

# ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

22 июня 2022 г. № 59

## Об утверждении клинических протоколов

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

### 1. Утвердить:

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Признать утратившими силу структурные элементы «Импетиго (L01).», «Пиодермия (L08.0).», «Пиодермия (L08.0) (распространенные формы).», «Стафилодермия (L08.01).», «Стрептодермия (L08.02).», «Эктима (L08.03).», «Импетиго герпетиформное (L08.04).», «Эритразма (L08.1).», «Фолликулит (L08.81).», «Пузырчатка обыкновенная (L10.0).», «Пузырчатка хроническая, доброкачественная, семейная (L10.8).», «Приобретенный кератоз фолликулярный (L11.0).», «Пемфигоид (L12): буллезный (L12.0); рубцующийся (L12.1).», «Приобретенный буллезный эпидермолиз (L12.3).», «Пемфигоид неуточненный (L12.9).», «Другие буллезные изменения (L13).», «Дерматит герпетиформный (L13.0).», «Субкорнеальный пустулезный дерматит (L13.1).», «Атопический дерматит (L20).», «Почесуха Бенье (L20.0).», «Экзема детская (L20.81).», «Экзема эндогенная (аллергическая) (L20.82).», «Нейродермит диффузный (L20.84).», «Нейродермит локализованный (L20.85).»,

«Себорейный дерматит (L21).», «Себорея головы (L21.0). Другой себорейный дерматит (L21.8). Себорейный дерматит неуточненный (L21.9).», «Аллергический контактный дерматит (L23). Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена (L23.9).», «Экфолиативный дерматит (идиопатическая эритродермия) (L26).», «Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь (токсикодермия медикаментозная, пищевая, немедикаментозная) (L27).», «Почесуха узловатая (L28.1). Другая почесуха (L28.2).», «Строфулюс взрослых (L28.21).», «Другой зуд (L29.8).», «Другие дерматиты (L30).», «Монетовидная экзема (L30.0).», «Дисгидроз [помфоликс] (L30.1).», «Кожная аутоенсибилизация (L30.2).», «Инфекционный дерматит (статическая, микотическая, паратравматическая экзема) (L30.3).», «Эритематозная опрелость (L30.4).», «Питириаз белый (L30.5).», «Другой уточненный дерматит (L30.8).», «Псориаз (L40). Псориаз обыкновенный (L40.0).», «Генерализованный пустулезный псориаз (L40.1).», «Акродерматит стойкий [аллопо] (L40.2).», «Пустулез ладонный и подошвенный (L40.3).», «Бактерид Эндрюса, пустулезный (L40.31).», «Псориаз каплевидный (L40.4).», «Псориаз артропатический (L40.5) (M07.0-M07.3\*, M09.0\*).», «Псориаз артропатический (L40.5).», «Парапсориаз (L41).», «Питириаз лихеноидный и оспоподобный острый (L41.0).», «Питириаз лихеноидный хронический (L41.1).», «Лимфоматоидный папулез (L41.2).», «Другой парапсориаз (L41.8). Неуточненный парапсориаз (L41.9).», «Питириаз розовый [Жибера] (L42).», «Лишай красный плоский (L43).», «Лишай гипертрофический красный плоский (L43.0).», «Другие папулосквамозные изменения (L44).», «Питириаз красный волосистой отрубевидный (L44.0).», «Лихен блестящий (L44.1).», «Детский папулезный акродерматит (L44.4).», «Крапивница (L50). Аллергическая крапивница (L50.0). Идиопатическая крапивница (L50.1). Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температур (L50.2). Дерматографическая крапивница (L50.3). Вибрационная крапивница (L50.4).», «Другая крапивница (L50.8). Крапивница хроническая (L50.82). Крапивница неуточненная (L50.9).», «Эритема многоформная (L51). Небуллезная эритема многоформная (L51.0). Буллезная эритема многоформная (L51.1).», «Токсический эпидермальный некролиз [лайелла] (L51.2).», «Узловатая эритема (острая) (L52).», «Узловатая эритема (хроническая) (L53).», «Псориатическая эритродермия (L53.8).», «Гнездная алопеция (L63). Алопеция тотальная (L63.0).», «Угри (пустулезные)(L70). Угри обыкновенные (L70.0). Другие угри (индуративные, конглобатные, некротические) (L70.8).», «Розацеа (L71).», «Периоральный дерматит (L71.0).», «Псевдофолликулит волос бороды (сикоз) (L73.1). Гидраденит (L73.2).», «Витилиго (L80).», «Дискоидная красная волчанка (L93.0).», «Локализованная склеродермия [morphea] (L94.0). Генерализованная (M34.9).», «Склеродермия локализованная (L94.0).» приложения 3 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2008 г. № 142 «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения».

