

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

22 июня 2022 г. № 59

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекциями кожи и подкожной клетчатки» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки» (прилагается).

2. Признать утратившими силу структурные элементы «Импетиго (L01).», «Пиодермия (L08.0).», «Пиодермия (L08.0) (распространенные формы).», «Стафилодермия (L08.01).», «Стрептодермия (L08.02).», «Эктима (L08.03).», «Импетиго герпетиформное (L08.04).», «Эритразма (L08.1).», «Фолликулит (L08.81).», «Пузырчатка обыкновенная (L10.0).», «Пузырчатка хроническая, доброкачественная, семейная (L10.8).», «Приобретенный кератоз фолликулярный (L11.0).», «ПемфигOID (L12): буллезный (L12.0); рубцующийся (L12.1).», «Приобретенный буллезный эпидермолиз (L12.3).», «ПемфигOID неуточненный (L12.9).», «Другие буллезные изменения (L13).», «Дерматит герпетиформный (L13.0).», «Субкорнеальный пустулезный дерматит (L13.1).», «Атопический дерматит (L20).», «Почесуха Бенъе (L20.0).», «Экзема детская (L20.81).», «Экзема эндогенная (аллергическая) (L20.82).», «Нейродермит диффузный (L20.84).», «Нейродермит локализованный (L20.85).», «Себорейный дерматит (L21).», «Себорея головы (L21.0). Другой себорейный дерматит (L21.8). Себорейный дерматит неуточненный (L21.9).», «Аллергический контактный дерматит (L23). Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена (L23.9).», «Эксфолиативный дерматит (идиопатическая эритродермия) (L26).», «Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь (токсикодермия медикаментозная, пищевая, немедикаментозная) (L27).», «Почесуха узловатая (L28.1). Другая почесуха (L28.2).», «Строфулюс взрослых (L28.21).», «Другой зуд (L29.8).», «Другие дерматиты (L30).», «Монетовидная экзема (L30.0).», «Дисгидроз [помфоликс] (L30.1).», «Кожная аутоенсибилизация (L30.2).», «Инфекционный дерматит (статическая, микотическая, паратравматическая экзема) (L30.3).», «Эритематозная опрелость (L30.4).», «Питириаз белый (L30.5).», «Другой уточненный дерматит (L30.8).», «Псориаз (L40). Псориаз обыкновенный (L40.0).», «Генерализованный пустулезный псориаз (L40.1).», «Акродерматит стойкий [аллопо] (L40.2).», «Пустулез ладонный и подошвенный (L40.3).», «Бактерид Эндрюса, пустулезный (L40.31).», «Псориаз

каплевидный (L40.4).», «Псориаз артропатический (L40.5) (M07.0-M07.3*, M09.0*).», «Псориаз артропатический (L40.5).», «Парапсориаз (L41).», «Питириаз лихеноидный и оспоподобный острый (L41.0).», «Питириаз лихеноидный хронический (L41.1).», «Лимфоматоидный папулез (L41.2).», «Другой парапсориаз (L41.8). Неуточненный парапсориаз (L41.9).», «Питириаз розовый [Жибера] (L42).», «Лишай красный плоский (L43).», «Лишай гипертрофический красный плоский (L43.0).», «Другие папулосквамозные изменения (L44).», «Питириаз красный волосистой отрубевидный (L44.0).», «Лихен блестящий (L44.1).», «Детский папулезный акродерматит (L44.4).», «Крапивница (L50). Аллергическая крапивница (L50.0). Идиопатическая крапивница (L50.1). Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температур (L50.2). Дерматографическая крапивница (L50.3). Вибрационная крапивница (L50.4).», «Другая крапивница (L50.8). Крапивница хроническая (L50.82). Крапивница неуточненная (L50.9).», «Эритема многоформная (L51). Небуллезная эритема многоформная (L51.0). Буллезная эритема многоформная (L51.1).», «Токсический эпидермальный некролиз [лайелла] (L51.2).», «Узловатая эритема (острая) (L52).», «Узловатая эритема (хроническая) (L53).», «Псориаз эритродермия (L53.8).», «Гнездная алопеция (L63). Алопеция тотальная (L63.0).», «Угри (пустулезные)(L70). Угри обыкновенные (L70.0). Другие угри (индуративные, конглобатные, некротические) (L70.8).», «Розацеа (L71).», «Периоральный дерматит (L71.0).», «Псевдофолликулит волос бороды (сикоз) (L73.1). Гидраденит (L73.2).», «Витилиго (L80).», «Дискоидная красная волчанка (L93.0).», «Локализованная склеродермия [morphea] (L94.0). Генерализованная (M34.9).», «Склеродермия локализованная (L94.0).» приложения 3 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2008 г. № 142 «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
22.06.2022 № 59

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с инфекциями кожи и подкожной клетчатки»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с бактериальными инфекциями кожи и подкожной клетчатки (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L00–L08).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

- анестезия кожи – полная или частичная потеря чувствительности кожи;
- геморрагии – кожные кровоизлияния;
- крепитация подкожной клетчатки – характерный хруст, возникающий из-за лопания пузырьков газа в тканях;
- лампа Вуда – диагностическая лампа, излучающая преимущественно в длинноволновой части ультрафиолетового диапазона;
- лимфаденит – воспаление лимфатических узлов;
- лимфангит – воспаление лимфатических сосудов;
- метициллин – резистентный золотистый стафилококк – золотистый стафилококк с множественной лекарственной устойчивостью;
- пиодермии – группа заболеваний, характеризующихся гнойным воспалением кожи, ее придатков, а также подкожной жировой клетчатки;
- пустула (гнойничок) – первичный экссудативный полостной морфологический элемент сыпи, возникающий в результате гнойного процесса в эпидермисе или дерме; содержимое пустул гнойное;
- фолликулит – гнойное воспаление волосяного фолликула;

фурункул – гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей подкожно-жировой клетчатки;

цианоз кожи – синюшная окраска кожи и слизистых оболочек от серовато-синего до сине-черного цвета.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с инфекциями кожи и подкожной клетчатки при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами, врачами общей практики, врачами-терапевтами, врачами-хирургами.

5. Пациенты с абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом, флегмоной, острым лимфаденитом, пилонидальной кистой получают лечение в амбулаторно-поликлинических организациях и больничных организациях хирургического профиля.

6. Медицинские показания к лечению в амбулаторно-поликлинических организациях и больничных организациях хирургического профиля:

гипотензия и (или) увеличение уровня креатинина крови;

низкий уровень бикарбоната крови;

уровень креатинфосфокиназы, в 2 и более раз превышающий верхнюю границу референсного интервала;

повышение уровня С-реактивного белка более 13 мг/л;

подозрение на тяжелую глубокую инфекцию мягких тканей (при пальпации патологического очага определяется крепитация подкожной клетчатки, низкий болевой порог; цианоз кожи по периферии морфологических элементов; геморагии; отторжение некротических масс; анестезия кожи; быстрое прогрессирование процесса).

7. Пациентам с тяжелым течением инфекций кожи и подкожной клетчатки (при распространенности поражений более 10 % площади всего кожного покрова; при наличии симптомов интоксикации (лихорадка или гипотермия, тахикардия более 100/мин., систолическое давление ниже 90 мм рт. ст.) и (или) при неэффективности амбулаторного лечения) показано лечение в стационарных условиях дерматовенерологических или хирургических отделений больничных организаций.

8. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (степень тяжести заболевания, распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом, необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

9. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем).

10. Медицинское наблюдение пациентов с инфекциями кожи и подкожной клетчатки в амбулаторных условиях не осуществляется.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

11. Обязательные диагностические мероприятия в амбулаторных условиях:

11.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

11.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, С-реактивного белка; антистрептолизина-О (далее – АСЛО));

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

12. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, С-реактивного белка; АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

13. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям – при хроническом течении, тяжелом течении и (или) неэффективности лечения):

13.1. клинико-лабораторные исследования:

исследование уровня бикарбоната, натрия, калия, хлоридов, креатинфосфокиназы в крови;

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП;

бактериологическое исследование крови на стерильность;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

13.2. консультация врача общей практики, врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-аллерголога-иммунолога при наличии сопутствующей патологии;

консультация врача-хирурга пациентам с язвенными дефектами кожи при необходимости хирургической обработки язвенной поверхности.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЕТИГО, ПИОДЕРМИЯМИ

14. Местное лечение:

14.1. антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток;

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

повидон-йод, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток;

14.2. антибиотики для наружного применения:

неомицина сульфат (5000 МЕ/5мг) + бацитрацин цинк (250 МЕ), мазь или порошок для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки (при необходимости накладывают повязку) 7–14 суток;

гентамицин, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

эритромицин, мазь для наружного применения 10 тыс. ЕД/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

14.3. в случае острого воспалительного процесса и при вегетирующей пиодермии кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток;

окситетрацилин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток.

15. Системную антибактериальную терапию назначают в случаях неэффективности местного лечения, при распространенных, глубоких, хронических, рецидивирующих

очагах поражения, повышении температуры тела, не связанном с другими инфекционными заболеваниями, наличии осложнений (лимфаденит, лимфангит).

16. В целях проведения системной антибактериальной терапии применяют следующие ЛП:

16.1. в случае инфекции, вызванной *Staphylococcus*, *Streptococcus*, ЛП первого выбора:

пенициллины:

оксациллин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 4 раза/сутки 7–10 суток

или

амоксциллин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500–750 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз:

амоксциллин/клавулановая кислота, таблетки 250 мг/125 мг или 500 мг/125 мг – внутрь по 1 таблетке 250/125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 500 мг/125 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 250 мг – 500 мг внутрь 4 раза/сутки – 7–14 суток;

цефалоспорины 2 поколения:

цефпрозил, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг 1 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефуроксим, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–10 суток,

или

цефуроксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 750 мг 3 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 3 поколения:

цефподоксим, таблетки 200 мг – внутрь по 200–400 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефтазидим, порошок для приготовления раствора для инъекций 1,0 г – 1–2 г внутривенно (далее – в/венно) или в/мышечно 2–3 раза/сутки – 5–10 суток,

или

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1,0 г – в/мышечно по 1–2 г 1–2 раза/сутки – 5–10 суток;

у пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

klarитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем внутрь по 1 таблетке 250 мг 1 раза/сутки 4 суток;

фторхинолоны:

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

офлоксацин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 200 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток,

или

левофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток;

в тяжелых случаях:

карбапенемы:

меропенем, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1 г – в/венно по 500 мг в разведении до 50–200 мл совместимой инфузионной жидкостью 3 раза/сутки (продолжительность инфузии должна составлять 15–30 минут) 5–10 суток

или

имипенем/циластатина натриевая соль, порошок 500 мг/500 мг – 500 мг в/венно 2 раза/сутки 5–10 суток;

в случае инфекции, вызванной метициллин-резистентным золотистым стафилококком:

линкозамиды:

клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 1 капсуле 150 мг – 300 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

сульфаниламиды:

сульфаметоксазол/триметоприм, таблетки 400 мг / 80 мг – внутрь по 1 таблетке 400 мг / 80 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

оксазолидиноны:

линезолид, таблетки 600 мг – внутрь по 1 таблетке 600 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

гликопептиды:

ванкомицин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1 г – в/венно капельно по 1 г каждые 12 ч (продолжительность инфузии должна составлять не менее 60 минут) – 7–10 суток;

тетрациклины:

доксицилин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь 2 капсулы 100 мг 1 раз в первые сутки, затем по 1 капсуле или таблетке растворимой 100 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

16.2. в случае инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком:

пенициллины:

бензилпенициллин натриевая соль, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000000 ЕД – в/мышечно по 2000000 ЕД–4000000 ЕД каждые 4–6 часов 7–10 суток;

линкозамиды:

клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 1 капсуле 150 мг – 300 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

цефазолин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1 г – в/мышечно по 1 г, растворив в 4 мл воды для инъекций, каждые 8 часов 7–10 суток;

16.3. при вегетирующей пиодермии дополнительно к антибактериальным ЛП:

глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 25–30 мг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены;

преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – в/мышечно по 1–2 мл 1 раз в сутки 5–7 суток;

дексаметазон, таблетки 0,5 мг – внутрь 2,5–3,0 мг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 0,5 мг в 5–7 дней до отмены.

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭРИТРАЗМОЙ

17. Обязательные диагностические мероприятия:

17.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

17.2. клинико-лабораторные исследования:

микроскопическое исследование соскоба кожи с окраской по Граму для обнаружения возбудителя *Corynebacterium minutissimum*;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы рода кандиды (*Candida saprofit*), дерматофиты (*Dermatophyton*).

18. Дополнительные диагностические исследования: люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда).

19. Местное лечение:

19.1. антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток;

19.2. антибиотики для наружного применения:

неомицина сульфат (5000 МЕ / 5 мг) + бацитрацин цинк (250 МЕ), мазь или порошок для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки (при необходимости накладывают повязку) 7–14 суток;

гентамицин, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

эритромицин, мазь для наружного применения 10 тыс. ЕД/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

клиндамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

противогрибковые ЛП для наружного применения:

миконазол, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток;

изоконазол, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток;

бифоназол, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 20 суток;

19.3. при зуде в очагах поражения следует использовать кортикостероиды для наружного применения в комбинации с противогрибковыми ЛП: комбинированный ЛП: дифлукортолон + изоконазол, крем (1 мг + 10 мг)/1 г наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 5–7 суток.

20. Системную антибактериальную терапию назначают в случаях неэффективности местного лечения, при распространенном процессе:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки 5 суток;

кларитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь 1 г однократно.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

22.06.2022 № 59

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с буллезными нарушениями»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с буллезными нарушениями (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L10–L14).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих

медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

акантолиз – дегенеративное изменение шиповатого слоя эпидермиса, проявляющееся разрушением межклеточных мостиков, потерей клетками большей части цитоплазмы и морфологическими изменениями ядер; приводит к образованию пузырей;

булла (пузырь) – возвышающийся над кожей, заполненный жидкостью полостной элемент диаметром ≥ 10 мм;

буллезный пемфигоид – аутоиммунное заболевание кожи, вызванное продукцией аутоантител к компонентам полудесмосом (антигенам BP180 и BP230) и характеризующееся образованием субэпидермальных пузырей;

вегетации – вторичный морфологический элемент сыпей в виде неравномерных папилломатозных разрастаний эпидермиса и сосочкового слоя дермы;

вульгарная пузырчатка – наиболее частая форма пузырчатки, характеризующаяся образованием тонкостенных пузырей, с дряблой покрывкой, с серозным содержимым, возникающих на визуально неизменной коже и (или) слизистых оболочках;

герпетиформный дерматит (болезнь Дюринга) – воспалительное заболевание кожи, ассоциированное с глютен-чувствительной энтеропатией, характеризующееся полиморфными зудящими высыпаниями, хроническим рецидивирующим течением, отложением иммуноглобулина А (далее – IgA) в сосочковом слое дермы;

глиадин – один из составляющих глютена; гликопротеин, получаемый из пшеницы;

десмоглеин – белок клеточной адгезии, формирующий десмосому;

десмосомы – один из типов межклеточных контактов, обеспечивающих прочное соединение клеток шиповатого слоя;

иммуноферментный анализ – лабораторный иммунологический метод качественного или количественного определения различных соединений, макромолекул, вирусов, в основе которого лежит специфическая реакция антиген-антитело;

пузырчатка – группа аутоиммунных буллезных дерматозов, при которых патогенетическая роль принадлежит циркулирующим аутоантителам, направленным против антигенов системы десмосомального аппарата многослойного плоского эпителия (кожа, слизистые оболочки полости рта, пищевода и других органов);

чешуйка – отшелушивающиеся клетки рогового слоя эпидермиса разного размера;

эмоленты – увлажняющие средства с высоким содержанием физиологических липидов для восстановления и защиты кожного барьера;

эритема – ограниченное покраснение кожи, обусловленное расширением сосудов сосочкового слоя дермы;

эрозия – поверхностный дефект кожи, красной каймы губ или слизистых оболочек, который образуется чаще при вскрытии пузырьков, пузырей и поверхностных пустул.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с буллезными нарушениями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами.

Биопсия кожи выполняется врачом-дерматовенерологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом; биопсия слизистых оболочек – врачом-стоматологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом в условиях манипуляционной (процедурного кабинета) и в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями к ее проведению.

5. Пациентам с тяжелым течением буллезных нарушений (пузырчатки, других акантолитических нарушений, пемфигоида, других буллезных изменений, буллезных нарушений кожи при болезнях, классифицированных в других рубриках) и (или) неэффективности амбулаторного лечения показано лечение в стационарных условиях дерматовенерологических отделений больничных организаций.

6. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (классификация вульгарной пузырчатки по степени тяжести (критерии Mahajan) и степени тяжести буллезного пемфигоида установлены согласно приложениям 1 и 2 соответственно),

распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом, необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

7. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем).

8. Диспансерное наблюдение за пациентами с пузырчаткой, буллезным пемфигоидом, рубцующим пемфигоидом, приобретенным буллезным эпидермолизом, дерматитом герпетическим, субкорнеальным пустулезным дерматитом осуществляется 1 раз в 3 месяца.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПУЗЫРЧАТКОЙ

9. Обязательные диагностические мероприятия в амбулаторных условиях:

9.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

9.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий.

10. Лечение пациентов с впервые установленным диагнозом «Пузырчатка [пемфигус] (L10)» проводится в стационарных условиях.

11. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

11.1. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий;

11.2. инструментальные исследования:

рентгенография органов грудной клетки;

электрокардиограмма (далее – ЭКГ).

12. Дополнительные диагностические мероприятия:

12.1. клинико-лабораторные исследования:

исследование на носительство поверхностного антигена вируса гепатита В (далее – HBsAg);

исследование на антитела к антигенам вирусного гепатита С (далее – анти-HCV);

исследование антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

определение иммуноглобулинов класса G (далее – IgG) к десмоглеинам 1 и 3;

определение IgG к энвоплакину;

скрининг на другие аутоиммунные буллезные дерматозы (определение IgG к белкам BP 180 и BP 230);

определение маркеров костного ремоделирования: β -crossLaps, определение уровня остеокальцина в крови, исследование уровня ионизированного кальция в крови;

12.2. инструментальные исследования:

ультразвуковое обследование (далее – УЗИ) брюшной полости и забрюшинного пространства;

эзофагогастродуоденоскопия;

12.3. другие диагностические мероприятия:

контроль артериального давления (далее – АД);

консультация врача-терапевта, врача-онколога, врача-эндокринолога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-акушера-гинеколога, врача-уролога.

13. Системное лечение:

13.1. глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь начиная с 1–2 мг/кг/сутки 2–4 недели или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 3). При отсутствии положительной динамики в течение 1-й недели возможно повышение стартовой дозы на 50–100 % первоначальной (максимально до 2 мг/кг/сутки). Снижение дозы глюкокортикоидов следует начинать при достижении терапевтического эффекта, заключающегося в эпителизации около 80 % существующих эрозий и прекращении появления новых буллезных элементов. Рекомендуемая схема снижения дозы глюкокортикоидов: со стартовой дозы до 25 мг/сутки (5 таблеток) по преднизолону снижать на 5 мг (1 таблетка) в 2 недели, с 25 мг/сутки (5 таблеток) до 15 мг/сутки (3 таблетки) – на 2,5 мг (1/2 таблетки) в 1 месяц, с 15 мг/сутки (3 таблетки) до 10 мг/сутки (2 таблетки) – на 1,25 мг (1/4 таблетки) в 2–3 месяца, с 10 мг/сутки (2 таблетки) до поддерживающей дозы – на 1,25 мг (1/4 таблетки) в год;

13.2. при отсутствии ответа на лечение в течение 2–3 недель дополнительно к глюкокортикоидам назначают иммунодепрессанты (по решению врачебного консилиума):

азатиоприн, таблетки 50 мг – внутрь начиная с 150–200 мг/сутки на фоне снижения дозы глюкокортикоидов (не менее 1,5 месяцев). При достижении дозы преднизолона 50–40 мг/сутки рекомендовано снижение дозы азатиоприна до 100 мг/сутки. При достижении дозы преднизолона 20 мг/сутки суточная доза азатиоприна составляет 50 мг

или

метотрексат¹, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 7,5–20 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально),

или

метотрексат², раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 7,5–20 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально). Для снижения вероятности развития нежелательных явлений метотрексата назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата;

при недостаточной терапевтической эффективности глюкокортикоидов и наличии медицинских противопоказаний к применению метотрексата:

циклоsporин², капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 5 мг/кг массы тела в сутки (в зависимости от индивидуального состояния пациента). При достижении клинического эффекта дозу снижают до минимальной поддерживающей (определяется индивидуально);

13.3. при отсутствии ответа на лечение метотрексатом, азатиоприном, циклоsporином в течение 2–3 недель дополнительно к глюкокортикоидам назначают (по решению врачебного консилиума):

микофенолата мофетил³, таблетки 500 мг – внутрь 2000–3000 мг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально)

или

иммуноглобулин человека нормальный², раствор для инфузий 100 мг/мл – внутривенно (далее – в/венно) капельно в дозе 2000 мг на кг массы тела в сутки 5 суток. Цикл повторять каждые 3–4 недели до достижения контроля над заболеванием;

¹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

² Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

³ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

13.4. в тяжелых резистентных случаях в комбинации с глюкокортикоидами и (или) иммунодепрессантами рекомендовано (по решению врачебного консилиума):

экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез 3 процедуры в неделю 1–3 месяца

или

моноклональные антитела к антигену CD20 В-лимфоцитов: ритуксимаб², концентрат для приготовления раствора для инфузий 500 мг/50 мл в/венно капельно, предварительно развести в инфузионном флаконе (пакете) стерильным, апиrogenным водным раствором натрия хлорида 0,9 % или водным раствором глюкозы 5 % до концентрации 1–4 мг/мл 375 мг/м² 1 раз в неделю 4 недели.

14. Калия и магния аспарагинат, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки постоянно.

15. Кальция карбонат/холекальциферол (1250 мг + 0,01 мг), таблетки – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки постоянно.

16. Местное лечение:

16.1. антисептические ЛП для наружного применения в случае наличия пузырей, эрозий:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток

или

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток;

16.2. кортикостероиды для наружного применения I–III класса классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии (согласно приложению 4):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели

или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,

или

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

16.3. в случаях поражения кожи лица, гениталий, складок – ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁴, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 2–4 недели;

⁴ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

16.4. в случае острого/подострого воспалительного процесса с вторичным инфицированием – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрацилин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

16.5. при поражении слизистой оболочки полости рта:

при наличии пузырей, эрозий – антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – разведенный с водой 1:1 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов

или

раствор перекиси водорода 30 мг/мл – разведенный с водой 1:4 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов,

и (или)

ЛП, улучшающие трофику и регенерацию тканей:

депротеинизированный гемодериват крови телят, гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки до эпителизации эрозий.

При торпидном течении рекомендовано добавить кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки под окклюзию 2 недели

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки под окклюзию 2 недели.

17. Базовые рекомендации при пузырчатке:

17.1. при приеме системных глюкокортикоидных ЛП необходим регулярный контроль артериального давления, показателей общего анализа крови, биохимического анализа крови (в том числе, уровня глюкозы в крови, водно-электролитного баланса), денситометрия;

17.2. дозу системных глюкокортикостероидных ЛП следует снижать до поддерживающей дозы очень медленно, строго под контролем врача-дерматовенеролога;

17.3. в периоды эпидемий вирусных инфекций, перед проведением хирургических вмешательств, вакцинации, зубного протезирования снижать дозу системного глюкокортикостероидного ЛП не рекомендуется;

17.4. диета должна предусматривать ограничение поваренной соли, углеводов и при этом содержать белки и витамины. При поражении полости рта рекомендуются частый и дробный прием пищи.

18. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 5.

19. После выписки из стационара пациенты должны постоянно находиться под наблюдением врача-дерматовенеролога и смежных врачей-специалистов. Кратность посещения врача-дерматовенеролога зависит от степени тяжести пузырчатки и суточной дозы глюкокортикоидной терапии.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМ КЕРАТОЗОМ Фолликулярным

20. Лечение пациентов с приобретенным кератозом фолликулярным проводится в амбулаторных условиях.

21. Обязательные диагностические мероприятия:

21.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
осмотр с оценкой кожных проявлений;

21.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
общий анализ мочи.

22. Дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, С-реактивного белка);
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи.

23. Местное лечение:

23.1. ЛП салициловой кислоты:

салициловая кислота, мазь для наружного применения 20 мг/г – 50 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки длительно до клинического улучшения;

23.2. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленды), мочевины 10 % 2–4 раза/сутки длительно до клинического улучшения;

23.3. при обострении:

кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1–2 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1–2 недели,

или другой топический глюкокортикоид (согласно приложению 4).

24. Симптоматическое лечение:

24.1. витамины:

ретинола ацетат, капсулы 33 000 МЕ – внутрь по 1 капсуле 3 раза/сутки 1 месяц, через 2 недели курс повторить;

24.2. при распространенном процессе и (или) отсутствии эффекта от местного лечения: ретиноиды для системного применения:

изотретиноин⁵, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,3–0,5 мг/кг/сутки 4–6 месяцев.

⁵ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕХОДЯЩИМ АКАНТОЛИТИЧЕСКИМ ДЕРМАТОЗОМ ГРОВЕРА

25. Лечение пациентов с переходящим акантолитическим дерматозом Гровера проводится в амбулаторных условиях.

26. Обязательные диагностические мероприятия:

26.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

26.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи.

27. Дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи.

28. Местное лечение:

28.1. кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1–2 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1–2 недели,

или другой топический глюкокортикоид (согласно приложению 4);

28.2. в случае подострого течения – ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁶, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 недель;

⁶ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

28.3. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленды) 2–4 раза/сутки длительно до клинического улучшения.

29. Симптоматическое лечение:

29.1. витамины:

ретинола ацетат, капсулы 33 000 МЕ – внутрь по 1 капсуле 3 раза/сутки 2 недели, затем по 1 капсуле 1 раз в сутки до 12 недель;

29.2. ретиноиды для системного применения (при распространенном процессе и (или) отсутствии эффекта от местного лечения) (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин⁷, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,3–0,5 мг/кг/сутки 4–6 месяцев.

⁷ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 5

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНЫМ ПЕМФИГОИДОМ

30. Обязательные диагностические мероприятия в амбулаторных условиях:

30.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

30.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий.

31. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

31.1. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий;

31.2. инструментальные исследования:

рентгенография органов грудной клетки;

ЭКГ.

32. Дополнительные диагностические исследования:

32.1. клинико-лабораторные исследования:

исследование антител к ВИЧ;

исследование на носительство HBsAg;

исследование на анти-HCV;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

определение IgG к белкам BP 180 и BP 230;

скрининг на другие аутоиммунные буллезные дерматозы (определение IgG к десмоглеинам 1 и 3; определение IgG к энвоплакину);

определение маркеров костного ремоделирования: β -crossLaps, определение уровня остеокальцина в крови, исследование уровня ионизированного кальция в крови;

32.2. инструментальные исследования:

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства;

эзофагогастродуоденоскопия;

32.3. другие диагностические мероприятия:

контроль АД;

консультации врача-терапевта, врача-онколога, врача-эндокринолога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-акушера-гинеколога, врача-уролога.

33. Местное лечение:

33.1. антисептические ЛП для наружного применения в случае наличия пузырей, эрозий:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток

или

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток;

33.2. кортикостероиды для наружного применения I–III класса классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии (согласно приложению 4):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели, или

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели, или

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

33.3. в случаях поражения кожи лица, гениталий, складок – ЛПП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁸, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 2–4 недели;

⁸ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

33.4. в случае острого/подострого воспалительного процесса с вторичным инфицированием – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛПП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3мг+3,1мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток, или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток, или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток, или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 МГ + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 МГ + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток, или

флуометазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

33.5. при поражении слизистых оболочек полости рта:

при наличии пузырей, эрозий – антисептические ЛПП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – разведенный с водой 1:1 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов

или

раствор перекиси водорода 30 мг/мл – разведенный с водой 1:4 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов,

и (или)

депротеинизированный гемодериват крови телят, гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки до эпителизации эрозий.

При торпидном течении рекомендовано добавить кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фуроат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки 2 недели или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки 2 недели.

34. Системное лечение:

34.1. в случае легкой степени тяжести буллезного пемфигоида (согласно приложению 2): антибактериальные ЛП для системного применения:

тетрацилин, таблетки 100 мг – внутрь по 5 таблеток 3 раза/сутки (длительность терапии определяется индивидуально, но не более 3 месяцев)

или

доксицилин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 2 раза/сутки (длительность терапии определяется индивидуально, но не более 3 месяцев);

34.2. в случае неэффективности лечения тетрациклинами – противолепрозные ЛП (по решению врачебного консилиума):

дапсон, таблетки 50 мг – внутрь 1,0–1,5 мг/кг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально);

34.3. в случае неэффективности монотерапии дапсоном рекомендовано добавить глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь начиная с 0,3–0,5 мг/кг/сутки 2–4 недели или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 3);

34.4. в случае средне-тяжелой, тяжелой степени тяжести буллезного пемфигоида (согласно приложению 2):

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь начиная с 0,5–0,75 мг/кг/сутки 2–4 недели или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 3).

Снижение дозы глюкокортикоидов следует начинать при достижении терапевтического эффекта, заключающегося в эпителизации около 80 % существующих эрозий и прекращении появления новых буллезных элементов. Рекомендуемая схема снижения дозы глюкокортикоидов: со стартовой дозы до 15 мг/сутки (3 таблетки) по преднизолону снижать на 1/4 или 1/3 дозы в 2 недели, с 15 мг/сутки (3 таблетки) до 10 мг/сутки (2 таблетки) – на 2,5 мг (1/2 таблетки) в 2 недели, с 10 мг/сутки (2 таблетки) до поддерживающей дозы либо отмены – на 1,25 мг (1/4 таблетки) в месяц;

34.5. при отсутствии ответа на лечение глюкокортикоидами в комбинации с глюкокортикоидами (или) дапсоном или в виде монотерапии назначают (по решению врачебного консилиума):

азатиоприн⁹, таблетки 50 мг, капсулы 50 мг – внутрь 100–200 мг/сутки 3–4 недели

или

метотрексат⁹, таблетки 2,5 мг, 5 мг – внутрь 7,5–20 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально),

или

метотрексат¹⁰, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 7,5–20 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально). Для снижения вероятности развития нежелательных явлений метотрексата назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата,

или

микофенолата мофетил¹¹, таблетки 500 мг – внутрь 1000–2000 мг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально);

34.6. в тяжелых резистентных случаях в комбинации с глюкокортикоидами и (или) иммунодепрессантами рекомендовано (по решению врачебного консилиума):

экстракорпоральные методы детоксикации: плазмаферез 3 процедуры в неделю 1–3 месяца

или

иммуноглобулин человека нормальный¹⁰, раствор для инфузий 100 мг/мл – в/венно капельно в дозе 2000 мг на кг массы тела в сутки 5 суток. Цикл повторять каждые 3–4 недели до достижения контроля над заболеванием,

или

моноклональные антитела к антигену CD20 В-лимфоцитов: ритуксимаб¹⁰, концентрат для приготовления раствора для инфузий 500 мг/50 мл в/венно капельно предварительно развести в инфузионном флаконе (пакете) стерильным, апиrogenным водным раствором натрия хлорида 0,9 % или водным раствором глюкозы 5 % до концентрации 1–4 мг/мл 375 мг/м² 1 раз в неделю 4 недели;

34.7. в случае лечения глюкокортикоидами для системного применения:

калия и магния аспарагинат, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки до отмены глюкокортикоидов

и

кальция карбонат/холекальциферол (1250 мг + 0,01 мг), таблетки – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки до отмены глюкокортикоидов.

