

Угревая болезнь



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017

Категории МКБ: Угри (L70)

Разделы медицины: Дерматовенерология

Общая информация

Краткое описание

Одобрено

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг

Министерства здравоохранения Республики Казахстан

от «29» июня 2017 года

Протокол №24

Угри (синоним акне) – является полиморфным, воспалительным заболеванием кожи, обычно поражающим лицо (99% случаев), реже спину, грудь; на фоне сопутствующей себореи.

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
L 70	Угри
L 70.0	Угри обыкновенные
L 70.1	Угри шаровидные
L 70.2	Угри осповидные
L 70.3	Угри тропические
L 70.4	Детские угри
L 70.5	Acne exscariee des jeunesfilles
L 70.8	Другие угри
L 70.9	Угри неуточненные

Дата разработки/пересмотра протокола: 2017 год.

Сокращения, используемые в протоколе:

РКИ	—рандомизированное клиническое исследование
КВД	—кожно-венерологический диспансер
УД	—уровень доказательности
МНН	—международное непатентованное название
ФСГ	—фолликулостимулирующий гормон
ЛГ	—лютеинизирующийгормон
ДГЭА	—дегидроэпиандростерон

Мл	- миллилитр
Мг	- миллиграмм
ОАК	- общий анализ крови
ОАМ	- общий анализ мочи
СГКС	- системные глюкокортикостероиды
ВРО	- бензоила пероксид
ИМТ	- индекс массы тела
КОК	- комбинированные оральные контрацептивы
САНА-синдром	- симптомокомплекс себорея, акне, гирсутизм, алопеция
КФК	- креатининфосфокиназа
АЛТ	- аланинаминотрансфераза
АСТ	- аспартатаминотрансфераза
ТГ	- триглицериды

Пользователь протокола: врач общей практики, терапевт, педиатр, дерматовенеролог.

Категория пациентов: дети, взрослые.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика

Классификация

Классификация [1,2,4]

Основной классификацией является деление угрей по степени тяжести:

- комедональные угри – комедоны (открытые и закрытые);
- легкие и умеренные папулопустулезные угри – комедоны, папулы и до 5 пустул;
- тяжелые папулопустулезные или умеренные узловые угри – комедоны, папуло-пустулезная сыпь, до 5 узлов;
- тяжелые узловые или конглобатные акне – выраженная воспалительная реакция в глубоких слоях дермы с формированием множественных болезненных узлов и кист.

Классификация основана на подсчёте воспалительных элементов: папул, пустул, узлов и считается

наилучшей оценкой степени тяжести.

Кроме этого существуют клинические разновидности акне:

- угри новорожденных;
- угри младенцев;
- угри юношеские;
- угри поздние;
- угри fulminans;
- грамотрицательный фолликулит;
- механические угри;
- угри масляные, смоляные;
- хлоракне;
- эксфолиированные угри;
- постоянные угри, связанные с генетическими или ятрогенными эндокринопатиями (угри взрослых: локализованные на спине, постювенильные угри у женщин, постменопаузальные, синдром маскулинизации у женщин, поликистоз яичников, андролитеома беременных, избыток андрогенов у мужчин, допинговые, тестостерон-индуцированные молниеносные угри у чрезвычайно высоких подростков мужского пола);
- Болезнь Фавра – Ракушо;
- Акне – келоид.

Диагностика

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ [1-3]

Диагностические критерии

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- на высыпания на коже лица, шеи, груди, спины, волосистой части головы, сопровождающиеся болезненностью;
- отказ от посещения учебных заведений, общественных мест, угнетённое настроение.

Анамнез:

- Угри новорожденных возникают в первые недели после рождения;
 - Угри младенцев возникают на 6 – 9 месяце жизни;
 - Угри юношеские (подростковые) возникают в возрасте 11 лет и старше;
 - Угри поздние возникают в возрасте 25 лет и старше или являются переходом угрей юношеских;
- Как правило, выявляется отягощенный наследственный анамнез по заболеванию и/или наследственно обусловленная гиперандрогения.

Физикальное обследование:

- Неонатальные и младенческие угри возникают на коже щёк;
- Подростковые или юношеские угри возникают в Т-зоне (лоб, нос, подбородок);
- Поздние угри возникают в U-зоне (подбородок, нижняя челюсть, шея).

