



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

13 апреля 2017 г.

Донецк

№ 604

Об утверждении унифицированных клинических протоколов медицинской помощи «Гнездная алопеция», «Буллезный пемфигоид Лёвера», «Герпетиформный дерматит Дюринга», «Красный плоский лишай», «Простой пузырьковый лишай», «Псориаз»

С целью обеспечения единых, современных, научно обоснованных подходов к стандартизации медицинской помощи с позиций доказательной медицины, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 6, частью 3 статьи 32 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», подпунктами 7.12, 7.14, 7.19 пункта 7, пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10 января 2015 года № 1-33, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08 декабря 2015 года № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 23 декабря 2015 года под регистрационным № 848,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Гнездная алопеция», прилагается.

1.2. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Буллезный пемфигоид Лёвера», прилагается.

1.3. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Герпетиформный дерматит Дюринга», прилагается.

1.4. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Красный плоский лишай», прилагается.

1.5. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Простой пузырьковый лишай», прилагается.

1.6. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Псориаз», прилагается.

2. Руководителям органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить:

2.1. Соблюдение утвержденных пунктом 1 настоящего приказа унифицированных клинических протоколов медицинской помощи.

2.2. Разработку и внедрение локальных протоколов оказания медицинской помощи, на основе утвержденных пунктом 1 настоящего приказа унифицированных клинических протоколов медицинской помощи, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 27 января 2016 года №100 «Об утверждении Методики разработки и внедрения локальных протоколов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 09 февраля 2016 года под регистрационным №981.

3. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на руководителей органов, учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на директора Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики Китик Л.И.

5. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ»

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Гнездная алопеция (ГА) – хроническое воспалительное заболевание, затрагивающее волосяные фолликулы. Проявляется в виде круговидного, нерубцового выпадения волос на коже волосистой части головы, лице и других участках кожного покрова. Заболевание проявляется в любом возрасте, одинаково часто как у мужчин, так и у женщин; не имеет предпочтительного распределения по расовому признаку. Чаще болеют дети и молодые люди в возрасте до 25 лет.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГА (МКБ-10)

Гнездная алопеция (L63)

L63.0 Алопеция тотальная

L63.1 Алопеция универсальная

L63.2 Гнездная плешивость (лентовидная форма)

L63.8 Другая гнездная алопеция

L63.9 Гнездная алопеция неуточненная

Выделяют следующие клинические формы ГА: ограниченная (в т.ч. офиазис), субтотальная, тотальная, универсальная.

Клиническая картина

1. При ограниченной форме ГА на волосистой части головы определяются один или несколько четко очерченных округлых очагов алопеции.

2. При субтотальной форме ГА на коже волосистой части головы отсутствует более чем 40% волос.

3. При офиазисе очаги алопеции охватывают всю краевую зону роста волос на голове, или только затылок, или лобно-височную область.

4. При тотальной форме ГА наблюдается полное отсутствие волос на коже волосистой части головы.

5. При универсальной форме ГА волосы отсутствуют на коже волосистой части головы, в области роста бровей, ресниц, на коже туловища наблюдается частичная или полная утрата пушковых волос.

Волосяные фолликулы уменьшаются в размерах. Выявляется расширение сосудов, питающих волосяной сосочек, которое в последствии сменяется их облитерацией. Образование очагов алопеции происходит в результате прерывания цикла роста волоса из матрикса фолликула. Волосы преждевременно вступают в фазу телогена и выпадают; если

прерывание цикла наступило в стадии анагена (роста) волосяного фолликула, волосяной стержень обламывается с формированием дистрофичного проксимального конца волоса.

ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА

1) Определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным ГА.

2) Определение алгоритмов диагностики и лечения ГА.

3) Установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных ГА.

Унифицированный клинический протокол «Гнездная алопеция» разработан для врачей- дерматовенерологов, врачей- дерматовенерологов детских, врачей-лаборантов.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 03.03. 2017 г.

ДАТА ПЕРЕСМОТРА ПРОТОКОЛА: 03.03.2019 г.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Гуричева Юлия Олеговна - Главный специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, председатель рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Тёмкин Валерий Владимирович - Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г.Макеевки Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, заместитель председателя рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Ивнева Светлана Владимировна - Заведующий детским дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детской дерматовенеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Татьяна Витальевна - Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, профессор, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Олег Анатольевич - Профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Романенко Кирилл Всеволодович - Заведующий Кафедрой дерматовенерологии Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, доцент, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Дричик Татьяна Викторовна - Врач-дерматовенеролог детского отделения Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г.Донецка, секретарь рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Кравец Елена Владимировна - Заведующий дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доцент кафедры дерматовенерологии Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Милус Ирина Евгеньевна - Заместитель директора по медицинской части Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г.Донецка, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Боряк Стелла Алишеровна - Заведующий дневным стационаром Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Авсянкина Татьяна Ивановна - Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г.Снежное Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Перечень сокращений:

АЛТ - аланин - аминотрансфераза
 АСЛ-О - антистрептолизин - О
 АСТ - аспартатаминотрансфераза
 ГА – гнездная алопеция
 ДКТ - дотестовое консультативное тестирование
 КСР - комплекс серологический реакций
 ЛГ – лютеинизирующий гормон
 ОБП - органы брюшной полости
 ОМТ- органы малого таза
 СРБ – с реактивный белок
 ТТГ – тиреотропный гормон
 УЗИ - ультразвуковое исследование
 ФСГ – фолликулостимулирующий гормон
 ФХТ - фотохимиотерапия

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам при ГА предоставляется в учреждениях здравоохранения:

- 1) дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник;
- 2) дерматовенерологическом диспансере (центре).

Профиль отделения - дерматовенерологическое; детское дерматовенерологическое.

Профиль специалиста – врач-дерматовенеролог, врач- дерматовенеролог детский.

Экстренная госпитализация не проводится.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Диагностика

Диагностика ГА основана на характерных жалобах, течении заболевания и особенностях клинических проявлений на коже (выпадение волос без нарушения структуры кожи и без рубцовой атрофии).

Обследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (общий билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, глюкоза, холестерин, щелочная фосфатаза) (по показаниям).
4. Анализ крови на сахар.
6. Серологическое исследование на сифилис (по показаниям).
7. ВИЧ (с согласия пациента, после ДКТ).
8. Исследование на паразитарную инвазию (по показаниям).
9. Исследование на стрептококковую сенсibiliзацию (АСЛ-о) (по показаниям).
10. СРБ (по показаниям).
11. Исследование на урогенитальные инфекции (по показаниям).
12. Исследование на хеликобактерную инфекцию (по показаниям).
13. Анализ крови на содержание кортизола (при планировании применения системных кортикостероидов до лечения и через 3 недели после окончания терапии)(по показаниям).
14. Анализ крови на содержание половых гормонов (эстрадиол, тестостерон, ФСГ, ЛГ) (по показаниям).
15. Анализ крови на содержание гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ) (по показаниям).
16. Флуорографическое исследование.
17. Микроскопия волос, эпилированию с краевой зоны очага (по показаниям).
18. Микроскопическое исследование патологического материала на грибы - соскобы с кожи (до лечения)(по показаниям).
19. УЗИ ОМТ; ОБП, щитовидной железы (по показаниям).
20. Обзорная рентгенография черепа или томография (по показаниям).
21. Реовазоэнцефалограмма (по показаниям).
22. Триходиагностика (по показаниям);
23. Анализ содержания тяжелых металлов и микроэлементов в волосах (по показаниям).

По показаниям назначают консультации: врача-акушера-гинеколога, врача-гинеколога детского и подросткового возраста, врача-эндокринолога, врача-эндокринолога детского, врача-гастроэнтеролога, врача-гастроэнтеролога детского, врача - психотерапевта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз проводят с трихотилломанией, диффузной токсической алопецией, микозом кожи волосистой части головы, сифилисом, рубцовыми алопециями.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения: установленный диагноз ГА.

Системная терапия

1. Препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, ксантинола никотинат, никотиновая кислота).
2. Седативные препараты.
3. Адаптогены.
4. Транквилизаторы.
5. Витамины и микроэлементы (кальция пантотенат, тиамин и др).

6. Биогенные стимуляторы (алоэ, метилурацил, экстракт плаценты, натрия нуклеинат).
7. Препараты улучшающие мозговое кровообращение (циннаризин, винпоцетин)(по показаниям).
8. Анаболические гормоны (ретаболил, феноболит)-по показаниям.
9. Дезинтоксикационные препараты (по показаниям).
10. Гепатопротекторы (по показаниям).
11. Внутривенное введение ГКС (по показаниям).
12. Системные ГКС (при тяжелой быстро прогрессирующей ГА) (по показаниям).

Наружная терапия

1. Топические ГКС (по показаниям).
2. Миноксидил, 2-5%раствор (по показаниям).
3. Топические ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус)-по показаниям.
4. Местно раздражающие препараты (по показаниям).

Немедикаментозная терапия

1. Физиотерапевтические процедуры (электросон, фонофорез, дарсонваль, криомассаж) (по показаниям).
2. Локальная ФТ.
3. Устранение очагов хронической инфекции.
4. Коррекция выявленной сопутствующей патологии.

IV. ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маршрут пациента: учреждения здравоохранения оказания первичной медико-санитарной помощи→ врач-дерматовенеролог/врач-дерматовенеролог детский→ дневной стационар дерматовенерологического профиля, круглосуточный стационар дерматовенерологического профиля (в зависимости от тяжести дерматоза).

Продолжительность лечения: Лечение стационарно проводят больным с ГА в течение 12-25 дней.

Диспансеризация: Больные с ГА подлежат диспансерному наблюдению, с кратностью осмотра 1 р в 6 мес.

Требования к режиму труда: противопоказана работа, связанная с контактом с агрессивными химическими веществами, радиоактивными веществами, а также психоэмоциональными перегрузками.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Кадры: врачи-дерматовенерологи, врачи-дерматовенерологи детские, врачи-терапевты, врачи-лаборанты.

