



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

## **Профессиональный аллергический контактный дерматит**

МКБ 10: **L23.0- L23.8, Z57.2, Z57.8**

Возрастная группа: **18 и более лет**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Ассоциация врачей и специалистов медицины труда (АМТ)**
- **Российское общество дерматовенерологов и косметологов (РОДVK)**

**Год утверждения: 2021**

## Оглавление

Список сокращений .....	4
Термины и определения .....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	8
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	8
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	12
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	13
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	14
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	14
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	14
2.1 Жалобы и анамнез.....	16
2.2 Физикальное обследование.....	17
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	17
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	19
2.5 Иные диагностические исследования.....	19
2.6 Дифференциальная диагностика.....	19
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения. ....	19
3.1 Наружная терапия.....	20
3.2 Системная терапия .....	23
3.3 Немедикаментозное лечение.....	23
3.4 Требования к результатам лечения.....	24

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	23
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики .....	24
5.1. Профилактика.....	24
5. 2. Диспансерное наблюдение.....	25
5.3. Экспертиза трудоспособности.....	25
6. Организация оказания медицинской помощи.....	25
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	26
Критерии качества оценки медицинской помощи.....	26
Список литературы.....	27
Приложений А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	32
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	34
Приложение А3 Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата.....	37
Приложение А4. Связанные документы.....	38
Приложение Б. Алгоритм действий врача .....	40
Приложение В. Информация для пациента.....	41
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента.....	42

## **Список сокращений**

UV-B - ультрафиолетовое излучение В

Ig E - иммуноглобулин E

АЛТ - аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ВПФ - Вредный производственный фактор

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

МКБ – международная классификация болезней

МСЭ - медико-социальная экспертиза

ПАКД – профессиональный аллергический контактный дерматит

ПДК – предельно допустимые концентрации

ПДУ – предельно допустимый уровень

ПМО – периодические медицинские осмотры

СГХ - санитарно-гигиеническая характеристика условий труда

СОУТ – специальная оценка условий труда

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

ФИМ - фактора ингибиции миграции

ФХТ – фотохимиотерапия

ЦАМФ - циклический аденозин-3-монофосфат

ЩФ – щелочная фосфатаза

ЭКП – эозинофильный катионный протеин

## Термины и определения

**Аллергены** – антигены, вызывающие развитие аллергии.

**Аллергодерматозы** — гетерогенная группа заболеваний кожи, ведущее значение в развитии которых придается аллергической реакции немедленного или замедленного типа

**Аллергест** – тест-система для диагностики аллергического контактного дерматита в виде липкой пластины.

**Вредные условия труда** – условия труда, характеризующиеся наличием вредных производственных факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на организм работника и (или) его потомство (Руководство Р 2.2.2006-05).

**Вредный производственный фактор (ВПФ)** – производственный фактор, воздействие которого на работника может привести к его заболеванию (ст. 209 «Трудового кодекса Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ).

**Высоко опасный аллерген** – аллерген, в отношении которого имеются доказательства: респираторной гиперчувствительности человека к аллергену; сенсibilизации человека при контакте аллергена с кожными покровами выраженного сенсibilизирующего действия при испытании на животных (сенсibilизированы все особи) (Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. критерии и классификация условий труда р 2.2.2006-05).

**Гигиенические нормативы условий труда (ПДК, ПДУ)** – уровни факторов рабочей среды, которые при ежедневной (кроме выходных дней) работе в течение 8 ч, но не более 40 ч в неделю, в течение всего рабочего стажа не должны вызывать заболеваний или отклонений в состоянии здоровья, обнаруживаемых современными методами исследований в процессе работы или в отдаленные сроки жизни настоящего и последующего поколений. Соблюдение гигиенических нормативов не исключает нарушение состояния здоровья у лиц с повышенной чувствительностью (Руководство Р 2.2.2006-05).

**Нарушение здоровья** – физическое, душевное или социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека (Руководство Р 2.2.1766-03).

**Острое профессиональное заболевание (отравление)** - заболевание, являющееся, как правило, результатом однократного (в течение не более одного рабочего дня, одной рабочей смены) воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности (Постановление Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. N 967 "Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний").

**Периодические медицинские осмотры (ПМО)** - обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры (обследования) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры").

**Производственные аллергены** - вещества, которые при повторном проникновении в условиях производства в чувствительный организм вызывают аллергическую реакцию (Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Р 2.2.2006-05).

**Профессиональное заболевание** - заболевание, развившееся в результате воздействия факторов риска, обусловленных трудовой деятельностью человека, повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности. (Федеральный закон "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" от 24.07.1998 N 125-ФЗ; Постановление Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. N 967 "Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний").

**Профессиональные дерматозы** - заболевания кожи, причиной развития которых является воздействие факторов производственной среды, повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности.

**Профпатолог** – специалист, оказывающий медицинскую помощь по профилю "профпатология" (Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-профпатолог")

**Рабочее место** – место, где работник должен находиться или куда ему необходимо прибыть в связи с его работой и которое прямо или косвенно находится под контролем работодателя (ст. 209 «Трудового кодекса Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ).

**Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда (СГХ)** – описание санитарного состояния производственной среды с заключением о степени ее соответствия гигиеническим требованиям и нормативам, предусмотренным санитарным законодательством.

**Синтропия** - наличие двух или более связанных между собой и закономерно развивающихся заболеваний

**Умеренно опасный аллерген** - аллерген, в отношении которого имеются доказательства: респираторной гиперчувствительности человека к аллергену; сенсибилизации человека при контакте аллергена с кожными покровами; умеренного сенсибилизирующего действия при испытании на животных (Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. критерии и классификация условий труда р 2.2.2006-05).

**Условия труда** – совокупность факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье работника (ст. 209 «Трудового кодекса Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ).

**Хроническое профессиональное заболевание (отравление)** - заболевание, являющееся результатом длительного воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности (Постановление Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. N 967 "Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний").

**Центр профессиональной патологии** - самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение медицинской организации, имеющее лицензию на оказание медицинской помощи, включая работы и услуги по специальностям "профпатология", "экспертиза связи заболевания с профессией", "экспертиза профессиональной пригодности" (Приказ Минздрава России от 13.11.2012 N 911н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях").

**Экспертиза профессиональной пригодности** — вид медицинской экспертизы, в ходе которой путем освидетельствования лица, принимаемого на работу с неблагоприятными условиями труда либо уже занятого на работе в таких условиях, изучения его медицинских документов и проведения регламентированных и, при необходимости, дополнительных обследований, выносится заключение о возможности дальнейшей работы (допуск к профессиональной деятельности) ( Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 282н "Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ").

**Экспертиза связи заболевания с профессией** - вид медицинской экспертизы, включающий установление причинно-следственных связей между особенностями

формирования, течения, характера патологического процесса, степени его выраженности и конкретными неблагоприятными производственными факторами на основе анализа данных индивидуальной санитарно-гигиенической характеристики условий труда и результатов клинико-лабораторных исследований, направленных на выявление специфических признаков профессионального заболевания (Приказ Минздрава России от 31.01.2019 N 36н "Об утверждении Порядка проведения экспертизы связи заболевания с профессией и формы медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания").

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

### **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Профессиональный аллергический контактный дерматит** – острое или хроническое заболевание кожи, в основе которого лежит аллергическое воспаление, вызванное воздействием производственных аллергенов при выполнении работником своих профессиональных обязанностей, развивается на фоне измененной иммунореактивности организма, повышенной чувствительности к производственным аллергенам с формированием замедленного типа аллергической реакции в ответ на воздействие промышленных аллергенов трансдермальным путем [1-4].

### **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Аллергены, индуцирующие развитие профессионального аллергического дерматита, могут быть химического (например, соединения хрома, никеля и кобальта для строительных рабочих), растительного (например, эфирные масла растений для цветоводов), животного (например, шерсть животных для животноводов) и бактериального (например, антибиотики, продуцируемые штаммами - продуцентами) происхождения. К производственным аллергенам, чаще всего вызывающим профессиональный аллергический дерматит, относят металлы-аллергены (хром, никель и кобальт), лекарственные препараты (антибиотики и витамины группы В), полимеры — смолы и материалы, которые их содержат (например, клеи, лаки, краски и др.) [1-6].