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

Министр

Д.Л.Пиневиц

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной

исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

Государственный пограничный  
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности  
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел  
Республики Беларусь

Министерство обороны  
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным  
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия  
наук Беларуси

Управление делами Президента  
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
22.06.2022 № 59

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с болезнями придатков кожи (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L60–L75).

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

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

алопеция – патологическое выпадение волос, приводящее к их частичному или полному исчезновению в определенных областях головы или туловища;

периоральный дерматит (розацеаподобный дерматит, светочувствительный дерматит, стероидиндуцированный дерматит, светочувствительный себоройд) – хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся эритематозно-папулезными, папуло-везикулезными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области.

розацеа (acne rosacea, розовые угри) – хроническое, рецидивирующее, воспалительное заболевание преимущественно кожи лица, характеризующееся стадийностью клинических проявлений и прогрессивным течением;

pull-test (тест натяжения волос) согласно приложению 1 – диагностическая процедура для определения тяжести потери волос.

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

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

6. Пациенты с фолликулярными кистами кожи и подкожной клетчатки получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях хирургического или онкологического профиля.

7. Пациенты с гидраденитом гнойным получают лечение в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях хирургического профиля.

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

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

## **ГЛАВА 2**

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ**

10. Обязательные диагностические мероприятия:

10.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

10.2. обязательные лабораторные исследования:

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

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

10.3. дополнительные диагностические исследования:

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

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);

исследование уровня свободного тироксина (далее – Т4), тиреотропного гормона (далее – ТТГ), антител к тиреопероксидазе в крови;

исследование уровня витамина D в крови;

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

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

консультация врача-психотерапевта, врача-эндокринолога, врача-невролога.

## 11. Местное лечение:

11.1. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 2):

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г, раствор для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос 2 раза/сутки до 2 месяцев

или

клобетазол, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос 2 раза/сутки под окклюзионную повязку до 2 месяцев,

или

клобетазол, раствор для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос 2 раза/сутки до 2 месяцев,

или

бетаметазон, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос 2 раза/сутки до 2 месяцев;

## 11.2. ЛП для лечения заболеваний кожи:

миноксидил, раствор для наружного применения 20 мг/г, 50 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос (не менее 3 месяцев).

По решению врачебного консилиума назначаются:

пимекролимус<sup>1</sup>, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3 месяца.

При алопеции в области роста ресниц – аналоги простагландина:

латанопрост<sup>1</sup> капли глазные 0,005 % – местно 1 раз/сутки вечером наносить на основание ресниц верхнего века не менее 1 месяца до достижения клинического эффекта.

---

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

<sup>2</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

## 12. Симптоматическое лечение:

### 12.1. микроэлементы:

цинка сульфат, таблетки, покрытые оболочкой 124 мг – внутрь 5 мг/кг 3 раза/сутки 3 месяца;

цинка пиколинат, таблетки 22 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 3 месяца.

Глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае тяжелого течения (при поражении  $\geq 25\%$  волосистой части головы), прогрессирующего течения (положительный pull-test) или в случае неэффективности местного лечения по одной из схем:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,4–0,6 мг/кг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней 12 недель

или

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 40 мг/сутки (6 таблеток утром, 2 таблетки днем) с постепенным снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены в течение 6 недель,

или

дексаметазон, таблетки 0,5 мг – внутрь 5 мг/сутки (5 таблеток утром, 3 таблетки днем, 2 таблетки вечером) 2 последовательных дня в неделю 6 месяцев;

12.2. селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты назначаются в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

метотрексат<sup>2</sup>, таблетки 2,5 мг; 5 мг – внутрь 15–30 мг/неделю 9–18 месяцев

или

метотрексат<sup>3</sup>, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 15 мг/1,5 мл, 20 мг/2 мл – подкожно 15–30 мг/неделю 9–18 месяцев;

метотрексат назначается в виде монотерапии или в комбинации с преднизолоном, таблетки 5 мг – внутрь 10–20 мг/сутки (2/3 суточной дозы утром, 1/3 суточной дозы вечером) до возобновления роста волос;

или

циклоsporин<sup>3</sup>, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь в начальной дозе 2,5–5 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом – 2–12 месяцев. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

---

<sup>3</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

### **ГЛАВА 3**

#### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ**

13. Обязательные диагностические мероприятия:

13.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

13.2. обязательные лабораторные исследования:

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

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

### 13.3. дополнительные диагностические исследования:

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

исследование уровня общего кортизола в крови;

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

исследование уровня простатспецифического антигена в крови для мужчин старше 45 лет перед началом терапии финастеридом;

исследование уровня пролактина, 17-гидроксипрогестерона, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, общего эстрадиола, дигидроэпиандростерона сульфата, свободного тестостерона, глобулина, связывающего половые гормоны в крови (для женщин);

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

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

консультация врача-гинеколога, врача-эндокринолога.

