|  |  |
| --- | --- |
| Клинические рекомендации | |
| **Фотодерматоз полиморфный** | |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: | **L56.4** |
| Возрастная группа: | дети/взрослые |
| Год утверждения: | **2019** |
| Разработчик клинической рекомендации: | |
| * Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» | |

**Оглавление**

[Оглавление 2](#_Toc19179969)

[Список сокращений](#_Toc19179970) 4

[Термины и определения](#_Toc19179971) 5

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6](#_Toc19179972)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc19179973)

[1.2 Этиология и патогенеззаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc19179974) 6

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc19179975)

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7](#_Toc19179976)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7](#_Toc19179977)

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7](#_Toc19179978)

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 7](#_Toc19179979)

[2.1 Жалобы и анамнез](#_Toc19179980) 8

2.2Физикальное обследование………………………………………………………………………9

[2.3 Лабораторные диагностические исследования](#_Toc19179982) 9

[2.4 Инструментальные диагностические исследования](#_Toc19179983) 10

[2.5 Иные диагностические исследования](#_Toc19179984) 10

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 11](#_Toc19179985)

[3.1 Консервативное лечение](#_Toc19179986) 11

[3.2 Иное лечение](#_Toc19179987) 13

[4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 13](#_Toc19179988)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 14](#_Toc19179989)

[6. Организация медицинской помощи](#_Toc19179990) 16

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)](#_Toc19179991) 17

[Критерии оценки качества медицинской помощи](#_Toc19179992) 17

[Список литературы](#_Toc19179993) 18

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций](#_Toc19179994) 21

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций](#_Toc19179995) 22

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача](#_Toc19179996) 24

[Приложение В. Информация для пациента](#_Toc19179997) 25

**Список сокращений**

МКБ – Международная классификация болезней

ПФ – Полиморный фотодерматоз

ПУВА-терапия – длинноволновое ультрафиолетовое излучение длиной волны 320– 400 нм с применением фотосенсибилизатора

УФА  излучение – длинноволновое ультрафиолетовое излучение с длиной волны 320–400 нм

УФВ излучение – средневолновое ультрафиолетовое излучение с длиной волны 280–320 нм

УФ-излучение – ультрафиолетовое излучение

МЭД – минимальная эритемная доза

SPF— Sun Protection Factor

Термины и определения

Полиморфный фотодерматоз (син. - полиморфная световая сыпь, полиморфный фотодерматит, весенне-летний фотодерматит) – это наиболее часто встречающийся фотодерматоз, характеризующийся появлением на открытых участках кожи зудящих пятнистых, папулёзных, везикулёзных или бляшечных высыпаний, возникающих после пребывания на солнце преимущественно в весенне-летний период.

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

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

Полиморфный фотодерматоз (син. – полиморфная световая сыпь, полиморфный фотодерматит, весенне-летний фотодерматит*)* – это наиболее часто встречающийся фотодерматоз, характеризующийся появлением на открытых участках кожи зудящих пятнистых, папулёзных, везикулёзных или бляшечных высыпаний, возникающих после пребывания на солнце преимущественно в весенне-летний период.

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

Этиология полиморфного фотодерматоза не установлена. В патогенезе заболевания большое значение имеют нарушения клеточных иммунных реакций. Считается, что при воздействии солнечного света в коже больных развиваются реакции гиперчувствительности замедленного типа к одному или нескольким кожным антигенам, однако сами антигены до сих пор не выявлены [1]. Некоторые авторы рассматривают в качестве основной причины полиморфного фотодерматоза резистентность кожи больных к иммуносупрессивному действию ультрафиолетового излучения [2,3]. Предполагается  участие генетических факторов в развитии заболевания [~~4~~,5].

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

Полиморфный фотодерматоз является широко распространенным  заболеванием, которое встречается 5 до 20%  населения в зависимости от популяции и  географического положения. Распространенность полиморфного фотодерматоза в разных странах варьирует от 3,6% до 21% [6-8], в странах Европы заболевание встречается у 18% населения [9]. Заболевание может развиться в любом возрасте, преобладает преимущественно у молодых женщин, жителей северных широт. Возникает обычно поздней весной или в начале лета. Индуцируется в основном УФА-излучением, реже УФВ-излучением или их сочетанием, редко - видимым светом. В педиатрической практике дебют заболевания обычно возникает у детей старшего школьного возраста [10], семейный характер высыпаний у детей отмечается в 50% случаев [11].

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

L56.4 – Полиморфная световая сыпь

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

Общепринятой классификации не существует.

