинтенсивное лазерное излучение) Озонотерапия

С 5	**Рекомендуется** пациентам с экземой для профилактики вторичного инфицирования и/или в случае его развития обработка эрозий с применением антисептиков и дезинфицирующих средств. **Комментарии:** В качестве антисептиков и дезинфицирующих средств используют: Борная кислота+Резорцин+Фенол+ Фуксин раствор для наружного применения 2-3 раза в день (Борная кислота+Резорцин+Фенол+Фуксин раствор не применяется у женщин во время беременности и в период грудного вскармливания), бриллиантовый зеленый раствор для наружного применения [спиртовой] 1%, 2% наносят непосредственно на поврежденную поверхность, захватывая окружающие здоровые ткани 2 3 раза в сутки в течение 5 14 дней, хлоргексидин 0,05% водный раствор 2-3 раза в сутки,‘ калия перманганат порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения - 0,01-0,1% раствор ванночки 2 раза в сутки в течение 4-7 дней, метилтиониния хлорид (метиленовый синий) 1% водный раствор раствор 2 3 раза в день (метилтиониния хлорид (метиленовый синий) возможно использовать во время беременности и грудного вскармливания). Препараты цинка пациентам с экземой, проявляющейся экссудацией или мокнутием, для наружной терапии с целью уменьшения экссудации и мокнутия: цинка оксид 12,5% суспензия для наружного применения, наносят на очаги поражения кожи 1 - 2 раза в сутки в течение 4 -7 дней

Хирургическое вмешательство: Не требуется

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ЭКЗЕМА».

Ташкент-2025г

Введение

Согласно официальной статистике ВОЗ, экзема является одним из самых часто встречающихся заболеваний кожи и диагностируется примерно у 30–40% пациентов, которые обращаются к дерматологам.

Экзема – это хроническая воспалительная кожная патология, сопровождающаяся покраснением, сильным зудом и характерными высыпаниями. Она не передается от человека к человеку и является генетически обусловленным заболеванием.

Экзема – одно из наиболее распространенных полиэтиологических заболеваний кожи, характеризующееся воспалением в ее поверхностных слоях, сопровождающееся сильным зудом.

Термин «экзема» применялся в медицине давно для обозначения островоспалительных процессов на коже, но только в первой половине XIX в. экзема была выделена в качестве отдельной нозологической единицы.

В англоязычной научной литературе под этим термином подразумевают воспалительное заболевание кожи с острым или хроническим течением, характеризующимся появлением одного или более из перечисленных ниже симптомов: эритема, отечность кожи, зуд, сухость кожи, шелушение, образование на коже корочек и чешуек, пузырьков, трещин, мокнутия. «Экзематизация» может наблюдаться при целом ряде дерматозов: атопический, аллергический, себорейный дерматит и др. К этой группе относятся заболевания, включенные в МКБ-10 под кодами L20–L30.

Мировая статистика указывает, что распространенность экземы составляет около 1-2% взрослого населения планеты, а удельный вес среди другой кожной патологии равен 30-40%.

Определение

Экзема (от греч. Ekzeo — вскипаю) — хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов, характеризующееся появлением полиморфной сыпи, воспалительной реакцией.

Экзема развивается в результате комплексного воздействия эндогенных факторов (генетической предрасположенности, наличия сенсибилизации к различным аллергенам) и экзогенных факторов (бытовых, профессиональных, экологических и др.).

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

Используются методы вторичной профилактики, направленные на предупреждение рецидивов экземы.

Рекомендуется пациентам с экземой в состоянии ремиссии для предотвращения развития рецидивов заболевания [68]:

исключение контактов с возможными аллергенами; ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур; соблюдение диеты;

соблюдение личной гигиены;

профилактическое использование эмолентов, корнеопротекторов, нейтральных моющих средств;

одежда не должна вызывать перегрева, не содержать шерстяных и синтетических компонентов;

воздух в помещении должен быть увлажнен [68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь пациентам с экземой оказывается врачами- дерматовенерологами.
В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи- терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при выявлении у пациентов высыпаний на коже, симптомов или признаков экземы направляют больного в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации дерматовенерологического профиля при отсутствии медицинских показаний для направления в нее.
При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.
Специализированная медицинская помощь пациентам с экземой оказывается врачами-дерматовенерологами в стационарных условиях.
При необходимости использования физиотерапевтических методов лечения пациенты с экземой направляются врачом-дерматовенерологом из консультативно- диагностического и стационарного отделений, в том числе дневного и круглосуточного стационаров, на консультацию врача-физиотерапевта.