### 14. Местное лечение:

для лечения андрогенной алопеции у мужчин: миноксидил, раствор для наружного применения 50 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос (6–24 месяца);

для лечения андрогенной алопеции у женщин: миноксидил, раствор для наружного применения 20 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос (6–24 месяца).

### 15. Системное лечение:

15.1. для лечения андрогенной алопеции у мужчин:

ингибиторы 5- $\alpha$ -редуктазы (по решению врачебного консилиума):

дутастерид<sup>4</sup>, таблетки 0,5 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раза/сутки 6–12 месяцев;

15.2. для лечения андрогенной алопеции у женщин (при синдроме гиперандрогении) (по решению врачебного консилиума):

гормональные контрацептивы для системного применения<sup>2</sup> (комбинированные оральные контрацептивы):

этинилэстрадиол/ципротерона ацетат, таблетки 35 мкг/200 мкг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме до возобновления роста волос

или

антагонисты альдостерона:

спиринолактон<sup>5</sup>, таблетки 25 мг, 50 мг – внутрь 100–200 мг/сутки ежедневно в комбинации с гормональными контрацептивами для системного применения до менопаузы. В постменопаузном периоде спиринолактон назначают в виде монотерапии.

---

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

<sup>5</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

## **ГЛАВА 4**

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДРУГОЙ НЕРУБЦУЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ ВОЛОС**

16. Обязательные диагностические мероприятия:

16.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений.

16.2. обязательные лабораторные исследования:

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

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

16.3. дополнительные диагностические исследования:

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

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);

определение уровня железа, ферритина в крови;

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

исследование уровня витамина D, витамина B12, фолиевой кислоты в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

консультация врача-эндокринолога, врача-невролога.

17. После устранения провоцирующего фактора телогеновой алопеции согласно приложению 4 выпадение волос регрессирует через 4–6 месяцев.

18. Лечение подлежат пациенты с хронической телогеновой алопецией (более 6 месяцев).

19. Местное лечение:

миноксидил<sup>6</sup> применяется по решению врачебного консилиума. Для лечения хронической телогеновой алопеции у мужчин: миноксидил, раствор для наружного применения 50 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос;

для лечения хронической телогеновой алопеции у женщин: миноксидил, раствор для наружного применения 20 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до возобновления роста волос.

Применение миноксидила противопоказано при остром процессе (положительный pull-test).

---

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

## 20. Симптоматическое лечение:

### 20.1. микроэлементы:

цинк сульфат, таблетки, покрытые оболочкой 124 мг – внутрь 5 мг/кг 2 раза/сутки 1–3 месяца;

цинк пиколинат, таблетки 22 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 1–3 месяца;

### 20.2. витамины и витаминopodobные ЛП:

биотин, таблетки 25 мг, 50 мг, капсулы 25 мг, 50 мг – внутрь 50–100 мг/сутки 1–3 месяца,

фолиевая кислота, таблетки 0,4 мг; 1 мг – внутрь 0,4–1 мг/сутки 1–3 месяца.

## ГЛАВА 5

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ МУЦИНОЗНОЙ (ФОЛЛИКУЛЯРНЫМ МУЦИНОЗОМ, МУЦИНОЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПИНКУСА)

## 21. Обязательные диагностические мероприятия:

### 21.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

### 21.2. обязательные лабораторные исследования:

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

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

### 21.3. дополнительные диагностические исследования:

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

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);  
исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;  
биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;  
осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия).

