



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Профессиональная экзема

МКБ 10: **L24.0-L24.8, Z57.2, Z57.8**

Возрастная группа: 18 и более лет

Разработчик клинической рекомендации:

- **Ассоциация врачей и специалистов медицины труда (АМТ)**

Год утверждения: 2021

Оглавление

Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	7
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	10
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	10
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	11
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	13
2.1 Жалобы и анамнез.....	13
2.2 Физикальное обследование.....	14
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	14
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	15
2.5 Иные диагностические исследования.....	15
2.6. Дифференциальная диагностика.....	16
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.	17
3.1 Системная терапия	17
3.2. Наружная терапия.....	20
3.3. Немедикаментозное лечение.....	24
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.....	25
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	25
5.1. Профилактика.....	25
5.2. Диспансерное наблюдение.....	25
5.3. Экспертиза трудоспособности.....	26
6. Организация оказания медицинской помощи.....	26
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	27
Критерии оценки качества медицинской помощи	28
Список литературы.....	29
Приложений А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	34
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	36
Приложение А3 Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата.....	39
Приложение А4. Связанные документы.....	42
Приложение Б. Алгоритм действий врача	42
Приложение В. Информация для пациента.....	43
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента.....	44

Список сокращений

Ig E - иммуноглобулин E;

UV-B - ультрафиолетовое излучение B

PUVA-терапия – псорален с ультрафиолетовым излучением A

АЛТ - аланинаминотрансфераза

АСТ – аспаратаминотрансфераза

ВПФ - Вредный производственный фактор

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

МКБ – международная классификация болезней

МСЭ – медико-социальная экспертиза.

ПДК – предельно допустимые концентрации

ПДУ – предельно допустимый уровень

ПМО – периодические медицинские осмотры

ПЭ – профессиональная экзема

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

СМВ –сантиметроволновая терапия

СОЭ - скорость оседания эритроцитов;

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

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).

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).

Профессиональное заболевание – заболевание, развившееся в результате воздействия факторов риска, обусловленных трудовой деятельностью человека (принято 13-й Международной конференцией статистиков труда, 1982, Женева).

Профессиональные дерматозы – заболевания кожи, причиной развития которых является воздействие факторов производственной среды.

Производственные аллергены - это вещества, которые при повторном проникновении в условиях производства в чувствительный организм вызывают аллергическую реакцию.

Профессиональная экзема – заболевание кожи, развивающееся на фоне измененной иммунореактивности организма, повышенной чувствительности к производственным аллергенам с формированием замедленного типа аллергической реакции в ответ на воздействие промышленных аллергенов трансдермальным путем.

Профпатолог – это специалист, имеющий высшее медицинское образование, который занимается изучением влияния условий работы и особенностей труда на здоровье рабочего человека.

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.

Средства индивидуальной защиты (СИЗ) — средства, используемые работником для предотвращения или уменьшения воздействия вредных и опасных производственных факторов, а также для защиты от загрязнения. Применяются в тех случаях, когда безопасность работ не может быть обеспечена конструкцией оборудования, организацией производственных процессов, архитектурно-планировочными решениями и средствами коллективной защиты

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).

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).

Экспертиза связи заболевания с профессией – это 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.

Экспозиция – интеграл интенсивности воздействующего фактора по времени непосредственно в месте контакта (для физических факторов) или вблизи от различных входных ворот (таких, как легкие, желудочно-кишечный тракт и кожа).

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Профессиональная экзема - Хроническое заболевание кожи, в основе которого лежит аллергическое воспаление, вызванное воздействием производственных аллергенов попадающих трансдермальным путем с формированием аллергической реакции замедленного типа, развивающихся на фоне измененной иммунореактивности организма при выполнении работником своих профессиональных обязанностей[1-3].

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

Профессиональная экзема представляет собой хроническое аллергическое заболевание кожи, характеризующееся моно- и поливалентной сенсibilизацией к производственным аллергенам с длительным рецидивирующим течением [1-10]. Устранение этиологического фактора не всегда предупреждает развитие рецидивов.

Причиной развития профессиональной экземы служат присутствующие в производственной среде химические вещества, обладающие сенсibilизирующим действием. Чаще всего развитие профессиональных аллергических дерматозов вызывают металлы-аллергены: хром, никель и кобальт. Отдельную группу металлов-сенсibilизаторов составляют платина и платиноиды. Кроме того, в литературе есть сообщения о сенсibilизирующих свойствах бериллия, ванадия, вольфрама, молибдена, золота, меди, рубидия, цинка и др. [3-12].

К числу наиболее известных профессиональных аллергенов относят динитрохлорбензол, парафенилендиамин (урсол), формальдегид, эпоксидные, фенолформальдегидные и другие смолы, аминные отвердители, инсектициды, многие лекарственные препараты (антибиотики, витамины и др.), дезинфицирующие средства, химические вещества, входящие в состав резины (латекс, тиурамы, каптакс и др.) [1-7].

Вещества, обладающие сенсibilизирующим действием, могут входить в состав сложных смесей и материалов в качестве добавок, придающих им особые свойства, или примесей к сырью, из которого эти материалы производят. Например, хром может входить в состав стали как необходимая легирующая добавка, но в состав цемента он попадает вместе с сырьем. Смолы могут индуцировать сенсibilизацию, входя в состав красок, клеев, лаков и др. Образование веществ, способных индуцировать развитие профессиональной экземы, возможно в ходе производственного процесса.

Патогенез профессиональной экземы, включает несколько ключевых событий, первым из которых считают проникновение аллергена через защитный липидный барьер

эпидермиса. При разрушении структур, составляющих барьер, проникновение аллергенов в кожу становится более интенсивным, облегчается контакт аллергена с антиген-представляющими клетками эпидермиса (клетками Лангерганса).

В развитии аллергической реакции принимают участие резидентные клетки кожи (например, кератиноциты и тучные клетки) и мигрирующие лейкоциты (Т-лимфоциты и натуральные киллерные клетки), но решающую роль играют клетки Лангерганса. В результате воздействия химических аллергенов в них происходит ряд изменений, включая интернализацию поверхностных молекул главного комплекса гистосовместимости класса II посредством эндоцитоза, индукцию фосфорилирования тирозина, модуляцию поверхностных клеточных маркеров и экспрессию цитокинов[1-14].

