

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПРУРИГО**

Москва - 2015

Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Пруриго»:

1. Охлопков Виталий Александрович - заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Омской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, г. Омск
2. Правдина Ольга Валерьевна – доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии Омской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук, г. Омск
3. Зубарева Елена Юрьевна – доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии Омской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук, г. Омск

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
А	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
Д	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

**Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
L28****ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Пруриго (син. почесуха) – хроническое рецидивирующее полиэтиологическое заболевание из группы нейроаллергодерматозов, первичными морфологическими элементами которого являются папуло-везикулы, уртикарные папулы, полушаровидные папулезные и узловатые элементы, появление которых сопровождается сильным зудом.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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

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

КЛАССИФИКАЦИЯ

L28.0 Простой хронический лишай

Ограниченный нейродерматит Лишай БДУ

L28.1 Почесуха узловатая

L28.2 Другая почесуха

Почесуха: . БДУ . Гебры . mitis Крапивница папулезная

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Детская почесуха (строфулюс, детская папулезная крапивница) начинает развиваться в течение первого года жизни ребенка, но наиболее выраженные проявления заболевания наблюдаются в возрасте от 2 до 8 лет. Первичными морфологическими элементами на коже являются волдыри размером от 2 до 10 мм, в центральной части которых располагается узелок,

увенчанной везикулой (серопапула). На фоне интенсивного зуда сначала появляются уртикарные высыпания, в центре которых на отечном эритематозном фоне формируются плотные серопапулы величиной с просяное зерно с мелким пузырьком на верхушке. Волдырь исчезает через 6-12 часов. Вследствие эксфолиаций папулы инфильтрируются, а на месте везикул образуются геморрагические корочки. Встречаются и самостоятельные серопапулы, окруженные небольшим венчиком гиперемии, но не имеющие волдырей в основании, а также уртикарные элементы без папул и везикул. Высыпания и зуд возникают приступообразно и локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей конечностей, туловища, ягодиц, ладоней и подошв, реже – на коже лица и волосистой части головы. Во время приступа высыпаний отмечаются интенсивный зуд, особенно вечером и ночью, что приводит к нарушениям сна, раздражительности. Иногда отмечается кратковременное повышение температуры тела до 37,5-38°C, изменения клинического анализа крови (эозинофилия, анемия, может быть лимфоцитоз, повышенная СОЭ), полиаденопатия.

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

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

Хроническая форма заболевания отличается длительным рецидивирующим течением и проявлением наряду с папулезными высыпаниями очагов лихенификации. У лиц с повышенной чувствительностью к ультрафиолетовым лучам обострения нередко имеют сезонный характер (весенняя или летняя формы почесухи) и характеризуется локализацией высыпаний на открытых участках кожи.

Узловатая почесуха (крапивница папулезная стойкая, узловатая почесуха Гайда) встречается редко, преимущественно у женщин в возрасте старше 40 лет. Характеризуется наличием мономорфных высыпаний, представленных изолированными крупными (величиной от 0,5 до 1 см и более в диаметре) полушаровидными или округлыми плотными папулами и узлами, резко выступающими над уровнем кожи. Элементы вначале имеют

цвет нормальной кожи, затем становятся красновато-коричневыми. Поверхность элементов гладкая, далее на поверхности могут появляться чешуйки или гиперкератотические и веррукозные очаги. В результате интенсивного приступообразного зуда на них появляются экскориации, покрытые геморрагическими корочками. Разрешение патологических элементов нередко происходит через изъязвление и рубцевание. Высыпания локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, реже – на сгибательных поверхностях, спине.

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

ДИАГНОСТИКА

Диагностика основывается на данных анамнеза и клинической картине заболевания. По показаниям и с целью проведения дифференциальной диагностики назначаются следующие *лабораторные исследования*:

- клинические анализы крови и мочи;
- биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин, мочевины, глюкоза;
- анализ кала на яйца глист;
- серологическая диагностика паразитарных заболеваний – выявление антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхисов и др.
- обследование на ВИЧ-инфекцию (определение IgM и IgG – антител к HIV1, HIV2) и гепатиты В и С (определение HCV-антител, HBs-антигена);
- гистологическое исследование биоптатов кожи;
- микроскопическое исследование соскоба с кожи на чесоточного клеща;
- определение сывороточных аллерген-специфических антител (пищевых, бытовых, пыльцевых, эпидермальных, к лекарственным препаратам, укусам насекомых).

По показаниям назначаются консультации других специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, эндокринолога, оториноларинголога, гинеколога, онколога, физиотерапевта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Проводится с укусами насекомых, чесоткой, педикулезом, тиксикодермией, нейродермитом, аллергическим дерматитом, экземой, стойкой папулезной крапивницей, ветряной оспой, герпетическим дерматитом Дюринга, васкулитом.

ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения

- прекращение прогрессирования заболевания;

- уменьшение зуда;
- регресс высыпаний.