## 22. Местное лечение:

глюкокортикоиды для наружного применения I–III класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 2):

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

или

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

или

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

## 23. Симптоматическое лечение:

23.1. при остром воспалительном процессе – нестероидные противовоспалительные ЛП:  
напроксен, таблетки 275 мг, 550 мг – внутрь 550–1100мг/сутки в 2 приема 7–10 суток

или

ибупрофен, таблетки, покрытые оболочкой, капсулы 200 мг, 400 мг – внутрь в таблетках по 200 мг 3–4 раза/сутки; в таблетках по 400 мг 2–3 раза/сутки (не более 1200 мг/сутки) 7–10 суток,

или

нимесулид, таблетки 100 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 7–10 суток,

индометацин, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 7–10 суток;

23.2. иммунодепрессанты назначаются в случае торпидного течения или неэффективности местного лечения (по решению врачебного консилиума):

гидроксихлорохин<sup>7</sup>, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 3 раза/сутки 10 суток, затем по 1 таблетке 2 раза/сутки 2–5 месяцев

или

дапсон<sup>8</sup>, таблетки 50 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки 4 недели;

23.3. антибактериальные ЛП для системного применения:

доксциклин<sup>8</sup>, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 1–2 раза/сутки 6–12 месяцев;

23.4. глюкокортикоиды для системного применения назначают в случае прогрессирующего течения или неэффективности лечения гидроксихлорохином, дапсоном, доксициклином:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 30–40 мг/сутки с постепенным снижением дозы на 5 мг в 2–3 недели до отмены в течение 2–4 месяцев;

23.5. селективные иммунодепрессанты назначаются в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

циклоsporин<sup>8</sup>, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь 3–5 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом – 2–5 месяцев. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

---

<sup>7</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

<sup>8</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

## **ГЛАВА 6**

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦУЮЩЕЙ АЛОПЕЦИЕЙ**

24. Алопеция пятнистая рубцующая (псевдопелада) необратима, эффективное лечение отсутствует.

25. Обязательные диагностические мероприятия:

25.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

25.2. обязательные лабораторные исследования:

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

25.3. дополнительные диагностические исследования:

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

определение уровня железа, ферритина в крови;

исследование уровня Т4, ТТГ, антител к тиреопероксидазе в крови;

исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (ANA, anti-DNA-антитела);

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

бактериологическое исследование содержимого пустул (при декальвирующем фолликулите);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

консультация врача-гинеколога; врача-эндокринолога.

## 26. Местное лечение:

26.1. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 2):

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 3–6 месяцев

или

бетаметазон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 3–6 месяцев.

26.2. ЛП для лечения заболеваний кожи (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус<sup>9</sup>, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3 месяца

или

миноксидил, раствор для наружного применения 20 мг/г – наносить тонким слоем на очаги отсутствия волос по 1 мл 2 раза/сутки до 24 месяцев.

## 27. Системное лечение:

27.1. при рубцующей алопеции вследствие лишая плоского волосяного (по решению врачебного консилиума):

гидроксихлорохин<sup>10</sup>, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 1–2 раза/сутки 3–12 месяцев;

27.2 глюкокортикоиды для системного применения назначают в случае неэффективности лечения гидроксихлорохином:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 20–80 мг/сутки 2–6 недель;

27.3. селективные иммунодепрессанты назначают в случае неэффективности лечения глюкокортикоидами для системного применения (по решению врачебного консилиума):

циклоспорин<sup>11</sup>, капсулы 25 мг, 50 мг, 100 мг – внутрь 3–5 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом до 7 месяцев.

---

<sup>9</sup> Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

<sup>10</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

<sup>11</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

28. Местное лечение рубцующей алопеции вследствие фолликулита, приводящего к облысению (декальвирующего фолликулита) и перифолликулита головы абсцедирующего (Гоффмана):

28.1. ЛП, содержащие деготь:

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

28.2. антибиотики для наружного применения:

克林дамицин 1–2 % крем/раствор для наружного применения 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

28.3. глюкокортикоиды для наружного применения III–IV класса (по классификации глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии согласно приложению 2) при перифолликулите головы абсцедирующем (Гоффмана):

клобетазол, мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 6 месяцев

или

бетаметазон, мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки до 6 месяцев.

29. Системное лечение рубцующей алопеции вследствие фолликулита, приводящего к облысению (декальвирующего фолликулита) и перифолликулита головы абсцедирующего:

29.1. антибактериальные ЛП для системного применения назначают при прогрессирующем течении алопеции (по решению врачебного консилиума):

рифампицин, капсулы 150 мг – внутрь по 2 капсулы 2 раза/сутки + клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 300 мг 2 раза/сутки 10 недель

или

доксциклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 100 мг 1 раза/сутки 3 месяца,

или

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 200–500 мг 4 раза/сутки 4 недели,

или

klarитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500 мг 2 раза/сутки 4 недели,

