|  |
| --- |
| Клинические рекомендации |
| **Пеленочный дерматит**  |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: | **L22** |
| возрастная группа: | дети |
| Год утверждения: |  |
| Разработчик клинической рекомендации |
| * Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»
 |

Оглавление

[Оглавление 2](#_Toc22566722)

[Список сокращений 4](#_Toc22566723)

[Термины и определения](#_Toc22566724) 4

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 4](#_Toc22566725)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 4](#_Toc22566726)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 5](#_Toc22566727)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 5](#_Toc22566728)

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 5](#_Toc22566729)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566730)

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566731)

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 9](#_Toc22566732)

[2.1 Жалобы и анамнез 9](#_Toc22566733)

[2.2 Физикальное обследование 9](#_Toc22566734)

[2.3 Лабораторные диагностические исследования 10](#_Toc22566735)

[2.4 Инструментальные диагностические исследования 10](#_Toc22566736)

[Не применяются. 10](#_Toc22566737)

[2.5 Иные диагностические исследования 10](#_Toc22566738)

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, , медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 10](#_Toc22566739)

[3.1 Консервативное лечение 10](#_Toc22566740)

[3.2 Хирургическое лечение 10](#_Toc22566741)

[3.3 Иное лечение 10](#_Toc22566742)

[4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 10](#_Toc22566743)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение,медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 11](#_Toc22566744)

[6. Организация медицинской помощи 13](#_Toc22566745)

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 13](#_Toc22566746)

[Критерии оценки качества медицинской помощи 13](#_Toc22566747)

[Список литературы 14](#_Toc22566748)

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 16](#_Toc22566749)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 16](#_Toc22566750)

[Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 17](#_Toc22566751)

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача 19](#_Toc22566759)

[Приложение В. Информация для пациента 20](#_Toc22566760)

Список сокращений

МКБ – Международная классификация болезней

*С. albicans  – Candida albicans*

Термины и определения

Пеленочный дерматит - воспалительные поражения кожи аногенитальной области, развивающиеся вследствие окклюзии кожи подгузниками и воздействия сочетанных неблагоприятных физических, химических и биологических факторов.

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

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

## Пеленочный дерматит – распространенное заболевание детей в возрасте до 2-х лет, характеризующееся островоспалительными высыпаниями на коже в области ношения подгузника.

## Представляет собой группу заболеваний аногенитальной области, развивающихся у детей грудного возраста вследствие различных причин и включает в себя: контактный дерматит, аммиачный дерматит, перианальный дерматит, аногенитальный кандидоз, стрептодермию (папуло-эрозивную форму).

## Пелёночный дерматит можно условно разделить на 2 группы заболеваний: неспецифический (простой дерматит) и специфический. При неспецифическом «пеленочном» дерматите поражение аногенитальной области зачастую является единственным клиническим проявлением и напрямую зависит от интенсивности воздействия раздражающих факторов – болезнь «плохого ухода».

## При специфических заболеваниях поражение аногенитальной области является одним из проявлений основного заболевания (например, псориаза у грудных детей, гистиоцитоза и т.д.).

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

## Заболевание имеет мультифакториальную природу и инициируется сочетанием физических, химических и биологических факторов, возникающих при контакте кожи с мочой и калом. Основным условием возникновения пеленочного дерматита является окклюзия кожи вследствие применения подгузников. Поверхность, контактирующая с подгузниками избыточно увлажняется, мацерируется, роговой слой разрыхляется, вследствие этого снижаются барьерные функции эпидермиса и кожа становится более чувствительной и ранимой. Такие изменения способствуют колонизации на поверхности кожи дрожжеподобных грибов *Candida albicans* и грамположительных бактерий, в частности *Staphylococcus aureus* и стрептококков. Ферменты, выделяемые микроорганизмами( в том числе и грамположительные бактерии *Bacillus ammoniagenes*), расщепляя мочевую кислоту, способствуют синтезу аммиака и появлению щелочной реакции кожи, что способствует ее раздражению. Высокий показатель рН усиливает ферментативную активность кала, что также приводит к нарушению эпидермального барьера[22].Пеленочный дерматит встречается у детей с множественной пищевой аллергией [23].