После поглощения и обработки аллергена антиген-представляющие клетки мигрируют из кожи в регионарные лимфатические узлы, где происходит представление антигена циркулирующим Т-лимфоцитам. Контакт антиген-представляющих клеток с Т-лимфоцитами специфического клона иммобилизует именно этот клон. При этом в регионарном лимфатическом узле избирательно скапливаются Т-клетки, которые способны распознавать уникальный антиген и реагировать на него. Под влиянием определенного спектра хемокинов эти Т-клетки в дальнейшем мигрируют в те участки кожи, на который повторно попадает аллерген. Активация Т-лимфоцитов после повторного контакта с профессиональным аллергеном сопровождается пролиферацией лимфоидных клеток и выделением различных цитокинов (ИЛ-2, у-интерферон др.), картина секреции которых характеризует реакции гиперчувствительности замедленного типа (тип IV), осуществляемые Th1-лимфоцитами. Активацию лимфоцитов отражает увеличение активности их митохондриальных ферментов (сукцинатдегидрогеназы и аглицерофосфатдегидрогеназы) и рибосомных генов. При тяжелом течении заболевания усиливается склонность лимфоцитов к апоптозу (защитный механизм, ограничивающий количество активных лимфоцитов в очаге воспаления).

Воспаление при профессиональной экземе сопровождается гиперактивацией процессов свободно-радикального и перекисного окисления липидов на фоне снижения общей антиокислительной активности, уменьшения концентрации а-токоферола, ретинола, трансферрина, активности каталазы и повышения активности супероксиддисмутазы, что свидетельствует о выраженном дисбалансе в системе «оксиданты-антиоксиданты». Повышение содержания антител к двуцепочечной нативной ДНК у больных свидетельствует об активации процессов повреждения ДНК и может быть следствием длительного воздействия производственных факторов и гиперактивации процессов свободно-радикального и перекисного окисления липидов.

Аллергические реакции развиваются только у обладающих генетически детерминированной предрасположенностью к развитию реакций контактной повышенной чувствительности. Индивидуальная предрасположенность может реализовываться через генетические нарушения, определяющие некомпетентность защитного барьера, что делает контакт аллергена с антиген-представляющими клетками более интенсивным. Тем не менее, в значительной степени она определяется характером иммунологического реагирования, например интенсивностью секреции цитокинов клетками в ответ на контакт с аллергеном, секрецией определенных изоформ цитокинов, направляющих развитие реакции аллергического воспаления. Обнаружено, что сочетание дефицитных генотипов систем цитохрома P-450, GSTM1, ФНО-а, синтазы окиси азота характеризуется более ранним развитием (до 5 лет), тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом профессиональной патологии кожи. Индивидуальная предрасположенность — фактор, определяющий отсутствие зависимости выраженности аллергической реакции от количества попавшего на кожу аллергена.

На течение аллергического воспаления, вызванного производственными аллергенами, могут влиять присутствующие в рабочей среде вещества, обладающие токсическим действием на лимфоциты. Таким образом, в течении аллергической реакции участвует токсичный компонент. Токсичные вещества действуют посредством ингибирования ферментов, нарушая клеточную организацию на уровне молекулярных механизмов. Участие клеточных элементов в реализации аллергических реакций сопровождается функциональными и качественными изменениями. Антигенная стимуляция иммунокомпетентных клеток вызывает перестройку клеточных органелл, их ферментативной активности и функций лизосомальных гидролаз и протеиназ, направленных на катаболизм антигена.

В отличие от аллергического дерматита при экземе гиперчувствительность замедленного типа достигает большей интенсивности, что обуславливает выраженность клинических симптомов и изменений при аллергологических и иммунологических тестах. Сначала сенсibilизация у больных, как правило, имеет моновалентный характер, а в дальнейшем становится поливалентной. Сенсibilизация к одному аллергену может облегчать развитие повышенной чувствительности к другим аллергенам. Так, уже имеющаяся у пациента сенсibilизация к бытовым или микробным антигенам облегчает развитие повышенной чувствительности к производственным веществам. С этим связано более быстрое начало и тяжелое течение профессиональной экземы, развивающейся на фоне микотической инфекции и сенсibilизации к грибковым антигенам. Кроме того, обнаружено, что фоном или, возможно, фактором, предрасполагающим к развитию

профессиональной экземы, служат изменения показателей системы циклических нуклеотидов, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, тиреоидной и гонадной систем, свидетельствующие о нарушениях процессов нейрогуморальной регуляции и гормонорецепторных взаимоотношений[1-14].

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 35% составляет профессиональная экзема [3, 7]. Средний уровень заболеваемости профессиональными аллергодерматозами различается в разных странах и обычно составляет 4-10 случаев на 10000 работающих в год. На регистрируемую заболеваемость влияет частота обнаружения патологии. В профессиях риска заболеваемость значительно превышает среднюю и достигает десятков человек на 10 000 работающих в профессии в год. Профессии наиболее высокого риска: строительные рабочие и рабочие производства строительных материалов (маляры, формовщики, плиточники, бетонщики, каменщики, отделочники и др.), занятые металлообработкой (слесари, фрезеровщики, токари, гальваники и др.), медицинские работники (врачи, медицинские сестры).

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

L24.0 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный моющими средствами

L24.1 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный маслами и смазочными материалами

L24.2 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный растворителями

L24.3 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный косметическими средствами

L24.4 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей

L24.5 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный другими химическими веществами

L24.6 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей

L24.7 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный растениями, кроме пищевых при их контакте с кожей

L24.8 Простой раздражительный контактный дерматит и другие формы экземы, вызванный другими веществами.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

- По локализации поражения различают локализованную и распространенную форму профессиональной экземы;
- По течению – острая, подострая и хроническая.
- По стадиям - обострения и ремиссии (нестойкой ремиссии) заболевания.

