

ПРОТОКОЛ
ведения пациента с диагнозом: Контактный дерматит.
(нормативная ссылка: КР «Контактный дерматит» 2021г. МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно, дневной стационар
Форма оказания медицинской помощи	плановая, неотложная
Средние сроки лечения (количество дней)	Не указаны
Врач	Врач- педиатр участковый, врач педиатр, врач дерматолог
Классификация	<p>L23 – Аллергический контактный дерматит: L23.0 – Аллергический контактный дерматит, вызванный металлами; L23.1 – Аллергический контактный дерматит, вызванный клейкими веществами; L23.2 – Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами; L23.3 – Аллергический контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей; L23.4 – Аллергический контактный дерматит, вызванный красителями; L23.5 – Аллергический контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами: цементом, инсектицидами, пластиком, резиной; L23.6 – Аллергический контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей; L23.7 – Аллергический контактный дерматит, вызванный растениями, кроме пищевых; L23.8 – Аллергический контактный дерматит, вызванный другими веществами; L23.9 – Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена. Аллергическая контактная экзема БДУ. L24 – Простой раздражительный (irritant) контактный дерматит: L24.0 – Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный моющими средствами; L24.1 – Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный маслами и смазочными материалами; L24.2 – Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный растворителями; Растворителями: хлорсодержащей, циклогексановой, эфирной, гликолевой, углеводородной, кетоновой, группы; L24.3 – Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный косметическими средствами; L24.4 – Раздражительный контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей; L24.5 – Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный химическими веществами цементом, инсектицидами;</p>

	<p>L24.6 – Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей;</p> <p>L24.7 – Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный растениями, кроме пищевых;</p> <p>L24.8 – Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный другими веществами, красителями;</p> <p>L24.9 – Простой раздражительный контактный дерматит, причина не уточнена.</p> <p>Ирритационная контактная экзема без дополнительных уточнений.</p> <p>L25 – Контактный дерматит неуточненный.</p> <p>L25.0 – Неуточненный контактный дерматит, вызванный косметическими средствами.</p> <p>L25.1 – Неуточненный контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей.</p> <p>L25.2 – Неуточненный контактный дерматит, вызванный красителями.</p> <p>L25.3 – Неуточненный контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами.</p> <p>12</p> <p>L25.4 – Неуточненный контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей.</p> <p>L25.5 – Неуточненный контактный дерматит, вызванный растениями, кроме пищевых.</p> <p>L25.8 – Неуточненный контактный дерматит, вызванный другими веществами.</p> <p>L25.9 – Неуточненный контактный дерматит, причина не уточнена.</p>
Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	
<p>По этиологии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Простой раздражительный контактный дерматит возникает при неспецифическом воздействии раздражающих химических веществ или других факторов (трение, термический ожог, травма) и не связан с развитием специфической сенсibilизации к вызывающим его агентам; • Аллергический контактный дерматит является результатом сенсibilизации к специфическому аллергену или нескольким аллергенам, приводящей к возникновению (или обострению – рецидиву) воспалительной реакции кожи и обусловлен IV типом иммунологических реакций – гиперчувствительностью замедленного типа.
<p>По течению</p>	<p>Острый контактный (ирритантный) дерматит: развивается, как правило, после однократного контакта с веществами, обладающими выраженными раздражающими свойствами.</p> <p>Хронический (кумулятивный) контактный дерматит: развивается после повторных контактов (в течение несколько месяцев и даже лет) с веществами, обладающими слабыми раздражающими свойствами, в том числе растворами (моющие средства, органические растворители, мыльные растворы, слабые кислоты и щелочи) или «сухими» раздражителями (низкая влажность воздуха, порошки и пыль). При продолжающемся воздействии аллергенов (например, профессиональном – в условиях рабочего места),</p>

