

Приказ № 142 от 25.02.2008

Изменения:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.12.2011 №1245;

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.12.2012 №1536;

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.08.2014 №829.

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 2020 г. № 119

Об утверждении  
некоторых клинических  
протоколов диагностики и  
лечения

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003 - 2007 годы, одобренной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8 октября 2003 г. № 1276, Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. № 843, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

ИСКЛЮЧЕН - Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.12.2011 №1245;

ИСКЛЮЧЕН - Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.12.2011 №1245;

клинические протоколы диагностики и лечения больных с болезнями кожи и подкожной клетчатки согласно приложению 3 (**признать утратившим силу** структурный элемент «Эпидермолиз буллезный простой (врожденный) (Q81.0)» — Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 2020 г. № 119);

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.12.2012 №1536;

клинический протокол диагностики, лечения и реабилитации ретинопатии недоношенных согласно приложению 5;

клинический протокол диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита согласно приложению 6 (**УТРАТИЛ СИЛУ в части, касающейся детей** - Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.08.2014 №829).

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям

организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить проведение диагностики и лечения больных в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными пунктом 1 настоящего приказа.

3. Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» Граковичу А.А. обеспечить электронной версией настоящего приказа управления здравоохранения областных исполнительных комитетов, комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, организации здравоохранения, подчиненные Министерству здравоохранения Республики Беларусь, в течение пяти дней со дня издания настоящего приказа.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Р.А. Часнойты.

Министр

В.И.Жарко



ЗАГАД

ПРИКАЗ

27.12.2012 № 1556

г. Минск

г. Минск

Об утверждении клинических протоколов

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», и в целях совершенствования оказания медицинской помощи детям с пульмонологической патологией и пациентам с муковисцидозом

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

клинический протокол диагностики и лечения детей с заболеваниями органов дыхания согласно приложению 1;

клинический протокол диагностики, лечения и реабилитации пациентов с кистозным фиброзом (муковисцидозом) согласно приложению 2.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить проведение диагностики, лечения и реабилитации детей в соответствии с клиническими протоколами, указанными в пункте 1 настоящего приказа.

3. Признать утратившими силу:

приложение №8 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2003 г. №156 «Об утверждении отраслевых стандартов обследования и лечения больных в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приложение №4 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2008 г. №142 «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневица Д.Л.

Министр

В.И.Жарко



ЗАГАД

ПРИКАЗ

08.08.2014 № 829

г. Мінск

г. Минск

Об утверждении клинических  
протоколов диагностики и  
лечения аллергических  
заболеваний у детей

На основании Положения Министерства здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», и в целях совершенствования оказания медицинской помощи детям с аллергической патологией ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Клинические протоколы диагностики и лечения аллергических заболеваний у детей» согласно приложению.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить проведение диагностики, лечения и реабилитации детей в соответствии с клиническими протоколами, указанными в пункте 1 настоящего приказа.

3. Признать утратившими силу:  
приложение № 7 «Отраслевые стандарты обследования и лечения детей с аллергическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях» приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2003 г. № 156 «Об утверждении отраслевых стандартов обследования и лечения больных в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приложение № 7 «Клинический протокол диагностики и лечения бронхиальной астмы» в части, касающейся детей, приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2006 № 807 «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения»;

приложение № 6 «Клинический протокол диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита» в части, касающейся детей, приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.02.2008 г. № 142 «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения»;

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневи́ча Д.Л.

Министр

В.И. Жарко

Приложение 6  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
25.02.2008 № 142

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита

(с учетом изменений, внесенных приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.08.2014 №829)

### ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Клинический протокол диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита (далее-клинический протокол) предназначен для оказания медицинской помощи больным при атопическом дерматите в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях здравоохранения Республики Беларусь на районном уровне (далее-РУ), областном уровне (далее-ОУ) и Республиканском уровне (далее-Респ. У).

2. Атопический дерматит (далее-АтД) – аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, у лиц с наследственной предрасположенностью. Заболевание обусловлено гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям, имеет хроническое рецидивирующее течение и характеризуется зудом.

3. Нозологические формы заболеваний (шифр по МКБ-10):

Атопический дерматит (L20):

исключен: ограниченный нейродерматит (L28.0);

пчесуха Бенъе (L20.0);

Другие атопические дерматиты (L20.8).

Экзема:

сгибательная НКДР;

детская (острая) (хроническая);

эндогенная (аллергическая).

Нейродермит:

атопический (локализованный);

диффузный.

Атопический дерматит неуточненный (L20.9).

## ГЛАВА 2

### КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

3. Основными критериями диагностики АтД являются клинические симптомы - зуд, типичные морфологические элементы на коже с типичной их локализацией.

4. АтД классифицируют:

4.1. по возрастным стадиям:

младенческая - наблюдается в возрасте от рождения до 2-х лет;

детская – наблюдается в возрасте от 2-х до 10-12 лет;

подростковая (взрослая) – наблюдается в возрасте от 10-12 лет и старше;

4.2. по течению заболевания:

острый период АтД (острые воспалительные изменения на коже),

подострый период (уменьшение воспаления),

период клинической ремиссии заболевания, которая может быть полной и неполной (отсутствие «острых» проявлений - зуда, гиперемии, расчесов, но при этом сохранение лихенификации и, возможно, редких и умеренных или минимальных обострений);

4.3. по степени тяжести - различают легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести патологического процесса;

4.4. по распространенности:

локальный (ограниченный) АтД – очаги ограничиваются локтевыми или подколенными сгибами, или областью тыла кистей, или лучезапястных суставов, или передней поверхности шеи. Вне очагов поражения кожа визуально не изменена. Зуд - умеренный, редкими приступами;

распространенный АтД – поражение более 5% площади кожи. Вне очагов поражения кожа имеет землистый оттенок, нередко с отрубевидным или мелкопластинчатым шелушением. Зуд интенсивный;

диффузный АтД – поражение всей поверхности кожи (за исключением ладоней, носогубного треугольника). Зуд - выраженной интенсивности;

4.5. по клинико-этиологическим вариантам сенсibilизации:

пищевая, бытовая, клещевая, грибковая, пыльцевая, либо поливалентная аллергия.

