|  |
| --- |
| Клинические рекомендации |
| **Почесуха** |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:  | L28 |
| Возрастная группа:  | Дети/взрослые |
| Год утверждения: | **20\_** |
| Разработчик клинической рекомендации:  |
| * Российское общество дерматовенерологов и косметологов
 |

Оглавление

[Оглавление 2](#_Toc19179859)

[Список сокращений 4](#_Toc19179860)

[Термины и определения 5](#_Toc19179861)

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6](#_Toc19179862)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc19179863)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc19179864)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7](#_Toc19179865)

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7](#_Toc19179866)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 8](#_Toc19179867)

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 8](#_Toc19179868)

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 10](#_Toc19179869)

[2.1 Жалобы и анамнез 10](#_Toc19179870)

[2.2 Физикальное обследование 10](#_Toc19179871)

[2.3 Лабораторные диагностические исследования 10](#_Toc19179872)

[2.4 Инструментальные диагностические исследования 14](#_Toc19179873)

[2.5 Иные диагностические исследования 14](#_Toc19179874)

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 15](#_Toc19179875)

[3.1 Консервативное лечение 15](#_Toc19179876)

[3.2 Иное лечение 26](#_Toc19179877)

[4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 27](#_Toc19179878)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 27](#_Toc19179879)

[6. Организация медицинской помощи 27](#_Toc19179880)

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 27](#_Toc19179881)

[Критерии оценки качества медицинской помощи 27](#_Toc19179882)

[Список литературы 29](#_Toc19179883)

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 32](#_Toc19179884)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 33](#_Toc19179885)

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача 35](#_Toc19179886)

[Приложение В. Информация для пациента 36](#_Toc19179887)

Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

Термины и определения

ПУВА-терапия  (синоним фотохимиотерапия) – сочетанное применение фотосенсибилизаторов из группы псораленов и длинноволнового ультрафиолетового излучения (УФА) 320–400 нм

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

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

Почесуха – хроническое рецидивирующее полиэтиологическое заболевание кожи, первичными морфологическими элементами которого являются папуло-везикулы, папулы, узлы и бляшки, появление которых обусловлено и сопровождается выраженным зудом.

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

В развитии заболевания в детском возрасте провоцирующими факторами выступает сенсибилизация к пищевым, лекарственным, бытовым аллергенам, к укусам насекомых (москиты, клещи, клопы, блохи), а также нарушения пищеварения (в том числе врожденные ферментопатии), глистные и паразитарные инвазии, аутоинтоксикации, профилактические прививки, очаги инфекции.

У взрослых основное значение придается воздействию эндогенных аллергенов, возникающих вследствие хронических желудочно-кишечных (функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатит, холецистит, цирроз печени), эндокринных нарушений (сахарный диабет, тиреотоксикоз, дисменорреи, кисты яичников), а также различным интоксикациям, алиментарным, вегетососудистым нарушениям, гельминтозам, заболеваниям нервной системы и аутоиммунным процессам. Пруриго взрослых может быть проявлением неспецифической реакции, развившейся на фоне болезней крови (лимфогранулематоз, лимфолейкозы), паранеопластических процессов, системных заболеваний, беременности, фотосенсибилизации, нервно-психических стрессов, укусов насекомых.

Развитие хронической почесухи связывают с формированием сенситизации нервных волокон кожи на фоне хронического зуда и развития порочного круга зуд-расчесывание-зуд. При этом вследствие сенситизации нервных волокон расчесывание не уменьшает зуд, а наоборот, усиливает его. Причиной появления зуда могут быть различные заболевания кожи, внутренних органов, инфекционные или паразитарные, неврологические или психиатрические заболевания, их комбинации или неизвестные пока факторы.

Возникновение и персистенция высыпаний хронической почесухи обусловлено взаимодействием нервных волокон и их окончаний, различных клеток (эозинофилы, тучные клетки, кератиноциты, клетки Меркеля, дендритные и эндотелиальные клетки и др.), осуществляемой с помощью провоспалительных и пруритогенных медиаторов, среди которых важную роль играют нейропептиды (субстанция Р, пептид, связанный с геном кальцитонина), цитокины (интерлейкин-31), протеазы, простагландины. Поскольку это заболевание часто является рефрактерным по отношению к антигистаминным препаратам, гистаминергические механизмы в развитии почесухи не имеют первостепенного значения [1–4].

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

Почесуха – редкое заболевание, в связи с этим данные о заболеваемости ею и ее распространенности отсутствуют. В Российской Федерации статистический учет больных почесухой не ведется. В США при анализе отчетности госпиталей отмечено, что число больных почесухой составило 3,7 на 100000 госпитализированных [5].

Почесуха детская – это одна из наиболее частых болезней, встречающихся в детском возрасте, может сочетаться с атопическим дерматитом.

Почесуха взрослых чаще встречается у женщин среднего и пожилого возраста, средний возраст больных составляет 61,4 лет [6].

Почесуха узловатая – относительно редкое заболевание, встречающееся преимущественно у женщин старше 40 лет.

Почесуха может сопровождаться другими заболеваниями кожи, болезнями внутренних органов, эндокринной и нервной системы, новообразованиями а также психическим расстройствами [6–9]. У 46% больных хронической почесухой выявлена атопическая предрасположенность или атопический дерматит [6].