2. Оборудование: наличие клиничко-диагностической лаборатории, физиотерапевтическое отделение/кабинет.

3. Лекарственные препараты:

- Улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, ксантиноланикотинат, никотиновая кислота).

3.1) Седативные.

3.2) Адаптогены.

3.3) Транквилизаторы.

3.4) Витамины и микроэлементы.

3.5) Биогенные стимуляторы.

- 3.6) Средства улучшающие мозговое кровообращение.
 3.7) Анаболические гормоны.
 3.8) Дезинтоксикационные.
 3.9) Гепатопротекторы.
 3.10) Системные ГКС.
 3.11) Топические ГКС.
 3.12) Миноксидил 2-5% раствор.
 3.13) Топические ингибиторы кальциневрина.
 3.14) Местнораздражающие.

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№ п/п	Индикатор	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1	Наличие в учреждении здравоохранения локального клинического протокола	100% от потребности	Число медицинских работников, имеющих локальный протокол x 100%. /общее число медицинских работников, задействованных в процессе профилактики, диагностики и лечения	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
2	Обеспечение обучения медицинского персонала, задействованного в реализации данного протокола.	≥ 99,8%	Количество медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического протокола, получивших положительные результаты при проверке знаний по его выполнению x 100% / на общее количество медицинских работников, задействованных в реализации данного протокола	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
3.	Удельный вес больных с выздоровлением.	100%	Общее число больных с выздоровлением x 100/ общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение врачебных рекомендаций больным.

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А. Кубановой.– М.: ДЭКС–Пресс.– 2010.– с. – 435.
2. Клиническая дерматовенерология: руководство. В 2 томах. Том 2. ГЭОТАР-Медиа. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. 2009. Глава 16. Болезни волос, сальных и потовых желез. С.469-475. [Clinical Dermatovenereology: guide. In two volumes. Volume 2. GEOTAR Media. Ed. JK Skrypkin, YS Butov. 2009. Chapter 16. Diseases of the hair, sebaceous glands and sweat glands. P.469-475.]
3. Kern F, Hoffman WH, Hamdrick GW et al. Alopecia areata, Immunologic studies and treatment with prednisone. Arch Dermatol 1983; 107: 407–412.
4. Lebwohl M. New treatments for alopecia areata. Lancet 1997; 349(9047): 222–3.
5. McDonagh AJG, Snowden JA, Stierle C, Elliot K, Messenger AG: HLA and ICAM-1 expression in alopecia areata in vivo and in vitro: the role of cytokines. Br J Dermatol 1993; 129: 250–256.
6. McDonald Hull, Wood M. L., Hutchinson P. E., Sladden M, Messenger A. G. Guidelines for the management of alopecia areata. Br J Dermatol 2003; 149: 692–699.
7. McElwe KJ, Tobin DJ, Bystryn JC, King LE Jr, Sundberg JP. Alopecia areata: an autoimmune disease? Exp Dermatol 1999; 8: 371–379.
8. Mitchel A, Douglas M. Topical photochemotherapy for alopecia areata. J Am Acad Dermatol 1985; 12: 644.
9. Price VH. Topical minoxidil in extensive alopecia areata, including 3-year follow-up. Dermatologica 1987; 175 (Suppl 2): 36–41.
10. Unger W, Schemmer R. Corticosteroids in the treatment of alopecia areata. Arch Dermatol 1978; 114: 1486.
11. Welsh EA, Clark HH, Epstein SZ, Reveille JD, Duvic M. Human leukocyte antigen-DQB alleles are associated with alopecia areata. J Invest Dermatol 1994; 103: 758–763.
12. Welsh EA, Clark HH, Epstein SZ, Reveille JD, Duvic M. Human leukocyte antigen — DQB1*03 alleles are associated with alopecia areata. J Invest Dermatol 1994; 103: 758–63.
13. Perret C, Wiesner-Mensel L, Happle R. Immunohistochemical analysis of T-cell subsets in the peribulbar and intrabulbar infiltrates of alopecia areata. Acta Derm Venereol (Stockh). 1984; 64: 26–30.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
04.04.2017 протокол № 7

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
13.04.2017 № 604

**Унифицированный клинический
протокол медицинской помощи
«БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД ЛЕВЕРА»**

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Буллезный пемфигоид (БП) – аутоиммунное заболевание кожи, вызванное продукцией аутоантител к компонентам полудесмосом (антигенам ВР180 и ВР230) и характеризующееся образованием субэпидермальных пузырей.

Клиническая картина

БП проявляется формированием пузырей на видимо неизменённой коже, сопровождающимся зудом. Степень тяжести БП определяется по числу появляющихся пузырных элементов. БП определяют, как тяжелый при появлении более 10 пузырей в сутки на протяжении 3-х дней подряд, как легкий – при появлении 10 или менее пузырей в сутки.

КЛАССИФИКАЦИЯ БП (МКБ-10)

L12.0 - Буллезный пемфигоид

ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА

- 1) Определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным БП.
- 2) Определение алгоритмов диагностики и лечения БП.
- 3) Установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных БП.

Унифицированный клинический протокол ведения больных «Буллезный пемфигоид Левера» разработан для врачей- дерматовенерологов, врачей- дерматовенерологов детских, врачей-лаборантов.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 13.03. 2017 г.

ДАТА ПЕРЕСМОТРА ПРОТОКОЛА: 13.03. 2020 г.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Гуричева Юлия Олеговна - Главный специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, председатель рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»

Тёмкин Валерий Владимирович – Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г. Макеевки Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, заместитель председателя рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Ивнева Светлана Владимировна – Заведующий детским дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский дерматовенеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Татьяна Витальевна – Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, профессор, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Олег Анатольевич – Профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Романенко Кирилл Всеволодович - Заведующий Кафедрой дерматовенерологии Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Дричик Татьяна Викторовна – Врач-дерматовенеролог детского отделения Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г.Донецка, секретарь рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Кравец Елена Владимировна – Заведующий дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики, доцент кафедры дерматовенерологии Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Милус Ирина Евгеньевна – Заместитель директора по медицинской части Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г.Донецка, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Боряк Стелла Алишеровна – Заведующий дневным стационаром Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Авсянкина Татьяна Ивановна – Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г.Снежное Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Перечень сокращений:

АЛТ – аланин – аминотрансфераза

АЛТ - аланинаминотрансфераза

АСЛ-О – антистрептолизин - О

АСТ – аспартат- аминотрансфераза

АСТ - аспартатаминотрансфераза

БПО – бензоилпероксид

ДКТ – дотестовое консультативное тестирование
 КСР - комплекс серологический реакций
 ЛС - лекарственное средство
 ОБП - органы брюшной полости
 ОМТ- органы малого таза
 СРБ – С - реактивный белок
 УЗИ - ультразвуковое исследование
 ФК – фиксированные комбинации

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам при неосложненном течении БП предоставляется в учреждениях здравоохранения:

- 1) дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник;
- 2) дерматовенерологическом диспансере (центре);

Профиль отделения – дерматовенерологическое, детское дерматовенерологическое.

Профиль специалиста – врач- дерматовенеролог, врач- дерматовенеролог детский, врач-лаборант.

Медицинская помощь пациентам при осложненном, распространенном БП предоставляется в специализированных учреждениях здравоохранения - дерматовенерологическом диспансере (центре);

Профиль отделения - дерматовенерологическое, детское дерматовенерологическое.

Профиль специалиста - врач-дерматовенеролог, врач- дерматовенеролог детский.

Экстренная госпитализация проводится.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Диагностика

Диагноз БП устанавливается на основании анализа анамнеза, характерной клинической картины и лабораторного подтверждения диагноза.

Обследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, глюкоза, холестерин, общий билирубин, общий белок, креатинин, коагулограмма),
4. Исследование содержимого пузырей на эозинофилы;
5. Мазок-отпечаток на наличие клеток Тцанка;
6. Гистологическое исследование биоптата кожи;
7. Имуногистохимический анализ кожи (прямая РИФ, непрямая РИФ) (по показаниям);
8. УЗИ органов малого таза, органов брюшной полости, щитовидной железы;
9. Рентгеноскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта (по показаниям);
10. Обследование на сифилис;
11. ВИЧ (с согласия пациента, после ДКТ).

По показаниям назначают консультации: врача-акушера-гинеколога, врача-эндокринолога, врача-гастроэнтеролога, врача – кардиолога, врача – уролога, врача – онколога, врача – психотерапевта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

БП дифференцируют с герпетиформным дерматитом Дюринга, экссудативной многоформной эритемой, вульгарной пузырчаткой, буллезной токсидермией, приобретенным буллезным эпидермолизом.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения: установленный диагноз БП.

Цели лечения

1. Прекращение прогрессирования заболевания.
2. Уменьшение зуда.
3. Эпителизация эрозий.
4. Увеличение продолжительности ремиссии.

Лечение БП проводится в зависимости от степени тяжести заболевания и включает системную и наружную терапию.

Лечение:

1. Системные ГКС: (перорально в дозе 0,5 - 1 мг / кг массы тела /сутки). По достижении клинического эффекта дозу постепенно снижают, вплоть до полной отмены.
2. Корректирующая терапия (препараты калия, кальция, анаболические стероиды, антациды).
3. Цитостатические препараты: (азатиоприн, метотрексат).
4. Препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, ксантиноланикотинат, никотиновая кислота).
5. Витамины.
6. Биогенные стимуляторы (алоэ, метилурацил, экстракт плаценты, натрия нуклеинат) (по показаниям).
7. Дезинтоксикационные препараты (по показаниям).
8. Гепатопротекторы (по показаниям).
9. Антибактериальные препараты (по показаниям).
10. Противовирусные препараты (по показаниям).
11. Антимикотические препараты (по показаниям).