Общие замечания по терапии

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

При упорном течении заболевания применяют глюкокортикостероидные препараты системного действия.

В наружной терапии используют растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, фукоцин, бриллиантовый зеленый), топические глюкокортистероидные препараты

Показания к госпитализации

Отсутствуют

Схемы лечения

Медикаментозная терапия

Системная терапия

1. Антигистаминные препараты

- диметиндена малеат (А): детям в возрасте от 1 месяца до 1 года – 3-10 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте от 1 года до 3 лет - 10-15 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 12 лет – 15-20 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 20-40 капель перорально 3 раза в сутки в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16,19]

или

- лоратадин (А): детям в возрасте от 2 до 12 лет – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16]

или

- дезлоратадин (А): детям в возрасте от 2 до 5 лет – 1,25 мг (2,5 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально, детям в возрасте от 6 до 11 лет - 2,5 мг (5 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 5 мг (10 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16]

или

- фексофенадина гидрохлорид (А): детям в возрасте от 6 до 12 лет - 30 мг перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым 120-180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16]

или

- левоцетиризин (А): детям в возрасте старше 6 лет и взрослым - 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [1,4,7,11,12,16]

или

- цетиризина гидрохлорид (А): детям в возрасте от 6 до 12 месяцев - 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 1 года до 2 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 6 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 2 раза в сутки или 5 мг (10 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16]

или

- хлоропирамина гидрохлорид (С): детям в возрасте от 1 месяца до 1 года 5 мг (0,25 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – 10 мг (0,5 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – 10-20 мг (0,5-1 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – 20-40 мг (1-2 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16]

или

- хлоропирамина гидрохлорид (С): детям в возрасте до 1 года – 6,25 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте от 1 до 6 лет – 8,3 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – 12,5 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – 25 мг перорально 3-4 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16]

или

- дифенгидрамина гидрохлорид (С): детям в возрасте от 2 месяцев до 2 лет – 2-5 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 5 лет - 5-15 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 5 до 12 лет - 15-30 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 30-50 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16]

или

- дифенгидрамина гидрохлорид (С): детям в возрасте старше 12 лет и взрослым 10-50 мг (1-5 мл раствора) внутримышечно 1-3 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16]

или

- клемастина фумарат (С): детям в возрасте от 1 года до 3 лет - 2-2,5 мл (200-250 мкг) перорально 2 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 6 лет - 5 мл (500 мкг) перорально 2 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 12 лет - 0,5-1 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 1 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16]

или

- клемастина фумарат (С): детям – 25 мг на кг массы тела в сутки внутримышечно; взрослым – 2 мг 2 раза в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16]

или

- хифенадина гидрохлорид (С): детям в возрасте от 2 до 3 лет – 5 мг перорально 2-3 раза в сутки, детям в возрасте от 3 до 7 лет – 10 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 7 до 12 лет - 10-15 мг

перорально 2-3 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 25-50 мг перорально 2-4 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16]

или

- эбастин (С): детям в возрасте от 6 до 12 лет – 5 мг (5 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 12 до 15 лет – 10 мг (10мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 15 лет и взрослым - 10-20 мг (10-20 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки в течение 10-14 дней [1,4,7,11,16].

2. Транквилизаторы

- гидроксизин (В): детям в возрасте от 1 года до 6 лет – 1-2,5 мг на кг массы тела в сутки, детям в возрасте старше 6 лет – 1-2 мг на кг в сутки, взрослым - 25 мг 2-4 раза в сутки в течение 3-4 недель [2,18].

3. Глюкокортикостероидные препараты:

- преднизолон (С) 20-40 мг в сутки перорально в течение 1-2 месяцев с последующей отменой [5,6,8,11]

или

- бетаметазон (С) 1мл 1 раз в 2-3 недели внутримышечно, на курс 3-4 инъекции [5,6,8,11].

Наружная терапия

1. Глюкокортикостероидные препараты (В) [1,5,6,8,11]:

- гидрокортизона ацетат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель

или

- метилпреднизолона ацепонат в виде аппликаций 1 раз в сутки в течение 2-4 недель

или

- флуметазона пивалат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель

или

- алклометазона дипропионат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель

или

- бетаметазона дипропионат в виде аппликаций 1 раз в сутки в течение 2-4 недель

или

- бетаметазона валерат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель

или

- мометазона фураат в виде аппликаций 1 раз в сутки в течение 2-4 недель

или

- гидрокортизона 17-бутират в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель

или

- триамцинолона ацетонит в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель

или

- флутиказона пропионат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель

или

- флуоцинолона ацетонид в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель

или

- клобетазола пропионат в виде аппликаций 1-2 раза в сутки. в течение 2-4 недель.

При узловатой чесотке целесообразны внутриочаговые инъекции глюкокортикостероидных препаратов – гидрокортизон (С), триамцинолон (В), бетаметазона дипропионат (С) [5,6,13,15].