	<p>хроническое течение может приобрести аллергический контактный дерматит.</p> <p><i>При длительном контакте с причинно-значимым аллергеном возможно распространение процесса на другие участки кожи</i></p>
Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	
<p>Простой раздражительный контактный дерматит</p>	<p>Для простого раздражительного контактного дерматита характерно появление высыпаний сразу после попадания раздражителя на кожу в отличие от аллергического дерматита, при котором от повторного попадания аллергена на кожу до появления высыпаний должно пройти определенное время – обычно от нескольких часов до суток. При этом период первичной сенсибилизации составляет 10–14 суток. Выраженность клинических проявлений простого раздражительного контактного дерматита зависит от количества и концентрации воздействующего на кожу раздражителя. Однако выраженность проявлений аллергического контактного дерматита в большей степени зависит от индивидуальной предрасположенности пациента к аллергическим реакциям, чем от дозы воздействия. В связи с этим тяжелый аллергический дерматит может развиваться при попадании на кожу даже незначительного количества аллергена.</p>
<p>Локализация высыпаний</p>	<p>Наиболее часто воздействию раздражающих веществ и аллергенов подвержена кожа лица, рук, шеи, подмышечных впадин, волосистой части головы, несколько реже – нижних конечностей, аногенитальной области и ушных раковин. Локализация высыпаний при простом раздражительном контактном дерматите ограничивается местом попадания (воздействия) на кожу раздражителя. При аллергическом контактном дерматите высыпания также возникают в местах воздействия аллергена на кожу, но могут распространяться за пределы места его попадания на кожу.</p>
Степени тяжести	
<p>Острое течение</p>	<p>Клинические проявления острого простого раздражительного и аллергического контактного дерматита обладают определенным сходством, часто бывают полиморфны и представлены эритемой, отеком, папулами, везикулёзными высыпаниями. Возникают эрозии, мокнутие, эксфолиации. При кратковременном сильном воздействии раздражителя возникает эритема, на фоне которой формируются пузыри или даже некроз кожи.</p>
<p>Хроническое течение</p>	<p>В случае длительного повторяющегося воздействия раздражителей или аллергенов заболевание приобретает хроническое течение и характеризуется сухостью кожи, очагами неяркой эритемы, развивается инфильтрация, появляются шелушение, трещины, имеются эксфолиации. У пациентов с хроническим течением</p>

	заболевания и длительно существующими поражением кожи после устранения действия этиологического фактора патологический процесс может продолжаться длительное время (месяцы, годы).
Дифференциальная диагностика	Дифференциальную диагностику КД проводят по следующим заболеваниям: атопический дерматит, простой лишай хронический (лишай Видаля, нейродермит ограниченный), нуммулярная экзема, дерматофитии, псориаз, красный плоский лишай, фиксированная эритема (вариант токсикодермии)
Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). Критерии установления диагноза	
Анамнестических данных	<ul style="list-style-type: none"> - Устанавливается временная связь возникновения клинических проявлений с воздействием провоцирующего фактора: металлы, местные лекарственные средства, косметика и парфюмерия, детергенты, мыла, консерванты, растения, резина и резиновые изделия, краска для волос, лаки, синтетический клей, адгезивы и др. - Определяется время, прошедшее после воздействия провоцирующего фактора до возникновения симптомов аллергического контактного дерматита. Аллергический контактный дерматит развивается не ранее чем через 12–48 ч после повторного контакта с аллергенами (гаптенами), а иногда через 72–120 ч после повторного контакта с ним и спустя 10–14 суток и более после первичного контакта с предполагаемым аллергеном. Так, неомидин, никель, парафенилендиамин могут вызывать поздние отсроченные реакции спустя несколько суток. - Определяется характер работы, наличие профессиональных вредностей: пациенты могут указывать на длительный и постоянный контакт с лаками, красками, детергентами, лекарственными препаратами, изделиями из резины, клеем и т.д. - Выясняется переносимость лекарственных средств: пациенты могут указывать на наличие в анамнезе непереносимости различных лекарственных средств: антибиотиков, местных анестетиков, сульфаниламидов и др. - Выясняется, не отягощен ли аллергологический анамнез, наличие острых или хронических заболеваний кожи в анамнезе.
Физикального обследования:	Определяется локализация высыпаний в местах воздействия раздражителя или аллергена. Однако характер высыпаний часто не позволяет дифференцировать простой раздражительный и аллергический контактный дерматиты, особенно в случае хронического течения заболевания.
Результатов накожного исследования реакции на аллергены	Накожное исследование реакции на аллергены проводится при необходимости определения аллергена – этиологического фактора контактного дерматита в случаях, если пациент имел контакт одновременно с несколькими веществами, обладающими сенсibilизирующим действием, и в случаях,

