

Клинические рекомендации – Периоральный дерматит – 2024-2025-2026 (12.03.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: L71.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 781

По состоянию на 12.03.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

МКБ – Международная классификация болезней

PODSI – Perioral Dermatitis Severity Index, индекс тяжести периорального дерматита

Термины и определения

Периоральный дерматит (син.: розацеаподобный дерматит, светочувствительный дерматит, стероидиндуцированный дерматит, светочувствительный себоройд) – это хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся эритематозно-папулезными, папуло-везикулезными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области.

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

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

Периоральный дерматит (син.: розацеаподобный дерматит, светочувствительный дерматит, стероидиндуцированный дерматит, светочувствительный себоройд) – это хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся эритематозно-папулезными, папуло-везикулезными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области [1, 2, 44].

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

Развитию периорального дерматита способствует наличие следующих факторов:

- Продолжительное использование кортикостероидов (наружно или системно) и лекарственных препаратов, их содержащих [2, 5-7];

- клещи рода *Demodex* [8, 9];
- инфекционные агенты: дрожжеподобные грибы рода *Candida* [6], облигатные анаэробные бактерии [2, 10, 11];
- использование косметических препаратов (увлажняющие, очищающие, солнцезащитные средства), обладающих окклюзивным эффектом [12-14];
- использование фторсодержащих зубных паст [15-18];
- ультрафиолетовое облучение [2, 19].

Фоном для развития периорального дерматита могут являться: прием контрацептивных препаратов, беременность, нарушение барьерной функции кожи, в том числе у больных атопическим дерматитом, использующих кортикостероиды для местного применения [8, 15, 20, 21].

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

Распространенность периорального дерматита среди населения составляет 0,5-1%, преимущественно им страдают женщины в возрасте 15-45 лет. Периоральный дерматит может наблюдаться в детском возрасте, пик заболеваемости приходится на пубертатный период, заболевание чаще наблюдается у мальчиков [3]. Около 2% пациентов, обратившихся к врачу-дерматовенерологу, страдают пероральным дерматитом. Люди со светлой кожей болеют чаще [4].

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

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 – L71.0 Периоральный дерматит

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

Общепринятая классификация периорального дерматита отсутствует.

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

В зависимости от выраженности клинических проявлений различают легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести периорального дерматита. К тяжелому периоральному дерматиту относят гранулематозный периоральный дерматит [22, 44].

Для определения степени тяжести периорального дерматита разработан индекс PODSI, основанный на оценке степени выраженности клинических проявлений таких как эритема, папулы и шелушение (Приложение Г1).

Заболевание характеризуется эритемой разной степени выраженности с четкими границами, а также полусферическими, нефолликулярными, розовато-красными папулами, папуловезикулами, реже папулопустулами, размером 1-2 мм в диаметре, которые локализуются в периоральной, периорбитальной областях, в носогубных складках, а также могут распространяться на кожу подбородка и щек. Характерным признаком периорального дерматита является свободная от высыпаний бледная кожа в виде узкого ободка вокруг красной каймы губ [22].

При гранулематозной форме периорального дерматита наблюдаются красно-коричневые, реже цвета нормальной кожи папулы, которые могут локализоваться не только на типичных для заболевания участках, но и на коже шеи, туловища и конечностей. При витропрессии выявляют положительный симптом "яблочного желе" [24].

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

Диагностика периорального дерматита основывается на осмотре врача-дерматовенеролога, анализе данных анамнеза и клинической картины. В качестве критериев установления диагноза используют данные анамнеза и характерной клинической картины.

- Рекомендуется подтверждение диагноза на основании клинической картины, осмотра врача-дерматовенеролога [58].

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

2.1. Жалобы и анамнез

Типичными жалобами пациентов с периоральным дерматитом являются ощущение жжения, болезненности, а также стянутости и напряжения кожи в области поражения. Зуд возможен, но не характерен [25, 57].

2.2. Физикальное обследование

Объективные клинические проявления периорального дерматита, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе "Клиническая картина".

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Для диагностики периорального дерматита дополнительные лабораторные исследования не показаны.