или

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500 мг 2 раза/сутки 4 недели;

29.2. ретиноиды для лечения акне для системного применения назначают в случае тяжелого, торпидного, рецидивирующего течения (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин<sup>12</sup>, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – 0,5–1 мг/кг/сутки (в тяжелых случаях 2 мг/кг/сутки) 4–6 месяцев;

29.3. в тяжелых случаях в комбинации с изотретиноином рекомендовано:

глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5 мг/кг/сутки 4 недели со снижением дозы каждые 2 недели на 5 мг/сутки до полной отмены;

29.4. иммунодепрессанты назначаются в случае неэффективности лечения ретиноидами и (или) антибактериальными ЛП для системного применения (по решению врачебного консилиума):

дапсон<sup>13</sup>, таблетки 50 мг – внутрь 50–100 мг/сутки (длительность лечения определяется индивидуально). Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

---

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

<sup>13</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

## ГЛАВА 7 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УГРЯМИ

### 30. Обязательные диагностические мероприятия:

#### 30.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

#### 30.2. обязательные лабораторные исследования:

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

общий анализ мочи;

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

#### 30.3. дополнительные диагностические исследования:

исследование уровня пролактина; 17-гидроксипрогестерона; лютеинизирующего гормона; фолликулостимулирующего гормона; общего эстрадиола; дигидроэпиандростерона сульфата; свободного тестостерона; глобулина, связывающего половые гормоны в крови (для женщин);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) яичников (для женщин);

проведение теста на толерантность к глюкозе;

консультация врача-гинеколога, врача-эндокринолога.

### 31. Местное лечение:

#### 31.1. ЛП для лечения угревой сыпи для наружного применения:

азелаиновая кислота, крем для наружного применения 200 мг/г, гель для наружного применения 150 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 месяцев;

31.2. антибиотики для наружного применения назначают при папуло-пустулезных угрях средней, тяжелой степени тяжести (нодулярных, келоидных угрях):

克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6–8 недель

или

эритромицин, гель для наружного применения 25 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6–8 недель,

или

克林дамицин/бензоила пероксид, гель для наружного применения (10 мг + 50 мг)/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 месяцев.

32. Системное лечение:

32.1. микроэлементы:

цинка сульфат, таблетки, покрытые оболочкой 124 мг – внутрь 5 мг/кг 3 раза/сутки 1–3 месяца

или

цинка пиколинат, таблетки 22 мг – внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сутки 1–3 месяца;

32.2. антибактериальные ЛП для системного применения назначают при папуло-пустулезных угрях средней, тяжелой степени тяжести (нодулярных, келоидных угрях):

доксицилин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь 100 мг 1 раз в сутки 2–6 месяцев;

32.3. ретиноиды для лечения акне для системного применения назначают при папуло-пустулезных угрях средней/тяжелой степени тяжести и (или) нодулярных, келоидных угрях и в случае неэффективности лечения антибактериальными ЛП для системного применения:

изотретиноин, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – 0,5–1 мг/кг/сутки внутрь – кумулятивная доза 120–150 мг/кг массы тела (длительность лечения определяется индивидуально). Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3;

32.4. гормональные контрацептивы для системного применения (комбинированные оральные контрацептивы) применяют для лечения папуло-пустулезных угрей тяжелой степени и (или) нодулярных и конглобатных угрей у женщин:

этинилэстрадиол/дроспиренон, таблетки 20 мкг/3 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме 6 и более месяцев

или

этинилэстрадиол/ципротерона ацетат, таблетки 35 мкг/200 мкг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме 6 и более месяцев,

или

антагонисты альдостерона:

спиронолактон<sup>14</sup>, таблетки 25 мг, 50 мг – внутрь 50–150 мг/сутки 6 и более месяцев;

---

<sup>14</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

32.5. глюкокортикоиды для системного применения назначаются в случае тяжелого течения келоидных или фульминантных угрей:

преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 30–60 мг 1 раза/сутки 5–7 суток с отменой.

При неэффективности лечения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 0,5–1,0 мг/кг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены.

## ГЛАВА 8 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА

33. Обязательные диагностические мероприятия:

33.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

33.2. обязательные лабораторные исследования:

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

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

33.3. дополнительные диагностические исследования:

общий анализ мочи;

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

эзофагогастродуоденоскопия;

исследование материала желудка на наличие *Helicobacter pylori* или уреазный дыхательный тест, или определение антител к *Helicobacter pylori* в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-гастроэнтеролога, врача-офтальмолога.