Наружная терапия

1. Анилиновые красители.
2. Антисептические препараты.
3. Топические ГКС.
4. Фиксированные комбинации топических ГКС.
5. Регенерирующие препараты.

IV. ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маршрут пациента: учреждения здравоохранения оказания первичной медико-санитарной помощи → врач- дерматовенеролог/врач- детский дерматовенеролог →дневной стационар дерматовенерологического профиля, круглосуточный стационар дерматовенерологического профиля (в зависимости от тяжести дерматоза).

Продолжительность лечения: в зависимости от степени тяжести составляет в стационаре 15 - 30 дней.

Диспансеризация: 1 раз в 3-6 мес. на протяжении болезни (3-5 лет).

Требования к режиму труда: избегать контакта с раздражающими кожу веществами, противопоказана работа с большим физическим и нервно-психическим напряжением.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. **Кадры:** врачи-дерматовенерологи, врачи-дерматовенерологи детские, врачи-лаборанты.

2. **Оборудование:** наличие клиничко-диагностической лаборатории.

3. **Лекарственные препараты:**

3.1. Системные ГКС.

3.2. Калия, кальция.

3.3. Анаболические стероиды.

3.4. Антациды.

3.5. Цитостатические.

3.6. Улучшающие микроциркуляцию.

3.7. Витамины.

3.8. Биогенные стимуляторы.

3.9. Дезинтоксикационные.

3.10. Гепатопротекторы.

3.11. Антибактериальные.

3.12. Противовирусные.

3.13. Антимикотические.

3.14. Анилиновые красители.

3.15. Антисептические.

3.16. Топические ГКС.

3.17. Фиксированные комбинации топических ГКС.

3.18. Регенерирующие.

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№ п/п	Индикатор	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1	Наличие в учреждении здравоохранения локального клинического протокола	100% от потребности	Число медицинских работников, имеющих локальный протокол х 100%. /общее число медицинских работников, задействованных в процессе профилактики, диагностики и лечения	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
2	Обеспечение обучения медицинского персонала, задействованного в реализации данного протокола.	≥ 99,8%	Количество медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального

			протокола, получивших положительные результаты при проверке знаний по его выполнению x 100% / на общее количество медицинских работников, задействованных в реализации данного протокола	клинического протокола
3.	Удельный вес больных с выздоровлением.	100%	Общее число больных с выздоровлением x 100/ общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение врачебных рекомендаций больным.

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А. Кубановой.– М.: ДЭКС–Пресс.– 2010.– с. – 435.
2. Kirtschig G., Middleton P., Bennett C. et al. Interventions for bullous pemphigoid. Cochrane Database Syst Rev 2010 10: CD002292.
3. Parker S.R., Dyson S., Brisman S. et al. Mortality of bullous pemphigoid: an evaluation of 223 patients and comparison with the mortality in the general population in the United States. J Am AcadDermatol 2008; 59 (4): 582–588.
4. Schmidt E., Zillikens D. Pemphigoid diseases. Lancet 2013; 381: 320–332.
5. Lo Schiavo A., Ruocco E., Brancaccio G. et al. Bullous pemphigoid: Etiology, pathogenesis, and inducing factors: Facts and controversies. ClinDermatol 2013; 31: 391–399.
6. Милявский А.И., Кривошеин Ю.С., Логадырь Т.А., Винцерская Г.А. Эффективность мирамистина в дерматовенерологии. Вестн. Дерматол. Венерол. 1996; (2). 67–69.
7. Привольнев В.В., Каракулина Е.В. Основные принципы местного лечения ран и раневой инфекции. Клин микробиолантимикробхимиотер 2011, 13, (3): 214–222.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
04.04.2017 протокол № 7

**Унифицированный клинический
протокол медицинской помощи
«ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА»**

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Герпетиформный дерматит Дюринга (ГДД) – редкое хроническое рецидивирующее заболевание аутоиммунной природы у лиц с генетической предрасположенностью. В развитии заболевания играют роль следующие факторы: наследственная предрасположенность, аутоиммунные нарушения, злокачественные новообразования внутренних органов (паранеопластическая форма ГДД), повышенная чувствительность к йоду и глютену.

Генетическая восприимчивость к глютену рассматривается как этиологический фактор, поскольку у части больных ГДД сочетается с синдромом целиакии. Была продемонстрирована роль трансглутаминазы как главного аутоантигена для IgA-антител, патогенетическая значимость которых доказана для ГДД и синдрома целиакии.

У некоторых пациентов были обнаружены повышенные титры антител к аденовирусу 12, что предполагает роль вирусной инфекции как инициирующего фактора. ГДД может ассоциироваться с аутоиммунными заболеваниями, в частности, щитовидной железой.

Первые симптомы болезни – общее нарушение самочувствия, слабость, повышением температуры, легкое покалывание, жжение и зуд кожи, на фоне чего появляются распространенные симметричные полиморфные высыпания (волдыри, пузырьки, буллы - пузыри), напоминающие герпес, из-за чего известный дерматолог из Филадельфии еще в 19 веке впервые описавший эти проявления назвал их герпетиформными (напоминающими герпес), а дерматоз назвали его именем – дерматит Дюринга.

В зависимости от преобладающего компонента полиморфной сыпи (папул, везикул, пузырей и др.) была предложена классификация ГДД.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГДД (МКБ-10)

L.13.0

Герпетиформный дерматит Дюринга, папулезная форма

Герпетиформный дерматит Дюринга, везикулезная форма

Герпетиформный дерматит Дюринга, буллезная форма

Герпетиформный дерматит Дюринга, уртикарноподобная форма

Герпетиформный дерматит Дюринга, паранеопластическая форма

Герпетиформный дерматит Дюринга, атипичные формы:

А) экзематоидная

Б) трихофитоидная

В) строфулоидная

ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА

- 1) Определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным ГДД.
- 2) Определение алгоритмов диагностики и лечения ГДД.
- 3) Установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных ГДД.

Унифицированный клинический протокол «Герпетиформный дерматит Дюринга» разработан для врачей- дерматовенерологов, врачей- дерматовенерологов детских, врачей-лаборантов.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 22.03. 2017 г.

ДАТА ПЕРЕСМОТРА ПРОТОКОЛА: 22.03.2020 г.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Гуричева Юлия Олеговна - Главный специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, председатель рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Тёмкин Валерий Владимирович - Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г.Макеевки Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, заместитель председателя рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Ивнева Светлана Владимировна - Заведующий детским дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детской дерматовенеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Татьяна Витальевна - Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, профессор, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Олег Анатольевич - Профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Романенко Кирилл Всеволодович - Заведующий Кафедрой дерматовенерологии Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, доцент, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Дричик Татьяна Викторовна - Врач-дерматовенеролог детского отделения Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г.Донецка, секретарь рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Кравец Елена Владимировна - Заведующий дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики, доцент кафедры дерматовенерологии

Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Милус Ирина Евгеньевна - Заместитель директора по медицинской части Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г.Донецка, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Боряк Стелла Алишеровна - Заведующий дневным стационаром Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Авсянкина Татьяна Ивановна - Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г.Снежное Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Перечень сокращений:

АЛТ - аланин - аминотрансфераза
 АСЛ-О - антистрептолизин - О
 АСТ - аспаратаминотрансфераза
 ГДД – герпетиформный дерматит Дюринга
 ДКТ - дотестовое консультативное тестирование
 КСР - комплекс серологический реакций
 ЛГ – лютеинизирующий гормон
 ОБП - органы брюшной полости
 ОМТ- органы малого таза
 СРБ – с реактивный белок
 ТТГ – тиреотропный гормон
 УЗИ - ультразвуковое исследование
 ФСГ – фолликулостимулирующий гормон
 ФХТ - фотохимиотерапия

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам при не осложненном течении ГДД предоставляется в учреждениях здравоохранения:

- 1) дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник;
- 2) дерматовенерологическом диспансере (центре).

Профиль отделения - дерматовенерологическое; детское дерматовенерологическое.
 Профиль специалиста - врач-дерматовенеролог, врач-дерматовенеролог детский.

Медицинская помощь пациентам при осложненном течении ГДД предоставляется в специализированных учреждениях здравоохранения - дерматовенерологическом диспансере (центре).

Профиль отделения - дерматовенерологическое, детское дерматовенерологическое.

Профиль специалиста – врач-дерматовенеролог, врач-дерматовенеролог детский.

Экстренная госпитализация не проводится.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Диагностика

Диагностика ГДД основана на характерных жалобах, клинических проявлениях и лабораторном подтверждении диагноза.

ГДД характеризуется распространенными полиморфными высыпаниями в виде сгруппированных пузырьков, пузырей и папул, расположенных на отечно-элевирующем фоне. Пузырьки и пузыри с плотной покрывкой, серозным или серозно-геморрагическим содержимым, при присоединении вторичной инфекции – с мутным или гнойным содержимым. Цвет высыпаний розово-красный, границы очагов – фестончатые, периферического роста нет. Пузырьки и пузыри через 3-4 дня вскрываются с образованием эрозий (без периферического роста), на их поверхности образуются кровянистыми корочками, после их отторжения – пигментация или депигментация, иногда образуются атрофические рубцы.

Локализация – плечевой пояс, верхние и нижние конечности, особенно локти и колени, ягодицы, поясничная область, лицо, реже – волосистая часть головы. Слизистые поражаются крайне редко, ладони и подошвы не вовлекаются.

Субъективно – сильный зуд, жжение. Зуд может предшествовать высыпаниям. Может быть бессонница, слабость, повышение температуры. Может быть полифекалия, жидкий стул сероватого цвета.

В содержимом пузырей и в периферической крови определяют эозинофилию. Симптом Никольского отрицательный. Клетки Тцанка не обнаруживают.

Обследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (общий билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, глюкоза, холестерин, щелочная фосфатаза) (по показаниям).
4. Анализ крови на сахар.
5. Исследование на сифилис (по показаниям).
6. ВИЧ (с согласия пациента, после ДКТ).
7. Исследование на паразитарную инвазию (по показаниям).
8. Исследование на стрептококковую сенсibiliзацию (АСЛ-о) (по показаниям).
9. СРБ (по показаниям).
10. Исследование на урогенитальные инфекции (по показаниям).
11. Исследование на хеликобактерную инфекцию (по показаниям).
12. Анализ крови на содержание гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ) (по показаниям).
13. Флуорографическое исследование.
14. УЗИ ОМТ; ОБП, щитовидной железы (по показаниям).
15. Выявление эозинофилии в периферической крови и в содержимом пузырей/пузырьков.
16. Проведение пробы Ядассона (на повышенную чувствительность к йоду) в 2-х вариантах: кожный тест с 50% мазью с йодидом калия или прием внутрь 5% раствора йодида калия. Учет пробы через 24 часа. Проба считается положительной при обострении старых очагов или появлении новых.
17. Диагностическая биопсия кожи последующим гистологическим исследованием. Диагностически значимым являются микроабсцессы в папиллярной части дермы, состоящие из нейтрофильных гранулоцитов и эозинофилов, приводящие к формированию подэпидермальных пузырей. В эпидермисе акантолизиса нет.
18. При прямой иммунофлюоресценции в сосочковом слое дермы определяются отложения IgA.
19. Мазки-отпечатки на клетки Тцанка– отрицательные.
20. Обследование для исключения паранеопластического генеза дерматоза (УЗИ внутренних органов, рентген легких, кишечника).
21. Исключение аутоиммунного генеза (УЗИ щитовидной железы, по показаниям – гормоны щитовидной железы).

22. Исключение синдрома целиакии: антитела к тканевой трансглутаминазе, глиадиновые антитела (по показаниям).

По показаниям назначают консультации: врача-акушера-гинеколога, врача-гинеколога детского и подросткового возраста, врача-эндокринолога, врача-эндокринолога детского, врача-гастроэнтеролога, врача-гастроэнтеролога детского, врача - психотерапевта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз проводят с вульгарной пузырчаткой, буллезным пемфигоидом Лёвёра, многоморфной экссудативной эритемой, опоясывающим герпесом.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения: установленный диагноз ГДД.

Лечение проводят препаратами сульфонового ряда (ДДС, дапсон, диуцифон, авлосульфон), при их непереносимости – сульфацил-пиримидин. Препараты выбора – системные ГКС.

Антигистаминные препараты назначают при сильном зуде.

При вторичном инфицировании назначают антибиотики широкого спектра действия.

Дезинтоксикационная терапия

Гепатопротекторы

Витамины

Гипосенсибилизирующая терапия

Наружная терапия включает водные растворы анилиновых красителей (2% водный эозин, пиоктанин и др.), топические ГКС в виде кремов или лосьонов, моно- или комбинированные с антибиотиками и/или антисептиками.

Безглютеновая диета является терапией выбора на длительный срок (по показаниям).

Необходимо исключить из рациона продукты, содержащие йод: йодированную соль, морскую рыбу, морскую капусту, морепродукты

IV. ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маршрут пациента: учреждения здравоохранения оказания первичной медико-санитарной помощи → врач-дерматовенеролог/врач-дерматовенеролог детский → дневной стационар дерматовенерологического профиля, круглосуточный стационар дерматовенерологического профиля (в зависимости от тяжести дерматоза).

Продолжительность лечения: средние сроки лечения 20-30 дней.

Диспансеризация: Больные с ГДД подлежат диспансерному наблюдению с кратностью осмотра 1 р в 6 мес. в течение 1 года, затем 1 р в год.

Прогноз благоприятный, возможно наступление спонтанной ремиссии с последующим выздоровлением.

Требования к режиму труда: исключение переохлаждения, контакта с веществами, содержащими йод.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Кадры: врачи-дерматовенерологи, врачи-дерматовенерологи детские, врачи-лаборанты.

2. Оборудование: наличие клинико-диагностической лаборатории.

3. Лекарственные препараты:

- 3.1. сульфонового ряда;
- 3.2. системные ГКС;
- 3.3. антигистаминные;
- 3.4. гипосенсибилизирующие;
- 3.5. антибиотики;
- 3.6. гепатопротекторы;
- 3.7. витамины;
- 3.8. сорбенты;
- 3.9. пре/пробиотики;
- 3.10. вазоактивные;
- 3.11. анилиновые красители;
- 3.12. антисептики;
- 3.13. топические ГКС моно- или комбинированные с антибиотиками.

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№ п/п	Индикатор	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1	Наличие в учреждении здравоохранения локального клинического протокола	100% от потребности	Число медицинских работников, имеющих локальный протокол x 100%. /общее число медицинских работников, задействованных в процессе профилактики, диагностики и лечения	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
2	Обеспечение обучения медицинского персонала, задействованного в реализации данного протокола.	≥ 99,8%	Количество медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического протокола, получивших положительные результаты при проверке знаний по его выполнению x 100% / на общее количество медицинских работников, задействованных в реализации данного протокола	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
3.	Удельный вес больных	100%	Общее число больных с	Соблюдение и

	с выздоровлением.		выздоровлением х 100/ общее число больных, получивших лечение	выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение врачебных рекомендаций больным.
--	-------------------	--	---	---

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А. Кубановой.– М.: ДЭКС–Пресс.– 2010.– с. – 435.
2. Клиническая дерматовенерология: руководство. В 2 томах. Том 2. ГЭОТАР-Медиа. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. 2009. Глава 16. Болезни волос, сальных и потовых желез. С.469-475. [Clinical Dermatovenereology: guide. In two volumes. Volume 2. GEOTAR Media. Ed. JK Skrypkin, YS Butov. 2009. Chapter 16. Diseases of the hair, sebaceous glands and sweat glands. P.469-475.]
3. Дерматовенерология. Национальное руководство. (Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова) М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. -1024 с.
4. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний (Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти) Изд-во "МЕДпресс-информ", 2009 г., 736 с.
5. Родионов А.Н. Дерматовенерология. Полное руководство для врачей. - СПб: Наука и техника, 2012. - 1200 с.
6. Кожные болезни: Диагностика и лечение/ Томас П. Хэбиф; Пер. с англ.; Под общ.ред. акад. РАМН, проф. А.А.Кубановой. - М.: МЕДпресс - информ, 2007. - 2-е изд.-672с.: ил.
7. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней Руководство для врачей. - М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. 512с.: ил. - (Учеб.лит. для студ. мед. вузов).
Детская дерматология. Цветной атлас и справочник/ Кей Шу-Мей Кэйн и др. Пер.с англ. под ред. О.Л. Иванова, А.Н. Львова. - М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 496с.:ил.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
04.04.2017 протокол № 7

**Унифицированный клинический
протокол медицинской помощи
«КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Код Международной классификации болезней (МКБ-10) L43

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Красный плоский лишай (далее - КПЛ) (Lichen ruber planus) – хроническое заболевание, поражающее кожу и слизистые оболочки (слизистая полости рта, гениталий).

Наиболее часто встречаются следующие клинические формы КПЛ:

1. Типичная.
2. Гипертрофическая, или веррукозная.
3. Атрофическая.
4. Пигментная.
5. Пузырная.
6. Эрозивно-язвенная.
7. Фолликулярная.
8. Атипичная, с поражением волосистой части головы, с развитием рубцовой алопеции (синдром Литтля-Ляссуэра).

Выделяют 6 форм поражений слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при КПЛ:

1. Типичная.
2. Гиперкератотическая.
3. Экссудативно-гиперемическая.
4. Эрозивно-язвенная.
5. Буллезная.
6. Атипичная.

ЦЕЛИ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА:

1. Определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным КПЛ.
2. Определение алгоритмов диагностики и лечения КПЛ.
3. Установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных КПЛ.

Унифицированный клинический протокол «Красный плоский лишай» разработан для врачей-дерматовенерологов, врачей-дерматовенерологов детских, врачей-стоматологов, врачей-лаборантов.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 20.02.2017 г.

ДАТА ПЕРЕСМОТРА ПРОТОКОЛА: 20.02.2020 г.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Гуричева Юлия Олеговна – Главный специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, председатель рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Тёмкин Валерий Владимирович – Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г. Макеевки Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный специалист по дерматовенерологии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, заместитель председателя рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Ивнева Светлана Владимировна – Заведующий детским дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский специалист по дерматовенерологии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Татьяна Витальевна – Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М. Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, профессор, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Олег Анатольевич – Профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Романенко Кирилл Всеволодович - Заведующий кафедрой дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, доцент, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Дричик Татьяна Викторовна – Врач-дерматовенеролог детского отделения Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г. Донецка, секретарь рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Кравец Елена Владимировна – Заведующий дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доцент кафедры дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Милус Ирина Евгеньевна – Заместитель директора по медицинской части Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог

городского управления здравоохранения администрации г. Донецка, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Боряк Стелла Алишеровна – Заведующий дневным стационаром Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Авсянкина Татьяна Ивановна – Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г. Снежное Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Перечень используемых сокращений:

КПЛ – красный плоский лишай

ФЛГ – флюорография

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ДКТ – дотестовое консультирование тестирование

мг – миллиграмм

мл – миллилитр;

АлАт – аланинаминотрансфераза

АсАт – аспаратаминотрансфераза

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам при КПЛ оказывается в следующих учреждениях здравоохранения и их структурных подразделениях:

1. Дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник.

2. Дерматовенерологическом диспансере (центре).

Профиль отделения - дерматовенерологический.

Профиль специалиста - врач- дерматовенеролог, врач- дерматовенеролог детский.

