



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

11 09 2018 г.

Донецк

№ 1577

Об утверждении унифицированных
клинических протоколов
медицинской помощи населению по
дерматовенерологии

С целью унификации требований к оказанию медицинской помощи, 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 «Мастоцитоз кожные формы», прилагается.

1.2. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Многоформная экссудативная эритема», прилагается.

1.3. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Экзема», 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 дерматовенерологической 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.

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

И.о. министра



А.А. Оприщенко

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

11.09.2018 № 1577

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «МАСТОЦИТОЗ КОЖНЫЕ ФОРМЫ»

Перечень сокращений:

АЛТ – аланинаминотрансфераза;

АСТ – аспартатаминотрансфераза;

ФДД - фолликулярный дискератоз Дарье

ПУВА - фототерапия ультрафиолетовыми лучами длиной волны 320-400 нм

UVB 311 nm - ультрафиолетовые лучи узкого спектра действия с длиной волны 311 нм.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

МАСТОЦИТОЗ КОЖНЫЕ ФОРМЫ (синоним: пигментная крапивница) - мультифакторное, неопластическое заболевание, обусловленное патологической пролиферацией и накоплением морфологически и иммунофенотипически патологических тучных клеток в одной или множестве тканей: коже, костном мозге, печени, селезёнке, лимфатических узлах и др.

Кожа – наиболее часто поражаемый орган при мастоцитозе. Большинство пациентов с мастоцитозом имеют только поражение кожи. Более, чем половина пациентов с системным мастоцитозом не имеют поражения кожи. У детей – чаще поражается только кожа. Детские дерматологи видят 1 случай мастоцитоза на 500 пациентов детского возраста. Заболевание может начаться в раннем детстве (urticarial pigmentosa praesox), в юношеском возрасте (urticarial pigmentosa pubertata), у взрослых (urticarial pigmentosa tarda).

Пролиферация тучных клеток в коже зависит от наличия на их поверхности специфических рецепторов к факторам роста стволовых клеток. Тучные клетки содержат многочисленные биологические вещества, выброс которых и обуславливает клиническую симптоматику: гистамин – развитие уртикарной сыпи, поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); простагландин D2 – пузыри, сердечно-сосудистые симптомы, бронхо-обструктивные симптомы, поражения ЖКТ; гепарин – отечность тканей,

остеопороз; нейтральные протеазы и кислые гидролазы – очаговый фиброз печени, поражение костей.

По классификации ВОЗ (2011 год) выделяют следующие формы мастоцитоза:

1. Кожный мастоцитоз.
 - а. детский
 - б. взрослых
2. Вялотекущий системный мастоцитоз.
3. Системный мастоцитоз, ассоциированный с гематологическими заболеваниями (не тучноклеточными).
4. Агрессивный системный мастоцитоз.
5. Лейкемический системный мастоцитоз.
6. Саркома тучных клеток.
7. Внекожная мастоцитомы.

Кожный мастоцитоз детский развивается обычно в первые 2 года жизни и может иметь спонтанный регресс. Выделяют следующие формы кожного мастоцитоза у детей: пигментная крапивница (у 60-80%), солитарная мастоцитомы (у 10 - 35%), диффузный кожный мастоцитоз, или телеангиэктатический тип.

Кожный мастоцитоз взрослых бывает в 2-х клинических формах: первая - вялотекущий, не ассоциированный с гематологическими нарушениями (у 60%), проявляющийся генерализованными высыпаниями, эритродермией или телеангиэктатической макулярной эруптивной персистирующей сыпью; вторая – агрессивная, с висцеральными изменениями (у 40%).

Клинически мастоцитоз проявляется уртикарными элементами, пятнисто-папулезными, узловатыми или опухолевидными образованиями, красновато-коричневого цвета, постепенно приобретающими буроватый оттенок, вплоть до коричневого. При раздражении трением элементы становятся отечными, более яркими, напоминают волдыри (симптом Дарье-Унны).

У части пациентов могут быть головные боли, тошнота, рвота, ангионевротический отек.

Гистологически - в дерме мноморфные инфильтраты, состоящие из тучных клеток. В базальном слое эпидермиса – скопление меланина.

Течение хроническое, может быть спонтанный регресс сыпи с возрастом. Прогноз для жизни благоприятный (при отсутствие висцеральных вовлечений), возможен спонтанный регресс при детской форме кожного мастоцитоза.