⁹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

¹⁰ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

¹¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 6

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦУЮЩИМ ПЕМФИГОИДОМ

35. Обязательные диагностические мероприятия в амбулаторных условиях:

35.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

35.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ) общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий.

36. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

36.1. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий;

36.2. инструментальные исследования:

рентгенография органов грудной клетки;

ЭКГ.

37. Дополнительные диагностические исследования:

37.1. клинико-лабораторные исследования:
исследование на носительство HBsAg;
исследование на анти-HCV;
исследование антител к ВИЧ;
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;
определение IgG к белкам BP 180 и BP 230;
скрининг на другие аутоиммунные буллезные дерматозы (определение IgG к десмоглеинам 1 и 3; IgG к энвоплакину);

определение маркеров костного ремоделирования: β -crossLaps, определение уровня остеокальцина в крови, исследование уровня ионизированного кальция в крови – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

37.2. инструментальные исследования:

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства;

эзофагогастродуоденоскопия;

37.3. другие диагностические мероприятия:

контроль АД;

консультации врача-терапевта, врача-онколога, врача-эндокринолога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-хирурга, врача-акушера-гинеколога, врача-уролога.

38. Местное лечение:

38.1. антисептические ЛП для наружного применения в случае наличия пузырей, эрозий:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток

или

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток;

38.2. кортикостероиды для наружного применения I–III класса классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии (согласно приложению 4):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели

или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,

или

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

38.3. в случаях поражения кожи лица, гениталий, складок – ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус¹², крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 2–4 недели;

¹² Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

38.4. в случае острого/подострого воспалительного процесса с вторичным инфицированием – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрацилин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

38.5. при поражении слизистой оболочки полости рта:

при наличии пузырей, эрозий – антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – разведенный с водой 1:1 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов

или

раствор перекиси водорода 30 мг/мл – разведенный с водой 1:4 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов,

и (или)

ЛП, улучшающие трофику и регенерацию тканей:

депротеинизированный гемодериват крови телят, гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки до эпителизации эрозий.

При торпидном течении рекомендовано добавить кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки 2 недели

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки 2 недели.

39. Системное лечение:

39.1. в случае легкой степени тяжести – противолепрозные ЛП (по решению врачебного консилиума):

дапсон¹³, таблетки 50 мг – внутрь 50–150 мг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально);

¹³ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

39.2. в случае неэффективности лечения дапсоном рекомендованы глюкокортикоиды для системного применения (в качестве монотерапии или в комбинации с дапсоном):

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5 мг/кг/сутки до достижения клинического эффекта с постепенным снижением дозы или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 3). Постепенное снижение дозы системного глюкокортикоида начинают через 15–21 день

после достижения клинического эффекта (прекращение появления новых высыпания и зуда, начало эпителизации эрозий) и продолжают в течение 4–6 месяцев до поддерживающей дозы 0,1 мг/кг/сутки (не менее 2 таблеток в сутки);

39.3. в случае лечения глюкокортикоидами для системного применения:

калия и магния аспарагинат, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки до отмены глюкокортикоидов

и

кальция карбонат/холекальциферол (1250 мг + 0,01 мг), таблетки – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки до отмены глюкокортикоидов;

39.4. иммунодепрессанты назначают при отсутствии ответа на лечение дапсоном, глюкокортикоидами для системного применения дополнительно к глюкокортикоидам или в виде монотерапии (по решению врачебного консилиума):

азатиоприн¹⁴, таблетки 50 мг – внутрь 100–200 мг/сутки 3–4 недели

или

метотрексат¹⁴, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 7,5–20 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально),

или

метотрексат¹⁴, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл подкожно 7,5–20 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально). Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата;

39.5. в тяжелых резистентных случаях в комбинации с глюкокортикоидами и (или) иммунодепрессантами рекомендовано (по решению врачебного консилиума):

моноклональные антитела к антигену CD20 В-лимфоцитов: ритуксимаб¹⁴, концентрат для приготовления раствора для инфузий 500 мг/50 мл – в/венно капельно, предварительно развести в инфузионном флаконе (пакете) стерильным, апиrogenным водным раствором натрия хлорида 0,9 % или водным раствором глюкозы 5 % до концентрации 1–4 мг/мл 375 мг/м² 1 раз в неделю 4 недели.

¹⁴ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

40. Риск развития рубцовых изменений для рубцующего пемфигоида:

низкий – пациенты с поражением слизистой полости рта или слизистой полости рта и кожи;

высокий – пациенты с поражением слизистой глаз и (или) гениталий, и (или) носоглотки, и (или) пищевода, и (или) гортани.

ГЛАВА 7

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

41. Обязательные диагностические мероприятия в амбулаторных условиях:

41.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

41.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ) общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий.

42. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

42.1. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий;

42.2. инструментальные исследования:

рентгенография органов грудной клетки;

ЭКГ.

43. Дополнительные диагностические исследования:

43.1. клиничко-лабораторные исследования:

исследование на носительство HBsAg;

исследование на анти-HCV;

исследование антител к ВИЧ;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

скрининг на аутоиммунные буллезные дерматозы (определение IgG к десмоглеинам 1 и 3; IgG к энвоплакину; IgG к белкам BP 180 и BP 230; IgA к тканевой трансглутаминазе и (или) IgA и IgG к деамидиновым пептидам глинадина) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

определение маркеров костного ремоделирования: β -crossLaps, определение уровня остеокальцина в крови, исследование уровня ионизированного кальция в крови;

43.2. инструментальные исследования:

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства;

эзофагогастродуоденоскопия;

43.3. другие диагностические мероприятия:

контроль АД;

консультации врача-терапевта, врача-онколога, врача-офтальмолога, врача-эндокринолога.

44. Местное лечение:

44.1. антисептические ЛП для наружного применения в случае наличия пузырей, эрозий:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток

или

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сульфадiazин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток;

44.2. глюкокортикоиды для наружного применения I–III класса классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии (согласно приложению 4):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели

или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,

или

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

44.3. кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП (в случае острого/подострого воспалительного процесса с вторичным инфицированием):

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрацилин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

44.4. при поражении слизистой оболочки полости рта:

при наличии пузырей, эрозий – антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – разведенный с водой 1:1 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов

или

раствор перекиси водорода 30 мг/мл – разведенный с водой 1:4 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов,

и (или)

ЛП, улучшающие трофику и регенерацию тканей:

депротеинизированный гемодериват крови телят, гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки до эпителизации эрозий.

При торпидном течении рекомендовано добавить кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки 2 недели

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки под окклюзию 2 недели.

45. Системное лечение:

45.1. в случае легкой степени тяжести – противолепрозные ЛП (по решению врачебного консилиума):

дапсон¹⁵, таблетки 50 мг – внутрь 50–150 мг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально);

¹⁵ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

45.2. в случае неэффективности лечения дапсоном – глюкокортикоиды для системного применения (в качестве монотерапии или дополнительно с дапсоном):

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки до достижения клинического эффекта или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 3). Снижение дозы

глюкокортикоидов следует начинать при достижении терапевтического эффекта, заключающегося в эпителизации около 80 % существующих эрозий и прекращении появления новых буллезных элементов. Рекомендуемая схема снижения дозы глюкокортикоидов: со стартовой дозы до 15 мг/сутки (3 таблетки) по преднизолону снижать на 1/4 или 1/3 дозы в 2 недели, с 15 мг/сутки (3 таблетки) до 10 мг/сутки (2 таблетки) – на 2,5 мг (1/2 таблетки) в 2 недели, с 10 мг/сутки (2 таблетки) до поддерживающей дозы либо отмены – на 1,25 мг (1/4 таблетки) в месяц;

45.3. в случае лечения глюкокортикоидами для системного применения:

калия и магния аспарагинат, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки до отмены глюкокортикоидов

и

кальция карбонат/холекальциферол (1250 мг + 0,01 мг), таблетки – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки до отмены глюкокортикоидов;

45.4. иммунодепрессанты назначают при отсутствии ответа на лечение дапсоном, глюкокортикоидами для системного применения дополнительно к глюкокортикоидам или в виде монотерапии (по решению врачебного консилиума):

азатиоприн¹⁶, таблетки 50 мг – внутрь 100–200 мг/сутки 3–4 недели

или

метотрексат¹⁶, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 7,5–20 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально),

или

метотрексат¹⁶, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 7,5–20 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально). Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата,

или

микофенолата мофетил¹⁷, таблетки 500 мг – внутрь 1000–2000 мг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально);

45.5. в тяжелых резистентных случаях в комбинации с глюкокортикоидами (или) иммунодепрессантами рекомендовано (по решению врачебного консилиума):

колхицин¹⁶, таблетки 500 мг – внутрь 0,6–1,2 мг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально)

или

иммуноглобулин человека нормальный¹⁶, раствор для инфузий 100 мг/мл – в/венно капельно в дозе 2000 мг на кг массы тела в сутки 5 суток. Цикл повторять каждые 3–4 недели до достижения контроля над заболеванием,

или

моноклональные антитела к антигену CD20 В-лимфоцитов: ритуксимаб¹⁶, концентрат для приготовления раствора для инфузий 500 мг/50 л – в/венно капельно предварительно развести в инфузионном флаконе (пакете) стерильным, апиrogenным водным раствором натрия хлорида 0,9 % или водным раствором глюкозы 5 % до концентрации 1–4 мг/мл 375 мг/м² 1 раз в неделю 4 недели.

¹⁶ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

¹⁷ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 8

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТИТОМ ГЕРПЕТИФОРМНЫМ (БОЛЕЗНЬЮ ДЮРИНГА)

46. Обязательные диагностические мероприятия в амбулаторных условиях:

46.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

46.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;
анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);
цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий.

47. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

47.1. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, холестерина, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий;

47.2. инструментальные исследования:

рентгенография органов грудной клетки;

ЭКГ.

48. Дополнительные диагностические исследования:

48.1. клинико-лабораторные исследования:

исследование на носительство HBsAg;

исследование на анти-HCV;

исследование антител к ВИЧ;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

скрининг на аутоиммунные буллезные дерматозы методом иммуноферментного анализа (определение IgG к десмоглеинам 1 и 3; IgG к энвоплакину; IgG к белкам BP 180 и BP 230; IgA к тканевой трансглутаминазе и (или) Ig A и Ig G к деамидиновым пептидам гиадина) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

определение уровня железа, ферритина в крови;

определение уровня витамина B₁₂ (цианокобаламин) в крови;

определение уровня фолиевой кислоты в крови;

определение маркеров костного ремоделирования: β-crossLaps, определение уровня остеокальцина в крови, исследование уровня ионизированного кальция в крови;

исследование уровня свободного тироксина, тиреотропного гормона, антител к тиреопероксидазе в крови;

48.2. инструментальные исследования:

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства;

УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез;

эзофагогастродуоденоскопия;

48.3. другие диагностические мероприятия:

контроль АД;

консультации врача-терапевта, врача-онколога, врача-гастроэнтеролога, врача-офтальмолога, врача-эндокринолога.

49. Безглютеновая диета при герпетиформном дерматите (болезни Дюринга) (согласно приложению 6) постоянно.

50. Местное лечение:

50.1. антисептические ЛП для наружного применения в случае наличия пузырей, эрозий:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП

на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток

или

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток;

50.2. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии (согласно приложению 4):

мометазон фуроат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз в сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз в сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели;

50.3. в случае острого/подострого воспалительного процесса с вторичным инфицированием следует использовать кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток.

51. Системное лечение:

51.1. в случае легкой степени тяжести – противолепрозные ЛП:

дапсон, таблетки 50 мг – внутрь начиная с 50 мг/сутки, с повышением дозы до 150–200 мг в зависимости от динамики клинических проявлений. При достижении контроля над заболеванием рекомендуемая поддерживающая доза дапсона – 0,5–1,0 мг/кг/сутки 6–24 месяца

или

аминосалициловая кислота и ее аналоги:

сульфасалазин¹⁸, таблетки 500 мг – внутрь 1–2 г/сутки;

¹⁸ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

51.2. при выраженном зуде – антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом:

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,
или
диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 2–3 раза/сутки 7–10 суток,
или
сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,
или
мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,
или
прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;
51.3. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;

51.4. в случае неэффективности лечения дапсоном – глюкокортикоиды для системного применения (в качестве монотерапии или дополнительно с дапсоном):

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–40 мг/сутки до достижения клинического эффекта или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 3). Снижение дозы глюкокортикоидов следует начинать при достижении контроля над заболеванием. Рекомендуемая схема снижения дозы глюкокортикоидов: со стартовой дозы до 15 мг/сутки (3 таблетки) по преднизолону снижать на 1/4 или 1/3 дозы в 2 недели, с 15 мг/сутки (3 таблетки) до 10 мг/сутки (2 таблетки) – на 2,5 мг (1/2 таблетки) в 2 недели, с 10 мг/сутки (2 таблетки) до поддерживающей дозы либо отмены – на 1,25 мг (1/4 таблетки) в месяц;

51.5. в случае лечения глюкокортикоидами для системного применения:

калия и магния аспарагинат, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки до отмены глюкокортикоидов

и

кальция карбонат/холекальциферол (1250 мг + 0,01 мг), таблетки – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки до отмены глюкокортикоидов.

ГЛАВА 9

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СУБКОРНЕАЛЬНЫМ ПУСТУЛЕЗНЫМ ДЕРМАТИТОМ

52. Обязательные диагностические мероприятия в амбулаторных условиях:

52.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

52.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий.

53. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

53.1. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий;

53.2. инструментальные исследования:

рентгенография органов грудной клетки.

54. Дополнительные диагностические исследования:

54.1. клинико-лабораторные исследования:

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

скрининг на аутоиммунные буллезные дерматозы (определение IgG к десмоглеинам 1 и 3; IgG к энвоплакину; IgG к белкам BP 180 и BP 230; IgA к тканевой трансглутаминазе и (или) IgA и IgG к деамидиновым пептидам глиида) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

54.2. другие диагностические мероприятия:

контроль АД;

консультации врача-терапевта, врача-онколога, врача-гастроэнтеролога, врача-гематолога, врача-эндокринолога.

55. Местное лечение:

55.1. антисептические ЛП для наружного применения в случае наличия пузырей, эрозий:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток

или

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток;

55.2. в случае острого/подострого воспалительного процесса с вторичным инфицированием – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г, мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуометазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток.

56. Системное лечение:

56.1. в случае легкой степени тяжести – противолепрозные ЛП (по решению врачебного консилиума):

дапсон¹⁹, таблетки 50 мг – внутрь 50–150 мг/сутки. При достижении контроля над заболеванием рекомендуемая поддерживающая доза дапсона – 0,5–1,0 мг/кг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально);

¹⁹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

56.2. в случае неэффективности лечения дапсоном – глюкокортикоиды для системного применения (в качестве монотерапии или дополнительно с дапсоном):

преднизолон 20–40 мг/сутки внутрь или в/мышечно (или Эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 3)) до достижения клинического эффекта с постепенным снижением дозы до отмены;

56.3. фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при средне-тяжелой и тяжелой степени тяжести буллезного пемфигоида (в соответствии с приложением 2) течении субкорнеального пустулезного дерматита. Перед назначением фототерапии пациентам с псориазом для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

Режим назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм:

начальная доза облучения – 50–70 % минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,1–0,3 Дж/см². Процедуры проводят 3–4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышают каждую процедуру или через процедуру на 5–30 %, или на 0,05–0,2 Дж/см², при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. Курс лечения – 15–35 процедур.

ГЛАВА 10

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

57. Медицинское наблюдение пациентов с буллезными дерматозами осуществляют врач-дерматовенеролог, врач-терапевт, врач общей практики.

58. Медицинское наблюдение врачом-дерматовенерологом осуществляется 1 раз в месяц в течение 2 месяцев, далее каждые 3 месяца.

59. Диагностические исследования:

общий (клинический) анализ крови – 1 раз в месяц в течение первых 2 месяцев после установления диагноза, далее 1 раз в 3–6 месяцев;

общий анализ мочи – 1 раз в месяц в течение первых 2 месяцев после установления диагноза, далее 1 раз в 3–6 месяцев;

биохимический анализ крови – 1 раз в месяц в течение первых 2 месяцев после установления диагноза, далее 1 раз в 3–6 месяцев;

60. Пациентам, находящимся на иммуносупрессивной терапии, показан регулярный контроль за клинико-лабораторными показателями, инструментальные и другие диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в зависимости от степени тяжести буллезного дерматоза и вида иммуносупрессивной терапии.

61. При наличии медицинских показаний проводятся консультации врача-эндокринолога, врача-оториноларинголога, врача-стоматолога, врача-гинеколога, врача-уролога.

Приложение 1

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями»

Классификация вульгарной пузырчатки по степени тяжести (критерии Mahajan)

№ п/п	Степень тяжести	Поражение кожи	Поражение слизистых оболочек
1	Легкая (1+)	Поражение 10 % поверхности тела (или только слизистой оболочки полости рта). Пациент способен осуществлять повседневную деятельность без дискомфорта	Поражена только слизистая оболочка щек. Жевание и глотание не затруднены
2	Умеренная (2+)	Поражение 10–25 % поверхности тела с поражением слизистой оболочки полости рта. Пациент способен осуществлять повседневную деятельность с дискомфортом.	Поражена слизистая оболочка щек, десен, губ. Затруднен прием твердой пищи.
3	Тяжелая (3+)	Поражение 25–50 % поверхности тела с поражением слизистой оболочки полости рта. Пациент не способен осуществлять повседневную деятельность.	Обширные поражения слизистой оболочки полости рта. Затруднен прием полутвердой пищи.
4	Очень тяжелая (4+)	Поражение >50 % поверхности тела с поражением слизистой оболочки полости рта. Постельный режим или осложнения.	Обширное поражение слизистой оболочки полости рта. Поражение слизистых оболочек других локализаций. Затруднение при приеме жидкости.

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями»

Степень тяжести буллезного пемфигоида

№ п/п	Степень тяжести	Площадь поражения (в процентах)	Количество новых пузырей в сутки
1	Легкая	До 10	До 3
2	Средне-тяжелая	11–30	3–10
3	Тяжелая	31 и более	Более 0

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями»

Эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения

№ п/п	ЛП	Эквивалентная доза, мг	Период полувыведения из тканей, ч
1	Короткого действия:		
	гидрокортизон, таблетки 20 мг	20	8–12
	кортизон, таблетки 25 мг	25	8–12
2	Среднедлительного действия:		
	преднизолон, таблетки 5 мг	5	18–36
	метилпреднизолон, таблетки 4 мг	4	18–36
	триамцинолон, таблетки 4 мг	4	24–36
3	Длительного действия:		
	дексаметазон, таблетки 0,5 мг	0,75	36–54

Приложение 4
к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями»

Классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии

№ п/п	Класс	Активность	ЛП	Форма выпуска
1	I	Слабоактивные	Гидрокортизон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Преднизолон	мазь для наружного применения 5 мг/г
2	II	Умеренно активные	Триамцинолон	мазь для наружного применения 1 мг/г
			Гидрокортизона бутират	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
3	III	Высокоактивные	Флуоцинолона ацетонид	мазь для наружного применения 0,25 мг/г
			Бетаметазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Метилпреднизолона ацепонат	мазь для наружного применения 1 мг/г, эмульсия для наружного применения 1 мг/г
			Мометазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
4	IV	Очень высокоактивные	Клобетазол	мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г

Приложение 5
к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями»

Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии

№ п/п	ЛП	Контролируемые показатели	Периодичность исследований
1	Метотрексат	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямо́й), щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в неделю в течение 1-го месяца лечения, затем 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, начиная с 4-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца

2	Циклоспорин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); контроль АД; тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц
3	Азатиоприн	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 1–3 месяца
4	Глюкокортикоиды	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
		коагулограмма (протромбиновый индекс, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, международное нормализованное отношение)	1 раз в 6 месяцев
		ЭКГ	1 раз в 6 месяцев
		рентгенография органов грудной клетки	1 раз в год
		денситометрия	1 раз в год
		УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза, простаты	1 раз в год
		маммография	1 раз в год
		эзофагогастродуоденоскопия	1 раз в год
5	Дапсон	Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, ретикулоциты, тромбоциты), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
6	Микофенолата мофетил	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 1 месяц

Приложение 6

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями»

Безглютеновая диета при герпетиформном дерматите (болезни Дюринга)

№ п/п	Разрешено	Исключено
1	Хлеб: из картофельного, пшеничного, кукурузного крахмала, соевой, рисовой, гречневой, кукурузной муки	Хлеб: пшеничная и ржаная мука. Все виды обычного хлеба и мучных изделий
2	Супы: на слабом мясном или рыбном бульоне с фрикадельками, кнелями (без муки), яичными хлопьями, овсяной крупой (при переносимости), рисом, овощами: картофелем, морковью, цветной капустой, тыквой, кабачками	Супы: фрикадельки, кнели, содержащие муку
3	Мясо, птица: нежирные сорта мяса (говядина, телятина, баранина, свинина), курица, индейка, кролик	Мясо, птица: хлеб в мясном фарше. Мясные полуфабрикаты, прошедшие переработку колбасы, сосиски, сардельки, мясные консервы, паштеты
4	Рыба: нежирные виды. Отварные кальмары, креветки	Рыба: соленая, копченая, консервы рыбные в томатном соусе

5	Овощи: картофель, морковь, кабачки, тыква, цветная капуста (отварные и протертые в виде пюре)	Овощи: капуста белокочанная, свекла, репа, редька, редис, огурцы, брюква, щавель, грибы, шпинат. Икра кабачковая и баклажанная, томатная паста (промышленные)
6	Крупы: каши на воде с добавлением 1/3 молока (гречневая, рисовая, кукурузная, саго, пшено, киноа, соя и продукты из них, в том числе мука). Пудинги, запеканки из этих круп	Крупы: перловая, ячневая, пшеничная, манная. Пшеничные, ячменные, овсяные хлопья. Кукурузные и рисовые хлопья («быстрые завтраки»), содержащие солодовый экстракт
7	Яйца: всмятку, омлеты паровые, запеченные	Яйца: жареные, вкрутую, сырые (в период обострения)
8	Фрукты, ягоды, сладости: кисели, желе, муссы, протертые компоты из сладких фруктов и ягод, варенье собственного производства (яблоки, груши, айва, черника, малина, клубника, черная смородина), печеные яблоки и груши. Мармелад, зефир, мед, натуральный шоколад, пастила	Фрукты, ягоды, сладости: кислые сорта ягод и фруктов. Виноград, абрикосы, сливы в период обострения. Карамель и шоколадные конфеты с начинкой, чупа-чупсы, мороженое, восточные сладости, повидло промышленного производства
9	Молочные продукты: творог свежий, кальцинированный, нектислый в натуральном виде и в изделиях (паровые пудинги с крупами или овощами). Неострый сыр, ряженка	Молочные продукты: острые, соленые сыры, йогурт, глазированные сырки
10	Соусы, приправы: молочный (бешамель) на крахмале или рисовой муке, на слабом бульоне, овощном отваре, фруктовый. Лавровый лист, перец, ванилин, корица, яблочный и винный уксус, растительные, натуральные, моноприправы, чеснок	Соусы, приправы: мука в соусах. Многокомпонентные приправы, содержащие солод или муку. Бульонные кубики, кетчуп. Горчица, перец, хрен, майонез
11	Напитки: чай травяной, фруктовый, отвар шиповника, черники, черемухи, черной смородины. Кофе и какао натуральные. Домашние соки, кисели, компот, минеральная вода	Напитки: кофе растворимый, суррогат, какао-напиток. Кока-кола, пепси-кола и др. подобные напитки. Порошок киселя. Соки виноградный, сливовый, абрикосовый, квас, морс, газированные напитки в период обострения. Алкогольные напитки
12	Жиры: сливочное масло	Жиры: другие виды жиров.
13	Специализированные продукты питания: смеси белковые композитные сухие, витаминные премиксы	Специализированные продукты питания: продукты, в состав которых входит глютен и его производные

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

22.06.2022 № 59

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с дерматитом и экземой (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L20–L30).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

аллергический контактный дерматит – острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, возникающее в ответ на контакт кожи с веществами, способными вызывать сенсибилизацию и специфическое аллергическое воспаление;

атопический дерматит – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения;

влажно-высыхающие повязки – неокклюзионные повязки, увлажненные раствором, применяются при острых воспалительных поверхностных поражениях кожи с выраженной гиперемией, отеком, везикуляцией, мокнутием;

контактный дерматит – острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, вызванное воздействием на нее факторов окружающей среды;

лампа Вуда – диагностическая лампа, излучающая преимущественно в длинноволновой части ультрафиолетового диапазона.

лихенификация (лихенизация) – очаговое изменение кожных покровов, характеризующееся уплотнением, усилением кожного рисунка и сухостью в местах постоянного воспаления и зуда;

минимальная эритемная доза – минимальное количество ультрафиолетового излучения, приводящее к заметному покраснению (эритеме) кожи;

проактивная терапия – длительное применение лекарственного препарата для наружного применения в интермиттирующем режиме (два раза в неделю или два последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний), что способствует достижению и сохранению стойкой и длительной ремиссии;

простой раздражительный контактный дерматит – острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, обусловленное раздражающим действием факторов окружающей среды на кожу;

себорейный дерматит – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, связанное с повышенной секрецией кожного сала, изменением его качественного состава и характеризующееся локализацией в областях скопления сальных желез – на волосистой части головы, лице, верхней части туловища, складках;

экзема – острое или хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных факторов, характеризующееся появлением полиморфной сыпи;

эксфолиативный дерматит – диффузная эритема и шелушение кожи, поражающие более 90 % общей поверхности тела;

эмоленты – увлажняющие средства с высоким содержанием физиологических липидов для восстановления и защиты кожного барьера;

эритема – ограниченное покраснение кожи, обусловленное расширением сосудов сосочкового слоя дермы;

ANA (антитела к ядерным антигенам) – гетерогенная группа аутоантител, направленных против компонентов собственных ядер.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с дерматитом и экземой при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами.

5. Биопсия кожи выполняется врачом-дерматовенерологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом; биопсия слизистых оболочек – врачом-стоматологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом в условиях манипуляционной (процедурного кабинета) и в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями к ее проведению.

6. Пациенты с тяжелым течением дерматита и экземы получают лечение в стационарных условиях дерматовенерологических отделений больничных организаций.

7. Пациентам с осложнениями и (или) при неэффективности лечения в амбулаторных условиях показано лечение в стационарных условиях дерматовенерологических отделений больничных организаций.

8. Пациентам с тяжелым течением эксфолиативного дерматита показано лечение в условиях отделений анестезиологии и реанимации больничных организаций.

9. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (степень тяжести заболевания, распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики

лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом, необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

10. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем).

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

11. Обязательные диагностические исследования в амбулаторных условиях:

11.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений (в том числе, выявление дополнительных критериев для постановки диагноза атопического дерматита согласно приложению 1);

11.2. клинико-лабораторные:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка; антистрептолизина О (далее – АСЛО).

12. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка; АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

13. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям – при хроническом течении, тяжелом течении, осложненном течении и (или) неэффективности лечения):

исследование уровня общего иммуноглобулина Е (далее – IgE) в крови;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Sarcoptes scabiei*);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*), рода малассезия (*Malassezia*);

микологическое (бактериологическое) исследование отделяемого на грибы рода кандиды (*Candida saprofita*);

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП;

биопсия кожи (из нескольких участков, не подвергавшихся лечению кортикостероидами для наружного применения) и морфологическое (гистологическое) исследование препарата, иммуногистохимическое исследование материала;

исследование уровня аллерген-специфических IgE антител в крови;

консультация врача-аллерголога-иммунолога.

14. Определение степени тяжести атопического дерматита проводится согласно приложению 2.

Для оценки степени тяжести атопического дерматита используется индекс SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) согласно приложению 3.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

15. Элиминация аллергенного продукта из диеты при пищевой сенсibilизации.

16. Гипоаллергенный быт.

17. Местное лечение:

17.1. увлажняющие и смягчающие средства наружно независимо от степени тяжести атопического дерматита:

косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

17.2. кортикостероиды для наружного применения:

кортикостероиды для наружного применения I–II класса (в случае легкого течения):

гидрокортизон, крем для наружного применения 1 мг/г; мазь крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

кортикостероиды для наружного применения II–III класса (в случае среднетяжелого течения):

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

кортикостероиды для наружного применения III класса (в случае тяжелого течения):

мометазона фураат, крем для наружного применения 1 мг/г; мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки 2–3 недели или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4).

При достижении положительной динамики (уменьшение зуда, эритемы) постепенное снижение дозы кортикостероидов для наружного применения и проактивная терапия по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) – длительность лечения определяется индивидуально;

17.3. на кожу лица, подмышечной, генитальной и паховой областей, складок при остром воспалении – кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7 суток или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

17.4. при отсутствии эффекта от лечения кортикостероидами для наружного применения или при наличии медицинских противопоказаний к их назначению, при локализации на коже лица, шеи, складок при подостром воспалении – ЛП для лечения заболеваний кожи:

пимекролимус¹, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки и легкими движениями полностью втирать в кожу 12 недель или до исчезновения симптомов. Возможно длительное применение пимекролимуса в режиме проактивной терапии по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) – длительность лечения определяется индивидуально

или

косметические средства:

пиритион цинка, крем для наружного применения 2 мг/г, аэрозоль для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3–4 недели;

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

17.5. при хроническом течении атопического дерматита на очаги лихенификации:

косметические средства, содержащие деготь:

крем, содержащий 0,4 % и 2 % неочищенного каменноугольного дегтя (или в сочетании с белым или желтым мягким парафином) – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки до 12 месяцев;

17.6. при локализации на волосистой части головы:

шампунь, содержащий до 2,5 % каменноугольного дегтя – наносить на пораженные участки волосистой части головы на 5 минут (затем промыть водой) 2 раза в неделю до 12 месяцев;

17.7. в случае везикуляции и мокнутия используются влажно-высыхающие повязки с раствором натрия хлорида 0,9 % или раствором нитрата серебра 0,5 %: смоченная в растворе марля (8–12 слоев) накладывается на пораженный участок кожи, покрывается тонким слоем гигроскопической ваты и прибинтовывается на 1–3 часа 3–5 раза/сутки до прекращения мокнутия;

17.8. в случае острого/подострого воспалительного процесса с вторичным инфицированием используются кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрацилин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток.

18. Симптоматическое лечение назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении и (или) в случаях неэффективности местного лечения.

19. Симптоматическое лечение:

19.1. антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – по 2 мл внутримышечно (далее – в/мышечно) 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – по 1 мл в/мышечно 3 раза/сутки 7–10 суток,

или
прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – по 2 мл в/мышечно 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

19.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или
кетотифен, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 1–3 мес.;

19.3. иммунодепрессанты назначаются в случаях средне-тяжелого / тяжелого течения при неэффективности антигистаминных ЛП:

циклоsporин, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки (в зависимости от индивидуального состояния пациента). При достижении положительного результата дозу необходимо снижать на 0,5–1,0 мг/кг/сутки каждые 2–8 недель до полной отмены. Противопоказано сочетание приема циклоsporина с фототерапией кожи.

Назначаются по решению врачебного консилиума:

азатиоприн², таблетки 50 мг – внутрь 2,5 мг/кг/сутки 12 недель

или
микофенолата мофетил³, таблетки 500 мг – внутрь 1440–2000 мг/сутки 8–12 недель, затем поддерживающая терапия до 30 недель,

или
метотрексат², таблетки 2,5; 5 мг – внутрь 7,5–25 мг/неделю 8–12 недель,

или
метотрексат², раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 7,5–25 мг/неделю 8–12 недель.

Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата;

² Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

³ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

19.4. при тяжелом течении атопического дерматита и (или) в случае неэффективности лечения рекомендовано назначение глюкокортикоидов для системного применения:

преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – в/мышечно по 1–2 мл 1 раз/сутки 5–7 суток.

При неэффективности лечения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 25–30 мг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 5).

20. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении атопического дерматита (режим назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм установлен согласно приложению 6). Перед назначением фототерапии пациентам с атопическим дерматитом для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

21. Обязательные диагностические мероприятия:

21.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

21.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
общий анализ мочи.

22. Дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка; АСЛО);
микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы рода кандиды (*Candida saprofit*), малассезия (*Malassezia*), дерматофиты (*Dermatophyton*);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Demodex folliculorum*);

люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

исследование антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) однократно;

дерматоскопия при поражении волосистой части головы;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата.

23. Местное лечение:

23.1. при локализации на волосистой части головы:

противогрибковые, противовоспалительные и кератолитические ЛП для наружного применения:

кетоконазол, шампунь для волосистой части головы 2 мг/г – наносить на пораженные участки волосистой части головы на 5 минут (затем промыть водой) 2 раза в неделю 4 недели, затем 1 раз в 1–2 недели до 6 месяцев;

пиритион цинка, шампунь для волосистой части головы 1 мг/г, 2 мг/г – наносить на пораженные участки волосистой части головы на 5 минут (затем промыть водой) 2–3 раза в неделю 2 недели, далее – при необходимости;

сульфид селена, шампунь для волосистой части головы 2 мг/г – наносить на пораженные участки волосистой части головы на 5 минут (затем промыть водой) 2–3 раза в неделю 2 недели, далее – при необходимости;

бетаметазона дипропионат, лосьон для наружного применения 0,5 мг/мл – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки 7–14 суток;

бетаметазон/салициловая кислота, мазь для наружного применения (0,5 мг + 30 мг)/г, раствор для наружного применения (0,5 мг + 20 мг)/г, лосьон для наружного применения (500 мкг + 20 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1–2 раза/сутки 7–14 суток;

23.2. при локализации на коже туловища:

кортикостероиды для наружного применения II–IV класса:

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки 2–3 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,

или

другие топические глюкокортикоиды (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

противогрибковые ЛП для наружного применения:

кетоназол, крем для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток

или

миконазол, крем для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток,

или

клотримазол, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток,

или

изоконазол, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток,

или

бифоназол, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток,

или

ЛП для лечения заболеваний кожи:

пимекролимус, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 недель

или

косметические средства:

пиритион цинка, крем для наружного применения 2 мг/г, аэрозоль для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 недель;

23.3. при локализации на коже лица:

кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток

или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

другие топические глюкокортикоиды (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4);

23.4. при наличии корок в очагах поражения:

противогрибковые ЛП для лечения заболеваний кожи:

салициловая кислота, мазь для наружного применения 5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки (вечером) 10–14 суток;

23.5. системную противогрибковую терапию назначают в случаях упорного и тяжелого течения, при распространенном процессе и (или) неэффективности местного лечения:

итраконазол, таблетки 100 мг – внутрь по 2 таблетки 1 раз/сутки 7 суток, далее по 2 таблетки 1 раз/сутки 1 раз в две недели 18 недель

или

итраконазол, таблетки 100 мг – внутрь по 2 таблетки 1 раз/сутки первую неделю первого месяца, затем по 2 таблетки 1 раз/сутки первые двое суток каждого месяца 2–11 месяцев,

или

тербинафин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 4–6 недель или по 1 таблетке 1 раз/сутки 12 суток каждого месяца непрерывно 3 месяца,

или

флуконазол, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 2 недели или 200 мг 1 раз в неделю 4 недели, или 300 мг/неделю 2 недели,
или
кетоконазол, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 4 недели.

ГЛАВА 5

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕЛЕНОЧНЫМ ДЕРМАТИТОМ

24. Обязательные диагностические мероприятия:

24.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

24.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
общий анализ мочи.

25. Дополнительные диагностические мероприятия:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, щелочной фосфатазы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, С-реактивного белка);
исследование уровня общего IgE в крови;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы рода кандиды (*Candida saprofit*), дерматофиты (*Dermatophyton*);

люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

исследование антител к ВИЧ однократно;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

обследование на инфекции, передающиеся половым путем (далее – ИППП):
исследование отделяемого из цервикального канала, уретры и (или) прямой кишки на *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*; влагалищного отделяемого и (или) уретры на *Trichomonas vaginalis*;

микроскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала, влагалища, слизистой прямой кишки;

консультация врача-уролога, врача-проктолога.

26. Местное лечение:

26.1. кортикостероиды для наружного применения:

кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7 суток
или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,

или другие топические глюкокортикоиды (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

26.2. кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамидин/неомицин сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуометазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

26.3. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленды) 2–4 раза/сутки длительно.

ГЛАВА 6

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ КОНТАКТНЫМ ДЕРМАТИТОМ

27. Обязательные диагностические мероприятия:

27.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

27.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

27.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

28. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям – при хроническом течении, тяжелом течении и (или) неэффективности лечения):

исследование уровня общего IgE в крови;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Sarcoptes scabiei*);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*);

микологическое (бактериологическое) исследование отделяемого на грибы рода кандиды (*Candida saprofita*);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

консультация врача-аллерголога-иммунолога.

29. Прекращение воздействия химических веществ, вызвавших развитие аллергического контактного дерматита.

30. Местное лечение:

30.1. кортикостероиды для наружного применения:

глюкокортикоиды для наружного применения I–III класса (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели

или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,

или

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

30.2. в случае везикуляции и мокнутия используются влажно-высыхающие повязки с раствором натрия хлорида, 0,9 % или раствором нитрата серебра, 0,5 % – смоченная в растворе марля (8–12 слоев) накладывается на пораженный участок кожи, покрывается тонким слоем гигроскопической ваты и прибинтовывается на 1–3 часа 3–5 раз в сутки;

30.3. в случае зуда используются косметические средства:

каламин, лосьон для наружного применения 15 мг/мл – наносить тонким слоем (на тампоне) на область высыпаний 2 раза/сутки до исчезновения симптомов;

30.4. при поражении кистей и (или) стоп дополнительно используются:

антисептические и дезинфицирующие ЛП:

калия перманганат, порошок для приготовления раствора наружного применения 5 г растворяется в 5–10 л теплой (40–45°C) кипяченой питьевой воды, ванночки по 5–10 минут 4 раза/сутки до исчезновения симптомов мокнутия;

при наличии трещин используются ЛП для лечения заболеваний кожи:

метилурацил, мазь для наружного применения 100мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до исчезновения симптомов;

30.5. ЛП для лечения заболеваний кожи:

пимекролимус⁴, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки до 8 недель;

⁴ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

30.6. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно.

31. Симптоматическое лечение:

31.1. антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

секифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

31.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;

31.3. при остром течении аллергического контактного дерматита рекомендовано назначение глюкокортикоидов для системного применения:

преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – в/мышечно по 1–2 мл 1 раз/сутки 5–7 суток.

При тяжелом течении (вовлечение более 20 % поверхности кожи или открытых участков кожи):

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки внутрь в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 5);

31.4. при неэффективности проводимого лечения пациентам с распространенными высыпаниями рекомендовано:

иммунодепрессанты (по решению врачебного консилиума):

циклоsporин⁵, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12 – часовым интервалом 6 недель.

⁵ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 7

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОСТЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЬНЫМ [IRRITANT] КОНТАКТНЫМ ДЕРМАТИТОМ

32. Обязательные диагностические мероприятия:

32.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

32.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

32.3. дополнительные диагностические исследования (по медицинским показаниям – при хроническом течении, тяжелом течении и (или) неэффективности лечения):

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, щелочной фосфатазы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, С-реактивного белка);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Sarcoptes scabiei*);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*);

микологическое (бактериологическое) исследование отделяемого на грибы рода кандиды (*Candida saprofita*);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

определение антител к боррелии Бургдорфера (*Borrelia burgdorferi*) в крови.

33. Прекращение контакта с этиологическим фактором, вызвавшего развитие простого раздражительного контактного дерматита (классификация причинно-значимых веществ, наиболее часто вызывающих развитие контактного дерматита, согласно приложению 7).

34. Местное лечение (кортикостероиды для наружного применения):

глюкокортикоиды для наружного применения I–III класса (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели, или

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели.

35. В случае везикуляции и мокнутия используются влажно-высыхающие повязки с раствором натрия хлорида, 0,9 % или раствором нитрата серебра, 0,5 % – смоченная в растворе марля (8–12 слоев) накладывается на пораженный участок кожи, покрывается тонким слоем гигроскопической ваты и прибинтовывается на 1–3 часа 3–5 раз в сутки до прекращения мокнутия.

35.1. ЛП для лечения заболеваний кожи:

пимекролимус⁶, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 8 недель;

⁶ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

35.2. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно.

36. Симптоматическое лечение:

36.1. антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

36.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или

дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или

левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или

биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или

эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;

36.3. при остром течении контактного дерматита или неэффективности местного лечения и антигистаминных ЛП рекомендовано назначение глюкокортикоидов для системного применения:

преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – в/мышечно по 1–2 мл 1 раз/сутки 5–7 суток.

При неэффективности лечения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 5);

36.4. при тяжелом хроническом течении контактного дерматита рекомендовано:

иммунодепрессанты (по решению врачебного консилиума):

циклоsporин⁷, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом 6 недель.

⁷ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 8

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭКСФОЛИАТИВНЫМ ДЕРМАТИТОМ

37. Лечение пациентов с эксфолиативным дерматитом проводится в стационарных условиях.

38. Обязательные диагностические мероприятия:

38.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

38.2. обязательные диагностические исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, альбумина, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, калия, натрия, хлора, лактатдегидрогеназы, С-реактивного белка);

исследование уровня общего IgE в крови;

исследование на носительство поверхностного антигена вируса гепатита В (далее – HBsAg);

исследование на антитела к антигенам вирусного гепатита С (далее – anti-HCV);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

исследование антител к ВИЧ;

электрокардиограмма (далее – ЭКГ);

контроль артериального давления (далее – АД);

биопсия кожи (из нескольких участков, не подвергавшихся лечению кортикостероидами для наружного применения) и морфологическое (гистологическое) исследование препарата, иммуногистохимическое исследование материала.

39. Дополнительные диагностические исследования (по медицинским показаниям – при осложненном течении и (или) неэффективности лечения):

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Sarcoptes scabiei*);
микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*);
микологическое (бактериологическое) исследование отделяемого на грибы рода кандиды (*Candida saprofita*);
исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);
определение IgG к белкам BP 180 и BP 230;
определение IgG к энвоплакину;
рентгенография органов грудной клетки;
ультразвуковое обследование (далее – УЗИ) брюшной полости и забрюшинного пространства;
бактериологическое исследование отделяемого элементов;
бактериологическое исследование крови на стерильность;
электрофорез белков сыворотки крови;
консультация врача-аллерголога-иммунолога, консультация врача-онколога, консультация врача-гематолога.

40. Прекратить прием/введение всех ЛП, кроме жизненно необходимых.

41. Диетическое питание: белковая диета.

42. Местное лечение:

42.1. влажно-высыхающие повязки с раствором натрия хлорида, 0,9 % или раствором нитрата серебра, 0,5 % или с кортикостероидами для наружного применения I класса (бетаметазона дипропионат, лосьон для наружного применения 0,5 мг/мл) – смоченная в растворе марля (8–12 слоев) накладывается на пораженный участок кожи, покрывается тонким слоем гигроскопической ваты и прибинтовывается на 1–3 часа 2 и более раз в сутки 2–3 недели;

42.2. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленды) 2–4 раза/сутки длительно;

42.3. кортикостероиды для наружного применения:

глюкокортикоиды для наружного применения I–III класса (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4):

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели
или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,
или

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели.

43. Системное лечение:

43.1. для коррекции электролитных и кислотно-щелочных нарушений применяют:

электролиты (натрия ацетат/ натрия хлорид/ калия хлорид), раствор для инфузий 0,9 % – внутривенно (далее – в/венно) капельно по 200–500 мл 1–2 раза/сутки до восполнения дефицита объема циркулирующей крови / нормализации электролитных и кислотно-щелочных нарушений;

43.2. коррекция гипергидратации осуществляется с помощью применения диуретиков:

фуросемид, таблетки 40 мг – внутрь 40–80 мг 1 раз/сутки (или в 2 приема с интервалом в 6 часов)

или

фуросемид, раствор для инфузий 20 мг/2 мл – в/венно или в/мышечно 20–60 мг 1–2 раза/сутки (максимальная суточная доза 160 мг);

43.3. в случае неясной этиологии эксфолиативного дерматита:

глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 1,0–2,0 мг/кг/сутки до достижения клинического эффекта с постепенным снижением дозы на 2,5–5,0 мг каждые 5–7 дней. При достижении

суточной дозы 50 % от исходной необходимо снижать дозу на 2,5 мг каждые 10–14 дней до поддерживающей 0,5 мг/кг/сутки до полного разрешения высыпаний и прекращения зуда или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 3).

При остром, тяжелом течении рекомендовано проведение пульс-терапии:

метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для в/венного и в/мышечного введения, 250 мг/фл. – в/венно капельно по 250–1000 мг развести в 250 мл раствора натрия хлорида 0,9 % в течение 30–60 мин со скоростью 60 капель/мин. 1 раз/сутки 3 суток.

Назначение глюкокортикоидов для системного применения противопоказано при подозрении на псориаз.

Иммунодепрессанты назначаются по решению врачебного консилиума:

циклоспорин, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 5 мг/кг/сутки массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При достижении положительного результата дозу необходимо снижать на 0,5–1,0 мг/кг/сутки каждые 2 недели до 1–3 мг/кг/сутки 3 месяца.

Метотрексат назначается в случае псориазического генеза эксфолиативного дерматита.

Метотрексат, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 10–25 мг/неделю 8–12 недель
или

метотрексат, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 10–25 мг/неделю 8–12 недель. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата;

43.4. антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток
или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

43.5. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;

43.6. системную антибактериальную терапию назначают в случаях осложнений инфекциями кожи в соответствии с результатами чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным ЛПП.

В случае инфекции, вызванной *Staphylococcus*, *Streptococcus*, ЛПП первого выбора:

пенициллины:

оксациллин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 4 раза/сутки 7–10 суток

или

амоксциллин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500–750 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз:

амоксциллин/клавулановая кислота, таблетки 250 мг/125 мг или 500 мг/125 мг – внутрь по 1 таблетке 250/125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 500 мг/125 мг 2 раза/сутки 7–10 суток.

Цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 250 мг – 500 мг внутрь 4 раза/сутки – 7–14 суток;

цефалоспорины 2 поколения:

цефпрозил, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг 1 раз/сутки – 5–10 суток

или

цефуроксим, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–10 суток,

или

цефуроксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг – в/мышечно по 750 мг 3 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 3 поколения:

цефтазидим, порошок для приготовления раствора для инъекций 1,0 г – 1–2 г в/венно или в/мышечно 2–3 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефподоксим, таблетки 200 мг – внутрь по 200–400 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток,

или

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1,0 г – в/мышечно по 1–2 г 1–2 раза/сутки – 5–10 суток.

У пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

кларитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем по 1 таблетке 250 мг 1 раз/сутки 4 суток;

фторхинолоны:

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

офлоксацин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 200 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток,

или

левофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток.

В тяжелых случаях:

карбапенемы:

меропенем, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1 г – в/венно по 500 мг в разведении до 50–200 мл совместимой инфузионной жидкостью 3 раза/сутки (продолжительность инфузии должна составлять 15–30 минут) 5–10 суток

или

имипенем/циластатина натриевая соль, порошок 500 мг/500 мг – 500 мг в/венно 2 раза/сутки 5–10 суток;

43.7. в случае инфекции, вызванной метициллин-устойчивым золотистым стафилококком:

линкозамиды:

клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 1 капсуле 150 мг – 300 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

сульфаниламиды:

сульфаметоксазол/триметоприм, таблетки 400 мг / 80 мг – внутрь по 1 таблетке 400 мг / 80 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

оксазолидиноны:

линезолид, таблетки 600 мг – внутрь по 1 таблетке 600 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

гликопептиды:

ванкомицин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1 г – в/венно капельно по 1 г каждые 12 ч (продолжительность инфузии должна составлять не менее 60 минут) – 7–10 суток;

тетрациклины:

доксциклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь 2 капсулы 100 мг 1 раз в первые сутки, затем по 1 капсуле или таблетке растворимой 100 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

43.8. в случае инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком:

пенициллины:

бензилпенициллин натриевая соль, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000000 ЕД – в/мышечно по 2000000 ЕД – 4000000 ЕД каждые 4–6 часов 7–10 суток;

линкозамиды:

клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 1 капсуле 150 мг – 300 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

цефазолин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1 г – в/мышечно по 1 г, растворив в 4 мл воды для инъекций, каждые 8 часов 7–10 суток.

ГЛАВА 9

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТИТОМ, ВЫЗВАННЫМ ВЕЩЕСТВАМИ, ПРИНЯТЫМИ ВНУТРЬ

44. Классификация дерматита, вызванного веществами, принятыми внутрь, по степени тяжести установлена согласно приложению 8.

45. Обязательные диагностические мероприятия:

45.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

45.2. обязательные лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, гамма-глутамилтранспептидазы, калия, С-реактивного белка);

45.3. обязательные лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, гамма-глутамилтранспептидазы, калия, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

45.4. дополнительные диагностические исследования (по медицинским показаниям – при хроническом течении и (или) неэффективности лечения):

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

исследование антител к ВИЧ;

консультация врача-аллерголога-иммунолога, врача-терапевта, врача-гастроэнтеролога.

46. Прекратить прием/введение всех ЛП, кроме жизненно необходимых.

47. Диетическое питание: гипоаллергенная диета.

48. Местное лечение:

48.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

48.2. глюкокортикоиды для наружного применения I–III класса (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели, или

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели.

49. Симптоматическое лечение:

49.1. энтеросорбенты:

лигнин гидролизный, порошок 10 г, таблетки 400 мг: внутрь в дозе 0,5–1 г/кг/сутки в 3–4 приема (за 1–2 часа до или после еды и приема других ЛП) 3–10 суток;

полиметилсилоксана полигидрат, паста для приема внутрь: внутрь в дозе 22,5 г раза/сутки (за 1–2 часа до или после еды и приема других ЛП) 3–10 суток;

уголь активированный, таблетки 250 мг: внутрь в дозе 0,5–1 г/кг/сутки в 3–4 приема (за 1–2 часа до или после еды и приема других ЛП) 3–10 суток;

49.2. при легкой степени тяжести дерматита, вызванного веществами, принятыми внутрь:

антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки
7–10 суток,
или
прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки
(вечером) 7–10 суток;
49.3. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–
28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;
49.4. при среднетяжелой, тяжелой степени дерматита, вызванного веществами,
принятыми внутрь и (или) в случае неэффективности лечения:
глюкокортикоиды для системного применения:
преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1 (не более 2) мг/кг/сутки в течение 5–7 дней
со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены или эквивалентные
противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения
(согласно приложению 5)
или
преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – в/мышечно по 1–2 мл 1 раз/сутки 5–
7 суток;
49.5. при среднетяжелой и тяжелой степени тяжести дерматита, вызванного
веществами, принятыми внутрь при нормальных показателях АД рекомендовано
назначение диуретиков в том случае, если они не были причиной аллергической реакции:
фуросемид, таблетки 40 мг – внутрь до 40–80 мг 1 раз/сутки (или в 2 приема
с интервалом в 6 часов) до 3 суток
или
фуросемид, раствор 20 мг/2 мл – в/венно или в/мышечно 20–60 мг 1–2 раза/сутки
(максимальная суточная доза 160 мг) до 3 суток.

ГЛАВА 10

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОСТЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ И ПОЧЕСУХОЙ

50. Обязательные диагностические мероприятия:
50.1. клинические мероприятия:
сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
осмотр с оценкой кожных проявлений;
50.2. обязательные лабораторные исследования:
общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества
эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, гамма-глутамилтранспептидазы, холестерина, АСЛО, железа);

50.3. дополнительные диагностические исследования:

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы рода кандиды (*Candida saprofit*), дерматофиты (*Dermatophyton*);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

консультация врача-психотерапевта, врача-ангиохирурга.

51. Местное лечение:

51.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

51.2. кортикостероиды для наружного применения:

кортикостероиды для наружного применения III–IV класса (в случае тяжелого течения):

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз/сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели;

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз/сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели

или

другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

кортикостероиды для наружного применения II класса (в случае средне-тяжелого течения):

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз/сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

51.3. в случае выраженного зуда капсаицин и ЛПП на его основе (по решению врачебного консилиума):

капсаицин, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область зудящих высыпаний до исчезновения симптомов зуда от 2 недель до 10 месяцев.

52. Системное лечение:

52.1. антигистаминные ЛПП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

52.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;

52.3. глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае неэффективности лечения антигистаминными ЛП для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–40 мг/сутки в течение 1–2 месяцев с последующей отменой или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);

52.4. иммунодепрессанты назначаются в случае тяжелого течения или в случае неэффективности лечения по решению врачебного консилиума:

циклоsporин⁸, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 3–5 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При достижении положительного результата дозу необходимо снижать на 0,5–1,0 мг/кг/сутки каждые 2–8 недель до полной отмены.

⁸ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

53. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении почесухи (режим назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм установлен согласно приложению 6). Перед назначением фототерапии пациентам с почесухой для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 11

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕСУХОЙ УЗЛОВАТОЙ

54. Обязательные диагностические мероприятия:

54.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

54.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

54.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, холестерина, щелочной фосфатазы, калия, натрия, хлоридов, фосфора, глюкозы, гамма-глутамилтранспептидазы, магния, железа);

исследование на носительство HbsAg;

исследование на анти-HCV;

исследование уровня общего IgE в крови;
исследование уровня паратиреоидного гормона в крови;
исследование уровня кальцитонина в крови;
очаговая проба с туберкулином (диаскин тест или квантифероновый тест);
исследование уровня свободного тироксина (далее – Т4), тиреотропного гормона (далее – ТТГ) в крови;
копрологическое исследование;
определение антител к возбудителю описторхоза, лямблиям, аскаридам, трихинеллам, эхинококку, токсокаре собак в крови;
микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Sarcoptes scabiei*);
исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;
консультация врача-психотерапевта, врача-гастроэнтеролога, врача-невролога, врача-эндокринолога.

55. Местное лечение:

55.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

55.2. кортикостероиды для наружного применения:

кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фуроат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз/сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели;

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз/сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели;

или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

55.3. в случае выраженного зуда капсаицин и ЛПП на его основе (по решению врачебного консилиума):

капсаицин, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область зудящих высыпаний до исчезновения симптомов зуда от 2 недель до 10 месяцев.

56. Симптоматическое лечение:

56.1. антигистаминные ЛПП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

56.2. антигистаминные ЛПП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;

56.3. глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае неэффективности лечения антигистаминными ЛП для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–40 мг/сутки с последующей отменой в течение 1–2 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 5);

56.4. иммунодепрессанты назначаются в случае тяжелого течения или в случае неэффективности лечения по решению врачебного консилиума:

циклоsporин⁹, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 3–5 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При достижении положительного результата дозу необходимо снижать на 0,5–1,0 мг/кг/сутки каждые 2–8 недель до полной отмены.

⁹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

57. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении чесотки. Перед назначением фототерапии пациентам с чесоткой для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 12

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗУДОМ

58. Обязательные диагностические мероприятия:

58.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

58.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

58.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, калия, натрия, хлоридов, фосфора, глюкозы, холестерина, гамма-глутамилтранспептидазы, магния, железа, АСЛО);

копрологическое исследование;

исследование на носительство HbsAg;

исследование на анти-HCV;

исследование антител к ВИЧ;

исследование уровня общего IgE в крови;

исследование уровня Т4, ТТГ в крови;

определение антител к возбудителю описторхоза, лямблиям, аскаридам, трихинеллам, эхинококку, токсокаре собак в крови;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Sarcoptes scabiei*);

обследование на ИППП: исследование отделяемого из цервикального канала, уретры и (или) прямой кишки на *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, на вирус простого герпеса 1, 2 (*Herpes simplex virus* 1, 2); на вирус папилломы человека (*Papillomavirus*); влагалищного отделяемого и (или) уретры на *Trichomonas vaginalis*;

микроскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала, влагалища, слизистой прямой кишки;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

консультация врача-психотерапевта, врача-аллерголога-иммунолога, врача-гастроэнтеролога, врача-невролога, врача-эндокринолога.

59. Исключить использование щелочного мыла.

60. Местное лечение:

60.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

60.2. ЛП для лечения зуда:

бензокаин, мазь для наружного применения 2,5 мг/г – наносить через аппликатор на пораженные участки 1–4 раза/сутки до исчезновения симптомов зуда;

бензокаин, суппозитории ректальные 5 мг – ректально по 1 суппозиторию утром, на ночь и после каждого опорожнения кишечника до 4 раз/сутки в течение 7–14 дней;

60.3. кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 6–8 недель или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 3 недели, затем 1 раз/сутки 2–3 недели, затем 3 раза/неделю 2–3 недели или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

60.4. в случае выраженного зуда капсаицин и ЛП на его основе (по решению врачебного консилиума):

капсаицин, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область зудящих высыпаний до исчезновения симптомов зуда от 2 недель до 10 месяцев.

61. Симптоматическое лечение:

61.1. антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

61.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;

61.3. глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае тяжелого течения или в случае неэффективности лечения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–40 мг/сутки с последующей отменой в течение 1–2 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 5).

ГЛАВА 13

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МОНЕТОВИДНОЙ ЭКЗЕМОЙ

62. Обязательные диагностические мероприятия:

62.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

62.2. обязательные лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, холестерина, глюкозы, АСЛО);

62.3. обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, глюкозы, холестерина, АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

62.4. дополнительные диагностические исследования:

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermatophyton);

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

консультация врача-аллерголога-иммунолога, врача-гастроэнтеролога, врача-терапевта, врача-эндокринолога.

63. Местное лечение:

63.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

63.2. кортикостероиды для наружного применения II–III класса:

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели

или

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,

или

мометазона фураат, крем для наружного применения 1 мг/г; мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки 2–3 недели или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

63.3. в случае острого/подострого воспалительного процесса используются кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

63.4. в случае везикуляции и мокнутия используются влажно-высыхающие повязки с раствором натрия хлорида, 0,9 % или раствором нитрата серебра, 0,5 % – смоченная в растворе марля (8–12 слоев) накладывается на пораженный участок кожи, покрывается тонким слоем гигроскопической ваты и прибинтовывается на 1–3 часа 3–5 раз/сутки до прекращения мокнутия;

63.5. при отсутствии вторичного инфицирования:

пимекролимус¹⁰, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 8–12 недель или до исчезновения симптомов.

¹⁰ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

64. Системную антибактериальную терапию назначают в случаях неэффективности местного лечения, при распространенных, хронических, рецидивирующих очагах поражения.

В случае инфекции, вызванной *Staphylococcus*, *Streptococcus*, ЛП первого выбора:

пенициллины:

оксациллин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 4 раза/сутки или

амоксциллин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500–750 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз:

амоксациллин/клавулановая кислота, таблетки 250 мг/125 мг или 500 мг/125 мг – внутрь по 1 таблетке 250/125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 500 мг/125 мг 2 раза/сутки 7–10 суток.

Цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 250 мг – 500 мг внутрь 4 раза/сутки – 7–14 суток;

цефалоспорины 2 поколения:

цефпрозил, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг 1 раз/сутки – 5–10 суток
или

цефуроксим, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–10 суток,

или

цефуроксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг – в/мышечно по 750 мг 3 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 3 поколения:

цефподоксим, таблетки 200 мг – внутрь по 200–400 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефтазидим, порошок для приготовления раствора для инъекций 1,0 г – 1–2 г в/венно или в/мышечно 2–3 раза/сутки – 5–10 суток,

или

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1,0 г – в/мышечно по 1–2 г 1–2 раза/сутки – 5–10 суток.

У пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

кларитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем по 1 таблетке 250 мг 1 раз/сутки 4 суток;

фторхинолоны:

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

офлоксацин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 200 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток,

или

левофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток.

В тяжелых случаях:

карбапенемы:

меропенем, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1 г – в/венно по 500 мг в разведении до 50–200 мл совместимой инфузионной жидкостью 3 раза/сутки (продолжительность инфузии должна составлять 15–30 минут) 5–10 суток

или

имипенем/циластатина натриевая соль, порошок 500 мг/500 мг – 500 мг в/венно 2 раза/сутки 5–10 суток.

64.1. В случае инфекции, вызванной метициллин-устойчивым золотистым стафилококком:

линкозамиды:

клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 1 капсуле 150 мг – 300 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

сульфаниламины:

сульфаметоксазол/триметоприм, таблетки 400 мг / 80 мг – внутрь по 1 таблетке 400 мг / 80 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

оксазолидиноны:

линезолид, таблетки 600 мг – внутрь по 1 таблетке 600 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

гликопептиды:

ванкомицин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1 г – в/венно капельно по 1 г каждые 12 ч (продолжительность инфузии должна составлять не менее 60 минут) – 7–10 суток;

тетрациклины:

доксицилин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь 2 капсулы 100 мг 1 раз в первые сутки, затем по 1 капсуле или таблетке растворимой 100 мг 2 раза/сутки 7–10 суток.

64.2. В случае инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком:

пенициллины:

бензилпенициллин натриевая соль, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000000 ЕД – в/мышечно по 2000000 ЕД – 4000000 ЕД каждые 4–6 часов 7–10 суток;

линкозамиды:

клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 1 капсуле 150 мг – 300 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

цефазолин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1 г – в/мышечно по 1 г, растворив в 4 мл воды для инъекций, каждые 8 часов 7–10 суток.

64.3. Антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток.

64.4. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток.

65. Глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае средне-тяжелого, тяжелого течения или в случае неэффективности лечения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 25–30 мг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены

или

преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – в/мышечно по 1–2 мл 1 раз/сутки 5–7 суток.

ГЛАВА 14

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИСГИДРОЗОМ

66. Обязательные диагностические мероприятия:

66.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

66.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

66.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, глюкозы, АСЛО);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Sarcoptes scabiei*);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*);

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата.

67. Местное лечение:

67.1. при остром течении – антисептические и дезинфицирующие ЛП:

калия перманганат, порошок для приготовления раствора наружного применения 5 г – калия перманганат 5 г растворяется в 5–10 л теплой (40–45°C) кипяченой питьевой воды, ванночки по 5–10 минут 4 раза/сутки до исчезновения симптомов мокнутия;

67.2. при наличии пузырей – аспирация пузырных элементов стерильным шприцем;

67.3. после купирования острых явлений – косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

67.4. кортикостероиды для наружного применения III–IV класса (в случае тяжелого течения):

мометазона фуроат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз/сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели;

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз/сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели

или

другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

67.5. при осложнении вторичной инфекцией кожи – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или
окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,
или
клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,
или
грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,
или
гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,
или
флуометазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;
67.6. ЛПП для лечения заболеваний кожи:
пимекролимус¹¹ крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 8–12 недель или до исчезновения симптомов;

¹¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

67.7. ЛПП, содержащие деготь:
кремы, содержащие 2–5 % неочищенного каменноугольного дегтя – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки до исчезновения симптомов.

68. Симптоматическое лечение:

68.1. антигистаминные ЛПП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):
клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток
или
клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,
или
диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,
или
сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,
или
мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,
или
прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

68.2. антигистаминные ЛПП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток.

69. Системную антибактериальную терапию назначают в случаях осложнения вторичной инфекцией кожи при неэффективности местного лечения:

в случае инфекции, вызванной *Staphylococcus*, *Streptococcus*, ЛП первого выбора:

пенициллины:

оксациллин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 4 раза/сутки 7–10 суток

или

амоксциллин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500–750 2 раза/сутки 7–10 суток;

комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз:

амоксциллин/клавулановая кислота, таблетки 250 мг/125 мг или 500 мг/125 мг – внутрь по 1 таблетке 250/125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 500 мг/125 мг 2 раза/сутки 7–10 суток.

Цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 250 мг – 500 мг внутрь 4 раза/сутки – 7–14 суток;

цефалоспорины 2 поколения:

цефпрозил, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг 1 раз/сутки – 5–10 суток

или

цефуроксим, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–10 суток,

или

цефуроксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг – в/мышечно по 750 мг 3 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 3 поколения:

цефподоксим, таблетки 200 мг – внутрь по 200–400 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефтазидим, порошок для приготовления раствора для инъекций 1,0 г – 1–2 г в/венно или в/мышечно 2–3 раза/сутки – 5–10 суток,

или

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1,0 г – в/мышечно по 1–2 г 1–2 раза/сутки – 5–10 суток.

У пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

кларитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем внутрь по 1 таблетке 250 мг 1 раз/сутки 4 суток;

фторхинолоны:

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

офлоксацин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 200 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток, или
левофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток.

В тяжелых случаях:

карбапенемы:

меропенем, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1 г – в/венно по 500 мг в разведении до 50–200 мл совместимой инфузионной жидкостью 3 раза/сутки (продолжительность инфузии должна составлять 15–30 минут) 5–10 суток

или

имипенем/циластатина натриевая соль, порошок 500 мг/500 мг – 500 мг в/венно 2 раза/сутки 5–10 суток.

70. Глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае средне-тяжелого, тяжелого течения или в случае неэффективности лечения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–40 мг/сутки с последующей отменой в течение 1–2 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 5).

71. Селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты назначаются в случае тяжелого течения или в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения назначают по решению врачебного консилиума:

азатиоприн¹², таблетки 50 мг – внутрь 2,5 мг/кг/сутки внутрь 12 недель, поддерживающее лечение до 30 недель;

метотрексат¹², таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 7,5–20 мг/неделю 8–12 недель

или

метотрексат¹², раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 7,5–20 мг/неделю 8–12 недель.

Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата.

¹² Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 15

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЖНОЙ АУТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ

72. Обязательные диагностические мероприятия:

72.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

72.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

72.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, глюкозы, АСЛО);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermatophyton);

микологическое (бактериологическое) исследование соскоба с кожи на грибы рода кандиды (Candidasaprofita);

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата.

73. Местное лечение:

73.1. противогрибковые ЛП для наружного применения:

клотримазол, крем для наружного применения 1 мг/г, гель для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

клотримазол, спрей для наружного применения 1 мг/г – распылять на очаги поражения 2 раза/сутки 2–4 недели;

кетоконазол, крем для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

миконазол, крем для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

сертаконазол, крем для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

бифоназол, крем для наружного применения 1 мг/г, гель для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

бифоназол, спрей для наружного применения 1 мг/г – распылять на очаги поражения 2 раза/сутки 2–4 недели;

изокконазол, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

73.2. кортикостероиды для наружного применения I–II класса (на очаги на коже лица, подмышечной, генитальной и паховой областей, складок):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7 суток или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

кортикостероиды для наружного применения III–IV класса (на очаги поражения других локализаций):

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели;

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели или другой топический глюкокортикоид (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4).

74. Системное лечение:

74.1. противогрибковые ЛП для системного применения (при грибковой этиологии):

итраконазол, капсулы 100 мг – внутрь по 1 капсуле 1–2 раза/сутки 2–4 недели;

тербинафин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 2–4 недели;

флуконазол, капсулы 50 мг, 150 мг – внутрь по 1 капсуле 50 мг 2 раза/сутки или по 1 капсуле 150 мг 1 раз/сутки 2–4 недели;

гризеофульвин, таблетки 125 мг – внутрь 10–20 мг/кг/сутки 4–8 недель (при микозе кожи волосистой части головы);

74.2. антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или
прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;
74.3. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;
74.4. глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае тяжелого течения или в случае неэффективности лечения:
дексаметазон, таблетки 0,5 мг – внутрь 0,075 мг/кг/сутки 7 дней с отменой или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 5).

ГЛАВА 16

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ ДЕРМАТИТОМ

75. Обязательные диагностические мероприятия:
75.1. клинические мероприятия:
сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
осмотр с оценкой кожных проявлений;
75.2. обязательные лабораторные исследования:
общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
общий анализ мочи;
75.3. дополнительные диагностические исследования:
анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, глюкозы, АСЛО);
микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermophyton), на грибы рода кандиды (Candida saprofit);
микологическое (бактериологическое) исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermophyton), на грибы рода кандиды (Candida saprofit);
бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП.
76. Местное лечение:
76.1. при остром течении – антисептические и дезинфицирующие ЛП:
калия перманганат, порошок для приготовления раствора наружного применения 5 г – калия перманганат 5 г растворяется в 5–10 л теплой (40–45°C) кипяченой питьевой воды, ванночки по 5–10 минут 4 раза/сутки до исчезновения симптомов мокнутия;
76.2. антибиотики для наружного применения:
неомицина сульфат (5000 МЕ/5мг) + бацитрацин цинк (250 МЕ), мазь или порошок для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки (при необходимости накладывают повязку) 7–14 суток;

гентамицин, мазь для наружного применения 1мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

эритромицин, мазь для наружного применения 10 тыс. ЕД/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

76.3. в случае острого/подострого воспалительного процесса – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуометазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

76.4. антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток;

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

повидон-йод, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток.

77. Системное лечение:

77.1. антибактериальные ЛП для системного применения назначают в случае неэффективности местного лечения, при тяжелом течении, распространенном процессе:

в случае инфекции, вызванной *Staphylococcus*, *Streptococcus*, ЛП первого выбора:

пенициллины:

оксациллин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 4 раза/сутки или

амоксциллин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500–750 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз:

амоксциллин/клавулановая кислота, таблетки 250 мг/125 мг или 500 мг/125 мг – внутрь по 1 таблетке 250/125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 500 мг/125 мг 2 раза/сутки 7–10 суток.

Цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 250 мг – 500 мг внутрь 4 раза/сутки – 7–14 суток;

цефалоспорины 2 поколения:

цефпрозил, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг 1 раз/сутки – 5–10 суток

или

цефуроксим, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–10 суток,

или

цефуроксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг – в/мышечно по 750 мг 3 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 3 поколения:

цефтазидим, порошок для приготовления раствора для инъекций 1,0 г – 1–2 г в/венно или в/мышечно 2–3 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефподоксим, таблетки 200 мг – внутрь по 200–400 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток,

или

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1,0 г – в/мышечно по 1–2 г 1–2 раза/сутки – 5–10 суток.

У пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

klarитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем по 250 мг 1 раз/сутки 4 суток;

фторхинолоны:

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

офлоксацин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 200 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток,

или

левофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток;

77.2. антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

77.3. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток.

ГЛАВА 17

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ОПРЕЛОСТЬЮ

78. Обязательные диагностические мероприятия:

78.1. клинические мероприятия:
сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
осмотр с оценкой кожных проявлений;

78.2. обязательные лабораторные исследования:
определение уровня глюкозы в крови;

78.3. дополнительные диагностические исследования:
общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
копрологическое исследование кала;
анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, АСЛО);
микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermophyton), на грибы рода кандиды (Candida saprofit);
микологическое (бактериологическое) исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermophyton), на грибы рода кандиды (Candida saprofit);
люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда).

79. Местное лечение:

79.1. в случае везикуляции и мокнутия используются влажно-высыхающие повязки с раствором натрия хлорида, 0,9 % или раствором нитрата серебра, 0,5 % – смоченная в растворе марля (8–12 слоев) накладывается на пораженный участок кожи, покрывается тонким слоем гигроскопической ваты и прибинтовывается на 1–3 часа 3–5 раз/сутки до прекращения мокнутия;

79.2. антисептические ЛП для наружного применения:
хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток;
бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

79.3. антибиотики для наружного применения (в случае бактериальной этиологии):
克林дамицин (10 мг) + бензоила пероксид (50 мг/г), гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 7–14 суток;
неомицина сульфат (5000 МЕ/5мг) + бацитрацин цинк (250 МЕ), мазь или порошок для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки (при необходимости накладывают повязку) 7–14 суток;
гентамицин, мазь для наружного применения 1мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

эритромицин, мазь для наружного применения 10 тыс. ЕД/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток.

克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

79.4. противогрибковые ЛП для наружного применения (в случае грибковой этиологии):

клотримазол, крем для наружного применения 1мг/г, гель для наружного применения 1мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

клотримазол, спрей для наружного применения 1мг/г – распылять на очаги поражения 2 раза/сутки 2–4 недели;

кетоконазол, крем для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

миконазол, крем для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

сертаконазол, крем для наружного применения 2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

бифоназол, крем для наружного применения 1мг/г, гель для наружного применения 1мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

бифоназол, спрей для наружного применения 1мг/г – распылять на очаги поражения 2 раза/сутки 2–4 недели;

изокконазол, крем для наружного применения 1мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели;

79.5. в случае острого воспалительного процесса – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуометазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток.

ГЛАВА 18

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПИТИРИАЗОМ БЕЛЫМ

80. Обязательные диагностические мероприятия:

80.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

80.2. обязательные лабораторные исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

80.3. дополнительные диагностические исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermatophyton), на грибы рода кандиды (Candidasaprofita);

микологическое (бактериологическое) исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermatophyton), на грибы рода кандиды (Candidasaprofita);

люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда).

81. Местное лечение:

81.1. кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7 суток или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели

или другие топические глюкокортикоиды (классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 4);

81.2. ЛП для лечения заболеваний кожи:

пимекролимус¹³, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 2–4 недели;

¹³ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

81.3. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленды) 2–4 раза/сутки длительно.

ГЛАВА 19

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ПОЧЕСУХОЙ, ЗУДОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

82. Медицинское наблюдение:

пациентов с atopическим дерматитом осуществляют врач-дерматовенеролог;

пациентов с почесухой, зудом осуществляет врач-терапевт, врач общей практики.

83. Медицинское наблюдение врачом-дерматовенерологом осуществляется 1 раз в месяц в течение 2 месяцев после установления диагноза, далее 2 раза в год.

84. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в течение 1 месяца после установления диагноза:

общий (клинический) анализ крови – однократно;

общий анализ мочи – однократно;

биохимический анализ крови – однократно.

85. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента после 2 месяцев наблюдения:

общий (клинический) анализ крови – 1 раз в год;

общий анализ мочи – 1 раз в год;

биохимический анализ крови – 1 раз в год.

86. Пациентам, находящимся на иммуносупрессивной терапии, показан регулярный контроль за клинико-лабораторными показателями, инструментальные и другие диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в зависимости от степени тяжести заболевания и вида иммуносупрессивной терапии в соответствии с оценкой безопасности системной иммуносупрессивной терапии согласно приложению 9.

87. При наличии медицинских показаний проводится консультация врача-аллерголога-иммунолога.

Дополнительные критерии для постановки диагноза атопического дерматита

Для постановки диагноза атопического дерматита необходимо сочетание 3 основных и не менее 3 дополнительных критериев (в соответствии с диагностическими критериями J.M. Hanifin и G.Rajka).

Основные диагностические критерии (3 или более):

кожный зуд;
типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц лихенификация и расчесы в области сгибов конечностей; хроническое рецидивирующее течение; наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников.

Дополнительные диагностические критерии (3 или более):

сухость кожи (ксероз);
гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз;
повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови;
начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет);
склонность к кожным инфекциям кожи;
локализация кожного процесса на кистях и стопах; экзема сосков; хейлит;
рецидивирующие конъюнктивиты;
симптом Денни-Моргана (дополнительная складка нижнего века);
кератоконус;
передняя субкапсулярная катаракта;
гиперпигментация кожи периорбитальной области;
бледность, эритема лица;
себорейная экзема;
складки на передней поверхности шеи;
зуд при повышенном потоотделении;
обострение патологического процесса и усиление зуда под влиянием провоцирующих факторов (шерстяная одежда, мыло, аллергены, ирританты, пищевые продукты, эмоциональный стресс и иное);
перифолликулярная акцентуация;
непереносимость пищи;
сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом);
белый дермографизм.

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с дерматитом и экземой»

Степень тяжести атопического дерматита

№ п/п	Степень тяжести	Характеристика	Частота обострений
1	Легкая	Ограниченные проявления кожного процесса, незначительный кожный зуд, хороший эффект от проводимого лечения. Длительность ремиссии составляет 8–10 месяцев в году и более	1–2 раза в год с продолжительностью рецидива до 1 месяца
2	Средняя	Распространенный характер поражений кожи, упорное течение с незначительным эффектом от проводимого лечения. Длительность ремиссии составляет 2–3 месяца в году	3–4 раза в год с продолжительностью рецидива более 1 месяца
3	Тяжелая	Распространенный или диффузный характер поражений кожи, выраженный зуд, приводящий к нарушению сна, упорное течение с незначительным эффектом от проводимого лечения. Может	5 раз в год и более

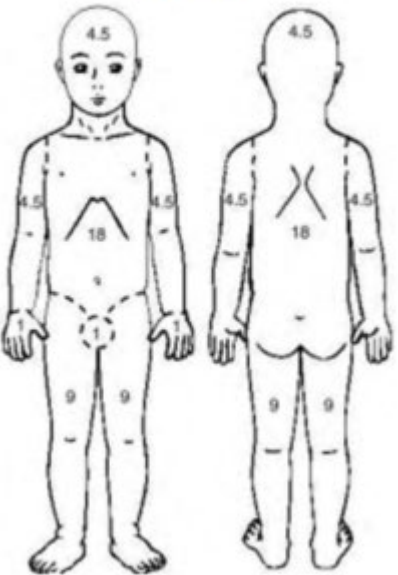
	сопровождаться симптомами интоксикации (гипертермия, лимфаденопатия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ). Длительность ремиссий составляет 1–1,5 месяца в году	
--	--	--

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой»

Индекс SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis)

А площадь поражения (оценивается врачом)

Площадь поверхности отдельных участков тела у детей старше 2 лет и взрослых  Показатель А = _____	Площадь проявлений атопического дерматита на отдельных участках тела <table border="1"> <thead> <tr> <th>Участки тела</th> <th>Площадь поражения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Передняя поверхность головы (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность головы (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность туловища (18%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность туловища (18%)</td><td></td></tr> <tr><td>Гениталии (1%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность левой руки (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность левой руки (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность правой руки (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность правой руки (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность левой ноги (9%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность левой ноги (9%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность правой ноги (9%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность правой ноги (9%)</td><td></td></tr> <tr><td>Итого</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Участки тела	Площадь поражения	Передняя поверхность головы (4,5%)		Задняя поверхность головы (4,5%)		Передняя поверхность туловища (18%)		Задняя поверхность туловища (18%)		Гениталии (1%)		Передняя поверхность левой руки (4,5%)		Задняя поверхность левой руки (4,5%)		Передняя поверхность правой руки (4,5%)		Задняя поверхность правой руки (4,5%)		Передняя поверхность левой ноги (9%)		Задняя поверхность левой ноги (9%)		Передняя поверхность правой ноги (9%)		Задняя поверхность правой ноги (9%)		Итого	
Участки тела	Площадь поражения																														
Передняя поверхность головы (4,5%)																															
Задняя поверхность головы (4,5%)																															
Передняя поверхность туловища (18%)																															
Задняя поверхность туловища (18%)																															
Гениталии (1%)																															
Передняя поверхность левой руки (4,5%)																															
Задняя поверхность левой руки (4,5%)																															
Передняя поверхность правой руки (4,5%)																															
Задняя поверхность правой руки (4,5%)																															
Передняя поверхность левой ноги (9%)																															
Задняя поверхность левой ноги (9%)																															
Передняя поверхность правой ноги (9%)																															
Задняя поверхность правой ноги (9%)																															
Итого																															

В интенсивность клинических проявлений (оценивается врачом)

Оценка клинических проявлений атопического дерматита:

Клинические проявления	Оценка в баллах
Эритема	
Отек или папулезность	
Мокнутие/корки	
Расчесы	
Лихенификация	
Сухость	
Итого	

Показатель В = _____

Способ оценки:

0 = отсутствие проявлений

1 = легкие проявления

2 = умеренные проявления

3 = тяжелые проявления

С выраженность субъективных симптомов (оценивается пациентом)

отсутствие зуда очень сильный зуд

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

→

Отсутствие нарушений сна очень сильное нарушение сна

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

→

Показатель С = _____

SCORAD = $A/5 + 7 \cdot B/2 + C$ = _____

Интерпретация:

SCORAD предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутые, эксфолиации, лихенификация/шелушение, сухость кожи.

Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале: 0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная.

При оценке площади поражения кожного покрова используется правило «девятки», в котором за единицу измерения принята площадь поверхности ладони пациента, эквивалентная 1 % всей поверхности кожи.

Расчет индекса SCORAD производится по формуле:

$$SCORAD = A/5 + 7B/2 + C,$$

где A – распространенность поражения кожи,

B – сумма уровней интенсивности клинических симптомов атопического дерматита,

C – сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

На линейке внизу рисунка указывается точка, соответствующая степени выраженности оцениваемого субъективного признака, усредненное значение за последние 3 суток.

Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение атопического дерматита).

Атопический дерматит легкой степени тяжести соответствует значению SCORAD < 25;

атопический дерматит средней степени тяжести соответствует значению от 25 до 50;

атопический дерматит тяжелой степени соответствует значению SCORAD 50.

Приложение 4

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой»

Классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии

№ п/п	Класс	Активность	ЛП	Форма выпуска
1	I	Слабоактивные	Гидрокортизон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Преднизолон	мазь для наружного применения 5 мг/г
2	II	Умеренно активные	Триамцинолон	мазь для наружного применения 1 мг/г
			Гидрокортизона бутират	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
3	III	Высокоактивные	Флуоцинолона ацетонид	мазь для наружного применения 0,25 мг/г
			Бетаметазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Метилпреднизолона ацетонат	мазь для наружного применения 1 мг/г, эмульсия для наружного применения 1 мг/г
			Мометазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
4	IV	Очень высокоактивные	Клобетазол	мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г

Приложение 5

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой»

Эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения

№ п/п	ЛП	Эквивалентная доза, мг	T 1/2 из тканей, ч
1	Короткого действия:		
	гидрокортизон, таблетки 20 мг	20	8–12
	кортизон, таблетки 25 мг	25	8–12
2	Среднедлительного действия:		
	преднизолон, таблетки 5 мг	5	18–36
	метилпреднизолон, таблетки 4 мг	4	18–36
	триамцинолон, таблетки 4 мг	4	24–36
3	Длительного действия:		
	дексаметазон, таблетки 0,5 мг	0,75	36–54

Приложение 6
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с дерматитом и экземой»

Режим назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311нм

Начальная доза облучения составляет 50–70 % от минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,1–0,3 Дж/см². Процедуры проводят 3–4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышают каждую процедуру или через процедуру на 5–30 %, или на 0,05–0,2 Дж/см², при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. Курс лечения составляет 15–35 процедур.

Приложение 7
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с дерматитом и экземой»

Классификация причинно-значимых веществ, наиболее часто вызывающих развитие контактного дерматита

№ п/п	Группа веществ	Источники контакта	Группы риска
1	Металлы	Никель, кобальт, хром, алюминий	Работники производств (кожа, цемент, краски), те, кто носит бижутерию
2	Местные ЛП	Антибиотики, анестетики, глюкокортикоиды, формальдегид и другие консерванты, ланолин, масла	Пациенты с кожными заболеваниями, медицинский персонал и т.д.
3	Косметика и парфюмерия	Перуанский бальзам, алкоголь, жиры, стабилизаторы и консерванты	Женщины (чаще, чем мужчины)
4	Детергенты, мыла, консерванты	Химические вещества, в том числе формальдегид	Уборщицы, домохозяйки, лабораторные и медицинские работники
5	Растения	Ядовитый плющ, примула, хризантема и некоторые другие растения из семейства сложноцветных	Садовники, фермеры, цветоводы, лица, применяющие косметику или местные ЛП, содержащие эти растения
6	Изделия из резины	Латексные перчатки, обувь, шины, игрушки, презервативы	Работники промышленных производств, медицинские работники, а также лица, использующие эти вещества
7	Краски и лаки для волос	Парафенилендиамин, сульфат и хлорид кобальта	Парикмахеры
8	Синтетический клей, адгезивные вещества	Эпоксидный клей, смолы	Работники промышленных производств

Приложение 8

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой»

Классификация дерматита, вызванного веществами, принятыми внутрь, по степени тяжести

№ п/п	Степень тяжести	Характеристика
1	Легкая	Ограниченное поражение кожи (до 10 % кожной поверхности) при отсутствии полостных и геморрагических сыпных элементов, отсутствие поражения слизистых оболочек, незначительные изменения лабораторных показателей, отсутствие нарушений общего состояния
2	Средняя	Распространенное, но не универсальное поражение кожи, отсутствие буллезных и геморрагических элементов, интенсивный кожный зуд, быстрое развитие кожного поражения, в клиническом анализе крови – эозинофилия, умеренное повышение СОЭ
3	Тяжелая	Распространенное поражение кожи (субтотальное или тотальное), поражение слизистых оболочек, наличие буллезных и (или) геморрагических элементов сыпи, болезненность при пальпации как пораженных, так и непораженных участков кожи, нарушение общего состояния (признаки интоксикации, повышение температуры тела и иное), существенные отклонения в клиническом анализе крови и результатах биохимического исследования крови

Приложение 9
к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой»

Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии

№ п/п	ЛП	Контролируемые показатели	Периодичность исследований
1	Циклоспорин	общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); контроль АД; тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц
2	Глюкокортикоиды	общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
		коагулограмма (протромбиновый индекс, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, международное нормализованное отношение)	1 раз в 6 месяцев
		ЭКГ	1 раз в 6 месяцев
		рентгенография органов грудной клетки	1 раз в год
		денситометрия	1 раз в год
		УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза, простаты	1 раз в год
		маммография	1 раз в год
		эзофагогастродуоденоскопия	1 раз в год
3	Азатиоприн	общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 1–3 месяца
4	Микофенолата мофетил	общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца,

	фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин)	начиная с 3-го месяца – 1 раз в 1 месяц
--	--	---

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
22.06.2022 № 59

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – L40–L45).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

красный плоский лишай – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются лихеноидные папулы;

минимальная эритемная доза – минимальное количество ультрафиолетового излучения, приводящее к заметному покраснению (эритеме) кожи;

парапсориаз – гетерогенная группа воспалительных дерматозов различного генеза, клинические проявления которых в виде пятен и (или) папул и бляшек, покрытых мелкопластинчатыми чешуйками, напоминают псориазные высыпания;

псориаз красный волосистой отрубевидный (лишай красный волосистой отрубевидный, болезнь Девержи) – воспалительное заболевание кожи, обусловленное нарушением ороговения, проявляющееся фолликулярными гиперкератотическими папулами, эритематозными шелушащимися бляшками с оранжевым оттенком, ладонно-подошвенным гиперкератозом и, иногда, выпадением волос;

проактивная терапия – длительное применение лекарственного препарата для наружного применения в интермиттирующем режиме (два раза в неделю или два последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний), что способствует достижению и сохранению стойкой и длительной ремиссии;

псориаз – хронический рецидивирующий дерматоз, который характеризуется мономорфной (как правило) папулезной сыпью с излюбленной локализацией на голове, симметричных участках разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей и возможностью поражения любой области кожного покрова;

эмоленты – увлажняющие средства с высоким содержанием физиологических липидов для восстановления и защиты кожного барьера;

эритема – это ограниченное покраснение кожи, обусловленное расширением сосудов сосочкового слоя дермы;

PASI (индекс тяжести и площади поражения кожи при псориазе) – интегральная оценка площади и тяжести поражения кожи.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с папулосквамозными нарушениями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами.

5. Биопсия кожи выполняется врачом-дерматовенерологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом; биопсия слизистых оболочек – врачом-стоматологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом, в манипуляционной (процедурном кабинете) и в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями к ее проведению.

6. Пациентам с тяжелым течением папулосквамозных нарушений и (или) при неэффективности амбулаторного лечения показано лечение в стационарных условиях дерматовенерологических отделений больничных организаций.

7. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (степень тяжести заболевания, распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

8. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем).

9. Диспансерное наблюдение за пациентами с псориазом, парапсориазом, красным плоским лишаем осуществляется 1 раз в 6–12 месяцев с проведением общего (клинического) анализа крови, общего анализа мочи, анализа крови биохимического.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА

10. Обязательные диагностические мероприятия:

10.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений (в том числе, с учетом клинической классификации псориаза и критериев клинической диагностики псориаза согласно приложениям 1 и 2 соответственно);

10.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови развернутый (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, антистрептолизина О (далее – АСЛО));

10.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

11. Дополнительные диагностические мероприятия:

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

исследование уровня липопротеинов в крови (высокой плотности, низкой плотности, очень низкой плотности);

рентгенография пораженных суставов;

определение ревматоидного фактора в крови,

рентгенография органов грудной клетки;

электрокардиограмма (далее – ЭКГ);

ультразвуковое обследование (далее – УЗИ) брюшной полости и забрюшинного пространства;

контроль артериального давления (далее – АД);

диаскин-тест/квантифероновый тест/проба Манту (при лечении генно-инженерными биологическими ЛП (далее – ГИБП));

дерматоскопия;

исследование на носительство поверхностного антигена вируса гепатита В (далее – HBsAg) перед назначением метотрексата, циклоспорина;

исследование на антитела к антигенам вирусного гепатита С (далее – анти-HCV) перед назначением метотрексата, циклоспорина;

тест на беременность (для женщин) (при лечении метотрексатом, циклоспорином, ГИБП);

консультация врача-ревматолога, врача-терапевта, врача общей практики, врача-пульмонолога (при лечении ГИБП).

12. Оценка степени тяжести псориаза проводится согласно приложению 3.

13. Местное лечение (в случае легкой, средне-тяжелой степени тяжести):

13.1. ЛП для лечения псориаза для наружного применения:

кальцитриол, мазь для наружного применения 50 мкг/г, раствор для наружного применения 50 мкг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель (возможно применение при бляшечном псориазе до 52 недель);

кальцитриол/бетаметазон, мазь для наружного применения (50 мкг + 500 мкг)/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель;

13.2. кортикостероиды для наружного применения:

в случае поражения кожи волосистой части головы, туловища, конечностей, ногтей – кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г, раствор для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели

или

другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4);

в случае поражения кожи лица, гениталий, складок – кортикостероиды для наружного применения II–III класса:

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 5–7 дней;

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 5–7 дней или другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4)

или

пимекролимус¹, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–8 недель;

13.3. при достижении положительной динамики (уменьшение эритемы, инфильтрации, шелушения) возможно длительное применение кортикостероидов для наружного применения, пимекролимуса¹ в режиме проактивной терапии по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) до 12 недель;

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

13.4. в случае поражения генитальной и паховой областей, складок – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

13.5. кортикостероиды в комбинации с другими ЛП:

бетаметазон/салициловая кислота, крем для наружного применения (0,5 мг + 30 мг)/г, мазь для наружного применения (0,5 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток

или

бетаметазон/салициловая кислота, раствор для наружного применения (0,5 мг + 20 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток;

13.6. ЛП со смягчающим и протекторным действием:

салициловая кислота, мазь для наружного применения 30 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки 2–3 недели;

13.7. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

13.8. ЛП, содержащие деготь:

крем, содержащий 0,4 % и 2 % неочищенного каменноугольного дегтя (или в сочетании с белым или желтым мягким парафином) – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки до 4 недель;

при локализации на волосистой части головы:

шампунь, содержащий до 2,5 % каменноугольного дегтя – наносить на пораженные участки волосистой части головы на 5 минут (затем промыть водой) 2 раза в неделю до 12 месяцев.

14. Системное лечение назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении псориаза, атипичных и осложненных формах, в случаях неэффективности местного лечения:

14.1. иммунодепрессанты:

метотрексат, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю)

или

метотрексат, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю). После достижения терапевтического эффекта рекомендована поддерживающая терапия в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг в неделю), (длительность терапии определяется индивидуально). При назначении внутрь таблетки принимают в три приема через каждые 12 часов. Отсутствие эффекта от лечения в дозе 15 мг/неделю в течение 3 месяцев является медицинским показанием к смене ЛП. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь

5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата.

При отсутствии эффекта от метотрексата или непереносимости:

циклоsporин, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При необходимости через 4 недели доза может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо снижать на 1 мг/кг каждую неделю или на 0,5–1 мг/кг каждые 2 недели до полной отмены (продолжительность лечения не более 24 месяцев). Лечение должно быть прекращено при отсутствии удовлетворительного ответа после 6 недель лечения в дозе 5 мг/кг в сутки. В случае рецидива циклоsporин назначают в предыдущей эффективной дозе. Противопоказано сочетание приема циклоsporина с фототерапией кожи;

14.2. в случае эритродермического, ладонно-подошвенного псориаза – ретиноиды для системного применения:

ациетретин, капсулы 10 мг, 25 мг – внутрь 25–50 мг в сутки 3–6 месяцев. Женщинам детородного возраста применяются надежные методы контрацепции без перерыва в течение 4 недель до начала терапии, во время курса лечения и по крайней мере в течение 2 лет после его окончания. Возможно применение в комбинации с иммунодепрессантами и фототерапией.

15. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении псориаза (в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии пациентам с псориазом для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

16. ГИБП назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении псориаза, атипичных и осложненных формах, в случаях неэффективности или развития нежелательных явлений, или наличия медицинских противопоказаний к иммуносупрессивной (небиологической) терапии (в соответствии с медицинскими показаниями к назначению ГИБП согласно приложению 6) (по решению врачебного консилиума) в комбинации с метотрексатом 7,5–22,5 мг/неделю. При наличии медицинских противопоказаний к метотрексату или развитии нежелательных лекарственных реакций или токсических реакций на метотрексат (документально подтвержденных) в виде монотерапии.

Ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа:

адалимумаб, раствор для инъекций 40мг/0,8 мл – подкожно в начальной дозе 80 мг в первую неделю, затем (начиная со второй недели) в дозе 40 мг 1 раз в 2 недели (длительность терапии определяется индивидуально)

или

инфликсимаб, порошок для приготовления раствора для инфузий 100 мг – внутривенно (далее – в/венно) капельно медленно (2 мл/мин) 5 мг/кг развести в 250 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в первую неделю, затем через 2, 6, 8 недель после первого введения, а затем каждые 8 недель) (длительность терапии определяется индивидуально). Отсутствие эффекта от лечения в течение 14 недель (после проведения 4 внутривенных инфузий) является медицинским показанием к смене ЛП,

или

ингибиторы интерлейкина-17:

нетакимаб, раствор для инъекций 60 мг/мл – подкожно в дозе 120 мг (в виде двух подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) ЛП каждая) 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2 с последующим проведением поддерживающей терапии в дозе 120 мг 1 раз каждые 4 недели, начиная с 6-й недели (длительность терапии определяется индивидуально),

или

секукинумаб, раствор для инъекций 45мг/0,5мл – подкожно в дозе 300 мг (в виде двух подкожных инъекций по 150 мг ЛП каждая) 1 раз в неделю на неделях 0, 1, 2, 3 и 4

с последующим проведением поддерживающей терапии в дозе 300 мг 1 раз каждые 4 недели, начиная с 4-й недели длительность терапии определяется индивидуально).

Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 7.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА

17. Обязательные диагностические мероприятия:

17.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

17.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, АСЛО);

17.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

18. Дополнительные диагностические исследования:

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

исследование уровня липопротеинов в крови (высокой плотности, низкой плотности, очень низкой плотности);

рентгенография пораженных суставов;

определение ревматоидного фактора в крови,

рентгенография органов грудной клетки;

ЭКГ;

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства;

контроль АД;

исследование на носительство HBsAg перед назначением метотрексата, циклоспорина;

исследование на анти-HCV перед назначением метотрексата, циклоспорина;

тест на беременность (для женщин) (при лечении метотрексатом, циклоспорином);

консультация врача-ревматолога, врача-терапевта, врача общей практики.