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

Чаще всего высыпания представлены папулами и везикулами, появляющимися на фоне эритемы разной интенсивности. Реже заболевание проявляется везикуло-буллёзными, уртикарными, геморрагическими высыпаниями или напоминает клиническую картину многоформной эритемы.

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

Диагноз основывается на данных анамнеза (указаниях больного на появление высыпаний на открытых участках кожного покрова после пребыванием на солнце или облучении ультрафиолетовым светом), наличии характерных клинических симптомов заболевания.

При затруднении клинической диагностики диагноз подтверждается:

* результатами инструментальных исследований:

- определение фоточувствительности кожи с определением МЭД УФА и УФВ спектральными диапазонами УФ-излучения [12,13].

* результатами лабораторных исследований:

-биопсия кожи

-патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи [14].

Дифференциальная диагностика проводится с поздней кожной порфирией, эритропоэтической протопорфирией (при развитии везикуло-буллезных высыпаний), красной волчанкой, другими фотодерматозами [15].

У детей ПФ дифференцируют от наследственных генодерматозов (пигментная ксеродерма, трихотилодистрофия, синдром Блюма, синдром Ротмунда-Томсона), метаболических нарушений (врожденная эритропоэтическая порфирия, гепатоэритропоэтическая порфирия), при которых признаки повышенной фоточувствительности могут проявляться в период новорожденности и младенческого возраста. Следует так же учитывать семейный анамнез, возможную экзацербацию хронических заболеваний кожи (атопический дерматит, псориаз, красный плоский лишай, склероатрофический лихен, простой герпес, многоформная экссудативная эритема, вирусная экзантема) под влиянием солнечных лучей [16].

## 2.1 Жалобы и анамнез

Больной предъявляет жалобы на появление пятен, папул или папуловезикул, которые могут сливаться в бляшки. Отмечается зуд различной степени выраженности, реже – жжение или парастезии.                                                                                                 Высыпания при полиморфном фотодерматозе возникают, главным образом, весной и летом, хотя могут развиваться в любое время года во время пребывания больных в странах с высоким уровнем инсоляции. Очаги поражения появляются на коже спустя несколько часов или суток после солнечного облучения (чаще через 18–24 часа) и локализуются на открытых солнцу участках тела – на шее, груди, плечах, предплечьях, голенях, реже – на лице и туловище. После прекращения воздействия солнечного света элементы сыпи разрешаются в течение нескольких дней или 1–2 недель, не оставляя после себя рубцов. Заболевание обычно имеет хроническое рецидивирующее течение. При рецидивах у многих пациентов наблюдается один и тот же морфологический тип высыпаний. Для полиморфного фотодерматоза характерен феномен адаптации – уменьшение симптомов заболевания после неоднократного пребывания больного на солнце в течение короткого периода времени. Этот феномен обусловлен развитием толерантности кожи к солнечному свету, в связи с чем у многих больных высыпания, появившись весной или ранним летом, в дальнейшем не рецидивируют. У некоторых пациентов через несколько лет возможно уменьшение тяжести течения рецидивов или выздоровление.

## 

## 2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления полиморфного дерматоза, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

* **Рекомендуется** клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ кровидля оценки общего состояния больного [15].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 5)

* **Рекомендуется** исследование в крови уровня аутоантител: антинуклеарного фактора, антител к двухспиральной (нативной) ДНК, Sm, Ro/SS-A и La/SS-B антигенам (для исключения красной волчанки) [15].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 5)

* **Рекомендуется** исследование содержания порфиринов в плазме крови,

эритроцитах и моче (для исключения порфирии) [15].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 5)

* **Рекомендуется** в сложных случаях с целью верификации диагноза патолого-

анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи [14].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств 5)

**Комментарии:** Морфологические изменения характеризуются следующими признаками: в эпидермисе наблюдаются спонгиоз, *увеличение количества клеток Лангерганса, в дерме периваскулярный, преимущественно мононуклеарный клеточный инфильтрат и отек, а также увеличение дермальных макрофагов. Клетками этого инфильтрата являются преимущественно Т-лимфоциты, обычно CD4+ при ранних поражениях и CD8+ при длительном течении* [17].

**Комментарий:** Полиморфный фотодерматоз дифференцируют с красной волчанкой, порфирией, другими фотодерматозами, пруриго, токсидермией, лимфоцитарной инфильтрацией Джесснера-Канофа, саркоидозом, эозинофильной гранулемой лица, заболеваниями кожи, ухудшение течения которых может быть спровоцировано солнечным или ультрафиолетовым светом (себорейный дерматит, многоформная экссудативная эритема) [18].