Для определения подходов к местной терапии АтД важно представление о клинико-морфологической форме воспалительного процесса, специфичной для каждой возрастной стадии АтД, определяемой специа-

листом (врачом-дерматовенерологом, врачом-аллергологом-иммунологом).

### ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

5. Диагностика АД основана на оценке клинических данных, аллергологического анамнеза (семейный и индивидуальный), на определении общего и специфических иммуноглобулинов Е (IgE). В особо тяжелых и диагностически неясных случаях показана биопсия кожи (таблица 1).

Таблица 1

#### Диагностика атопического дерматита

Обязательная диагностика	Условия оказания медицинской помощи	Кратность
1	2	3
Сбор анамнеза, жалоб	АПО, СО	По обращаемости, при диспансеризации
Визуальное исследование кожных покровов	АПО, СО	По обращаемости, при диспансеризации
Кожные тесты с аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы, внутрикожные пробы) (РУ, ОУ, Респ. У)	АПО, СО	По показаниям
Биопсия кожи (ОУ, Респ. У)	СО	По показаниям
Исследование популяций лимфоцитов (ОУ, Респ. У) Исследование мембранных Ig (ОУ, Респ. У)	СО	По показаниям
Общий анализ крови + тромбоциты	АПО, СО	По обращаемости, при диспансеризации
Биохимическое исследование крови: глюкоза, С-реактивный белок, общий белок, билирубин, мочеви́на, креатинин, щелочная фосфатаза, холесте-	СО	По показаниям
1	2	3
рин, серомукоид, аспартамино-		



трансфераза (далее-АсАТ), аланина-минотрансфераза (далее-АлАТ), электролиты (Са, Na, К, Cl), анти-стрептолизин-О (РУ, ОУ, Респ. У)		
Микроскопическое исследование мазков с кожи	АПО, СО	По показаниям
Общий анализ мочи	АПО, СО	По обращаемости, при диспансеризации
Исследование кала на гельминты и лямблии, копрограмма	АПО, СО	По обращаемости при диспансеризации
Исследование кала на дисбактериоз	АПО, СО	По показаниям
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	АПО, СО	По показаниям
Фиброгастроодуоденоскопия (далее-ФГДС)	АПО, СО	По показаниям
Консультация врача-аллерголога-иммунолога	АПО, СО	По обращаемости, при диспансеризации
Консультация врача-дерматовенеролога	АПО, СО	По показаниям
Консультация врача-гастроэнтеролога	АПО, СО	По показаниям
Консультация врача-психотерапевта	АПО, СО	По показаниям
Консультация врача-оториноларинголога	АПО, СО	По показаниям
Консультация врача-генетика (ОУ, Респ.У)	АПО, СО	По показаниям
Консультация врача-эндокринолога	АПО, СО	По показаниям

## 6. Диагностические критерии АтД.

### 6.1. Главные диагностические критерии:

кожный зуд;

типичная морфология (основной первичный элемент – папула/везикула + вторичные элементы) и локализация поражений кожи: у детей первых лет жизни – высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у более старших детей и у взрослых - лихенификация и расчесы в области сгибов конечностей;

хроническое рецидивирующее течение;

начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2-х лет);

атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии.

### 6.2. Дополнительные диагностические критерии:

ксероз;  
 ихтиоз/усиление рисунка на ладонях;  
 реакции немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами;  
 повышенный уровень сывороточного IgE;  
 эозинофилия в крови;  
 частые инфекционные поражения кожи, в основном стафилококковой, грибковой и герпетической этиологии, связанные с ослаблением клеточного иммунитета;  
 локализация кожного процесса на кистях и стопах;  
 рецидивирующие конъюнктивиты;  
 дополнительные суборбитальные складки Денни-Моргана;  
 периорбитальная гиперпигментация, темные круги под глазами;  
 катаракта, кератоконус;  
 эритродермия;  
 белый дермографизм.

Для постановки диагноза АтД необходимо наличие не менее 3-х главных критериев, а также 3-х и более дополнительных, при минимальном сроке сохранения симптомов не менее 6 недель.

7. Для оценки тяжести АтД применяется метод определения индекса SCORAD\* (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) (далее-индекс SCORAD).

Метод определения индекса SCORAD является обязательным при проведении любых исследований по изучению эффективности того или иного метода лечения, а также в крупных дерматологических и аллергологических центрах ОУ, Респ.У.

---

\*Шкала SCORAD учитывает следующие показатели:

распространенность кожных поражений (А);  
 интенсивность клинических проявлений (В);  
 субъективные симптомы (С).

Расчет распространенности кожных поражений (А) проводится по правилу «девяток»: голова и шея - по 9%, передняя и задняя поверхность туловища - по 18%, верхние конечности - по 9%, нижние конечности - по 18%, область промежности и половые органы – по 1 %.