- Не рекомендуется применять Микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей с целью обнаружения *Demodex spp.* и микроорганизмов и посев содержимого пустул для диагностики [25].

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

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Не применяются.

2.5. Иные диагностические исследования

Не применяются.

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

Выбор препарата и метода лечения периорального дерматита зависит от степени

тяжести и стадии заболевания. На период лечения, независимо от выбранного метода терапии, прекращают использование очищающих и увлажняющих косметических средств, декоративной косметики, фторированных зубных паст, а также наружных и системных препаратов, содержащих Кортикостероиды или D07 Кортикостероиды, применяемые в дерматологии (при отмене системных препаратов, содержащих Кортикостероиды системного действия, необходимо учитывать показания, по которым препараты были назначены, пациенту следует рекомендовать консультацию врача их назначившего по вопросу возможной отмены препарата) [1, 11, 14, 27, 28].

3.1. Консервативное лечение

Применяют "нулевую" (или "зеро-терапия"), наружную и системную терапию периорального дерматита.

"Нулевая" терапия

- Рекомендуется при легкой степени тяжести периорального дерматита бывает достаточно "нулевой" терапии, которая заключается в отмене всех наружных, в том числе косметических средств, в особенности препаратов, содержащих кортикостероиды. Улучшение наступает в среднем в течение 2 недель [1, 11, 26, 29-31].

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

Комментарии: В случае неэффективности "нулевой" терапии назначают лекарственную терапию. Наружная терапия назначается при легкой и средней степени тяжести заболевания, используется в качестве монотерапии, а при тяжелом периоральном дерматите может назначаться в комбинации с системной терапией (см. Приложение Б).

Наружная терапия

- Рекомендуется для наружной терапии периорального дерматита в случае неэффективности "нулевой" терапии:

#метронидазол 0,75-1% гель, крем, 2 раза в день наружно в течение 8 недель [32, 50, 51].

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

#азелаиновая кислота 20% крем, 2 раза в день наружно в течение 2-6 недель [33, 34].

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

#пимекролимус ** 1% крем, 2 раза в день наружно в течение 4 недель [18, 23, 35, 52].

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

Системная терапия назначается при тяжелых формах заболевания, а также при неэффективности наружной терапии.

- Рекомендуется пациентам с тяжелыми формами заболевания и при неэффективности наружной терапии следующая системная терапия:

#тетрациклин 250-500 мг 2 раза в день перорально в течение 4-8 недель [29, 32, 33, 36, 37, 52, 53, 54, 55, 56].

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

Комментарий: Назначается пациентам старше 8 лет.

или

#доксидиклин** 100-200 мг в сутки перорально в течение 4-8 недель [37, 45, 46].

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

Комментарий: Назначается пациентам старше 8 лет.

- Рекомендуется при непереносимости тетрациклинов, беременным, детям в возрасте младше 8 лет и при гранулематозной форме периорального дерматита у детей:

#эритромицин 250 мг 2 раза в день перорально в течение от 1 до 3-4 месяцев [38-40, 54].

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

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

- Рекомендуется при неэффективности антибактериальной терапии взрослым назначать #изотретиноин 0,1-0,5 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки в течение 6-20 недель [41-43, 49, 50, 56].

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

3.2. Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3. Иное лечение

Диетотерапия не показана.

Обезболивание не проводится.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не проводится.

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

Профилактика развития заболевания заключается в следующем:

- ограничение использования препаратов, содержащих кортикостероиды;
- ограничение использования косметических средств.

Диспансерное наблюдение не проводится.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показаний для госпитализации в медицинскую организацию нет.

Медицинская помощь оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами-дерматовенерологами в амбулаторных условиях.