34. Пациентам необходимо избегать провоцирующих факторов: воздействия низких и высоких температур, ультрафиолетового облучения, алкоголя, острой пищи и психоэмоционального напряжения. Необходимо использование солнцезащитных средств с фильтром 30–50.

35. Местное лечение:

35.1. антимикробные ЛП для наружного применения:

метронидазол, гель для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3–9 недель;

35.2. при наличии папул и пустул:

азелаиновая кислота, крем для наружного применения 200 мг/г, гель для наружного применения 150 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 месяцев;

35.3. для лечения эритематозно-телеангиэктатического подтипа розацеа (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус<sup>15</sup>, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки до полного регресса высыпаний (длительность лечения определяется индивидуально). При отсутствии улучшения в течение двух недель рассматривается вопрос о смене терапевтической тактики;

---

<sup>15</sup> Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

35.4. антибиотики для наружного применения назначают при папуло-пустулезном подтипе розацеа:

克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл 2 раза/сутки 6–8 недель  
или

克林дамицин/бензоила пероксид, гель для наружного применения (10 мг + 50 мг)/г 2 раза/сутки 4–6 месяцев.

36. Системное лечение:

36.1. антибактериальные ЛП для системного применения применяют для лечения эритематозно-телеангиэктатического, папуло-пустулезного подтипов, офтальморозацеа и гранулематозной розацеа:

доксициклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 100 мг 1–2 раза/сутки 14–21 суток, затем по 1 капсуле 1 раза/сутки до 12 недель;

36.2. ретиноиды для лечения акне для системного применения применяют для лечения эритемато-телеангиэктатического, папуло-пустулезного подтипов, офтальморозацеа и гранулематозной розацеа при тяжелом, резистентном к лечению течении (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин<sup>16</sup>, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,1–0,3 мг/кг/сутки 4–6 месяцев. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

---

<sup>16</sup> Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

## ГЛАВА 9

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИОРАЛЬНЫМ ДЕРМАТИТОМ

37. Обязательные диагностические мероприятия:

37.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

37.2. дополнительные диагностические исследования:

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

общий анализ мочи;

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

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

эзофагогастродуоденоскопия;

исследование материала желудка на наличие *Helicobacter pylori* или уреазный дыхательный тест, или определение антител к *Helicobacter pylori* в крови;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-гастроэнтеролога.

38. Пациентам необходимо избегать провоцирующих факторов: глюкокортикостероидных ЛП для наружного применения, ультрафиолетового облучения, зубных паст, содержащих фтор. Необходимо использование солнцезащитных средств с фильтром 30–50.

39. Местное лечение:

39.1. антимикробные ЛП для наружного применения:

метронидазол, гель для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 3–9 недель;

39.2. при наличии папул:

азелаиновая кислота<sup>17</sup>, крем для наружного применения 200 мг/г, гель для наружного применения 150 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 4–6 месяцев;

39.3. при наличии эритемы (по решению врачебного консилиума):

пимекролимус<sup>18</sup>, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки до полного регресса высыпаний (длительность лечения определяется индивидуально).

---

<sup>17</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

<sup>18</sup> Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

40. Системное лечение:

40.1. при тяжелых формах заболевания и при неэффективности наружной терапии – антибактериальные ЛП для системного применения:

доксициклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 1–2 раза/сутки 4–8 недель

или

эритромицин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки от 1 до 3–4 месяцев;

40.2. ретиноиды для лечения акне для системного применения применяют при тяжелом, резистентном к лечению антибактериальными ЛП течении периорального дерматита (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин<sup>19</sup>, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,1–0,5 мг/кг/сутки 6–20 недель. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3.

---

<sup>19</sup> Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

## **ГЛАВА 10**

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОФЛЛИКУЛИТОМ ВОЛОС БОРОДЫ**

41. Обязательные диагностические мероприятия:

41.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

41.2. дополнительные диагностические исследования:

общий (клинический) анализ крови развернутый;

общий анализ мочи;

осмотр кожи волосистой части головы под увеличением (дерматоскопия или трихоскопия);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи.

42. Местное лечение:

при наличии пустул – антибиотики для наружного применения:

клиндамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 2–4 недели

или

эритромицин, гель для наружного применения 25 мг/г – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 2–4 недели.

43. Системное лечение:

при тяжелых формах заболевания и при неэффективности наружной терапии – антибактериальные ЛП для системного применения:

доксциклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь по 1 капсуле 1–2 раза/сутки 4–8 недель.