Интенсивность клинических проявлений (В) оценивается по 6 симптомам: эритема (гиперемия); отек/папулообразование; мокнутие/корки; экскориации; лихенификация/шелушение; общая сухость кожи.

Выраженность каждого признака оценивается от 0 до 3 баллов: 0 - отсутствие, 1 - слабо выражен, 2 - умеренно выражен, 3 - выражен резко.

Оценка субъективных симптомов (С) - интенсивности кожного зуда и степени нарушения сна - проводится по 10-бальной шкале больным или его родственниками. При этом оценивается усредненный показатель за последние 3 дня и/или ночи. Итоговая величина индекса SCORAD рассчитывается по формуле: индекс SCORAD

=  $A/5 + 7B/2 + C$ , где А – площадь поражения кожи, в %; В – сумма баллов объективных признаков; С – сумма баллов субъективных признаков. Легкая форма течения по SCORAD – менее 20 баллов, среднетяжелая – 20-40 баллов, тяжелая форма – более 40 баллов.

8. Лабораторные и инструментальные методы исследования при АтД:

определение концентрации общего IgE в сыворотке крови (тест не считается диагностическим);

кожные тесты с аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы, внутрикожные пробы) для диагностики IgE-опосредованных аллергических реакций. Их проводят вне обострения АтД и не ранее, чем через 5-7 дней после отмены антигистаминных лекарственных средств;

элиминационная диета и провокационный тест с пищевыми аллергенами назначают и проводят для выявления пищевой аллергии, особенно к злаковым и к коровьему молоку;

определение аллергенспецифических IgE – антител в сыворотке крови проводится предпочтительно для пациентов: с ихтиозом (распространенные кожные проявления), с сомнительными результатами кожных тестов, с высоким риском развития анафилактических реакций на определенный аллерген при проведении кожного тестирования, при персистирующем течении.

9. Больному с АтД показаны консультации следующих специалистов:

врача-аллерголога-иммунолога - для установления окончательного диагноза и проведения аллергологического обследования;

врача-дерматовенеролога - для исключения других кожных заболеваний;

врача-генетика - для исключения наследственных заболеваний;

врача-диетолога - для составления и коррекции индивидуального рациона питания;

врача-гастроэнтеролога - для обследования и лечения патологии ЖКТ;

врача-оториноларинголога - для выявления и санации очагов носоглоточной инфекции;

врача-психотерапевта - для проведения психотерапевтического лечения, обучения технике релаксации и снятия стресса.

10. АтД следует дифференцировать с чесоткой, себорейным дерматитом, пеленочным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, строфулюсом, ихтиозом, псориазом, ограниченным нейродермитом (лишай Видаля), микробной экземой, розовым лишаем Жибера, лимфомой кожи в ранней стадии, герпетиформным дерматитом Дюринга, фенилкетонурией, иммунодефицитными состояниями (синдром Вискотта-

Олдрича, синдром гипер – IgE), энтеропатическим акродерматитом, десквамативной эритродермией Лейнера-Муссу.

## ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

### 11. Цели лечения АтД:

достижение клинической ремиссии заболевания;  
устранение и уменьшение воспаления и кожного зуда, предупреждение и устранение вторичного инфицирования, увлажнение и смягчение кожи, восстановление ее защитных свойств;  
профилактика развития тяжелых форм АтД;  
профилактика развития респираторных проявлений у больных АтД.  
восстановление утраченной трудоспособности;  
улучшение качества жизни больных.

### 12. Общие направления в терапии атопического дерматита:

лечебное питание (элиминационные мероприятия по группе пищевых аллергенов);  
контроль за окружающей больного средой;  
системная фармакотерапия;  
наружная терапия;  
уход за кожей;  
лечение сочетанных аллергических болезней;  
лечение выявленных системных и органных проявлений при АтД (патология желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной и мочевой систем; коррекция дисфункции щитовидной железы);  
реабилитационное лечение;  
психотерапевтические методы терапии и образовательные программы для членов семьи и пациентов с АтД;  
внедрение в практику принципов работы «аллергошкол».

### 13. Лечебное питание.

13.1. Гипоаллергенная диета больного с АтД, в том числе и при его осложненных формах (вторичная бактериальная, вирусная или грибковая инфекция), организуется с учетом следующих принципов:

исключение из питания причинно-значимых аллергенов (выявленных клинически и специальными методами диагностики - кожными и лабораторными тестами), а также исключение продуктов, вызывающих перекрестные аллергические реакции (пищевые - пыльцевые, лекарственные и другие аллергены), обладающих повышенной сенсибилизирующей и гистамин-либерирующей активностью; продуктов, содержащих экстрактивные вещества, консерванты и красители;

адекватная замена исключенных продуктов натуральными или специализированными лечебными продуктами в соответствии с возрастными потребностями и особенностями функционального состояния органов пищеварения больного;

«функциональное питание» - использование продуктов, способствующих нормализации кишечного биоценоза, оказывающих регулирующее влияние на физиологические функции, в том числе и на состояние иммунной системы.

При приготовлении пищи необходимо соблюдать щадящую кулинарную обработку. Блюда готовятся на пару, отвариваются, запекаются. Пища детям после года жизни дается преимущественно в неизмельченном виде. Применяется предварительная специальная обработка некоторых продуктов (очищенный и мелко нарезанный картофель вымачивается в холодной воде в течение 12-14 ч, остальные овощи и крупы вымачиваются в течение 1-2 ч, мясо подвергают двойному вывариванию). Блюда не должны быть очень горячими.