## Инструментальные диагностические исследования

* **Рекомендуются**  фотопровокационные тесты с целью индукции высыпаний

полиморфного фотодерматоза и выявления диапазона ультрафиолетового излучения, провоцирующего заболевание [12,13].

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

**Комментарии:** Полиморфный фотодерматоз чаще вызывает длинноволновое ультрафиолетовое излучение (УФА диапазон, длина волны 320-400 нм), реже средневолновое ультрафиолетовое излучение (УФВ диапазон, длина волны 280-320 нм) или сочетанное ультрафиолетовое излучение (УФ-АВ диапазон, длина волны 280-400 нм). У 50% больных фотопровокационные тесты могут быть отрицательными.

* **Рекомендуется** фототестирование с применением искусственных источников УФА и УФВ-излучения или симуляторов солнечного света. Облучение осуществляют на участки кожи, свободные от высыпаний (область спины, живота или внутреннюю поверхность предплечья) [12, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций ­ А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии:** Фототестирование проводится с целью установления минимальной эритемной дозы и установления начальной дозы облучения при проведении фототерапии.

* **Рекомендуются** кожные фотоаппликационные пробы (photopatch tests) в случае подозрения на наличие у пациента сенсибилизации к лекарственным препаратам или химическим веществам [12].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 5)

## 2.5 Иные диагностические исследования

Не применяются*.*

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

При легких формах заболевания для регресса высыпаний достаточно исключить провоцирующий фактор в виде солнечной инсоляции и применения фотозащитных средств высокой степени защиты SPF 50+ [19,20].

## 3.1 «Консервативное лечение»

* **Рекомендуются** в случае сохранения высыпаний после устранения контакта  с источником УФ-излучения наружно топические глюкокортикостероидные препараты [21, 22]:

мометазон\*\* крем 0,1% , мазь 0,1% крем 1 раз в сутки в виде аппликаций

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению препарата мометазон является детский возраст до 2 лет.*

или

метилпреднизолона ацепонат, 0,1% крем, мазь, жирная мазь, эмульсия наносить 1 раз в сутки в виде аппликаций

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению крема, мази, мази (жирной), эмульсии является детский возраст до 4 месяцев.*

или

алклометазона дипропионат, крем 0,05%, мазь 0,05% 1–2 раза в сутки в виде аппликаций

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению алклометазона крем 0,05%, мазь 0,05% является детский возраст до 6 месяцев*.

или

бетаметазона валерат\*\*, крем 0,1%, мазь 0,1% 1–2 раза в сутки в виде аппликаций

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон крем 0,1 %, мазь 0,1 % является детский возраст до 6 месяцев.*

или

флутиказона пропионат, крем 0,05%, мазь 0,005% 1–2 раза в сутки в виде аппликаций

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению является детский возраст до 1 года.*

или

гидрокортизона бутират\*\*, крем 0,1%, мазь 0,1%, мазь 1–2 раза в сутки в виде аппликаций

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению является детский возраст до 6-месячного возраста.*

или

клобетазола пропионат, 0,05% крем, 0,05% мазь наружно 1–2 раза в сутки в виде аппликаций

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению препарата клобетазол является детский возраст до 1 года.*

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

**Комментарии:** Лечение проводят до полного разрешения высыпаний, не более 2-4 недель.

* **Рекомендуется** при выраженной симптоматике и при отсутствии эффекта от наружной терапии короткий курс терапии системными глюкокортикостероидными препаратами:

преднизолон\*\* 25 мг в сутки перорально в течение 4–7 дней с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены [23]**.**

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 3)**

*Комментарии: в тяжелых случаях доза преднизолона может быть увеличена до 1 мг/кг, продолжительность курса 7-14 дней, с последующим снижением дозы*

* **Не рекомендуется** применение витаминов С и Е [24].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Комментарии:** В двойном слепом рандомизированном исследовании эффективность перорального применения больными витаминов С и Е, обладающих антиоксидантным действием, не отличалась от плацебо [24].

* **Рекомендуются** в тяжелых случаях в качестве альтернативных средств лечения иммуносупрессивные препараты:

азатиоприн в дозе 50-100 мг в сутки под контролем показателей крови [18]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

или

циклоспорин\*\* в дозе 3-5 мг/кг в сутки под контролем уровня креатинина крови. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены [25,26]

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 5)**

## 3.2 Иное лечение

* **Рекомендуется** при появлении высыпаний избегать или ограничивать пребывание на солнце (особенно в период с 11 до 16 часов) и регулярно наносить на открытые участки кожи солнцезащитные средства с высоким фактором защиты [16,18].