Таблица 1. Производственные аллергены и группы риска

Группы аллергенов	Вид аллергена	Группы риска
Металлы	Никель, кобальт, хром	Работники машиностроительной, авиационной, автомобильной, электротехнической, радиотехнической,



		химической, деревообрабатывающей, строительной отраслей, черной и цветной металлургии.
Лекарственные средства	Антибиотики, анестетики, цитостатики, витамины, глюкокортикоиды, формальдегид и другие консерванты	Медицинские работники, фармацевты, работники фармацевтической промышленности.
Косметика, парфюмерия, моющие средства Краски для волос, лаки	Парафенилендиамин, сульфат и хлорид кобальта, перуанский бальзам, алкоголь, жиры, стабилизаторы и консерванты, красители, детергенты, мыла,	Парикмахеры, сотрудники лабораторий, уборщицы и др.
Резина и резиновые изделия	Латексные перчатки, обувь, шины, игрушки, презервативы	Работники химической, авиационной, автомобильной, радиотехнической, текстильной и др. отраслей промышленности, медицинские работники и др.
Полимерные изделия	Синтетические смолы, волокна, пластмассы, синтетические каучуки, полиуретаны, эпоксидные смолы, полиуретаны	Работники химической, авиационной, автомобильной, радиотехнической, текстильной и др. отраслей промышленности
Животного и растительного происхождения	Эфирные масла растений шерсть и перхоть животных	Цветоводы, садовники, животноводы, работники, занятые в сельском хозяйстве

При профессиональном аллергическом контактном дерматите значительно изменяется реактивность организма и развивается повышенная чувствительность к производственным аллергенам (чаще моновалентная сенсibilизация) замедленного типа. Воспалительные проявления на коже развиваются спустя определенный промежуток времени (скрытый период) в основном после повторного контакта с производственными химическими или другими аллергенами [3, 5, 8].

К экзогенным факторам развития профессионального аллергического дерматита относят: воздействие условий производственной среды (работа в условиях воздействия

веществ раздражающего и сенсibilизирующего действия, повышенная влажность, постоянная травматизация кожи, отсутствие или недостаточное использование средств индивидуальной защиты) [6, 7, 9, 12, 49].

К эндогенным факторам относят: наследственная (генетическая) предрасположенность (лица с наследственной предрасположенностью к аллергии формируют контингенты «повышенного риска»), атопический статус (атопический дерматоз, бронхиальная астма, аллергический ринофарингит), сопутствующая патология (микробная и грибковая сенсibilизация); нарушения эндокринной системы и ЖКТ, фокальная инфекция. [13, 14, 16, 23, 24, 25].

Необходимо отметить, что, несмотря на одинаковые условия труда и воздействие одного и того же производственного раздражителя или аллергена, профессиональный аллергический контактный дерматит развивается не у всех работающих, а только у отдельных рабочих, что можно объяснить изменениями у них реактивности организма приобретенного или генетического характера [2, 4].

Кожа как орган обладает множеством функций, самой главной из которых является защитная. Эпидермис представляет собой сложную структуру, его главным компонентом считается роговой слой, препятствующий проникновению экзогенных веществ через кожу.

Одним из генов, контролирующим барьерную функцию кожи, является ген FLG (filaggrin), расположенный в хромосоме 1, локус q21.3. Изменения в данном гене вызывают развитие ряда заболеваний, связанных с нарушением барьерной функции кожи (атопический дерматит, ихтиоз, экзема) [17-21]. Данный ген кодирует белок профилагрин (филамент-агрегирующий белок), который является предшественником и позже разрезается протеазами на мономеры филагрина, каждый из которых состоит из 324 аминокислот массой 37 кДа. Профилагрин входит в состав кератогиалиновых гранул кератиноцитов гранулярного слоя эпителия и выполняет одну из ключевых функций в дифференцировке кератиноцитов и превращении их в ороговевшие чешуйки. Филаггин связывается с цитоскелетом кератиноцитов и участвует в формировании кожного барьера. Кроме того, белок филаггин после распада на гидрофильные аминокислоты участвует в поддержании водного баланса кожи [22]. Данные мутации являются существенными факторами риска развития атопического дерматита и бронхиальной астмы. В результате многих наблюдений подтверждено, что повышение проницаемости тканевых барьеров может быть обусловлено как генетически опосредованными механизмами, так и средовыми воздействиями. В 2013 г. в Германии проводились исследования, в которых была показана роль атопического дерматита в совокупности с мутацией в гене филагрина в развитии профессионального контактного дерматита [23]. Нарушение барьерной функции кожи

приводит к упрощенному доступу различных аллергенов, как промышленных, так и грибковых, и как следствие, к более раннему развитию профаллергодерматоза [4, 50, 51].

Наши многолетние исследования показали, что у 40 % лиц профессиональные аллергодерматозы сочетались с микозами различной локализации, что согласуется с многочисленными данными эпидемиологических исследований ряда авторов (частота встречаемости грибковых заболеваний среди трудоспособного населения составляет от 7 до 25 %, на микозы приходится 37-42 % от всех болезней кожи). При этом, отмечались более частые обострения аллергодерматоза, торпидность к проводимой терапии, сокращение сроков возникновения профаллергодерматозов от начала работы в среднем в 2 раза, отсутствие эффективности реабилитации, даже при условии исключения контакта с профессиональными этиологическими факторами [26-32].

В патогенезе аллергических реакций большую роль играет антигенная характеристика промышленных химических веществ, которая зависит от физико-химических показателей (величины ионного радиуса, энергии электронных оболочек, свободнорадикальных процессов), определяющих способность к соединению с белками кожи. Наиболее значимые профессиональные аллергены (например, хром, никель, кобальт и их соединения) — гаптены, которые только после присоединения к белку образуют полный антиген [2,3].

При разрушении барьерных структур химическими веществами или механическим путем проникновение аллергенов в кожу становится более интенсивным, облегчается контакт аллергена с антиген-представляющими клетками эпидермиса — клетками Лангерганса. В разворачивании аллергической реакции принимают участие как резидентные клетки кожи (кератиноциты и тучные клетки), так и мигрирующие лейкоциты (Т-лимфоциты и натуральные киллерные клетки). [33, 34]. В результате воздействия химических аллергенов в них происходит ряд изменений: интернализация поверхностных молекул главного комплекса гистосовместимости II класса посредством эндоцитоза, индукция фосфорилирования тирозина, модуляция поверхностных клеточных маркеров и экспрессия цитокинов.

Установлено, что антитела могут фиксироваться на лейкоцитах или детерминантные группы антигенов могут включаться в мембрану клетки, сохраняя способность реагировать с антителом. Низкомолекулярные и ряд других химических веществ в результате трансдермальной абсорбции проникают в эпидермис и собственно кожу, соединяются с белками, формируя депо аллергена. В последующем при повторных контактах кожи с аллергеном процесс усиливается, аллерген захватывают отростчатые клетки Лангерганса, макрофаги, моноциты и передают его присутствующим в эпидермисе Т-лимфоцитам,

которые играют основную роль в развитии реакции повышенной чувствительности замедленного типа [35, 36].

Активация Т-лимфоцитов после повторного контакта с профессиональным аллергеном сопровождается пролиферацией лимфоидных клеток, выделением медиаторов - фактора ингибиции миграции (МИФ), фактора переноса лимфотоксина, фактора подавления пролиферации, клонального ингибиторного фактора и др. В этом процессе принимают участие также иммунорегуляторные субпопуляции Т-лимфоцитов, Т-супрессоры и Т-хелперы. В механизме патогенеза контактных аллергодерматозов наряду с Т-клеточным играет роль В-клеточный иммунитет, простагландины, а также генетические факторы. Токсичные вещества действуют путем ингибиции ферментов, нарушая клеточную организацию на уровне молекулярных механизмов. Участие клеточных элементов в реализации аллергических реакций сопровождается функциональными и качественными изменениями. Антигенная стимуляция в макрофагах, клетках Лангерганса, нейтрофилах, лимфоцитах, тканевых базофилах вызывает перестройку клеточных органелл, их ферментативной активности, функции лизосомальных гидролаз и протеиназ, направленных на катаболизм антигена. Лимфокины-медиаторы повышенной чувствительности замедленного типа, как и другие, физиологически активные вещества, действуют на клетки через внутриклеточный циклический аденозин-3-монофосфат (ЦАМФ). Например, увеличение его содержания и активация аденилатциклазы в лимфоцитах уменьшает освобождение лизосомальных ферментов из них и снижает цитотоксическую активность Т-лимфоцитов. Изменения кислой фосфатазы в фагоцитирующих клетках связывается со стимуляцией процессов фагоцитоза антигена, что сопровождается также ускорением гликогенолиза, образованием молочной кислоты, активацией лизосом, усилением цитотоксичности клеток-эффекторов, осуществляющих лизис поврежденных клеток кожи. [2,3, 33].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Профессиональные заболевания кожи составляют около 7% от общего числа профессиональных заболеваний, возникших от воздействия раздражающих агентов. В структуре профессиональной патологии кожи около 85% приходится на аллергодерматозы. Среди профессиональных аллергодерматозов 45% составляет аллергический контактный дерматит [4, 9].

По международным статистическим данным среди сотрудников системы здравоохранения, металлообрабатывающей промышленности, у парикмахеров, распространенность аллергического контактного дерматита в течение 1 года составляла от 20% до 30%. В Дании более высокая доля продолжительных отпусков по болезни

наблюдается среди лиц, занятых в сфере питания. Заболеваемость аллергическим контактным дерматитом в Германии составила 4,1 случая на 10 000 рабочих. Шведское исследование показало, что распространенность аллергического контактного дерматита рук составляла 2,7 случая на 1000 населения. Голландское исследование показало, что распространенность аллергического контактного дерматита рук составило 12 случаев на 1000 населения [52].