Экстренная госпитализация не проводится.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ДИАГНОСТИКА

1. Клинический анализ крови развернутый
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на сахар
4. Анализ кала на я/глист
5. ФЛГ
6. Биохимический комплекс печени (билирубин, АсАт, АлАт)
7. Обследование на сифилис
8. Обследование на ВИЧ с согласия пациента (после ДКТ)
9. Обследование на патологические грибки
10. Мазки-отпечатки на клетки Тцанка
11. Биопсия с последующим гистологическим исследованием (по показаниям)
12. Обследование на урогенитальные инфекции (по показаниям)
13. Обследование на хеликобактерную инфекцию (по показаниям)
14. Обследование на паразитарную инвазию (по показаниям)

15. УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости, малого таза (по показаниям)
Консультации смежных специалистов при сопутствующей патологии (по показаниям).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз КПЛ проводится с вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосяным лишаем, болезнью Дарье, псориазом.

Профилактика:

Методов специфической профилактики не существует.

ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозное лечение

Наружная терапия

1. Топические ГКС
2. Фиксированные комбинации с топическими ГКС
3. Ингибиторы кальциневрина (пимекролимус, такролимус)
4. Рассасывающие препараты

Системная терапия

1. Пенициллинотерапия по схеме в течение 21 дня, несколько курсов с интервалом в 1-3 месяца.
2. Д-пеницилламин
3. Антибиотикотерапия
4. Аминохинолоны
5. Системные ГКС коротким курсом, в т.ч. внутриочаговое введение
6. Антигистаминные препараты
7. Седативные препараты
8. Витаминотерапия
9. Гепатопротекторы
10. Вазоактивные препараты

11. Дезинтоксикационная терапия

12. Метаболическая терапия

Немедикаментозное лечение

1. UVB-311nm фототерапия

2. UVA-фототерапия

3. Физиотерапия

Особенности лечения при беременности и лактации

Медицинская помощь в период беременности и лактации при КПЛ оказывается в специализированных учреждениях здравоохранения:

1. В дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник (независимо от срока беременности)

2. В дерматовенерологическом центре (диспансере) вне акушерских осложнений, независимо от срока беременности (при распространенной и/или атипичной форме)

3. При наличии акушерских осложнений до 22 недель беременности – в гинекологическом отделении, после 22 недель – в акушерском отделении.

Лечение беременным проводится совместно врачами-акушерами-гинекологами и врачами-дерматовенерологами, учитывая противопоказания лекарственных препаратов у беременных и в период лактации.

IV. ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маршрут пациента: учреждения здравоохранения оказания первичной медицинской помощи → врач-дерматовенеролог/врач- дерматовенеролог детский → дневной стационар дерматовенерологического профиля/ круглосуточный стационар дерматовенерологического профиля (в зависимости от тяжести дерматоза).

Продолжительность лечения: 15-30 дней.

Требования к режиму труда: Противопоказана работа с веществами, раздражающими кожу. Устранение причин, провоцирующих ухудшение состояния (острые респираторно-вирусные инфекции, переохлаждения, избегать стрессовых ситуаций); психологическая реабилитация, санация очагов хронической инфекции, проведение общеукрепляющих мероприятий.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Кадры: врачи-дерматовенерологи, врачи-дерматовенерологи детские, врачи-стоматологи, врачи-лаборанты.

2. Оборудование: наличие клиничко-диагностической лаборатории, физиотерапевтическое отделение/кабинет.

3. Лекарственные препараты:

Пенициллин

Д-пеницилламин

Антибиотики

Аминохинолоны
 Системные ГКС
 Антигистаминные
 Седативные
 Витамины
 Гепатопротекторы
 Вазоактивные
 Дезинтоксикационные

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№ п/п	Индикатор	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1	Наличие в учреждении здравоохранения локального клинического протокола	100% от потребности	Число медицинских работников, имеющих локальный протокол x 100%. /общее число медицинских работников, задействованных в процессе профилактики, диагностики и лечения	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
2	Обеспечение обучения медицинского персонала, задействованного в реализации данного протокола.	$\geq 99,8\%$	Количество медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического протокола, получивших положительные результаты при проверке знаний по его выполнению x 100% / на общее количество медицинских работников, задействованных в реализации данного протокола	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
3.	Удельный вес больных с выздоровлением.	$\geq 70\%$	Общее число больных с выздоровлением x 100 / общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение врачебных рекомендаций больным.

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А. Кубановой– М.: ДЭКС–Пресс– 2010– с. – 435.
2. Guidelines for Treatment. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink–Wagner A, Gelmetti C, Gieler U, Lipozencic J, Luger T, Oranje AP, Schafer T, Schwennesen T, Seidenari S, Simon D, Stander S, Stingl G, Szalai S, Szepietowski JC, Taieb A, Werfel T, Wollenberg A, Darsow U. // For the European Dermatology Forum (EDF), and the European Academy of Dermato– Venereology (EADV), and European Federation of Allergy (EFA), and the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD). UD/JR, 26.04.2011.
3. Management of primary care // A national clinical guideline March 2011.–P–34. Network Scottish Intercollegiate Guidelines.
4. Hanifin J.M. Evolving concepts of pathogenesis. // J. Invest. Dermatol. – 2009. – V. 129(2). – P. 320–322.
5. Клиническая дерматовенерология: руководство. В 2 томах. Том 2. ГЭОТАР-Медиа. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. 2009. Глава 16. Болезни волос, сальных и потовых желез. С.469-475. [Clinical Dermatovenereology: guide. In two volumes. Volume 2. GEOTAR Media. Ed. JK Skrypkin, YS Butov. 2009. Chapter 16. Diseases of the hair, sebaceous glands and sweat glands. P.469-475.]

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
04.04.2017 протокол № 7

**Унифицированный клинический
протокол медицинской помощи
«ПРОСТОЙ ПУЗЫРЬКОВЫЙ ЛИШАЙ»**

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Согласно МКБ-10 выделяют следующие клинические формы простого герпеса:

B00.0 Герпетическая экзема

B00.1 Герпетический везикулярный дерматит, вызванный вирусом простого герпеса: фациалис, лабиалис Везикулярный дерматит: уха, губы вызванный человеческим (альфа) герпесвирусом 2

B00.9 Герпетическая инфекция неуточненная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, БДУ

A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция [herpes simplex]

A60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта

A60.1 Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки

A60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная

Определения и понятия

Под герпетическими инфекциями (ГИ) понимают болезни, возникающие в результате инфицирования вирусами простого герпеса 1-/2- антигенных типов, относящихся к семейству Herpesviridae, характеризующиеся разнообразием клинических проявлений и хроническим течением с тенденцией к прогрессированию.

По механизму заражения различают следующие формы

ГИ: Приобретенная:

1. первичная;
2. рецидивирующая.

Врожденная (внутриутробная инфекция).

По форме течения инфекционного процесса выделяют:

1. латентную ГИ (бессимптомное носительство);
2. локализованную ГИ (при одном очаге поражения);
3. распространенную ГИ (при двух и более очагах поражения);
4. генерализованную (висцеральную, диссеминированную) ГИ.

В зависимости от продолжительности присутствия вируса в организме:

1. острая форма герпетической инфекции;
2. инapparантная (бессимптомная) форма герпетической инфекции.
3. латентная форма герпетической инфекции;
4. хроническая форма (с рецидивами);
5. медленная форма герпетической инфекции.

В зависимости от клиники и локализации патологического процесса:

Типичные формы:

1. **Поражения кожи** (герпес губ, герпес крыльев носа, лица, рук, ягодиц и т.д.).
2. **Генитальный герпес** (герпетическое поражение слизистых оболочек полового члена, вульвы, влагалища, цервикального канала и т.д.).

Атипичные формы:

1. абортивная;
2. отечная;
3. зостериформный простой герпес;
4. герпетиформная экзема Капоши (варицеллеформный пустулез Капоши);
5. язвенно-некротическая;
6. геморрагическая;
7. эрозивно-язвенная;
8. диссеминированная;
9. рупиоидная;
10. мигрирующая.

В течении заболевания выделяют 4 периода:

1. продромальный;
2. катаральный;
3. период высыпаний;
4. период регресса.

По тяжести процесса различают

1. Легкую форму.
2. Средней тяжести.
3. Тяжелую формы.

Выделяют 2 стадии инфекции:

1. **Активная стадия инфекции:** продуктивная вирусная инфекция, реализация генетической информации завершается образованием вирусного потомства, дочерних вирусных частиц. **Активная инфекция** может протекать:
 - с клиническими проявлениями (рецидив);
 - бессимптомно.
2. **Неактивная стадия инфекции** — абортивная вирусная инфекция, реализуется генетическая информация только неструктурных (альфа-) генов без образования новых дочерних частиц вируса.

Выделяют следующие формы инфекции:

1. **Первичная инфекция.** Развивается после заражения вирусом неинфицированного ранее лица. В крови пациентов антитела к ВПГ до развития герпетической инфекции не выявляются. Инфекция сопровождается появлением противовирусных антител (сероконверсией), 4-кратным нарастанием концентрации иммуноглобулинов класса G.
 - 1.1 первичная клиническая инфекция;
 - 1.2 первичная субклиническая инфекция (характеризуется бессимптомной секрецией вируса);
 - 1.3 первичная инфекция с одиночным местом внедрения вируса (например, через слизистую гениталий или ротовой полости);
 - 1.4 первичная инфекция с множественными входными воротами инфекции (слизистая гениталий, ротовой полости, сосков молочных желез, кожные покровы промежности, ягодиц, внутренней поверхности бедер, перианальной области и т.д.).
2. **Аутоинокуляция** — механический перенос вируса у инфицированного с одного участка на другие участки тела (например, из ротовой полости на гениталии).
3. **Латентная инфекция** — неактивная стадия инфекции. Инфекционный вирус не обнаруживается в биологических материалах (слюне, моче, секретах гениталий). Вирус сохраняется в виде ДНК-белкового комплекса в нервных ганглиях.
4. **Первый эпизод герпеса:** впервые выявленные клинические проявления герпеса у ранее инфицированных лиц.
5. **Рецидив герпеса:** повторно регистрируемые клинические проявления герпеса.
6. **Коинфекция (субклиническая и клиническая):** инфицирование одновременно двумя вирусами.
7. **Суперинфекция (субклиническая и клиническая):** наложение одной инфекции на другую (например, заражение вирусом простого герпеса 2 типа половым путем лица, страдающим герпетическим стоматитом, вызванным ВПГ-1).