Классификация по МКБ-Х:

Q82.2 –мастоцитоз (не входит системный мастоцитоз)

ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА

- 1) определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным кожной формой мастоцитоза;
- 2) определение алгоритмов диагностики и лечения кожной формой мастоцитоза;
- 3) установление единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных кожной формой мастоцитоза.

Унифицированный клинический протокол «МАСТОЦИТОЗ КОЖНЫЕ ФОРМЫ» разработан для врачей-дерматовенерологов и врачей-дерматовенерологов детских.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 22.03.2018 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 Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по дерматовенерологии, 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 - профессор кафедры 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 - заведующий кафедрой 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».

Кретьова Лилия Александровна – главный врач Городского дерматовенерологического диспансера г. Макеевки Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, внештатный детский дерматовенеролог управления здравоохранения администрации г. Макеевки, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам при кожной форме мастоцитоза 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.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Диагностика

Верификация диагноза мастоцитоза кожной формы основана на данных анамнеза, оценке субъективных и объективных симптомов заболевания, результатах лабораторных и гистологических исследований. Подтверждением диагноза мастоцитоза кожной формы являются выявленные при гистологическом исследовании в дерме очагово, диффузно или вокруг сосудов инфильтрации с большим количеством тучным клеткам (CD34, ШИК- и ПАС реакции).

Дифференциальная диагностика

Дифференцировать мастоцитоз кожную форму надо с недержанием пигмента (синдром Сульцбергера-Блоха), нейрофиброматозом, эпидермальными невусами, крапивницей, красным плоским лишаем.

Обследования:

1. Общий клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (общий билирубин, АСТ, АЛТ, глюкоза).
4. Гистологическое исследование
5. Исследование на сифилис.
6. Исследование для выявления патологии внутренних органов, костной системы.
7. Уровень триптазы в крови и мутации в кодоне 816 c-kit (по показаниям, для исключения системности поражения)
8. Консультации педиатра, терапевта, рентгенолога, гематолога (по показаниям)

Показания к проведению лечения: установленный диагноз мастоцитоза кожной формы.

Лечение кожной формы мастоцитоза

Поскольку при детском мастоцитозе системность развивается редко, может быть самоизлечения, показана минимальная терапия

Так как кожные симптомы мастоцитоза опосредованы через H1 и H2 рецепторы – основные препараты – антигистаминные препараты (АГП),

блокаторы H1 и H2 рецепторов, стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифен), кромолин.

UVB (311 nm) терапия

Топические стероиды 1- 4 классов

Топические ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус)

Фототерапия ультрафиолетовыми лучами узкого спектра действия (UVB 311 nm)

Фототерапия ультрафиолетовыми лучами UVA (320-400 nm) с наружным или системным фотосенсибилизатором

Требования к результатам лечения

- улучшение
- значительное улучшение.

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.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

2. Оборудование: наличие клиничко-диагностической лаборатории, фототерапевтических установок.

3. Лекарственные препараты:

- 1) Антигистаминные.
- 2) Кромолин.
- 3) Топические кортикостероиды.
- 4) Топические ингибиторы кальциневрина.
- 5) Гепатопротекторы.
- 6) Фотосенсибилизаторы.

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

	клинического протокола		число медицинских работников, задействованных в процессе диагностики и лечения мастоцитоза кожной формы x 100%	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/ на общее количество медицинских работников, задействованных в реализации данного протокола x 100%	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола
3	Удельный вес больных с улучшением, значительным улучшением, клинической ремиссией.	$>90\%$	Общее число больных с улучшением, значительным улучшением, клинической ремиссией $\times 100\%$ / общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Своевременное установление диагноза и привлечение к обследованию и лечению. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение

				врачебных рекомендаций больным. Наличие условий для проведения обследований
--	--	--	--	--

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дерматовенерология: Национальное руководство. Краткая версия / Под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
2. Дерматовенерология. Стандарты медицинской помощи/ сост. А.С. Дементьев, С.Ю.Кочетков, Е.Ю.Чепанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 432 с.
3. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней/ Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. – М.: МЕДпресс, 2008. - С. 364 – 366.
4. Клиническая дерматовенерология. Руководство для врачей/Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 928 с.
5. Елькин В. Д., Митрюковский Л. С. Избранная дерматология. - Пермь, 2000. -С. 335–338.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

_____ протокол № _____

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
11.09.2018 № 1577

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»

Перечень сокращений:

МЭЭ – многоформная экссудативная эритема

АЛТ - аланин - аминотрансфераза

АСТ - аспартатаминотрансфераза

ДКТ - добровольное консультирование и тестирование

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

мг – миллиграмм

г – грамм

кг – килограмм

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА – воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта и кожи, характеризующееся истинным полиморфизмом элементов поражения, связанное с бактериальной, вирусной и/или лекарственной аллергией. Характеризуется острым началом с последующим рецидивирующим течением.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В большинстве случаев причиной развития МЭЭ является вирус простого герпеса; также возможно развитие заболевания под влиянием вирусов гепатита В, гепатита С, Эпштейна-Барра, аденовирусов, *Mycoplasma pneumoniae*, бактериальных микроорганизмов, контактных раздражителей (*Primula obconica*, динитрохлорбензол, ядовитый плющ, тропические породы деревьев) и др.