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

L28. Простой хронический лишай и почесуха

L28.0 Простой хронический лишай

Ограниченный нейродерматит

Лишай без дополнительных уточнений

L28.1 Почесуха узловатая

L28.2 Другая почесуха

Почесуха: без дополнительных уточнений, Гебры, mitis

Крапивница папулезная

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

1) Почесуха детская (строфулюс, детская папулезная крапивница);

2) Почесуха взрослых (почесуха простая Гебры);

3) Почесуха узловатая (почесуха узловатая Гайда, крапивница папулезная стойкая, нейродермит узловатый).

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

Детская почесуха (строфулюс, детская папулезная крапивница) начинает развиваться в течение первого года жизни ребенка, но наиболее выраженные проявления заболевания наблюдаются в возрасте от 2 до 8 лет. Первичными морфологическими элементами на коже являются волдыри размером от 2 до 10 мм, в центральной части которых располагается узелок, увенчанный везикулой (серопапула). На фоне интенсивного зуда сначала появляются уртикарные высыпания, в центре которых на отечном эритематозном фоне формируются плотные серопапулы величиной с просяное зерно с мелким пузырьком на верхушке. Волдырь исчезает через 6–12 часов. Вследствие экскориаций папулы инфильтрируются, а на месте везикул образуются геморрагические корочки. Встречаются и самостоятельные серопапулы, окруженные небольшим венчиком гиперемии, но не имеющие волдырей в основании, а также уртикарные элементы без папул и везикул. Высыпания и зуд возникают приступообразно и локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей конечностей, туловища, ягодиц, ладоней и подошв, реже – на коже лица и волосистой части головы. Во время приступа высыпаний отмечаются интенсивный зуд, особенно вечером и ночью, что приводит к нарушениям сна, раздражительности. Иногда отмечается кратковременное повышение температуры тела до 37,5–38ºС, изменения клинического анализа крови (эозинофилия, анемия, может быть лимфоцитоз, повышенная СОЭ), полиаденопатия.

*Почесуха взрослых* (почесуха простая Гебры) может проявляться в двух формах: острой и хронической.

Острая форма почесухи взрослых характеризуется тем, что высыпаниям предшествуют незначительные нарушения общего состояния в течение 1–2 дней. Острая форма заболевания может продолжаться от 2 недель до 4 месяцев. Заболевание характеризуется появлением на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, реже – туловища, диссеминированных полушаровидных папул плотной консистенции, величиной с чечевицу, не склонных к слиянию, красновато-бурого цвета, которые вследствие отека могут приобретать уртикарный характер (отечные папулы) на фоне интенсивного зуда. В результате экскориаций поверхность их покрывается геморрагическими корочками, при отторжении которых остается временная пигментация или белесоватые рубчики.

*Хроническая форма* заболевания отличается длительным рецидивирующим течением. Зуд предшествует появлению высыпаний. Высыпания, как правило, симметричные и располагаются преимущественно на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, где они преобладают на голенях и предплечьях. Высыпания также могут располагаться на туловище, но центральная часть спины обычно поражается в меньшей степени, так как до этой части тела труднее дотянуться и поэтому ее меньше расчесывают. Лицо, ладони и подошвы поражаются редко.

Пруригинозные высыпания представляют собой покрытые чешуйками или корками папулы, узлы или бляшки, часто имеющие беловатый или розоватый центр и гиперпигментированные края. Все эти высыпания могут быть одновременно у одного пациента, или возможно преобладание одного из элементов сыпи. Преобладание узлов характеризует узловатую почесуху Гайда. Кожа между элементами сыпи имеет нормальный вид или может быть лихенифицирована. Характерным признаком болезни являются следы расчесов – экскориации и рубцы.

У лиц с повышенной чувствительностью к ультрафиолетовым лучам обострения нередко имеют сезонный характер (весенняя или летняя формы почесухи) и характеризуется локализацией высыпаний на открытых участках кожи.

Узловатая почесуха (крапивница папулезная стойкая, узловатая почесуха Гайда, нейродермит узловатый) характеризуется приступообразным зудом, усиливающимся после возникновения высыпаний, что объясняется гиперплазией нервных волокон в пораженных участках кожи. Проявляется мономорфными высыпаниями, представленными изолированными крупными (величиной от 0,5 до 1 см и более в диаметре) полушаровидными или округлыми плотными папулами и узлами, резко выступающими над уровнем кожи. Элементы вначале имеют цвет нормальной кожи, затем становятся красновато-коричневыми. Поверхность элементов гладкая, далее на поверхности могут появляться чешуйки или гиперкератотические и веррукозные очаги. В результате интенсивного приступообразного зуда на них появляются экскориации, покрытые геморрагическими корочками. Разрешение патологических элементов нередко происходит через изъязвление и рубцевание. Высыпания локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, реже – на сгибательных поверхностях, спине.

Заболевание сопровождается интенсивным, биопсирующим, приступообразным зудом, усиливающимся после возникновения высыпаний, что объясняется гиперплазией нервных волокон в пораженных участках кожи.