По данным зарубежных авторов примерно 25 химических веществ вызывают половину всех случаев аллергического контактного дерматита. К ним относятся никель, консерванты, красители и ароматизаторы.

Никель является ведущей причиной аллергических контактных дерматитов в мире. Заболеваемость никелевым аллергическим контактным дерматитом в Северной Америке увеличивается.

П-фенилендиамин (PPD) – сенсibilизатор, используемый в красках, предназначенных для перманентного окрашивания волос и временных татуировок. Эпидемиологические данные показывают, что средняя распространенность положительных реакций патч-теста на PPD среди пациентов с дерматитом составляет 4,3% в Азии, 4% в Европе и 6,2% в Северной Америке.

#### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

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

Z57.2 Неблагоприятное воздействие производственной пыли

Z57.8 Неблагоприятное воздействие других факторов риска

## **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

- По распространенности поражения различают локализованный и распространенный профессиональный аллергический контактный дерматит.
- По течению – хронический.
- По стадиям - обострения и ремиссии (нестойкой ремиссии) заболевания.

*Примеры формулировки диагноза:*

Профессиональный аллергический контактный дерматит кистей, обострение [L23.4]

Профессиональная распространенная аллергический контактный дерматит, ремиссия [L23.0]

## **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Клинические проявления профессионального аллергического контактного дерматита вначале представлены эритемой, иногда отеком, трещинами, а также папулезными и везикулезными высыпаниями, которые могут группироваться. По мере нарастания явлений аллергии, в очагах дерматита возникают эрозии, мокнутие, серозные корки. Последние, при присоединении вторичной инфекции, становятся серозно-гнойными или гнойными. Субъективными проявлениями заболевания являются зуд, жжение, болезненность в очагах поражения. Высыпания располагаются не только в месте воздействия производственного аллергена, но и за его пределами [2,3].

Далее заболевание приобретает хроническое течение, кожный процесс представлен очагами неяркой эритемы, часто с застойным цианотическим оттенком, трещинами, экскориациями, сухостью кожи, шелушением и гиперпигментацией. Субъективно зуд.

Чаще профессиональным аллергическим контактным дерматитом страдают женщины в возрасте от 20 лет и со стажем работы во вредных условиях труда от 5 до 10 лет.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.**

- Рекомендуется нозологическую форму и стадию кожного заболевания устанавливать врачу - дерматовенерологу.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 4)**

- При подозрении на профессиональный генез заболевания, врач-дерматовенеролог направляет извещение о подозрении на профессиональное заболевание работника в 3-дневный срок в Роспотребнадзор, либо направляет пациента к врачу-профпатологу.

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 4)**

**Комментарии:** специалисты Роспотребнадзора в 2-недельный срок со дня получения извещения представляют в учреждение здравоохранения санитарно-гигиеническую характеристику условий труда работника.

**Комментарии:** врач-профпатолог проводит обследования пациента в целях установления причинно-следственной связи аллергического контактного дерматита с профессией и направляет пациента на экспертизу связи заболевания с профессией. Экспертиза проводится врачебной комиссией медицинской организации, имеющей лицензию на проведение экспертизы связи заболевания с профессией. - Экспертиза проводится, когда у пациента имеется комплекс следующих документов:

а) Направление медицинской организации (специализированная медицинская организации или её подразделение (центр профессиональной патологии, клиника или отдел профессиональных заболеваний медицинских научных организаций клинического профиля; медицинская организация по месту жительства или пребывания с учетом права на выбор медицинской организации);

б) документ, удостоверяющий личность гражданина (паспорт гражданина РФ);

в) полис обязательного медицинского страхования и его копия;

г) СНИЛС;

д) копия трудовой книжки или иные документы, подтверждающие трудовые отношения между работником и работодателем, заверенные надлежащим образом;

е) санитарно - гигиеническая характеристика условий труда работника;

ж) сведения о результатах обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров;

з) выписка из медицинской карты стационарного больного (при наличии);

и) выписка с результатами обследования в профцентре по месту жительства (при наличии)

к) подробная выписка из амбулаторной карты с указанием сроков возникновения кожного заболевания, клинической картины с уточнением характера дерматологических элементов и их точной локализации при начале заболевания, течения заболевания во время отпуска или других перерывов в работе (пребывания на листке нетрудоспособности, на стационарном лечении, на курорте, временного перевода на другую работу), частоты нетрудоспособности по кожному заболеванию, проведенное ранее лечение.

Врачебная комиссия Центра профессиональной патологии на основании данных представленных документов, состояния здоровья работника, данных анамнеза, клинической картины заболевания, результатов дополнительных методов обследования,

устанавливает заключительный диагноз – ПАКД, составляет медицинское заключение и в 3-дневный срок направляет соответствующее извещение в Роспотребнадзор, работодателю, страховщику и в учреждение здравоохранения, направившее пациента

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

### **2.1 Жалобы, анамнез и профессиональный анамнез**

- Рекомендуется обратить внимание на жалобы пациентов на зуд и высыпания на коже определенной локализации.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

**Комментарии:** *высыпания локализуются преимущественно на открытых участках тела, подвергающихся загрязнению вредным производственным фактором (аллергеном).*

- Рекомендуется обратить внимание на аллергологический и дерматологический анамнез

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

- Рекомендуется обратить внимание на семейный анамнез (генетическая предрасположенность)

**Комментарии:** *наличие у ближайших родственников аллергических заболеваний может явиться фактором риска генетических мутаций, предрасполагающим к развитию аллергодерматозов.*

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

- Рекомендовано обратить внимание на манифестацию высыпаний в процессе трудовой деятельности.

**Комментарии:** *основываться на комплексном анализе документально подтвержденных анамнестических данных (выписки из амбулаторной карты и истории болезни, результаты ПМО), данных профессионального маршрута заболевшего (санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, данные трудовой книжки, результаты СОУТ), подтверждающих контакт больного с веществами, способными вызвать профессиональное заболевание кожи, оценке особенностей течения дерматоза - положительные симптомы экспозиции и элиминации, заключающихся в усилении симптомов заболевания или их проявлений только на работе и купировании симптомов в выходные дни или в отпускной период, клинической картины заболевания, результатов обследования, наличия аналогичных заболеваний у других рабочих данного предприятия.*

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

### **2.2 Физикальное обследование**

- Рекомендуется оценивать локализацию высыпаний и их распространенность.



**Комментарии:** изначально высыпания локализируются на открытых участках тела (руки, лицо), далее высыпания распространяются на закрытые участки кожи.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования.**

- Рекомендуется провести следующие исследования:

- Общий анализ крови

**Комментарии:** при выраженном воспалении или распространенном поражении кожи возможны лейкоцитоз, эозинофилия, базофилия и увеличение СОЭ.

- Биохимический анализ крови

**Комментарии:** анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам проводится для исключения противопоказаний к назначению системной терапии и с целью контроля возникновения нежелательных эффектов

- Общий анализ мочи.

**Комментарии:** общий (клинический) анализ мочи пациентам, которым планируется системная терапия или фототерапия, проводится для исключения противопоказаний к ее назначению и с целью контроля возникновения нежелательных эффектов.

- Анализ кала на яйца глист.

**Комментарии:** Развитие аллергического дерматита может быть ассоциировано с паразитарными заболеваниями. Для дифференциальной диагностики проводится при подозрении ассоциации аллергического дерматита с паразитарными заболеваниями микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов.

- Аллергологические исследования in vitro

**Комментарии:** проводится в лаборатории медицинской организации, имеющей лицензию на оказание медицинской помощи, включая работы и услуги по специальностям "профпатология", "экспертиза связи заболевания с профессией", "экспертиза профессиональной пригодности". Идентификация производственного аллергена, ставшего причиной развития заболевания, доказывает связь последнего с профессиональной деятельностью заболевшего.

- Определение содержания общего IgE и специфических IgE-антител

**Комментарии:** повышенный уровень IgE в крови указывает на наличие или предрасположенность к аллергическим заболеваниям. Определение специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения проводится с целью дифференциальной диагностики.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

**Комментарии:** методология постановки кожных проб.

При диагностике профессионального кожного заболевания применяют кожные аппликационные пробы (patch-тесты) со стандартным набором аллергенов для тестирования (в России не зарегистрированы) или классические аппликационные и капельные тесты с индивидуальными аллергенами.

Испытание проводят на коже, свободной от высыпаний, в области верхней трети спины или внутренней поверхности плеча. Также допускается проводить испытание на сгибаемой поверхности предплечья и коже живота.

Возможна постановка нескольких веществ при расстоянии между ними 2 см.

Кожа в месте аппликации предварительно обрабатывается раствором 70% спирта.

Участки аппликации отмечают маркером.