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Рекомендуется для использованию средств, восстанавливающих липидный состав эпидермиса	эмоленты кремнисто-ланолиновый крем	взрослым и детям для наружного назначения 2 раза в день в течение 2-6 месяцев	(С) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	кремнисто-дексапантеноловый крем	детям для наружного назначения 2 раза в день в течение 2 – 4 месяцев	(С) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	Мочевина (5,10,15%)	наружно 1–2 раза в сутки в течение 1–3–х недель	(В) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35167133/

Дальнейшее ведение:
Динамическое наблюдение по месту жительства у дерматолога, в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, осуществление постоянного базового ухода за кожей, элиминация провоцирующих факторов.[3]

Список литературы:

1. Gandhi N.A., Pirozzi G., Graham N.M. Commonality of the IL-4/IL-13 pathway in atopic diseases. Expert Rev Clin Immunol. 2017; 13(5): 425-437.
2. Werfel T., Allam J.P., Biedermann T. et al. Cellular and molecular immunologic mechanisms in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2016; 138: 336-349.
3. Van der Hulst A.E., Klip H., Brand P.L. Risk of developing asthma in young children with atopic eczema: a systematic review. J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 565-569.
4. Allergologicum Update 2020. 1nt Arch Allergy Immunol. 2020; 181(1): 1-10.
5. Hill D.A., Spergel J.M. The atopic march: Critical evidence and clinical relevance. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018; 120(2): 131-137.
6. Ryan C., Amor K.T., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: part II.J Am Acad Dermatol. 2010; 63(6): 949-972.
7. 22. Arbes S.J. Jr. Gergen P.J., Elliott L., Zeldin D.C. Prevalences of positive skin test responses to 10 common allergens in the US population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. J Allergy Clin Immunol. 2005; 116: 377-383.
8. Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – т. II. – 928 с.
9. Schram M.E., Spuls P.I., Leeflang M.M. et al. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. Allergy. 2012; 67: 99- 106.
10. Giam Y.C., Hebert A.A., Dizon M.V. A review on the role of moisturizers for atopic dermatitis. Asia Pac Allergy. 2016; 6(2): 120-128.
11. Breternitz M., Kowatzki D., Langenauer M. et al. Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. Skin Pharmacol Physiol. 2008; 21: 39-45.
12. Lindh J.D., Bradley M. Clinical effectiveness of moisturizers in atopic dermatitis and related disorders: a systematic review. Am J Clin Dermatol. 2015; 16: 341-359.
13. Miller D.W., Koch S.B., Yentzer B.A. et al. An over-the-counter moisturizer is as clinically effective as, and more cost-effective than, prescription barrier creams in the treatment of children with mild-to-moderate atopic dermatitis: a randomized, controlled trial. J Drugs Dermatol. 2011; 10: 531-537.
14. Grimalt R., Mengeaud V., Cambazard F. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. Dermatology. 2007; 214 (1): 61-67.
15. Lucky A.W., Leach A.D., Laskarzewski P., Wenck H. Use of an emollient as a steroidsparing agent in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis in children. Pediatr Dermatol.1997; 14 (4): 321-324.
16. Eberlein B., Eicke C., Reinhardt H.W., Ring J. Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008; 22 (1): 73-82.
17. Mavlynova Sh Z, Ismagilov A I, Mavlyanov PN, Mavlyanova NN. Activated silica solutions in external therapy in patients with allergic dermatosis.// International Aesthetic Dermatology Symposium of Korean Dermatologists -2019 – Seoul, Korea. - Abstracts – p.173. www.koreaderma.org
18. Мавлянова Ш.З., Ибрагимова Г.Р., Джафаров Х.М. Инновационный способ базисной наружной терапии у детей с экземой. // Методические рекомендации . – Ташкент. 2023.-22с.