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

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

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

Хроническая стадия заболевания характеризуется инфильтрацией и усилением кожного рисунка пораженного участка, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией. Постоянными признаками экземы являются зуд, усиливающийся при обострении заболевания, жжение, болезненность в очагах поражения[1-3].

Профессиональная экзема характеризуется длительным течением с чередованием рецидивов и ремиссий. При продолжении контакта с аллергеном, вызвавшим заболевание, рецидивы становятся более частыми, промежутки между ремиссиями укорачиваются, а сами ремиссии становятся неполными. В итоге обострение экзематозного процесса возможно и при устранении производственного этиологического фактора. Важно отметить, что воспалительные явления при профессиональной экземе первоначально развиваются, как правило, на открытых участках кожного покрова; тыльной поверхности кистей, предплечий, лица, шеи, т.е. в зонах контакта кожи с химическим веществом в

производственных условиях. В дальнейшем кожные изменения при профессиональной экземе отличаются тенденцией к распространению по всему кожному покрову.

Очаги поражения у больных профессиональной экземой имеют сравнительно четкие границы, например тыльной поверхности кистей без перехода на ладонную. В этих очагах появляется эритема, на фоне которой образуются везикулы размером до булавочной головки, папулы и реже пустулы. Везикулезные элементы вначале имеют небольшие размеры (микровезикулы). В дальнейшем, по мере нарастания сенсibilизации, выявляется тенденция их к группировке, наиболее выраженной в центре основного очага поражения, где микровезикулы сравнительно быстро вскрываются, образуя участки мокнутия с мацерированным и слущивающимся роговым слоем. Мокнутие у больных профессиональной экземой менее интенсивное и продолжительное, чем при истинной экземе. Острые воспалительные явления сопровождаются зудом, может изменяться и общее состояние больных (появляются эмоциональная лабильность, нарушение сна и др.)

По мере уменьшения воспалительных явлений, особенно при устранении контакта с причинным фактором и при проведении десенсибилизирующей и рациональной наружной терапии, везикуляция и мокнутия уменьшаются, эрозии эпителизируются, остается в той или иной мере выраженная инфильтрация, а в дальнейшем - десквамация, вторичные гиперпигментированные или депигментированные пятна.

Течение профессиональной экземы нередко осложняется присоединившейся пиогенной инфекцией, что изменяет клиническую картину. Гистологические изменения при профессиональной экземе характеризуются развитием спонгиоза, акантоза, гиперкератоза и паракератоза, которые особенно отчетливо выявляются при рецидивирующем течении этого аллергического дерматоза. Одновременно в собственно коже развивается инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, полиморфно-клеточных лейкоцитов и тучных клеток; вокруг сосудов дермы формируются круглоклеточные инфильтраты[6, 8, 12].

Важное значение имеет дифференциальный диагноз профессиональной экземы от истинной и других разновидностей экземы (микробной, себорейной и др.). Необходимо обратить внимание на тот факт, что клинико-морфологические проявления профессиональной экземы только вначале могут иметь отличительные черты, характерные для действия определенных химических производственных аллергенов. В дальнейшем эти особенности утрачиваются и клинические проявления профессиональной экземы не отличаются от истинной.

Иногда причиной ошибок в дифференциальной диагностике профессиональной экземы является на первый взгляд нетипичная для этого дерматоза локализация на коже

спины, в складках живота и др. Однако изучение условий труда и наблюдение за динамикой развития патологического процесса выявляют прямую зависимость между воздействием определенного профессионального фактора (аллергена) и развитием экземы. Возможен контакт кожи закрытых участков с растворами аллергенов в результате их затекания под одежду, загрязнение спецодежды цементной пылью, попадание ее в крупные складки кожи закрытых участков тела, ингаляционный путь поступления, контакт с аэрозолями или парами аллергена и др. С дифференциально-диагностической точки зрения необходимо учитывать, что поражение кожи лица часто наблюдается при профессиональной экземе, вызываемой эпоксидными, мочевиноформальдегидными, фенолформальдегидными и некоторыми другими видами синтетических смол или полимерсодержащими продуктами [10, 13].

Аналогичная локализация профессиональной экземы отмечается у работающих в цехах, в воздухе которых имеются мелко-дисперсная пыль, пары или аэрозоли ароматических амино- и нитросоединений, полусинтетических антибиотиков, пирена, бакелита и ряда других производственных аллергенов. Анализ динамики патологических изменений кожи показывает, что продолжение контакта с химическим аллергеном приводит к дальнейшему ухудшению кожного процесса.

Таким образом, нетипичная локализация экземы в ряде случаев не является аргументом против ее профессиональной природы.

Течение профессиональной экземы может осложняться присоединением пиогенной инфекции, что изменяет клиническую картину (могут возникать пустулы).

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 D (уровень достоверности доказательств- 4)

Комментарии: врач профпатолог устанавливает наличие влияния вредных факторов производственной среды или связь с профессией, выявляет ранние признаки профессиональных заболеваний, участвует в экспертизе связи заболевания с профессией верифицированного профессионального аллергического дерматита у пациента.

2.1 Жалобы и анамнез и профанамнез

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

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

Комментарии: локализация высыпаний преимущественно на открытых участках тела, подвергающихся загрязнению вредным производственным фактором (аллергеном).

- Рекомендуется обратить внимание на аллергологический и дерматологический анамнез

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

- Рекомендовано обратить внимание на семейный анамнез (генетическая предрасположенность)

Комментарии: наличие у ближайших родственников аллергических заболеваний может явиться фактором риска генетической мутации, предрасполагающим к развитию аллергодерматозов.

Уровень убедительности рекомендаций D (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 аттестации рабочих мест), подтверждающих контакт больного с веществами, способными вызвать профессиональное заболевание кожи, оценке особенностей течения дерматоза (положительные симптомы элиминации и экспозиции), клинической картины заболевания, наличия аналогичных заболеваний у других рабочих данного предприятия и результатов.

Уровень убедительности

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется оценивать локализацию высыпаний и их распространенность.