В связи с длительно существующим интенсивным зудом для больных почесухой характерны эмоциональные расстройства. У них часто отмечаются тревожность, депрессия, изменения настроения, обсессивно-компульсивное поведение. Часто больные отмечают бессонницу [1, 2].

Хроническая почесуха, в том числе узловатая почесуха Гайда, длится годами и сопровождается короткими ремиссиями.

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

Диагноз почесухи базируется на основании анализа жалоб, данных анамнеза, оценке клинической картины заболевания и при необходимости диагностики заболевания, которым обусловлено появление хронического зуда и развитие почесухи, или дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи – результатах лабораторных исследований.

## 2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы и анамнез описаны в разделе «Клиническая картина»

## 2.2 Физикальное обследование

Данные физикального обследования описаны в разделе «Клиническая картина».

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторное обследование больных почесухой нацелено на выявление заболевания, которое вызвало появление хронического зуда, что повлекло за собой развитие почесухи, на выявление противопоказаний к назначению системной лекарственной терапии или фототерапии, а также на дифференциальную диагностику с другими заболеваниями кожи, которые могут иметь похожие клинические проявления.

**Рекомендовано** общий (клинический) анализ крови развернутый для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи, а также пациентам, которым планируется системная терапия или фототерапия, для исключения противопоказаний к ее назначению и контроля нежелательных эффектов [2, 10–13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Изменения показателей общего (клинического) анализа крови возможны при назначении метотрексата или циклоспорина*

**Рекомендуется** анализ крови биохимический общетерапевтический для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи, а также больным, которым планируется системная терапия или фототерапия, для исключения противопоказаний к ее назначению и контроля нежелательных эффектов [2, 10–13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Изменения показателей аналиаз крови биохимического общетерапевтического возможны при назначении метотрексата или циклоспорина*

**Рекомендуется** общий (клинический) анализ мочи для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи, а также больным, которым планируется системная терапия или фототерапия, для исключения противопоказаний к ее назначению и контроля нежелательных эффектов [2, 10–13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Изменения показателей общего (клинического) анализа мочи возможны при назначении метотрексата или циклоспорина*

**Рекомендуется** Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи [14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Развитие почесухи может быть ассоциировано с токсокарозом и стронгилоидозом [14].*

**Рекомендуется** микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи [14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Развитие почесухи может быть ассоциировано с гельминтозами [14].*

**Рекомендуется** серологическая диагностика паразитарных заболеваний – выявление антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхисов и др. для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи [14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Развитие почесухи может быть ассоциировано с паразитарными заболеваниями [14].*

**Рекомендуется** определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи [2, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Развитие почесухи может быть ассоциировано с ВИЧ-инфекцией [6].*

**Рекомендуется** определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи [2, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Развитие почесухи может быть ассоциировано с ВИЧ-инфекцией [6].*

**Рекомендуется** определение антител классов к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи [2, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Развитие почесухи может быть ассоциировано с вирусными гепатитами [6].*

**Рекомендуется** определение антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови для выявления заболеваний, которые вызвали появление хронического зуда и обусловленной им почесухи [2, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Развитие почесухи может быть ассоциировано с вирусными гепатитами [6].*

**Рекомендуется** микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей в случае необходимости дифференциальной диагностики с чесоткой.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Зудящие высыпания могут быть обусловлены инвазией чесоточного клеща Sarcoptes scabiei.*

**Рекомендуется** исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови для идентификации этиологических факторов почесухи, особенно значимых в детском возрасте.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Фактором, провоцирующими развитие почесухи в детском возрасте, является сенсибилизация к пищевым, лекарственным, бытовым аллергенам.*

**Рекомендуется** патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи в случае наличия клинических признаков, общих с другими заболеваниями кожи, что делает необходимым гистологическое подтверждение диагноза [15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *Для диагностики почесухи оценивается состояние эпидермиса и дермы. Гистологическими признаками хронической почесухи в эпидермисе считаются толстый компактный ортогиперкератоз (обнаруживается в 83,8% случаев), нерегулярная или псевдоэпителиоматозная гиперплазия (86,8%), фокальный паракератоз (39,0%), гипергранулез (52,2%), некротически измененные кератиноциты (одиночные или группами) (27,2%), многоядерные кератиноциты (6,6%), поверхностные эрозии (в зависимости от участка кожи, из которого получен биоптат)(22,1%). Дермальными гистологическими признаками почесухи являются фиброз сосочковой дермы – вертикально направленные волокна коллагена (64% случаев), увеличенное число фибробластов (50,7% случаев), увеличенное число капилляров (65,4% случаев). Кроме того, отмечаются фиброз ретикулярной дермы (33,8% случаев). Обнаруживается воспалительный инфильтрат, который может быть поверхностным (91,2% случаев), периваскулярным (91,9% случаев) и/или интерстициальный (66,2% случаев). Инфильтрат главным образом из лимфоцитов (94,1% случаев) и макрофагов (80,1% случаев), но в половине образцов обнаруживались эозинофилы и нейтрофилы). Иногда в дерме обнаруживаются субэпидермальные скопления фибрина (11,8% случаев) и выход эритроцитов из сосудов (27,2% случаев) [15].*

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяются

## 2.5 Иные диагностические исследования

* **Рекомендуется** консультация психиатра в случае выявления признаков депрессии, тревожности для коррекции этих состояний [16, 17].
* **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
* **Комментарии:** *Показана эффективность антидепрессантов пароксетина и флувоксамина в**уменьшении интенсивности зуда.*
* **Рекомендуется** консультация невролога в случае развития нарушений сна, требующих медикаментозной коррекции [16, 17].
* **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
* **Комментарии:** *Интенсивный зуд может приводить к нарушениям сна.*

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

## 3.1 Консервативное лечение

Для терапии больных почесухой используется наружная и системная лекарственная терапия, а в тяжелых случаях – фототерапия.