В зависимости от степени тяжести течения АД и в процессе работы с больным, выяснения спектра индивидуально непереносимых продуктов, диета должна постепенно расширяться с учетом степени аллергизирующей активности пищевых продуктов (таблица 2).

Таблица 2

### Продукты с различной степенью аллергизирующей активности

Степень аллергизирующей активности		
Высокая	Средняя	Низкая
Цельное коровье молоко, яйца, рыба и другие морепродукты, куриное мясо, морковь, свекла, томаты, болгарский перец, грибы, сельдерей, пшеница, рожь, клубника, земляника, малина, ежевика, цитрусовые, виноград, дыня, хурма, ананас, гранат, киви, черная смородина, манго, мед, шоколад, орехи, кофе, горчица	Сливочное масло, говядина, индейка, гречка, овес, рис, кукуруза, картофель, перец зеленый, бобы, горох, соя, абрикосы, персики, вишня, красная смородина, черника, брусника, клюква, шиповник, голубика, бананы, арбуз	Тощая баранина, постная свинина, кролик, конина, кисломолочные продукты, кабачки, патиссоны, репа и тыква светлых тонов, цветная и белокочанная капуста, огурцы, салат, петрушка, укроп, перловка, пшено, рафинированное растительное масло, яблоки и груши зеленой и белой окраски, белая смородина, белая черешня, крыжовник, чернослив

Цель врача - через 3-6 месяцев от начала работы с больным сформировать его индивидуальную гипоаллергенную диету.

Представления о возможных вариантах перекрестных реакций помогают правильно составить элиминационные диеты. Перекрестное реагирование обусловлено сходством антигенных детерминант у родственных групп пищевых продуктов, а также антигенной общностью между пищевыми, бактериальными, грибковыми и лекарственными антигенами (таблица 3).

Таблица 3

Возможные перекрестные аллергические реакции на пищевые продукты/вещества (бактериальные, грибковые, лекарственные)

Пищевой продукт	Продукты и непищевые продукты/вещества (бактериальные, грибковые, лекарственные)
Коровье молоко	Козье молоко, говядина, телятина, мясопродукты из них, шерсть коровы, ферментные препараты на основе поджелудочной железы крупного рогатого скота
Кефир (кефирные дрожжи)	Плесневые грибки, плесневые сорта сыров (Рокфор, Дор-блю, Бри), дрожжевое тесто, квас, антибиотики пенициллинового ряда
Куриное яйцо	Куриное мясо и бульон, перепелиные яйца и мясо, лекарственные препараты (интерферон, лизцим, бифилиз, некоторые вакцины)
Персики, абрикосы, слива, клубника, малина, вишня, виноград, картофель	Ацетилсалициловая кислота

#### 13.4. «Функциональное питание».

На состав биоценоза кишечника и состояние иммунологической защиты можно воздействовать с помощью целенаправленного использования лечебных продуктов, содержащих пробиотики и пребиотики, а также ряда биологически активных добавок, что обозначается термином «функциональное питание» и приобретает особое значение в случаях осложненного течения АД, причем во всех возрастных группах.

Факторы, способствующие колонизации кишечника нормальной микрофлорой, подразделяют на 3 основные группы:

пробиотики - живые бактерии, являющиеся представителями нормальной микрофлоры кишечника;

пребиотики - неперевариваемые компоненты пищи, способствующие селективному увеличению количества и функциональной активности защитной флоры кишечника, потенциально улучшают здоровье организма хозяина;

синбиотики - смесь про- и пребиотиков, в которой наличие второго компонента позволяет улучшить приживляемость защитной микрофлоры (таблица 4).

Таблица 4

Факторы (в пищевых продуктах), способствующие колонизации кишечника нормальной микрофлорой

Группа факторов	Компоненты	Продукт
Пробиотики	лактобактерии, бифидобактерии, энтерококки, стрептококки	кисломолочные продукты
Пребиотики	инулин, фруктоолигосахариды, галактоолигосахариды	цикорий, лук, артишок, спаржа, бананы
Синбиотики	фруктоолигосахариды+ бифидобактерии, лактиол + лактобациллы	кисломолочные продукты

Для коррекции и профилактики «микроэкологических» нарушений кишечника, которые часто сопутствуют аллергическим заболеваниям кожи, широко применяются пробиотики в форме лекарственных средств.

#### 14. Системная фармакотерапия АД.

Применяется комплексный ступенчатый подход к лечению в зависимости от стадии течения АД. Основные нарушения со стороны кожи при atopическом дерматите – выраженная сухость в связи с дисфункцией барьерных свойств и трансэпидермальной потерей воды, сопровождающаяся интенсивным зудом и воспалением. Регулярное использование смягчающих средств (кремов) с гидратацией кожи являются основными правилами в базовом лечении atopического дерматита.

##### 14.1. Наружная терапия АД.

Назначается с учетом возраста пациента, периода и тяжести заболевания, распространенности и локализации кожного процесса, а также сопутствующих осложнений.

Основные направления наружной терапии:

устранение или уменьшение воспалительных изменений на коже и связанных с ним симптомов (зуд, гиперемия, отек);

уменьшение сухости кожи, улучшение барьерных функций;

профилактика и устранение вторичной инфекции.

Учитывая клинический полиморфизм атопического дерматита, назначение наружной терапии больному АД должно быть индивидуальным, с учетом возраста и клинико-морфологической формы, в соответствии со стадией кожного процесса (таблица 5).