**Уровень убедительности рекомендаций­­ – С (**уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** Для большинства больных этих мер бывает достаточно, чтобы очаги поражения регрессировали.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не применяется.

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

* **Рекомендуется** регулярное применение солнцезащитных средств с высоким фактором защиты широкого спектра действия, блокирующих как УФВ, так и УФА излучение [16–18].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (**уровень достоверности доказательств – 3)**

**Комментарии:** Включение в состав солнцезащитных средств антиоксидантов значительно повышает их протективные свойства [27].

* **Рекомендуется** в солнечные дни пациентам носить одежду, максимально защищающую кожу от солнечных лучей [16–18].

**Уровень убедительности рекомендаций­­ – С** (уровень достоверности доказательств – 5)

* **Рекомендуется** при рецидивировании полиморфного фотодерматоза и отсутствии эффекта от солнцезащитных средств, проведение ранней весной или в начале лета курса профилактического лечения; для получения более стойкого эффекта курсы профилактической фототерапии проводят на протяжении нескольких лет, повторяя их каждую весну:

узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм с режимом 2–3 раза в неделю (но не 2 дня подряд), на курс – от 12 до 20 процедур [28, 29].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Комментарии:** Начальную дозу излучения при узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм назначают с учетом индивидуальной чувствительности больного к средневолновому ультрафиолетовому свету с длиной волны 311 нм, для оценки которой на участках незагорелой кожи (предплечьях, нижней части живота, спине или ягодицах) проводят фототестирование с определением минимальной эритемной дозы. Облучение начинают с дозы, составляющей 70% от минимальной эритемной дозы. Разовую дозу облучения увеличивают на 10–20% каждую процедуру или каждую вторую процедуру. Облучению подвергают весь кожный покров или отдельные, открытые солнцу, участки тела.

Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм обладает лучшим профилем безопасности

или

широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 280–320 нм с режимом 2–3 раза в неделю (но не 2 дня подряд), на курс – от 12 до 20 процедур [30-32].

**Уровень убедительности рекомендаций A** (уровень достоверности доказательств – 2)

**Комментарии:** Начальную дозу излучения назначают с учетом индивидуальной чувствительности больного к средневолновому ультрафиолетовому свету с длиной волны 280–320 нм, для оценки которой на участках незагорелой кожи (предплечьях, нижней части живота, спине или ягодицах) проводят фототестирование с определением минимальной эритемной дозы.

Облучения начинают с дозы, составляющей 70% от минимальной эритемной дозы. Разовую дозу облучения увеличивают на 10–20% каждую процедуру или каждую вторую процедуру. Облучению подвергают весь кожный покров или отдельные, открытые солнцу, участки тела.

* **Рекомендуется** при отсутствии эффекта от средневолновой ультрафиолетовой терапии курс фотохимиотерапии с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА):

Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизатора амми большой плодов фурокумарины 0,8 мг на кг массы тела перорально однократно за 2 часа до облучения длинноволновым ультрафиолетовым светом (длина волны 320–400 нм) с режимом 2–3 раза в неделю (но не 2 дня подряд), на курс – от 12 до 20 процедур

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств – 2)**

или

Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизатора метоксален в дозе 0,6 мг на кг массы тела перорально однократно за 2 часа до облучения длинноволновым ультрафиолетовым светом (длина волны 320–400 нм) с режимом 2–3 раза в неделю (но не 2 дня подряд), на курс – от 12 до 20 процедур [30,33].

**Уровень убедительности рекомендаций A** **(уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Начальную дозу УФА назначают с учетом индивидуальной чувствительности больного к ПУВА-терапии (для оценки которой на участках незагорелой кожи проводят фототестирование с определением минимальной фототоксической дозы) или в зависимости от типа кожи.

Облучения начинают с дозы УФА, составляющей 70% от минимальной фототоксической дозы, или c дозы, равной 0,25–1,0 Дж/см2. Разовую дозу облучения увеличивают каждую процедуру или каждую вторую процедуру на 10–20% или на 0,2–0,5 Дж/см2.

Облучению подвергают весь кожный покров или отдельные, открытые солнцу, участки тела.

ПУВА-терапия по эффективности превосходит широкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию [31].