Критерии оценки степени тяжести по клиническим признакам

Легкая форма — температура тела повышается до 37,5—38,5°C в течение 2—3 сут, симптомы интоксикации отсутствуют или выражены незначительно. Высыпания необильные, продолжаются 2—3 дня, исчезают бесследно.

Среднетяжелая форма — температура тела повышается до 38,6—39,5°C в течение 3—5 сут, симптомы интоксикации выражены умеренно. Высыпания обильные, в том числе и на слизистых оболочках, продолжаются 5—7 сут, после их исчезновения может оставаться кратковременная пигментация.

Тяжелая форма — температура тела выше 39,6°C в течение 7—10 суток, возможно развитие менингоэнцефалических реакций. Высыпания обильные, крупные, «застывшие» в одной стадии развития, отмечаются как на коже, так и на слизистых оболочках (в том числе верхних дыхательных путей и мочеполового тракта). Длительность высыпаний — 7-8 дней, после исчезновения сыпи, наряду с пигментацией, могут оставаться поверхностные рубчики.

ЦЕЛИ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА:

1. Определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным простым пузырьковым лишаем.
2. Определение алгоритмов диагностики и лечения простого пузырькового лишая.
3. Установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных простым пузырьковым лишаем.

Унифицированный клинический протокол «Простой пузырьковый лишай» разработан для врачей-дерматовенерологов, врачей-дерматовенерологов детских, врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-терапевтов подростковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики - семейных врачей, врачей-акушеров- гинекологов, врачей-гинекологов детского и подросткового возраста, врачей-офтальмологов, врачей-офтальмологов детских, врачей-невропатологов, врачей-неврологов детских, врачей-лаборантов, врачей-лаборантов-иммунологов.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 27.02. 2017 г.

ДАТА ПЕРЕСМОТРА ПРОТОКОЛА: 27.02.2020 г.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Гуричева Юлия Олеговна – Главный специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, председатель рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Тёмкин Валерий Владимирович – Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г. Макеевки Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный специалист по дерматовенерологии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, заместитель председателя рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Ивнева Светлана Владимировна – Заведующий детским дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский специалист по дерматовенерологии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Татьяна Витальевна – Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального

Медицинского Университета им. М. Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, профессор, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Олег Анатольевич – Профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Романенко Кирилл Всеволодович - Заведующий кафедрой дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, доцент, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Дричик Татьяна Викторовна – Врач-дерматовенеролог детского отделения Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г. Донецка, секретарь рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Кравец Елена Владимировна – Заведующий дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доцент кафедры дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Милус Ирина Евгеньевна – Заместитель директора по медицинской части Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г. Донецка, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Боряк Стелла Алишеровна – Заведующий дневным стационаром Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Авсянкина Татьяна Ивановна – Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г. Снежное Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Перечень используемых сокращений:

- ГИ – герпесвирусная инфекция
- ВОЗ – Всемирная Организация здравоохранения
- ВПГ – вирус простого герпеса
- ИППП – инфекции передающиеся половым путем
- ГГ – генитальный герпес
- РГГ – рецидивирующий генитальный герпес
- ОМТ – органы малого таза
- ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
- ПЦР – полимеразная цепная реакция
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- АЛТ – аланинаминотрансфераза
- АСТ – аспартатаминотрансфераза

МЕ – международных единиц
 ЕД – единица действия
 ИФН - интерферон

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам при неосложненном течении простого пузырькового лишая оказывается в следующих учреждениях здравоохранения и их структурных подразделениях:

1. Дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник.
2. Дерматовенерологическом диспансере (центре).

Профиль отделения - дерматовенерологический.

Профиль специалиста - врач- дерматовенеролог, врач- дерматовенеролог детский, врач-педиатр, врач-педиатр участковый, врач общей практики - семейный врач, врач - лаборант.

Медицинская помощь пациентам при осложненном, распространенном простом пузырьковом лишае оказывается в следующих специализированных учреждениях здравоохранения и их структурных подразделениях:

1. Дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник.
2. Дерматовенерологическом диспансере (центре).

Профиль отделения - дерматовенерологическое, детское дерматовенерологическое.

Профиль специалиста - врач-дерматовенеролог, врач-дерматовенеролог детский.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Диагностика

При простом герпесе с характерными элементами высыпаний и типичной морфологией – диагноз устанавливается на основании клинических данных, лабораторное подтверждение не требуется.

Лабораторное подтверждение требуется в следующих случаях:

1. При развитии первого эпизода болезни у беременных.
2. При беременности с отягощенным акушерским анамнезом.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика проводится с буллезной стрептодермией, ветряной оспой, сифилисом, опоясывающим герпесом, фиксированной эритемой и др.

Диагностика

1. Клинический анализ крови развернутый
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на сахар
4. ФЛГ
5. Биохимический комплекс печени (билирубин, АсАт, АлАт)
6. Обследование на сифилис
7. Обследование на ВИЧ с согласия пациента (после ДКТ)
8. Обследование на патологические грибки

9. Обследование на урогенитальные инфекции (по показаниям)
Консультации смежных специалистов при сопутствующей патологии (по показаниям).

Диагностика при генитальном герпесе у беременных

ПЦР ВПГ-1/-2 в отделяемом из очага поражения (по показаниям).

Общие подходы к профилактике

Дезинфекция не проводится, достаточно проветривания помещения и влажной уборки.

Профилактика заражения/реактивации вируса

Профилактика генитального герпеса включает комплекс мероприятий, воздействующих на основные звенья эпидемического процесса. Принято различать первичную и вторичную профилактику.

Первичная профилактика состоит в предотвращении заражения ВПГ, что, учитывая широкую распространенность герпетической инфекции, является сложной задачей.

Для ее решения проводятся следующие мероприятия:

1. Санитарно-просветительская работа в рамках полового воспитания и гигиенического образования в школах, в процессе работы с подростками в подростковых центрах, при обращении девушек-подростков и молодых женщин в женские консультации, при работе с молодыми супругами, а также при любом обращении пациентов за дерматовенерологической помощью.
2. Исключение случайных сексуальных контактов.
3. Использование презервативов и средств индивидуальной профилактики во время сексуальных контактов с непостоянными партнерами.
4. Ввиду особой опасности заражения ВПГ во время беременности в течение всего ее срока обязательно использование барьерных методов контрацепции при всех видах сексуальных отношений.
5. Отказ от сексуальных отношений во время рецидива герпетической инфекции, если кто-либо из половых партнеров не инфицирован ВПГ.

Первичная профилактика герпесной инфекции у беременных

Выявление беременных высокого риска:

- а) тщательный сбор анамнеза с целью выявления эпизодов генитального герпеса;
- б) тщательное клиническое обследование родовых путей, промежности и вульвы в процессе наблюдения в женских консультациях и перед началом родов;
- в) вирусологическое подтверждение герпесоподобных генитальных поражений у всех женщин, планирующих беременность.

Вторичная профилактика направлена на то, чтобы замедлить или остановить развитие заболевания у больных генитальным герпесом. Она включает в себя следующие мероприятия:

1. Полноценное специфическое лечение первичного эпизода генитального герпеса; адекватно пролеченный первичный эпизод менее склонен к рецидивированию генитального герпеса.
2. Использование супрессивной терапии противовирусными препаратами с целью предупреждения рецидивов генитального герпеса.
3. Контроль факторов, провоцирующих заболевание.
4. Коррекция недостаточности различных звеньев иммунитета.
5. Санация очагов инфекции, коррекция гормонального статуса и т.д.

Лечение

Лечение больных простым герпесом включает режим, диету, этиотропные препараты, симптоматические средства, иммунотерапию и посиндромную терапию при развитии осложнений.

Этиотропная терапия.

Ацикловир
Валацикловир
Фамцикловир

Этиотропная терапия проводится в 2 режимах: активная (5-10 дней) и супрессивная (от 1 до 6-12 месяцев)

Иммуномодулирующие препараты

рекомбинантные интерфероны
индукторы интерферонов

Поливалентная герпетическая вакцина назначается внутрикожно на сгибательной поверхности предплечья по 0,2 мл 1 раз в 3 дня, всего 5 инъекций, затем перерыв 2 недели и еще 5 инъекций по 0,2 мл 1 раз в 7 дней. В случае появления герпетических высыпаний промежутки между инъекциями увеличить в 2 раза. Через 6 месяцев – ревакцинация (5 инъекций).

Местная терапия

1. Антисептические и вяжущие противовоспалительные препараты.
2. Противовирусные препараты локального действия с ацикловиром
3. Анилиновые красители

Патогенетическая терапия

1. Антигистаминные препараты
2. Нестероидные противовоспалительные (по показаниям)
3. Витаминотерапия
4. Ферментные препараты (по показаниям)
5. Пробиотики по показаниям)
6. Антибиотики (по показаниям)
7. Противогрибковые (по показаниям)

Лечение герпетиформной экземы Капоши

Тактика врача определяется степенью тяжести заболевания и периодом его развития, а также присоединением вторичной инфекции.

Противовирусные препараты (внутрь, в/в, местно) первого ряда - Ацикловир и его производные Фамцикловир, Валацикловир.

При присоединении вторичной инфекции - антибиотики широкого спектра действия.