19. Devillers A.C., Oranje A.P. Efficacy and safety of "wet-wrap" dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature. Br J Dermatol. 2006; 154 (4): 579-585.
20. Goodyear H.M., Spowart K., Harper J.I. "Wet-wrap" dressings for the treatment of atopic eczema in children. Br J Dermatol. 1991; 125 (6): 604.
21. Brenninkmeijer E.E., Spuls P.I., Lindeboom R. et al. Excimer laser vs. clobetasol propionate 0.05% ointment in prurigo form of atopic dermatitis: a randomized controlled trial, a pilot. Br J Dermatol. 2010; 163 (4): 823-831.
22. Pels R., Sterry W., Lademann J. Clobetasol propionate – where, when, why? Drugs Today (Bare). 2008; 44 (7): 547-557.
23. Thomsen S.F. Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. ISRN Allergy. 2014. DOI: 10.1155/2014/354250
24. Feldman S.R. Relative efficacy and interchangeability of various clobetasol propionate vehicles in the management of steroid-responsive dermatoses. CurrTher Res ClinExp. 2005; 66 (3):154-171.
25. Datz B., Yawalkar S. A double-blind, multicenter trial of 0.05% halobetasol propionate ointment and 0.05% clobetasol 17-propionate ointment in the treatment of patients with chronic, localized atopic dermatitis or lichen simplex chronicus. J Am Acad Dermatol. 1991; 25 (6Pt 2):1157-1160.
26. Viglioglia P., Jones M.L., Peets E.A. Once-daily 0.1% mometasone furoate cream versus twice-daily 0.1% betamethasone valerate cream in the treatment of a variety of dermatoses. J Int Med Res. 1990; 18 (6): 460-467.
27. Cabrera M.E. Treatment of severe or resistant corticosteroid-responsive dermatoses with Diprolene cream. J Int Med Res. 1984; 12 (3): 163-169.
28. Lodolo J.C. Diprolene cream in the treatment of severe or resistant corticosteroidresponsive dermatoses. J Int Med Res. 1984; 12 (2): 114-120.
29. Peterkin G.A., Morley W.N., Chalmers D. Triamcinolone and fluocinolone acetonide ointments in atopic eczema. BrMed J. 1962; 1 (5289): 1392.
30. Bleehen S.S., Chu A.C., Hamann I. et al. Fluticasone propionate 0.05% cream in the treatment of atopic eczema: a multicentre study comparing once-daily treatment and once-daily vehicle cream application versus twice-daily treatment. Br J Dermatol. 1995; 133 (4): 592-597.
31. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Опыт применения флутиказона пропионата (Кутивейт) в терапии псориаза, экземы и атопического дерматита. Эффективная фармакотерапия. 2010; 9: 24-29.
32. Prakash A., Benfield P. Topical mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. Drugs. 1998; 55(1): 145-163.
33. Lebwohl M. A comparison of once-daily application of mometasone furoate 0.1% cream compared with twice-daily hydrocortisone valerate 0.2% cream in pediatric atopic dermatitis patients who failed to respond to hydrocortisone: mometasone furoate study group. Int J Dermatol. 1999; 38 (8): 604-606.
34. Ненашева Н.М. Особенности атопического дерматита у взрослых пациентов Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология. 2012; (3): 6-15.
35. Bieber T., Vick K., Folster-Holst R. et al. Efficacy and safety of methylprednisolone aceponate ointment 0.1% compared to tacrolimus 0.03% in children and adolescents with an acute flare of severe atopic dermatitis. Allergy. 2007; 62 (2): 184-189.
36. Кондратьева Ю.С., Кархова В.В. Опыт применения 0,1% метилпреднизолонаацепоната в комплексной терапии стероидчувствительных дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии 2016; 1: 93-98.