Профилактический курс фототерапии повышает толерантность кожи больных к солнечному свету и, тем самым, позволяет предотвратить развитие рецидивов в летний период или уменьшить тяжесть клинических проявлений при развитии обострения. Протективный эффект фототерапии может сохраняться в течение 6–8 недель и более. [34]. Для поддержания толерантности к солнечному свету в течение всего летнего периода больным рекомендуется после окончания курса фототерапии находиться на солнце без использования защитных средств в течение 1–2 часов в неделю [35].

*При выраженном обострении заболевания* ***рекомендуется*** *процедуры фототерапии временно отменить. Обострение может наблюдаться на 8 процедуре либо на 3 неделе лечения, поэтому целесообразно в план лечения включить временное применение топических кортикостероидов на данный период* [36].

После разрешения высыпаний фототерапию возобновляют, начиная с предпоследней (не вызывавшей обострения кожного процесса) дозы облучения, с последующим её увеличением на 10%. В отдельных случаях перорально назначают преднизолон в течение нескольких дней до разрешения высыпаний.

* **Рекомендуется п**ри отсутствии эффекта от фототерапии назначение противомалярийных препаратов [37]:

хлорохин 250 мг 1 раз сутки в течение 1 недели, затем 500–750 мг еженедельно [27].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** В плацебо-контролируемом исследовании установлена незначительная эффективность профилактического лечения больных хлорохином.

или

гидроксихлорохин взрослым 400 мг в сутки в период максимальной экспозиции светом [38, 39].

**Уровень убедительности рекомендаций C** (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Показано, что гидроксихлорохин, в большей степени, чем хлорохин, уменьшает клинические проявления заболевания (жжение, зуд и эритему), однако он также обладает небольшой эффективностью.

**6. Организация медицинской помощи**

Показания для госпитализации в медицинскую организацию отсутствуют. Медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях.

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

| **№** | **Критерии качества** | **Уровень убедительности рекомендаций** | | **Уровень достоверности доказательств** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый: лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, тромбоциты, нейтрофилы палочкоядерные, нейтрофилы сегментоядерные, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, скорость оседания эритроцитов | | 5 | | C |
|  | Проведена терапия топическими/системными глюкокортикостероидами | | 4 | | С |
|  | Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление) | | 4 | | С |