Системные глюкокортикоидные гормоны (по показаниям)
Дезинтоксикационная терапия (по показаниям)
Витаминотерапия
Антигистаминные препараты
Гипосенсибилизирующая терапия

Лечение простого герпеса при беременности и лактации (общие рекомендации)

Поскольку генитальный герпес передается половым путем, все вопросы по профилактике и лечению инфекции у женщины решаются с обязательным обследованием полового партнера.

Лечение в I - II триместре проводится Ацикловиром, совместно с акушер-гинекологами, **в III триместре с 36-38 недель беременности** возможно назначение валацикловира.

Тактика родоразрешения при генитальном герпесе

Рекомендуется рассмотреть вопрос о разрешении родов кесаревым сечением при:

1. первичном генитальном герпесе за 1 месяц до родов (отсутствие в крови защитного уровня противогерпетических антител);
2. первом эпизоде генитального герпеса за 2 недели до родов;
3. рецидиве генитального герпеса за 7–10 дней до родов или накануне родов.

За 10-14 дней до проведения кесарева сечения также назначают ацикловир в супрессивных дозах, так как даже оперативные роды полностью не предотвращают интранатального заражения плода ВПГ-инфекцией.

В случае проведения влагалищного родоразрешения при всех вышеперечисленных условиях новорожденным сразу после рождения назначают лечебные дозы ацикловира внутривенно.

В послеродовом периоде рекомендуется обязательное грудное вскармливание новорожденных вне зависимости от вида герпетической инфекции у матери, так как грудное молоко является источником противогерпетических антител, даже при выявлении в нем антигена ВПГ.

IV. ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маршрут пациента: учреждения здравоохранения оказания первичной медико-санитарной помощи → врач-дерматовенеролог/врач-дерматовенеролог детский → дневной стационар дерматовенерологического профиля/ круглосуточный стационар дерматовенерологического профиля (в зависимости от тяжести дерматоза).

Продолжительность лечения: 5-20 дней

Диспансерное наблюдение

За лицами, перенесшими неосложненные формы Простого герпеса, диспансерное наблюдение не устанавливается.

Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

сроки ограничения – в среднем до 10 дней.

Рекомендации для пациента:

медицинский отвод от профилактических прививок на 1 месяц, витаминотерапия, рациональное питание с набором легкоусвояемых блюд, обязательны фрукты, овощи.

дополнительная информация для членов семьи – соблюдение правил личной гигиены.

Прогноз заболевания

Прогноз чаще благоприятный.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Кадры: врачи-дерматовенерологи, врачи-дерматовенерологи детские, врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи-терапевты подростковые, врачи-педиатры, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики - семейные врачи, врачи-акушеры-гинекологи, врачи-гинекологи детского и подросткового возраста, врачи-офтальмологи, врачи-офтальмологи детские, врачи-невропатологи, врачи-неврологи детские, врачи-лаборанты, врачи-лаборанты иммунологи.

2. Оборудование: наличие клинико-диагностической лаборатории, иммунологической лаборатории.

3. Лекарственные препараты:

1. Противовирусные
2. Антиоксиданты
3. Интерферон, индукторы интерферона.
4. Вакцины
5. Иммуномодулирующие
6. Антигистаминные
7. Нестероидные противовоспалительные
8. Поливитамины
9. Ферментные
10. Пробиотики
11. Антибиотики
12. Антимикотические

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№ п/п	Индикатор	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1	Наличие в учреждении здравоохранения локального клинического протокола	100% от потребности	Число медицинских работников, имеющих локальный протокол x 100%. /общее число медицинских работников, задействованных в процессе профилактики, диагностики и лечения	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
2	Обеспечение обучения медицинского персонала, задействованного в реализации данного протокола.	≥ 99,8%	Количество медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического протокола, получивших положительные результаты при проверке знаний по его выполнению x 100% / на общее количество медицинских работников, задействованных в реализации данного протокола	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола

3.	Удельный вес больных с выздоровлением.	100%	Общее число больных с выздоровлением x 100 / общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение врачебных рекомендаций больным.
----	--	------	--	---

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А. Кубановой – М.: ДЭКС-Пресс – 2010– с. – 435.
2. Клиническая дерматовенерология: руководство. В 2 томах. Том 2. ГЭОТАР-Медиа. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. 2009. Глава 16. Болезни волос, сальных и потовых желез. С.469-475. [Clinical Dermatovenereology: guide. In two volumes. Volume 2. GEOTAR Media. Ed. JK Skrypkin, YS Butov. 2009. Chapter 16. Diseases of the hair, sebaceous glands and sweat glands. P.469-475.]
3. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем, Медицинская литература, 2006, 272 с.
4. Алгоритмы диагностики и лечения наиболее распространенных инфекций, передающихся половым путем// Трудный пациент, 2004. т.2 №5, с.3-8.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
04.04.2017 протокол № 7

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
13.04.2017 №604

Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «ПСОРИАЗ»

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Псориаз (далее – ПС) – системное иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, хемокинами; частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

ПС относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и встречается у 1–2% населения развитых стран.

В развитии ПС важное значение имеют наследственная предрасположенность, нарушения функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды и др.

Описан ряд генов (PSORS), наличие которых предрасполагает к развитию заболевания. В частности, у больных ПС чаще выявляют антигены HLA Cw6 и HLA DR7. К числу провоцирующих факторов относят психоэмоциональное перенапряжение, хронические инфекции (чаще стрептококковые), злоупотребление алкоголем, прием лекарственных средств (соли лития, бета-адреноблокаторы, хлорохин/гидроксихлорохин, пероральные контрацептивы, интерферон и его индукторы и др.).

ПС нередко сочетается с системными заболеваниями, включая метаболический синдром, сахарный диабет II типа, ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, патологию гепатобилиарной системы.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПС (МКБ-10)

- L40.0 Псориаз обыкновенный (вульгарный, бляшечный)
- L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз
 - L40.2 Акродерматит стойкий Аллопо
 - Генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша
 - L40.3 Пустулез ладонный и подошвенный

L40.4 Псориаз каплевидный

L40.5+ Псориаз артропатический (M07.0-M07.3*, M09.0*)

L40.8 Другой псориаз

Сгибательный инверсный псориаз

Себорейный псориаз

Экссудативный псориаз

Псориатическая эритродермия

ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА

1) определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным ПС;

2) определение алгоритмов диагностики и лечения ПС

3) установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных ПС.

Унифицированный клинический протокол «ПСОРИАЗ» разработан для врачей-дерматовенерологов, врачей-дерматовенерологов детских, врачей-лаборантов.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 29.03. 2017 г.

ДАТА ПЕРЕСМОТРА ПРОТОКОЛА: 29.03.2020 г.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Гуричева Юлия Олеговна - Главный специалист отдела организации медицинской помощи взрослому населению Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, председатель рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Тёмкин Валерий Владимирович - Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г.Макеевки Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, заместитель председателя рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Ивнева Светлана Владимировна- Заведующий детским дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детской дерматовенеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Татьяна Витальевна - Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной

Республики, профессор, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Проценко Олег Анатольевич - Профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Романенко Кирилл Всеволодович - Заведующий кафедрой дерматовенерологии Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, доктор медицинских наук, доцент, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Дричик Татьяна Викторовна - Врач-дерматовенеролог детского отделения Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный детский дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г.Донецка, секретарь рабочей группы по профилю «Дерматовенерология»;

Кравец Елена Владимировна - Заведующий дерматовенерологическим отделением Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики, доцент кафедры дерматовенерологии Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Милус Ирина Евгеньевна - Заместитель директора по медицинской части Республиканского клинического дерматовенерологического центра Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный дерматовенеролог городского управления здравоохранения администрации г.Донецка, кандидат медицинских наук, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Боряк Стелла Алишеровна - Заведующий дневным стационаром Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Авсянкина Татьяна Ивановна - Главный врач городского дерматовенерологического диспансера г.Снежное Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

Перечень сокращений:

ПС – псориаз

АЛТ -аланин - аминотрансфераза

АСЛ-О - антистрептолизин - О

АСТ - аспаратаминотрансфераза

ДКТ - дотестовое консультативное тестирование
 ВИЧ – вирус иммунодефекта человека
 ОБП - органы брюшной полости
 ОМТ- органы малого таза
 СРБ – с реактивный белок
 УЗИ - ультразвуковое исследование
 ФХТ – фотохимиотерапия
 КТ – компьютерная томография
 МРТ – микрорезонансная терапия
 АГП - антигистаминные препараты
 PASI-индекс площади поражения и тяжести псориаза
 BSA – индекс пложадироражения
 DLQI-дерматологический индекс качества жизни
 NAPSI-индекс тяжести поражения ногтей псориазом
 PSSI-индекс тяжести поражения волосистой части головы при псориазе.
 ТКС – топические кортикостероиды
 ФК – фиксированные комбинации топических кортикостероидов
 УФБ – ультрафиолетовые В лучи
 УФА – ультрафиолетовые А лучи

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам при не осложненном течении ПС предоставляется в учреждениях здравоохранения:

- 1) дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник;
- 2) дерматовенерологическом диспансере (центре).

Профиль отделения - дерматовенерологическое; детское дерматовенерологическое. Профиль специалиста - врач-дерматовенеролог, врач-дерматовенеролог детский.

Медицинская помощь пациентам при осложненном течении ПС предоставляется в специализированных учреждениях здравоохранения:

- 1) дерматовенерологическом диспансере (центре).

Профиль отделения - дерматовенерологическое, детское дерматовенерологическое.

Профиль специалиста – врач-дерматовенеролог, врач-дерматовенеролог детский.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Диагностика

Диагноз ПС устанавливают на основании клинической картины заболевания, выявления симптомов псориазической триады, наличия феномена Кебнера в прогрессирующей стадии.