37. Panja S.K., Gangopadhaya A.K., Sharma S.D. A randomised, double-blind comparison of alclometasone dipropionate 0.05% cream in atopic dermatitis and other dermatoses. Indian J Dermatol. 1988; 33 (1): 1-4.
38. Торопова Н.П., Черкасова Л.А., Платонова И.Н. и др. Опыт применения препарата "Афлодерм" (алклометазонадипропионат) в детской дерматологической практике. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; 3: 39-40.
39. Koopmans B., Lasthein Andersen B., Mork N.J. et al. Multicentre randomized doubleblind study of locoidlipocream fatty cream twice daily versus locoidlipocream once daily and locobase once daily. J Dermatol Treat. 1995; 6 (2): 103-106.
40. Игнатьев Д.В., Кочергин Н.Г. Местные кортикостероиды в практике врачадерматолога. Особенности гидрокортизона бутирата (локоида). Дерматология. Приложение к журналу ConsiliumMedicum. 2007; 1: 50-54.
41. Reitamo S., Wollenberg A., Schopf E. et al. Safety and efficacy of 1 year of tacrolimus ointment monotherapy in adults with atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2000; 136 (8): 999-1006.
42. Bornhovd E.C., Burgdorf W.H., Wollenberg A. Immunomodulatory macrolactams for topical treatment of inflammatory skin diseases. Curr Opin Investig Drugs. 2002; 3 (5): 708-712.
43. Lubbe J. Klinische Erfahrungen mit topischen Calcineurininhibitoren in der Praxis. Hautarzt. 2003; 54 (5): 432-439.
44. Wollenberg A., Sidhu M.K., Odeyemi I. et al. Economic evaluation of maintenance treatment with tacrolimus 0.1% ointment in adults with moderate to severe atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2008; 159 (6): 1322-1330.
45. Reitamo S., Rustin M., Harper J. et al. A 4-year follow-up study of atopic dermatitis therapy with 0.1% tacrolimus ointment in children and adult patients. Br J Dermatol. 2008; 159 (4):942-951.
46. Mandelin J.M., Remitz A., Virtanen H.M. et al. A 10-year open follow-up of eczema and respiratory symptoms in patients with atopic dermatitis treated with topical tacrolimus for the first 4 years. J Dermatolog Treat. 2010; 21 (3): 167-170.
47. Ho V.C., Gupta A., Kaufmann R. et al. Safety and efficacy of nonsteroid pimecrolimus cream 1% in the treatment of atopic dermatitis in infants. J Pediatr 2003; 142 (2): 155-162.
48. Eichenfield L.F., Thaci D., de Prost Y. et al. Clinical management of atopic eczema with pimecrolimus cream 1% (Elidel) in paediatric patients. Dermatology 2007; 11: 3-17.
49. Reda A.M., Elgendi A., Ebraheem A.I, et al. A practical algorithm for topical treatment of atopic dermatitis in the Middle East emphasizing the importance of sensitive skin areas. J Dermatolog Treat. 2019; 30 (4): 366-373.
50. Кубанов А.А., Петровский Ф.И. Активированный пиритион цинка (Скин-кап). Механизмы действия. Клиническое применение. Вестник дерматологии и венерологии, 2009; 5: 35-42.
51. Фассахов Р.С., Пампура А.Н., Коростовцев Д.С. и др. Скин-Кап в терапии атопического дерматита у детей (по результатам Российского многоцентрового исследования КАДЕТ). Российский Аллергологический Журнал 2007; 2: 75-81.
52. Нейродерматозы. В кн.: Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. и доп. – Т. 2 / Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева, – М.: Медицина, 1999. – С. 9-49.
53. Григорьева И., Сергеев А., Манина И., Кудрявцева Е. Иммунопатология и биохимические основы атопических состояний. Врач. 2012; 4: 86-91.
54. Морозова С.В., Лусс Л.В. Хлоропирамин: современные аспекты применения. Вопросы современной педиатрии. 2007; 6 (1): 137-140.
55. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Хлоропирамин: клинические аспекты применения. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 24: 1785-1789.

