

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ**

Москва - 2013

Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Экзема»:

1. Охлопков Виталий Александрович - заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Омской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, г. Омск
2. Правдина Ольга Валерьевна – доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии Омской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук, г. Омск
3. Зубарева Елена Юрьевна – доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии Омской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук, г. Омск

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:
поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:
доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
А	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
Д	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций

**Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
L-30****ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Экзема (от греч. Ekzeo – вскипаю) - острое или хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов и характеризующееся появлением полиморфной сыпи, острой воспалительной реакцией, обусловленной серозным воспалением кожи, и сильным зудом.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Экзема развивается в результате комплексного воздействия этиологических и патогенетических факторов, в том числе нейроэндокринных, метаболических, инфекционно-аллергических, вегето-сосудистых и наследственных. Вызывается экзогенными (бактериальные и грибковые инфекционные агенты, химические вещества, физические факторы, лекарственные средства, пищевые продукты и др.) и эндогенными факторами (антигенные детерминанты микроорганизмов из очагов хронической инфекции).

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) вероятность развития экземы у ребенка составляет около 40%, при наличии заболевания у обоих родителей – 50-60%. Важное патогенетическое значение в развитии и дальнейшем течении экземы, особенно у детей, имеет патология желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, сопровождающаяся ферментопатиями, дискинезиями, 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.

В структуре кожной патологии экзема составляет 30-40%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

L30.0 Монетовидная экзема

L30.1 Дисгидроз (помфоликс)

L30.2 Кожная аутоенсибилизация (экзематозная)

L30.3 Инфекционная экзема

L30.9 Экзема БДУ (неуточненная)

Также выделяют клинические формы заболевания:

- экзема истинная (идиопатическая, дисгидротическая, пруригинозная, роговая (тилотическая));
- экзема микробная (нумулярная, паратравматическая, микотическая, интертригинозная, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин);
- экзема себорейная;
- экзема детская;
- экзема профессиональная.

Каждая из них может протекать остро, подостро или хронически.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Острая стадия заболевания характеризуется появлением на эритематозной и отечной коже везикул, точечных эрозий с мокнутием («серозные колодцы»), серозных корочек, экскориаций, реже — папул и пустул (со стерильным содержимым). Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний. В зависимости от эволюции морфологических элементов выделяют ряд стадий экземы: эритематозную (erythematosa), папулезную (papulosa), везикулезную (vesikulosa), мокнущую (madidans), корковую (crustosa).

Подострая стадия заболевания характеризуется эритемой, лихенификацией, чешуйками и экскориациями.

Хроническая стадия заболевания характеризуется инфильтрацией и усилением кожного рисунка пораженного участка, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией.

Постоянным признаком экземы служит зуд, усиливающийся при обострении заболевания, жжение, болезненность в очагах поражения.

Истинная экзема (идиопатическая). В острой стадии характеризуется везикулами, активной гиперемией и точечными эрозиями с мокнутием, серозными корочками, экскориациями, реже – папулами и пустулами. Границы очагов при истинной экземе нечеткие. Процесс симметричный, чаще локализуется на лице и конечностях с чередованием участков здоровой и пораженной кожи («архипелаг островов»). Может распространяться на другие участки кожного покрова вплоть до эритродермии. Наблюдается зуд умеренной интенсивности. При переходе в хроническую стадию нарастают явления инфильтрации, гиперемия становится застойной, появляются лихенификация и трещины. Нередко процесс осложняется пиогенной инфекцией (экзема импетигинозная).

Дисгидротическая экзема (разновидность истинной экземы) характеризуется появлением на боковых поверхностях пальцев кистей и стоп, на коже ладоней и подошв зудящих пузырьков, везикул, иногда многокамерных, с плотной покрышкой, 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.

Пруригинозная экзема характеризуется мелкими, зудящими папуловезикулами на плотном основании, нескрывающимися и не образующими корок, локализующимися на лице, разгибательных поверхностях конечностей, локтевых и коленных сгибах, половых органах. Течение процесса хроническое с развитием на фоне высыпаний инфильтрации и лихенификации.

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

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

Монетовидная экзема (нумулярная) - разновидность микробной экземы, очаги которой 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. Возможно поверхностное склерозирование кожи и отложение гемосидерина в тканях.