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

Пеленочный дерматит развивается у 20% младенцев и детей в возрасте до 2 лет, чаще всего в возрастной период между 9 и 12 месяцами [1,2]. Заболевание с одинаковой частотой наблюдается у детей женского и мужского пола [3, 4]. Пеленочный дерматит - один из наиболее часто встречающихся дерматозов у грудных детей, при этом пациентами высокого риска являются недоношенные дети. Заболевание относится к группе регион-специфичных дерматозов, при которых острая воспалительная реакция кожи возникает в закрытой подгузниками области. Частота встречаемости пеленочного дерматита у детей грудного возраста составляет от 7 до 35%. В последние годы, благодаря широкому использованию подгузников, обладающих хорошими гигроскопическими свойствами, количество случаев пеленочного дерматита уменьшилось.

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

L22 – Пеленочный дерматит.

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

## Общепринятой классификации не существует.

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

## В зависимости от преобладания тех или иных провоцирующих факторов выделяют три клинических типа пеленочного дерматита: пеленочный дерматит в результате трения, контактный ирритантный пеленочный дерматит и пеленочный дерматит, осложненный кандидозом [5].

## *Контактный аллергический дерматит* аногенитальной области может развиться у маленьких детей на подгузники, а также на пеленки, которые стирали с использованием агрессивных моющих средств. Клинически данное состояние характеризуется разлитой эритемой кожных покровов, контактировавших с подгузником или тканью, с четкими границами и не выходящей за пределы закрытых подгузником зон. Наиболее часто пеленочный дерматит развивается на выпуклых участках кожи в тех местах, которые непосредственно контактируют с подгузником. В большей степени поражаются ягодицы и гениталии. Складки обычно свободны от высыпаний. Поражение кожи характеризуется появлением на ней блестящих, сливающихся эритематозных пятен, затем в местах поражения возникает отечность, реже шелушение.

## *Аммиачный дерматит*(пеленочный дерматит) представляет собой опрелости в аногенитальной области, вызванные мацерацией и раздражением кожи мочой и калом. Дерматиту способствуют редкая смена подгузников и пеленок, использование непромокаемых трусов,. В легких случаях поражение кожи ограничивается участками кожи, непосредственно подвергающимися раздражению мочой и калом: ягодицы, задняя и внутренняя поверхность бедер, гениталии, промежность. Кожа на этих участках гиперемирована, ярко-красного цвета, блестящая, «лакированная», в складках эрозии, по периферии очагов отмечается шелушение. После снятия раздражения высыпания постепенно регрессируют.

##  Ограниченным вариантом аммиачного дерматита является *перианальный дерматит*, который развивается в межъягодичной складке. Данное поражение наблюдается у детей с диспептическими явлениями, частым жидким стулом с щелочной или резко кислой реакцией, дисбактериозом. Клинически проявления характеризуются эритемой и небольшой отечность кожи вокруг заднего прохода.

## У детей, которые длительно находятся в подгузниках с плохой абсорбцией ночью, возможно появление на поверхности кожи эрозий, а иногда даже язв. Пеленочный дерматит по типу простого контактного дерматита наиболее характерен для детей первого месяца жизни, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями кожи.

## В случаях сильно выраженного пеленочного дерматита, особенно, в перианальной области могут образовываться эрозии и язвы «дерматит Жаке». Он характеризуется хорошо отграниченными, штампованными язвами или эрозиями. К развитию этого заболевания приводит длительный контакт с мочой и фекалиями.