56. Петрова К.С., Петрова Г.А. Хлоропирамин (Супрастин) – современные аспекты применения в терапии аллергодерматозов. Русский медицинский журнал. Фармакотерапия. 2014; 8: 617-620.
57. Ревякина В.А. Антигистаминные препараты в клинической практике. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 11: 854-856.
58. Behrendt H., Ring J. Histamine, antihistamines and atopic eczema. Clin Exp Allergy. 1990; 20 (Suppl 4): 25-30.
59. La Rosa M., Ranno C., Musarra I. et al. Double-blind study of cetirizine in atopic eczema in children. Ann Allergy 1994; 73 (2): 117-122.
60. Павлова О.В. Опыт применения цетиризина (аллертека) в терапии больных экземойи экземой. Вестник дерматологии и венерологии 2005; (4): 41-43.
61. Самсыгина Г.А. Аллергические болезни у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
62. Делягин В.М., Уразбагамбетов А. Применение Супрастинекса (левоцетиризина) при атопии у детей и подростков. Русский медицинский журнал. Педиатрия 2012; (16): 828-830.
63. Елисютина О.Г., Феденко Е.С., Федоскова Т.Г., Лусс Л.В. Эффективность терапии левоцетиризином больных с аллергодерматозами. Росс. Аллергол. Журнал, 2012, 5: 69-75.
64. Нажмутдинова Д.К., Швец О.И. Левоцетиризин: перезагрузка. Русский медицинский журнал. Дерматология. 2011; 21: 1324-1326.
65. Reynolds N.J., Franklin V., Gray J.C. et al. Narrow-band ultraviolet B and broad-band ultraviolet A phototherapy in adult atopic eczema: a randomised controlled trial. Lancet. 2001; 357 (9273): 2012-2016.
66. Seccombe L., Wynne M.D., Clancy C. et al. A retrospective review of phototherapy in children, at a tertiary paediatric dermatology unit. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2021; 37 (1): 34-38.
67. Gambichler T., Othlinghaus N., Tomi N.S. et al. Medium-dose ultraviolet (UV) A1 vs. narrowband UVB phototherapy in atopic eczema: a randomized crossover study. Br J Dermatol 2009; 160 (3): 652-658.
68. Bogaczewicz J., Malinowska K., Sysa-Jedrzejowska A., Wozniacka A. Medium-dose ultraviolet A1 phototherapy improves SCORAD index and increases mRNA expression of interleukin-4 without direct effect on human β defensin-1, interleukin-10, and interleukin-31. Int J Dermatol. 2016; 55 (7): e380-e385.
69. Pugashetti R., Lim H.W., Koo J. Broadband UVB revisited: is the narrowband UVB fad limiting our therapeutic options? J DermatologTreat. 2010; 21 (6): 326-330.
70. Tzaneva S., Kittler H., Holzer G. et al. 5-Methoxypsoralen plus ultraviolet (UV) A is superior to medium-dose UVA1 in the treatment of severe atopic dermatitis: a randomized crossover trial. Br J Dermatol. 2010; 162 (3): 655-660.
71. Garritsen F.M., Brouwer M.W., Limpens J., Spuls P.I. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with implications for practice and research. Br J Dermatol. 2014; 170 (3): 501-513.
72. Uetsu N., Horio T. Treatment of persistent severe atopic dermatitis in 113 Japanese patients with oral psoralen photo-chemotherapy. J Dermatol. 2003; 30 (6): 450-457.
73. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство. / Под ред. Г.Н. Пономаренко., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. 688 с.
74. Частная физиотерапия: Учебное пособие / Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2005, 744 с.
75. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Волнухин В.А. и др. Терапия больных псориазом, экземойи витилиго узкополосным средневолновым ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм. Медицинская технология N ФС-2006/250 от 15 августа 2006 года. Вестник дерматологии и венерологии 2008: 3: 17-20.

76. Thompson K.G., Kim N. Distinguishing myth from fact: photocarcinogenesis and phototherapy. DermatolClin. 2020; 38 (1): 25-35.
77. Paller A.S., Siegfried E.C., Thagi D. et al. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis: A randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. J Am Acad Dermatol. 2020; 83 (5): 1282-1293.
78. Paller A.S., Bansal A., Simpson E.L. et al. Clinically meaningful responses to dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: Post-hoc analyses from a randomized clinical trial. Am J Clin Dermatol. 2020; 21 (1): 119-131.
79. De Bruin-Weller M., Thagi D., Smith C.H. et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFE). Br J Dermatol. 2018; 178(5): 1083-1101.
80. Snast I., Reiter O., Hodak E. et al. Are biologies efficacious in atopic dermatitis? asystematic review and meta-analysis. Am J Clin Dermatol. 2018; 19 (2): 145-165.
81. Granlund H., Erkko R, Remitz A. et al. Comparison of cyclosporin and UVAB phototherapy for intermittent one-year treatment of atopic dermatitis. Acta DermVenereol 2001; 81: 22-27.
82. Schmitt J., Schmitt N., Meurer M. Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21 (5): 606- 619.
83. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. JEur AcadDermatol Venereol 2018; 32 (6): 850-878.
84. Jung M.Y., Chung J.Y., Lee H.Y. et al. Antibiotic susceptibility of Staphylococcus aureus in atopic dermatitis: current prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Korea and treatment strategies. Ann Dermatol. 2015; 27 (4): 398-403.
85. Масюкова С.А., Гладько Е.В., Тарасенко Г.Н. и др. Фузидиевая кислота в лечении пиодермитов и аллергодерматозов, осложненных бактериальной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2007; 6: 54-57.
86. Gong J.O., Lin L., Lin T. et al. Skin colonization by Staphylococcus aureus in patients with eczema and atopic dermatitis and relevant combined topical therapy: a double-blind multicentre randomized controlled trial. Br J Dermatol 2006; 155: 680-687.
87. Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. Применение Полькортолона ТС для лечения зудящих дерматозов, осложненных вторичной инфекцией. Русский медицинский журнал 2013; 21 (22): 1096-1098.
88. Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В. Опыт применения аэрозолей оксикорт и полькортолон ТС в лечении аллергических дерматозов, осложненных пиодермией. Вестник дерматологии и венерологии. 2004; 1: 42-43.
89. Hjorth N., Schmidt H., Thomsen K. Fusidic acid plus betamethasone in infected or potentially infected eczema. Pharmatherapeutica 1985; 4: 126-131.
90. Кунгуров Н.В., Кениксфест Ю.В., Кохан М.М. и др. Комбинированная наружная терапия осложненных дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2005; 2: 33-37.
91. Tognetti L., Martinelli C., Berti S. et al. Bacterial skin and soft tissue infections: review of the epidemiology, microbiology, aetiopathogenesis and treatment: a collaboration between dermatologists and infectivologists. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; 26 (8): 931-941.
92. Wollenberg A. Eczema herpeticum. Chem Immunol Allergy. 2012; 96: 89-95.
93. Niimura M., Nishikawa T. Treatment of eczema herpeticum with oral acyclovir. Am J Med. 1988; 85 (2A): 49-52.