	<p>когда необходимо различить простой раздражительный и аллергический контактный дерматиты</p>
Лабораторные диагностические исследования	
Не применяются	
Инструментальные диагностические исследования	
Не применяются	
Иные диагностические исследования	
	<p>Основным приемом с целью дифференциальной диагностики простого раздражительного и аллергического контактного дерматита и для установления причинно значимого аллергена является проведение накожных исследований реакции на аллергены – постановка аппликационных кожных тестов (patch-тесты) со стандартным набором аллергенов для тестирования, или классических аппликационных тестов с индивидуальными аллергенами [31–33]. Показания и выбор метода аппликационного тестирования определяет врач (дерматовенеролог, аллерголог-иммунолог). Тестирование желательно проводить не ранее чем через месяц после регрессирования симптомов острого контактного дерматита. Постановку аппликационных тестов проводят, как правило, на коже спины или предплечья, на непораженных участках кожи, для исключения неспецифических ложноположительных и ложноотрицательных результатов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендуются пациентам при необходимости определения аллергена, вызвавшего развитие аллергического контактного дерматита, особенно в случаях, когда имелся контакт с несколькими веществами, обладающими сенсibiliзирующим действием, и при дифференциальной диагностике между простым раздражительным и аллергическим контактными дерматитами накожные исследования реакции на аллергены. • Рекомендуется пациентам с длительно существующими высыпаниями патологоанатомическое исследование биопсийного материала кожи для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.
Лечение	
	<p>Условием эффективности терапии простого раздражительного и аллергического контактного дерматита является прекращение воздействия химических веществ, вызвавших их развитие. В основе лекарственной терапии этих заболеваний лежит наружное лечение глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов. Возможно осложнение контактного дерматита вторичным инфицированием, что проявляется пустулами, гнойными корками. В таких случаях предпочтительнее использовать короткими курсами (обычно</p>

	<p>в течение 1 недели) глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии, в комбинации с антибиотиками и глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии, в комбинации с другими препаратами, или вместе с глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, использовать антибиотики и противомикробные средства, применяемые в дерматологии. В случае неэффективности наружной терапии или при распространенных высыпаниях могут применяться системная терапия кортикостероидами системного действия.</p>
<p>Глюкокортикостероиды</p>	<p>-<u>флутиказон</u> 0,05% крем для наружного применения наносить 1 или 2 раза в сутки тонким слоем в течение 2 недели. Противопоказан к назначению мази детский возраст до 6 месяцев, крема - детский возраст до 1 года.</p> <p>- <u>мометазон</u> крем 0,1%, мазь 0,1% тонким слоем наносят на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 2 - 4 недель.</p> <p>Противопоказан является детский возраст до 2 лет.</p> <p>- <u>метилпреднизолонаацепонат</u> 0,1% крем, мазь, эмульсия для наружного применения наносить 1 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 - 4 недель. Противопоказан детский возраст до 4 месяцев.</p> <p>-<u>алклометазон</u> крем 0,05%, мазь 0,05% наносить на пораженные участки кожи равномерным слоем 2 - 3 раза в сутки в течение 2 - 4 недель. У детей и в период долечивания возможно использовать препарат 1 раз в сутки. Противопоказан детский возраст до 6 месяцев.</p> <p>-<u>гидрокортизон</u>0,1% крем, 0,1% мазь и 0,1% эмульсия для наружного применения наносить на пораженные участки кожи тонким слоем не чаще 2 раз в сутки в течение 2 - 4 недель. Противопоказан детский возраст до 6 месяцев.</p> <p>-<u>гидрокортизон</u>1% мазь для наружного применения наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1 - 3 раза в сутки в течение 2 - 4 недель. Противопоказан детский возраст до 2 лет.</p>
<p>Рекомендуются пациентам с неэффективностью наружной терапии глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии</p>	<p>-<u>такролимус</u>, 0,1% мазь и 0,03% мазь для наружного применения наносить 2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи, продолжительностью не более трех недель. Далее частота применения уменьшается до одного раза в сутки, лечение продолжается до полного регресса очагов поражения. При отсутствии положительной динамики в течение 14 дней необходима повторная консультация врача для уточнения дальнейшей тактики терапии. Противопоказанием к назначению 0,03% мази такролимуса является детский возраст до 2 лет, 0,1% мази-возраст до 16 лет.</p> <p>-<u>пимекролимус</u>, 1% крем для наружного применения 2 раза в сутки наносить на пораженную поверхность тонким слоем включая голову, лицо, шею. Показан для кратковременного и длительного лечения. Возможно длительное применение по интермиттирующей схеме (1 раз в неделю или реже).</p>