* **Рекомендуются** для наружной терапии топические глюкокортикостероиды с целью уменьшения выраженности воспалительной реакции и зуда, при выраженном воспалении топические глюкокортикостероиды можно наносить под окклюзию [14, 18–20]:

гидрокортизон, крем 0,1%, эмульсия для наружного применения 0,1%, мазь 0,1%, мазь 1% наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1–3 раза в сутки в течение 2–4 недель [18–21].

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

**Комментарии:** *Возможно применение крема, эмульсии и мази 0,1% с 6-месячного возраста.**Противопоказанием к назначению мази 1% является детский возраст до 2 лет.*

*В рандомизированном двойном-слепом исследовании обнаружено, что гидрокортизон (1% крем) уменьшал зуд через 10 дней применения [18]*

или

метилпреднизолона ацепонат, крем 0,1%, мазь 0,1%, мазь (жирная) 0,1%, эмульсия 0,1% наносить 1 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2–4 недель [18–20].

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

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

или

алклометазон крем 0,05%, мазь 0,05% наносить на пораженные участки кожи равномерным слоем 2–3 раза в сутки в течение 2–4 недель. У детей и в период долечивания возможно использовать препарат 1 раз в сутки [18–20]

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

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

или

бетаметазон\*\* крем 0,05%, мазь 0,05% 1 раз в сутки, крем 1% наносить на пораженный участок кожи тонким слоем от 1–2 раза в сутки, слегка втирая, в течение 2–4 недель [22, 23].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон крем 0,05%, мазь 0,05% является детский возраст до 1 года. Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон крем 1% является детский возраст до 6 месяцев.*

*Наружная терапия кремом или мазью бетаметазона приводила к улучшению через 4–8 недель*

или

мометазон\*\*, крем 0,1% , мазь 0,1% тонким слоем наносят на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 2–4 недель [18–20].

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

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

или

триамцинолон, крем, мазь 0,1% наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки в течение 2–4 недель. Возможно использование окклюзионной повязки [18–20].

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

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

или

флутиказон, крем 0,05%, мазь 0,005% наносить 1 или 2 раза в сутки тонким слоем в количестве, не большем, чем необходимо для покрытия всего пораженного участка, и осторожно втирать, в течение 2–4 недель [18–20].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению мази флутиказон является детский возраст до 6 месяцев, крема флутиказон – детский возраст до 1 года.*

или

флуоцинолона ацетонид, линимент 0,025%, гель 0,025%, мазь 0,025% взрослым и детям старше 2 лет наносить на кожу, предварительно протертую тампоном, смоченным антисептической жидкостью, небольшое количество препарата и слегка втирать (взрослым 2–4 раза в сутки, детям старше 2 лет – 1 раз в сутки) в течение 2–4 недель [18–20].

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

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

или

клобетазол крем 0,05%, мазь 0,05% наносится тонким слоем на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки в течение 3–4 недель [18–20, 24].

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

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

* **Рекомендуются** для наружной терапии H1-антигистаминные средства для уменьшения выраженности зуда [25, 26]:

дифенгидрамин гель для наружного применения 1% взрослым и детям старше 2 лет наносят на пораженные участки кожи 3–4 раза в сутки и распределяют его легкими массирующими движениями [25, 26]

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению геля дифенгидрамин является детский возраст до 2 лет.*

диметинден гель 0,1%, эмульсия 0,1% наносят от 2 до 4 раз в сутки на пораженные участки кожи [25, 26].

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

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

* **Рекомендуются** для наружной терапии топические ингибиторы кальциневрина [21]:

#пимекролимус 1% крем 2 раза в сутки взрослым и детям старше 3 месяцев наносить на пораженную поверхность тонким слоем

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

**Комментарии:** *Отмечено уменьшение зуда после 10 дней терапии пимекролимусом [17]. Противопоказанием к назначению пимекролимуса является детский возраст до 3 месяцев.*

* **Рекомендуется** для наружной терапии [23]:

#кальципотриол 0,005% мазь (50 мкг/г) взрослым и детям старше 6 лет наносить на пораженную поверхность кожи тонким слоем 2 раза в сутки

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

**Комментарии:** *Через 8 недель терапии мазью кальципотриола уменьшалось количество папул на 49,1%, размер папул на 56,1% [23]. Противопоказанием к назначению кальципотриола является детский возраст до 6 лет.*

* **Рекомендуются** для наружной терапии с целью уменьшения инфильтрации дерматотропные средства [27]:

деготь березовый раствор для наружного применения наносят на очаги поражения кожи вначале на 15 минут 1 раз в сутки, постепенно увеличивая время аппликации до 30 минут [27]