Таблица 5

Схема последовательности применения различных форм наружных лекарственных средств при лечении атопического дерматита

Характер воспалительного процесса	Лекарственная форма
1. Острое воспаление с выраженными экссудативными явлениями (мокнутие, корки, отечность, гиперемия) и субъективными ощущениями.	Примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки, гели
2. Острое воспаление без мокнутия (стихание воспалительного процесса)	Взбалтываемые взвеси (болтушки), аэрозоли, кремы, пасты, гели, лосьоны
3. Подострое воспаление	Аэрозоли, пасты, лосьоны, гели, мази, кремы
4. Хроническое воспаление (инфильтрация и лихенизация пораженной кожи, эритематосквамоз)	Мази, жирные мази
5. Клиническая ремиссия	Средства лечебной косметики – увлажняющие кремы, липосомальные кремы, лосьоны

14.2. Лечение АД при остром периоде.

14.2.1. Применение противовоспалительных средств наружного действия не зависит от причин возникновения АД.

Все противовоспалительные наружные средства, применяемые при АД, представлены двумя группами: топические кортикостероиды (далее-КС) и лекарственные средства, не содержащие КС.



Среди них значительное место занимают традиционные наружные средства: мази, кремы и пасты, содержащие в своем составе противовоспалительные компоненты, в частности, серу, деготь, предникарбат, ихтиол, нафталанскую нефть, цинк.

Топические КС являются наиболее эффективными противовоспалительными лекарственными средствами при лечении острой стадии АтД. По силе действия различают 4 класса топических КС (таблица 6).

Таблица 6

## Классификация топических кортикостероидов

Класс	Международное непатентованное название	% активного вещества
Очень сильные	Клобетазол	0,05
Сильные	Бетаметазон	0,1
	Мометазон	0,1
	Гидрокортизона бутират	0,1
	Триамцинолон	0,1
	Метилпреднизолона ацепонат	0,1
	Флуоцинолона ацетонид	0,025
Средней силы	Преднизолон	
Слабые	Гидрокортизона ацетат	0,1; 0,25; 1; 5

Показания для назначения топических КС: АтД преимущественно с ограниченными поражениями, хроническое течение, наличие резистентности к традиционным методам терапии.

Для наружного применения используются не галогенизированные лекарственные средства нового поколения, обладающие высокой степенью безопасности и выраженной биологической активностью: метилпреднизолона ацепонат, мометазона фуруат, гидрокортизона бутират. Эти лекарственные средства разрешены к применению: с 6 месяцев - метилпреднизолона ацепонат (эмульсия, мазь и жирная), гидрокортизона бутират (мазь); с 2 лет - мометазона фуруат (лосьон, мазь, крем).

Эффективность топических КС зависит от их проникновения в эпидермис и дерму (таблица 7). Скорость проникновения определяется лекарственной формой и липофильностью препарата (чем выше его липофиль-

ность, тем значительнее он накапливается в клетках кожи и медленнее поступает в кровь).

Таблица 7

Применение различных лекарственных форм глюкокортикостероидов в зависимости от активности воспалительного процесса

Форма выпуска	Глубина проникновения в кожу	Клинические показания
Эмульсия, лосьон	+	мокнутые, на волосистую часть головы, косметические соображения
Крем	++	острая и подострая стадии, мокнутые, в складках кожи
Мазь	+++	подострая стадия, хроническое воспаление
Жирная мазь	++++	хронический процесс, сухость

Топические КС действуют на раннюю и на позднюю фазы аллергического воспаления. Их применяют преимущественно открытым способом: тонким слоем наносят на очаги поражения 1-2 раза в сутки (утром и вечером) и легко втирают в патологически измененную кожу. Предварительно ее очищают от вторичных наслоений (чешуек, корок, остатков использованных лекарственных средств) марлевым тампоном, смоченным в растительном масле – подсолнечном, оливковом. Это обеспечивает тесный контакт лекарственного средства с пораженной кожей и способствует достижению лечебного эффекта.

Длительность лечения зависит от выраженности патологического процесса и клинической формы заболевания (от 5 до 7 дней).

Целесообразно использовать КС наружно во время обострений кожного процесса кратковременными циклами продолжительностью 3-5 дней. Более длительное применение этих лекарственных средств, особенно на большие площади кожного покрова, может вызвать развитие кожной стероидной зависимости, а также осложнение вторичной инфекцией, чаще пиогенной.

Для предупреждения развития побочных эффектов при назначении топических КС следует соблюдать основные правила их назначения:

- использовать КС только для лечения, а не для профилактики АД;
- максимальная поверхность тела для воздействия - 20%;

по возможности использовать топические КС с высокой эффективностью и безопасностью, обладающие пролонгированным действием;

выбирать лекарственную форму КС в соответствии с активностью процесса (лосьон, крем, мазь, жирная мазь);

при отсутствии положительной динамики в течение 3-5 дней следует пересмотреть тактику лечения;

при необходимости длительного лечения КС, предпочтительными являются короткие интермиттирующие курсы;

при использовании любых фторированных КС следует применять метод смешивания их с детским кремом, бензетония хлоридом, другими жировыми основами - по возрастной схеме (пациентам до 14 лет): пациентам старше 14 лет - без разведения. Наносить лекарственное средство 2-3 раза в сутки.

Наиболее адекватные методы применения топических КС:

тандем-терапия, при которой в первую половину дня используется топический стероид, а во вторую - индифферентная мазь (для КС, применяемых более 1 раза в сутки); для КС нового поколения - чередование через день с индифферентными наружными средствами;

ступенчатое лечение - это поочередное применение топического КС на различные участки поражения (методика показана при длительном использовании КС или у больных с большой площадью поражения кожи);

метод нисходящей терапии, при котором следует начинать лечение сильными КС (3-5 дней), затем перейти на препарат с более низкой концентрацией и активностью КС.