94. Darsow U., Forer I., Ring J. Allergen-specific immunotherapy in atopic eczema. Curr Allergy Asthma Rep 2011; 11: 277-283.
95. Ring J. Successful hyposensitization treatment in atopic eczema: results of a trial in monozygotic twins. Br J Dermatol 1982; 107: 597-602.
96. Perkin M.R., Logan K., Tseng A. et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. N Engl J Med 2016; 374: 1733-1743.
97. Prell C., Koletzko B. Breastfeeding and Complementary Feeding. DtschArztebl Int. 2016; 113(25): 435-444.
98. Vandenplas Y., Al-Hussaini B., Al-Mannaei K. et al. Prevention of Allergic Sensitization and Treatment of Cow's Milk Protein Allergy in Early Life: The Middle-East Step-Down Consensus. Nutrients. 2019 Jun 26; 11(7).
99. Cuello-Garcia C.A., Brozek J.L., Fiocchi A. et al. Probiotics for the prevention of allergy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Allergy Clin Immunol 2015; 136: 952-961.
100. Muraro A., Halken S., Arshad S.H. et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. Allergy 2014; 69: 590-601.
101. Kathuria P., Silverberg J.I. Association of pollution and climate with atopic eczema in US children. Pediatr Allergy Immunol 2016; 27: 478-485.
102. Morgenstern V., Zutavern A., Cyrys J. et al. Atopic diseases, allergic sensitization, and exposure to traffic-related air pollution in children. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177: 1331-1337.
103. Lambert J., Bostoen J., Geusens B. et al. A novel multidisciplinary educational programme for patients with chronic skin diseases: Ghent pilot project and first results. Arch Dermatol Res. 2011; 303: 57-63.
104. Bath-Hextall F., Delamere F., Williams H. Dietary exclusions for improving established atopic eczema in adults and children systematic review. Allergy 2009; 64: 258-264.
105. Аллергология и иммунология: национальное руководство / Под ред. Хаитова Р.М., Ильиной Н.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
106. Darsow U., Laifaoui J., Kerschenlohr K. et al. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema: A European multicenter study. Allergy. 2004; 59: 1318-1325.
107. Caut C., Leach M., Steel A. Dietary guideline adherence during preconception and pregnancy: A systematic review. Matern Child Nutr. 2020; 16(2): el2916.
108. Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Махсудов М.Р., Мирзакулова Ш.Н. Диагностические критерии оценки состояние микробиоты кожи у больных кожными заболеваниями. // Методические рекомендации. – ташкент – 26с.
109. Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В. Критерии диагностики и лечения микогенной сенсибилизации у больных экземой. // Методические рекомендации. – ташкент-2023 – 29с.
110. Wuthrich B, Schmid-Grendelmeier P. The atopic eczema/dermatitis syndrome. Epidemiology, natural course, and immunology of the IgE-associated ("extrinsic") and the nonallergic ("intrinsic") AEDS. J Investig Allergol Clin Immunol. 2003;13 (1): 1—5.
111. Darsow U, Laifaoui J, Kerschenlohr K. et al. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema: a European multicenter study. Allergy. 2004; 59 (12): 1318-1325.
112. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM. et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. Br J Dermatol. 2009; 160 (2): 353-358.
113. Haslund P, Bangsgaard N, Jarlov JO. et al. Staphylococcus aureus and hand eczema severity. Br J Dermatol. 2009; 161 (4): 772-777.
114. Mernelius S., Carlsson E., Henricson J. et al. Staphylococcus aureus colonization related to severity of hand eczema. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2016; 35 (8): 1355-1361.