Варикозная экзема возникает на фоне варикозной болезни. Развитию заболевания способствуют травмы, мацерация кожи, нерациональная наружная терапия варикозных язв. Очаги поражения локализуются на нижних конечностях, преимущественно в области нижней трети голеней, часто в непосредственной близости с варикозными язвами, участками склерозирования кожи.

Сикозиформная экзема развивается на фоне вульгарного сикоза, при этом процесс распространяется за пределы области оволосения, отмечаются «серозные колодцы», мокнутие и зуд, со временем появляется лихенификация кожи. Процесс, как правило, локализуется на верхней губе, подбородке, подмышечной области, лобке.

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 и не сопровождается уплотнением соска.

Себорейная экзема 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 корки. В области волосистой части головы волосы 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 гиперемия, 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, нередко с трансформацией в атопический дерматит.

Профессиональная экзема развивается под воздействием производственных аллергенов (химических, бактериологических и др.) при изменении аллергической реактивности организма. Профессиональными аллергенами являются аминные отвердители, синтетические клеи, парафенилендиамин, динитрохлорбензол, эпоксидные смолы, фенолформальдегид, пенициллин и полусинтетические антибиотики, соли тяжелых металлов, 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. Профессиональное заболевание развивается только у тех рабочих, у которых наблюдается изменение реактивности организма. 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. Заболевание может являться продолжением профессионального аллергического дерматита, токсикодермии. Больным профессиональной экземой проводится экспертиза трудоспособности и определяется степень инвалидности по профессиональному заболеванию.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика основывается на данных анамнеза и клинической картины заболевания. По показаниям и с целью проведения дифференциальной диагностики назначаются следующие *лабораторные исследования*:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий белок, азот мочевины, креатинин, общий билирубин, глюкоза и др.);
- определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом;
- аллергологическое исследование сыворотки крови – определение специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения
- при вторичном инфицировании - культуральное исследование с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам;
- определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхий, токсокар и других в сыворотке крови.

Гистологическое исследование биоптатов кожи проводится по показаниям с целью дифференциальной диагностики. При остром процессе наблюдается спонгиоз, большое количество мелких пузырьков в эпидермисе; внутриклеточный отек в клетках шиповатого слоя; в дерме – расширение сосудов поверхностной сосудистой сети, отёк сосочков и лимфоидно-клеточная инфильтрация вокруг сосудов. При хроническом процессе в дерме наблюдается периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов, эозинофилов; в эпидермисе – акантоз, гиперкератоз, паракератоз, незначительный отек.

Диагноз профессиональной экземы подтверждается кожными пробами с предполагаемыми профессиональными раздражителями, аллергологическими, иммунологическими тестами, методами функциональной диагностики.

По показаниям назначаются консультации других специалистов: гастроэнтеролога, психоневролога, аллерголога, терапевта, эндокринолога.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

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

Дисгидротическую экзему следует дифференцировать от ладонно-подошвенного псориаза, пустулезного бактерида (синдром Эндрюса), дерматомикозов (эпидермофития стоп), дисгидроза, эпидермофитии стоп, пустулезного псориаза ладоней и подошв, пустулезного бактерида Эндрюса, хронического акродерматита Аллопо, в исключительных случаях - от буллезного пемфигоида.

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

Дифференциальный диагноз роговой экземы проводят с псориазом ладоней и подошв, рубромикозом, эпидермофитией стоп, кератодермией.

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

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

Дифференциальный диагноз сикозиформной экземы проводят с вульгарным и паразитарным сикозом.

Себорейную экзему следует дифференцировать от фолликулярного дискератоза Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырчатки Сенира-Ашера, псориаза и парапсориаза.

При микробной экземе может потребоваться дифференциальная диагностика со стрептодермией и контактным аллергическим дерматитом, субкорнеальным пустулезом, дерматитом Дюринга, лейшманиозом.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- прекращение прогрессирования заболевания;
- уменьшение зуда;
- разрешение высыпаний;
- профилактика рецидивов.

Общие замечания по терапии

Лечение экземы начинают с ограничения контактов с выявленными и потенциальными аллергенами и раздражителями. При всех формах экземы назначают общую гипосенсибилизирующую терапию, включающую антигистаминные препараты.