Причинами заболевания также могут являться прием лекарственных препаратов (сульфаниламиды, пенициллины, барбитураты, аллопуринол, фенилбутазон), системные заболевания (красная волчанка, саркоидоз, узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, лимфома, лейкемия).

МЭЭ наблюдается у пациентов всех возрастов, но чаще у подростков и молодых людей возрасте от 18 до 21 года. Среди больных преобладают мужчины (соотношение мужчин и женщин составляет 3:2). Примерно в 30% случаев заболевание рецидивирует. В детском возрасте встречается нечасто (20% случаев)

КЛАССИФИКАЦИЯ

Общепринятой классификации МЭЭ не существует.

В зависимости от выраженности клинических проявлений выделяют две формы МЭЭ:

1. Легкую, при которой отсутствует поражение слизистых оболочек, общее состояние больного не нарушено.
2. Тяжелую, характеризующуюся распространенными кожными высыпаниями, поражением слизистых оболочек, общим недомоганием.

Также МЭЭ подразделяют на идиопатическую и симптоматическую (токсико-аллергическую).

В зависимости от преобладания первичных морфологических элементов на коже выделяют пятнистую, папулезную, пятнисто-папулезную, везикулезную, буллезную и везикуло-буллезную разновидности заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ (МКБ-10)

L51 – Эритема многоформная

L51.0 – Небуллезная эритема многоформная

L51.1 – Буллезная эритема многоформная

ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА

- 1) определение спектра диагностических и лечебных услуг, оказываемых больным многоформной экссудативной эритемой;
- 2) определение алгоритмов диагностики и лечения многоформной экссудативной эритемы.

Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА» разработан для врачей-дерматовенерологов, врачей-дерматовенерологов детских, врачей-лаборантов.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 15.03.2018 г.

ДАТА ПЕРЕСМОТРА ПРОТОКОЛА: 15.03.2021 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 Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по дерматовенерологии, 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 - профессор кафедры 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 - заведующий кафедрой 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».

Кретьова Лилия Александровна – главный врач Городского дерматовенерологического диспансера г. Макеевки Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, внештатный детский дерматовенеролог управления здравоохранения администрации г. Макеевки, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам с многоформной экссудативной эритемой 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.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ДИАГНОСТИКА

Диагностика типичной МЭЭ основывается на результатах анамнеза заболевания и характерной клинической картине. Отклонения в лабораторных показателях – повышение СОЭ, умеренный лейкоцитоз наблюдаются при тяжелом течении заболевания.

В случае затруднений в диагностике проводят гистологическое исследование биоптата кожи.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику МЭЭ необходимо проводить с узловатой эритемой, кольцевидной эритемой Дарье, токсидермиями,

вторичным сифилисом, синдромом Свита, пузырьными дерматозами, системной красной волчанкой, герпетическим стоматитом, болезнью Кавасаки, уртикарным васкулитом, эрозивной формой красного плоского лишая.

Обследования:

1. Общий клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (общий билирубин, АСТ, АЛТ, глюкоза) (по показаниям).
4. Исследование на сифилис.
5. ВИЧ (с согласия пациента, после ДКТ).
6. Флуорографическое исследование.
7. Патоморфологическое исследование биоптата кожи с последующей гистологией;

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

Регресс высыпаний.

Схемы лечения

1. Антигистаминные препараты: Хлоропирамин, таблетки, раствор для инъекций 25 мг 2–3 раза в сутки перорально или внутримышечно в течение 7–10 дней

или

Мебгидролин, драже 0,1 г 1–3 раза в сутки перорально в течение 7–10 дней

или

Хифенадин, таблетки 20–50 мг 3–4 раза в сутки перорально в течение 7–10 дней

или

Клемастин, таблетки, раствор для инъекций 1 мг 2–3 раза в сутки перорально или внутримышечно в течение 7–10 дней

или

2. Диметинден, капли для приема внутрь 4 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7–10 дней

или

Лоратадин, сироп, таблетки 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7–10 дней

или

Цетиризин, капли для приема внутрь, таблетки 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7–10 дней

или

Дезлоратадин, сироп, таблетки 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7–10 дней

или

Левосетиризин, капли для приема внутрь, таблетки 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7–10 дней.