## *Стрептодермия аногенитальной области*(папуло-эрозивная стрептодермия, сифилоподобное папулезное импетиго) – заболевание, развивающееся у маленьких детей при присоединении стрептококковой инфекции на фоне опрелостей и аммиачного дерматита.  Высыпания представлены лентикулярными папулами, единичными эрозиями, расположенными на эритематозном фоне. Пеленочный дерматит бактериальной этиологии может вызывается β - гемолитическими стрептококками группы А и носит название папуло-эрозивная стрептодермия. Предрасполагающими факторами к возникновению этой формы дерматита является образование в мокрых пеленках аммиака, экскреция с мочой антибиотиков, стирка белья синтетическими ароматизированными моющими средствами. На коже ягодиц, задней поверхности бедер, а у мальчиков в области мошонки, на эритематозном несколько отечном фоне появляются слегка выступающие над кожей милиарные и лентикулярные папулы розовато-синюшного цвета, на поверхности которых быстро появляются эрозии. Стрептококк может быть причиной перианального дерматита, который характеризуется наличием четкой отграниченной эритемы в перианальной области. Нередко в процесс вовлекаются другие интертригинозные области, такие как паховые и подмышечные складки, шейная складка, где появляется яркая эритема и эрозии.

## *Аногенитальный кандидоз* развивается у маленьких детей на фоне уже имеющегося аммиачного дерматита, опрелостях, а также как осложнение антибиотикотерапии (при сопутствующих заболеваниях). Если пеленочный дерматит существует больше недели, необходимо подумать о кандидозном пеленочном дерматите. Он возникает при колонизации кожи грибами рода *Candida*, чаще *Candida albicans*. Дети с кандидозным пеленочным дерматитом в анамнезе нередко получали лечение антибиотиками широкого спектра. Клиника заболевания представлена разновеликими яркими четко очерченными эритематозными очагами неправильной формы пятнистого и папулезного характера. Характерен довольно быстрый рост очагов по периферии, тенденция к появлению свежих высыпаний в складках и на соприкасающихся поверхностях. По периферии очагов часто можно увидеть типичный мелкофестончатый край с подрытым эпидермальным венчиком и «отсевы» милиарных папул и мелких вялых поверхностных пустул, после вскрытия которых остаются эрозии правильной округлой формы с обрывками эпидермиса. Отмечается склонность к увеличению площади эрозированных поверхностей, которые имеют причудливую форму с четко выраженными границами фестончатых очертаний. Вероятность кандидозной инфекции весьма велика при любой форме пеленочного дерматита, длящегося более трех дней. У грудных детей кандидоз в аногенитальной области нередко сочетается с молочницей в полости рта, где обнаруживается белый творожистый налет и трещины в углах рта. Также у этих пациентов может быть кандидоз кишечника. Диагноз основывается на данных клиники и обнаружение псевдомицелия при микроскопии.

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

***Критерии установления диагноза/состояния:*** *диагноз пеленочный дерматит устанавливается на основании клинических проявлений заболевания.*

## 2.1 Жалобы и анамнез

## Дискомфорт, зуд, жжение в аногенитальной области.

## 2.2 Физикальное обследование

Для постановки диагноза основным является проведение визуального осмотра кожных покровов пациента.

*Пеленочный дерматит в результате трения.* Проявления заболевания обусловлены, в первую очередь, давлением на кожу подгузником и контактом кожи с мочой. Высыпания локализуются в местах наибольшего сдавления и трения кожи подгузником: на животе в области талии, внутренних поверхностях бедер, ягодицах. Дерматит характеризуется умеренной эритемой кожи.

*Аммиачный и перианальный дерматит (контактный ирритантный пеленочный дерматит)* чаще всего локализуется в области межъягодичной складки, впромежности, на лобке, перианально. Могут быть также поражены нижняя часть живота и верхняя часть бедер. Клинические проявления могут варьировать от слабого покраснения и шелушения кожи до выраженных папулезных и пустулезных элементов на фоне яркой эритемы. Тяжелые формы заболевания характеризуются нарушением целостности кожного покрова вплоть до появления эрозий. Основными провоцирующими факторами их развития являются диарея и щелочная рН кала.