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

Информация отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Подтверждение диагноза на основании клинической картины, осмотра врача-дерматовенеролога	C	4
2.	"Нулевая" или "зеро-терапия" при легком течении	B	2
3.	Наружная терапия в случае неэффективности "нулевой" терапии	B	2
4.	Системная терапия изотретиноином при неэффективности антибактериальной терапии	C	3

Список литературы

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003.
2. Потекаев Н.Н., Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. и др. Акне и розацеа. М.-СПб.: БИНОМ, 2007.
3. Zeba H.H. Perioral dermatitis: an update. *Int J Dermatol* 2003; 42: 515-517.
4. Dirschka T. Periorale Dermatitis. **Ruhr-Universität**. Bochum, 2004.
5. Lipozencic J, Ljubojevic S. Perioral dermatitis. *Clin Dermatol* 2011; 29 (2): 157-161.
6. Bradford L.G., Montes L.F. Perioral dermatitis and *Candida albicans*. *Arch Dermatol* 1972; 105 (6): 892-895.
7. Takiwaki H., Tsuda H., Arase S., Takeichi H. Differences between intrafollicular microorganism profiles in perioral and seborrhoeic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28 (5): 531-534.
8. Hafeez Z.H. Perioral dermatitis: an update. *Int J Dermatol* 2003; 42: 514-517.
9. Hsu C.K., Hsu M.M., Lee J.Y. Demodicosis: a clinicopathological study. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60 (3): 453-462.
10. Berardi P., Benvenuti S., Genga A., Cecchini F. Demonstration of fusobacteria in eruptions of perioral dermatitis using the tape stripping toluidine blue (TSTB) method. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1994; 3: 495-499.
11. Олисова О.Ю., Громова С.А. Периорбитальный дерматит. *Рус. мед. журн.* 2003; 11 (17): 972-975.
12. Clementson B., Smidt A.C. Periorificial dermatitis due to systemic corticosteroids in children: report of two cases. *Pediatr Dermatol.* 2012; 29 (3): 331-332.
13. Abele D.C. 'Moisturizers' and perioral dermatitis. *Arch Dermatol.* 1977; 113 (1): 110.
14. Malik R., Quirk C.J. Topical applications and perioral dermatitis. *Australas J Dermatol* 2000; 41 (1): 34-38.
15. Dirschka T., Szliska C., Jackowski J., Tronnier H. Impaired skin barrier and atopic diathesis in perioral dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2003; 1 (3): 199-203.
16. Guarneri F., Marini H. An unusual case of perioral dermatitis: possible pathogenic role of neurogenic inflammation. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21 (3): 410-412.