2. Растворы анилиновых красителей (водные).
3. Топические кортикостероидные препараты I – IV класса.

Системная терапия

1. При вторичном инфицировании или ассоциации МЭЭ с *Mycoplasma pneumoniae* показаны системные антибактериальные препараты.
2. Глюкокортикостероидные препараты системного действия назначаются при тяжелой форме МЭЭ из расчета 0,5-1 мг на кг массы тела (в перерасчете на преднизалон) с постепенным ступенчатым снижением дозы до полной отмены.
3. При ассоциации МЭЭ с вирусной инфекцией назначают один из противовирусных препаратов:
 1. Ацикловир 1 – 2 г /сут, детям - согласно возраста
или
 2. Валацикловир 1 г/сут.
или
 3. Фамцикловир 0,5 г/сут в течение 7 – 10 дней.

В случае торпидного течения вирусассоциированной, МЭЭ рекомендуется профилактическое, противорецидивное, превентивное лечение противовирусными препаратами длительными курсами.

Показания для госпитализации

1. Тяжелое течение МЭЭ.

Требования к результатам лечения

1. Клиническое выздоровление.

Профилактические мероприятия:

1. Санация полости рта.
2. Ликвидация очагов хронической инфекции в организме.
3. Санация организма.
4. Режим труда и отдыха.
5. Лечение хронических общесоматических заболеваний.

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.

Продолжительность стационарного лечения:

Больные МЭЭ временно нетрудоспособны до нормализации общего состояния и регресса элементов сыпи. Длительность временной нетрудоспособности от 10 до 21 дней.

Требования к режиму труда: в последующем трудоустройстве больные обычно не нуждаются и по выздоровлении могут приступить к выполнявшейся ранее работе.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Кадры: врачи-дерматовенерологи, врачи-дерматовенерологи детские, врачи-лаборанты, врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи-терапевты подростковые, врачи-педиатры, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики - семейные врачи.

2. Оборудование: наличие клиничко-диагностической лаборатории, наличие физиотерапевтического отделения/кабинета.

3. Лекарственные препараты:

- 1) Антигистаминные.
- 2) Глюкокортикостероидные системного действия.
- 3) Глюкокортикостероидные для наружного применения.
- 4) Антибактериальные.
- 5) Противовирусные.
- 6) Анилиновые красители.

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,	Наличие приказа по учреждению здравоохранения о внедрении и утверждении локального клинического протокола

			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 улучшением.	$\geq 70\%$	Общее число больных с улучшением $\times 100$ / общее число больных, получивших лечение	Соблюдение и выполнение локального клинического протокола. Наличие лекарственных препаратов. Соблюдение врачебных рекомендаций больным.

VII. ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 544 с.
2. Кубанова А.А., Кисина В.И., Блатун Л.А., Вавилов А.М. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых

половым путём: Руководство для практикующих врачей. – М.: Литтера, 2005. – 882 с.

3. Мордовцев В.Н., Мордовцева В.В., Мордовцева В.В. Наследственные болезни и пороки развития кожи. – М.: Наука, 2004. – 174 с.

4. Уайт Г. Атлас по дерматологии: пер. с англ. Н.Г.Кочергина; под ред. О.Л.Иванова, Н.Г.Кочергина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 384 с.

5. El Hachem M., Zambruno G., Bourdon-Lanoy E. et al. Multicentre consensus recommendations for skin care in inherited epidermolysis bullosa. Orphanet J Rare Dis 2014;9, 76.

6. Кубанов А.А., Альбанова В.И., Чикин В.В., Епишев Р.В. Современные методы терапии врожденного буллезного эпидермолиза. Вестник дерматологии и венерологии 2014; 6: 47–56.

7. Pope E., Lara-Corrales I., Mellerio J. et al. A consensus approach to wound care in epidermolysis bullosa. J Am Acad Dermatol 2012; 67 (5): 904–917.

8. Fine J.-D., Hintner H. Life with Epidermolysis Bullosa (EB): Etiology, Diagnosis, Multidisciplinary Care and Therapy. Springer-Verlag/Wein; 2009: 210–226.