Комментарии: изначально высыпания локализуются на открытых частях тела (руки, лицо), далее высыпания распространяются на закрытые участки кожи.

Уровень убедительности рекомендаций D (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: отмечаются снижение уровня общего белка, повышение активности АЛТ, АСТ, повышение уровня мочевины и креатинина.

- Общий анализ мочи.
- Анализ кала на яйца глист.
- Аллергологические исследования *in vivo*

Комментарии: включает проведение капельного или компрессного кожного тестирования с предполагаемыми производственными аллергенами (Аллертест). Положительной пробой считается обострение в локальном статусе.

- Аллергологические исследования *in vitro*

Комментарии: проводится для идентификации производственного аллергена, ставшего причиной развития заболевания, что доказывает связь последнего с профессиональной деятельностью заболевшего.

- Определение содержания общего IgE и специфических IgE-антител

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

Комментарии: Аллергологическим исследованием *in vivo* используемым в настоящее время для диагностики профаллергодерматозов, являются модификации постановки кожных тестов: капельная и компрессная. Для постановки капельных тестов используют спиртовые растворы испытуемых веществ определенных концентраций, а некоторые вещества в чистом виде. Место пробы, которая ставится на животе ограничивается. Затем на это место ставится испытуемое вещество. При постановке компрессных проб в настоящее время используются гипоаллергенные тестопласты различных фирм («Аллертест»), специально предназначенные для постановки компрессных (лоскутных) кожных проб. Компрессные кожные пробы ставятся только с водными растворами испытуемых веществ и с твердыми веществами, нерастворимыми в воде и не обладающими раздражающим действием. Результаты кожных проб в зависимости от метода постановки учитываются через 24, 48, 72 часа. Положительным результатом считается развитие воспалительной реакции различной степени выраженности (легкая или сильная гиперемия, разная степень отека, появление на этом фоне везикул и папул) на месте постановки кожных проб.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Не применяются

2.5. Иные диагностические исследования

- **рекомендуется** при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи гистологическое исследование биоптата кожи из очага поражения.

Гистологические изменения при профессиональной экземе характеризуются развитием спонгиоза, акантоза, гиперкератоза и паракератоза, особенно отчетливо выраженными при рецидивирующем течении заболевания. Одновременно в дерме образуется инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, полиморфноядерных лейкоцитов и тучных клеток. Вокруг сосудов формируются круглоклеточные инфильтраты.

2.6. Дифференциальная диагностика.

- Рекомендуется проводить дифференциальную диагностику с аллергическим контактным дерматитом, экземой непрофессиональной этиологии. Большая выраженность изменений кожи при профессиональной экземе отличает ее от профессионального аллергического дерматита. В частности, профессиональная экзема характеризуется заметной инфильтрацией и связанными с ней глубокими трещинами кожи. [2,3,6]

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

Комментарии: *большое значение имеет дифференциальная диагностика профессиональной экземы с истинной и другими разновидностями экземы (микробная, себорейная и др.). При профессиональной экземе очаги поражения имеют более резкие очертания. Кроме того, менее резко выражена тенденция к диссеминации высыпаний. Необходимо обратить внимание на тот факт, что клиничко-морфологические признаки профессиональной экземы только в начале заболевания могут иметь отличительные черты, характерные для действия некоторых химических веществ. В дальнейшем эти особенности утрачиваются, и клинические симптомы заболевания не отличаются от таковых при истинной экземе.*

- Рекомендуется при непрофессиональной экземе обратить внимание на развитие поражения кистей, этиологически связанного с воздействием некоторых веществ, применяемых в быту (например, моющих средств). [2,3,6]

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

Комментарии: *тщательно собранный анамнез в этих случаях указывает на связь развития заболевания или его обострений с использованием средств бытовой химии именно в быту.*

- 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 экземы. [2,3,6]

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

Комментарии: так, 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 аэрозолем или парами аллергена и др. Следует учитывать, что поражение кожи лица часто наблюдают при профессиональной экземе, вызываемой эпоксидными, мочевиноформальдегидными, фенолформальдегидными и некоторыми другими синтетическими смолами или полимерсодержащими продуктами. Аналогичную локализацию поражения при профессиональной экземе обнаруживают у работающих в цехах, в воздухе которых присутствуют мелкодисперсная пыль, пары или аэрозоли ароматических amino- и нитросоединений, полусинтетических антибиотиков, пирена, бакелита и ряда других производственных аллергенов. Анализ динамики патологических изменений кожи показывает, что продолжение контакта с химическим аллергеном приводит к дальнейшему ухудшению течения заболевания. Наибольшим дифференциально-диагностическим значением обладают алергологические методы исследования. Кожные тесты и иммунологические исследования с соответствующими производственными аллергенами у больных с профессиональной экземой резко положительны [2,3].

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 D (уровень достоверности доказательств- 4)

3.1. Системная терапия

1. Антигистаминные препараты.

В острой стадии экземы применяют антигистаминные препараты I поколения:

- акривастин (С) 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 (С) 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 (С) 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10-20 дней [41,42]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

– хлоропирамин (В) 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 (А) 25 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10-20 дней [41]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

– диметинден (С) 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 (А) 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней [41, 43]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

– цетиризин (А) 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 (А) 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10-20 дней [42,43]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

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

– бетаметазон динатрия фосфат+бетаметазона дипропионат (В) 2,0 мг/5,0 мг (1,0 мл) внутримышечно однократно (при необходимости повторяют через 10 суток, но не более 2 инъекций) [45,46]

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

или

- преднизолон (В) 25-30 мг в сутки перорально в течение 5-25 дней; назначении более 7 дней с дальнейшим снижением дозы на 5,0 мг каждые 5 дней до полной отмены препарата [45,46]

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

или

- дексаметазон (В) 0,004-0,008 мг (1,0-2,0 мл) в сутки в течение 3-7 дней [45,46].

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 (АлАТ, АсАТ, ЩФ, триглицериды, общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, глюкоза и другие), общего (клинического) анализ мочи.