17. Wollenberg A., Oppel T.. Scoring of skin lesions with the Perioral Dermatitis Severity Index (PODSI). *Acta Derm Venereol* 2006; 86: 254-255.
18. Oppel T., Pavicic T., Kamann S. et al. Pimecrolimus cream (1%) efficacy in perioral dermatitis – results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled study in 40 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 1175-1180.
19. Fritsch P., Pichler E., Linser I. Periorale Dermatitis *Hautarzt* 1989; 40: 475-479.
20. Карелин О.Ю., Громова С.А. Периоральный дерматит: лечение азелаиновой кислотой. *Клин. дерматол. и венерол.* 2006; 3 (86): 251-252.
21. Jansen T. Perioral dermatitis successfully treated with topical adapalene. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002; 16 (2): 175-177.
22. Lebmann P. Periorale Dermatitis. In: Plewig G, Kaudewitz P, Sander CA (Hrsg) *Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie.* Bd 19. Berlin: Springer, 2005; s. 515-517.
23. Schwarz T., Kreiselmair I., Bieber T. et al. A randomized, double-blind, vehicle-controlled study of 1% pimecrolimus cream in adult patients with perioral dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 34-40.
24. Tarm K., Creel N.B., Krivda S.J., Turiansky G.W. Granulomatous periorificial dermatitis. *Cutis* 2004; 73 (6): 399-402.
25. Tempark T., Shwayder T.A. Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options//*American journal of clinical dermatology.* – 2014. – Т. 15. – С. 101-113.
26. Weber K., Thurmayr R. Critical appraisal of reports on the treatment of perioral dermatitis. *Dermatology* 2005; 210: 300-307.
27. Mellette J.R., Aeling J.L., Nuss D.D. Letter: Fluoride tooth paste: a cause of perioral dermatitis. *Arch Dermatol.* 1976; 112 (5): 730-731.
28. Ferlito T.A. Tartar-control toothpaste and perioral dermatitis. *J Clin Orthod.* 1992; 26 (1): 43-44.
29. Weber K., Thurmayr R., Meisinger A. A topical erythromycin preparation and oral tetracycline for the treatment of perioral dermatitis: A placebocontrolled trial. *J Dermatol Treat* 1993; 4: 57-59.
30. Röckl H., Schubert E. Zur Therapie der sogenannten perioralen Dermatitis. *Hautarzt* 1971; 22: 527-531.
31. Schubert E., Beetz H.M., Röckl H. Über den Wert der Tetrazyklin-Therapie bei der perioralen Dermatitis. *Hautarzt* 1973; 24: 253.
32. Veien N.K., Munkvad J.M., Nielsen A.O. et al. Topical metronidazole in the treatment of perioral dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 258-260.
33. Jansen T. Azelaic acid as a new treatment for perioral dermatitis: results from an open study. *Br J Dermatol* 2004; 151: 933-934.
34. Jansen T, Grabbe S. Perioral dermatitis in childhood – Clinical features, etiopathogenesis and treatment with special reference to own experiences with the use of 20% azelaic acid cream. *Aktuelle Dermatologie* 2007; 33: 180-183.
35. Rodriguez-Martin M., Saez-Rodriguez M., Carnerero-Rodriguez A. et al. Treatment of perioral dermatitis with topical pimecrolimus. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 529-530.
36. Macdonald A., Feiwel M. Perioral dermatitis: aetiology and treatment with tetracycline. *Br J Dermatol* 1972; 87: 315-319.
37. Adams S.J., Davison A.M., Cunliffe W.J., Giles G.R. Perioral dermatitis in renal transplant recipients maintained on corticosteroids and immunosuppressive therapy. *Br J Dermatol* 1982; 106: 589-592.
38. Choi Y.L., Lee K.J., Cho H.J. et al. Case of childhood granulomatous periorificial dermatitis in a Korean boy treated by oral erythromycin. *J Dermatol* 2006; 33: 806-808.

39. Suh K. Y., Frieden I. J. Perioral dermatitis//Harper's Textbook of Pediatric Dermatology. – 2011. – Т. 1. – С. 38.1-38.4.
40. Tolaymat L., Hall M.R. Perioral Dermatitis Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan
41. Brunner M., Megahed M., Hölzle E., Ruzicka T. Granulomatous perioral dermatitis in childhood. Treatment with isotretinoin. *Akt. Dermatol* 1995; 21: 60-62.
42. Nikkels A.F., Pierard G.E. Control of perimenstrual flares of perioral dermatitis by isotretinoin. *J Dermatol Treat* 2000; 11: 97-99.
43. Smith K.W. Perioral dermatitis with histopathologic features of granulomatous rosacea: successful treatment with isotretinoin. *Cutis* 1990; 46: 413-415.
44. Самцов А.В. Акне и акнеиформные дерматозы. Монография – М.: ООО "ЮТКОМ", 2009. – 208 с.: ил.
45. S.G. Vanderweil; N.A. Levin Perioral Dermatitis: It's Not Every Rash that Occurs Around the Mouth//*Dermatology Nursing*. 2009; 21 (6): 317-320, 353.
46. Tolaymat L., Hall M.R. Perioral Dermatitis Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.
47. Mokos Z.B., Kummer A., Mosler E.L., Čeović R., Basta-Juzbašić A. Perioral dermatitis: still a therapeutic challenge//*Acta Clin Croat* 2015; 54: 179-185
48. Thiboutot D. Periorificial Dermatitis (perioral dermatitis). *Dermatology Advisor*.
49. Lipozenčić J, Hadžavdić SL. Perioral dermatitis. *Clin Dermatol*. 2014; 32 (1): 125-130.
50. Tempark T., Shwayder T. A. Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options//*American journal of clinical dermatology*. – 2014. – Т. 15. – С. 101-113.
51. Manders S. M., Lucky A. W. Perioral dermatitis in childhood//*Journal of the American Academy of Dermatology*. – 1992. – Т. 27. – N. 5. – С. 688-692. УДД 5 УУР С
52. Gray N. A. et al. Pharmacological interventions for periorificial (perioral) dermatitis in children and adults: a systematic review//*Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. – 2022. – Т. 36. – N. 3. – С. 380-390.
53. Reichenberg J., Dahl M. V., Ofori A. O. Perioral (periorificial) dermatitis//UpToDate. Waltham: UpToDate. Accessed. – 2019. – Т. 24.
54. Tolaymat L., Hall M.R. Perioral Dermatitis Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan
55. Laude T. A., Salvemini J. N. Perioral dermatitis in children//*Seminars in cutaneous medicine and surgery*. – 1999. – Т. 18. – N. 3. – С. 206-209..
56. Searle T, Ali FR, Al-Niaimi F. Perioral dermatitis: Diagnosis, proposed etiologies, and management. *J Cosmet Dermatol*. 2021 Dec; 20(12): 3839-3848. doi: 10.1111/jocd.14060. Epub 2021 Mar 16. PMID: 33751778.
57. Plewig G. Periorale Dermatitis. In: Braun-Falco O., Wolff H.H., Burgdorf W.H., Landthaler M. eds. *Dermatologie und Venerologie*. Heidelberg: Springer, 2005: 907-909.
58. Адаскевич В.П., Меделенц Н.О. Диагностика периорального дерматита. *Вестник ВГМУ*. – 2019. – Том 18, N 6. – С. 59-67.