При локализации высыпаний на нижних конечностях и выраженной отечности по согласованию с терапевтом возможно назначение мочегонных

препаратов, при нарушении периферического кровообращения: антиагрегантов и венотоников, при эндотоксемии с целью удаления из кишечника аллергенов, нерасщепленных компонентов пищи и патологических метаболитов, образующихся при дисбиозе – энтеросорбенты.

Схемы лечения.

Медикаментозное лечение.

Системная терапия.

1. Антигистаминные препараты.

В острой стадии экземы применяют антигистаминные препараты I поколения:

– акривастин (С) 8,0 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10-20 дней [9,14]

или

– клемастин (С) 1,0 мг 2 раза в сутки перорально или 2,0 мг 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10-20 дней [3,9]

или

– мебгидролин (С) 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10-20 дней [9,14]

или

– хлоропирамин (В) 25 мг 3-4 раза в сутки перорально или 20-40 мг 1-2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10-20 дней [3,9,14]

или

– хифенадин (А) 25 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10-20 дней [9]

или

– диметинден (С) 4 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней [3,6,9,14].

В дальнейшем используются препараты II и III поколений:

– лоратадин (А) 10мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней [3,9]

или

– цетиризин (А) 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней [3,9,14]

или

– левоцетиризин (А) 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней [3,14]

или

– дезлоратадин (А) 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней [3,9]

или

– фексофенадин (А) внутрь 120-180 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней [14].

2. *Глюкокортикостероидные препараты* применяют при наличии выраженного воспаления:

– бетаметазон динатрия фосфат+бетаметазона дипропионат (В) 2,0 мг/5,0 мг (1,0 мл) внутримышечно однократно (при необходимости повторяют через 10 суток, но не более 2 инъекций) [1,2]

или

– преднизолон (В) 25-30 мг в сутки перорально в течение 5-25 дней; назначении более 7 дней с дальнейшим снижением дозы на 5,0 мг каждые 5 дней до полной отмены препарата [1,2]

или

– дексаметазон (В) 0,004-0,008 мг (1,0-2,0 мл) в сутки в течение 3-7 дней [1,2].

3. При выраженном кожном зуде назначают *транквилизатор с антигистаминным действием*:

– гидроксизин (В) 25 мг 2-4 раза в сутки перорально в течение 3-4 недель [9,11].

4. При наличии выраженной экссудации назначают *детоксикационную терапию*:

– натрия хлорид (С) 200-400 мл 2-3 раза в неделю внутривенно капельно со скоростью 40-60 капель в минуту, на курс 3-5 вливаний [9]

или

– натрия хлорид + меглюмина натрия сукцинат+ калия хлорид +натрия гидроксид +магния хлорид (С) 200-400 мл 2-3 раза в неделю внутривенно капельно со скоростью 40-60 капель в минуту, на курс 3-5 вливаний [9].

5. При наличии микробной экземы, вторичного инфицирования, лимфангоита, лимфаденита, повышения температуры применяют *антибактериальные препараты*:

– ампициллин+клавулановая кислота (А) 875 мг+125 мг 2 раза в сутки перорально или 500 мг+125 мг 3раза в сутки перорально в течение 7-10 дней [3,5]

или

– доксициклин (А) 200 мг однократно, затем 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней [5]

или

– левофлоксацин (А) 250 мг или 500 мг 1-2 раза в сутки перорально в течение 5-7 дней [3,4]

или

- офлоксацин (А) 200 мг 2 раза в сутки перорально в течение 5-7 дней [4]

или

- цефазолин (А) 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7-10 дней [3,5]

или

- цефотаксим (А) 1,0 г 3 раза в сутки внутримышечно в течение 7-10 дней [7]

или

- цефтриаксон (А) 1,0 г -2,0 г 1 раз в сутки внутримышечно или внутривенно в течение 7-10 дней [4,5]

или

- ципрофлоксацин (А) 250 мг или 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 5-7 дней [5].

6. При тилотической экземе в случаях выраженной инфильтрации, гиперкератоза и/или торпидности к проводимой терапии рекомендуется назначение *ретиноидов*:

- ацитретин (В) 10-25 мг в сутки в течение 8-12 недель [5].

Наружная терапия.