2. Пасты, кремы, мази, содержащие *деготь, ихтиол, нафталан* (5-10% дегтярная мазь, 2-5% нафталана, 3-5% борно - 5-10% дегтярная мазь, 5% ихтиоловая мазь) на ночь под окклюзионную повязку в течение 3 недель (С) [1,8,11].
3. Кремы и мази с противозудными средствами - *ментолом, анестезином, димедролом, фенистилом* (С) [1,8,11].

Немедикаментозная терапия

Физиотерапевтическое лечение

- селективная фототерапия (С) 4-5 раз в неделю на курс 20-30 сеансов [8,11]

или

- ПУВА-терапия (В) 4 раза в неделю на курс 15-20 сеансов (в тяжелых случаях при распространенных зудящих высыпаниях) [3,9-11,14,17].

Требования к результатам лечения

- прекращение зуда;
- разрешение высыпаний.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

Консультации других специалистов, выявление и лечение соматической патологии.

ПРОФИЛАКТИКА

Методов профилактики не существует.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Viraben R. Prurigo strophulus: cutaneous manifestation of hypersensitivity to environmental arthropods // *Ann Dermatol Venereol*. 1996;123(11):751-6.
2. Lader Scotto J. A multicenter double-blind comparison of hydroxyzine in patient with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology* 1998; 139: 402-6.
3. Clark AR, Jorizzo JL, Fleischer AB. Papular dermatitis (subacute prurigo, "itchy red bump" disease): pilot study of phototherapy // *Am Acad Dermatol*. 1998 Jun;38(6 Pt 1):929-33.
4. DuBuske L.M. Pharmacokinetics/pharmacodynamics and psychomotor performance aspects of antihistamine therapies // *Clin Appl Immunol Rev*. 2001, v. 1, p. 277-289.
5. Barnes P.J. Molecular mechanisms of corticosteroids in allergic diseases // *Allergy*.– 2001.– Vol. 56.– Supp. 10.– P. 928-936.
6. Barnes P.J. Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids // *Eur Resp Rev* 2001;11:78:15-22.
7. Bender BG, Berning S, Dudden R, Milgrom H, Tran ZV. Sedation and performance impairment of diphenhydramine and second-generation antihistamines: a meta-analysis // *J Allergy Clin Immunol*. 2003 Apr;111(4):770-6.
8. Lee MR, Shumack S. Prurigo nodularis: a review // *Australas J Dermatol*. 2005 Nov;46(4):211-18.
9. Gambichler T, Hyun J, Sommer A, Stücker M, Altmeyer P, Kreuter A. A randomised controlled trial on photo(chemo)therapy of subacute prurigo // *Clin Exp Dermatol*. 2006 May;31(3):348-53.
10. Rombold S, Lobisch K, Katzer K, Graziotin TC, Ring J, Eberlein B. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases // *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2008 Feb;24(1):19-23.
11. Maruani A, Samimi M, Lorette G. Prurigo // *Presse Med*. 2009 Jul-Aug;38(7-8):1099-105.
12. Астафьева Н.Г., Гамова И.В., Удовиченко Е.Н., Перфилова И.А. / Левоцетиризин: современные аспекты применения при аллергических заболеваниях с точки зрения доказательной медицины // Н. Г. Астафьева И. В. Гамова Е. Н. Удовиченко И. А. Перфилова. Клиническая фармакология. - №5, 2010. – С. 56-61.
13. Richards RN. Update on intralesional steroid: focus on dermatoses // *J Cutan Med Surg*. 2010 Jan-Feb;14(1):19-23.
14. Bruni E, Caccialanza M, Piccinno R. Phototherapy of generalized prurigo nodularis // *Clin Exp Dermatol*. 2010 Jul;35(5):549-50.
15. Saraceno R, Chiricozzi A, Nisticò SP, Tiberti S, Chimenti S. An occlusive dressing containing betamethasone valerate 0.1% for the treatment of prurigo nodularis // *Dermatolog Treat*. 2010 Nov;21(6):363-6.
16. Murota H, Kitaba S, Tani M, Wataya-Kaneda M, Azukizawa H, Tanemura A, Umegaki N, Terao M, Kotobuki Y, Katayama I. Impact of sedative and non-sedative antihistamines on the impaired productivity and quality of life in patients with pruritic skin diseases // *Allergol Int*. 2010 Dec;59(4):345-54.
17. Bruni E, Caccialanza M, Piccinno R. Phototherapy of generalized prurigo nodularis // *Clin Exp Dermatol*. 2010 Jul;35(5):549-50.
18. Dazzi C, Erma D, Piccinno R, Veraldi S, Caccialanza M. Psychological factors involved in prurigo nodularis: A pilot study // *J Dermatolog Treat*. 2011 Aug;22(4):211-4.
19. Тёрёк Е., Катона М. Применение диметиндена малеата при различных зудящих заболеваниях кожи в детском возрасте / Е. Тёрёк, М. Катона. Клинические исследования. - №4, 2011. – С. 45-48.