Монотерапия топическими КС целесообразна при легких формах заболевания (ограниченные поражения, слабо выраженная клиническая симптоматика). Одно- или двукратные аппликации лекарственного средства на места поражения в виде эритемы, отечности, мокнущих очагов, папул эффективны в течение 3-5-7 дней.

Топические КС в последние годы рассматриваются в качестве «препаратов первой линии» для лечения больных АД.

В области гениталий, лица и сопряженных участков допустимо применение только слабых или средней силы КС.

КС при обострении должны использоваться в сочетании со смягчающими средствами для предотвращения передозировки и развития побочных реакций.

При достижении контроля над симптомами заболевания КС возможно применение интермиттирующим курсом (обычно 2 раза в неделю) в сочетании с увлажняющими средствами для поддержания ремиссии заболевания.

Возможные местные побочные эффекты терапии КС (стрии, атрофия кожи, телеангиоэктазии) ограничивают длительность применения этой группы лекарственных средств.

При достижении терапевтического эффекта целесообразно включать в наружную терапию мази, содержащие нафталан, предникарбат, березовый деготь, борную кислоту, серу. Их применяют в течение 1-2 недель, чередуя при необходимости - с гормональными мазями. Такая комбинация наружных препаратов обеспечивает терапевтический эффект и предупреждает развитие синдрома отмены на стероиды.

Противопоказания к назначению топических КС: индивидуальная чувствительность к отдельным компонентам препарата, а также туберкулез кожи, сифилис, вирусные, бактериальные, микотические дерматозы, акне, розацеа, опухоли кожи, беременность, период лактации, вакцинация.

14.2.2. При остром процессе с явлениями мокнутия целесообразно применение примочек с раствором, содержащим гиалуронат цинка, 0,25% растворами танина и сульфата цинка, резорцина.

Противозудное действия оказывают 5-10% бензокаин, 0,5-2% ментол, 1-2% спирты резорциновый и салициловый, 5% прокаин, 0,5% раствор цинка сульфата.

14.2.3. В случае инфицирования кожи используются борная кислота в комбинации, раствор бриллиантовой зелени, а также гели и мази с антибиотиками и антисептиками (гентамициновая, линкомициновая, эритромициновая мази, 1% гель клиндамицина). А также противогрибковые лекарственные средства: клотримазол, кетоконазол, нистатин, миконазол, амфотерицин.

14.2.4. При наружном лечении осложненного вторичными инфекциями применяют комбинированные препараты, содержащие кортикостероиды и антибиотики, кортикостероиды и антимикотические средства. При АтД с гнойничковыми поражениями применяются: гидрокортизон с окситетрациклином, бетаметазон с гентамицином, триамцинолон. Комбинация топических КС с противогрибковыми средствами – миконазол, дифлукортолон с антисептиком. Тройным действием (противоаллергическим, антимикробным, антимикотическим) обладают комбинированные препараты, содержащие бетаметазон, гентамицин, клотримазол.

Как правило, при использовании комбинированных препаратов на кожу предварительно наносят борную кислоту в комбинации.

14.3. При лечении хронической стадии АтД препараты серы, дегтя, нафталана, цинка, предникарбата используются редко. В настоящее время с этой целью показан пимекролимус 1% крем. Он разрешен к применению у детей с 3-месячного возраста. Препарат наносится 2 раза в сутки. Длительность терапии не ограничена. Лекарственное средство можно нано-

силь на кожу лица, что хорошо сочетается с увлажняющими средствами, которые обычно наносятся сразу после пимекролимуса.

14.4. При наличии патологического процесса в области красной каймы губ и вокруг рта можно использовать мази, содержащие декспантенол и метилурацил.

При использовании наружных противовоспалительных препаратов следует максимально часто использовать также и увлажняющие /смягчающие средства, содержащие декспантенол, бензетония хлорид.

Используются также средства улучшающие микроциркуляцию и метаболизм (гепариновая мазь, депротеинизированный гемодериват из телячьей (бычьей) крови).

В период ремиссии следует сохранять интенсивность увлажняющего и смягчающего лечения.

14.5. Проведение гигиенических мероприятий по очищению кожных покровов: ежедневные купания с применением высококачественных шампуней, не содержащих красителей, отдушек, консервантов, имеющие физиологический для кожи pH.

В период обострения и в подострой фазе применяют деготь-содержащий шампунь. Он обеспечивает хороший противомикробный и противогрибковый эффект. Шампунь, содержащий цинк применяется в подострой фазе и в ремиссии, так как он обладает выраженным трофическим действием.

Этапность применения местной терапии АтД представлена в таблице 8.

Таблица 8

Этапы использования наружных лекарственных средств у больных с атопическим дерматитом

Острый период
Подсушивающие, антисептические, дезинфицирующие, местноанестезирующие средства (примочки, аэрозоли, болтушки, лосьоны). Противовоспалительные средства (гели, кремы): топические ГКС и/или комбинированные ГКС+антибиотики+антимикотические средства. Увлажняющие, смягчающие средства, средства гигиены.
Подострый период
Средства редуцирующие, улучшающие трофику и регенерацию тканей (пасты, лосьоны). Противовоспалительные средства (кремы, мази): нестероидные противовоспалительные средства (пимекролимус). Увлажняющие, смягчающие средства и средства гигиены.
Хроническая стадия

Средства, улучшающие трофику и регенерацию тканей, кератолитики (мази). Увлажняющие, смягчающие средства, средства гигиены.
<b>Ремиссия</b>
Увлажняющие, смягчающие средства, средства гигиены

### 15. Рекомендации по уходу за кожей больных АтД.

Уход за кожей является важнейшим направлением в наружной терапии у больных АтД. Одной из ошибок является запрещение купания, особенно при обострении АтД. Напротив, эти пациенты нуждаются в ежедневном двадцатиминутном купании, которое очищает и увлажняет кожу, улучшает проникновение лекарственных средств, предотвращает инфицирование, доставляет удовольствие ребенку. Вода для купания не должна быть горячей. Дехлорирование воды проводится путем отстаивания воды в ванне в течение 1-2 часов с последующим ее согреванием или добавлением кипятка.