В ряде случаев для подтверждения диагноза проводят

гистологическое исследование биоптата пораженной кожи.

Обследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (общий билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, глюкоза, холестерин, щелочная фосфатаза) (по показаниям);
4. Анализ крови на сахар.
6. Исследование на сифилис.
7. ВИЧ (с согласия пациента, после ДКТ).
8. Исследование на стрептококковую сенсibilизацию (АСЛ-о) (по показаниям);
9. СРБ (по показаниям);
10. Флуорографическое исследование;
11. УЗИ ОМТ; ОБП, щитовидной железы (по показаниям).
12. Рентгенографическое исследование суставов, КТ, МРТ, УЗИ (по показаниям).
13. Определение индексов: PASI, BSA, DLQI, NAPSI, PSSI.
14. Исследование на урогенитальную инфекцию (по показаниям)

По показаниям назначают консультации: врача-акушера-гинеколога, врача-эндокринолога, врача-уролога, врача-ревматолога, врача-офтальмолога, врача-кардиолога, врача-нефролога.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику ПС проводят с папулезными высыпаниями при сифилисе, красным плоским лишаем, себорейной экземой, атопическим дерматитом, розовым лишаем, параспориозом, пситириозом красным волосяным отрубевидным, лимфомой кожи.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения: установленный диагноз ПС.

Легкая и средняя степень течения ПС устанавливается по критериям $PASI \leq 10$, $BSA \leq 10$, $DLQI \leq 10$.

Системная терапия при легкой и средней степени тяжести течения ПС:

Седативные препараты антистрессорные адаптогены, при необходимости назначают транквилизаторы;

Дезинтоксикационные препараты (неогемодез, реосорбилакт);

Гипосенсибилизирующие препараты (натрия тиосульфат, кальция глюконат, магния сульфат);

АГП 1 – 3 поколения (при наличии жалоб на зуд);

Препараты, улучшающие периферическое кровообращение (ксантиноланикотинат, пентоксифиллин);

Гепатопротекторы (по показаниям);
Витамины (по показаниям).

Наружная терапия:

Кератолитические препараты (салициловая кислота, мочевины);
ТКС, ФК.;
Аналоги витамина D (кальцитриол 0,005% крем, мазь, раствор);
Аналоги витамина A (тазаротен 0,05% и 0,1% крем и гель);
Ингибиторы кальциневрина-такролимус (протопик 0,03% 0,1% мазь) и пимекролимус (элидел 1% крем);
Антралин (дитранол);
Эмоленты;
Климатическая терапия.

Физиотерапия:

Светотерапия: УФБ узкого спектра (310-311 нм), УФБ широкого спектра, УФА терапия в сочетании с фотосенсибилизаторами (ФХТ), эксимерный лазер (308 нм);

Электросон, фонофорез с кератолитическими средствами, с топическими кортикостероидами на очаги выраженной инфильтрации, ультразвук -паравертебрально.

Средне-тяжелая и тяжелая степень течения ПС устанавливается по критериям PASI \geq 10, BSA \geq 10, DLQI \geq 10.

Системная терапия при средне-тяжелой и тяжелой степени течения ПС.

Седативные препараты, антистрессорные адаптогены, при необходимости назначают транквилизаторы;

Дезинтоксикационные препараты (неогемодез, реосорбилакт);

Гипосенсибилизирующие препараты (натрия тиосульфат, кальция глюконат, магния сульфат);

АГП (при наличии жалоб на зуд);

Препараты, улучшающие периферическое кровообращение (ксантинола никотинат, пентоксифиллин);

Гепатопротекторы (при наличии показаний);

Витамины (по показаниям);

Метотрексат – 7,5-15-20-25 мг/неделю, 3- 6 месяцев;

Циклоспорин А- 2-5 мг/кг/день, не менее 6 месяцев;

Ацитретин – 25 мг/день, не менее 6 месяцев;

Системные глюкокортикостероиды (по показаниям)

Иммунобиологические препараты (по показаниям): инфликсимаб,

устекинумаб, адалимумаб, этанерцепт – 12 месяцев.

Наружная терапия:

Кератолитические препараты (салициловая кислота, мочевины)

ТКС, ФК.

Аналоги витамина D (кальцитриол 0,005% крем, мазь, раствор).

Аналоги витамина А (тазаротен 0,05% и 0,1% крем и гель).

Ингибиторы кальциневрина-такролимус (протопик 0,03% 0,1% мазь) и пимекролимус (элидел 1% крем).

Антралин (дитранол)

Эмоленты.

Физиотерапия.

Светотерапия: УФБ узкого спектра (310-311 нм), УФБ широкого спектра, УФА терапия в сочетании с фотосенсибилизаторами (ФХТ), эксимерный лазер (308 нм), фотодинамическая терапия с применением аминолевулиновой кислоты, коротковолновое инфракрасное излучение, прошедшее фильтрацию водой (wIRA);

Электросон, фонофорез с кератолитическими средствами, с топическими кортикостероидами на очаги выраженной инфильтрации, ультразвук -паравертебрально.

Особенности лечения при беременности и лактации

Медицинская помощь в период беременности и лактации при ПС оказывается в специализированных учреждениях здравоохранения:

1. В дерматовенерологических кабинетах многопрофильных поликлиник (независимо от срока беременности)

2. В дерматовенерологическом центре (диспансере) вне акушерских осложнений, независимо от срока беременности (при распространенной форме)

3. При наличии акушерских осложнений до 22 недель беременности – в гинекологическом отделении, после 22 недель – в акушерском отделении.

Лечение беременных проводится совместно врачами-акушерами-гинекологами и врачами-дерматовенерологами, учитывая противопоказания лекарственных препаратов у беременных и в период лактации.

IV. ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маршрут пациента: учреждения здравоохранения оказания первичной медицинской помощи → врач-дерматовенеролог/врач-дерматовенеролог детский → дневной стационар дерматовенерологического профиля/круглосуточный стационар дерматовенерологического профиля (в зависимости от тяжести дерматоза).

Продолжительность лечения: 15-30 дней.

Требования к режиму труда: Противопоказана работа с веществами, раздражающими кожу. Устранение причин, провоцирующих ухудшение состояния (острые респираторно-вирусные инфекции, переохлаждения, избегать стрессовых ситуаций); психологическая реабилитация, санация очагов хронической инфекции, проведение общеукрепляющих мероприятий.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Кадры: врачи-дерматовенерологи, врачи-дерматовенерологи детские, врачи-лаборанты.

2. Оборудование: наличие клиничко-диагностической лаборатории, физиотерапевтическое отделение/кабинет.

3. Лекарственные препараты:

Седативные;

Антистрессорные адаптогены;

Транквилизаторы;

Дезинтоксикационные;

Гипосенсибилизирующие;

АГП;

Вазоактивные;

Гепатопротекторы;

Витамины;

Метотрексат;

Циклоспорин А;

Ацитретин;

Системные глюкокортикоиды;

Иммунобиологические препараты.

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№ п/п	Индикатор	Пороговое значение	Методика измерения (вычисления)	Факторы влияния
1	Наличие в учреждении здравоохранения локального клинического протокола	100% от потребности	Число медицинских работников, имеющих локальный протокол х 100%. /общее число медицинских работников, задействованных в	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола

			процессе профилактики, диагностики и лечения	
2	Обеспечение обучения медицинского персонала, задействованного в реализации данного протокола.	$\geq 99,8\%$	Количество медицинских работников, задействованных в выполнении локального клинического протокола, получивших положительные результаты при проверке знаний по его выполнению $\times 100\%$ / на общее количество медицинских работников, задействованных в реализации данного протокола	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
3.	Удельный вес больных с выздоровлением.	$\geq 70\%$	Общее число больных с выздоровлением $\times 100$ / общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение врачебных рекомендаций больным.

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А. Кубановой – М.: ДЭКС–Пресс– 2010– с. – 435.

2. Мордовцев В.Н., Бутов Ю.С., Мордовцева В.В. Псориаз. В кн.: Клиническая дерматология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – т.2., С.212–233.

3. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева. – Т.2 / М.: Медицина, 1999 – с.116–156.

4. Papp K, Menter A, Poulin Y. et al. Long-term outcomes of interruption and retreatment vs. continuous therapy with adalimumab for psoriasis: subanalysis of REVEAL and the open-label extension study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013;27(5):634–642.

5. Leonardi C.L., Kimball A.B., Papp K.A. et al. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). Lancet 2008; 371 (9625): 1665–1674
Gottlieb A., Menter A., Mendelsohn A. et al. Ustekinumab, a human interleukin 12/23 monoclonal antibody, for psoriatic arthritis: randomised, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. Lancet 2009; 373: 633–640.

7 Маньшина Н.В., Севрюкова В. С., Соловьев А.М., Кулешова Л.М. Санаторно-курортное лечение болезней кожи. Медицинский совет 2008; 1–2: 67–75.

8. Некипелова А.В. К эффективности бальнеотерапии у больных хроническими дерматозами. Тихоокеанский медицинский журнал 2014; 1: 56–58.

9. Милявский А.Н. Санаторно-курортное лечение заболеваний кожи. – Киев: Здоров'я, 1981. – С.128.

10. Марьясис Е.Д. Курортное лечение кожных болезней. – М.: Медицина, 1981, 200 с.

11. Жилова М.Б., Волнухин В.А., Дворников А.С. Клинические проявления фотоповреждения кожи при многокурсовой фототерапии больных псориазом. // Вестн. дерматол. и венерол.- 2014.- № 6. - С.114-120.

12. Жилова М.Б., Чикин В.В. Клиническая эффективность ротации методов фототерапии (ПУВА-терапия и УФВ-311) у больных со среднетяжелыми формами псориаза // Вестн. дерматол. и венерол.- 2015.- №1. - С.67-75.

И.о. министра

А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
04.04.2017 протокол № 7