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

**Комментарии:** *К противопоказаниям для назначения дегтя березового относятся острые заболевания кожи, обострения хронических заболеваний кожи, особенно при выраженной экссудации.*

или

нафталанская нефть линимент 10% наносят тонким слоем, не втирая, на пораженные участки кожи 2 раза в сутки [27]

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

**Комментарии:** *Обладает противовоспалительным, противозудным, дезинфицирующим и заживляющим эффектом.*

или

ихтаммол мазь для наружного применения 10%, 20% взрослым и детям с 12 лет наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки [27]

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению ихтаммола является детский возраст до 12 лет.*

* **Рекомендуются** для наружной терапии для предупреждения инфицирования кожи при ее повреждениях в результате расчесов антисептики и дезинфицирующие средства [27]:

метилтиониния хлорид (метиленовый синий) 1% раствор для местного и наружного применения, [водный] взрослым и детям с момента рождения раствор наносят с помощью тампона или стеклянной палочки на пораженные участки 2–3 раза в сутки [27].

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

**Комментарии:** *Возможно применение во время беременности и грудного вскармливания*

или

фукорцин раствор для наружного применения наносят с помощью тампона или стеклянной палочки на пораженные участки кожи 2–4 раза в сутки. После высыхания жидкости на обработанный участок можно наносить мази и пасты [27].

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

**Комментарии:** *Не рекомендуется применять женщинам во время беременности и в период грудного вскармливания*

или

бриллиантовый зеленый раствор для наружного применения [спиртовой] 1%, 2% наносят непосредственно на поврежденную поверхность, захватывая окружающие здоровые ткани [27].

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

Комментарии: *Противопоказанием является только повышенная чувствительность к компонентам препарата.*

* **Рекомендуется** для уменьшения выраженности зуда системная H1-антигистаминными препаратами перорально [19, 28–30]:

**Комментарии:** Антигистаминные препараты II поколения являются медикаментозной терапией первого выбора. При необходимости, если седативный эффект может принести пользу, применяют антигистаминные средства I поколения.

диметинден детям в возрасте от 1 месяца до 1 года – 3–10 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте от 1 года до 3 лет – 10–15 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 12 лет – 15–20 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 20–40 капель.перорально 3 раза в сутки в течение 14–28 дней [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Диметинден противопоказан детям в возрасте до 1 месяца.*

или

лоратадин \*\* детям в возрасте от 2 до 12 лет с массой тела менее 30 кг – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально, при массе тела более 30 кг – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14–28 дней в возрасте от 2 до 12 лет – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14–28 дней [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Лоратадин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 3 лет, лоратадин в форме сиропа противопоказан в возрасте до 2 лет.*

или

дезлоратадин детям в возрасте от 2 до 5 лет – 1,25 мг (2,5 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально, детям в возрасте от 6 до 11 лет – 2,5 мг (5 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 5 мг (10 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально в течение 14–28 дней [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Дезлоратадин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 12 лет, дезлоратадин в форме сиропа противопоказан в возрасте до 6 месяцев.*

или

#фексофенадин детям в возрасте от 6 до 12 лет – 30 мг перорально 1–2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым 120–180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14–28 дней [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению фексофенадина в дозе 120–180 мг является детский возраст до 12 лет, к назначению в дозе 30 мг* – *детский возраст до 6 лет*

или

левоцетиризин детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14–28 дней [19, 28–31].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначанию левоцетиризина является детский возраст до 6 лет*

или

цетиризин\*\* детям в возрасте от 6 до 12 месяцев – 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 1 года до 2 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 6 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 2 раза в сутки или 5 мг (10 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14–28 дней [19, 28–30, 32].

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

**Комментарии:** *Цетиризин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 6 лет, цетиризин в форме капель для приема внутрь противопоказан в возрасте до 6 месяцев или до 1 года в зависимости от производителя.*

или

хлоропирамин\*\* детям в возрасте от 1 месяца до 1 года перорально по ¼ таблетки (6,5 мг) мг 2–3 раза в сутки в растертом до порошка состоянии вместе с детским питанием; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по ¼ таблетки (6,5 мг) мг 3 раза в сутки или по ½ таблетки 2 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – по ½ таблетки 2–3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 1 таблетке 3–4 раза в сутки (75–100 мг в сутки) [19, 28–30].

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

**Комментарии:***Хлоропирамин в форме таблеток противопоказан в зависимости от производителя лекарственного препарата в возрасте до 6 месяцев или до 14 лет.*

или

дифенгидрамин\*\* взрослым и детям старше 14 лет по 50 мг (1 таблетка) 1–3 раза в сутки, курс лечения 10–15 дней [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Дифенгидрамин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 14 лет*

или

клемастин 1 мг, перорально взрослым и детям старше 12 лет – по 1 таблетке (1 мг) утром и вечером. В случаях трудно поддающихся лечению суточная доза может составлять до 6 таблеток (6 мг); детям в возрасте 6–12 лет – по ½–1 таблетке перед завтраком и на ночь [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Клемастин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 6 лет.*