#### **Подготовка к проведению тестирования:**

- Из медицинской марли изготавливается четырехслойный тампон размером 1x1 см, накладка из полиэтиленовой пленки 2x2 см, полоски медицинского пластыря 3-4 см и 5-6 см.
- Вещества твердой консистенции измельчают до порошкообразного состояния. Водорастворимые вещества разводят с дистиллированной водой или 70% этиловым спиртом 1:1. Жирорастворимые вещества разводят в растительном масле 1:1.
- Вещества жидкой и вязкой консистенции используют в нативном виде.

#### **Постановка проб:**

• Закрытая эпикутанная компрессная проба проводится с водными растворами веществ, а также кусочками резины, кожи, латекса, каучуком: на участок неповрежденной кожи после предварительной обработки размещается тампон с испытуемым веществом в дозе 0,05 см<sup>3</sup>, или кусочек испытуемого вещества 0,5x0,5 см, покрывают окклюзионной пленкой и фиксируют пластырем. Аналогично размещают контрольную аппликацию с дистиллированной водой.

Не используют данный метод для испытания коррозивного (разъедающего) действия веществ, имеющих рН менее 3 ед. рН или более 10 ед. рН.

• Открытая капельная эпикутанная проба проводится с водными, спиртовыми, ацетоновыми растворами, а также красками, лаками, смолами, отвердителями, СОЖ: на участок неповрежденной кожи после предварительной обработки капается пипеткой испытуемое вещество в дозе 0,05 см (1-2 капли), распределяют по участку кожи диаметром 2 см и оставляют до полного высыхания. Аналогично проводят пробу с дистиллированной водой.

Используется для тестирования потенциально раздражающих аллергенных веществ, таких как краски, растворимые масла, мыла, моющие средства.

После проведения испытания место воздействия пробы обрабатывают салфеткой, смоченной дистиллированной водой. Регистрируют функциональное состояние кожи на месте аппликации с оценкой выраженности эритематозной реакции.

Оценка результатов компрессной пробы проводится через 24, 48 и 72 ч после ее окончания.

Оценка результатов капельной пробы проводится в период от 30 мин до 24 часа от начала экспозиции, а также через 24, 48 и 72 ч после ее окончания. Время экспозиции определяет специалист в зависимости от способа применения испытуемого вещества, длительности ее пребывания на коже обследуемого и потенциальной способности

оказать раздражающее действие на кожу, которую определяют исходя из ингредиентного состава вещества.

Если пациент отмечает какой-либо дискомфорт, зуд или жжение в месте постановки тестов, их следует немедленно удалить с кожи и обратиться к лечащему врачу.

Таблица 2. Оценка аппликационных тестов.

Обозначение	Результаты испытания	Оценка, баллы
-	Отрицательная реакция	0
+	Стойкая эритема и инфильтрация	1
++	Сильная положительная реакция; эритема, инфильтрация, папулы, везикулы	2
+++	Выраженная положительная реакция; интенсивная эритема и инфильтрация, появление пузырей	3

Противопоказания для проведения кожных проб с аллергенами:

- обострение основного заболевания,

- аутоиммунные заболевания (СКВ, склеродермия, дерматомиозит, ревматоидный артрит и др.) при применении пациентом терапии системными стероидами.

- Иммунологическая диагностика

Рекомендуется выявление специфических преципитинов (преципитирующих антител), относящихся к классу IgG для подтверждения наличия сенсибилизации к профессиональным аллергенам [33, 43, 46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 2)

#### **2.4. Инструментальные диагностические исследования**

Не применяются

#### **2.5. Иные диагностические исследования**

Не применяются

#### **2.6. Дифференциальная диагностика.**

- Рекомендуется проводить дифференциальную диагностику с аллергическим контактным дерматитом, экземой непрофессиональной этиологии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 4)

**Комментарии:** при профессиональном аллергическом дерматите очаги поражения имеют более резкие очертания, располагаются на открытых участках кожи (руки, лицо), подвергающихся воздействию производственных аллергенов. Клинико-морфологические признаки профессионального аллергического дерматита только в начале заболевания имеют отличительные черты, характерные для действия некоторых химических веществ. В дальнейшем эти особенности утрачиваются, и клинические симптомы

заболевания не отличаются от таковых при аллергодерматозах непрофессионального генеза.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

- Рекомендуется обратить внимание на заболевание с нетипичной локализацией высыпаний (например, на коже спины, в складках живота). В этих случаях анализ условий труда и наблюдение за динамикой процесса позволяют обнаружить прямую зависимость между воздействием определенного профессионального фактора (аллергена) и развитием заболевания [2,3,6].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

**Комментарии:** контакт закрытых участков кожи с растворами аллергенов возможен в результате их затекания под одежду, загрязнения спецодежды цементной пылью, попадания ее в крупные складки закрытых участков тела, контакта с аэрозолями или парами аллергена и др. Анализ динамики патологических изменений кожи показывает, что продолжение контакта с химическим аллергеном приводит к дальнейшему ухудшению течения заболевания. Наибольшим дифференциально-диагностическим значением обладают аллергологические методы исследования

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

- Рекомендовано устранение производственного аллергена, вызвавшего развитие аллергического дерматита.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

#### **3.1. Наружная терапия**

- флутиказон пропионат, крем, мазь 0,05% 1–2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель [40].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)  
или

- триамцинолона ацетонид, мазь 0,025%, 0,1% 1–2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель; терапию начинают с препарата концентрацией 0,1%, затем переходят на препарат с концентрацией 0,025% [41]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

- клобетазола пропионат, мазь 0,05% , 1–2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 3–4 недель [42, 43]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

– бетаметазона валерат, крем, мазь (С), 1–3 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель [44]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

– мометазона фуроат, крем, мазь 0,1% , 1 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

*Комментарии: течение аллергического контактного дерматита, хотя и нечасто, может осложняться присоединением вторичной бактериальной инфекции. В этом случае показано местное применение антибактериальных препаратов:*

– фузидовая кислота, крем, гель 2% 1–2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 1–2 недель [45, 46]

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 2)

или

– мупироцин, мазь 2% 2-3 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель [45, 46].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

### **3.2. Системная терапия**

– При наличии выраженной экссудации назначают детоксикационную терапию:

Натрия тиосульфат 30% , 10 мл + 200 мл натрия хлорид внутривенно капельно со скоростью 40-60 капель в минуту, на курс 10 вливаний

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 4)

– Гипосенсибилизирующая терапия

Кальция глюконат 10% - 10,0 внутримышечно, один раз в сутки, на курс 10 инъекций.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 4)

Антигистаминные препараты.

При выраженном зуде применяют антигистаминные препараты I поколения:

акривастин 8,0 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10-20 дней [41,42]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

клемастин 1,0 мг перорально 2 раза в сутки или 2,0 мг внутривенно или внутримышечно 2 раза в сутки в течение 10-20 дней [41, 43]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

мебгидролин 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10-20 дней [41,42]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

хлоропирамин 25 мг перорально 3-4 раза в сутки или 20-40 мг внутривенно или внутримышечно 1-2 раза в сутки в течение 10-20 дней [41-43]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

хифенадин 25 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10-20 дней [41]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

диметинден 4 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней [41-44].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

В дальнейшем используются препараты II и III поколений:

лоратадин 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней [41, 43]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

цетиризин 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней [41,42,43]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

левоцетиризин 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней [42,43]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

дезлоратадин 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней [41,43]

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

или

фексофенадин 120-180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней [42].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 2)

– Если распространенность ПАКД более 20% кожного покрова, то показана системная терапия глюкокортикостероидными препаратами:

преднизолон 0,5–1,0 мг на кг массы тела перорально в течение 5–7 дней, с последующим снижением дозы препарата [47, 48] до полной отмены.

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 2)

*Комментарии: перед началом терапии глюкокортикостероидными препаратами и во время ее проведения для определения состояния больного, выявления возможных*

осложнений ранее проводимой терапии и назначения сопутствующей терапии рекомендуется назначение клинического анализа крови, биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, триглицериды, общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, глюкоза и другие), общего (клинического) анализ мочи.

### **3.3. Немедикаментозное лечение.**

#### ***Физиотерапевтическое лечение.***

**Комментарии:** назначается врачом-физиотерапевтом.

Применяются Нафталан + соллюкс, СМВ на надпочечники, узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм, 4-5 раз в неделю, на курс от 25 до 30 процедур (С).

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, UV-B или PUVA-терапия.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

**Комментарии:** перед назначением физиотерапевтического лечения рекомендуется консультация гинеколога для женщин, а перед назначением фотохимиотерапии рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога.