9. Альбанова В.И., Гольченко В.А. Лечение буллезного эпидермолиза. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2013; 4: 21–24.

10. Krämer S.M., Serrano M.C., Zillmann G. et al. Oral health care for patients with epidermolysis bullosa-best clinical practice guidelines. Int J Paediatr Dent 2012; 22 (Suppl.1):1–35.

И.о. министра

А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

_____ протокол № _____

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

11.09.2018 № 1577

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «ЭКЗЕМА»

Перечень сокращений:

Эк - экзема

АЛТ - аланин - аминотрансфераза

АСТ - аспаратаминотрансфераза

Ig E – иммуноглобулин И

Ig G – иммуноглобулин

ДКТ - добровольное консультирование

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ФХТ – фотохимиотерапия

АГП антигистаминовые препараты

ТКС – топические кортикостероиды

ФК – фиксированные комбинации топических кортикостероидов

УФБ – ультрафиолетовые Б лучи

УФА – ультрафиолетовые А лучи

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

ЭКЗЕМА (Эк) - (от греч. Ekzeo – вскипаю) острое или хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов и характеризующееся появлением полиморфной сыпи, острой воспалительной реакцией, обусловленной серозным воспалением кожи, и сильным зудом.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Эк развивается в результате воздействия этиологических и патогенетических факторов - нейроэндокринных, метаболических, инфекционно-аллергических, вегето-сосудистых и наследственных. Заболевание вызывается экзогенными (бактериальными и грибковыми инфекционными агентами, химическими веществами, физическими факторами, лекарственными средствами, пищевыми продуктами и др.) и эндогенными факторами (антигенными детерминантами микроорганизмов из очагов хронической инфекции). Генетическая предрасположенность

определяет нарушение иммунной регуляции, функции нервной и эндокринной систем.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКЗЕМЫ (МКБ-10)

L30.0 Монетовидная экзема

L30.1 Дисгидроз (помфоликс)

L30.2 Кожная аутоенсибилизация (экзематозная)

L30.3 Инфекционная экзема

L30.9 Дерматит, неуточненный

L25.9 Экзема профессиональная

В зависимости от особенностей клинической картины выделяют следующие формы заболевания:

1. Экзема истинная (идиопатическая, дисгидротическая, пруригинозная, роговая (тилотическая).
2. Экзема микробная (нумулярная, паратравматическая, микотическая, интертригинозная, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин).
3. Экзема себорейная.
4. Экзема детская.
5. Экзема профессиональная.

Каждая из них может протекать остро, подостро или хронически.

ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА

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

2) определение алгоритмов диагностики и лечения Эк.

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

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА: 29.03. 2018г.

ДАТА ПЕРЕСМОТРА ПРОТОКОЛА: 29.03.2021 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 Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

по дерматовенерологии, 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 - 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».

Проценко Олег Анатольевич - Заведующий кафедрой 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 - Ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета последипломного образования Донецкого Национального Медицинского Университета им. М.Горького 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».

Кретьова Лилия Александровна – Главный врач Городского дерматовенерологического диспансера г. Макеевки Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, внештатный детский дерматовенеролог управления здравоохранения администрации г. Макеевки, член рабочей группы по профилю «Дерматовенерология».

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам с Эк 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.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Диагноз Эк основывается на данных анамнеза и клинической картине заболевания.

Диагноз профессиональной Эк подтверждается кожными пробами с предполагаемыми профессиональными раздражителями, аллергологическими, иммунологическими тестами, методами функциональной диагностики.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

При истинной экземе клиническая картина заболевания типична; в редких случаях истинную экзему необходимо дифференцировать от атопического дерматита, токсидермий, пиодермий, аллергического контактного дерматита.

Дисгидротическую экзему следует дифференцировать от ладонно-подошвенного псориаза, пустулезного бактерида (синдром Эндрюса), дерматомикозов, дисгидроза, микоза стоп, пустулезного псориаза ладоней и

подошв, пустулезного бактерида Эндрюса, хронического акродерматита Аллопо, в исключительных случаях - от буллезного пемфигоида.

Дифференциальный диагноз пруригинозной экземы проводят с чесоткой, детской почесухой, стойкой папулезной крапивницей, герпетиформным дерматитом Дюринга.

Дифференциальный диагноз роговой экземы проводят с псориазом ладоней и подошв, микозом ладоней и стоп, кератодермией.

Дифференциальный диагноз монетовидной экземы проводят с бляшечным парапсориазом, розовым лишаем, себорейной экземой.