1. Примочки с 1% раствором танина, 2% раствором борной кислоты, 0,25% раствором серебра нитрата, ванночки с 0,01-0,1% раствором калия перманганата, раствором циндола 1-2 раза в сутки в течение 4-7 дней (D).

2. *Антисептические наружные препараты (В) [4]*

- раствор бриллиантового зеленого, спиртовой 1% наружно на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней

или

- фукорцин, спиртовой раствор наружно на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней

или

- метиленовый синий, водный раствор 1%, наружно на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней

или

- хлоргексидина биглюконат, водный раствор 0,05% наружно на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 5-14 дней.

3. *Глюкокортикостероидные препараты:*

- окситетрациклин+гидрокортизон, аэрозоль (В) 2 раза в сутки наружно в течение 5-7 дней [1,2,5]

или

– оксикиклозол, аэрозоль (B) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [1]

или

– бетаметазона валериат, крем, мазь 0,1% (A) 1 раз в сутки наружно в течение 7-20 дней [10,11]

или

– бетаметазон дипропионат, крем, мазь 0,025%, 0,05% (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [10,11]

или

– гидрокортизона 17-бутират, крем, мазь 0,1% (A) 2 раза в сутки наружно в течение 2-4 недель [11]

или

– клобетазола пропионат, крем, мазь 0,05% (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [2,11]

или

– метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь 0,1% (A) 1 раз в сутки наружно в течение в течение 2-4 недель [10,11]

или

– мометазона фураат, крем, мазь 0,1% (A) 1 раз в сутки наружно в течение 2-4 недель [10,11]

или

– алклометазона дипропионат, крем, мазь 0,05% (A) 2-3 раза в сутки наружно в течение 10-20 дней [1,2].

4. По мере стихания острых воспалительных явлений используют *пасты*, содержащие 2-3% ихтиммол, березовый деготь, нафталанскую нефть, 0,5-1% серу, 2-5% борно-цинко-нафталановую пасту, 2-5% дегтярно-нафталановую пасту (D) [5]. Пасты назначают как самостоятельно, так и в сочетании с глюкокортикостероидами наружного применения.

5. *Комбинированные лекарственные средства.*

– гентамицин+бетаметазон+клотримазол (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [2,10]

или

– бетаметазон+гентамицин (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [2,11]

или

– неомицин+натамицин+гидрокортизон (A) 2-4 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [9,11]

или

– окситетрациклин+гидрокортизон (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [9,11]

или

– флуметазон+клиохинол (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [10,11]

или

– флуоцинола ацетонид+неомицин (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [9,11]

или

– бетаметазон+фузидовая кислота (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [8,9]

или

– гидрокортизон+фузидовая кислота (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [10,11].

6. Помимо микробной экземы эффективны мази, содержащие только *антибактериальные препараты*:

– гентамицин, мазь 0,1% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [3,5]

или

– клиндамицин, гель 1% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [5,8]

или

– фузидин натрий, гель 2% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [5,8]

или

– мупироцин 2% (А) 3 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [4]

или

– неомицин, аэрозоль (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [4]

или

– тетрациклин, мазь 3% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [4]

или

– эритромицин, мазь 10000ЕД/г (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [4].

Немедикаментозное лечение.

Физиотерапевтическое лечение.

Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм, 4-5 раз в неделю, на курс от 25 до 30 процедур (С) [12].

В качестве лечебного фактора также используется низкоинтенсивное лазерное излучение красного спектра с длиной волны 0,632 мкм и инфракрасного с длиной волны 0,8-1,2 мкм, на курс 15-20 процедур при ограниченных формах (С) [5].

ПУВА-терапия (С)^С 4 раза в неделю на курс 15-20 сеансов (в тяжелых случаях при распространенных высыпаниях) [12].

Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами и гистаминолибераторами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон не менее 8 часов.

Диета: из рациона больных экземой исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты, бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.

Критерии эффективности лечения

При своевременно начатой и адекватной терапии через 5-7 суток уменьшается выраженность воспаления, прекращается зуд и экссудация, прекращают появляться новые элементы, а старые начинают регрессировать. Клиническое выздоровление наступает на 20-25 сутки с момента начала лечения.