19. Местное лечение:

19.1. ЛП для лечения псориаза для наружного применения:

кальцитриол, мазь для наружного применения 50 мкг/г, раствор для наружного применения 50 мкг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель

или

в комбинации с глюкокортикоидом: кальцитриол/бетаметазон мазь для наружного применения (50 мкг + 500 мкг)/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1 раз в сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель;

19.2. кортикостероиды для наружного применения:

В случае поражения кожи волосистой части головы, туловища, конечностей, ногтей кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г, раствор для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели,

или

другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4).

В случае поражения кожи лица, гениталий, складок – кортикостероиды для наружного применения II-III класса:

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 5–7 дней

или

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 5–7 дней или другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4);

19.3. при достижении положительной динамики (уменьшение эритемы, инфильтрации, шелушения) проактивная терапия кортикостероидами для наружного применения или мазью кальципотриол/бетаметазон, или мазью кальципотриол терапия по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) до 12 недель;

19.4. в случае поражения генитальной и паховой областей, складок – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрацилин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

19.5. в случае выраженного шелушения кортикостероиды в комбинации с другими ЛП:

бетаметазон/салициловая кислота, крем для наружного применения (0,5 мг + 30 мг)/г, мазь для наружного применения (0,5 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток

или

бетаметазон/салициловая кислота, раствор для наружного применения (0,5 мг + 20 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток;

19.6. при поражении кожи лица, складок, гениталий при разрешении пустул:

пимекролимус², крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–8 недель (по решению врачебного консилиума).

Возможно длительное применение пимекролимуса² в режиме проактивной терапии по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) до 12 недель;

² Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

19.7. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно.

20. Системное лечение назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении генерализованного пустулезного псориаза, в случаях неэффективности местного лечения:

20.1. ретиноиды для системного применения:

ациетретин, капсулы 10 мг, 25 мг – внутрь 25–50 мг в сутки 3–6 месяцев. Женщинам детородного возраста применяются надежные методы контрацепции без перерыва в течение 4 недель до начала терапии, во время курса лечения и по крайней мере в течение 2 лет после его окончания. Возможно применение в комбинации с иммунодепрессантами и фототерапией;

20.2. иммунодепрессанты:

метотрексат, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю)

или

метотрексат, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю). После достижения терапевтического эффекта рекомендована поддерживающая терапия в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг в неделю), (длительность терапии определяется индивидуально). При назначении внутрь таблетки принимают в три приема через каждые 12 часов. При отсутствии эффекта от лечения в дозе 15 мг/неделю в течение 3 месяцев является медицинским показанием к смене ЛП. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата,

или

циклоsporин, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При необходимости через 4 недели доза может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо снижать на 1 мг/кг каждую неделю или на 0,5–1 мг/кг каждые 2 недели до полной отмены (продолжительность лечения не более 24 месяцев). Лечение должно быть прекращено при отсутствии удовлетворительного ответа после 6 недель лечения в дозе 5 мг/кг в сутки. В случае рецидива циклоsporин назначают в предыдущей эффективной дозе. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 7.

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПУСТУЛЕЗА ЛАДОННОГО И ПОДОШВЕННОГО

21. Обязательные диагностические мероприятия:

21.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

21.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, АСЛО);

21.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

22. дополнительные диагностические исследования:

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

исследование уровня липопротеинов в крови (высокой плотности, низкой плотности, очень низкой плотности);

рентгенография кистей и стоп;

рентгенография органов грудной клетки;

ЭКГ;

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства;

контроль АД;

исследование на носительство HBsAg перед назначением метотрексата, циклоспорина;

исследование на анти-HCV перед назначением метотрексата, циклоспорина;

тест на беременность (для женщин) (при лечении метотрексатом, циклоспорином);

консультация врача-ревматолога, врача-терапевта, врача общей практики.

23. Местное лечение:

23.1. ЛП для лечения псориаза для наружного применения:

кальципотриол, мазь для наружного применения 50 мкг/г, раствор для наружного применения 50 мкг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель

или

в комбинации с глюкокортикоидом: кальципотриол/бетаметазон мазь для наружного применения (50 мкг + 500 мкг)/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель;

23.2. кортикостероиды для наружного применения III–IV класса (под окклюзию – путем наложения окклюзионной повязки из полиэтиленовой пленки на место нанесения ЛП):

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели,

или

другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4);

23.3. при достижении положительной динамики (уменьшение эритемы, инфильтрации, шелушения) проактивная терапия кортикостероидами для наружного применения или мазью кальципотриол/бетаметазон, или мазью кальципотриол терапия по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) до 12 недель;

23.4. ЛП со смягчающим и протекторным действием:

салициловая кислота, мазь для наружного применения 30 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки 2–3 недели;

23.5. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2 – раза/сутки длительно.

24. Системное лечение назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении и (или) в случаях неэффективности местного лечения.

Ретиноиды для системного применения:

ацитретин, капсулы 10 мг, 25 мг – внутрь 25–50 мг в сутки 3–6 месяцев. Женщинам детородного возраста применяются надежные методы контрацепции без перерыва в течение 4 недель до начала терапии, во время курса лечения и по крайней мере в течение 2 лет после его окончания. Возможно применение в комбинации с иммунодепрессантами и фототерапией.

Иммунодепрессанты:

метотрексат, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю)

или

метотрексат, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю). После достижения терапевтического эффекта рекомендована поддерживающая терапия в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг в неделю), (длительность терапии определяется индивидуально). При назначении внутрь таблетки принимают в три приема через каждые 12 часов. При отсутствии эффекта от лечения в дозе 15 мг/неделю в течение 3 месяцев является медицинским показанием к смене ЛП. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата,

или

циклоsporин, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При необходимости через 4 недели доза может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо снижать на 1 мг/кг каждую неделю или на 0,5–1 мг/кг каждые 2 недели до полной отмены (продолжительность лечения не более 24 месяцев). Лечение должно быть прекращено при отсутствии удовлетворительного ответа после 6 недель лечения в дозе 5 мг/кг в сутки. В случае рецидива циклоsporин назначают в предыдущей эффективной дозе. Противопоказано сочетание приема циклоsporина с фототерапией кожи.

25. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении пустулеза ладонного и подошвенного (в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии пациентам для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

26. ГИБП назначают при средне-тяжелом и тяжелом течении пустулеза ладонного и подошвенного, в случаях неэффективности или развития нежелательных явлений, или наличия медицинских противопоказаний к иммуносупрессивной (небиологической) терапии (в соответствии с медицинскими показаниями к назначению ГИБП согласно приложению 6) (по решению врачебного консилиума) в комбинации с метотрексатом 7,5–22,5 мг/неделю. При наличии медицинских противопоказаний к метотрексату или развитии нежелательных лекарственных реакций или токсических реакций на метотрексат (документально подтвержденных) в виде монотерапии.

Ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа:

адалимумаб, раствор для инъекций 40 мг/0,8 мл – подкожно в начальной дозе 80 мг в первую неделю, затем (начиная со второй недели) в дозе 40 мг 1 раз в 2 недели (длительность терапии определяется индивидуально)

или

инflixимаб, порошок для приготовления раствора для инфузий 100 мг – в/венно капельно медленно (2 мл/мин) 5 мг/кг развести в 250 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в первую неделю, затем через 2, 6, 8 недель после первого введения, а затем каждые

8 недель) (длительность терапии определяется индивидуально). Отсутствие эффекта от лечения в течение 14 недель (после проведения 4 внутривенных инфузий) является медицинским показанием к смене ГИБП. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 7.

ГЛАВА 5

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА КАПЛЕВИДНОГО

27. Обязательные диагностические мероприятия:

27.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

27.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, АСЛО);

бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, однократно;

27.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, однократно;

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

28. дополнительные диагностические исследования:

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

определение в сыворотке крови титра анти-деоксирибонуклеазы В (anti-DNase В или Streptozyme);

консультация врача-оториноларинголога, врача-ревматолога, врача-терапевта, врача общей практики.

29. Местное лечение:

29.1. ЛПП для лечения псориаза для наружного применения:

кальцитриол, мазь для наружного применения 50 мкг/г, раствор для наружного применения 50 мкг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель

или

в комбинации с глюкокортикоидом: кальцитриол/бетаметазон мазь для наружного применения (50 мкг + 500 мкг)/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель;

29.2. кортикостероиды для наружного применения:

в случае поражения кожи волосистой части головы, туловища, конечностей, ногтей кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г, раствор для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели,

или

другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4).

В случае поражения кожи лица, гениталий, складок – кортикостероиды для наружного применения II-III класса:

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 5–7 дней

или

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 5–7 дней или другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4),

или

пимекролимус³, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–8 недель.

Возможно длительное применение пимекролимуса³ в режиме проактивной терапии по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) до 12 недель;

³ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

29.3. при достижении положительной динамики (уменьшение эритемы, инфильтрации, шелушения) проактивная терапия кортикостероидами для наружного применения или мазью кальципотриол/бетаметазон, или мазью кальципотриол терапия по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) до 12 недель;

29.4. в случае поражения генитальной и паховой областей, складок – кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрацилин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

29.5. кортикостероиды в комбинации с другими ЛП:

бетаметазон/салициловая кислота, крем для наружного применения (0,5 мг + 30 мг)/г, мазь для наружного применения (0,5 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток

или

бетаметазон/салициловая кислота, раствор для наружного применения (0,5 мг + 20 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 10–14 суток;

29.6. ЛП со смягчающим и протекторным действием:

салициловая кислота, мазь для наружного применения 30 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки 2–3 недели;

29.7. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

29.8. ЛП, содержащие деготь:

крем, содержащий 0,4 % и 2 % неочищенного каменноугольного дегтя (или в сочетании с белым или желтым мягким парафином) – 1–2 раза/сутки до 4 недель;

при локализации на волосистой части головы:

шампунь, содержащий до 2,5 % каменноугольного дегтя – 2 раза в неделю до 12 месяцев.

30. Системную антибактериальную терапию назначают при ассоциации со стрептококковой инфекцией.

Пенициллины:

оксациллин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 4 раза/сутки 10–14 суток;

амоксциллин, таблетки 250, 500 мг – внутрь по 500–750 мг 2 раза/сутки 10–14 суток;

комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз:

амоксциллин/клавулановая кислота, таблетки 250/125 мг или 500/125 мг – внутрь по 1 таблетке 250/125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 500/125 мг 2 раза/сутки 10–14 суток;

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 10–14 суток

или

klarитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 10–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем по 1 таблетке 250 мг 1 раз в сутки 4 суток.

ГЛАВА 6

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПСОРИАЗА (ПИТИРИАЗА ЛИХЕНОИДНОГО И ОСПОПОДОБНОГО ОСТРОГО МУХИ-ХАБЕРМАНА, ПИТИРИАЗА ЛИХЕНОИДНОГО ХРОНИЧЕСКОГО)

31. Обязательные диагностические мероприятия:

31.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений.

31.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ), однократно;

общий анализ мочи, однократно;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, АСЛО), однократно;

31.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

32. дополнительные диагностические исследования:

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

исследование на носительство HBsAg;
исследование на анти-HCV;
рентгенография органов грудной клетки;
определение иммуноглобулина класса М (далее – IgM), иммуноглобулина класса G (далее – IgG) к вирусу Эпштейна – Барра в крови;
определение IgM, IgG к цитомегаловирусу, к вирусам простого герпеса 1, 2, к *Toxoplasma gondii* в крови;
тест на беременность (для женщин) (при лечении метотрексатом, циклоспорином);
консультация врача-оториноларинголога, врача-терапевта, врача общей практики.

33. Местное лечение:

33.1. в случае острого течения – кортикостероиды для наружного применения:

кортикостероиды для наружного применения II-III класса:

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки 2–3 недели

или

мометазона фуроат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки 2–3 недели или другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4);

33.2. в случае подострого течения:

пимекролимус⁴, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 4–8 недель (по решению врачебного консилиума). Возможно длительное применение пимекролимуса⁴ в режиме проактивной терапии по интермиттирующей схеме;

⁴ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

33.3. ЛП, содержащие деготь:

крем, содержащий 0,4 % и 2 % неочищенного каменноугольного дегтя (или в сочетании с белым или желтым мягким парафином) – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки до 4 недель.

34. Системное лечение:

34.1. при ассоциации с микробной инфекцией и при лихеноидном парapsориазе рекомендовано назначение антибактериальных ЛП для системного применения:

ЛП первого выбора:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

кларитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем по 1 таблетке 250 мг 1 раза/сутки 4 суток;

ЛП второго выбора:

тетрациклины:

доксциклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле или таблетке растворимой 100 мг 2 раза/сутки 2–4 недели;

34.2. при хроническом лихеноидном парapsориазе – ЛП, улучшающие микроциркуляцию:

ксантинола никотинат, раствор для инъекций 150 мг/мл – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 2 мл 1–2 раза/сутки 10–14 суток

или

ксантинола никотинат, таблетки 150 мг – внутрь по 1–2 таблетки 3 раза/сутки 1 месяц,
или
никотиновая кислота, раствор для инъекций 10 мг/мл – в/мышечно по 1 мл 1 раз в сутки 10–14 суток,
или
никотиновая кислота, таблетки 50 мг – внутрь по 1–2 таблетки 2–4 раза/сутки 1 месяц;

34.3. при хроническом лихеноидном парапсориазе – витамины:
тиамин, раствор для инъекций 50 мг/мл – в/мышечно по 1 мл 1 раз в сутки 10 суток и (или)
пиридоксин, раствор для инъекций 50 мг/мл в/мышечно по 1 мл 1 раз в сутки 10 суток,
и (или)
цианокобаламин, раствор для инъекций 0,5 мг/мл – в/мышечно по 1 мл 1 раз в сутки 10 суток.

35. В случае неэффективности местного лечения, при остром, торпидном течении рекомендовано назначение глюкокортикоидов для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–60 мг/сутки до достижения клинического эффекта со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней с последующей отменой в течение 1–2 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения в течение 6–8 недель (согласно приложению 8).

В случае отсутствия эффекта от глюкокортикоидов для системного применения рекомендовано назначение иммунодепрессантов:

метотрексат, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю)

или
метотрексат, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю). После достижения терапевтического эффекта рекомендована поддерживающая терапия в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг в неделю) (длительность терапии определяется индивидуально). При назначении внутрь таблетки принимают в три приема через каждые 12 часов. При отсутствии эффекта от лечения в дозе 15 мг/неделю в течение 3 месяцев является медицинским показанием к смене ЛП. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата,

или
циклоспорин, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки (в зависимости от индивидуального состояния пациента). При достижении положительного результата дозу необходимо снижать на 0,5–1,0 мг/кг/сутки каждые 2–8 недель до полной отмены. Противопоказано сочетание приема циклоспорина с фототерапией кожи.

36. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при торпидном течении парапсориаза (в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии пациентам с парапсориазом для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других специалистов. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 7.

ГЛАВА 7

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПСОРИАЗА (МЕЛКОБЛЯШЕЧНОГО, КРУПНОБЛЯШЕЧНОГО, СЕТЕВИДНОГО)

37. Обязательные диагностические мероприятия:

37.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

37.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ), однократно;

общий анализ мочи, однократно;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, АСЛО), однократно;

37.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

38. дополнительные диагностические исследования:

биопсия кожи (из нескольких участков, не подвергавшихся лечению кортикостероидами для наружного применения) и морфологическое (гистологическое) исследование препарата, иммуногистохимическое исследование материала (каждые 6–12 месяцев);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*);

рентгенография органов грудной клетки;

консультация врача-онколога, врача-терапевта, врача общей практики.

39. Местное лечение:

39.1. в случае острого течения – кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г, раствор для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели,

или

другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4);

39.2. в случае подострого течения (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁵, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–8 недель.

Возможно длительное применение пимекролимуса⁵ в режиме проактивной терапии по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) до 12 недель;

⁵ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

39.3. ЛП, содержащие деготь:

крем, содержащий 0,4 % и 2 % неочищенного каменноугольного дегтя (или в сочетании с белым или желтым мягким парафином) – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки до 4 недель.

40. Симптоматическое лечение:

с целью улучшения периферического кровообращения – ЛП, улучшающие микроциркуляцию:

ксантинола никотинат, раствор для инъекций 150 мг/мл – в/мышечно по 2 мл 1–2 раза/сутки 10–14 суток

или

ксантинола никотинат, таблетки 150 мг – внутрь по 1–2 таблетки 3 раза/сутки 1 месяц,

или

никотиновая кислота, раствор для инъекций 10 мг/мл – в/мышечно по 1 мл 1 раза/сутки 10–14 суток,

или

никотиновая кислота, таблетки 50 мг – внутрь по 1–2 раза/сутки 2–4 раза/сутки 1 месяц.

41. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при торпидном течении параспсориаза (в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии пациентам с параспсориазом для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других специалистов.

42. В случае неэффективности местного лечения, при торпидном, рецидивирующем течении рекомендовано назначение глюкокортикоидов для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–60 мг/сутки до достижения клинического эффекта со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней с последующей отменой в течение 1–2 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения в течение 6–8 недель (согласно приложению 8).

В случае отсутствия эффекта от глюкокортикоидов для системного применения рекомендовано назначение иммунодепрессантов:

метотрексат, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю)

или

метотрексат, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 10–15–20 мг/неделю (при необходимости доза может быть увеличена до 25–30 мг/неделю). После достижения терапевтического эффекта рекомендована поддерживающая терапия в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг в неделю) (длительность терапии определяется индивидуально). При назначении внутрь таблетки принимают в три приема через каждые 12 часов. При отсутствии эффекта от лечения в дозе 15 мг/неделю в течение 3 месяцев является медицинским показанием к смене ЛП. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки, кроме дня приема метотрексата,

или

циклоспорин⁶, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в дозе 2,5–4 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом 6–8 недель. Противопоказано сочетание приема циклоспорина с фототерапией кожи. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 7.

⁶ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 8

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИТИРИАЗА РОЗОВОГО [ЖИБЕРА]

43. Обязательные диагностические мероприятия:

43.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

43.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

44. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*).

45. Местное лечение:

45.1. при ограниченных формах – кортикостероиды для наружного применения:

кортикостероиды для наружного применения I–II класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4):

гидрокортизон мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

45.2. в случае зуда используются косметические средства:

каламин, лосьон для наружного применения 15 мг/мл – наносить тонким слоем (на тампоне) на область высыпаний 2 раза/сутки до исчезновения симптомов.

46. Симптоматическое лечение:

46.1. при выраженном зуде – антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом:

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

46.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;
46.3. при ассоциации с микробной инфекцией рекомендовано назначение антибактериальных ЛП для системного применения:
макролиды:
эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 10–14 суток
или
klarитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 10–14 суток,
или
азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем по внутрь по 1 таблетке 250 мг 1 раз в сутки 4 суток;
46.4. в случае ассоциации с вирусной инфекцией рекомендовано назначение противовирусных ЛП:
ацикловир, таблетки 200 мг, 400 мг, 800 мг – внутрь по 200–400 мг 5 раз/сутки 7 суток;
46.5. глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае торпидного, рецидивирующего течения или в случае неэффективности местного лечения и лечения антигистаминными ЛП для системного применения:
преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – в/мышечно по 1–2 мл 1 раз в сутки 5–7 суток
или
бетаметазон, суспензия для инъекций 2 мг+5 мг/мл – в/мышечно по 1 мл 1 раз/сутки с интервалом в 2–3 недели (на курс 1–3 инъекции).

ГЛАВА 9

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛИШАЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО

47. Обязательные диагностические мероприятия:
47.1. клинические:
сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
осмотр с оценкой кожных проявлений;
47.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:
общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ), однократно;
общий анализ мочи, однократно;
анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка, АСЛО), однократно;
47.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:
общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

48. дополнительные диагностические исследования:

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*);

исследование на носительство HBsAg;

исследование на анти-HCV;

рентгенография органов грудной клетки;

при эрозивно-язвенном поражении слизистых – скрининг на аутоиммунные буллезные дерматозы (определение IgG к десмоглеинам 1 и 3; IgG к энвоплакину; IgG к белкам BP 180 и BP 230; иммуноглобулина класса А (далее – IgA) к тканевой трансглутаминазе и (или) IgA и IgG к деамидиновым пептидам глиида) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

тест на беременность (для женщин) (при лечении метотрексатом, циклоспорином);

консультация врача-терапевта, врача общей практики, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (при поражении слизистой оболочки гениталий), врача-стоматолога (при изолированном поражении слизистой оболочки полости рта), врача-офтальмолога (перед назначением противомаларийных ЛП).

49. Местное лечение:

49.1. в случае острого течения – кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 4–8 недель;

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г, раствор для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 4–8 недель

или

другой топический глюкокортикоид (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4).

При поражении ногтей (не более 3-х ногтевых пластинок), при гипертрофической форме лишая красного плоского кортикостероиды для наружного применения назначаются под окклюзию;

49.2. в случае подострого течения:

пимекролимус⁷, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–8 недель.

Возможно длительное применение пимекролимуса⁷ в режиме проактивной терапии по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю или 2 последовательных дня каждую неделю на места предыдущих высыпаний) до 12 недель;

⁷ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

49.3. при эрозивно-язвенном поражении слизистой оболочки полости рта, губ и вульвы рекомендуется назначать:

антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – разведенный с водой 1:1 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов

или

раствор перекиси водорода 30 мг/мл – разведенный с водой 1:4 (полоскание 5–6 раз/сутки) до исчезновения симптомов.

ЛП, улучшающие трофику и регенерацию тканей:

депротеинизированный гемодериват крови телят, гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки до эпителизации эрозий.

При торпидном течении – кортикостероиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4):

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз в сутки до 6 недель или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз в сутки до 6 недель.

50. Симптоматическое лечение:

50.1. при выраженном зуде – антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом:

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

50.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;

50.3. глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае торпидного, рецидивирующего течения, поражении слизистых оболочек, поражении более чем 3 ногтевых пластинок или в случае неэффективности местного лечения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–40 мг/сутки до достижения клинического эффекта со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней с последующей отменой в течение 1–2 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения в течение 6–8 недель (согласно приложению 8);

50.4. иммунодепрессанты назначаются в случае торпидного, рецидивирующего течения при отсутствии ответа на лечение глюкокортикоидами для системного применения:

гидроксихлорохин⁸, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 20–60 суток или

циклоспорин⁸, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в дозе 5 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом 4–8 недель. Противопоказано сочетание приема циклоспорина с фототерапией кожи,

или

метотрексат⁸, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 15 мг/неделю 3–4 месяца,

или

метотрексат⁸, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 15 мг/неделю 3–4 месяца. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 7.

⁸ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

51. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при торпидном течении красного плоского лишая (в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии пациентам для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 10

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИТИРИАЗА КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО

52. Обязательные диагностические мероприятия:

52.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

52.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

52.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

исследование антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ);

исследование на маркеры вирусных гепатитов (HBsAg; анти-HCV) перед назначением метотрексата, циклоспорина;

тест на беременность (для женщин) (при лечении метотрексатом, циклоспорином);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата.

53. Местное лечение:

53.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол, мочевины 2–5–10–30–40 % (эмоленты) 2–4–раза/сутки длительно;

салициловая кислота, мазь для наружного применения 30 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки до улучшения клинических симптомов;

53.2. при распространенных высыпаниях рекомендовано назначение кортикостероидов для наружного применения II-III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4):

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели

или

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

53.3. при ограниченных высыпаниях рекомендовано назначение ЛПП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁹, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1 раза/сутки 12 недель или до исчезновения симптомов;

кальципотриол¹⁰, мазь для наружного применения 50 мкг/г, – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 4–8 недель.

⁹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

¹⁰ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

54. Системное лечение:

54.1. в случае распространенного поражения кожи – ретиноиды для системного применения:

ацитретин, капсулы 10 мг, 25 мг – внутрь 25–50 мг в сутки 3–6 месяцев. Женщинам детородного возраста применяются надежные методы контрацепции без перерыва в течение 4 недель до начала терапии, во время курса лечения и по крайней мере в течение 2 лет после его окончания

или

изотретиноин¹⁰, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 1 мг/кг/сутки 3–6 месяцев;

54.2. селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты назначаются в случае тяжелого течения или в случае неэффективности местного лечения и лечения ретиноидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

метотрексат¹¹, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 7,5–20 мг/неделю 3–6 месяцев

или

метотрексат¹¹, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 7,5–20 мг/неделю 3–6 месяцев. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата,

или

циклоsporин¹¹, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 5 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом 2–4 недели с постепенным снижением дозы до 2–3 мг/кг/сутки 12–20 недель. Противопоказано сочетание приема циклоsporина с фототерапией кожи,

или

азатиоприн¹¹, таблетки 50 мг, капсулы 50 мг – внутрь 100–200 мг/сутки 8–12 недель.

Возможно назначение циклоsporина или азатиоприна в комбинации с ретиноидами для системного применения.

ГИБП назначают при тяжелом течении пситриаза красного волосяного отрубевидного, в случаях неэффективности или развития нежелательных явлений, или наличия медицинских противопоказаний к иммуносупрессивной (небиологической) терапии (по решению врачебного консилиума):

ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа:

инфликсимаб¹², порошок для приготовления раствора для инфузий 100мг – в/венно капельно медленно (2 мл/мин) 5 мг/кг развести в 250 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в первую неделю, затем через 2, 6, 8 недель после первого введения, а затем каждые 8 недель) в виде монотерапии или в комбинации с метотрексатом 10–22,5 мг/неделю (длительность терапии определяется индивидуально). Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 7.

¹¹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

¹² Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

55. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при торпидном течении пситриаза красного волосяного отрубевидного (в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии пациентам для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 11

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛИХЕНА БЛЕСТЯЩЕГО

56. Обязательные диагностические мероприятия:

56.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

56.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;

57. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, С-реактивного белка; АСЛО);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата.

58. Местное лечение:

58.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

58.2. в случае острого, торпидного течения рекомендовано назначение кортикостероидов для наружного применения II-III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4) под окклюзию:

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели

или

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

58.3. в случае подострого течения рекомендовано назначение ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус¹³, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки 4–12 недель.

¹³ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям,

с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

59. Симптоматическое лечение:

59.1. при выраженном зуде – антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом:

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

59.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток.

60. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при торпидном течении лихена блестящего (в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии пациентам для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 12 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛИХЕНА ЛИНЕЙНОГО

61. Обязательные диагностические мероприятия:

61.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

- 61.2. клинико-лабораторные исследования:
общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
62. дополнительные диагностические исследования:
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата.
63. Местное лечение:
- 63.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;
- 63.2. кортикостероиды для наружного применения II–III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 4) под окклюзию:
триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели
или
гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели.

ГЛАВА 13

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛИШАЯ КРАСНОГО МОНИЛИФОРМНОГО

64. Обязательные диагностические мероприятия:
- 64.1. клинические:
сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
осмотр с оценкой кожных проявлений;
- 64.2. клинико-лабораторные исследования:
общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
исследование антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ);
исследование на носительство HBsAg;
исследование на анти-HCV;
общий анализ мочи;
определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;
65. дополнительные диагностические исследования:
анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка; АСЛО);
определение антител к возбудителю токсоплазмы (*Toxoplasma gondii*) в крови.
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата.
66. Местное лечение:
- 66.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;
- 66.2. кортикостероиды для наружного применения II–III класса (согласно приложению 4):
триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели
или
гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели.
67. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают при торпидном течении лишая красного монилиформного (в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии пациентам для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 14 **МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ, ПУСТУЛЕЗОМ ЛАДОННЫМ И ПОДОШВЕННЫМ, ПАРАПСОРИАЗОМ, ЛИШАЕМ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

68. Медицинское наблюдение пациентов с псориазом, пустулезом ладонным и подошвенным, парапсориазом, лишаям красным плоским осуществляют врач-дерматовенеролог, врач-терапевт, врач общей практики.

69. Медицинское наблюдение врачом-дерматовенерологом осуществляется 1 раз в месяц в течение 2 месяцев после установления диагноза, далее – 2 раза в год.

70. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в 1 год после установления диагноза:

общий (клинический) анализ крови – 1 раз в месяц в течение 2 месяцев и через 6 месяцев;

общий анализ мочи – 1 раз в месяц в течение 2 месяцев и через 6 месяцев;

биохимический анализ крови – 1 раз в месяц в течение 2 месяцев и через 6 месяцев.

71. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента после первого года медицинского наблюдения:

общий (клинический) анализ крови – 1 раз в год;

общий анализ мочи – 1 раз в год;

биохимический анализ крови – 1 раз в год.

72. Пациентам, находящимся на иммуносупрессивной терапии, показан регулярный контроль за клинико-лабораторными показателями, инструментальные и другие диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в зависимости от степени тяжести буллезного дерматоза и вида иммуносупрессивной терапии.

73. При наличии медицинских показаний проводится консультация врача-ревматолога, врача-онколога.

Приложение 1

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»

Клиническая классификация псориаза

№ п/п	Вид	Варианты	Соответствие МКБ-10
1	Типичный. С типичной локализацией и морфологией первичного элемента	Обыкновенный (в том числе: обыкновенная клиническая форма псориаза волосистой части головы; обыкновенная и роговая клинические формы псориаза ладоней и подошв)	L40.0
2	Атипичный А) Морфология первичного элемента сочетает признаки пролиферативного и экзематозного типов воспаления; диагностические феномены определяются или сомнительны. Б) Морфология первичного элемента не типична в связи с локализацией в зонах с особенностями морфологии или микробиома кожи	Экссудативный, в том числе: себорейный, инверсный (псориаз складок)	L40.0, L40.8
		Каплевидный (инфекционно-зависимый)	L40.4
		Акродерматит стойкий Аллопо	L40.2
		Пустулез ладонный и подошвенный	L40.3
		Ногтей (псориазная ониходистрофия)	L60.3 (обычно не указывается в случае неизолированного псориаза ногтей)
3	Осложненный	Эритродермия (истинная, токсический вариант)	L53.8
		Пустулезный (генерализованный, ограниченный – ладонно-подошвенный)	L40.1, L40.3
		Артропатический	L40.5

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»

Критерии клинической диагностики псориаза

№ п/п	Критерий	Описание	Метод клинического исследования
1	Локализация: типичная	Волосистая часть головы Локти Колени	Осмотр
	Преимущественная	Разгибательные поверхности конечностей Область крестца	
	Особые варианты	Лицо (чаще центрофациально) Дистальные фаланги пальцев (ногти и околоногтевые валики) Складки Наружные половые органы Красная кайма губ и слизистые оболочки (полости рта или другие)	
2	Первичный морфологический элемент: Типичный	Папула эпидермодермальная розового цвета, округлых или овальных очертаний, с плоской поверхностью, покрытой легко отделяющимися белыми/серовато-белыми чешуйками.	Осмотр (adoculus, под лупой)
	Атипичный	Чешуйки имеют желтый цвет (пропитаны серозной жидкостью) Поверхность папулы покрыта наслоениями чешуйко-корок серо-желтого цвета (рупиоидные папулы) Поверхность папулы покрыта микровезикулами/микропустулами	Пальпация
	Атипичный особых локализаций (при изолированной локализации диагностика псориаза затруднена)	Инфильтрация слабая (дифференцировать с эритемой) Поверхность папулы мацерирована (типичное шелушение отсутствует) Ограниченное изменение цвета ногтя (подногтевая эритема с лососевым оттенком), онихолизис	
3	Диагностические феномены	Псориазная триада, феномен Ауспитца (позволяет сделать вывод о типичных патоморфологических изменениях в эпидермисе и дерме)	Поскабливание (граттаж)
		Симптом Поспелова (клиническая дифференциальная диагностика псориаза и себорейного дерматита волосистой части головы)	Пальпация

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»

Оценка степени тяжести псориаза

Индекс PASI состоит из суммы индексов интегральной оценки тяжести и площади поражения четырех зон: головы и шеи, верхних конечностей, туловища, нижних конечностей.