115. Schlievert PM, Case LC, Strandberg KL. et al. Super-antigen profile of Staphylococcus aureus isolates from patients with steroid-resistant atopic dermatitis. Clin Infect Dis. 2008; 46 (10): 1562-1567.
116. Bath-Hextall FJ, Birnie AJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Interventions to reduce Staphylococcus aureus in the management of atopic eczema: an updated Cochrane review. Br J Dermatol. 2010; 163 (1): 12-26.
117. Gueniche A, Knaudt B, Schuck E. et al. Effects of nonpathogenic gram-negative bacterium Vitreoscilla filiformis lysate on atopic dermatitis: a prospective, randomized, double- blind, placebo-controlled clinical study. Br J Dermatol. 2008; 159 (6): 1357-1363.
118. Kaffenberger BH, Mathis J, Zirwas MJ. A retrospective descriptive study of oral azole antifungal agents in patients with patch test-negative head and neck predominant atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014; 71 (3): 480-483.
119. Schurmeyer F., Luger T., Bohm M. Long-term efficacy of occlusive therapy with topical pimecrolimus in severe dyshidrosiform hand and foot eczema. Dermatology. 2007; 214 (1): 99— 100.
120. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Оценка эффективности препарата скин-кап При лечении детей, больных себорейной и микробной экземой. Российский Аллергологический журнал. 2005; 2: 59-63.
121. Hordinsky M., Fleischer A., Rivers J. et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream 1% in mild-to-moderate chronic hand dermatitis: a randomized double-blind trial. Dermatology. 2010; 221 (1): 71-77.
122. Круглова Л.С., Жукова О.В., Стрелкович Т.И. Практика применения такролимуса в лечении распространенных хронических дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2014; 12 (2): 10-14.
123. Katsarou A.., Papagiannaki К. Topical treatment of hand eczema: calcineurin inhibitors.
124. In: Alikhan A., Lachapelle J.M., Maibach H. (eds) Textbook of Hand Eczema. 2014.
125. Luger T., Paul C. Potential new indications of topical calcineurin inhibitors. Dermatology. 2007; 215 Suppl 1: 45-54.
126. Данилова А.А. Общие подходы к терапии экземы в практике Врача-интерниста. Лечащий врач. 2011; 8: 94.
127. Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э. Этиопатогенетическая терапия воспалительныгх дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии. 2018; 94 (2): 78-83.
128. Ковалёва Ю. С., К омкина Н.Г. Мкробная экзема — триггерные точки воздействия.
Медицинский совет. 2023; 17 (2): 37-44.
129. Strategos J. Fusidic acid-betamethasone combination in infected eczema: an open, randomized comparison with gentamicin-betamethasone combination. Pharmatherapeutica. 1986; 4 (9): 601-606.
130. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32 (6), 850-878.
131. Matterne U, BÖhmer MM, Weisshaar E. et al. Oral H1 antihistamines as ‘add-on’ therapy to topical treatment for eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 1 (1): CD012167.
132. Thestrup-Pedersen К., Andersen К.Е., Menne T., Veien N. Treatment of hyperkeratotic dermatitis of the palms (eczema keratoticum) with oral acitretin. A single-blind placebo controlled study. Acta Derm Venereol. 2001; 81 (5): 353-355.
133. Song M., Lee H.J., Lee W.K. et al. Acitretin as a therapeutic option for chronic hand eczema. Ann Dermatol. 2017; 29 (3), 385-387.
134. Christoffers WA, Coenraads PJ, Svensson &, Diepgen TL, Dickinson-Blok JL, Xia J, Williams HC. Interventions for hand eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Apr 26; 4 (4): CD004055.
135. Sezer E, Etikan I. Local narrowband UVB phototherapy vs local PUVA in the treatment