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – академик РАН, президент ООО "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", директор ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, г. Москва.

2. Аравийская Елена Александровна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Санкт-Петербург.

3. Монахов Константин Николаевич – доктор медицинских наук., профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Санкт-Петербург.

4. Чикин Вадим Викторович – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Москва.

5. Воронцова Анастасия Александровна – младший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, г. Москва.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, косметологи.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанной специальности.

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 метаанализа
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 метаанализа
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 рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
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
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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

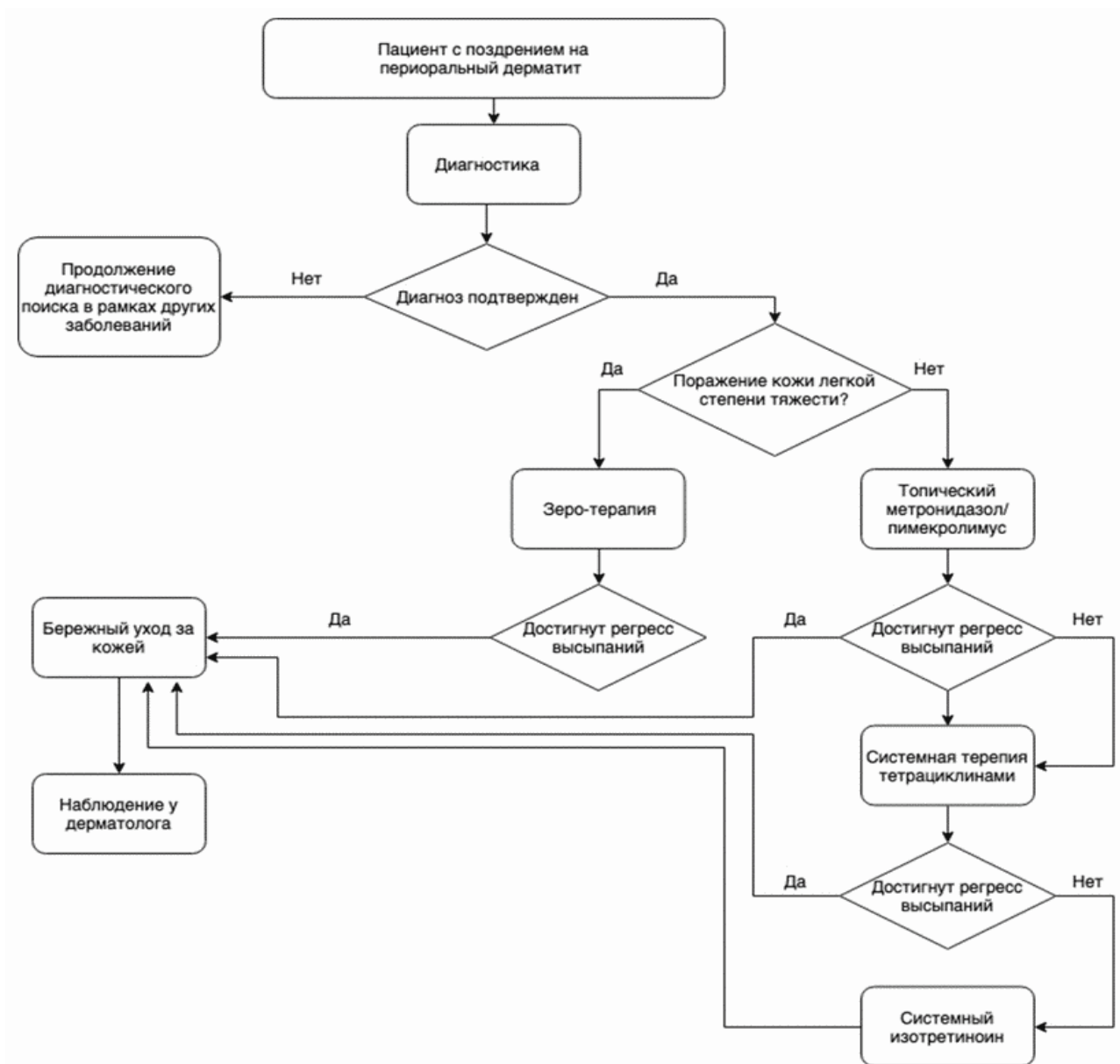
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных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