Для расчета PASI необходимо:

1. Оценить физикально (визуально, пальпаторно, граттажем) в баллах интенсивность яркости (эритема – Э), инфильтрации (И) и шелушения (Ш) псориазных высыпаний в пределах каждой из оцениваемых зон:

Выраженность признака	отсутствует	слабая	умеренная	сильная	очень сильная
Балльная оценка выраженности	0	1	2	3	4

2. Определить долю пораженной кожи в пределах каждой из зон в количестве ладоней пациента.

3. Определить площадь поражения каждой из областей с учетом доли площади ладони пациента по отношению к площади оцениваемой зоны тела пациента:

Зона	Доля площади одной ладони пациента по отношению к площади зоны (далее – ДПЛ)	Ладонь пациента
Кожный покров головы и шеи	10 %	Ладонная поверхность кисти пациента с сомкнутыми пальцами
Кожный покров верхних конечностей	5 %	
Кожный покров туловища	3,3 %	
Кожный покров нижних конечностей	2,5 %	

Площадь поражения зоны = (количество ладоней) x (ДПЛ) зоны

4. Выполнить балльную оценку площади псориатического поражения кожи в пределах каждой зоны (ОП):

Площадь поражения	0–9 %	10–29 %	30–49 %	50–69 %	70–89 %	90–100 %
Балльная оценка (ОП)	1	2	3	4	5	6

5. Оценить тяжесть и площадь поражения каждой из областей с учетом доли площади данной зоны по отношению к общей площади поверхности тела пациента.

Зона	Доля от общей площади кожи	
	%	Коэффициент площади зоны для расчета PASI (далее – КП)
Кожный покров головы и шеи	10	0,1
Кожный покров верхних конечностей	20	0,2
Кожный покров туловища	30	0,3
Кожный покров нижних конечностей	40	0,4

Формула расчета PASI:

$PASI = \text{сумма (Э+И+Ш)} \times ОП \times К \text{ для каждой зоны}$

Интерпретация результатов подсчета индекса:

Псориаз не тяжелый – PASI менее 10 (менее 8) баллов;

Псориаз среднетяжелый – PASI от 10 до 20–30 (8–12) баллов;

Псориаз тяжелый – PASI свыше 30 (12) баллов.

Приложение 4

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»

Классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии

№ п/п	Класс	Активность	ЛП	Форма выпуска
1	I	Слабоактивные	Гидрокортизон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Преднизолон	мазь для наружного применения 5 мг/г
2	II	Умеренно активные	Триамцинолон	мазь для наружного применения 1 мг/г
			Гидрокортизона бутират	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г

3	III	Высокоактивные	Флуоцинолона ацетонид	мазь для наружного применения 0,25 мг/г
			Бетаметазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Метилпреднизолона ацетонат	мазь для наружного применения 1 мг/г, эмульсия для наружного применения 1 мг/г
			Мометазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
4	IV	Очень высокоактивные	Клобетазол	мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г

Приложение 5

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»

Режим назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм

Начальная доза облучения составляет 50–70 % от минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,1–0,3 Дж/см². Процедуры проводят 3–4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышают каждую процедуру или через процедуру на 5–30 %, или на 0,05–0,2 Дж/см², при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. Курс лечения составляет 15–35 процедур.

Приложение 6

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»

Медицинские показания к назначению ГИБП

1. Средняя и тяжелая степень тяжести псориаза при отсутствии клинического эффекта от системных иммуносупрессивных (небиологических) ЛП и методов фототерапии в адекватной терапевтической дозе в течение ≥ 3 месяцев.
2. Особая локализация резистентных к лечению псориатических высыпаний (открытые участки кожи, гениталии, ладони и подошвы, волосистая часть головы), тяжелая степень псориатической ониходистрофии.
3. Развитие рецидива псориаза в течение 3 месяцев после прекращения системной иммуносупрессивной (небиологической) терапии.
4. Наличие медицинских противопоказаний (документально подтвержденных) к назначению фототерапии, метотрексата, циклоспорина, системных ретиноидов.
5. Развитие нежелательных лекарственных реакций или токсических реакций (документально подтвержденных) при применении ЛП системной иммуносупрессивной (небиологической) терапии в лечебных дозах.
6. Артропатический псориаз (псориатический артрит суставов конечностей, позвоночника) с распространенным, тяжелым или быстро прогрессирующим поражением опорно-двигательного аппарата.

Приложение 7

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»

Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии

№ п/п	ЛП	Контролируемые показатели	Периодичность исследований
-------	----	---------------------------	----------------------------

1	Метотрексат	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в неделю в течение 1-го месяца лечения, затем 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, начиная с 4-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
2	Циклоспорин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); контроль АД; тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц
3	Азатиоприн	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 1–3 месяца
4	Глюкокортикоиды	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
		коагулограмма (протромбиновый индекс, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, международное нормализованное отношение)	1 раз в 6 месяцев
		ЭКГ	1 раз в 6 месяцев
		рентгенография органов грудной клетки	1 раз в год
		денситометрия	1 раз в год
		УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза, простаты	1 раз в год
		маммография	1 раз в год
		эзофагогастродуоденоскопия	1 раз в год
5	Дапсон	Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, ретикулоциты, тромбоциты), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
6	ГИБП	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат), уровень СРБ	1 раз в 3 месяца
		мониторинг туберкулеза (проба Манту/ диаскин-тест/ квантифероновый тест)	1 раз в 6 месяцев
7	Микофенолата мофетил	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 1 месяц
8	Гидроксихлорохин	Общий анализ крови, консультация врача-офтальмолога	1 раз в 1 месяц 1 раз в 6 месяцев
9	Изотретиноин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в месяц
10	Ацитретин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок,	1-й месяц лечения 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в 1–3 месяца

	триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	
--	--	--

Приложение 8
к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с папулосквамозными нарушениями»

Эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения

№ п/п	ЛП	Эквивалентная доза, мг	Период полувыведения из тканей, ч
1	Короткого действия:		
	гидрокортизон, таблетки 20 мг	20	8–12
	кортизон, таблетки 25 мг	25	8–12
2	Среднедлительного действия:		
	преднизолон, таблетки 5 мг	5	18–36
	метилпреднизолон, таблетки 4 мг	4	18–36
	триамцинолон, таблетки 4 мг	4	24–36
3	Длительного действия:		
	дексаметазон, таблетки 0,5 мг	0,75	36–54

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
22.06.2022 № 59

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с крапивницей и эритемой (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L50–L54).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

волдырь – бесполомной первичный морфологический элемент крапивницы, представляет собой ограниченный отек сосочкового слоя дермы, возникающий вследствие вазодилатации и увеличения проницаемости сосудов, от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в диаметре, гиперемизированный по периферии и более бледный в центре;

крапивница – гетерогенная группа заболеваний, основным клиническим симптомом которых являются преходящие зудящие высыпания размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров;

многоформная эритема – острая иммуноопосредованная воспалительная реакция кожи и, в ряде случаев, слизистых оболочек на различные стимулы, характеризующаяся мишеневидными очагами поражения с периферической локализацией, склонная к рецидивированию и саморазрешению;

острая крапивница – внезапное однократное появление волдырей (каждый из которых существует не более 24 часов) продолжительностью менее 6 недель, вызванное воздействием одного из провоцирующих факторов;

узловатая эритема (*erythema nodosum*) – приобретенное острое или подострое заболевание, характеризующееся наличием глубоких эритематозных болезненных узлов, типично расположенных на разгибательных поверхностях нижних конечностей;

хроническая крапивница – состояние, возникающее вследствие известных и неизвестных причин, при котором ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель, появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов;

эритема – ограниченное покраснение кожи, обусловленное расширением сосудов сосочкового слоя дермы.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с крапивницей и эритемой при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами.

5. Биопсия кожи выполняется врачом-дерматовенерологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом; биопсия слизистых оболочек – врачом-стоматологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом в манипуляционной (процедурном кабинете) и в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями к ее проведению.

6. Пациентам с тяжелым течением эритемы многоформной, эритемы узловатой и (или) при неэффективности лечения в амбулаторных условиях показано лечение в стационарных условиях дерматовенерологических отделений больничных организаций.

7. Пациентам с тяжелым течением крапивницы и (или) при неэффективности лечения в амбулаторных условиях в организациях здравоохранения дерматовенерологического профиля показано лечение в аллергологическом отделении. Лечение крапивницы в стационарных условиях осуществляется в терапевтических отделениях больничных организаций.

8. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (степень тяжести заболевания, распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

9. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем).

10. Медицинское наблюдение пациентов с крапивницей и эритемой в амбулаторных условиях не осуществляется.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРАПИВНИЦЫ

11. Не рекомендуется проводить обследование в случае острой крапивницы, за исключением случаев указания в анамнезе на провоцирующий фактор.

12. Обязательные диагностические мероприятия:

12.1. клинические: сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания; осмотр с оценкой кожных проявлений;

12.2. клинико-лабораторные исследования (в случае хронической крапивницы):

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка; антистрептолизина О (далее – АСЛО).

13. Дополнительные диагностические мероприятия (в случае хронической крапивницы и (или) неэффективности лечения):

исследование уровня общего иммуноглобулина класса Е (далее – IgE) в крови;
исследование уровня аллерген-специфических IgE антител в крови;
исследование на носительство поверхностного антигена вируса гепатита В (далее – HBsAg);
исследование на антитела к антигенам вирусного гепатита С (далее – анти-HCV);
исследование уровня свободного тироксина (далее – Т4), тиреотропного гормона (далее – ТТГ), антител к тиреопероксидазе в крови;
исследование уровня комплемента и его фракций в крови (С3 и С4);
копрологическое исследование;
определение антител к возбудителю описторхоза, лямблиям, аскаридам, трихинеллам, эхинококку, токсокаре собак в крови;
определение антител иммуноглобулина класса М (далее – IgM), иммуноглобулина класса G (далее – IgG) к вирусу Эпштейна-Барр, *Borrelia burgdorferi* в крови;
исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);
эзофагогастродуоденоскопия с исследованием материала желудка на наличие *Helicobacter pylori*;
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;
консультация врача-аллерголога-иммунолога, врача-ревматолога, врача-онколога, врача-эндокринолога, врача-гастроэнтеролога, врача-инфекциониста при наличии сопутствующей патологии.

14. Оценка степени активности крапивницы проводится согласно приложению 1.

15. Элиминация аллергенного продукта из диеты при пищевой сенсibilизации. Рекомендовано соблюдать неспецифическую гипоаллергенную диету (согласно приложению 2).

16. Симптоматическое лечение:

16.1. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток.

При сохранении симптомов крапивницы в течение 2 недель возможно повышение суточной дозы антигистаминных ЛП до четырехкратной 7–28 суток (по решению врачебного консилиума). При необходимости повышения суточной дозы в 4 раза от рекомендуемой – консультация врача-кардиолога, регулярный контроль безопасности антигистаминных ЛП, при необходимости – мониторинг электрокардиограммы (далее – ЭКГ);

16.2. при сохранении симптомов крапивницы в течение 6 месяцев или ранее, если симптомы нестерпимы, к лечению антигистаминными ЛП для системного применения рекомендовано добавить иммунодепрессанты (по решению врачебного консилиума):

циклоsporин¹, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом 4–8 недель. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3;

¹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

16.3. для лечения тяжелого обострения крапивницы на любом этапе лечения рекомендовано назначать глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–40 мг/сутки 10 суток или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭРИТЕМОЙ МНОГОФОРМНОЙ

17. Лечение пациентов с многоформной эритемой с распространенными кожными высыпаниями, поражением слизистых оболочек, при наличии симптомов интоксикации проводится в стационарных условиях.

18. Обязательные лабораторные исследования:

18.1. в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

18.2. в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза.

19. Дополнительные диагностические мероприятия:

цитологическое исследование содержимого пузырных элементов и мазков-отпечатков со дна эрозий;

рентгенография органов грудной клетки;

скрининг на аутоиммунные буллезные дерматозы методом иммуноферментного анализа (определение IgG к десмоглеинам 1 и 3; IgG к энвоплакину; IgG к белкам BP 180 и BP 230; иммуноглобулина класса А (далее – IgA) к тканевой транскляминазе и (или) IgA и IgG к деамидиновым пептидам глиадина) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

определение ДНК цитомегаловируса (*Cytomegalovirus*), Эпштейна-Барр (*Epstein-Barrvirus*), простого герпеса 1 и 2 типов (*Herpes simplex virustypes 1, 2*), ДНК вируса герпеса 6 типа (*HHV6*) методом полимеразной цепной реакции – в содержимом пузыря, слюне, соскобе со слизистой оболочки полости рта;

определение антител классов М, G (IgM, IgG) к *Mycoplasma pneumoniae* в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

исследование антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ);

консультация врача-офтальмолога (при поражении слизистых оболочек глаза), врача-оториноларинголога (при поражении слизистых оболочек полости рта и носа), врача-стоматолога (при поражении слизистой полости рта).

20. Местное лечение:

20.1. кортикостероиды для наружного применения:

кортикостероиды для наружного применения I–III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 5):

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели

или

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели,

или

мометазона фураат, крем для наружного применения 1 мг/г; мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раза/сутки 2–3 недели;

20.2. в случае острого/подострого воспалительного процесса с вторичным инфицированием используются кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрацилин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылить на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток

или

окситетрацилин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылить на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток,

или

бетаметазон/гентамицин/клотримазол, крем для наружного применения (500 мкг + 10 мг + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

грамицидин/неомицина сульфат/нистатин/триамцинолона ацетонид, крем для наружного применения (0,25 мг + 2,5 мг + 100 000 МЕ + 1 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

гидрокортизон/натамицин/неомицин, крем для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г; мазь для наружного применения (10 мг + 10 мг + 3500 ЕД)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

флуметазон/клиохинол мазь для наружного применения (0,2 мг + 30 мг)/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

20.3. антисептические ЛП для наружного применения в случае наличия пузырей, эрозий:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток

или

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

повидон-йод, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток.

21. Симптоматическое лечение:

21.1. при легкой степени тяжести многоформной эритемы при выраженном зуде – антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом:

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,
или
прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;
21.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;
21.3. при распространенных кожных высыпаниях, поражении слизистых оболочек и (или) в случае неэффективности лечения антигистаминными ЛП для системного применения рекомендовано назначить глюкокортикоиды для системного применения:
преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);
21.4. при ассоциации многоформной эритемы с вирусом простого герпеса рекомендовано назначение противовирусных ЛП для системного применения:
ацикловир, таблетки 200 мг, 400 мг, 800 мг – внутрь по 200–400 мг 3–5 раз в сутки 7–10 суток
или
валацикловир, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток. В случае торпидного, рецидивирующего течения многоформной эритемы рекомендован прием валацикловира в дозе 500 мг/сутки до 6–12 месяцев;
21.5. при ассоциации многоформной эритемы с *Mycoplasma pneumoniae* рекомендовано назначение антибактериальных ЛП для системного применения:
макролиды:
эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 7–10 суток
или
кларитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–14 суток,
или
азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем внутрь по 1 таблетке 250 мг 1 раз в сутки 4 суток.

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭРИТЕМОЙ УЗЛОВАТОЙ

22. Обязательные диагностические мероприятия:

22.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

22.2. клинико-лабораторные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, холестерина, глюкозы, С-реактивного белка, АСЛО);

22.3. клинико-лабораторные исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, щелочной фосфатазы, глюкозы, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка, АСЛО).

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

23. Дополнительные диагностические мероприятия:

диаскин-тест, квантифероновый тест, проба Манту;

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

консультация врача-ревматолога, врача-фтизиатра, врача-ангиохирурга.

24. Местное лечение:

кортикостероиды для наружного применения:

в случае тяжелого течения – кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, или

другой топический глюкокортикоид.

25. Системное лечение:

25.1. в случае боли, отека, гиперемии, гипертермии в очагах поражения – нестероидные противовоспалительные ЛП:

напроксен, таблетки 275 мг, 550 мг – внутрь 550–1100 мг/сутки в 2 приема 7–10 суток или

ибупрофен, таблетки, покрытые оболочкой, капсулы 200 мг, 400 мг – внутрь в таблетках по 200 мг 3–4 раза/сутки; в таблетках по 400 мг 2–3 раза/сутки (не более 1200 мг/сутки) 7–10 суток,

или

нимесулид, таблетки 100 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

индометацин, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток;

25.2. в случае неэффективности лечения нестероидными противовоспалительными ЛП и (или) при торпидном течении рекомендовано назначить глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки (не более 60 мг/сутки) 2–4 недели с последующим постепенным снижением дозы 5 мг/сутки 1 раз в 14 суток до отмены 4–6 недель или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4). Оценка

безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3;

25.3. при нарушении периферического кровообращения – ЛП, улучшающие микроциркуляцию:

пентоксифиллин, таблетки 100 мг, 400 мг, 600 мг – внутрь по 300–600 мг в сутки 20–30 суток;

25.4. при локализации на нижних конечностях – венотонизирующие и венопротекторные ЛП:

диосмин+гесперидин, таблетки 450 мг/50 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 1–2 мес.;

25.5. в случае острой формы с лихорадкой и артралгиями рекомендовано назначение противовоспалительных ЛП, не влияющих на обмен мочевой кислоты:

колхицин, таблетки, покрытые оболочкой 0,5 мг – внутрь по 1–2 таблетки 1–2 раза/сутки 1–3 мес.;

25.6. при ассоциации с микробной инфекцией рекомендовано назначение антибактериальных ЛП для системного применения:

ЛП первого выбора:

пенициллины:

оксациллин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 4 раза/сутки 7–10 суток

или

амоксциллин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500–750 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз:

амоксциллин/клавулановая кислота, таблетки 250 мг/125 мг или 500 мг/125 мг – внутрь по 1 таблетке 250/125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 500 мг/125 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

ЛП второго выбора:

фторхинолоны:

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

офлоксацин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 200 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток, или

левофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток.

ГЛАВА 5

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДРУГИМИ ЭРИТЕМАТОЗНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ (ЭРИТЕМОЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ЦЕНТРОБЕЖНОЙ, ЭРИТЕМОЙ МАРГИНАЛЬНОЙ, ДРУГОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ УЗОРЧАТОЙ ЭРИТЕМОЙ, ДРУГИМИ УТОЧНЕННЫМИ ЭРИТЕМАТОЗНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ)

26. Обязательные диагностические мероприятия:

26.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

26.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ, общего билирубина, общего белка, холестерина, щелочной фосфатазы, глюкозы, гамма-глутамилтранспептидазы, С-реактивного белка, АСЛО).

27. Дополнительные диагностические мероприятия:

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermatophyton);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно;
исследование на носительство HBsAg;
исследование на анти-HCV;
исследование антител к ВИЧ;
исследование уровня общего IgE в крови;
определение антител к возбудителю описторхоза, лямблиям, аскаридам, трихинеллам, эхинококку, токсокаре собак, боррелии Бургдорфера (*Borrelia burgdorferi*) в крови;
эзофагогастродуоденоскопия с исследованием материала желудка на наличие *Helicobacter pylori*;
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;
консультация врача-онколога, врача-гематолога, врача-ревматолога, врача-фтизиатра, врача-аллерголога-иммунолога, врача-гастроэнтеролога, врача-инфекциониста.

28. Местное лечение:

кортикостероиды для наружного применения:
глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 5) (в случае тяжелого течения):

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз в сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели, затем 1 раз в сутки 2 недели, затем 3 раза в неделю 2 недели,

или

другой топический глюкокортикоид.

29. Симптоматическое лечение:

29.1. в случае боли, отека, гиперемии, гипертермии в очагах поражения – нестероидные противовоспалительные ЛП:

напроксен, таблетки 275 мг, 550 мг – внутрь 550–1100 мг/сутки в 2 приема 7–10 суток
или

ибупрофен, таблетки, покрытые оболочкой, капсулы 200 мг, 400 мг – внутрь в таблетках по 200 мг 3–4 раза/сутки; в таблетках по 400 мг 2–3 раза/сутки (не более 1200 мг/сутки) 7–10 суток,

или

нимесулид, таблетки 100 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

индометацин, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток;

29.2. в случае неэффективности лечения нестероидными противовоспалительными ЛП и (или) при торпидном течении рекомендовано назначить глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки (не более 60 мг/сутки) внутрь 2–4 недели с последующим постепенным снижением дозы на 5 мг/сутки 1 раз в 14 суток до отмены 4–6 недель или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4). Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

Приложение 1

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой»

Оценка степени активности крапивницы

№ п/п	Баллы	Волдыри	Зуд
1	0	Отсутствуют	Отсутствует
2	1	< 20 волдырей за 24 часа	Легкий
3	2	20–50 волдырей за 24 часа	Умеренный
4	3	> 50 волдырей за 24 часа или немногочисленные гигантские сливающиеся волдыри	Выраженный
5	Сумма баллов		Степень тяжести крапивницы
5.1	0–2		Легкая
5.2	3–4		Средней тяжести
5.3	5–6		Тяжелая

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой»

Неспецифическая гипоаллергенная диета

№ п/п	Рекомендуется исключить из рациона	Рекомендованные пищевые продукты
1	Цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты, иные)	Мясо говяжье нежирное (отварное)
2	Орехи (фундук, миндаль, арахис, грецкие)	Супы: крупяные, овощные (на вторичном говяжьем бульоне или вегетарианские)
3	Рыба и рыбные продукты (свежая и соленая рыба, рыбные бульоны, консервы из рыб, икра, иные)	Масло сливочное, оливковое, очищенное подсолнечное
4	Птица (гусь, утка, индейка, курица, иные) и изделия из них	Картофель, морковь, свекла (в отварном виде) капуста тушеная
5	Шоколад и шоколадные изделия	Каши: гречневая, геркулесовая, рисовая
6	Кофе, какао	Молочнокислые продукты – однодневные (творог, кефир, простокваша, сметана)
7	Копченые изделия, колбасы, полуфабрикаты (пельмени, сосиски, сухие супы)	Огурцы свежие очищенные, петрушка, укроп
8	Уксус, горчица, майонез, маринады, соусы и иные специи	Яблоки печеные
9	Хрен, редис, редька	Чай (слабозаваренный) без ароматизаторов и добавок
10	Томаты, баклажаны и изделия из них	Компоты из свежих яблок, сливы, смородины, сухофруктов
11	Грибы	Сахар (в ограниченном количестве)
12	Яйца	Белый несдобный хлеб (подсушенный)
13	Молоко пресное	–
14	Клубника, земляника, дыня, ананас, вишня, бананы	–
15	Сдобное тесто, торты, пирожные, кексы, пицца, фастфуд	–
16	Мед и продукты пчеловодства	–
17	Категорически запрещается употреблять любые спиртные напитки (в том числе, слабоалкогольные)	–
18	Мясные бульоны первичные	–
19	Морепродукты (крабы, раки, креветки и продукты их содержащие)	–
20	Газированные напитки	–
21	Пищевые красители (тартразин E102, желто-оранжевый S E110, азорубин E122, амарант E123, красная кошениль E124, эритрозин E127, бриллиантовая чернь BN E151)	–
22	Ароматизаторы (глутаматы B 550–553)	–
23	Консерванты (сульфиты и их производные E220–227, нитриты E249–252, производные бензойной кислоты E210–219)	–
24	Антиоксиданты (E321)	–

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой»

Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии

№ п/п	ЛП	Контролируемые показатели	Периодичность исследований
1	Циклоспорин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); контроль артериального давления; тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц
2	Глюкокортикоиды	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
		коагулограмма (протромбиновый индекс, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, международное нормализованное отношение)	1 раз в 6 месяцев
		ЭКГ	1 раз в 6 месяцев
		рентгенография органов грудной клетки	1 раз в год
		денситометрия	1 раз в год
		УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза, простаты	1 раз в год
		маммография	1 раз в год
		эзофагогастродуоденоскопия	1 раз в год
		мониторинг туберкулеза (проба Манту, диаскин-тест, квантифероновый тест)	1 раз в 6 месяцев

Приложение 4

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой»

Эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения

№ п/п	ЛП	Эквивалентная доза, мг	Период полувыведения из тканей, ч
1	Короткого действия:		
	гидрокортизон, таблетки 20 мг	20	8–12
	кортизон, таблетки 25 мг	25	8–12
2	Среднедлительного действия:		
	преднизолон, таблетки 5 мг	5	18–36
	метилпреднизолон, таблетки 4 мг	4	18–36
	триамцинолон, таблетки 4 мг	4	24–36
3	Длительного действия:		
	дексаметазон, таблетки 0,5 мг	0,75	36–54

Приложение 5

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой»

Классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии

№ п/п	Класс	Активность	ЛП	Форма выпуска
-------	-------	------------	----	---------------

1	I	Слабоактивные	Гидрокортизон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Преднизолон	мазь для наружного применения 5 мг/г
2	II	Умеренно активные	Триамцинолон	мазь для наружного применения 1 мг/г
			Гидрокортизона бутират	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
3	III	Высокоактивные	Флуоцинолона ацетонид	мазь для наружного применения 0,25 мг/г
			Бетаметазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Метилпреднизолона ацепонат	мазь для наружного применения 1 мг/г, эмульсия для наружного применения 1 мг/г
			Мометазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
4	IV	Очень высокоактивные	Клобетазол	мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
22.06.2022 № 59

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L55–L59).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

солнечный ожог – воспаление в ответ на повреждение наружных слоев кожи ультрафиолетовым излучением.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения, при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами.

5. Биопсия кожи выполняется врачом-дерматовенерологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом; биопсия слизистых оболочек – врачом-стоматологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом в условиях манипуляционной (процедурного кабинета) и в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями к ее проведению.

6. По глубине ожогового поражения кожи классифицируют ожоги:
первой степени – ожоги в пределах эпидермиса (эпидермальные, поверхностные);
второй степени – ожоги распространяются до сосочкового слоя дермы с парциальным сохранением дериватов кожи (дермальные, «пограничные»);
третьей степени – поражение всех слоев кожи вплоть до собственной фасции, в ряде случаев, с повреждением субфасциальных структур (глубокие).

7. Пациенты с солнечным ожогом третьей степени получают лечение в амбулаторных условиях и в стационарных условиях отделений больничных организаций хирургического профиля.

8. Пациенты с солнечной крапивницей получают лечение в амбулаторных условиях и в стационарных условиях организаций здравоохранения (в аллергологических отделениях).

9. Пациенты с актиническим (фотохимическим) кератозом получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях онкологического профиля.

10. Пациенты с пойкилодермией Сиватта, старческой атрофией кожи подлежат лечению у врача-косметолога.

11. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (степень тяжести заболевания, распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

12. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем).

13. Медицинское наблюдение пациентов с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения в амбулаторных условиях не применяется.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЛНЕЧНОГО ОЖОГА

14. Не рекомендуется проводить обследование в случае солнечного ожога первой степени.

15. Обязательные диагностические мероприятия:

15.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

15.2. клинико-лабораторные исследования (в случае солнечного ожога второй степени):

общий (клинический) анализ крови развернутый (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

общий анализ мочи.

16. Дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка).

17. Местное лечение:

17.1. стимуляторы регенерации тканей:

декспантенол, гель для наружного применения 40 мг/г, крем для наружного применения 50 мг/г, мазь для наружного применения 50 мг/г 3–4 раза/сутки до купирования симптомов;

17.2. кортикостероиды для наружного применения в случае острого процесса или неэффективности декспантенола:

глюкокортикостероиды для наружного применения I–III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 1):

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток,

или

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДРУГИМИ ОСТРЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КОЖИ, ВЫЗВАННЫМИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ; ИЗМЕНЕНИЯМИ КОЖИ, ВЫЗВАННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НЕИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ; РАДИАЦИОННЫМ ДЕРМАТИТОМ ЛУЧЕВЫМ; ДРУГИМИ БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, СВЯЗАННЫМИ С ИЗЛУЧЕНИЕМ

18. Обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего кальция, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка).

19. Дополнительные диагностические мероприятия:

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи; консультация врача-онколога, врача-хирурга.

20. Пациентам необходимо использовать солнцезащитные средства с фильтром 30–50.

21. Местное лечение:

21.1. стимуляторы регенерации тканей:

декспантенол, гель для наружного применения 40 мг/г, крем для наружного применения 50 мг/г, мазь для наружного применения 50 мг/г 3–4 раза/сутки до купирования симптомов;

21.2. кортикостероиды для наружного применения в случае острого процесса или неэффективности декспантенола:

глюкокортикоиды для наружного применения I–III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 1):

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток, или

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток.

22. Симптоматическое лечение:

22.1. антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом (при выраженном зуде):

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,
или
хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,
или
прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;
22.2. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:
хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток
или
фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,
или
цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;
22.3. при распространенных кожных высыпаниях, остром течении и (или) в случае неэффективности лечения:
глюкокортикоиды для системного применения:
преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5 мг/кг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 2);
22.4. селективные иммунодепрессанты дополнительно к глюкокортикоидам назначаются для лечения актинического ретикулоида в случае тяжелого течения или в случае неэффективности монотерапии глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):
циклоsporин¹, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом 4–8 недель;
азатиоприн¹, таблетки 50 мг – внутрь в дозе 100–200 мг/сутки 8–12 недель. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

¹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

Приложение 1

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения»

Классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии

№ п/п	Класс	Активность	ЛП	Форма выпуска
1	I	Слабоактивные	Гидрокортизон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Преднизолон	мазь для наружного применения 5 мг/г
2	II	Умеренно активные	Триамцинолон	мазь для наружного применения 1 мг/г

			Гидрокортизона бутират	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
3	III	Высокоактивные	Флуоцинолона ацетонид	мазь для наружного применения 0,25 мг/г
			Бетаметазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Метилпреднизолона ацепонат	мазь для наружного применения 1 мг/г, эмульсия для наружного применения 1 мг/г
			Мометазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
4	IV	Очень высокоактивные	Клобетазол	мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения»

Эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения

№ п/п	ЛП	Эквивалентная доза, мг	Период полувыведения из тканей, ч
1	Короткого действия:		
	гидрокортизон, таблетки 20 мг	20	8–12
	кортизон, таблетки 25 мг	25	8–12
2	Среднедлительного действия:		
	преднизолон, таблетки 5 мг	5	18–36
	метилпреднизолон, таблетки 4 мг	4	18–36
	триамцинолон, таблетки 4 мг	4	24–36
3	Длительного действия:		
	дексаметазон, таблетки 0,5 мг	0,75	36–54

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения»

Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии

№ п/п	ЛП	Контролируемые показатели	Периодичность исследований
1	Метотрексат	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в неделю в течение 1-го месяца лечения, затем 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, начиная с 4-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
2	Циклоспорин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); контроль артериального давления; тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц
3	Азатиоприн	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 1–3 месяца

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с болезнями придатков кожи (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L60–L75).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

алопеция – патологическое выпадение волос, приводящее к их частичному или полному исчезновению в определенных областях головы или туловища;

периоральный дерматит (розацеаподобный дерматит, светочувствительный дерматит, стероидиндуцированный дерматит, светочувствительный себорейный дерматит) – хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся эритематозно-папулезными, папуло-везикулярными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области.

розацеа (acne rosacea, розовые угри) – хроническое, рецидивирующее, воспалительное заболевание преимущественно кожи лица, характеризующееся стадийностью клинических проявлений и прогрессивным течением;

pull-test (тест натяжения волос) согласно приложению 1 – диагностическая процедура для определения тяжести потери волос.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с болезнями придатков кожи при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами.

5. Биопсия кожи выполняется врачом-дерматовенерологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом; биопсия слизистых оболочек – врачом-стоматологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом, в условиях манипуляционной (процедурного кабинета) и в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями к ее проведению.