Экзема относится к хроническим дерматозам, с частыми рецидивами, поэтому целью поддерживающей терапии служит продление состояния клинической ремиссии и уменьшение частоты развития рецидивов. При достаточной эффективности лечения и профилактики ремиссия может продлиться в течение нескольких лет, а в ряд случаев – пожизненно.

Показания к госпитализации.

При наличии островоспалительных явлений, приводящих к утрате трудоспособности, больных госпитализируют.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

Консультации других специалистов, выявление и лечение соматической патологии.

ПРОФИЛАКТИКА

Режим больного экземой является охранительным: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, соблюдение диеты, профилактическое использование смягчающих кремов, эмолиентов, корнеопротекторов, нейтральных моющих средств. Одежда не должна вызывать перегрева, не содержать шерстяных и синтетических компонентов, воздух в помещении должен быть увлажнен. В профилактике экземы важнейшими задачами являются правильный уход за кожей, а так же сведение к минимуму причин, приводящих к рецидивам. Больные с экземой должны находиться на диспансерном учете у дерматолога.

Список литературы

1. Barnes P.J. Molecular mechanisms of corticosteroids in allergic diseases // *Allergy*.– 2001.– Vol. 56.– Supp. 10.– P. 928–936.
2. Barnes P.J. Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids // *Eur Resp Rev* 2001;11:78:15–22.
3. Apfelbacher CJ, van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Jupiter A, Mattered U, Weisshaar E. Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema // *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.
4. Garritsen FM, Brouwer MW, Limpens J, Spuls PI. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with the use of GRADE and implications for practice and research.// *British Journal of Dermatology* 2013: epub.
5. Halometasone 0.05% Cream in Eczematous Dermatoses // *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013 Nov; 6(11): 39-44.
6. Pantling L. Topical treatments // *Cambridgeshire Community Services NHS Trust*. 2013 Nov 20; 28(12): 61.
7. Zomer-Kooijker K, van der Ent CK, Ermers MJ, Rovers MM. Lack of Long Term Effects of High Dose Inhaled Beclomethasone for RSV Bronchiolitis - A Randomized Placebo-Controlled Trial // *J Pediatr Infect DS*.2013 Oct 28.
8. Baumer JH. Atopic eczema in children, NICE // *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2010 Dec; 95(12):1071
9. Chang C, Keen CL, Gershwin ME. Treatment of eczema. // *Clin Rev Allergy Immunol*. 2007 Dec;33(3):204-25.
10. Маргиева А.В., Хайлов П.М., Крысанов И.С., Корсунская И.М., Авкентьева М.В. /Фармакоэкономический анализ применения метилпреднизолона ацепоната при лечении атопического дерматита и экземы // А.В. Маргиева., П.М. Хайлов, И.С. Крысанов, И.М. Корсунская, М.В. Авкентьева. Медицинские технологии. Оценка и выбор. - №1, 2011. – С.14-21.
11. Haneke E. The treatment of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponate (MPA) a new topical corticosteroid // *J Dermatol Treat* 1992; 3 (Suppl. 2): 13-15.
12. Rombold S, Lobisch K, Katzer K, Graziotin TC, Ring J, Eberlein B. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases // *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2008 Feb;24(1):19-23.
13. Kaditis AG, Winnie G, Syrogiannopoulos GA. Anti-inflammatory pharmacotherapy for wheezing in preschool children. // *Pediatr Pulmonol*. 2007 May;42(5):407-20.
14. Matsuyama T, Ozawa A, Kusakabe Y, Kurihara S, Hayashi M, Kato R, Kanno S, Nakamori M. Which anti-histamines dermatological specialists select in their therapies for common skin diseases? A practical analysis from multiple clinics. // *Tokai J Exp Clin Med*. 2005 Jul;30(2):89-95.
15. Drago L, Toscano M, Pigatto PD. Probiotics: immunomodulatory properties in allergy and eczema. // *G Ital Dermatol Venereol*. 2013 Oct;148(5):505-14.
16. De Waure C, Cadeddu C, Venditti A, Barcella A, Bigardi A, Masci S, Virno G, Cammisa A, Ricciardi W. Non steroid treatment for eczema: results from a controlled and randomized study. // *G Ital Dermatol Venereol*. 2013 Oct;148(5):471-7.