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

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

- Порядок оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология", утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 924н от 15 ноября 2012.

Алгоритмы действий врача



Приложение В

Информация для пациента

1. Пациентам с периоральным дерматитом показана отмена Кортикостероидов или D07 Кортикостероидов, применяемых в дерматологии и окклюзивных косметических средств
2. Пациентам с периоральным дерматитом показан бережный уход за кожей с использованием специализированных средств
3. Пациентам не рекомендуется естественное ультрафиолетовое облучение, а также пребывание в солярии. Рекомендуется использование солнцезащитного продукта, адаптированного для жирной и проблемной кожи.

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1

Шкала реакций на аппликационные кожные тесты

Индекс PODSI предназначен для оценки степени тяжести периорального дерматита.
Оригинальное название: PeriOral Dermatitis Severity Index.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

Wollenberg A, Oppel T. Scoring of skin lesions with the perioral dermatitis severity index (PODSI). Acta Derm Venereol. 2006; 86 (3): 251 – 2.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник

- другое (уточнить):

Назначение: оценка общей степени тяжести периорального дерматита

Содержание (шаблон):

Расчет индекса PODSI

Балльная оценка высыпаний на коже (PODSI)			
Признаки	I степень (1 балл)	II степень (2 балла)	III степень (3 балла)
Эритема	Бледно-розовая, едва заметная	Умеренная, красноватая, пятнистая	Выраженная, темно-красная, диффузная, сливающаяся
Папулы	Единичные, мелкие, цвета неизменной кожи	Немногочисленные, умеренно выраженные, диссеминированные	Многочисленные, выраженные, эритематозные, склонные к слиянию

Шелушение	Слабое, едва заметное	Умеренное	Выраженное
-----------	--------------------------	-----------	------------

Ключ (интерпретация): Значение индекса PODSI представляет собой сумму баллов оценки выраженности эритемы, папул и шелушения, согласно приведенным вариантам характеристики высыпаний для каждой из степеней тяжести, где "0" означает "отсутствие признака", 1, 2, 3 балла – степень выраженности признака, а также могут использоваться промежуточные степени 0,5; 1,5 и 2,5.

Легкая степень тяжести периорального дерматита соответствует значениям индекса PODSI – 0,5-2,5, средняя степень тяжести – 3,0-5,5 и тяжелая форма PODSI – 6,0-9,0 [18, 23].

Новые, изданные в 2020-2023 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.