### 16. Терапия инфекционных осложнений и сопутствующих заболеваний.

Она включает своевременное, проведенное по показаниям, лечение вторичного инфицирования кожи, выявленных гельминтозов, грибковых и паразитарных болезней, а также применение иммуномодулирующих препаратов и сорбционной терапии.

### 17. Антигистаминные лекарственные средства.

Антигистаминные средства являются стандартной терапией при АтД и рекомендуются во всех протоколах лечения. Их применяют как дополнительное средство к наружному лечению при выраженном зуде и сопутствующих уртикарных высыпаниях.

Антигистаминные лекарственные средства «старого» поколения и их дозировки используются при купировании неотложных и острых аллергических состояний, при лечении зудящих алергодерматозов, при проведении премедикации в хирургической практике. Действие их краткосрочно, поэтому нужен 3-х кратный суточный прием. Кроме седативного эффекта, обладает атропиноподобным и холинолитическим действием, поэтому антигистаминные лекарственные средства «старого» поколения не следует применять при глаукоме, язвенной болезни, у больных с сердечно-сосудистой патологией. Ограничено их применение у больных с бронхиальной астмой, так как атропиноподобный их эффект приводит к повышению вязкости бронхиального секрета.

В настоящее время в терапии АтД широко используются антигистаминные лекарственные средства «нового», то есть 2-го и 3-го поколений, лишенные седативного эффекта (таблица 9).

Антигистаминные препараты «нового» поколения благодаря их липофобности и плохому проникновению через гематоэнцефалический барьер не имеют седативного и снотворного эффектов. Они оказывают селективное действие, вызывая блокаду только H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов. Продолжительность их действия - до 24 ч, поэтому большинство этих препаратов назначаются 1 раз в сутки. Отсутствует привыкание к ним даже при длительном применении (от 3 до 6 месяцев).

После приема большинства антигистаминных средств – их остаточное действие может продолжаться в течение одной недели после отмены (это обстоятельство необходимо учитывать при проведении аллергообследования). Существенным отличием антигистаминных лекарственных средств «нового» поколения является наличие у них не только H<sub>1</sub>-блокирующего действия, но и противоаллергического, и противовоспалительного эффектов.

Таблица 9

Антигистаминные лекарственные средства 2-го и 3-го поколений («нового» поколения)

Международное непатентованное наименование	Форма выпуска	Дозы и кратность приема
1	2	3
Лоратадин	сироп (5 мл=0,005г)	Дети старше 12 лет и взрослые – 10 мг/сут
Цетиризин	табл. 0,01г; капли (1мл=20капель=0,01г)	Дети старше 6 лет и взрослые – 10 мг/сут
Фексофенадин	таблетки 0,030 г; 0,120 г; 0,180 г	Взрослые и дети старше 12 лет – 120-180 мг/сут
Дезлоратадин	сироп (1 мл=0,005г)	Взрослые и дети старше 12 лет 10 мг в сутки
Эбастин	таблетки 10 мг	Взрослые и дети старше 12 лет 10 мг в сутки

При лечении больных АДЭ эффективность имеют антигистаминные средства «нового» поколения. Они характеризуются более высокой противовоспалительной и антигистаминной активностью (в сравнении с лекарственными средствами «старого» поколения) и практически полным отсутствием побочных эффектов, связанных с воздействием на нервную и сердечно-сосудистую системы.

Использование антигистаминных лекарственных средств у больных, страдающих АтД:

антигистаминные средства седативной группы («старого» поколения) в виде лекарственных форм для парентерального введения следует использовать только в остром периоде АтД для уменьшения зуда у больных с острым и тяжелым течением заболевания;

для базисной и противорецидивной терапии предпочтительны антигистаминные средства «нового» поколения, указанные в таблице 9;

при необходимости длительного приема используют антигистаминные средства только «нового» поколения, указанные в таблице 9.

При таком лечении антигистаминные средства «нового» поколения назначаются в полной суточной дозе в утренние часы (длительность действия 24 ч), а антигистаминные средства 1-го поколения назначаются перед сном в половинной суточной дозе (их длительность действия составляет 6-8 ч, то есть они обеспечивают эффект в течение ночи). После уменьшения интенсивности обострения целесообразно продолжить длительный прием антигистаминных средств «нового» поколения.

Длительный прием антигистаминных средств «нового» поколения при АтД оказывает протективный эффект в отношении формирования респираторной аллергии, в том числе бронхиальной астмы.

Длительность курсового приема не ограничена временем (определяется врачом в каждом конкретном случае).

Противовоспалительные эффекты этих средств наиболее отчетливо проявляются при лечении уже в течение 1-ого месяца приема.

18. Лекарственные средства, улучшающие или восстанавливающие функцию органов пищеварения.