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

- гидроксизин (В) 25 мг перорально 2-4 раза в сутки в течение 3-4 недель [41,47].

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

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

- натрия хлорид (С) 200-400 мл 2-3 раза в неделю внутривенно капельно со скоростью 40-60 капель в минуту, на курс 3-5 вливаний [41]

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

- натрия хлорид + магния хлорид + натрия гидроксид + калия хлорид + натрия сульфат (С) 200-400 мл 2-3 раза в неделю внутривенно капельно со скоростью 40-60 капель в минуту, на курс 3-5 вливаний [41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

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

- ампициллин+клавулановая кислота (А) 875 мг+125 мг перорально 2 раза в сутки или 500 мг+125 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [43,48]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

- доксициклин (А) 200 мг однократно, затем 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней [48]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

или

- левофлоксацин (А) 250 мг или 500 мг перорально 1-2 раза в сутки в течение 5-7 дней [43,49]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

–

или

- офлоксацин (А) 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-7 дней [49]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

–

или

- цефазолин (А) 1,0 г внутримышечно 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [43,48]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

–

или

- цефотаксим (А) 1,0 г внутримышечно 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [50]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

–

или

- цефтриаксон (А) 1,0-2,0 г внутримышечно 1 раз в сутки в течение 7-10 дней [49,48]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

–

или

- ципрофлоксацин (А) 250 - 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-7 дней [48].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1++)

3.2. Наружная терапия

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

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

2. *Антисептические наружные препараты (В)* [49]

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

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

или

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

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

или

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

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

или

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

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

3. Глюкокортикостероидные препараты:

- окситетрациклин+гидрокортизон, аэрозоль (В) 2 раза в сутки наружно в течение 5-7 дней [45,46,48]

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

или

- оксиклозоль, аэрозоль (В) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [45]

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

–

или

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

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

–

или

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

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

или

- гидрокортизона 17-бутират, крем, мазь 0,1% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 2-4 недель [47]

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

–

или

- клобетазола пропионат, крем, мазь 0,05% (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней [46, 47]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)
или

- метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь 0,1% (A) 1 раз в сутки наружно в течение в течение 2-4 недель [10, 47]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)
или

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

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)
или

- алклометазона дипропионат, крем, мазь 0,05% (A) 2-3 раза в сутки наружно в течение 10-20 дней [45, 46].

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

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

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

5. *Комбинированные лекарственные средства.*

- гентамицин+бетаметазон+клотримазол (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [46,10]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)
или

- бетаметазон+гентамицин (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)
или

- неомицин+натамицин+гидрокортизон (A) 2-4 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)
или

- окситетрациклин+гидрокортизон (A) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [47]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2++)
или

– флуметазон+клиохинол (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [47]

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

или

– флуоцинола ацетонид+неомицин (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [41, 47]

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

или

– бетаметазон+фузидовая кислота (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [41,51]

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

или

– гидрокортизон+фузидовая кислота (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней [47]

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

– флутиказон пропионат, крем, мазь 0,05% (С) 1–2 раза в сутки наружно 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% (С) 1–2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель; терапию начинают с препарата концентрацией 0,1%, затем переходят на препарат концентрацией 0,025% [41]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

– клобетазола пропионат, мазь 0,05% (С), 1–2 раза в сутки наружно 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 наружно 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% (С), 1 раз в сутки наружно 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% (С) 1–2 раза в сутки наружно 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% (С) 2-3 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель [45, 46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

3.3. Немедикаментозное лечение.

Физиотерапевтическое лечение.

Нафталан + соллюкс, 3 раза в неделю, на курс 10 процедур [2, 3].

СМВ на надпочечники, 3 раза в неделю, на курс 10 процедур [2, 3].

Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм, 4-5 раз в неделю, на курс от 25 до 30 процедур (С) [51, 52].

В качестве лечебного фактора также используется низкоинтенсивное лазерное излучение красного спектра с длиной волны 0,632 мкм и инфракрасного с длиной волны 0,8-1,2 мкм, на курс 15-20 процедур при ограниченных формах (С) [48].

ПУВА-терапия (С)^С 4 раза в неделю на курс 15-20 сеансов (в тяжелых случаях при распространенных высыпаниях) [51, 52].

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.

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

Рекомендовано пациентам с профессиональным аллергическим дерматитом в подострой и хронической стадии, фазе ремиссии лечение в санаторно-курортной организации в климатической зоне проживания пациента. (Приказ Минздрава России от 07.06.2018 N 321н(с изм. от 16.11.2018) "Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.07.2018 N 51503)

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

5.1. Профилактика

- Рекомендуется работодателям соблюдение с гигиенических мероприятий, направленных 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)

- Рекомендовано проведение планового периодического медицинского осмотра всех работников профессий 1 раз в год.

Комментарии: при подтверждении профессионального контактного дерматита следует исключить возможность контакта с аллергенами, в том числе и профессиональными. Пациентам необходимо знать, что возникшая аллергия является пожизненной и даже кратковременное воздействие может привести к рецидиву дерматита.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

5.2. Диспансерное наблюдение

- Рекомендуется динамическое наблюдение пациентов у врача-дерматолога с обязательным обследованием через 1 год.

Комментарии: Больным с профессиональной экземой необходим перевод на постоянную работу вне контакта с веществами сенсибилизирующего и раздражающего действия. Больные подлежат динамическому наблюдению у врача-дерматолога с обязательным обследованием через один год. При упорном течении профессиональной экземы больных направляют на МСЭ, назначают инвалидность по профессиональному заболеванию и

ежегодно переосвидетельствуют. Сроки пребывания на инвалидности оценивают индивидуально, учитывая течение заболевания.

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 сенсibilизирующими и раздражающими веществами.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

- Рекомендуется врачу при установлении заключительного диагноза и подтверждении профессионального генеза аллергического дерматита направить пациента на государственную медико-социальную экспертизу (МСЭ) для установления степени утраты трудоспособности, назначении медицинской, социальной и профессиональной реабилитации по месту жительства или прикрепления пациента

Уровень убедительности рекомендаций D (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 профессионального ПАКД после оказания медицинской помощи для динамического наблюдения; направляется врачом-профпатологом 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".