6. Пациенты с фолликулярными кистами кожи и подкожной клетчатки получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях хирургического или онкологического профиля.

7. Пациенты с гидраденитом гнойным получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях хирургического профиля.

8. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (степень тяжести заболевания, распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

9. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем).

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

10. Обязательные диагностические мероприятия:

10.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

10.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови развернутый (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в сыворотке крови при установлении диагноза;

10.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, альбумина, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспаратаминотрансферазы (далее – АСТ), щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, железа, ферритина, С-реактивного белка, антистрептолизина О (далее – АСЛО));

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);

исследование уровня свободного тироксина (далее – Т4), тиреотропного гормона (далее – ТТГ), антител к тиреопероксидазе в крови;

исследование уровня витамина D в крови;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (*Dermatophyton*);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

консультация врача-психотерапевта, врача-эндокринолога, врача-невролога.

11. Местное лечение:

11.1. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 2):

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г, раствор для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос 2 раза/сутки до 2 месяцев

или

клобетазол, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос 2 раза/сутки под окклюзионную повязку до 2 месяцев,

или

клобетазол, раствор для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос 2 раза/сутки до 2 месяцев,

или

бетаметазон, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос 2 раза/сутки до 2 месяцев;

11.2. ЛПП для лечения заболеваний кожи:

миноксидил, раствор для наружного применения 20 мг/г, 50 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос (не менее 3 месяцев).

По решению врачебного консилиума назначаются:

пимекролимус¹, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3 месяца.

При алопеции в области роста ресниц – аналоги простагландина:

латанопрост¹ капли глазные 0,005 % – местно 1 раз/сутки вечером наносить на основание ресниц верхнего века не менее 1 месяца до достижения клинического эффекта.

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

² Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

12. Симптоматическое лечение:

12.1. микроэлементы:

цинка сульфат, таблетки, покрытые оболочкой 124 мг – внутрь 5 мг/кг 3 раза/сутки 3 месяца;

цинка пиколинат, таблетки 22 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 3 месяца.

Глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае тяжелого течения (при поражении $\geq 25\%$ волосистой части головы), прогрессирующего течения (положительный pull-test) или в случае неэффективности местного лечения по одной из схем:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,4–0,6 мг/кг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней 12 недель

или

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 40 мг/сутки (6 таблеток утром, 2 таблетки днем) с постепенным снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены в течение 6 недель,

или

дексаметазон, таблетки 0,5 мг – внутрь 5 мг/сутки (5 таблеток утром, 3 таблетки днем, 2 таблетки вечером) 2 последовательных дня в неделю 6 месяцев;

12.2. селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты назначаются в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

метотрексат², таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 15–30 мг/неделю 9–18 месяцев

или

метотрексат³, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 15–30 мг/неделю 9–18 месяцев;

метотрексат назначается в виде монотерапии или в комбинации с преднизолоном, таблетки 5 мг – внутрь 10–20 мг/сутки (2/3 суточной дозы утром, 1/3 суточной дозы вечером) до возобновления роста волос;

или

циклоsporин³, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–5 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом – 2–12 месяцев. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

³ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

13. Обязательные диагностические мероприятия:

13.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

13.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

13.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, железа, ферритина, С-реактивного белка);

исследование уровня общего кортизола в крови;
исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;
исследование уровня простатспецифического антигена в крови для мужчин старше 45 лет перед началом терапии финастеридом;
исследование уровня пролактина, 17-гидроксипрогестерона, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, общего эстрадиола, дигидроэпиандростерона сульфата, свободного тестостерона, глобулина, связывающего половые гормоны в крови (для женщин);
микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermatophyton);
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;
осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);
консультация врача-гинеколога, врача-эндокринолога.

14. Местное лечение:

для лечения андрогенной алопеции у мужчин: миноксидил, раствор для наружного применения 50 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос (6–24 месяца);

для лечения андрогенной алопеции у женщин: миноксидил, раствор для наружного применения 20 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос (6–24 месяца).

15. Системное лечение:

15.1. для лечения андрогенной алопеции у мужчин:

ингибиторы 5- α -редуктазы (по решению врачебного консилиума):

дутастерид⁴, таблетки 0,5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раза/сутки 6–12 месяцев;

15.2. для лечения андрогенной алопеции у женщин (при синдроме гиперандрогении) (по решению врачебного консилиума):

гормональные контрацептивы для системного применения² (комбинированные оральные контрацептивы):

этинилэстрадиол/ципротерона ацетат, таблетки 35 мкг/200 мкг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме до возобновления роста волос

или

антагонисты альдостерона:

спиронолактон⁵, таблетки 25 мг, 50 мг – внутрь 100–200 мг/сутки ежедневно в комбинации с гормональными контрацептивами для системного применения до менопаузы. В постменопаузном периоде спиронолактон назначают в виде монотерапии.

⁴ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

⁵ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 4 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДРУГОЙ НЕРУБЦУЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ ВОЛОС

16. Обязательные диагностические мероприятия:

16.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений.

16.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

16.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка, АСЛО);

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);
определение уровня железа, ферритина в крови;
исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;
исследование уровня витамина D, витамина В12, фолиевой кислоты в крови;
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;
осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

консультация врача-эндокринолога, врача-невролога.

17. После устранения провоцирующего фактора телогеновой алопеции согласно приложению 4 выпадение волос регрессирует через 4–6 месяцев.

18. Лечение подлежат пациенты с хронической телогеновой алопецией (более 6 месяцев).

19. Местное лечение:

миноксидил⁶ применяется по решению врачебного консилиума. Для лечения хронической телогеновой алопеции у мужчин: миноксидил, раствор для наружного применения 50 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос;

для лечения хронической телогеновой алопеции у женщин: миноксидил, раствор для наружного применения 20 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос.

Применение миноксидила противопоказано при остром процессе (положительный pull-test).

⁶ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

20. Симптоматическое лечение:

20.1. микроэлементы:

цинка сульфат, таблетки, покрытые оболочкой 124 мг – внутрь 5 мг/кг 2 раза/сутки 1–3 месяца;

цинка пиколинат, таблетки 22 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 1–3 месяца;

20.2. витамины и витаминоподобные ЛП:

биотин, таблетки 25 мг, 50 мг, капсулы 25 мг, 50 мг – внутрь 50–100 мг/сутки 1–3 месяца,

фолиевая кислота, таблетки 0,4 мг; 1 мг – внутрь 0,4–1 мг/сутки 1–3 месяца.

ГЛАВА 5

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ МУЦИНОЗНОЙ (ФОЛЛИКУЛЯРНЫМ МУЦИНОЗОМ, МУЦИНОЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПИНКУСА)

21. Обязательные диагностические мероприятия:

21.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

21.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, железа, трансферрина, С-реактивного белка);

21.3. дополнительные диагностические исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза.

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);
исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;
осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия).

22. Местное лечение:

глюкокортикоиды для наружного применения I–III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 2):

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 2 месяцев

или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 2 месяцев,

или

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 2 месяцев.

23. Симптоматическое лечение:

23.1. при остром воспалительном процессе – нестероидные противовоспалительные ЛП:

напроксен, таблетки 275 мг, 550 мг – внутрь 550–1100 мг/сутки в 2 приема 7–10 суток
или

ибупрофен, таблетки, покрытые оболочкой, капсулы 200 мг, 400 мг – внутрь в таблетках по 200 мг 3–4 раза/сутки; в таблетках по 400 мг 2–3 раза/сутки (не более 1200 мг/сутки) 7–10 суток,

или

нимесулид, таблетки 100 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток,

индометацин, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток;

23.2. иммунодепрессанты назначаются в случае торпидного течения или неэффективности местного лечения (по решению врачебного консилиума):

гидроксихлорохин⁷, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 3 раза/сутки 10 суток, затем по 1 таблетке 2 раза/сутки 2–5 месяцев

или

дапсон⁸, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 4 недели;

23.3. антибактериальные ЛП для системного применения:

доксциклин⁸, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 1–2 раза/сутки 6–12 месяцев;

23.4. глюкокортикоиды для системного применения назначают в случае прогрессирующего течения или неэффективности лечения гидроксихлорохином, дапсоном, доксициклином:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 30–40 мг/сутки с постепенным снижением дозы на 5 мг в 2–3 недели до отмены в течение 2–4 месяцев;

23.5. селективные иммунодепрессанты назначаются в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

циклоспорин⁸, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь 3–5 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом – 2–5 месяцев. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

⁷ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

⁸ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

24. Алоpecia пятнистая рубцующая (псевдопелада) необратима, эффективное лечение отсутствует.

25. Обязательные диагностические мероприятия:

25.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

25.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

25.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

определение уровня железа, ферритина в крови;

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы дерматофиты (Dermatophyton);

бактериологическое исследование содержимого пустул (при декальвирующем фолликулите);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

консультация врача-гинеколога; врача-эндокринолога.

26. Местное лечение:

26.1. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 2):

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 3–6 месяцев

или

бетаметазон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 3–6 месяцев.

26.2. ЛПП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁹, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3 месяца

или

миноксидил, раствор для наружного применения 20 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до 24 месяцев.

27. Системное лечение:

27.1. при рубцующей алопеции вследствие лишая плоского волосяного (по решению врачебного консилиума):

гидроксихлорохин¹⁰, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 1–2 раза/сутки 3–12 месяцев;

27.2 глюкокортикоиды для системного применения назначают в случае неэффективности лечения гидроксихлорохином:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–80 мг/сутки 2–6 недель;

27.3. селективные иммунодепрессанты назначают в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

циклоспорин¹¹, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь 3–5 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом до 7 месяцев.

⁹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

¹⁰ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

¹¹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

28. Местное лечение рубцующей алопеции вследствие фолликулита, приводящего к облысению (декальвирующего фолликулита) и перифолликулита головы абсцедирующего (Гоффмана):

28.1. ЛПП, содержащие деготь:

шампунь, содержащий до 2,5 % каменноугольного дегтя – наносить на пораженные участки волосистой части головы на 5 минут (затем промыть водой) 2 раза в неделю до 12 месяцев;

28.2. антибиотики для наружного применения:

克林дамицин 1–2 % крем/раствор для наружного применения 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

28.3. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 2) при перифолликулите головы абсцедирующем (Гоффмана):

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 6 месяцев

или

бетаметазон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 6 месяцев.

29. Системное лечение рубцующей алопеции вследствие фолликулита, приводящего к облысению (декальвирующего фолликулита) и перифолликулита головы абсцедирующего:

29.1. антибактериальные ЛПП для системного применения назначают при прогрессирующем течении алопеции (по решению врачебного консилиума):

рифампицин, капсулы 150 мг – внутрь по 2 капсулы 2 раза/сутки + клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 300 мг 2 раза/сутки 10 недель

или

доксидиклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 100 мг 1 раза/сутки 3 месяца,

или

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 200–500 мг 4 раза/сутки 4 недели,

или

кларитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500 мг 2 раза/сутки 4 недели,

или

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500 мг 2 раза/сутки 4 недели;

29.2. ретиноиды для лечения акне для системного применения назначают в случае тяжелого, торпидного, рецидивирующего течения (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин¹², капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – 0,5–1 мг/кг/сутки (в тяжелых случаях 2 мг/кг/сутки) 4–6 месяцев;

29.3. в тяжелых случаях в комбинации с изотретиноином рекомендовано:

глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5 мг/кг/сутки 4 недели со снижением дозы каждые 2 недели на 5 мг/сутки до полной отмены;

29.4. иммунодепрессанты назначаются в случае неэффективности лечения ретиноидами и (или) антибактериальными ЛПП для системного применения (по решению врачебного консилиума):

дапсон¹³, таблетки 50 мг – внутрь 50–100 мг/сутки (длительность лечения определяется индивидуально). Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

¹² Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

¹³ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 7

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УГРЯМИ

30. Обязательные диагностические мероприятия:

30.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

30.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

30.3. дополнительные диагностические исследования:

исследование уровня пролактина; 17-гидроксипрогестерона; лютеинизирующего гормона; фолликулостимулирующего гормона; общего эстрадиола; дигидроэпиандростерона сульфата; свободного тестостерона; глобулина, связывающего половые гормоны в крови (для женщин);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) яичников (для женщин);

проведение теста на толерантность к глюкозе;

консультация врача-гинеколога, врача-эндокринолога.

31. Местное лечение:

31.1. ЛП для лечения угревой сыпи для наружного применения:

азелаиновая кислота, крем для наружного применения 200 мг/г, гель для наружного применения 150 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 месяцев;

31.2. антибиотики для наружного применения назначают при папуло-пустулезных угрях средней, тяжелой степени тяжести (нодулярных, келоидных угрях):

克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6–8 недель

или

эритромицин, гель для наружного применения 25 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6–8 недель,

или

克林дамицин/бензоила пероксид, гель для наружного применения (10 мг + 50 мг)/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 месяцев.

32. Системное лечение:

32.1. микроэлементы:

цинк сульфат, таблетки, покрытые оболочкой 124 мг – внутрь 5 мг/кг 3 раза/сутки 1–3 месяца

или

цинк пиколинат, таблетки 22 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 1–3 месяца;

32.2. антибактериальные ЛП для системного применения назначают при папуло-пустулезных угрях средней, тяжелой степени тяжести (нодулярных, келоидных угрях):

доксициклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь 100 мг 1 раз в сутки 2–6 месяцев;

32.3. ретиноиды для лечения акне для системного применения назначают при папуло-пустулезных угрях средней/тяжелой степени тяжести и (или) нодулярных, келоидных угрях и в случае неэффективности лечения антибактериальными ЛП для системного применения:

изотретиноин, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – 0,5–1 мг/кг/сутки внутрь – кумулятивная доза 120–150 мг/кг массы тела (длительность лечения определяется индивидуально). Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3;

32.4. гормональные контрацептивы для системного применения (комбинированные оральные контрацептивы) применяют для лечения папуло-пустулезных угрей тяжелой степени и (или) нодулярных и конглобатных угрей у женщин:

этинилэстрадиол/дроспиренон, таблетки 20 мкг/3 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме 6 и более месяцев или
этинилэстрадиол/ципротерона ацетат, таблетки 35 мкг/200 мкг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме 6 и более месяцев, или
антагонисты альдостерона:
спиронолактон¹⁴, таблетки 25 мг, 50 мг – внутрь 50–150 мг/сутки 6 и более месяцев;

¹⁴ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

32.5. глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае тяжелого течения келоидных или фульминантных угрей:

преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 30–60 мг 1 раза/сутки 5–7 суток с отменой.

При неэффективности лечения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены.

ГЛАВА 8 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА

33. Обязательные диагностические мероприятия:

33.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

33.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

33.3. дополнительные диагностические исследования:

общий анализ мочи;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Demodex folliculorum* и *brevis*);

эзофагогастродуоденоскопия;

исследование материала желудка на наличие *Helicobacter pylori* или уреазный дыхательный тест, или определение антител к *Helicobacter pylori* в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-гастроэнтеролога, врача-офтальмолога.

34. Пациентам необходимо избегать провоцирующих факторов: воздействия низких и высоких температур, ультрафиолетового облучения, алкоголя, острой пищи и психоэмоционального напряжения. Необходимо использование солнцезащитных средств с фильтром 30–50.

35. Местное лечение:

35.1. антимикробные ЛП для наружного применения:

метронидазол, гель для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3–9 недель;

35.2. при наличии папул и пустул:

азелаиновая кислота, крем для наружного применения 200 мг/г, гель для наружного применения 150 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 месяцев;

35.3. для лечения эритематозно-телеангиэктатического подтипа розацеа (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус¹⁵, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки до полного регресса высыпаний (длительность

лечения определяется индивидуально). При отсутствии улучшения в течение двух недель рассматривается вопрос о смене терапевтической тактики;

¹⁵ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

35.4. антибиотики для наружного применения назначают при папуло-пустулезном подтипе розацеа:

克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл 2 раза/сутки 6–8 недель или

克林дамицин/бензоила пероксид, гель для наружного применения (10 мг + 50 мг)/г 2 раза/сутки 4–6 месяцев.

36. Системное лечение:

36.1. антибактериальные ЛП для системного применения применяют для лечения эритематозно-телеангиэктатического, папуло-пустулезного подтипов, офтальморозацеа и гранулематозной розацеа:

доксициклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 100 мг 1–2 раза/сутки 14–21 суток, затем по 1 капсуле 1 раза/сутки до 12 недель;

36.2. ретиноиды для лечения акне для системного применения применяют для лечения эритематозно-телеангиэктатического, папуло-пустулезного подтипов, офтальморозацеа и гранулематозной розацеа при тяжелом, резистентном к лечению течении (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин¹⁶, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,1–0,3 мг/кг/сутки 4–6 месяцев. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

¹⁶ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 9 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИОРАЛЬНЫМ ДЕРМАТИТОМ

37. Обязательные диагностические мероприятия:

37.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

37.2. дополнительные диагностические исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей (*Demodex folliculorum* и *brevis*);

эзофагогастродуоденоскопия;

исследование материала желудка на наличие *Helicobacter pylori* или уреазный дыхательный тест, или определение антител к *Helicobacter pylori* в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-гастроэнтеролога.

38. Пациентам необходимо избегать провоцирующих факторов: глюкокортикостероидных ЛП для наружного применения, ультрафиолетового облучения,

зубных паст, содержащих фтор. Необходимо использование солнцезащитных средств с фильтром 30–50.

39. Местное лечение:

39.1. антимикробные ЛП для наружного применения:

метронидазол, гель для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3–9 недель;

39.2. при наличии папул:

азелаиновая кислота¹⁷, крем для наружного применения 200 мг/г, гель для наружного применения 150 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 месяцев;

39.3. при наличии эритемы (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус¹⁸, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки до полного регресса высыпаний (длительность лечения определяется индивидуально).

¹⁷ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

¹⁸ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

40. Системное лечение:

40.1. при тяжелых формах заболевания и при неэффективности наружной терапии – антибактериальные ЛП для системного применения:

доксициклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 1–2 раза/сутки 4–8 недель

или

эритромицин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки от 1 до 3–4 месяцев;

40.2. ретиноиды для лечения акне для системного применения применяют при тяжелом, резистентном к лечению антибактериальными ЛП течении периорального дерматита (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин¹⁹, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,1–0,5 мг/кг/сутки 6–20 недель. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

¹⁹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 10 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОФолликулитом ВОЛОС БОРОДЫ

41. Обязательные диагностические мероприятия:

41.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

41.2. дополнительные диагностические исследования:

общий (клинический) анализ крови развернутый;

общий анализ мочи;

осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи.

42. Местное лечение:

при наличии пустул – антибиотики для наружного применения:

克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 2–4 недели

или

эритромицин, гель для наружного применения 25 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 2–4 недели.

43. Системное лечение:

при тяжелых формах заболевания и при неэффективности наружной терапии – антибактериальные ЛП для системного применения:

доксидиклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 1–2 раза/сутки 4–8 недель.

ГЛАВА 11

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИКОЗОМ БОРОДЫ

44. Обязательные диагностические мероприятия:

44.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

44.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

44.3. дополнительные диагностические исследования:

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП.

45. Местное лечение:

антибиотики для наружного применения:

неомицина сульфат (5000 МЕ/5мг) + бацитрацин цинк (250 МЕ), мазь или порошок для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки 7–14 суток

или

克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6–8 недель,

или

克林дамицин/бензоила пероксид, гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки (10мг+50мг)/г 2 раза/сутки 4–6 месяцев.

46. Системное лечение:

при тяжелых формах заболевания и при неэффективности наружной терапии – антибактериальные ЛП для системного применения:

цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 250–500 мг внутрь 4 раза/сутки – 7–14 суток;

цефалоспорины 2 поколения:

цефпрозил, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг 1 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефуроксим, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–10 суток,

или

цефуроксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг – в/мышечно по 750 мг 3 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 3 поколения:

цефподоксим, таблетки 200 мг – внутрь по 200–400 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток.

ГЛАВА 12

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ МЕРОКРИННЫХ [ЭККРИННЫХ] ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ

47. Обязательные диагностические мероприятия:
- 47.1. клинические мероприятия:
- сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
 - осмотр с оценкой кожных проявлений;
- 47.2. обязательные лабораторные исследования:
- общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
- 47.3. дополнительные диагностические исследования:
- общий анализ мочи;
 - анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);
 - проба Минора (йодо-крахмальный тест) (согласно приложению 5);
 - биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;
 - консультация врача-эндокринолога, врача-невролога.
48. Местное лечение:
- косметические средства с антихолинэргическим действием:
 - гексагидратхлорида алюминия, раствор для наружного применения 12–20 % – наносить тонким слоем на области с повышенным потоотделением 1 раз в сутки на ночь до купирования симптомов
 - или
 - гликопиррония бромид, лосьон для наружного применения 0,5–2 % – наносить тонким слоем на области с повышенным потоотделением 1–2 раза/сутки до купирования симптомов.

ГЛАВА 13

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ АПОКРИННЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ

49. Обязательные диагностические мероприятия:
- 49.1. клинические мероприятия:
- сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
 - осмотр с оценкой кожных проявлений;
- 49.2. обязательные лабораторные исследования:
- общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
- 49.3. дополнительные диагностические исследования:
- общий анализ мочи;
 - анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);
 - люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда);
 - биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;
 - консультация врача-эндокринолога, врача-косметолога.
50. Местное лечение:
- косметические средства с антихолинэргическим действием:
 - гексагидрат хлорида алюминия, раствор для наружного применения 12–20 % – наносить тонким слоем на области с повышенным потоотделением 1 раза/сутки на ночь до купирования симптомов
 - или
 - гликопиррония бромид, лосьон для наружного применения 0,5–2 % – наносить тонким слоем на области с повышенным потоотделением 1–2 раза/сутки до купирования симптомов.

ГЛАВА 14

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ФОКСА-ФОРДАЙСА

51. Обязательные диагностические мероприятия:
- 51.1. клинические мероприятия:
- сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
 - осмотр с оценкой кожных проявлений;
- 51.2. обязательные лабораторные исследования:
- общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
- 51.3. дополнительные диагностические исследования:
- общий анализ мочи;
 - анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, С-реактивного белка);
 - исследование уровня пролактина; лютеинизирующего гормона; фолликулостимулирующего гормона; общего эстрадиола; свободного тестостерона;
 - биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;
 - консультация врача-эндокринолога.
52. Местное лечение:
- антибиотики для наружного применения:
 - 克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6–8 недель.
53. Системное лечение:
- 53.1. ретиноиды для лечения акне для системного применения применяют при тяжелом, резистентном к лечению антибактериальными ЛП течении заболевания (по решению врачебного консилиума):
- изотретиноин²⁰, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,1–0,3 мг/кг/сутки 2–4 месяца. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3;
- 53.2. гормональные контрацептивы для системного применения (комбинированные оральные контрацептивы)²¹ применяют для лечения женщин:
- этинилэстрадиол²¹/дроспиренон²⁰ таблетки 20 мкг/3 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме 6 и более месяцев или
 - этинилэстрадиол²¹/ципротерона ацетат²¹, таблетки 35 мкг/200 мкг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме 6 и более месяцев.

²⁰ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

²¹ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 15

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

54. Медицинское наблюдение пациентов с алопецией осуществляют врач-дерматовенеролог, врач-терапевт участковый, врач общей практики.
55. Медицинское наблюдение врачом-дерматовенерологом осуществляется 1 раз в месяц в течение 2 месяцев после установления диагноза, далее 2 раза в год.
56. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в течение 1 месяца после установления диагноза:
- общий (клинический) анализ крови – однократно;
 - общий анализ мочи – однократно;
 - биохимический анализ крови – однократно.
57. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента после 2 месяцев наблюдения:
- общий (клинический) анализ крови – 1 раз в год;

общий анализ мочи – 1 раз в год;
биохимический анализ крови – 1 раз в год.

58. Пациентам, находящимся на иммуносупрессивной терапии или терапии ретиноидами для системного применения показан регулярный контроль за клинико-лабораторными показателями, инструментальные и другие диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в зависимости от степени тяжести заболевания и вида терапии в соответствии с приложением 3.

59. При наличии медицинских показаний проводится консультация врача-эндокринолога, врача-невролога, врача-гинеколога, врача-психотерапевта.

Приложение 1

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

Pull-test (тест натяжения волос)

Pull-test (тест натяжения волос) – диагностическая процедура для определения тяжести потери волос. Техника выполнения: необходимо зажать между пальцами около 50–60 волос в пораженном участке, а затем потянуть их в сторону от кожи скальпа вдоль стержней. Тест необходимо провести в четырех областях кожи волосистой части головы (лобной, затылочной и теменных областях слева и справа). Перед проведением теста необходимо не мыть голову как минимум 1 сутки.

Интерпретация теста: выдергивание более 5–6 волос говорит об усиленном их выпадении, результат теста считается положительным. У пациентов с очаговой алопецией необходимо повторять тест в центральной и краевой части очага.

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

Классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии

№ п/п	Класс	Активность	ЛП	Форма выпуска
1	I	Слабоактивные	Гидрокортизон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Преднизолон	мазь для наружного применения 5 мг/г
2	II	Умеренно активные	Триамцинолон	мазь для наружного применения 1 мг/г
			Гидрокортизона бутират	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
3	III	Высокоактивные	Флуоцинолона ацетонид	мазь для наружного применения 0,25 мг/г
			Бетаметазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Метилпреднизолона ацепонат	мазь для наружного применения 1 мг/г, эмульсия для наружного применения 1 мг/г
			Мометазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
4	IV	Очень высокоактивные	Клобетазол	мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии

№ п/п	ЛП	Контролируемые показатели	Периодичность исследований
1	Метотрексат	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в неделю в течение 1-го месяца лечения, затем 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, начиная с 4-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
2	Циклоспорин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); контроль артериального давления; тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц
3	Глюкокортикоиды	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
		коагулограмма (протромбиновый индекс, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, международное нормализованное отношение)	1 раз в 6 месяцев
		Электрокардиограмма	1 раз в 6 месяцев
		рентгенография органов грудной клетки	1 раз в год
		денситометрия	1 раз в год
		УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза, простаты	1 раз в год
		маммография	1 раз в год
		эзофагогастродуоденоскопия	1 раз в год
4	Дапсон	Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, ретикулоциты, тромбоциты), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
5	Изотретиноин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в месяц

Приложение 4

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

Провоцирующие факторы телогеновой алопеции

№ п/п	Физиологические причины	Начальная стадия андрогенной алопеции, беременность
1	Физический/эмоциональный стресс	Тяжелые лихорадочные заболевания или инфекции, недостаточное питание / нарушение всасывательной функции желудочно-кишечного тракта, дефицит микроэлементов, заболевания щитовидной железы, энтеропатический акродерматит, тяжелые травмы (операции, несчастные случаи), хронические заболевания (аутоиммунные заболевания, злокачественные новообразования, органная недостаточность), эмоциональный стресс, неизвестная причина (идиопатическая)
2	ЛП	Антикоагулянты, противосудорожные ЛП, антигиперлипидные ЛП, бета-блокаторы, оральные контрацептивы, тяжелые металлы, заместительная гормональная терапия, гиполипидемические ЛП, системные ретиноиды

Проба Минора (йодо-крахмальный тест)

Для проведения пробы необходимы: 5 % спиртовой раствор йода; картофельный крахмал; маркер; антисептик.

Пациент находится в положении лежа, руки – под головой. Область потоотделения обрабатывается 5 % спиртовым раствором йода. Через 1–2 минуты после высыхания раствора на исследуемую область наносится тонким слоем картофельный крахмал. Результат изучают через 5 минут. При наличии потоотделения наблюдается окрашивание обработанной поверхности в синий цвет (интенсивность цвета варьирует от черно-синего до бледно-синего, и меняется в зависимости от степени активности потоотделения). После проведенной пробы площадь гипергидроза отмечается маркером, затем крахмал смывается антисептиком.

Интерпретация результатов: легкая степень гипергидроза – пятна пота диаметром до 10 сантиметров, умеренная – от 10 до 20 сантиметров, тяжелая – более 20 сантиметров.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
22.06.2022 № 59

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими
болезнями кожи и подкожной клетчатки»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L80–L99).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

vasкулиты (ангииты) кожи – заболевания кожи, в клинической и патоморфологической картине которых первоначальным и ведущим звеном выступает неспецифическое воспаление стенок дермальных и гиподермальных кровеносных сосудов разного калибра;

витилиго – хроническое заболевание, характеризующееся появлением на различных участках кожи, редко – на слизистых оболочках, депигментированных пятен и обесцвеченных волос вследствие разрушения и уменьшения количества меланоцитов;

красная волчанка – мультифакториальное аутоиммунное воспалительное заболевание соединительной ткани, поражающее различные органы и системы и имеющее широкий спектр клинических проявлений;

некробиоз липоидный – хроническое гранулематозное заболевание кожи, характеризующееся дегенерацией коллагеновых волокон, образованием гранул, отложением липидов и утолщением эндотелиальной стенки сосудов дермы.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами.

5. Биопсия кожи и слизистых оболочек выполняется врачом-дерматовенерологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом, врачом-стоматологом в условиях манипуляционной (процедурного кабинета) и в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями к ее проведению.

6. Пациенты с декубитальными язвами (пролежнями; язвами, вызванными гипсовой повязкой), гранулемой кожи, обызвествлением кожи, дактилолизом, язвами нижней конечности, пиогенной гранулемой, хроническими язвами кожи получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях хирургического профиля.

7. Пациенты с себорейным кератозом, пойкилодермией сосудистой атрофической получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях онкологического профиля.

8. Пациенты с акродерматитом хроническим, атрофическим дерматитом получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях инфекционного профиля.

9. Пациенты со склеродактилией, папулами Готтрона получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях ревматологического профиля.

10. Пациенты с анетодермией Швеннингера-Буцци, анетодермией Ядассона-Пеллизари, мозолями и оmozолозостями, другими эпидермальными утолщениями, рубцовыми состояниями и фиброзом кожи, атрофическими полосами, гипертрофическими изменениями кожи подлежат лечению у врача-косметолога.

11. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (степень тяжести заболевания, распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

12. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем).

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

13. Обязательные диагностические мероприятия:

13.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

13.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в сыворотке крови при установлении диагноза.

14. Дополнительные диагностические мероприятия:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, железа, трансферрина, С-реактивного белка);

исследование уровня свободного тироксина (далее – Т4), тиреотропного гормона (далее – ТТГ), антител к тиреопероксидазе в крови;

люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда);

консультация врача-эндокринолога.

15. Пациентам необходимо использовать солнцезащитные средства с фильтром 30–50.

16. Местное лечение:

16.1. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 1):

мометазона фуроат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 3 месяцев

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 3 месяцев.

Возможно применение кортикостероидов для наружного применения по интермиттирующей схеме: 1 раз/сутки 2 недели каждого месяца до 4–6 месяцев;

16.2. ЛПП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус¹, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3–6 месяцев.

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

17. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм при витилиго, болезни Шамберга согласно приложению 2. Перед назначением фототерапии пациентам с витилиго для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

18. Глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае активно прогрессирующего витилиго или в случае неэффективности лечения:

дексаметазон, таблетки 0,5 мг – внутрь 0,1 мг/кг массы тела 1 раз/сутки утром два последовательных дня в неделю в течение 3 месяцев с последующим снижением дозы на 1 мг в месяц в течение 3 месяцев.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПИГМЕНТАЦИИ

19. Обязательные диагностические мероприятия:

19.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

19.2. клинико-лабораторные исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза.

20. Дополнительные диагностические мероприятия:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, железа, трансферрина, С-реактивного белка);

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда);

консультация врача-эндокринолога, врача-косметолога.

21. Пациентам необходимо использовать солнцезащитные средства с фильтром 30–50.

22. Местное лечение в случаях гиперпигментации:

азелаиновая кислота, крем для наружного применения 200 мг/г, гель для наружного применения 150 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6 месяцев.