### **3.4. Требования к результатам лечения**

Регресс высыпаний.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

### **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.**

- Рекомендуется для социальной реабилитации (материальной компенсации ущерба здоровью по группе инвалидности и проценту утраты профессиональной и общей трудоспособности, материальное обеспечение льгот профессиональных больных и др.); трудовой реабилитации (временное и постоянное рациональное трудоустройство, бесплатное обучение или переобучение новой профессии), определения степени утраты профессиональной и постоянной трудоспособности направлять пациентов с установленным диагнозом ПАД в бюро медико-социальной экспертизы.
- Рекомендовано пациентам с профессиональным аллергическим дерматитом в подострой и хронической стадии, фазе ремиссии, лечение в санаторно-курортных организациях, курортах бальнеологических, грязевых, климатических (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.08.2020 N 1029н "Об

утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» (Зарегистрировано в Минюсте России 27 октября 2020 г. N 60589)

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

### **5.1. Профилактика**

- Рекомендуется работникам применять средства индивидуальной защиты, предоставляемые работодателем. Работодатель обязан соблюдать санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на обеспечение работников средствами индивидуальной защиты (Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2009 N 290н (ред. от 12.01.2015) "Об утверждении Межотраслевых правил обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты" (Зарегистрировано в Минюсте России 10.09.2009 N 14742)
- Проведение планового периодического медицинского осмотра (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры")

***Комментарии:** противопоказаниями к работе с аллергенами являются рецидивирующие формы хронических болезней кожи с частотой обострений 4 и более раз за календарный год, аллергический контактный дерматит и крапивница.*

- Проведение экспертизы профпригодности Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 282н "Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.06.2016 N 42397)

***Комментарии:** при подтверждении профессионального контактного дерматита следует исключить возможность контакта с профессиональными аллергенами. Пациента необходимо предупредить, что возникшая аллергия является пожизненной и даже кратковременное воздействие может привести к рецидиву дерматита.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 4)**

### **5. 2. Диспансерное наблюдение**



- **Рекомендуется динамическое наблюдение пациентов у врача-профпатолога, врача-дерматовенеролога с обязательным обследованием через 1 год.**

*Комментарии: прогноз профессионального аллергического контактного дерматита часто бывает неблагоприятным: почти у половины пациентов имеющееся заболевание не разрешается полностью, часто рецидивирует, приобретает хроническое течение и продолжается после прекращения работы. В то же время сам факт развития профессионального заболевания кожи отрицательно влияет на трудовые перспективы заболевшего, тем самым, представляя собой определённый барьер для продолжения работы.*

### **5.3. Экспертиза трудоспособности.**

- Рекомендуется пациентам с профессиональным аллергическим дерматитом перевод на работу вне контакта с промышленным аллергеном, вызвавшим развитие дерматоза, а также с другими сенсibiliзирующими и раздражающими веществами.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

- Рекомендуется при установлении заключительного диагноза и подтверждении профессионального генеза аллергического дерматита направить пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления степени утраты трудоспособности, назначении медицинской, социальной и профессиональной реабилитации по месту жительства или прикрепления пациента (Приказ Министерства труда и социального развития РФ от 27 августа 2019 г. № 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы").

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств- 4)

### **6. Организация оказания медицинской помощи**

Осуществляется согласно Приказу Минздрава России от 13.11.2012 N 911н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.12.2012 N 26268)

При впервые выявленном профессиональном заболевании кожи врач-профпатолог устанавливает предварительный диагноз ПАКД и направляет больного в центр профессиональной патологии или иную медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание медицинской помощи, включая работы и услуги по специальностям "профпатология", "экспертиза связи заболевания с профессией", "экспертиза профессиональной пригодности", для оказания при наличии показаний медицинской помощи, а также проведения экспертизы связи заболевания с профессией и экспертизы

профессиональной пригодности.

Показаниями к выписке пациента из медицинской организации являются регресс высыпаний на коже и проведение экспертизы.

Больной с установленным заключительным диагнозом ПАКД после оказания медицинской помощи для динамического наблюдения; направляется врачом-профпатологом или врачом-дерматовенерологом медицинской организации по месту жительства или пребывания (с учетом права на выбор медицинской организации) для освидетельствования в учреждение медико-социальной экспертизы; регистрируется и ставится на учет в организационно-методическом отделе центра профессиональной патологии; подлежит диспансерному наблюдению у врача-профпатолога по месту жительства или пребывания (с учетом права на выбор медицинской организации).

Срок переосвидетельствования пострадавшего при определении степени утраты профессиональной трудоспособности устанавливается через шесть месяцев, один год или два года на основе оценки состояния здоровья пострадавшего и прогноза развития его компенсаторных и адаптационных возможностей. Для госпитализации с установленным диагнозом ПАКД с целью лечения, обследования и проведения повторной экспертизы связи заболевания с профессией, врач-профпатолог направляет больного в центр профессиональной патологии или иную медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание медицинской помощи, включая работы и услуги по специальностям "профпатология", "экспертиза связи заболевания с профессией".

#### **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

При прекращении контакта с аллергеном прогноз благоприятный: после устранения контакта с причинным фактором и лечения клинические симптомы постепенно разрешаются. Рецидивы возможны, но становятся более редкими. В случае продолжения контакта с производственным аллергеном, вызвавшим профессиональный аллергический дерматит, возможно утяжеление течения заболевания.

#### **Критерии качества оценки медицинской помощи**

<b>№</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1	Проведение предварительных и периодических медицинских		

	осмотров в соответствии с действующим законодательством		
	Проведен анализ санитарно-гигиенической характеристики условий труда, профессионального маршрута		
	Проведен клинический осмотр пациента с использованием современного медицинского оборудования		
	Для установления диагноза профессиональный аллергический дерматит выполнен комплекс исследований in vivo		
2	Для установления диагноза профессиональный аллергический дерматит выполнен комплекс лабораторных исследований in vitro		
4	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные препараты и/или группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от клинической картины, стадии процесса и при отсутствии медицинских противопоказаний)		
	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний		
	Проведена экспертиза связи заболевания с профессией		
5	Даны рекомендации по рациональному трудоустройству		
	Рекомендовано направление на МСЭ		

#### Список литературы

1. Российская энциклопедия по медицине труда под ред. академика РАМН Н.Ф. Измерова / Н. Ф. Измеров //М: 2005.

2. Селицкий Г.Д., Орлов Е.В., Федоров С.М., Измерова Н.И., Шакура И.Г. Профилактика профессиональных заболеваний кожи/ Г.Д. Селицкий [и др.]//Научное издание. – Самара -2003.
3. Национальное руководство под руков. НФ Измерова Москва издательская группа «ГЕОТАР –Медиа» 2011 - стр 257. 261-266; 266-272; 290.
4. Измерова Н.И., Селицкий Г.Д. Профессиональные дерматозы и их профилактика. Дерматовенерология: / Н. И. Измерова, Г.Д. Селицкий // Национальное руководство/ под ред. Ю.К. Скрипкина. М. ГЭОТАР-Медиа. 2011, гл. 43, 648-658.
5. Bensefa - Colas L., Telle - Lambert M., A. et al. Occupational allergic contact dermatitis and major allergens in France: temporal trends for the period 2001-2010. The British Journal Of Dermatology [Br. J. Dermatol] 2014 Dec; Vol. 171 (6), pp. 1375-85.
6. Измеров Н.Ф. Охрана здоровья рабочих и профилактика профессиональных заболеваний на современном этапе. Медицина труда и промышленная экология 2002; 1:1-7.
7. Измеров НФ. Роль науки в разработке и реализации профилактических мероприятий. Медицина труда 2002; 9: 1-5.
8. Денисов Н.Н., Кулаков В.Н., Шевченко Ю.Л., Хаитов Р.М. Клинические рекомендации для практикующих врачей основанные на доказательной медицине/ Н.Н. Денисов [и др.]//Геотар –Медиа. С.421-422
9. О состоянии профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2011-2014 гг. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. С.11-15.
10. Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for care of contact dermatitis. Br J Dermatol 2009; 160:946–54.
11. Curr N, Matheson M C, Dharmage S, Nixon R. Does the occupational contact dermatitis disease severity index correlate with quality of life in patients with occupational contact dermatitis of the hands? Contact Dermatitis 2010; 62: 251–252.
12. Friis U F, Menné T, Flyvholm M A, Bonde J P, Johansen J D. Occupational allergic contact dermatitis diagnosed by a systematic stepwise exposure assessment of allergens in the work environment. Contact Dermatitis 2013; 69: 153–163
13. Rycroft R.J.G., Frosch P.J. Occupational contact dermatitis. In: Rycroft R.J.G., Frosch P.J., Menné T., Lepoittevin J.P., eds. Contact Dermatitis. Berlin: Springer, 2006: 717 – 734
14. Сергеев Ю.В. Сергеев А.Ю, Васенова В.Ю, Бутов Ю.С, Лещенко А.Ю. «Дерматовенерология : национальное руководство» / Ю .В. Сергеев, А.Ю. Сергеев,