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств- 4)

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 и легкими. В случае продолжения контакта с производственным аллергеном, вызвавшим профессиональную экзему, возможно утяжеление течения заболевания, в результате чего больной может быть признан инвалидом.

Критерии качества оценки медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в соответствии с действующим законодательством		
	Проведен анализ санитарно-гигиенической характеристики условий труда, профматшрута		
	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. Национальное руководство под руков. НФ Измерова Москва издательская группа «ГЕОТАР –Медиа» 2011 - стр 257. 261-266; 266-272; 290.
3. 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.
4. 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
5. О состоянии профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2011-2014 гг. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. С.11-15.
6. Hamnerius N, Svedman C, Bergendorff O, Björk J, Bruze M, Engfeldt M, Pontén A. /Hand eczema and occupational contact allergies in healthcare workers with a focus on rubber additives//2018 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd
7. Jakasa I, Thyssen JP, Kezic S./The role of skin barrier in occupational contact dermatitis//2018.
8. Carøe TK, Ebbelhøj NE, Bonde JPE, Flachs EM, Agner T /Hand eczema and wet work: dose-response relationship and effect of leaving the profession// 2018 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd.
9. 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
10. Carøe TK, Ebbelhøj NE, Bonde JPE, Vejlstrup SG, Agner T / Job change facilitates healing in a cohort of patients with occupational hand eczema// 2017 British Association of Dermatologists.
11. Minami T1, Fukutomi Y2, Sekiya K3, Akasawa A4, Taniguchi M /Hand eczema as a risk factor for food allergy among occupational kitchen workers// Copyright © 2017 Japanese Society of Allergology. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved..
12. 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.

13. 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.
14. Ruff SMD, Engebretsen KA, Zachariae C, Johansen JD, Silverberg JI, Egeberg A, Thyssen JP / The association between atopic dermatitis and hand eczema: a systematic review and meta-analysis// *British Association of Dermatologists*.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Брагина Е. Е. Филаггрин и кератины в формировании защитного барьера. Обзор / Е. Е. Брагина // *Пластическая хирургия и косметология*. — 2011. — № 4.
20. O'Regan C.M., Irvine A.D. The role of filaggrin in the atopic diathesis. // *Clin. Exp. Allergy* – 2010. – Vol.40. – P.965 – 972.
21. 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.
22. 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.

23. 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. / H. Ott et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2010. – Vol.24. – P.395 – 402.
24. Чистова И.Я. Роль атопии в формировании профессиональных аллергодерматозов. // Автореф. Дис. канд.мед.наук. – Москва, 2013. С. 102.
25. 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.
26. Позднякова Н.В. Роль фактора микогенной сенсибилизации в коррекции патогенетически обоснованных мер профилактики профаллергодерматозов. // автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – С.24
27. Белоусова Т.А. Горячкин М.А. Эпидемиология, клиника и терапия поверхностных микозов кожи. / Т.А. Белоусова, М.А. Горячкин // 01.06.2013
28. 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.
29. 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
30. Позднякова О. Н. «Микозы стоп у работников электронной промышленности» /Позднякова Н.В./ Автореф. дис. ... канд. мед.наук.Москва1992.
31. 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
32. 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
33. 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.

34. 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.
35. 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.
36. Ивченко Е.В. Эозинофильный катионный протеин в оценке клинического течения профессиональных аллергодерматозов / Е.В. Ивченко // Медицина труда и промышленная экология. М., 2015.
37. 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.
38. 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
39. 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.
40. Юсупова Л. А. Современное состояние проблемы сухой кожи / Л. А. Юсупова, Н.// *Лечащий врач.* — 2014. — № 5
41. Chang C, Keen CL, Gershwin ME. Treatment of eczema. // *Clin Rev Allergy Immunol.* 2007 Dec;33(3):204-205.
42. Drago L, Toscano M, Pigatto PD. Probiotics: immunomodulatory properties in allergy and eczema. //*G Ital Dermatol Venereol.* 2013 Oct;148(5):505-14.
43. Apfelbacher CJ, van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Jupiter A, Matteredne U, Weisshaar E. Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema // *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.
44. Pantling L. Topical treatments // *Cambridgeshire Community Services NHS Trust.* 2013 Nov 20; 28(12): 61.
45. Barnes P.J. Molecular mechanisms of corticosteroids in allergic diseases // *Allergy.*— 2001.— Vol. 56.— Supp. 10.— P. 928–936.

46. Barnes P.J. Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids // *Eur Resp Rev* 2001;11:78:15–22.
47. Rombold S, Lobisch K, Katzer K, Grazziotin TC, Ring J, Eberlein B. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases // *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2008 Feb;24(1):19-23.
48. Halometasone 0.05% Cream in Eczematous Dermatoses // *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013 Nov; 6(11): 39-44.
49. Garritsen FM, Brouwer MW, Limpens J, Spuls PI. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with the use of GRADE and implications for practice and research.// *British Journal of Dermatology* 2013: epub.
50. Zomer-Kooijker K, van der Ent CK, Ermers MJ, Rovers MM. Lack of Long Term Effects of High Dose Inhaled Beclomethasone for RSV Bronchiolitis - A Randomized Placebo-Controlled Trial // *J Pediatr Infect DS*.2013 Oct 28.
51. T.C. Ling; T.H. Clayton; J. Crawley; L.S. Exton; V. Goulden; S. Ibbotson; K. McKenna; M.F. Mohd Mustapa; L.E. Rhodes; R. Sarkany; R.S. Dawe / British Association of Dermatologists and British Photodermatology Group Guidelines for the Safe and Effective Use of Psoralen–Ultraviolet A Therapy 2015// *DISCLOSURES The British Journal of Dermatology*. 2016;174(1):24-55.
52. Gabriele Muekusch; Judith Pitman; Dara Smiljanic / Photoresponsive Diseases // *DISCLOSURES Dermatology Nursing*. 2007;19(1):43-47.
53. Ларкин А.А. Оценка эффективности средств индивидуальной защиты кожи при воздействии соединений никеля./ А.А. Ларкин //– Автореф. дис. канд. мед. наук. -М.- 2008.