**Список литературы**

1. [Norris P.G.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Norris%20PG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=2923793) [Morris J.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Morris%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=2923793) [McGibbon D.M.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=McGibbon%20DM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=2923793) [Chu A.C.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Chu%20AC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=2923793) [Hawk J.L. Polymorphic light eruption: an immunopathological study of evolving lesions.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hawk%20JL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=2923793) [Br J Dermatol 1989; 120(2):173-183.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2923793)
2. [van de Pas C.B.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=van%20de%20Pas%20CB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15009708) [Kelly D.A.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kelly%20DA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15009708) [Seed P.T. et al. Ultraviolet-radiation-induced erythema and suppression of contact hypersensitivity responses in patients with polymorphic light eruption.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Seed%20PT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15009708) [J. Invest. Dermatol. 2004; 122(2):295-299.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ultraviolet-Radiation-Induced+Erythema+and+Suppression+of+Contact+Hypersensitivity+Responses+in+Patients+with+Polymorphic+Light+Eruption)
3. [Palmer R.A.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Palmer%20RA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15009707) [Friedmann P.S. Ultraviolet radiation causes less immunosuppression in patients with polymorphic light eruption than in controls.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Friedmann%20PS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15009707) [J Invest Dermatol. 2004; 122(2):291-294.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009707)
4. [Jansén C.T. Heredity of chronic polymorphous light eruptions.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Jans%C3%A9n%20CT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=629543) [Arch Dermatol. 1978; 114(2):188-190.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Jansen+CT.+Heredity+of+chronic+polymorphous+light+eruptions.+Arch+Dermatol+1978%3B+114%3A+188%E2%80%93190.)
5. McGregor J.M., Grabczynska S., Vaughan R., et al. Genetic modeling of abnormal photosensitivity in families with polymorphic light eruption and actinic prurigo. J. Invest. Dermatol. 2000;115:471–6.
6. [Morison W.L.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Morison%20WL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6179365) [Stern R.S. Polymorphous light eruption: a common reaction uncommonly recognized.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Stern%20RS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6179365) [Acta Derm. Venereol. 1982; 62(3): 237-240.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polymorphous+light+eruption%3A+a+common+reaction+uncommonly+recognized.)
7. [Ros A.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ros%20AM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3547354) [Wennersten G. Current aspects of polymorphous light eruptions in Sweden.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wennersten%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3547354) [Photodermatol. 1986; 3(5): 298-302.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Current+aspects+of+polymorphous+light+eruptions+in+Sweden.)
8. [Pao C.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pao%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=8305319) [Norris P.G.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Norris%20PG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=8305319) [Corbett M.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Corbett%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=8305319) [Hawk J.L. Polymorphic light eruption: prevalence in Australia and England.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hawk%20JL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=8305319) [Br. J. Dermatol. 1994;130(1): 62-64.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polymorphic+light+eruption%3A+prevalence+in+Australia+and+England)
9. [Rhodes L.E., Bock M., Janssens A.S. et al. Polymorphic light eruption occurs in 18% of Europeans and does not show higher prevalence with increasing latitude: multicenter survey of 6,895 individuals residing from the Mediterranean to Scandinavia. J. Invest. Dermatol. 2010; 130(2): 626-628.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polymorphic+light+eruption%3A+prevalence+in+Australia+and+England)
10. Horkay I, Emri G, Varga V, Simics E, Remenyik E. Photosensitivity skin disorders in childhood. Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.2008; 24: 56–60.
11. Jansén CT. Heredity of chronic polymorphous light eruptions. Arch. Dermatol.1978; **114**: 188–190.
12. [Lehmann P. Diagnostic approach to photodermatoses.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lehmann%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17081273) [J. Dtsch. Dermatol. Ges. 2006; 4(11):965-975.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17081273)
13. [De Argila D., Aguilera J., Sánchez J., García-Díez A. Study of idiopathic, exogenous photodermatoses, part II: photobiologic testing. Actas Dermosifiliogr. 2014; 105(3):233-242.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17081273)
14. Grossberg A. L. Pediatric photosensitivity. Photodermatology. Photoimmunology. Photomedicine. 2012, 28, 174–180.
15. Blakely K. M., Drucker, A., Rosen, C. Drug-Induced Photosensitivity—An Update: Culprit Drugs, Prevention and Management. Drug Safety. 2019(42)7: 827–847.
16. Inamadar AC, Palit A. Photosensitivity in children: an approach to diagnosis and management. Indian J. Dermatol.Venereol. Leprol.2005; 71: 73–79.
17. Horkay I, Bodolay E, Krajczar J, et al. In situ identification of T lymphocytes in polymorphic light eruption. Photodermatology 1984;1:250–2.
18. Bylaite M., Grigaitiene J. and. Lapinskaite G.S. Photodermatoses: classification, evaluation and management. British Journal of Dermatology 2009; 161(3):61–68.
19. Schleyer V., Weber O., Yazdi A. et al. Prevention of polymorphic light eruption with a sunscreen of very high protection level against UVB and UVA radiation under standardized photodiagnostic conditions. Acta Derm .Venereol. 2008;88:555–60.
20. Azurdia R.M., Pagliaro J.A., Rhodes L.E. Sunscreen application technique in photosensitive patients: a quantitative assessment of the effect of education. Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.2000;16:53–60.
21. [Ortel B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ortel%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3711378)., [Tanew A.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Tanew%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3711378) [Wolff K.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wolff%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3711378) [Hönigsmann H. Polymorphous light eruption: action spectrum and photoprotection.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=H%C3%B6nigsmann%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3711378) [J Am Acad Dermatol 1986; 14(5 Pt 1):748-753.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polymorphous+light+eruption%3A+Action+spectrum+and+photoprotection)
22. [Boonstra H.E.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Boonstra%20HE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10642673) [van Weelden H.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=van%20Weelden%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10642673) [Toonstra J.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Toonstra%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10642673) [van Vloten W.A. Polymorphous light eruption: a clinical, photobiologic, and follow-up study of 110 patients.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=van%20Vloten%20WA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10642673) [J. Am. Acad. Dermatol. 2000; 42(2 Pt 1):199-207.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polymorphous+light+eruption%3A+A+clinical%2C+photobiologic%2C+and+follow-up+study+of+110+patients)
23. [Patel D.C., Bellaney G.J., Seed P.T., McGregor J.M., Hawk J.L. Efficacy of short-course oral prednisolone in polymorphic light eruption: a randomized controlled trial. Br J Dermatol 2000; 143(4): 828-831.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15014184)