	Противопоказан детский возраст до 3 месяцев.
Рекомендуется пациентам с неэффективностью наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади поверхности кожного покрова, системная терапия кортикостероидами системного действия:	<i>преднизолон**</i> 0,5–1,0 мг на кг массы тела перорально в течение 5–7 дней, с последующим снижением дозы препарата до полной отмен.
Рекомендуются пациентам с жалобами на зуд для уменьшения интенсивности зуда антигистаминные средства системного действия	<p>- <i>Дифенгидрамин</i>: взрослым и детям старше 14 лет по 1 таблетке (50 мг) 1–3 раза в сутки, курс лечения 10–15 дней. Для взрослых и детей старше 14 лет внутривенно или глубоко внутримышечно 1–5 мл 1% раствора (10–50 мг) 1–3 раза в сутки, максимальная суточная доза – 200 мг. Для детей в возрасте от 7 месяцев до 12 месяцев – по 0,3–0,5 мл (3–5 мг), от 1 года до 3 лет – по 0,5–1 мл (5–10 мг), от 4 до 6 лет – по 1–1,5 мл (10–15 мг), от 7 до 14 лет – по 1,5–3 мл (15–30 мг) при необходимости каждые 6–8 часов.</p> <p>- <i>Лоратадин</i> - 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.</p> <p>- <i>Клемастин</i>: перорально взрослым и детям старше 12 лет – по 1 таблетке (1 мг) утром и вечером в течение 7–10 дней. В случаях трудно поддающихся лечению суточная доза может составлять до 6 таблеток (6 мг); детям в возрасте 6–12 лет – по ½–1 таблетке перед завтраком и на ночь.</p> <p>внутримышечно: взрослым 2 мг (2 мл) 2 раза в сутки (утром и вечером); детям – 0,025 мг на кг массы тела в сутки, разделяя на 2 инъекции, в течение 5–7 дней.</p> <p>- <i>Хлоропирамин</i> : перорально детям в возрасте от 1 месяца до 1 года по ¼ таблетки (6,5 мг) 2–3 раза в сутки в растертом до порошка состоянии вместе с детским питанием; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по ¼ таблетки (6,5 мг) 3 раза в сутки или по ½ таблетки 2 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – по ½ таблетки 2–3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 1 таблетке 3–4 раза в сутки (75–100 мг в сутки).</p> <p>внутримышечно: детям в возрасте от 1 месяца до 1 года по 5 мг (0,25 мл раствора) 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по 10 мг (0,5 мл раствора) 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – по 10–20 мг (0,5–1 мл раствора) 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 20–40 мг (1–2 мл раствора) 1 раз в сутки в течение 5–7 дней. Доза не должна превышать 2 мг/кг веса</p>

	<p>пациента.</p> <p>- <u>Цетиризин</u> - капли для приема внутрь 10 мг/мл, таблетки 10мг– детям в возрасте от 1 года – 2,5 мг (5капель) перорально 1раз в сутки, детям в возрасте от 1года до 2 лет – 2,5мг (5капель) перорально1–2раза в сутки, детям в возрасте от 2 до блет – 2,5мг (5капель) перорально 2 раза в сутки или 5мг (10капель) перорально 1раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14–28дней</p>
Иное лечение	<p>Рекомендуются с целью предупреждения и устранения в случае возникновения вторичного инфицирования на местах эскориаций и трещин, особенно у детей, антисептики и дезинфицирующие средства и #метилтиониния хлорид: Борная кислота + Резорцин + Фенол + Фуксин раствор для наружного применения наносят с помощью тампона или стеклянной палочки на пораженные участки кожи 2–4 раза в сутки. Уровень убедительности рекомендаций С.</p>
Медицинская реабилитация	
Не требуется	
Показания для оказания медицинской помощи стационарно	
Недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях	
Информация для пациента	
<p>При установлении диагноза контактного дерматита следует исключить возможность контакта с аллергенами, в том числе и профессиональными. При развитии аллергического контактного дерматита сенсibilизация к причинно значимому аллергену, вызвавшему развитие заболевания, может сохраняться длительное время, даже на протяжении всей жизни, не исчезает при отсутствии клинических проявлений, и даже кратковременное воздействие незначительного количества аллергена может привести к рецидиву дерматита</p>	
Профилактика	
<p>Для пациентов с контактным дерматитом имеет значение выявление и устранение воздействия раздражающих и сенсibilизирующих факторов. При указаниях на контактный дерматит в анамнезе следует избегать повторных контактов с веществами, вызвавшими заболевание.</p>	

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1	Проведена терапия кортикостероидами, применяемыми в дерматологии, или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов	5	С

2	Проведена пациентам с жалобами на зуд терапия антигистаминными средствами системного действия.	5	C
3	Пациентам с неэффективностью наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади поверхности кожного покрова, системная терапия кортикостероидами системного действия.	5	C
4	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний.	5	C

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1	Выполнен общий (клинический) анализ крови.	4	C
2	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический.	4	C
3	Выполнен общий (клинический) анализ мочи.	4	C
4	Проведена терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии или препаратами для лечения дерматита, кроме	1	A

	глюкокортикоидов		
5	Проведена терапия кортикостероидами системного действия и/или циклоспорином и/или дупилумабом и/или ультрафиолетовое облучение кожи при атопическом дерматите средней и тяжелой степени тяжести	2	В
6	Проведена терапия антигистаминными препаратами системного действия	2	В
7	Проведена терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и/или глюкокортикоидами в комбинации с антибиотиками или глюкокортикоидами в комбинации с другими препаратами при вторичном инфицировании	2	С
8	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний	3	С

Алгоритмы действий врача