Приложение А1. Состав рабочей группы

- Бухтияров Игорь Валентинович** (*руководитель рабочей группы*)^{1,7} – 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*)¹ – член Президиума Ассоциации врачей и специалистов медицины труда, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор
- Чистова Илона Ярославовна** (*ответственный исполнитель*)¹ – кандидат медицинских наук
- Анварул Нана Анзоровна**¹ – кандидат медицинских наук
- Андреев Олег Николаевич**³ – главный внештатный специалист профпатолог Северо-Западного Федерального округа
- Ахметшина Венера Талгатовна**⁴ – главный внештатный специалист профпатолог Приволжского Федерального округа, член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ)
- Бадамшина Гульнара Галимяновна**^{13,14} – кандидат медицинских наук
- Бакиров Ахат Бариевич**^{4,9} – 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**¹ – кандидат биологических наук
- Богачёва Наталья Алексеевна**¹ – врач-профпатолог
- Бойко Иван Васильевич**¹⁰ – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), доктор медицинских наук, доцент
- Владимирова Елена Владимировна**⁶ – кандидат медицинских наук, доцент
- Власова Елена Михайловна**⁵ – кандидат медицинских наук
- Гарипова Раиля Валиевна**¹³ – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), доктор медицинских наук, доцент
- Гребеньков Сергей Васильевич**¹⁰ – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор
- Иштерякова Ольга Александровна**¹³ – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), кандидат медицинских наук, доцент
- Ковалевский Евгений Вильевич**^{1,7} – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), доктор медицинских наук, профессор РАН
- Коляскина Мария Михайловна**^{1,7} – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), кандидат медицинских наук
- Кузьмина Людмила Павловна**^{1,7} – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), доктор биологических наук, профессор
- Ларкин Александр Анатольевич**¹ – кандидат медицинских наук
- Лашина Елена Леонидовна**¹² – 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**⁷ – 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**⁶ – кандидат медицинских наук
- Прохорова Ирина Игоревна**¹ – врач-дерматовенеролог
- Рахимзянов Альфрит Рауилович**¹³ – кандидат медицинских наук
- Устинова Ольга Юрьевна**⁵ – доктор медицинских наук, доцент
- Фатхутдинова Лилия Минвагизовна**¹³ – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), доктор медицинских наук, профессор
- Цидильковская Эльвира Семёновна**^{1,7} – кандидат медицинских наук
- Шиган Евгений Евгеньевич**^{1,8} – 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**² – доктор медицинских наук
- Яковлев Алексей Борисович**¹⁵ – кандидат медицинских наук, доцент, заместитель председателя Московского отделения (МОДВ) Российского общества дерматовенерологов и косметологов
- Яцына Ирина Васильевна**¹¹ – член Ассоциации врачей и специалистов медицины труда (АМТ), член Международной Комиссии по медицине труда (ИСОМ), Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

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

¹² ГБУЗ ЛО «Центр профпатологии»

¹³ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

¹⁵ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

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 общей практики 31.08.54
6. Врачи-аллергологи 31.08.26

Таблица П 1 – Уровни достоверности доказательств

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

	<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>
IV (4)	Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии, экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные

Таблица П 2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Описание	Расшифровка
А	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
В	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	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i>	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной

	нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов
GPP	Сложившаяся клиническая практика	
D	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	Не рекомендовано

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 Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н (ред. от 18.05.2020) "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.10.2011 N 22111) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020)

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 18.12.2007 N 773 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с экземой».

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 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» (документ не вступил в силу)

Приложение А4. Связанные документы

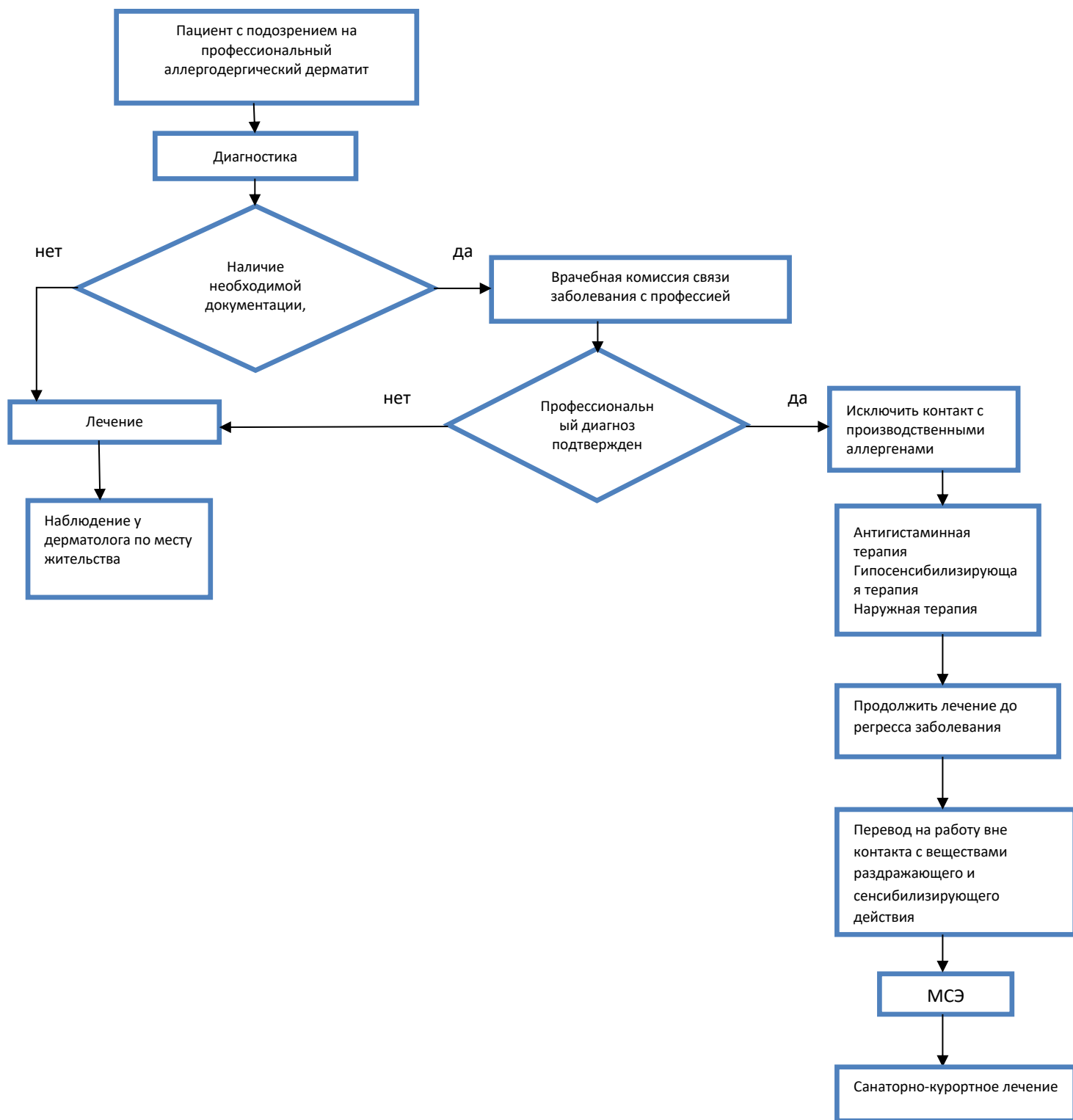
Нормативно-правовые документы, регламентирующие применение телемедицинских технологий:

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 Б. Алгоритм действий врача



Приложение В. Информация для пациентов

Предупреждение рецидива заболевания возможно при соблюдении следующих рекомендаций:

- Исключение контактов с возможными аллергенами, в том числе и профессиональными, а также другими веществами раздражающего и сенсibiliзирующего действия (веществами с производства, бытовой химией, стиральным порошком и другими синтетическими моющими средствами, щелочным мылом).
- При обострении кожного процесса - консультация и лечение у дерматолога.
- Своевременное лечение очагов хронической инфекции и патологии внутренних органов.
- Санаторно-курортное лечение в период ремиссии кожного заболевания.
- Ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, использование нейтральных гипоаллергенных моющих средств.
- Профилактическое использование смягчающих кремов, эмолиентов и дерматотропных средств смягчающих кожу кремов после каждого мытья рук.
- Использование продуктов без отдушек и консервантов.
- Предпочтение в одежде отдавать вещам светлых тонов из натуральных материалов, не содержащих шерстяных и синтетических компонентов.
- При аллергической реакции на никель исключить контакт кожи с металлическими пряжками на ремне, застёжкой на джинсах, использование бижутерии и мельхиоровых изделий.
- При аллергической реакции на латекс исключить ношение резиновых перчаток, и осуществить замену латексных перчаток на нелатексные: виниловые, неопреновые, нитриловые. Исключить контакт с резинками в нижнем белье и одежде, эластичными бинтами, резиной в подметках или стельках обуви.
- При аллергической реакции на хром исключить контакт кожи с кожаными обувью и одежде. Для ношения использовать некожаную обувь и одежду (или 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	Клиническое проявление	Клинико-лабораторные исследования
Экзема	- замедленные, Т-клеточные. В развитии гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) главную роль играют Т-лимфоциты (в основном представленные Th1 популяцией лимфоцитов) При таком типе реакций иммунные Т-лимфоциты при взаимодействии с антигеном-аллергеном выделяют целый ряд провоспалительных цитокинов: ИЛ-1, ИЛ-2, ФНО, γ -интерферон. Это приводит к инициации воспаления, выбросу БАВ (простагландинов, лейкотриенов, гистамина, триптазы), что вызывает развитие тканевых реакций воспаления: в виде расширения и повреждения сосудов, экссудации плазмы, что клинически проявляется гиперемией, отеком и зудом	- Производственные аллергены - химические факторы - химические вещества, обладающие сенсibilизирующим действием: металлы-аллергены (хром, никель и кобальт), формальдегид, эпоксидные, фенолформальдегидные и другие смолы, аминные отвердители, инсектициды, многие лекарственные препараты (антибиотики, витамины), резины (латекс, тиурамы, каптакс), соединения бериллия, ванадия, вольфрама, молибдена, золота	- Наследственная (генетическая) предрасположенность - предрасположенность к аллергии в два раза чаще передается по материнской линии. - лица с наследственной предрасположенностью к аллергии формируют контингенты «повышенного риска» - высокие показатели генетической предрасположенности и к аллергии отмечаются у больных профаллергодерматозами среди лиц с полиаллергией (несколько видов аллергопатологии у одного больного) Сопутствующая патология: - нарушения чаще эндокринной системы до 65% - репродуктивной системы - ЖКТ - фокальная инфекция - микробные и грибковые заболевания до 35% сенсibilизации - атопический дерматоз - бронхиальная астма	Жен 65% Муж 35%	Старше 40 лет Старше 50 лет	От 10 лет	- Локализация высыпаний на открытых участках кожи, в местах контакта с раздражителями (лицо, шея, область грудины, тыл кистей, предплечий, голени) - жалобы на зуд - везикулы - активная гиперемия - точечные эрозии, мокнутия - серьезные корочки - экскориации - редко папулы - нечеткие границы очагов Наличие инфильтрации. Жалобы на зуд кожи.	- положительные пробы капельного или компрессного кожного тестирования с предполагаемыми производственными и аллергенами (Аллертест). - Изменения показателей барьерно-защитной функции кожи: рН>6,6, гидротантность<30, липиды кожи <0-6 мкг/см ² - ОАК: эозинофилия, лейкоцитоз, \uparrow СОЭ, базофилия - Биохимический анализ крови: \downarrow уровня общего белка, \uparrow активности АЛТ, АСТ, \uparrow уровня мочевины и креатинина.