- В.Ю. Васенова, Ю.С. Бутов, А.Ю. Лещенко// Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1024 с.
15. Friis U F, Menné T, Schwensen J F, Flyvholm M A, Bonde J P, Johansen J D. Occupational irritant contact dermatitis diagnosed by analysis of contact irritant and allergens in the work environment. *Contact Dermatitis* 2014; 71: 364–370.
  16. Измерова Н.И., Кузьмина Л.П., Чистова И.Я., Ивченко Е.В., Цидильковская Э.С., Коляскина М.М., Лазарашвили Н.А., Петинати Я.А., Богачева Н.А., Ларкин А.А., Прохорова И.И. «Профессиональные заболевания кожи как социально-экономическая проблема» / Н. И. Измерова [и др.] // *Ж. Медицина труда и промышленная экология*. – М: 2013. – №7. – С. 28 – 33.
  17. Thyssen J.P., Ross-Hansen K., Johansen J.D., et al. Filaggrin loss-of-function mutation R501X and 2282del4 carrier status is associated with fissured skin on the hands: results from a cross-sectional population study. *The British Journal Of Dermatology [Br J Dermatol]* 2012 Jan; Vol.166 (1), pp.46-53.
  18. Visser M.J., Landeck L., Campbell L.E., McLean W.H.I et al. Impact of atopic dermatitis and loss-of-function mutations in the filaggrin gene on the development of occupational irritant contact dermatitis. *The British Journal Of Dermatology [Br J Dermatol]* 2013 Feb; Vol. 168 (2), pp. 326-329.
  19. Измерова Н.И., Коляскина М.М., Ивченко Е.В. Определение полиморфизма гена филаггрина для оценки барьерной функции кожи у больных профаллергодерматозами / Н. И. Измерова [и др.] // *Медицина труда и промышленная экология*. М., 2015. – №9. – С. 61.
  20. Брагина Е. Е. Филаггрин и кератины в формировании защитного барьера. Обзор / Е. Е. Брагина // *Пластическая хирургия и косметология*. — 2011. — № 4.
  21. O’Regan C.M., Irvine A.D. The role of filaggrin in the atopic diathesis. // *Clin. Exp. Allergy* – 2010. – Vol.40. – P.965 – 972.
  22. Palmer C.N., Irvine A.D., Terron-Kwiatkowski A. et al. Common loss – of – function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat. Genet.* 2006, v.38, p. 441-446.
  23. Visser M.J., Landeck L., Campbell L.E., McLean W.H.I et al. Impact of atopic dermatitis and loss-of-function mutations in the filaggrin gene on the development of occupational irritant contact dermatitis. *The British Journal Of Dermatology [Br J Dermatol]* 2013 Feb; Vol. 168 (2), pp. 326-32.

24. Ott H., Wilke J., Baron J.M. et al. Soluble immune receptor serum levels are associated with age, but not with clinical phenotype or disease severity in childhood atopic dermatitis. / Н. Ott et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2010. – Vol.24. – P.395 – 402.
25. Чистова И.Я. Роль атопии в формировании профессиональных аллергодерматозов. // Автореф. Дис. канд.мед.наук. – Москва, 2013. С. 102.
26. Измерова Н.И., Цидильковская Э.С., Ивченко Е.В. Особенности клинического течения профессиональных аллергодерматозов при сенсибилизации к грибковым аллергенам / Н. И. Измерова [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. М., 2015. – №9. – С. 62.
27. Позднякова Н.В. Роль фактора микогенной сенсибилизации в коррекции патогенетически обоснованных мер профилактики профаллергодерматозов. // автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – С.24
28. Белоусова Т.А. Горячкин М.А. Эпидемиология, клиника и терапия поверхностных микозов кожи. / Т.А. Белоусова, М.А. Горячкин // 01.06.2013
29. Измерова Н.И., Кузьмина Л.П., Ивченко Е.В. Роль микотической сенсибилизации в патогенезе профессиональных аллергодерматозов / Н. И. Измерова [и др.] // Успехи медицинской микологии. М., 2014. – Том 13. – С.50-52.
30. Позднякова Н.В. «Роль фактора микогенной сенсибилизации в коррекции патогенетически обоснованных мер профилактики профаллергодерматозов» /Позднякова Н.В. // Автореф. дис. канд. мед.наук. – М., 2000. – С.24
31. Позднякова О. Н. «Микозы стоп у работников электронной промышленности» /Позднякова Н.В./ Автореф. дис. канд. мед. наук Москва1992.
32. Потекаев Н.Н., Шерина Т.Ф. К вопросу об ассоциации дерматозов и микозов кожи /Н.Н. Потекаев, Т.Ф. Шерина // Рос.журн. кож. и вен. бол. – 2004. – № 6. – С. 55–57
33. Кузьмина Л.П., Безрукавникова Л.М., Лазарашвили Н.А., Софронова Е.В. Молекулярные механизмы и индивидуальные особенности метаболизма, определяющие возникновение, клиническое течение и исход профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний. / Л. П. Кузьмина [и др.] // Актуальные проблемы «Медицины труда». Сборник трудов института. Под редакцией академика РАМН Н.Ф. Измерова. М., 2006. – С.465-478
34. Коляскина М.М. Роль генов системы биотрансформации ксенобиотиков в механизмах формирования и развития профессиональных аллергических дерматозов.// Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва. 2011. –С.123-124.

35. Rupec R.A., Boneberger S., Ruzicka T. What is really in control of skin immunity: lymphocytes, dendritic cells, or keratinocytes? facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010 Jan-Feb; 28 (1):62-6.
36. Коляскина М.М., Кузьмина Л.П., Шипулин Г.А., Миронов К. О, Дедков В.Г., Дунаева Е.А. «Разработка метода определения полиморфизмов гена цитохрома р-450 1a1 у больных профессиональными аллергодерматозами с применением реакции пироксвенирования» Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Молекулярная диагностика - 2010» - Москва, 24-26 ноября 2010 г., Т.4.-с.264-266. 77.
37. Ивченко Е.В. Эозинофильный катионный протеин в оценке клинического течения профессиональных аллергодерматозов / Е.В. Ивченко // Медицина труда и промышленная экология. М., 2015.
38. Chang J.H., Choi H.S., Kim H.J., Kang J.W. The association between serum lead and total immunoglobulin E levels according to allergic sensitization. *American Journal of Rhinology & Allergy [Am J Rhinol Allergy]* 2016 Mar; Vol. 30 (2), pp. 48-52.
39. Фриго Н.В., Лесная И.Н., Кубанов А.А., Ротанов С.В., Знаменская Л.Ф., Соломка В.С. "Основные направления развития диагностических технологий в дерматовенерологии." *Вестник дерматологии и венерологии.* 2010;(5):10. Abstract
40. Hachem J.P., De Paepe K., Vanpée E. et al. Efficacy of topical corticosteroids in nickel-induced contact allergy. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27: 47–50.
41. Le T.K., De Mon P., Schalkwijk J., van der Valk P.G. Effect of a topical corticosteroid, a retinoid and a vitamin D3 derivative on sodium dodecyl sulphate-induced skin irritation. *Contact Dermatitis* 1997; 37 : 19–26
42. Hachem J.P., De Paepe K., Vanpee E. et al. Efficacy of topical corticosteroids in nickel-induced contact allergy. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27:47–50.
43. Hachem J.P., De Paepe K., Vanpee E. et al. Combination therapy improves the recovery of the skin barrier function: an experimental model using a contact allergy patch test combined with TEWL measurements. *Dermatology* 2001;202:314–319.
44. Kucharekova M., Hornix M., Ashikaga T. et al. The effect of the PDE-4 inhibitor (cipamfylline) in two human models of irritant contact dermatitis. *Arch Dermatol Res* 2003; 295: 29–32.
45. Morley P.A., Munot L.D. A comparison of sodium fusidate ointment and mupirocin ointment in superficial skin sepsis. *Curr Med Res Opin* 1988; 11: 142–148.
46. Sutton J.B. Efficacy and acceptability of fusidic acid cream and mupirocin ointment in facial impetigo. *Curr Ther Res* 1992; 51: 673–678.