или

хифенадин 10 мг, 25 мг, 50 мг, взрослым по 25–50 мг 2–4 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 7 лет – по 10 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 7 до 12 лет – по 10–15 мг перорально 2–3 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – по 1 таблетке 25 мг перорально 2–3 раза в сутки в течение 10–15 дней [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению хифенадина в форме таблеток является детский возраст до 3 лет (для дозировки 10 мг), детский возраст до 18 лет (для дозировки 50 мг).*

или

сехифенадин 50 мг, взрослым по 50–100 мг 2–3 раза в сутки внутрь, после еды, запивая водой [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Отсутствуют клинические исследования о применении препарата детям.*

или

эбастин таблетки, диспергируемые в полости рта, 10 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 20 мг – взрослым и детям старше 12 лет по 10 мг 1 раз в сутки, при недостаточной эффективности 20 мг 1 раз в сутки;

эбастин таблетки лиофилизированные 20 мг взрослым и детям старше 15 лет по 1 таблетке (20 мг) 1 раз в сутки

эбастин сироп детям в возрасте от 6 до 12 лет – 5 мг (5 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 12 до 15 лет – 10 мг (10мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 15 лет и взрослым – 10–20 мг (10–20 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки в течение 10–14 дней [19, 28–30].

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

* **Комментарии:**  *Противопоказанием для назначения сиропа является детский возраст до 6 лет. Противопоказанием для назначения таблеток, диспергируемых в полости рта, и таблеток, покрытых пленочной оболочкой, является детский возраст до 12 лет. Противопоказанием для назначения таблеток лиофилизированных является детский возраст до 15 лет.*
* **Рекомендуется** при выраженном зуде системная терапия H1-антигистаминовыми препаратами парентерально [19, 28–30].

хлоропирамин\*\* детям в возрасте от 1 месяца до 1 года по 5 мг (0,25 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по 10 мг (0,5 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – по 10–20 мг (0,5–1 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 20–40 мг (1–2 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки в течение 5–7 дней [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Хлоропирамин в форме раствора для инъекций противопоказан новорожденным.*

или

дифенгидрамин\*\* для взрослых и детей старше 14 лет внутримышечно 1–5 мл 1% раствора 1–3 раза в день, максимальная суточная доза – 200 мг. Для детей в возрасте от 7 месяцев до 12 месяцев по 0,3–0,5 мл (3–5 мг), от 1 года до 3 лет по 0,5–1 мл (5–10 мг), от 4 до 6 лет по 1–1,5 мл (10–15 мг), от 7 до 14 лет по 1,5 до 3 мл (15–30 мг) при необходимости каждые 6–8 часов [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Дифенгидрамин в форме раствора для внутримышечных инъекций противопоказан в возрасте до 7 месяцев.*

или

клемастин 2 мл, внутримышечно взрослым 2 мг (2 мл) 2 раза в сутки (утром и вечером); детям – 0,025 мг на кг массы тела в сутки внутримышечно, разделяя на 2 инъекции; в течение 5–7 дней [19, 28–30].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению клемастина в форме раствора для инъекций является детский возраст до 1 года.*

* **Рекомендуются** транквилизаторы для купирования зуда, раздражительности [23].

гидроксизин\*\* 25 мг таблетки детям в возрасте от 3 до 4 лет (с массой тела от 12,5 до 17 кг) – от 12,5 до 25 мг в сутки (от ½ до 1 таблетки по 25 мг в сутки); детям в возрасте от 4 до 7 лет (с массой тела от 17 до 23 кг) – от 25 до 37,5 мг в сутки (от 1 до 1,5 таблеток по 25 мг в сутки); детям в возрасте от 7 до 9 лет (с массой тела от 23 до 28 кг) – от 25 до 50 мг в сутки (от 1 до 2 таблетки по 25 мг в сутки); детям в возрасте от 9 до 12 лет (с массой тела от 28 до 40 кг) – от 25 до 75 мг в сутки (от 1 до 3 таблетки по 25 мг в сутки); детям в возрасте старше 12 (с массой тела более 40 кг) – от 30 до 100 мг в сутки (от 1 до 4 таблетки по 25 мг в сутки); взрослым для лечения аллергического зуда – от 30 до 100 мг в сутки (от 1 до 4 таблеток по 25 мг в сутки)

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

**Комментарии:**  *Противопоказанием для назначения гидроксизина является детский возраст до 3 лет.*

* **Рекомендуются** больным узловатой почесухой и почесухой взрослых с крупными папулезными высыпаниями внутриочаговые инъекции глюкокортикостероидных препаратов [33]:

гидрокортизон\*\* 1–2 мл [33].

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

или

триамцинолон 1–2 мл. [33].

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

или

бетаметазон\*\* 1–2 мл [33].

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

* **Рекомендуется** приупорном течении заболевания рекомендуются глюкокортикостероидные препараты системно [25, 26, 34].

преднизолон\*\* 20–40 мг в сутки перорально в течение 1–2 месяцев с последующей отменой [25, 26, 34].

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

или

бетаметазон\*\* 1 мл 1 раз в 2–3 недели внутримышечно, на курс 3–4 инъекции [25, 26, 34].

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

**Комментарии:** *Противопоказанием для назначения бетаметазона внутримышечно является детский возраст до 3 лет.*

* **Рекомендуется** при упорном течении хронической почесухи взрослых антиметаболиты или иммунодепрессанты или фототерапия [18, 19]:

#метотрексат\*\* 5–25 мг перорально или подкожно 1 раз в неделю [35, 36].