*Пеленочный дерматит, осложненный кандидозом*, характеризуется ярко-красными эрозивными очагами высыпаний с приподнятыми периферическими краями и влажной поверхностью, точечными везикуло-пустулами и единичными сателлитными пустулами. Высыпания локализуются в генитальной области, нижней части живота, на ягодицах, внутренней поверхности бедер и могут выходить за пределы зоны подгузника. [27]

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

* **Рекомендовано** в случае отсутствия достаточного для установления диагноза пеленочного дерматита числа диагностических критериев пациентам проводить микроскопическое исследование на *Candida spp* [22].

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

**Комментарии:** *Обнаружение* *Candida spp. является дополнительным диагностическим критерием пеленочного дерматита [22].*

* **Рекомендовано** всем пациентам проводить общий (клинический) анализ крови развернутый для выявления лабораторных признаков папуло-эрозивной стрептодермии, для диагностики заболеваний и состояний, являющихся противопоказаниями к проведению системной терапии пеленочного дерматита и для контроля безопасности проводимой системной терапии [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

* **Рекомендуется** проведение общего (клинического) анализа мочи пациентам для диагностики заболеваний и состояний, являющихся противопоказаниями к проведению системной терапии пеленочного дерматита и для контроля безопасности проводимой системной терапии [27].

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

## Рекомендуется посев на патогенную и условно-патогенную микрофлору кишечника с определением чувствительности к антимикробным препаратам и бактериофагам, анализ кала на  копрограмму [31].

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

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Для проведения дифференциальной диагностики может проводиться осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия).

## 2.5 Иные диагностические исследования

Не применяются.

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

## Консервативное лечение

Необходимо проведение комплекса мероприятий по уходу за кожей ребенка для предотвращения заболевания. Комплекс мероприятий по уходу является ключевым моментом в терапии больных пеленочным дерматитом. При правильном уходе за кожей ребенка клинические проявления пеленочного дерматита регрессируют в течение 2**–**3 дней. При отсутствии положительного эффекта от проводимого немедикаментозного лечения проводят медикаментозную терапию. Чаще всего медикаментозное лечение требуется в случае пеленочного дерматита, осложненного вторичной грибковой и/или бактериальной инфекциями.

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

* **Рекомендовано** для лечения пеленочного  дерматита, осложненного *С. albicans*, назначение наружно одного из следующих антимикотических препаратов**:**

клотримазол 1% крем 2 раза в сутки в течение 14 дней [18].

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

или

нистатин мазь 2 раза в сутки в течение 14 дней [18].

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

или

натамицин 2% крем 2 раза в сутки в течение 14 дней [21].

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

* **Рекомендовано** для лечения пеленочного  дерматита, осложненного  стафилококковой или стрептококковой инфекцией, назначение наружно одного из следующих препаратов**:**

мупироцин 2% мазь 2-3 раза в сутки в течение 7**–**10 дней [19].

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

или

фузидовая кислота 2% крем 2-3 раза в сутки в течение 7**–**10 дней [19].

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

* **Рекомендовано** для лечения ирритантного пеленочного дерматита на фоне диареи назначение наружно декспантенола 5% крем в сочетании с цинковой мазью в течение 7 дней [20].

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

* **Рекомендовано** с целью предупреждения и устранения вторичного инфицирования на местах экскориаций и трещин, особенно у детей, анилиновые красители (бриллиантовый зеленый или эозин) 1–2 раза в сутки в течение 5–10 дней [27].

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

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 кремы и пасты [27].

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

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

или

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

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

**Комментарии:** *Возможно применение водного раствора метилтиониния хлорида во время беременности и грудного вскармливания*

## 3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

## 3.3 Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

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

Не применяется.