47. Li L.Y., Cruz P.D. Jr. Allergic contact dermatitis: pathophysiology applied to future therapy. *Dermatol Ther* 2004;17: 219–223.
48. Jovanovic M., Mimica-Dukie N., Poljacki M., Boza P. Erythema multiforme due to contact with weeds: a recurrence after patch testing. *Contact Dermatitis* 2003; 48: 17–25.
49. Ларкин А.А. Оценка эффективности средств индивидуальной защиты кожи при воздействии соединений никеля./ А.А. Ларкин //– Автореф. дис. канд. мед. наук. -М.-2008.
50. Утц С. Р., Каракаева А.В., Галкина Е.М. Методы неинвазивной оценки барьерных свойств кожи (обзор) / С. Р. Утц [и др.] // Саратовскийнаучно-медицинскийжурнал 2014; 10 (3): 512–517.
51. Юсупова Л. А. Современное состояние проблемы сухой кожи / Л. А. Юсупова, Н.// Лечащий врач. — 2014. — № 5
52. Thomas N Helm, MD Clinical Professor of Dermatology and Pathology, University of Buffalo, State University of New York School of Medicine and Biomedical Sciences; Director, Buffalo Medical Group Dermatopathology Laboratory Allergic Contact Dermatitis Workup Updated: Aug 20, 2020
53. Клинические рекомендации по Аллергическому контактному дерматиту  
Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»

#### **Приложение А1. Состав рабочей группы**

**Бухтияров Игорь Валентинович** (*руководитель рабочей группы*) <sup>1,7</sup> – Президент Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), главный внештатный специалист профпатолог Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН

**Измерова Наталья Ивановна** (*ответственный исполнитель*) <sup>1</sup> – член Президиума Ассоциации врачей и специалистов медицины труда, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор

**Чистова Илона Ярославовна** (*ответственный исполнитель*) <sup>1</sup> – кандидат медицинских наук

**Анварул Нана Анзоровна** <sup>1</sup> – кандидат медицинских наук

**Андреевко Олег Николаевич** <sup>3</sup> – главный внештатный специалист профпатолог Северо-Западного Федерального округа



- Ахметшина Венера Талгатовна**<sup>4</sup> – главный внештатный специалист профпатолог Приволжского Федерального округа, член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ)
- Бадамшина Гульнара Галимяновна**<sup>13,14</sup> – кандидат медицинских наук
- Бакиров Ахат Бариевич**<sup>4,9</sup> – Президент Ассоциации терапевтов РБ, Заслуженный врач РФ и РБ, Заслуженный деятель науки РБ, доктор медицинских наук, профессор, академик Академии наук Республики Башкортостан
- Безрукавникова Людмила Михайловна**<sup>1</sup> – кандидат биологических наук
- Богачёва Наталья Алексеевна**<sup>1</sup> – врач-профпатолог
- Бойко Иван Васильевич**<sup>10</sup> – доктор медицинских наук, доцент
- Владимирова Елена Владимировна**<sup>6</sup> – кандидат медицинских наук, доцент
- Власова Елена Михайловна**<sup>5</sup> – кандидат медицинских наук
- Гарипова Раиля Валиевна**<sup>13</sup> – главный внештатный специалист профпатолог Республики Татарстан, член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), доктор медицинских наук, доцент
- Гребеньков Сергей Васильевич**<sup>10</sup> – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор
- Землякова Светлана Сергеевна**<sup>1</sup> – кандидат медицинских наук, доцент
- Иштерякова Ольга Александровна**<sup>13</sup> – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), кандидат медицинских наук, доцент
- Ковалевский Евгений Вильевич**<sup>1,7</sup> – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), доктор медицинских наук, профессор РАН
- Коляскина Мария Михайловна**<sup>1,7</sup> – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), кандидат медицинских наук
- Кузьмина Людмила Павловна**<sup>1,7</sup> – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), доктор биологических наук, профессор
- Ларкин Александр Анатольевич**<sup>1</sup> – кандидат медицинских наук
- Лашина Елена Леонидовна**<sup>12</sup> – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член МОО «Российское респираторное общество», член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), член Европейского респираторного общества (ERS), кандидат медицинских наук, доцент
- Олисова Ольга Юрьевна**<sup>7</sup> – член Правления Московского общества дерматовенерологов, член Европейского Конгресса дерматологов и венерологов, член Французского общества дерматологов, Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор
- Петинати Яна Александровна**<sup>6</sup> – кандидат медицинских наук
- Прохорова Ирина Игоревна**<sup>1</sup> – врач-дерматовенеролог
- Рахимзянов Альфрит Рауилович**<sup>13</sup> – кандидат медицинских наук
- Устинова Ольга Юрьевна**<sup>5</sup> – доктор медицинских наук, доцент
- Фатхутдинова Лилия Минвагизовна**<sup>13</sup> – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), доктор медицинских наук, профессор
- Цидильковская Эльвира Семёновна**<sup>1,7</sup> – кандидат медицинских наук

**Чистова Илона Ярославовна**<sup>1</sup> – кандидат медицинских наук

**Шиган Евгений Евгеньевич**<sup>1,8</sup> – Исполнительный директор Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), Национальный секретарь Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ) в Российской Федерации, кандидат медицинских наук

**Шубочкина Евгения Ивановна**<sup>2</sup> – доктор медицинских наук

**Яковлев Алексей Борисович**<sup>15</sup> – кандидат медицинских наук, доцент, заместитель председателя Московского отделения (МОДВ) Российского общества дерматовенерологов и косметологов

**Яцына Ирина Васильевна**<sup>11</sup> – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор

---

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова»

<sup>2</sup> НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «Научный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации

<sup>3</sup> ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)

<sup>4</sup> ФБУН «Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда и экологии человека» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)

<sup>5</sup> ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)

<sup>6</sup> ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

<sup>7</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

<sup>8</sup> ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

<sup>9</sup> ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

<sup>10</sup> ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

<sup>11</sup> ФБУН «Федеральный научный центр гигиены имени Ф.Ф. Эрисмана» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)

<sup>12</sup> ГБУЗ ЛО «Центр профпатологии»

<sup>13</sup> ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

<sup>14</sup> ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)

<sup>15</sup> ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

**Конфликт интересов отсутствует.**

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи профпатологи 31.08.44
2. Врачи дерматовенерологи 31.08.32
3. Врачи общей практики 31.08.54
4. Врачи-терапевты 31.08.49
5. Врачи-аллергологи 31.08.26
6. Врачи по гигиене труда 32.08.03

**Таблица П 1 – Уровни достоверности доказательств**

<b>Уровень достоверности</b>	<b>Источник доказательств</b>
<b>I (1)</b>	<p>Проспективные рандомизированные контролируемые исследования</p> <p>Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных</p> <p>Крупные мета-анализы</p> <p>Как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование</p> <p>Репрезентативная выборка пациентов</p>
<b>II (2)</b>	<p>Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных</p> <p>Несколько исследований с небольшим количеством пациентов</p> <p>Хорошо организованное проспективное исследование когорты</p> <p>Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне</p> <p>Результаты не презентативны в отношении целевой популяции</p> <p>Хорошо организованные исследования «случай-контроль»</p>
<b>III (3)</b>	<p>Нерандомизированные контролируемые исследования</p> <p>Исследования с недостаточным контролем</p>

	<p>Рандомизированные клинические исследования с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками</p> <p>Ретроспективные или наблюдательные исследования</p> <p>Серия клинических наблюдений</p> <p>Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию</p>
<b>IV (4)</b>	Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии, экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные

**Таблица П 2 – Уровни убедительности рекомендаций**

<b>Уровень убедительности</b>	<b>Описание</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>A</b>	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
<b>B</b>	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуются мониторинг побочных явлений

С	<p>Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i></p> <p>нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)</p>	<p>Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии</p> <p>Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов</p>
D	<p>Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой</p>	<p>Не рекомендовано</p>

**Порядок обновления клинических рекомендаций** – пересмотр 1 раз в 3 года.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.12.2000 N 967 (ред. от 24.12.2014) "Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний"
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры"
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.04.2012 №417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний», зарегистрирован в Минюсте 15.05.2012г, рег. №24168
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. № 911н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях". Зарегистрировано в Минюсте РФ 21 декабря 2012 г.
5. Приказ Минздрава России от 31.01.2019 N 36н "Об утверждении Порядка проведения экспертизы связи заболевания с профессией и формы медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания" (Зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2019 N 54085)
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012 г. N 606н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология"
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 924н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология" (с изменениями и дополнениями)
8. Приказ Минздрава РФ от 28.05.2001 N 176 (ред. от 15.08.2011) "О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации" (вместе с "Инструкцией о порядке применения Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.12.2000 N 967") (Зарегистрировано в Минюсте РФ 27.07.2001 N 2828)

9. Приказ МЗ РФ от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.04. 2014 г. Рег N 32115

10. Приказ МЗ РФ от 5 мая 2016 г. N 282н "Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ" Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 июня 2016 г. Рег N 42397

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 декабря 2007 года N 781 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с аллергическим контактным дерматитом».

12. Постановление Правительства РФ от 16 октября 2000 г. N 789 "Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (с изменениями и дополнениями)

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.08.2020 N 1029н "Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» (Зарегистрировано в Минюсте России 27 октября 2020 г. N 60589)

14. Приказ Министерства труда и социального развития РФ от 27 августа 2019 г. № 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы"

#### **Приложение А4. Связанные документы**

##### **Нормативно-правовые документы, регламентирующие применение телемедицинских технологий:**

1. ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации": Статья 2.22; Статья 10.10; Статья 14.2.11; Статья 36. Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий;

2. ФЗ от 29.07.2017 № 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья";

3. Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (Зарегистрировано в Минюсте России 09.01.2018 N 49577);

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2018 г. № 447 (Об утверждении Правил взаимодействия иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями).