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

**Комментарии:** *При пероральном приеме метотрексата эффект был отмечен у 91% пациентов через 3 месяца терапии и у 94% через 6 месяцев. При подкожном введении метотрексата через 6 месяцев у 10 из 13 пациентов было достигнуто значительное улучшение или ремиссия [35, 36].*

или

#циклоспорин\*\* 3–5 мг/кг массы тела в сутки перорально [37]

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

**Комментарии:** *Максимальный противозудный эффект достигался в срок от 2 недель до 12 месяцев. Значительное улучшение было отмечено у 92,9% больных.*

или

ПУВА-терапия с пероральным или наружным применением фотосенсибилизатора среднем 20.4±3.5 процедур, в среднем кумулятивная доза облучения составляла 23,7±4.5 Дж ⁄см2 [38]

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

**Комментарии:** *ПУВА-терапия противопоказана детям в возрасте до 18 лет..*

или

узкополосная фототерапия 5 раз в неделю 4 недели, кумулятивная доза УФ-излучения составляла 16,15±3,2 Дж ⁄см2 (10.2–19.2 Дж ⁄см2) [39]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия 311 нм противопоказана в детском возрасте до 7 лет.*

или

селективная фототерапия (широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (диапазон УФВ с длиной волны 280–320 нм) [40]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Селективная фототерапия противопоказана в детском возрасте до 18 лет.*

## 3.2 Иное лечение

Не применяется

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

Методы реабилитации пациентов не разработаны.

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

Методов профилактики и диспансерного наблюдения пациентов не существует.

6. Организация медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1) Показания для оказания медицинской помощи в дневном стационаре:

недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях; у больного с ограниченными высыпаниями;

прогрессирование заболевания с появлением новых высыпаний у больного с ограниченным поражением кожи;

2) Показания для оказания медицинской помощи стационарно;

недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях;

прогрессирование заболевания с появлением новых высыпаний.

Показания к выписке пациента из медицинской организации

1) Частичный или полный регресс высыпаний

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

Отсутствует

Критерии оценки качества медицинской помощи

| **№** | **Критерии качества** | **Уровень убедительности рекомендаций**  | **Уровень достоверности доказательств** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | Проведена терапия антигистаминными лекарственными препаратами и/или топическими кортикостероидными препаратами (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | 5 | С |
|  | Достигнуто уменьшение зуда | 5 | С |
|  | Достигнуто уменьшение площади высыпаний и/или числа высыпаний и/или их уплощение или отсутствие высыпаний | 5 | С |