Для 80% больных АтД характерны сочетанные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, которые не только поддерживают аллергический воспалительный процесс в коже, но и могут являться его причиной. Более серьезная патология системы пищеварения больных с АтД выявляется при тяжелом течении кожного процесса. Как правило, первые симптомы поражения ЖКТ могут развиваться параллельно АтД, даже при легком его течении. Пациентам с АтД показано своевременное комплексное обследование функционального состояния ЖКТ (фиброгастроуденоскопия, обследование на дисбактериоз, паразитарные инвазии) с последующей рациональной терапией выявленных нарушений.

Основными задачами терапии для улучшения функционального состояния системы пищеварения у больных АтД являются:

улучшение процессов расщепления и всасывания пищевых продуктов;

нормализация микробного пейзажа кишечника;

коррекция функциональных нарушений со стороны ЖКТ.



Учитывая часто наличие у больных АтД нарушений экзокринной функции поджелудочной железы, процессов пристеночного пищеварения (в частности лактазной недостаточности), им показано использование заместительной терапии ферментативными препаратами.

18.1. У больных можно использовать ферментативные препараты, устойчивые к кислой среде желудочного сока.

18.2. Нормализация микробного пейзажа кишечника у больных АтД.

При наличии клинических признаков и микробиологического подтверждения дисбактериоза кишечника у пациентов с АтД – показано восстановление нормальной микрофлоры. Условно-патогенные микроорганизмы и продукты их обмена при дисбактериозе кишечника у больных АтД повышают проницаемость слизистой оболочки, вызывают усиление высвобождения медиаторов аллергии, усугубляя течение АтД. Эти же механизмы вызывают обострение кожного процесса после перенесенной острой кишечной инфекции, при инвазиях гельминтов и простейших.

Коррекция дисбиоза кишечника проводится по трем направлениям: селективное подавление роста условно-патогенных микроорганизмов;

«заселение» кишечника нормальной флорой с помощью пробиотиков;

стимуляция роста нормальной микрофлоры кишечника.

Селективное подавление роста микроорганизмов проводится бактериофагами, обладающими высокой специфичностью к условно-патогенным бактериям: стафилококковый бактериофаг, коли-протейный, бактериофаг клебсиеллы поливалентный. Избирательность действия фагов выше, чем у антибиотиков.

Для «заселения» кишечника нормальной флорой используют бактериальные препараты, содержащие лиофильно высушенные штаммы бифидо- и лактобактерий. Монокомпонентные бифидосодержащие и лактосодержащие пробиотики малоэффективны. Бактерии в лиофилизированных препаратах находятся в состоянии анабиоза и для их активации необходимо длительное время.

19. Витаминотерапия.

Больным АтД назначаются, наиболее безопасные, с точки зрения развития побочных (в частности аллергических) эффектов, витамины: пиридоксин и пантотенат кальция в возрастных дозировках.

Ретинол, в-каротин используются короткими курсами (по 10-20 дней), назначаются внутрь в возрастных дозировках.

20. Системная антибактериальная терапия показана при вторичных бактериальных осложнениях, вызванных широким спектром агентов (преимущественно *S.aureus*). Обычно эффективны цефалоспорины второго и третьего поколения или полусинтетические пенициллины курсом 7-10

дней. Инфицирование кожи вирусом герпеса может принять форму герпетической экземы, являющейся тяжелым осложнением АтД. В этих случаях необходимы системные противовирусные препараты, в том числе с иммуномодулирующим действием.

#### 21. Системные кортикостероиды.

Используются широко при различных кожных заболеваниях, однако, после прекращения курса лечения заболевание может рецидивировать. Их применяют при очень высокой активности воспалительного аллергического процесса и только короткими курсами.

22. При аллергическом типе АтД на ОУ, Респ.У: лечебный плазмаферез или гемосорбция, или биоспецифическая гемосорбция с анти-IgE сорбентом.

23. Физиотерапия: УФО № 10 или солярий № 10, электрофорез с 0,5% преднизолоновой или 1% гидрокортизоновой мазями № 6-8. Ванны с оксидатом торфа или хвойно-валериановые № 6-8.

24. Исход заболевания: восстановление здоровья; ремиссия; улучшение состояния; стабилизация; хронизация; прогрессирование.

#### 25. Профилактика АтД.

Профилактика АтД предполагает образовательные программы для больных атопическим дерматитом.

Обучение необходимо для достижения эффекта лечебных и профилактических мероприятий. В настоящее время требуется изменение сложившейся ранее практики лечения, нередко ограничивавшейся лишь местной терапией АтД. Эта тактика повсеместно должна быть заменена эффективной системой оказания помощи больным с АтД на различных этапах (поликлиника, общесоматический стационар, специализированное отделение, санаторий), направленной на проведение длительного противовоспалительного лечения с регулярным контролем его эффективности и коррекцией при необходимости.

Внедрить такую систему в практику невозможно без активного участия больного и членов его семьи. Больной с АтД, особенно в сочетании с БА и (или) АР, требует соблюдения режима, соответствующего тяжести и особенностям болезни, разработки индивидуального плана лечения, учитывающего гипоаллергенный быт, а также адекватность физической нагрузки и оптимальный психологический микроклимат в семье. Образование больных с АтД – это неотъемлемая составная часть программ их лечения.

Цель обучения, являющегося непрерывным процессом – обеспечить страдающего АтД, и его семью необходимой информацией для успешного контроля течения болезни и действий в соответствии с планом медикаментозного лечения, разработанным врачом. Акцент в обучении должен

делаться на развитие постоянного партнерства между врачом, больным и членами его семьи.