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПИГМЕНТИРОВАННЫМ КРАСНЫМ ДЕРМАТОЗОМ (БОЛЕЗНЬЮ ШАМБЕРГА)

23. Диагностические мероприятия:

23.1. обязательные:

клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

23.2. дополнительные:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);

исследование на носительство поверхностного антигена вируса гепатита В (далее – HBsAg);

исследование на антитела к антигенам вирусного гепатита С (далее – анти-HCV);

определение международного нормализованного отношения (далее – МНО) и активированного частичного тромбопластинового времени в крови (далее – АЧТВ);

консультация врача-ревматолога, врача-ангиохирурга.

24. Пациентам рекомендована местная компрессионная терапия (ношение эластических чулок, эластических бинтов) длительно.

25. Местное лечение:

кортикостероиды для наружного применения:

глюкокортикоиды для наружного применения II–III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 1):

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели

или

гидрокортизона бутират, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели

или

мометазона фураат, крем для наружного применения 1 мг/г; мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки 2–3 недели.

26. Симптоматическое лечение:

26.1. веноотонизирующие и венопротекторные ЛП:

диосмин + гесперидин, таблетки, покрытые оболочкой 450мг/50мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 1–2 мес.;

26.2. ЛП, улучшающие микроциркуляцию:

ксантинола никотинат, раствор для инъекций 150 мг/мл – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 2 мл 1–2 раза/сутки 10–14 суток

или

ксантинола никотинат, таблетки 150 мг – внутрь по 1–2 таблетки 3 раза/сутки 1 месяц

или
никотиновая кислота, раствор для инъекций 10 мг/мл – в/мышечно по 1 мл 1 раз/сутки
10–14 суток
или
никотиновая кислота, таблетки 50 мг – внутрь по 1–2 таблетки 2–4 раза/сутки
1 месяц.

27. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают в соответствии с режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм при витилиго, болезни Шамберга согласно приложению 2. Кумулятивная доза на курс – не более 35 Дж/см². Перед назначением фототерапии пациентам с болезнью Шамберга для выявления медицинских противопоказаний рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 5

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СЛИВНЫМ И СЕТЧАТЫМ ПАПИЛЛОМАТОЗОМ (ACANTHOSIS NIGRICANS)

28. Диагностические мероприятия:

28.1. обязательные:

клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

исследование уровня общего кортизола в крови;

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

28.2. дополнительные:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

исследование уровня пролактина; лютеинизирующего гормона; фолликулостимулирующего гормона; общего эстрадиола; свободного тестостерона;

проведение орального глюкозотолерантного теста;

консультация врача-эндокринолога, врача-онколога.

29. Местное лечение:

29.1. ЛПП для лечения псориаза для наружного применения (по решению врачебного консилиума):

кальципотриол², мазь для наружного применения 50 мкг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки (максимум 100 г/неделю) 8–12 недель;

² Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

29.2. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол, мочевины 2–5–10–30–40 % (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно.

30. Системное лечение:

30.1. при папилломатозе сливном сетчатом Гужеро-Карто – антибактериальные ЛПП для системного применения:

доксицилин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 1 раз/сутки 6 недель;

30.2. при торпидном, распространенном течении черного акантоза (*acanthosis nigricans*) – ретиноиды для лечения акне для системного применения (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин³, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки до улучшения клинических симптомов (длительность лечения определяется индивидуально). Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

³ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 6

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМ КЕРАТОЗОМ [КЕРАТОДЕРМИЙ] ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫМ, ТРАНСЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ ПРОБОДНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

31. Обязательные диагностические мероприятия:

31.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений.

31.2. о лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

31.3. дополнительные диагностические исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-эндокринолога.

32. Местное лечение:

косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол, мочевины 2–5–10–30–40 % (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно.

33. Системное лечение:

в случае тяжелого течения – ретиноиды для лечения псориаза (по решению врачебного консилиума):

ацитретин, капсулы 10 мг, 25 мг – внутрь 1 мг/кг/сутки до улучшения клинических симптомов (длительность лечения определяется индивидуально). Женщинам детородного возраста применяются надежные методы контрацепции без перерыва в течение 4 недель до начала терапии, во время курса лечения и не менее 2 лет после его окончания. Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

ГЛАВА 7

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КСЕРОЗОМ КОЖИ

34. Обязательные диагностические мероприятия:

34.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

34.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

34.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

исследование на HBsAg;

исследование на анти-HCV;

консультация врача-эндокринолога, врача-гастроэнтеролога.

35. Местное лечение:

косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно.

ГЛАВА 8

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПИОДЕРМИЕЙ ГАНГРЕНОЗНОЙ

36. Обязательные диагностические мероприятия:

36.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

36.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

36.3. дополнительные диагностические исследования:

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

исследование на HBsAg;

исследование на анти-HCV;

коагулограмма (протромбиновый индекс, АЧТВ, фибриноген, МНО);

определение антифосфолипидных антител в крови (люпус-антикоагулянт, анти-кардиолипин Ig G, анти-кардиолипин I g M, анти-β-2-гликопротеин Ig G, анти-β-2-гликопротеин Ig M) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

консультация врача-гастроэнтеролога, врача-ревматолога, врача-гематолога.

37. Местное лечение:

37.1. кортикостероиды для наружного применения IV класса:

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г, раствор для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели;

37.2. в случае инфицирования язвенных поражений с появлением гнойного отделяемого на поверхности язвы назначаются антисептические ЛП для наружного применения:

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на область поражений 1–2 раза/сутки 7–10 суток.

38. Системное лечение:

38.1. глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки до достижения ремиссии с постепенным снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней с последующей отменой в течение 1–2 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);

38.2. селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты назначаются в случае тяжелого течения или в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения в виде монотерапии или в комбинации с глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

циклоспорин⁴, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь 2,5–5 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом до 6 месяцев

или

микофенолата мофетил⁵, капсулы 250 мг, таблетки 500 мг – внутрь 2000–3000 мг/сутки в 2 приема до достижения ремиссии, затем поддерживающая терапия до 30 недель,

или

азатиоприн, капсулы 50 мг, таблетки 50 мг – внутрь 100–200 мг/сутки 8–12 недель. Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

⁴ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

⁵ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 9

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ

39. Диагностические мероприятия:

39.1. обязательные:

клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

39.2. дополнительные:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-эндокринолога, врача-хирурга.

40. Местное лечение:

40.1. косметические средства, содержащие мягкий парафин, жиры, декспантенол (эмоленты) 2–4 раза/сутки длительно;

40.2. в случае лишая склеротического и атрофического (склероатрофического лишая) – кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки 4 недели, затем через день 4 недели, затем 2 раза в неделю 4 недели

или

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 1 раз/сутки 4 недели, затем через день 4 недели, затем 2 раза в неделю 4 недели.

В случае поражения кожи гениталий, складок, неэффективности местного лечения кортикостероидами для наружного применения – ЛПП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁶, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки до 4 месяцев.

⁶ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям,

с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

41. Системное лечение:

41.1. при распространенном или прогрессирующем течении склероатрофического лишая или в случае неэффективности местного лечения – глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,3–1,0 мг/кг/сутки до достижения ремиссии с постепенным снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней с последующей отменой или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);

41.2. селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты назначаются в случае тяжелого течения или в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения в виде монотерапии или в комбинации с глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

метотрексат⁷, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 7,5–20 мг/неделю 6–12 месяцев

или

метотрексат⁷, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 7,5–20 мг/неделю 6–12 месяцев. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата. Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

⁷ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 10

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМОЙ

42. Обязательные диагностические мероприятия:

42.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

42.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

42.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

исследование на HBsAg;

исследование на анти-HCV;

исследование антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ);

консультация врача-эндокринолога, врача-инфекциониста, врача-оториноларинголога, врача-фтизиатра.

43. Местное лечение:

43.1. кортикостероиды для наружного применения II-IV класса:

триамцинолон, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2–3 недель или

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2–3 недель,

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2–3 недель. Возможно применение кортикостероидов для наружного применения под окклюзию – путем наложения окклюзионной повязки из полиэтиленовой пленки на место нанесения ЛП;

43.2. в случае отсутствия эффективности местной терапии кортикостероидами для наружного применения – прочие ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁸, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3 недели, затем 1 раз/сутки до полного регресса очагов поражения.

⁸ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

44. Системное лечение:

в случае прогрессирующего течения или неэффективности местного лечения – глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5 мг/кг/сутки до достижения ремиссии с постепенным снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней с последующей отменой в течение 1–2 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4).

45. Фототерапию кожи (узкополосную средневолновую ультрафиолетовую терапию с длиной волны 311 нм) назначают в случае диссеминированной формы кольцевидной гранулемы (в соответствии режимом назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм при кольцевидной гранулеме согласно приложению 5). Перед назначением фототерапии для выявления медицинских противопоказаний пациентам рекомендуется консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По медицинским показаниям рекомендуется обследование у других врачей-специалистов.

ГЛАВА 11

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛИПОИДНЫМ НЕКРОБИОЗОМ

46. Обязательные диагностические мероприятия:

46.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

46.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

46.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-эндокринолога.

47. Местное лечение:

47.1. кортикостероиды для наружного применения II–IV класса:

триамцинолон, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели

или

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели, или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или другой топический глюкокортикоид;

47.2. в случае торпидного течения, при наличии медицинских противопоказаний к назначению кортикостероидов для наружного применения – прочие ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус⁹, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 8–20 недель.

⁹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

48. Системное лечение:

48.1. при распространенном или прогрессирующем течении – глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки внутрь в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);

48.2. при нарушении периферического кровообращения – ЛП, улучшающие микроциркуляцию:

пентоксифиллин, таблетки 100 мг, 400 мг, 600 мг – внутрь по 400 мг 2–3 раза/сутки 1 месяц;

48.3. иммунодепрессанты назначаются при отсутствии ответа на лечение глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

гидроксихлорохин¹⁰, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 1–2 месяца или

циклоsporин¹⁰, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в дозе 2,5–5 мг/кг/сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом до достижения удовлетворительного клинического эффекта с постепенным снижением дозы на 1 мг/кг в неделю в течение 4 недель или на 0,5–1 мг/кг каждые 2 недели до отмены. Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

¹⁰ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 12

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГРАНУЛЕМОЙ ЛИЦА

49. Обязательные диагностические мероприятия:

49.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

49.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови развернутый;

анализ мочи общий;

49.3. дополнительные диагностические исследования:

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-онколога.

50. Местное лечение:

кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или другой топический глюкокортикоид. Возможно применение кортикостероидов для наружного применения под окклюзию.

ГЛАВА 13

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

51. Обязательные диагностические мероприятия:

51.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

51.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

51.3. дополнительные диагностические исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

исследование антител к нуклеопротеинам (анти-Ro/SS-A) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

определение антифосфолипидных антител в крови (люпус-антикоагулянт, анти-кардиолипин Ig G, анти-кардиолипин Ig M, Анти-β-2-гликопротеин Ig G, анти-β-2-гликопротеин Ig M) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

исследование на HBsAg;

исследование на анти-HCV;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи.

консультация врача-ревматолога, врача-терапевта, врача-офтальмолога.

52. Пациентам необходимо избегать инсоляции, использовать солнцезащитные средства с фильтром 30–50.

53. Местное лечение:

53.1. в случае локализации на коже лица – кортикостероиды для наружного применения I–II класса:

гидрокортизон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или

триамцинолона ацетонид, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или другой топический глюкокортикоид.

В случае локализации на коже волосистой части головы, туловища, конечностей – кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2 недели или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);

53.2. в случае поражения кожи лица, гениталий, складок – ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус¹¹, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–8 недель.

¹¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

54. Системное лечение:

54.1. в случае активного течения:

гидроксихлорохин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 4–8 недель с последующим снижением дозы до поддерживающей (200 мг/сутки) 2–3 месяца;

54.2. при отсутствии эффекта от гидроксихлорохина рекомендовано добавить глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки внутрь в течение 2–4 недель со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);

54.3. в случае упорного рецидивирующего течения и отсутствии эффекта от гидроксихлорохина и глюкокортикоидов для системного применения рекомендовано (по решению врачебного консилиума):

селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты:

метотрексат¹², таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 10–20 мг/неделю 6–12 месяцев
или

метотрексат¹² раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 10–20 мг/неделю 6–12 месяцев. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата;

54.4. при буллезной форме дискоидной красной волчанки рекомендовано назначение противолепрозных ЛП (по решению врачебного консилиума):

дапсон¹³, таблетки 50 мг – внутрь по 1/2 таблетки в сутки, повышая каждую неделю на 25 мг до достижения минимальной эффективной дозы (но не более 200 мг в сутки) (длительность терапии определяется индивидуально) или по 1 таблетке 2 раза/сутки 3 недели;

54.5. при наличии выраженного гиперкератоза рекомендовано назначение ретиноидов (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин¹⁴, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,2–1,0 мг/кг/сутки 8 недель.

Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

¹² Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

¹³ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

¹⁴ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

ГЛАВА 14

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДРУГИМИ ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ [MORPHEA])

55. Обязательные диагностические мероприятия:

55.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

55.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

55.3. дополнительные диагностические исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

исследование антител к нуклеопротеинам (анти-Ro/SS-A) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

определение антител к боррелии Бургдорфера (*Borrelia burgdorferi*) в крови;

определение антифосфолипидных антител в крови (люпус-антикоагулянт, анти-кардиолипид Ig G, анти-кардиолипид Ig M, анти-β-2-гликопротеин Ig G, анти-β-2-гликопротеин Ig M) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

исследование на HBsAg;

исследование на анти-HCV;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи.

консультация врача-ревматолога, врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-инфекциониста (при положительном результате исследования на антитела к боррелии Бургдорфера).

56. Местное лечение:

56.1. кортикостероиды для наружного применения IV класса:

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1 месяц или

кортикостероиды для наружного применения III класса:

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 3 месяца или другой топический глюкокортикоид;

56.2. в случае упорного течения – ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус¹⁵, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки до 6 месяцев или

кальципотриол¹⁵, мазь для наружного применения 50 мкг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 1–2 раза/сутки (максимум 100 г/неделю). Длительность определяется индивидуально.

¹⁵ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

57. Системное лечение:

57.1. при прогрессировании, тяжелом течении склеродермии – глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки внутрь в течение 2–4 недель со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней с последующей отменой в течение 2–3 месяцев или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4).

57.2. пациентам с локализованной склеродермией при наличии клинических проявлений склероза/индурации кожи при отсутствии медицинских противопоказаний:

гиалуронидаза¹⁶, порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутримышечного и подкожного введения, 725 МЕ – внутримышечно или подкожно по 725 МЕ 1 раз/сутки ежедневно или через день, на курс 15–20 инъекций;

¹⁶ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

57.3. при торпидном течении, недостаточной эффективности лечения глюкокортикоиды для системного применения – селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты:

метотрексат, таблетки 2,5 мг, 5 мг – внутрь 10–25 мг/неделю 6 месяцев
или

метотрексат, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 10–25 мг/неделю 6 месяцев. Для снижения вероятности развития нежелательных явлений назначается фолиевая кислота, таблетки 1 мг – внутрь 5 мг/неделю через 24 часа после приема метотрексата или 1–5 мг/сутки кроме дня приема метотрексата. Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

ГЛАВА 15

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВАСКУЛИТОМ, ОГРАНИЧЕННЫМ КОЖЕЙ

58. Обязательные диагностические мероприятия:

58.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

58.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

58.3. дополнительные диагностические исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

исследование уровня комплемента и его фракций в крови (С3 и С4);

определение концентрации Д-димера в крови;

исследование на носительство HBsAg;

исследование на анти-HCV;

исследование антител к ВИЧ;

определение антифосфолипидных антител в крови (люпус-антикоагулянт, анти-кардиолипин Ig G, анти-кардиолипин Ig M, анти-β-2-гликопротеин Ig G, анти-β-2-гликопротеин Ig M) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (c-ANCA), МПО (p-ANCA) – в сложных диагностических случаях при оказании медицинской помощи на областном уровне и в г. Минске;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-ревматолога, врача-ангиохирурга.

59. При обострении васкулита пациенту рекомендован постельный режим.

60. Санация очагов хронической инфекции (хронического тонзиллита, хронического синусита, пародонтита, периодонтита и иное).

61. Местное лечение:

61.1. в случае острого, подострого воспалительного процесса используются кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток или

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток;

61.2. ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции:

троксерутин, гель для наружного применения 0,2 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1 месяц;

61.3. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 1):

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1–3 месяца или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1 месяц;

61.4. при наличии эрозий, язв в очагах поражения – ЛП для лечения заболеваний кожи:

депротеинизированный гемодериват крови телят, гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки до эпителизации эрозий.

62. Симптоматическое лечение:

при I и II степени активности васкулита (по классификации васкулитов, ограниченных кожей характеристика степени активности патологического процесса, согласно приложению 6) рекомендовано:

62.1. в случае боли, отека, гиперемии, гипертермии в очагах поражения – нестероидные противовоспалительные ЛП:

напроксен, таблетки 275 мг, 550 мг – внутрь 550–1100 мг/сутки в 2 приема 7–10 суток;

ибупрофен, таблетки, покрытые оболочкой, капсулы 200 мг, 400 мг – внутрь в таблетках по 200 мг 3–4 раза/сутки; в таблетках по 400 мг 2–3 раза/сутки (не более 1200 мг/сутки) 7–10 суток;

нимесулид, таблетки 100 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток;

индометацин, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток;

62.2. при ассоциации с микробной инфекцией рекомендовано назначение антибактериальных ЛП для системного применения:

ЛП первого выбора:

цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 250 мг – 500 мг внутрь 4 раза/сутки – 7–14 суток;

цефалоспорины 2 поколения:

цефпрозил, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг 1 раз/сутки – 5–10 суток

или

цефуроксим, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–10 суток,

или

цефуроксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг – в/мышечно по 750 мг 3 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 3 поколения:

цефподоксим, таблетки 200 мг – внутрь по 200–400 мг 2 раза/сутки 5–10 суток

или

цефтазидим, порошок для приготовления раствора для инъекций 1,0 г – 1–2 г внутривенно (далее – в/венно) или в/мышечно 2–3 раза/сутки 5–10 суток,

или

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг; 1,0 г – в/мышечно или в/венно по 1–2 г 1–2 раза/сутки – 5–10 суток.

У пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки 7–14 суток

или

кларитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки 7–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500 мг 1 раз/сутки 7–17 суток;

62.3. при нарушении периферического кровообращения – ЛП, улучшающие микроциркуляцию:

пентоксифиллин, таблетки, покрытые оболочкой 100 мг – внутрь по 1–2 таблетки 3 раза/сутки 4–8 недель

и (или)

дипиридамол, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3 раза/сутки 4–8 недель,

и (или)

диосмин+гесперидин, таблетки 450 мг/50 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 1–2 месяца;

62.4. при I степени активности васкулита (по классификации васкулитов, ограниченных кожей характеристика степени активности патологического процесса, согласно приложению 6) рекомендовано:

при выраженном зуде – антигистаминные ЛП для системного применения с седативным эффектом:

клемастин, таблетки 1 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток

или

клемастин, раствор для инъекций 0,1 % (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

диметинден, капли для приема внутрь 0,1 % – по 20–40 капель внутрь 3 раза/сутки 2 раза/сутки 7–10 суток,

или

сехифенадин, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

мебгидролин, таблетки 50 мг, 100 мг – по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, таблетки 25 мг – внутрь по 1 таблетке 3–4 раза/сутки 7–10 суток,

или

хлоропирамин, раствор для инъекций 20 мг (1 мл) – в/мышечно по 1 мл 3 раза/сутки 7–10 суток,

или

прометазин, раствор для инъекций 50 мг (2 мл) – в/мышечно по 2 мл 1 раз/сутки (вечером) 7–10 суток;

62.5. антигистаминные ЛП для системного применения без седативного эффекта:

хифенадин, таблетки 25, 50 мг – внутрь по 25–50 мг 2–4 раза/сутки 14–28 суток

или

фексофенадин, таблетки 60 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 14–28 суток,

или

цетиризина гидрохлорид, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или

лоратадин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,

или
дезлоратадин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
левоцитиризин, таблетки 5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
биластин, таблетки 20 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток,
или
эбастин, таблетки 10 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки 14–28 суток;
62.6. при II степени активности васкулита рекомендовано назначение глюкокортикоидов для системного применения:
преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 30–50 мг в сутки 2–3 недели с постепенным снижением дозы на 5 мг в 7 дней до отмены или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);
62.7. при отсутствии эффекта от глюкокортикоидов для системного применения в виде монотерапии или в комбинации с глюкокортикоидами для системного применения рекомендовано:
селективные иммунодепрессанты и антимабоциты:
азатиоприн, таблетки 50 мг, капсулы 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 8–12 недель;
62.8. для дезинтоксикационной терапии при ливедо-ангиите – заменители плазмы и других компонентов крови:
дексран, раствор для инфузий 60 мг/мл, 100 мг/мл – в/венно капельно по 200–400 мл 2 раза/сутки 7–10 суток.

ГЛАВА 16

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭРИТЕМОЙ ВОЗВЫШЕННОЙ СТОЙКОЙ

63. Обязательные диагностические мероприятия:
63.1. клинические мероприятия:
сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;
осмотр с оценкой кожных проявлений;
63.2. обязательные лабораторные исследования:
общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;
63.3. дополнительные диагностические исследования:
определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;
исследование антител к ВИЧ;
анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;
консультация врача-терапевта.
64. Местное лечение:
при остром/подостром течении – глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 1):
мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1–3 месяца или
клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1 месяц.
65. Системное лечение:

при отсутствии эффекта от местного лечения – глюкокортикоиды для системного применения:

бетаметазон, суспензия для инъекций 2 мг+5 мг/мл – в/мышечно по 1 мл 1 раз/сутки с интервалом в 2–3 недели (на курс 3–4 инъекции).

ГЛАВА 17

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛИХОРАДОЧНЫМ НЕЙТРОФИЛЬНЫМ ДЕРМАТОЗОМ СВИТА, С МУЦИНОЗОМ КОЖИ

66. Обязательные диагностические мероприятия:

66.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

66.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

66.3. дополнительные диагностические исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-ревматолога, врача-терапевта, врача-онколога.

67. Местное лечение:

кортикостероиды для наружного применения IV класса:

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–3 недели.

68. Системное лечение:

68.1. при отсутствии эффекта от местного лечения – глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки в течение 7–10 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до поддерживающей 10 мг/сутки 4–12 недель или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);

68.2. при отсутствии эффекта от глюкокортикоидов для системного применения рекомендовано (по решению врачебного консилиума):

дапсон¹⁷, таблетки 50 мг – внутрь 100–200 мг/сутки. После достижения терапевтического эффекта рекомендована поддерживающая терапия в дозе 25–50 мг/сутки (длительность терапии определяется индивидуально);

¹⁷ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

68.3. в случае боли, отека, гиперемии, гипертермии в очагах поражения – нестероидные противовоспалительные ЛП:

мелоксикам, таблетки 7,5 мг, 15 мг – внутрь 15 мг/сутки 7–10 суток

или

напроксен, таблетки 275 мг, 550 мг – внутрь 550–1100 мг/сутки в 2 приема 7–10 суток,

или

ибупрофен, таблетки, покрытые оболочкой, капсулы 200 мг, 400 мг – внутрь в таблетках по 200 мг 3–4 раза/сутки; в таблетках по 400 мг 2–3 раза/сутки (не более 1200 мг/сутки) 7–10 суток,

или

нимесулид, таблетки 100 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток (в случае сохранения активности процесса – до 2–3 недель),

или

индометацин, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток;

68.4. при торпидном течении и отсутствии ответа на лечение рекомендовано назначение иммунодепрессантов (по решению врачебного консилиума):

циклоsporин¹⁸, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в дозе 2,5–5 мг/кг/сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом до достижения удовлетворительного клинического эффекта с постепенным снижением дозы на 1 мг/кг в неделю в течение 4 недель или на 0,5–1 мг/кг каждые 2 недели до отмены. Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

¹⁸ Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

ГЛАВА 18

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ЦЕЛЛЮЛИТОМ УЭЛСА

69. Обязательные диагностические мероприятия:

69.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

69.2. обязательные лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ); анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

69.3. дополнительные диагностические исследования:

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-ревматолога, врача-терапевта.

70. Местное лечение:

глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии, согласно приложению 1):

мометазона фураат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1 месяц

или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 1 месяц.

71. Системное лечение:

71.1. при отсутствии эффекта от местного лечения – глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки в течение 7–10 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до поддерживающей 10 мг/сутки 4–12 недель или эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения (согласно приложению 4);

71.2. при отсутствии ответа на лечение рекомендовано назначение иммунодепрессантов (по решению врачебного консилиума):

циклоsporин¹⁹, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в дозе 1,25–2,5 мг/кг/сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом 3–4 недели. Оценка безопасности системной терапии осуществляется согласно приложению 3.

ГЛАВА 19

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АМИЛОИДОЗОМ КОЖИ

72. Диагностические мероприятия:

72.1. обязательные:

клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);
анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, холестерина, ревматоидного фактора, С-реактивного белка);

72.2. дополнительные диагностические мероприятия:

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-эндокринолога.

73. Местное лечение:

кортикостероиды для наружного применения III–IV класса:

мометазона фуруат, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели или

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 2–4 недели.

ГЛАВА 20

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО, ДИСКОВИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, ВАСКУЛИТОМ, ОГРАНИЧЕННЫМ КОЖЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

74. Медицинское наблюдение пациентов с витилиго, дисковидной красной волчанкой, локализованной склеродермией, васкулитом, ограниченным кожей, осуществляют врач-дерматовенеролог, врач-терапевт, врач общей практики.

75. Медицинское наблюдение врачом-дерматовенерологом осуществляется 1 раз в месяц в течение 2 месяцев после установления диагноза, далее – 2 раза в год.

76. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в течение 1 месяца после установления диагноза:

общий (клинический) анализ крови – однократно;

общий анализ мочи – однократно;

биохимический анализ крови – однократно.

77. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента после 2 месяцев наблюдения:

общий (клинический) анализ крови – 1 раз в год;

общий анализ мочи – 1 раз в год;

биохимический анализ крови – 1 раз в год.

78. Пациентам, находящимся на иммуносупрессивной терапии, показан регулярный контроль за клинико-лабораторными показателями, инструментальные и другие диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в зависимости от степени тяжести заболевания и вида иммуносупрессивной терапии или терапии ретиноидами для системного применения.

79. При наличии медицинских показаний проводится консультация врача-эндокринолога, врача-инфекциониста, врача-оториноларинголога, врача-ревматолога, врача-ангиохирурга.

Приложение 1

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки»

Классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии

№ п/п	Класс	Активность	ЛП	Форма выпуска
1	I	Слабоактивные	Гидрокортизон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Преднизолон	мазь для наружного применения 5 мг/г
2	II	Умеренно активные	Триамцинолон	мазь для наружного применения 1 мг/г
			Гидрокортизона бутират	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
3	III	Высокоактивные	Флуоцинолона ацетонид	мазь для наружного применения 0,25 мг/г
			Бетаметазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
			Метилпреднизолона ацепонат	мазь для наружного применения 1 мг/г, эмульсия для наружного применения 1 мг/г
			Мометазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г
4	IV	Очень высокоактивные	Клобетазол	мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки»

Режим назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм при витилиго, болезни Шамберга

Облучение начинают с дозы 0,1–0,25 Дж/см², процедуры проводят с режимом 2–3 раза в неделю. Каждую последующую процедуру разовую дозу увеличивают на 5–20 % до появления слабой или умеренно выраженной эритемы, не сопровождающейся зудом или болезненными ощущениями. В дальнейшем при наличии эритемы разовую дозу оставляют постоянной, при отсутствии эритемы дозу увеличивают на 5–20 %.

Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки»

Оценка безопасности системной терапии

№ п/п	ЛП	Контролируемые показатели	Периодичность исследований
1	Метотрексат	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в неделю в течение 1-го месяца лечения, затем 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, начиная с 4-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
2	Циклоспорин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц

		фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); контроль артериального давления; тест на беременность до лечения (для женщин)	
3	Азатиоприн	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 1–3 месяца
4	Глюкокортикоиды	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
		коагулограмма (протромбиновый индекс, АЧТВ, фибриноген, МНО)	1 раз в 6 месяцев
		электрокардиограмма	1 раз в 6 месяцев
		рентгенография органов грудной клетки	1 раз в год
		денситометрия	1 раз в год
		ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза, простаты	1 раз в год
		маммография	1 раз в год
		эзофагогастродуоденоскопия	1 раз в год
5	Дапсон	Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, ретикулоциты, тромбоциты), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 2–3 месяца
6	ГИБП	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), глюкоза, щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин, натрий, калий, хлорид, бикарбонат), уровень СРБ	1 раз в 3 месяца
		мониторинг туберкулеза (проба Манту/ диаскин-тест/ квантифероновый тест)	1 раз в 6 месяцев
7	Микофенолата мофетил	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин)	1-й месяц лечения 1 раз в неделю, затем каждые 2 недели 2 месяца, начиная с 3-го месяца – 1 раз в 1 месяц
8	Изотретиноин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в месяц
9	Ацитретин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1-й месяц лечения 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в 1–3 месяца

Приложение 4

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки»

Эквивалентные противовоспалительные дозы системных глюкокортикоидов для перорального применения

№ п/п	ЛП	Эквивалентная доза, мг	Период полувыведения из тканей, ч
1	Короткого действия:		
	гидрокортизон, таблетки 20 мг	20	8–12
	кортизон, таблетки 25 мг	25	8–12
2	Среднедлительного действия:		
	преднизолон, таблетки 5 мг	5	18–36
	метилпреднизолон, таблетки 4 мг	4	18–36
	триамцинолон, таблетки 4 мг	4	24–36
3	Длительного действия:		
	дексаметазон, таблетки 0,5 мг	0,75	36–54

Приложение 5

к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с другими болезнями кожи и подкожной
клетчатки»

Режим назначения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм при кольцевидной гранулеме

Начальная доза облучения составляет 50–70 % от минимальной эффективной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара больного облучение начинают с дозы 0,05 Дж/см². Процедуры проводят 4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышают каждую процедуру или через процедуру на 0,05–0,1 Дж/см².

Приложение 6

к клиническому протоколу «Диагностика
и лечение пациентов (взрослое население)
с другими болезнями кожи и подкожной
клетчатки»

Классификация васкулитов, ограниченных кожей, характеристика степени активности патологического процесса

№ п/п	Показатели	Степень активности	
		I	II
1	Поражение кожи (по площади)	Ограниченное	Распространенное
2	Число высыпаний	Небольшое	Множественное
3	Температура тела	Нормальная или не выше 37,5°C	Выше 37,5°C
4	Общие явления (недомогание, общая слабость, головная боль, артралгии, миалгии и иное)	Отсутствуют или незначительны	Резко выражены
5	Общий анализ крови		
5.1	СОЭ	До 25 мм/ч	Выше 25 мм/ч
5.2	Эритроциты	Норма	Менее 3,8 x 10 ¹² /л
5.3	Гемоглобин	Норма	Менее 12 г%
5.4	Тромбоциты	Норма	Менее 180 x 10 ⁹ /л
5.5	Лейкоциты	Норма	Более 10 x 10 ⁹ /л
6	Биохимический анализ крови		
6.1	Общий белок	Норма	Более 85 г/л
6.2	α ₂ -глобулин	Норма	Более 12 %
6.3	γ-глобулин	Норма	Более 22 %
6.4	С-реактивный белок	Отсутствует или до 2+	Более 2+
6.5	Комплемент	Выше 30 ед.	Ниже 30 ед.
6.6	Иммуноглобулины	Норма	Повышены

6.7	Ревматоидный фактор	Норма	Повышенное содержание
7	Общий анализ мочи		
7.1	Протеинурия	Нет	Есть