of chronic hand eczema. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2007; 23 (1): 10-14.
136. Patrizi A, Raone B, Ravaioli GM. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015; 8: 511—520.
137. Svejgaard El, Larsen PØ, Deleuran M. et al. Treatment of head and neck dermatitis comparing itraconazole 200 mg and 400 mg daily for 1 week with placebo. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18 (4): 445-449.
138. Glatz M, Buchner M, von Bartenwerffer W. et al. Malassezia spp. -specific immunoglobulin E level is a marker for severity of atopic dermatitis in adults. Acta Derm Venereol. 2015; 95 (2): 191-196.
139. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O. et. al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. J Dtsch Dermatol Ges. 2015; 13 (1): e1-22.
140. Суборова К. Н. И, др. Развитие учения о себорейной экземе и современные Практические вопросы // вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — №. 4. — С. 49-56.
https://icd.who.int/browse11/l-m/ru
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://www.jaad.org/article/S0190-9622(13)01095-5/fulltext
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019096220303055X
https://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2021/09/4_AP-010221-1050-No-Supplement.pdf
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/
https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/
https://nationaleczema.org/
https://www.mdpi.com/2077-0383/13/8/2185
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19137769/
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667026723000176
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://cyberleninka.ru/article/n/peloidoterapiya-zabolevaniy-
www.nmicrk.ru/upload/nauka/pdf/6kr.pdf
https://cyberleninka.ru/article/n/rol-topicheskih-steroidov-v-terapii-ostryh-i-hronicheskih-dermatozov-u-detey
https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02953-0/abstract
https://nationaleczema.org/
https://www.msdmanuals.com/ru/professional/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-

venerologiya/2019/6/1199728492019061704
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/dyshidrotic-eczema/
https://nationaleczema.org/eczema/treatment/
https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

Компетенции практических навыков по менеджменту экземы

(task shifting)

	Практическая медсестра	**БМСП Семейный врач (бакалавр)**	**Узкий специалист**
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	**+***	**+**	**+**
Применение знаний о симптомах экземы при сборе анамнеза заболевания у пациента.			**+**
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями			**+**
Постановка диагноза			
Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований			**+**
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов:			**+**
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)			**+**
Скрининговые тесты на сифилис МПР (RPR,КСР			**+**
ИФА на общий IgE			**+**
Дополнительная лабораторная диагностика			
Потверждаюшие тесты: ИФР, ОТИР, ИФА, ПГАР, ИХА			
Общий анализ мочи			**+**
Общий анализ кала			**+**

Комплекс биохимических исследований			+
Исследование в крови гамма глобулина			+
Исследование в крови С реактивного белка			+
Исследование в крови антинуклеарных антител			+
Гистологическое исследование			+
Иммунологические исследования			+
Иммуногистохимическое исследование			+
Исследование гормонов щитовидной железы			+
Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА			+
Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика			+
Микробиологическое исследование с очагов поражения с определением чувствительности к антибиотикам			+
Микологическое исследование			+
определение антител классов А, М, G (IgM, IgA, IgG) к лямблиям в крови, антител к аскаридам, антител к возбудителю описторхоза в крови			+
Исследование крови и биосубстратов на инфекции (ИФА, ПЦР)			+
ИФА исследование ва ВИЧ			+
Молекулярно-генетические исследования			+
Аллерготесты			+
Дополнительные инструментальные исследования			
Диагностика состояние кожи-дерматоскопия			+
УЗИ кожи			+
УЗИ внутренних органов			+
Лечение многоформной экссудативной эритемы			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения экземы (стр. 17-19)			+
Компетенция назначения медикаментозного лечения экземы (стр. 19-40)			+
Профилактика многоформной экссудативной эритемы			
Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни			+
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения			+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции по управлению экземой

	Практическая медсестра	**БМСП Семейный врач (бакалавр)**	**Узкий специалист**
Описание экземы.			+
Симптоматическое описание жалоб на экзему.			+
Описание патофизиологических механизмов экземы.			+
Создание подхода к диагностике экземы на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).			+
Интерпретация основных анализов.			+
Формирование подхода к лечению экземы.			+
Опишите немедикаментозную терапию экземы.			+
Опишите медикаментозную терапию экземы.			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при экземе.			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития экземы в рамках лечения.			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.