5. Постановление правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

6. Распоряжение от 21 апреля 2018 года №711-р о внесении в Госдуму законопроекта о применении клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи;

7. Решение президиума Совета по модернизации (председатель - Д.А.Медведев) от 14 февраля 2017 года по ускорению внедрения эффективных продуктов и услуг Национальной технологической инициативы;

8. Поручение Заместителя Председателя Правительства РФ О.Ю.Голодец №ОГ-П12-52пр от 12.03.2014 г. «О реализации пилотного проекта по организации и оказанию медицинской помощи населению с использованием дистанционных телекоммуникационных технологий»;

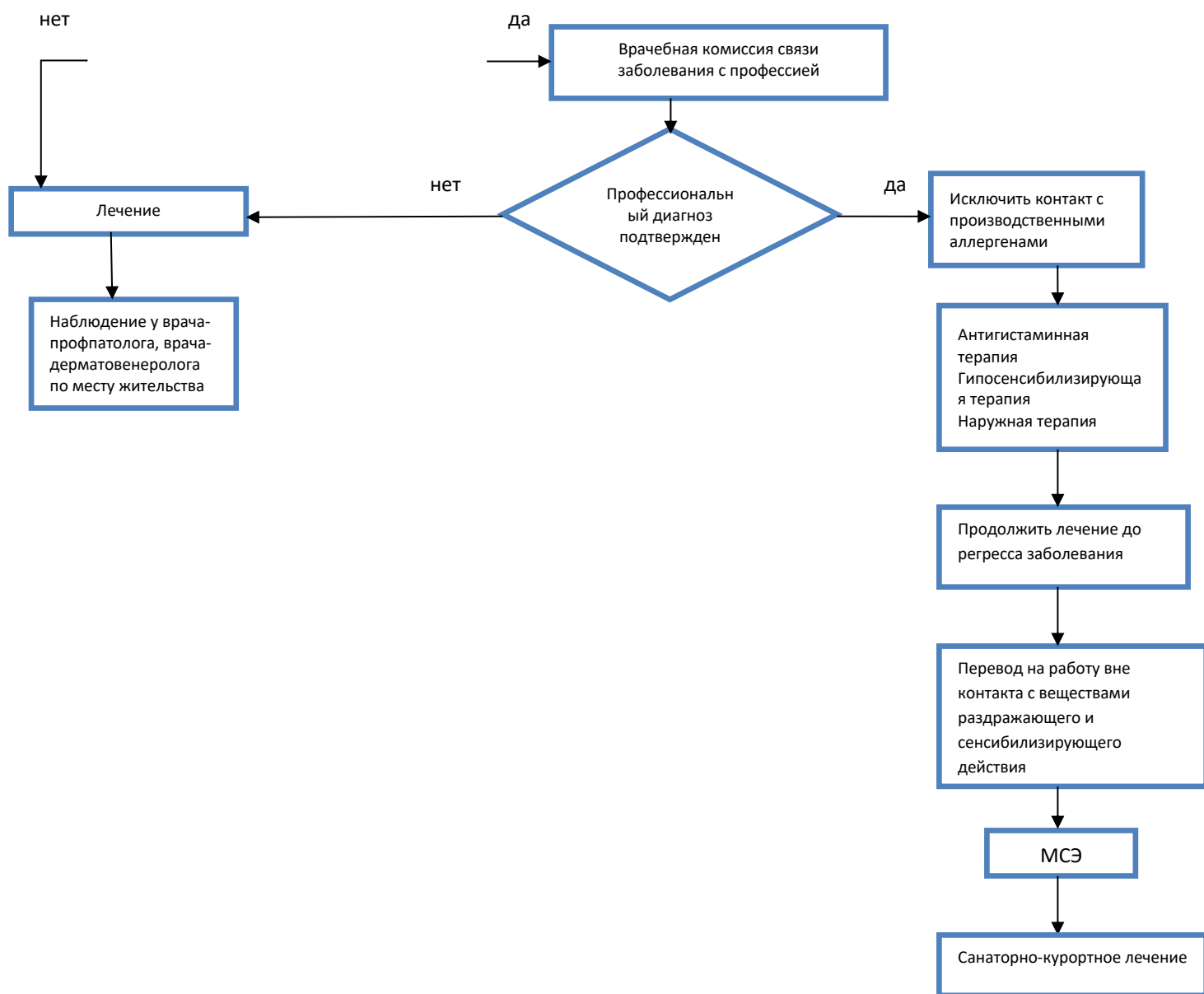
9. Письмо Минздрава России №17-9/10/2-4976 от 24.07.2017 г. «О включении ДДН\* больных неинфекционными заболеваниями в региональные программы «Развития здравоохранения»;

10. Письмо Минтруда России №15-2/10/В-298 от 18.01.2018г. «О использовании дистанционного мониторинга в рамках предупредительных мер по сокращению профессиональной заболеваемости»;

11. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Р 2.2.2006-05.







## Приложение В. Информация для пациентов

Предупреждение рецидива заболевания возможно при соблюдении следующих рекомендаций:

1. Исключение контактов с профессиональными аллергенами, а также другими веществами раздражающего и сенсibilизирующего действия (бытовой химией, стиральным порошком и другими синтетическими моющими средствами, щелочным мылом).
2. При обострении кожного процесса – консультация врача-профпатолога, врача-дерматовенеролога.
3. Своевременное лечение очагов хронической инфекции и патологии внутренних органов.

4. Санаторно-курортное лечение в период ремиссии кожного заболевания.
5. Ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, использование нейтральных гипоаллергенных моющих средств.
6. Профилактическое использование смягчающих кремов, эмолентов и дерматотропных средств смягчающих кожу кремов.
7. Использование косметических продуктов без отдушек и консервантов.
8. Предпочтение в одежде отдавать вещам светлых тонов из натуральных материалов, не содержащих шерстяных и синтетических компонентов.
9. При аллергической реакции на никель исключить контакт кожи с металлическими пряжками на ремне, застёжкой на джинсах, использование бижутерии и мельхиоровых изделий.
10. При аллергической реакции на латекс исключить ношение резиновых перчаток, и осуществить замену латексных перчаток на виниловые, неопреновые, нитриловые. Исключить контакт с резинками в нижнем белье и одежде, эластичными бинтами, резиной в подметках или стельках обуви.
11. При аллергической реакции на хром исключить контакт кожи с кожаной обувью и одеждой. Возможно для ношения использовать обувь и одежду, окрашенную с помощью красителей растительного происхождения.

**Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.**

Нозологическая форма	Реакции гиперчувствительности	Экзогенный фактор	Эндогенный фактор	Пол	Возраст	Стаж	Клинические проявления	Клинико-лабораторные исследования
Профессиональный аллергический контактный дерматит	- немедленные реакции в виде цитотоксических, иммунокомплексных, гранулоцит-IgG-опосредованных проявлений - замедленные реакции, Т-клеточного типа (ГЗТ) главная роль – Т-лимфоциты (в основном представлены Th1	- производственные раздражители-аллергены - химические факторы - соединения хрома, никеля и кобальта - полимерные соединения - лекарственные препараты	<b>Наследственность</b> (генетическая) предрасположенность  - предрасположенность к аллергии чаще передается по материнской линии  - лица с наследственной предрасположенностью к аллергии формируют контингенты «повышенного риска», (врожденная повышенная чувствительность ко многим факторам производственной среды, способность к образованию реагиновых (IgE) антител)	Ж в 85%	> 20 лет	От 5 до 10 лет	Локализация высыпаний характерна для профессии.  Яркая отечная эритема, на фоне которой возникают папулы, везикулы, пузырьки с серозным содержимым. При их вскрытии образуются эрозии.	- положительные пробы капельного или компрессного кожного тестирования с предполагаемыми производственными аллергенами (Аллертест).  - стойкие изменения показателей барьерно-защитной функции кожи: липиды- $<6\pm 0,05\text{мкг/см}^2$ ; гидратантность $<40$ , рН от $6,5\pm 0$  - ОАК: эозинофилия, умерен.лейкоцитоз, $\uparrow$ СОЭ, базофилия

	популяцией лимфоцитов)		<p>- запрограммированность иммунного ответа на аллерген (стимуляция Th2-популяции лимфоцитов, гиперпродукция аллергенспецифических IgE-антител, дегрануляция тучных клеток, эозинофильная инфильтрация)</p> <p><b>Сопутствующая патология:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- микробная и грибковая сенсibilизация (раннее развитие и тяжелое течение профессиональных аллергических дерматозов)</li> <li>- нарушения эндокринной</li> <li>- репродуктивной системы</li> <li>- ЖКТ</li> <li>- фокальная инфекция</li> </ul>				<p>Отсутствие инфильтрации</p> <p>Жалобы на зуд кожи.</p>	<p>- Биохимический анализ крови: ↓ уровня общего белка, ↑ активности АЛТ, АСТ, ↑ уровня мочевины и креатинина.</p> <p>-определение содержания общего IgE и специфических IgE-антител с производственными аллергенами</p>
--	------------------------	--	---	--	--	--	---	--