



## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1 Жалобы и анамнез .....	8
2.2 Физикальное обследование .....	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	8
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	8
2.5 Иные диагностические исследования.....	8
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	9
3.1 Консервативное лечение.....	9
3.2 Хирургическое лечение .....	11
3.3 Иное лечение.....	11
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....	11

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	11
6. Организация оказания медицинской помощи .....	11
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	11
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	12
Список литературы.....	13
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	16
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	17
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	19
Приложение Б. Алгоритм действий врача.....	20
Приложение В. Информация для пациента .....	21
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	22
Приложение Г1. Шкала реакций на аппликационные кожные тесты.....	22

## 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 себорейд) – 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 (группе 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 так же 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

#доксциклин\*\* 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 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. Адаскевич 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. – T. 1. – C. 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. – №. 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. – №. 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. – №. 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, №6. – С. 59-67.

## Приложение А1. 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.



## Приложение А2. 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 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 рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования 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
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.**

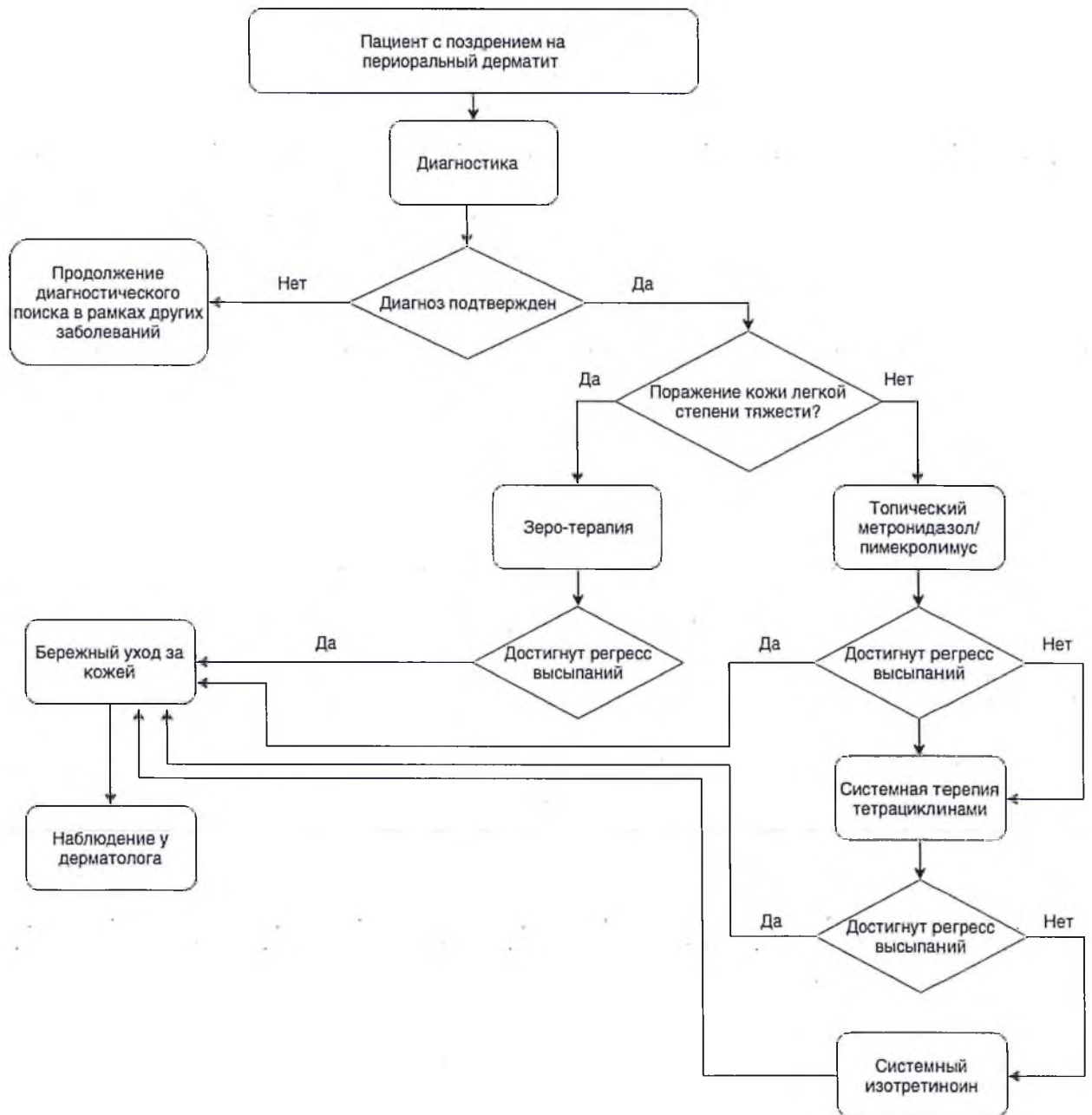
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных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

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

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

- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012.

## Приложение Б. Алгоритм 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 Г. 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**

<b>Балльная оценка высыпаний на коже (PODSI)</b>			
<b>Признаки</b>	<b>I степень (1 балл)</b>	<b>II степень (2 балла)</b>	<b>III степень (3 балла)</b>
Эритема	Бледно-розовая, едва заметная	Умеренная, красноватая, пятнистая	Выраженная, темно- красная, диффузная, сливающаяся
Папулы	Единичные, мелкие, цвета неизменной кожи	Немногочисленные, умеренно выраженные, диссеминирован-ные	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].