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

Для профилактики пеленочного дерматита применяется  комплекс мероприятий ABCDE (от английских слов air – воздух, barrier **–** барьер, cleansing **–** очищение, diapering – смена подгузников, education – обучение) [6].

* **Рекомендовано** в качествепрофилактических мер воздушные ванны, позволяющие сократить контакт кожи с любыми раздражителями и уменьшить трение и раздражение кожи подгузником [7,8].

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

* **Рекомендовано** в качествепрофилактических мер применение наружных средств в форме крема или пасты, содержащие оксид цинка и/или вазелин, создающие барьер, позволяющий уменьшить контакт кожи с мочой и калом. В то же время они не создают препятствия для восстановления поврежденной поверхности кожи и регресса высыпаний. Барьерные наружные средства должны наноситься толстым слоем после каждой смены подгузника на всю поверхность кожи, имеющую контакт с повреждающими и раздражающими факторами [9,26].

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

* **Не рекомендовано** использовать детские присыпки, содержащие тальк, , так как он может вызывать развитие гранулемы, а при вдыхании его возможно развитие аспирационной пневмонии [10,27].

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

* **Рекомендовано** очищение кожи, являющееся неотъемлемой частью профилактики и лечения пеленочного дерматита.

**Комментарии:** *Традиционное очищение водой с использованием хлопковой материи по своему влиянию на увлажненность кожи, рН, эритему, микробную колонизацию при пеленочном дерматите не отличается от очищения при помощи специальных влажных салфеток. В то же время, применение влажных салфеток позволяет быстрее очистить поверхность от остатков кала, тем самым уменьшая дополнительное трение кожи* *[11, 12].*

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

* **Рекомендовано** при выборе влажных салфеток избегать содержания в них ароматизаторов и спирта, способных вызвать аллергический контактный дерматит [13].

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

* В качестве меры профилактики обострений **рекомендована** своевременная смена подгузника, являющаяся одним из основных и важнейших факторов в лечении пеленочного дерматита. Необходимо менять подгузник через каждые 1**–**3 часа в течение дня и, как минимум, один раз ночью, а так же в случае его выраженного загрязнения [14]. Доказательными исследованиями роль одноразовых подгузников в предупреждении возникновения пеленочного дерматита не подтверждена, но и не опровергнута [15], при этом ряд научных работ свидетельствует о важном значении этого фактора [16, 17,24]. Одноразовые подгузники рекомендуются c содержанием хлопка, целлюлозы и других естественных компонентов [25].

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

* **Рекомендовано** информирование родителей или ухаживающего персонала об особенностях ухода за кожей в зоне подгузника и обязательном соблюдении правил гигиены, ориентирование на максимально быструю смену загрязненного подгузника и, по возможности, частое пребывание ребенка без подгузника [14].

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

* **Рекомендовано** при проведении плановой вакцинации детей с пеленочным дерматитом придерживаться национального календаря профилактических прививок [28–30].

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

**Комментарии:** *вакцинация не влияет на течение каких-либо аллергических заболеваний, в том числе пеленочного дерматита. Вакцинация не проводится в период обострения заболевания.*

6. Организация оказания медицинской помощи

* При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.
* Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-дерматовенерологами стационарных условиях.

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1) Показания для оказания медицинской помощи в дневном стационаре:

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

2) Показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

* отсутствие эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях;
* тяжелое течение пеленочного дерматита, требующее системной терапии
* присоединение вторичной инфекции, не купируемое в амбулаторных условиях;
* развитие вирусной инфекции (герпетической экземы Капоши).

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

* частичный или полный регресс высыпаний.

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

Требования к результатам лечения: частичный или полный регресс высыпаний; исчезновение или уменьшение выраженности субъективных ощущений (зуда).

Тактика при отсутствии эффекта от лечения: назначение других видов топической и системной терапии или их комбинаций.

Оценка факторов риска неблагоприятных исходов: ухудшение течения заболевания – увеличение тяжести и распространенности пеленочного дерматита; резистентность к проводимой терапии средствами и (или) методами с доказанной клинической эффективностью.