Дифференциальный диагноз паратравматической (околораневой) экземы проводят с контактным дерматитом, псориазом, гипертрофической формой красного плоского лишая, болезнью Шамберга.

Дифференциальный диагноз сикозиформной экземы проводят с вульгарным и паразитарным сикозом.

Себорейную экзему следует дифференцировать от фолликулярного дискератоза Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырчатки Сенира-Ашера, псориаза и парапсориаза.

При микробной экземе может потребоваться дифференциальная диагностика со стрептодермией и контактным аллергическим дерматитом, субкорнеальным пустулезом, дерматитом Дюринга, лейшманиозом.

Обследования:

1. Общий клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (общий билирубин, АСТ, АЛТ, глюкоза) (по показаниям).
4. Исследование на сифилис.
5. ВИЧ (с согласия пациента, после ДКТ).
6. Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом (по показаниям).
7. Аллергологическое исследование сыворотки крови – определение специфических IgE / IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения (по показаниям).
8. При вторичном инфицировании - культуральное исследование с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам (по показаниям).
9. Определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхий, токсокар и других в сыворотке крови (по показаниям).

По показаниям назначают консультации врача-гастроэнтеролога, врача-психоневролога, врача-аллерголога, врача-терапевта, врача-эндокринолога.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение экземы начинают с ограничения контактов с выявленными и потенциальными аллергенами и ирритантами.

1. Седативные средства, антистрессорные адаптогены, при необходимости назначают транквилизаторы.
2. Энтеросорбенты.
3. Дезинтоксикационные средства (неогемодез, реосорбилакт).
4. Гипосенсибилизирующие средства (натрия тиосульфат, кальция глюконат, магния сульфат).
5. АГП 1 – 3 поколения.
6. Средства, улучшающие периферическое кровообращение (ксантинола никотинат, пентоксифиллин).
7. Системные глюкокортикостероиды (по показаниям).
8. Антибактериальные средства (при наличии микробного компонента).

При тилотической экземе в случаях выраженной инфильтрации, гиперкератоза и/или торпидности к проводимой терапии рекомендуется назначение ретиноидов:- ацитретин 10-25 мг в сутки перорально в течение 8-12 недель.

9. Витамины (по показаниям).
10. Озонотерапия (по показаниям).
11. АУФОК (по показаниям)

Наружная терапия:

Примочки с 1% раствором танина, 2% раствором борной кислоты, 0,25% раствором серебра нитрата.

Антисептические наружные препараты - раствор бриллиантового зеленого спиртовой 1%, фукорцин, метиленовый синий, водный раствор 1%, хлоргексидина биглюконат, водный раствор 0,05%.

ТКС, ФК.

Антибактериальные наружные средства.

Физиотерапия:

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

Электросон, фонофорез с ТКС.

Особенности лечения при беременности и лактации

Медицинская помощь в период беременности и лактации при Эк 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 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: 14-21 дней.

Требования к режиму труда: Противопоказана работа с веществами, раздражающими кожу: исключение контактов с возможными аллергенами и гистаминолибераторами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон не менее 8 часов.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Кадры: врачи-дерматовенерологи, врачи-дерматовенерологи детские, врачи-лаборанты.
2. Оборудование: наличие клиничко-диагностической лаборатории, физиотерапевтическое отделение/кабинет.
3. Лекарственные препараты:
 - 1) Седативные.
 - 2) Антистрессорные адаптогены.
 - 3) Транквилизаторы.
 - 4) Энтеросорбенты.
 - 5) Дезинтоксикационные.
 - 6) Гипосенсибилизирующие.
 - 7) Антибактериальные.
 - 8) АГП.
 - 9) Вазоактивные.
 - 10) Витамины.
 - 11) Ретиноиды.
 - 12) Глюкокортикоиды.

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

3 Rombold S, Lobisch K, Katzer K, Grazziotin TC, Ring J, Eberlein B. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases // Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2008 Feb;24(1):19-23.

4 Kaditis AG, Winnie G, Syrogiannopoulos GA. Anti-inflammatory pharmacotherapy for wheezing in preschool children. // Pediatr Pulmonol. 2007 May;42(5):407-20.

5. Matsuyama T, Ozawa A, Kusakabe Y, Kurihara S, Hayashi M, Kato R, Kanno S, Nakamori M. Which anti-histamines dermatological specialists select in their therapies for common skin diseases? A practical analysis from multiple clinics. // Tokai J Exp Clin Med. 2005 Jul;30(2):89-95.

И.о. министра

А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО
Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
_____ протокол № _____