24. [Eberlein-König B.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Eberlein-K%C3%B6nig%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10823311) [Fesq H.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Fesq%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10823311) [Abeck D.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Abeck%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10823311) [Przybilla B.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Przybilla%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10823311) [Placzek M.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Placzek%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10823311) [Ring J. Systemic vitamin C and vitamin E do not prevent photoprovocation test reactions in polymorphous light eruption.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ring%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10823311) [Photodermatol. Photoimmunol. Photomed. 2000;16(2): 50-52.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Eberlein-Konig+B%2C+Fesq+H%2C+Abeck+D%2C+Pryzbilla+B%2C+Placzek+M%2C+Ring+J.+Systemic+vitamin+C+and+vitamin+E+do+not+prevent+photoprovocation+test+reactions+in+polymorphous+light+eruption.+Photodermatol+Photoimmunol+Photomed+2000%3B+16%3A+50%E2%80%9352.)
25. [Shipley D.R.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shipley%20DR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11251609) [Hewitt J.B. Polymorphic light eruption treated with cyclosporin.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hewitt%20JB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11251609) [Br .J. Dermatol .2001; 144(2): 446-447.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shipley+DR%2C+Hewitt+JB%3A+Polymorphic+light+eruption+treated+with+cyclosporin.+Br+J++Dermatol+144%3A446-7%2C+2000)
26. [Lasa O.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lasa%20O%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15482320) [Trebol I.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Trebol%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15482320) [Gardeazabal J.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Gardeazabal%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15482320) [Diaz-Perez J.L. Prophylactic short-term use of cyclosporin in refractory polymorphic light eruption.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Diaz-Perez%20JL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15482320) [J. Eur. Acad. Dermatol .Venereol. 2004; 18(6): 747-748.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Prophylactic+short-term+use+of+cyclosporin+in+refractory+polymorphic+light+eruption)
27. [Hadshiew I.M.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hadshiew%20IM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15238098) [Treder-Conrad C.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Treder-Conrad%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15238098) [v Bülow R. et al. Polymorphous light eruption (PLE) and a new potent antioxidant and UVA-protective formulation as prophylaxis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=v%20B%C3%BClow%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15238098) [Photodermatol. Photoimmunol. Photomed. 2004; 20(4) :200-204.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polymorphous+light+eruption+%28PLE%29+and+a+new+potent+antioxidant+and+UVA-protective+formulation+as+prophylaxis)
28. [Bilsland D., George S.A., Gibbs N.K., Aitchison T., Johnson B.E., Ferguson J. A comparison of narrow band phototherapy (TL-01) and photochemotherapy (PUVA) in the management of polymorphic light eruption. Br. J. Dermatol. 1993; 129(6): 708-712.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polymorphous+light+eruption+%28PLE%29+and+a+new+potent+antioxidant+and+UVA-protective+formulation+as+prophylaxis)
29. [Man I., Dawe R.S., Ferguson J. Artificial hardening for polymorphic light eruption: practical points from ten years" experience. Photodermatol .Photoimmunol. Photomed. 1999; 15(3-4): 96-99.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polymorphous+light+eruption+%28PLE%29+and+a+new+potent+antioxidant+and+UVA-protective+formulation+as+prophylaxis)
30. [Murphy G.M.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Murphy%20GM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3555596) [Logan R.A.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Logan%20RA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3555596) [Lovell C.R. et al. Prophylactic PUVA and UVB therapy in polymorphic light eruption - a controlled trial.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lovell%20CR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3555596) [Br. J. Dermatol. 1987; 116(4): 531-538.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Murphy+GM.+Logan+RA.+Lovell+CR+el+al.+Prophylactic+PUVA+and+UVB+therapy+in+polymorphic+light+eruption%E2%80%94a+controlled+trial.+Br+%2F+Dermatol+1987%3B+116%3A+531-8%2C)
31. [Addo HA, Sharma SC. UVB phototherapy and photochemotherapy (PUVA) in the treatment of polymorphic light eruption and solar urticaria. Br. J. Dermatol. 1987; 116(4):539-547.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Murphy+GM.+Logan+RA.+Lovell+CR+el+al.+Prophylactic+PUVA+and+UVB+therapy+in+polymorphic+light+eruption%E2%80%94a+controlled+trial.+Br+%2F+Dermatol+1987%3B+116%3A+531-8%2C)
32. [Franken S.M.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Franken%20SM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22142537) [Genders R.E.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Genders%20RE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22142537) [de Gruijl F.R.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=de%20Gruijl%20FR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22142537) [Rustemeyer T.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Rustemeyer%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22142537) [Pavel S. Skin hardening effect in patients with polymorphic light eruption: comparison of UVB hardening in hospital with a novel home UV-hardening device.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pavel%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22142537) [J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2013; 27(1): 67-72.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22142537)
33. [Leonard F](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Leonard%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1804294)., [Morel M.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Morel%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1804294) [Kalis B. et al. Psoralen plus ultraviolet A in the prophylactic treatment of benign summer light eruption.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kalis%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1804294) [Photodermatol. Photoimmunol. Photomed. 1991; 8(3): 95-98.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Psoralen+plus+ultraviolet+A+in+the+prophylactic+treatment+of+benign+summer+light+eruption)
34. [Gschnait F., Hönigsmann H., Brenner W., Fritsch P., Wolff K. Induction of UV light tolerance by PUVA in patients with polymorphous light eruption. Br. J. Dermatol. 1978; 99(3):293-295.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Psoralen+plus+ultraviolet+A+in+the+prophylactic+treatment+of+benign+summer+light+eruption)
35. [Honig B.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Honig%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7929924) [Morison W.L.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Morison%20WL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7929924) [Karp D. Photochemotherapy beyond psoriasis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Karp%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7929924) [J. Am. Acad. Dermatol. 1994; 31(5 Pt 1):775-790.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7929924)
36. Aslam A., Fullerton L. Ibbotson S.H. Phototherapy and photochemotherapy for polymorphic light eruption desensitization: a five-year case series review from a university teaching hospital. Photodermatol. Photoimmunol. Photomed .2017; 33: 225–227.
37. [Corbett M.F., Hawk J.L., Herxheimer A., Magnus I.A. Controlled therapeutic trials in polymorphic light eruption. Br. J. Dermatol. 1982; 107(5): 571-581.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7929924)
38. [Pareek A., Khopkar U., Sacchidanand S., Chandurkar N., Naik G.S. Comparative study of efficacy and safety of hydroxychloroquine and chloroquine in polymorphic light eruption: a randomized, double-blind, multicentric study. Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. 2008; 74(1): 18-22.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7929924)
39. [Murphy G.M., Hawk J.L., Magnus IA. Hydroxychloroquine in polymorphic light eruption: a controlled trial with drug and visual sensitivity monitoring. Br. J. Dermatol. 1987;116(3): 379-86.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7929924)

**Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1.Жилова Марьяна Борисовна – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

2.Знаменская Людмила Федоровна - доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

3.Мураховская Екатерина Константиновна - кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

**Конфликт интересов: Авторы** заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-дерматовенерологи

2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по специальности «Дерматовенерология».

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

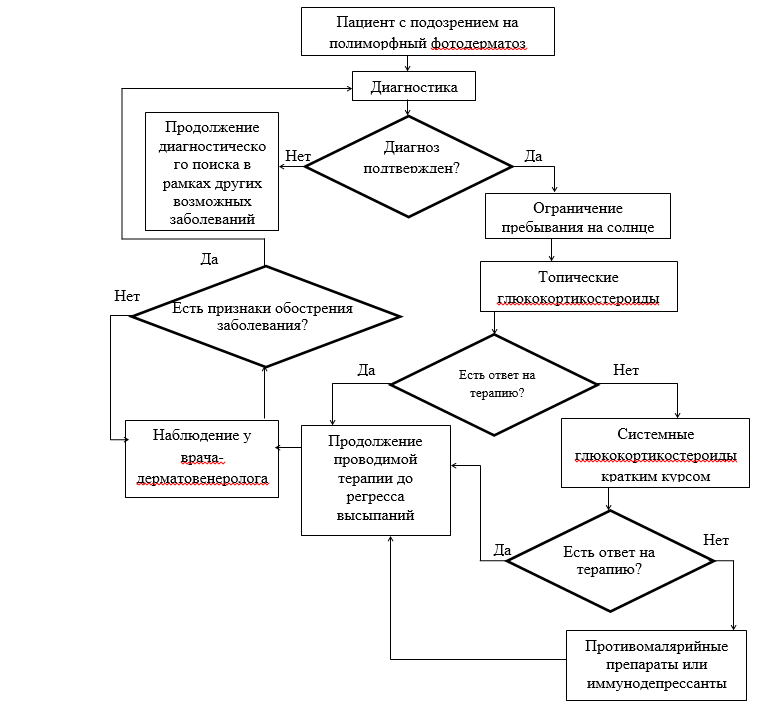
**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Таблица 3.** **Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Расшифровка** |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Приложение Б. Алгоритмы действий врача**

Приложение В. Информация для пациента

1. Больным рекомендуется избегать воздействия солнечных лучей, носить одежду и головные уборы, защищающие от солнечного света.
2. Необходимо регулярно защищать кожу солнцезащитными средствами широкого спектра действия с высоким фактором защиты.
3. Следует информировать пациентов о возможности проникновения ультрафиолетового излучения УФА диапазон через оконное стекло.