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности доказательств** |
| 1 | Выполнено микроскопическое исследование соскоба с кожи на *C. albicans* | 1 | A |
| 2 | Проведена наружная терапия клотримазолом или нистатином или натамицином | 1, 3 | A, C |
| 3 | Проведена наружная терапия мупироцином или фузидовой кислотой | 1 | A |
| 4 | Достигнута эрадикация *C. albicans* | 4 | С |
| 5 | Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление) | 4 | С |

Список литературы

1. [Merrill L. Prevention, treatment and parent education for diaper dermatitis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Merrill%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26264797) [Nurs Womens Health 2015; 19 (4): 324–337.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
2. [Ward D.B., Fleischer A.B., Feldman S. Characterization of diaper dermatitis in the Unated States. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154 (9): 943–946.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
3. [Atherton, D.J. The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15 (Suppl. 1), 1–4.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
4. [Gupta, A.K., Skinner A.R. Management of diaper dermatitis. Int J Dermatol 2004; 43 (11), 830–834.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
5. [PallerA.S.**,** Mancini A.J.**,** editors. 2011. Hurwit"z Clinical Pediatric Dermatology, 4th edition. London: Elsevier.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
6. [Boiko, S. (). Treatment of diaper dermatitis. Dermatol Clin 1999; 17 (1): 235–240.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
7. [Klunk C., Domingues E., Wiss K. An update on diaper dermatitis. Clin Dermatol 2014; 32 (4), 477–487.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
8. [Stamatas G.N., Tierney N.K. Diaper dermatitis: etiology, manifestations, prevention, and management. Pediatr Dermatol 2014; 31 (1): 1–7.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
9. [Heimall L.M., Storey B., Stellar J.J., Davis K.F. Beginning at the bottom: Evidence-based care of diaper dermatitis. MCN Am J Matern Child Nurs 2012; 37 (1), 10–16.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
10. [Pairaudeau P.W., Wilson R.G., Hall M.A. et al: Inhalation of baby powder: an unappreciated hazard. BMJ 1991; 302 (6786): 1200–1201.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
11. [Lavender T., Furber C., Campbell M. et al. Effect on skin hydration of using baby wipes to clean the napkin area of newborn babies: Assess or blinded randomised controlled equivalence trial. BMC Pediatr 2012; 12, 59-2431-12-59.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
12. [Blume-Peytavi U., Hauser M., Lunnemann L. et al. Prevention of diaper dermatitis in infants—A literature review. Pediatr Dermatol 2014; 31 (4), 413–429.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
13. [Fields K.S., Nelson T., Powell D. (). Contact dermatitis caused by baby wipes. J Am Acad Dermatol 2006; 54 (5 Suppl.): S230–S232.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
14. [Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses(AWHONN). (2013). Neonatal skin care evidence-based clinical practice guideline (3rd ed.). Washington, DC: Author.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
15. [Baer E.L., Davies M.W., Easterbrook K.J. Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3 (3), CD004262.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
16. [Atherton D.J. A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis. Curr Med Res Opin*,* 2004; 20 (5), 645–649.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
17. [Odio M., Thaman, L. Diapering, diaper technology,and diaper area skin health. Pediatr Dermatol 2014; 31 (Suppl.1): 9–14.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
18. [Hoeger P.H., Stark S., Jost G. Efficacy and safety of two different antifungal pastes in infants with diaper dermatitis: A randomized, controlled study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2010; 24 (9): 1094–1098.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
19. [Koning S., Verhagen A.P., van Suijlekom-Smit L.W. et al: Interventions for impetigo. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 2 (2): CD003261.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
20. [Wananukul S., Limpongsanuruk W., Singalavanija S. et al: Comparison of  dexpanthenol and zinc oxide ointment with ointment base in the treatment of irritant diaper dermatitis from diarrhea: a multicenter study. J Med Assoc Thai 2006; 89: 1654–1658.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
21. [Самсыгина Г.А., Буслаев Г.Н. Кандидоз новорожденных и детей первого месяца жизни. М.: ГЭОТАР-Медиа 2008; 112.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26264797)
22. Šikić Pogačar M, Maver U, Marčun varda N, Mičetić-turk D. Diagnosis and management of diaper dermatitis in infants with emphasis on skin microbiota in the diaper area. Int J Dermatol. 2018;57(3):265-275.
23. Celiksoy MH, Topal E, Hazıroglu Okmen Z, Alataş C, Demirtaş MS. Characteristics of persistent diaper dermatitis in children with food allergy. Pediatr Dermatol. 2018.
24. Burdall O, Willgress L, Goad N. Neonatal skin care: Developments in care to maintain neonatal barrier function and prevention of diaper dermatitis. Pediatr Dermatol. 2019;36(1):31-35.
25. O'Connor RJ, Sanchez V, Wang Y, et al. Evaluation of the Impact of 2
Disposable Diapers in the "Natural" Diaper Category on Diapered Skin Condition. Clin Pediatr (Phila). 2019;58(7):806-815.
26. Gunt HB, Levy SB, Lutrario CA. A Natural Cream-to-Powder Formulation Developed for the Prevention of Diaper Dermatitis in Diaper-Wearing Infants and Children: Barrier Property and In-Use Tolerance Studies. J Drugs Dermatol. 2018;17(5):566-570.
27. Болезни кожи новорожденных и грудных детей. Руководство для врачей /Горланов И. А., Леина Л. М., Заславский Д. В., Милявская И. Р., СПб.: Фолиант. 2016.-208 с
28. Wollenberg A., Vogel S., Renner E.D. [Vaccinations with atopic dermatitis and other chronic inﬂammatory skin diseases]. Hautarzt 2010; 61: 985–993.
29. Bath-Hextall F., Delamere F., Williams H. Dietary exclusions for improving established atopic eczema in adults and children systematic review. Allergy 2009; 64: 258–264.
30. Электронный ресурс <https://base.garant.ru/70647158/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/>
31. Экзематозные (спонгиотические дерматозы). Иллюстрированное руководство для врачей./  Родионов А.Н., Заславский Д.В.,Сыдиков А.А. М.: Фармтек.. 2018.- 191 c.