## **ГЛАВА 11**

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИКОЗОМ БОРОДЫ**

44. Обязательные диагностические мероприятия:

44.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

44.2. обязательные лабораторные исследования:

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

44.3. дополнительные диагностические исследования:

общий анализ мочи;

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

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП.

45. Местное лечение:

антибиотики для наружного применения:

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

или

клиндамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6–8 недель,

или

клиндамицин/бензоила пероксид, гель для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки (10мг+50мг)/г 2 раза/сутки 4–6 месяцев.

46. Системное лечение:

при тяжелых формах заболевания и при неэффективности наружной терапии – антибактериальные ЛП для системного применения:

цефалоспорины 1 поколения:

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

цефалоспорины 2 поколения:

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

или

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

или

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

цефалоспорины 3 поколения:

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

## ГЛАВА 12

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ МЕРОКРИННЫХ [ЭКРИННЫХ] ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ

47. Обязательные диагностические мероприятия:

47.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

47.2. обязательные лабораторные исследования:

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

47.3. дополнительные диагностические исследования:

общий анализ мочи;

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

проба Минора (йодо-крахмальный тест) (согласно приложению 5);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-эндокринолога, врача-невролога.

48. Местное лечение:

косметические средства с антихолинэргическим действием:

гексагидратхлорида алюминия, раствор для наружного применения 12–20 % – наносить тонким слоем на области с повышенным потоотделением 1 раз в сутки на ночь до купирования симптомов

или

гликопиррония бромид, лосьон для наружного применения 0,5–2 % – наносить тонким слоем на области с повышенным потоотделением 1–2 раза/сутки до купирования симптомов.

## ГЛАВА 13

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ АПОКРИННЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ

49. Обязательные диагностические мероприятия:

49.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

49.2. обязательные лабораторные исследования:

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

49.3. дополнительные диагностические исследования:

общий анализ мочи;

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

люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда);

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;

консультация врача-эндокринолога, врача-косметолога.

50. Местное лечение:

косметические средства с антихолинэргическим действием:

гексагидрат хлорида алюминия, раствор для наружного применения 12–20 % – наносить тонким слоем на области с повышенным потоотделением 1 раза/сутки на ночь до купирования симптомов

или

гликопиррония бромид, лосьон для наружного применения 0,5–2 % – наносить тонким слоем на области с повышенным потоотделением 1–2 раза/сутки до купирования симптомов.

## ГЛАВА 14

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ФОКСА-ФОРДАЙСА

51. Обязательные диагностические мероприятия:

51.1. клинические мероприятия:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

51.2. обязательные лабораторные исследования:

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

51.3. дополнительные диагностические исследования:

общий анализ мочи;

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

исследование уровня пролактина; лютеинизирующего гормона; фолликулостимулирующего гормона; общего эстрадиола; свободного тестостерона;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи;  
консультация врача-эндокринолога.

52. Местное лечение:

антибиотики для наружного применения:

克林дамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на пораженные участки 2 раза/сутки 6–8 недель.

53. Системное лечение:

53.1. ретиноиды для лечения акне для системного применения применяют при тяжелом, резистентном к лечению антибактериальными ЛП течении заболевания (по решению врачебного консилиума):

изотретиноин<sup>20</sup>, капсулы 8 мг, 10 мг, 16 мг, 20 мг – внутрь 0,1–0,3 мг/кг/сутки 2–4 месяца. Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии осуществляется в соответствии с приложением 3;

53.2. гормональные контрацептивы для системного применения (комбинированные оральные контрацептивы)<sup>21</sup> применяют для лечения женщин:

этинилэстрадиол<sup>21</sup>/дроспиренон<sup>20</sup> таблетки 20 мкг/3 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме 6 и более месяцев  
или

этинилэстрадиол<sup>21</sup>/ципротерона ацетат<sup>21</sup>, таблетки 35 мкг/200 мкг – внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки с первого или второго дня менструального цикла по схеме 6 и более месяцев.

---

<sup>20</sup> Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

<sup>21</sup> Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

## **ГЛАВА 15**

### **МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

54. Медицинское наблюдение пациентов с алопецией осуществляют врач-дерматовенеролог, врач-терапевт участковый, врач общей практики.

55. Медицинское наблюдение врачом-дерматовенерологом осуществляется 1 раз в месяц в течение 2 месяцев после установления диагноза, далее 2 раза в год.

56. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в течение 1 месяца после установления диагноза:

общий (клинический) анализ крови – однократно;

общий анализ мочи – однократно;

биохимический анализ крови – однократно.

57. Диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента после 2 месяцев наблюдения:

общий (клинический) анализ крови – 1 раз в год;

общий анализ мочи – 1 раз в год;

биохимический анализ крови – 1 раз в год.

58. Пациентам, находящимся на иммуносупрессивной терапии или терапии ретиноидами для системного применения показан регулярный контроль за клинико-лабораторными показателями, инструментальные и другие диагностические исследования по месту жительства (месту проживания) пациента в зависимости от степени тяжести заболевания и вида терапии в соответствии с приложением 3.

59. При наличии медицинских показаний проводится консультация врача-эндокринолога, врача-невролога, врача-гинеколога, врача-психотерапевта.

#### Приложение 1

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

### **Pull-test (тест натяжения волос)**

Pull-test (тест натяжения волос) – диагностическая процедура для определения тяжести потери волос. Техника выполнения: необходимо зажать между пальцами около 50–60 волос в пораженном участке, а затем потянуть их в сторону от кожи скальпа вдоль стержней. Тест необходимо провести в четырех областях кожи волосистой части головы (лобной, затылочной и теменных областях слева и справа). Перед проведением теста необходимо не мыть голову как минимум 1 сутки.

Интерпретация теста: выдергивание более 5–6 волос говорит об усиленном их выпадении, результат теста считается положительным. У пациентов с очаговой алопецией необходимо повторять тест в центральной и краевой части очага.

#### Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

### **Классификация глюкокортикоидов для наружного применения, применяемых в дерматологии**

№ п/п	Класс	Активность	ЛП	Форма выпуска
1	I	Слабоактивные	Гидрокортизон	мазь для наружного применения 1 мг/г,

				крем для наружного применения 1 мг/г
Преднизолон	мазь для наружного применения 5 мг/г			
2	II	Умеренно активные	Триамцинолон	мазь для наружного применения 1 мг/г
Гидрокортизона бутират	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г			
3	III	Высокоактивные	Флуоцинолона ацетонид	мазь для наружного применения 0,25 мг/г
Бетаметазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г			
Метилпреднизолона ацепонат	мазь для наружного применения 1 мг/г, эмульсия для наружного применения 1 мг/г			
Мометазон	мазь для наружного применения 1 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г			
4	IV	Очень высокоактивные	Клобетазол	мазь для наружного применения 0,5 мг/г, крем для наружного применения 0,5 мг/г

### Приложение 3

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

### Оценка безопасности системной иммуносупрессивной терапии

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

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

		мочевина, креатинин, общий белок)	
5	Изотретиноин	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин (общий, прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин, общий белок, триглицериды, холестерин); тест на беременность до лечения (для женщин)	1 раз в месяц

#### Приложение 4

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

### Провоцирующие факторы телогеновой алопеции

№ п/п	Физиологические причины	Начальная стадия андрогенной алопеции, беременность
1	Физический/эмоциональный стресс	Тяжелые лихорадочные заболевания или инфекции, недостаточное питание / нарушение всасывательной функции желудочно-кишечного тракта, дефицит микроэлементов, заболевания щитовидной железы, энтеропатический акродерматит, тяжелые травмы (операции, несчастные случаи), хронические заболевания (аутоиммунные заболевания, злокачественные новообразования, органная недостаточность), эмоциональный стресс, неизвестная причина (идиопатическая)
2	ЛПП	Антикоагулянты, противосудорожные ЛПП, анти тиреоидные ЛПП, бета-блокаторы, оральные контрацептивы, тяжелые металлы, заместительная гормональная терапия, гиполипидемические ЛПП, системные ретиноиды

#### Приложение 5

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»

### Проба Минора (йодо-крахмальный тест)

Для проведения пробы необходимы: 5 % спиртовой раствор йода; картофельный крахмал; маркер; антисептик.

Пациент находится в положении лежа, руки – под головой. Область потоотделения обрабатывается 5 % спиртовым раствором йода. Через 1–2 минуты после высыхания раствора на исследуемую область наносится тонким слоем картофельный крахмал. Результат изучают через 5 минут. При наличии потоотделения наблюдается окрашивание обработанной

поверхности в синий цвет (интенсивность цвета варьирует от черно-синего до бледно-синего, и меняется в зависимости от степени активности потоотделения). После проведенной пробы площадь гипергидроза отмечается маркером, затем крахмал смывается антисептиком.

Интерпретация результатов: легкая степень гипергидроза – пятна пота диаметром до 10 сантиметров, умеренная – от 10 до 20 сантиметров, тяжелая – более 20 сантиметров.