Список литературы

1. Pereira M.P., Steinke S., Zeidler C. et al. EADV European prurigo project: expert consensus on the definition, classification and terminology of chronic prurigo. J Eur Acad Dermatol Venereol 2018; 32 (7): 1059–1065.
2. Pereira M.P., Nau T. Zeidler C., Ständer S. Chronische Prurigo. Hautarzt 2018; 69 (4): 321–330.
3. Zeidler C., Ständer S. The pathogenesis of Prurigo nodularis – ,Super-Itch‘ in exploration. Eur J Pain 2016; 20 (1): 37–40.
4. Raap U. Günther C. Pathogenese der Prurigo nodularis. Hautarzt. 2014; 65 (8): 691–696.
5. Whang K.A., Kang S., KwatraS.G. Inpatient burden of prurigo nodularis in the United States. Medicines (Basel). 2019; 6 (3).
6. Iking A., Grundmann S., Chatzigeorgakidis E. et al. Prurigo as a symptom of atopic and nonatopic diseases: aetiological survey in a consecutive cohort of 108 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013; 27 (5): 550–557.
7. Schneider G., Hockmann J., Stumpf A. Psychosomatic aspects of prurigo nodularis. Hautarzt 2014; 65 (8): 704–708.
8. Mettang T,Vonend A, Raap U Prurigo nodularis: its association with dermatoses and systemic disorders. Hautarzt 2014; 65 (8): 697–703.
9. Boozalis E., Tang O., Patel S. et al. Ethnic differences and comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. J. Am. Acad. Dermatol. 2018, 79, 714–719.
10. Wallace C.A., Sherry D.D. A practical approach to avoidance of methotrexate toxicity [editorial] J Rheumatol. 1995;22:1009–1012.
11. Chan B.S., Dawson A.H, Buckley N.A. What can clinicians learn from therapeutic studies about the treatment of acute oral methotrexate poisoning? Clin Toxicol (Phila) 2017;55(2):88–96.
12. Ferner R.E. Adverse drug reactions in dermatology. Clin Exp Dermatol. 2015;40:105–109.
13. Ryan C., Amor K.T., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: part II. J Am Acad Dermatol. 2010; 63 (6): 949–972.
14. Wallengren J. Prurigo: diagnosis and management. Am J Clin Dermatol. 2004;5 (2): 85–95.
15. Weigelt N., Metze D., Ständer S. Prurigo nodularis: systematic analysis of 58 histological criteria in 136 patients. J Cutan Pathol 2010: 37: 578–586.
16. Ferm I., Sterner M., Wallengren J. Somatic and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus. Acta Derm Venereol. 2010; 90 (4): 395–400.
17. Lee H.G., Stull C., Yosipovitch G. Psychiatric disorders and pruritus. Clin Dermatol 2017; 35 (3): 273–280.
18. Qureshi A.A., BA Abate L.E., Yosipovitch G.et al. A systematic review of evidence-based treatments for prurigo nodularis. J Am Acad Dermatol. 2019; 80 (3): 756–764.
19. Zeidler C, Yosipovitch G, Ständer S. Prurigo nodularis and its management. Dermatol Clin. 2018; 36 (3): 189–197.
20. Weisshaar E., Szepietowski J.C., Dalgard F.J. et al. European S2k guideline on chronic pruritus. Acta Derm Venereol. 2019; 99 (5): 469-506.
21. Siepmann D., Lotts T., Blome C. et al. Evaluation of the antipruritic effects of topical pimecrolimus in non-atopic prurigo nodularis: results of a randomized, hydrocortisone-controlled, double-blind phase II trial. Dermatology 2013; 227: 353–360.
22. Saraceno R., Chiricozzi A., Nistico S.P. et al. An occlusive dressing containing betamethasone valerate 0.1% for the treatment of prurigo nodularis. J Dermatolog Treat 2010; 21: 363–366.
23. Wong S.S., Goh C.L. Double-blind, right/left comparison of calcipotriol ointment and betamethasone ointment in the treatment of prurigo nodularis. Arch Dermatol 2000; 136: 807–808.
24. Brenninkmeijer E.E., Spuls P.I., Lindeboom R. et al. Excimer laser vs. clobetasol propionate 0,05% ointment in prurigo form of atopic dermatitis: a randomized controlled trial, a pilot. Br J Dermatol. 2010; 163: 823–831.
25. Lee M.R., Shumack S. Prurigo nodularis: a review. Australas J Dermatol. 2005 ;46 (4): 211-218.
26. Maruani A., Samimi M., Lorette G. Prurigo. Presse Med. 2009;38 (7-8): 1099–1105.
27. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней: Руководство для врачей: В 2 т. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – Т.2. – 888 с.
28. Schulz S., Metz M., Siepmann D. et al. Antipruritische Wirksamkeit einer hoch dosierten Antihistaminikatherapie. Hautarzt 2009; 60: 564–568.
29. Weisshaar E., Szepietowski J.C., Dalgard F.J. et al. European S2k guideline on chronic pruritus. Acta Derm Venereol. 2019; 99 (5): 469–506.
30. Мурашкин Н.Н., Глузмин М.И., Материкин А.И. Оценка эффективности антигистаминных лекарственных препаратов в комплексной терапии зудящих дерматозов с хроническим течением. Вестник дерматологии и венерологии. 2011; №4: 84–87.
31. Самцов А.В., Стаценко А.В., Хайрутдинов В.Р. и др. Клинический опыт примепения препарата гленцет (левоцетиризин) в терапии зудящих дерматозов. Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2011; №2: 13–15.
32. Галлямова Ю.А. Пруриго: современный взгляд на этиологию, диагностику и лечение. Лечащий врач. 2010; №6: 69.
33. Richards R.N. Update on intralesional steroid: focus on dermatoses. J Cutan Med Surg 2010; 14: 19–23.
34. Barnes P.J. Optimizing the anti–inflammatory effects of corticosteroids. Eur Resp Rev 2001; 11:78:15–22.
35. Spring P., Gschwind I., Gilliet M. Prurigo nodularis: retrospective study of 13 cases managed with methotrexate. Clin Exp Dermatol 2014; 39: 468–473.
36. Klejtman T., Beylot-Barry M., Joly P. et al. Treatment of prurigo with methotrexate: a multicentre retrospective study of 39 cases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32:437–440.
37. Wiznia L.E., Callahan S.W., Cohen D.E., Orlow S.J. Rapid improvement of prurigo nodularis with cyclosporine treatment. J Am Acad Dermatol. 2018;78:1209–1211.
38. Hammes S., Hermann J., Roos S., Ockenfels H.M. UVB 308-nm excimer light and bath PUVA: combination therapy is very effective in the treatment of prurigo nodularis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011; 25: 799–803.
39. Gambichler T., Hyun J., Sommer A. et al. A randomised controlled trial on photo(chemo)therapy of subacute prurigo. Clin Exp Dermatol 2006; 31, 348–353.
40. Rombold S., Lobisch K., Katzer K. et al. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2008; 24 (1): 19–23.

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

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

2. Чикин Вадим Викторович – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

3. Нефедова Мария Андреевна – член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

4. Сысоева Татьяна Александровна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

5. Новиков Юрий Александрович – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

6. Зубарева Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

7. Радул Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-дерматовенерологи

2. Преподаватели медицинских образовательных учреждений 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)  |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Приложение В. Информация для пациента

Предупреждение рецидива заболевания возможно при соблюдении следующих рекомендаций:

1. Исключение стрессовых ситуаций;

2. Своевременное лечение очагов хронической инфекции и патологии внутренних органов;

3. Сбалансированное питание.

Сотрудничество врача и пациента устранит провоцирующие факторы и снизит частоту рецидивов.