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

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, президент ООО «РОДВК», директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО «РАМНПО» Минздрава России, г. Москва;
2. Заславский Денис Владимирович – д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России; член «Российского общества дерматовенерологов и косметологов», г. Санкт-Петербург;
3. Тамразова Ольга Борисовна – д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии РУДН; член «Российского общества дерматовенерологов и косметологов», г. Москва;
4. Баринова Анна Николаевна – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и управления здравоохранением ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России. Врач-дерматовенеролог высшей категории СПб ГБУЗ “Городская больница № 26; член «Российского общества дерматовенерологов и косметологов», г. Санкт-Петербург;
5. Шливко Ирэна Леонидовна – д.м.н., заведующая кафедрой дерматовенерологии «Нижегородской медицинской академии»; член «Российского общества дерматовенерологов и косметологов», г. Нижний-Новгород;
6. Степанова Ольга Викторовна – заместитель главного врача по контролю качества медицинской помощи ГБУЗ «ОКВД №3»; член «Российского общества дерматовенерологов и косметологов; г.Челябинск.

**Конфликт интересов:**

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи.
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 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 А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Медицинская помощь пациентам с пеленочным дерматитом оказывается врачами-дерматовенерологами в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденным Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

1. С целью предупреждения развития пеленочного дерматита необходимо  своевременное соблюдение гигиенических профилактических мероприятий по уходу за кожей ребенка.
2. При отсутствии положительной динамики от проводимого немедикаментозного лечения в течение 2-3 дней следует обратиться к специалисту для проведения медикаментозной терапии.