В дальнейшем сыпь может распространяться на другие участки.

Иницирующим первичным морфологическим элементом являются не воспалительные элементы: микрокомедоны открытые, черноточечные и/или закрытые, белые. Локализуются на коже лба, носа и щек, подбородка.

Не воспалительные элементы затем трансформируются в поверхностные воспалительные элементы:

папулы, пустулы, кисты, в свою очередь, при таковой степени тяжести переходят в глубокие

папулы, пустулы, которые в свою очередь при тяжелой степени тяжести переходят в глубокие, воспалительные, болезненные узлы, размер > 1 см. Узлы могут переходить в кисты, сливаться с образованием шаровидных (конглобатных) угрей, абсцедироваться, образовывать свищевые ходы между собой. Заканчиваются формированием обширных и обезображивающих рубцов. Вторичные морфологические элементы представлены: гнойными и гнойно-геморрагическими корками, пятнами поствоспалительной гиперпигментации, атрофическими рубцами, редко келоидными рубцами. Рубцы постакне всегда аномальные и делятся на закругленные, квадратные, вдавленные фибротические и тип «осколки льда». Goodman, 2011.

Для эксориированной формы акне характерно небольшое количество первичных воспалительных элементов и обилие геморрагических корок.

Для механических акне характерна локализация открытых и закрытых комедонов, папулопустул в месте механического воздействия на кожу: например под шлемом, шапкой, челкой, повязкой.

Инструментальные исследования: нет.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови: может быть увеличение СОЭ и лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом.
- общий анализ мочи: изменений быть не должно
- биохимические анализы крови: показатель
- микрореакция преципитации (старше 14 лет): отрицательный результат
- исследование кала на гельминты и простейшие (дети до 14 лет): отрицательный результат
- ревмопробы больным с фульминантными акне – увеличение значения показателей: С-реактивный белок, антистрептолизин О. Ревматоидный фактор отрицательный.

Перед назначением изотретиноина и каждые 4 – 6 недель в процессе его приема [УД – В]:

Биохимический анализ крови: определение АЛт, АСаТ, холестерина, триглицеридов, креатининфосфокиназы (для спортсменов): перед курсом приема изотретиноина все показатели должны быть в пределах нормы.

Тест на беременность: перед курсом приема изотретиноина, в течение всего периода приема и в течение 6 месяцев после окончания приема изотретиноина должен быть отрицательным.

Исследование гормонального статуса [УД – А]:

- для мужчин с поздними акне, несмотря на проведенную классическую терапию;
 - для женщин с поздними акне, не принимающих КОК, на 2 – 4 день менструального цикла;
 - для девушек с юношескими акне, имеющими признаки САНА – синдрома (гирсутизм, акне, себорейная алопеция, себорея) и/или нарушения менструального цикла, не принимающих КОК, на 2 – 4 день менструального цикла;
 - у новорожденных, у которых сохраняются угри дольше 16-24 недель и/или у детей, у которых развивается акне в возрасте 3-7 лет
- ФСГ, ЛГ, с подсчетом индекса ЛГ/ФСГ, пролактин, свободный и связанный тестостерон, глобулины, связывающие половые стероиды, ДГЭА-сульфат, эстрадиол, 17-КС на 20 – 22 день менструального цикла – прогестерон.
- для больных с индексом массы тела больше 25
- гликолизированный гемоглобин
- Взятие крови должно быть осуществлено в период с 8.00 до 9.00 часов утра.
- В любом из перечисленных лабораторных тестов могут быть отклонения.

Микроскопическая диагностика содержимого пустул на клещ *Demodex folliculorum* – может быть обнаружен у 30% больных, страдающих воспалительными формами угрей [21]:

микробиологическая рутинная диагностика пациентам с акне не рекомендуется, она проводится при:

- подозрение на грам-орицательный фолликулит;
- подозрение на антибиотикорезистентность;
- определение чувствительности к антибиотикам при абсцедирующей форме акне.

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта – при наличии симптомов сопутствующего заболевания;
- консультация гинеколога – при наличии симптомов нарушения менструального цикла или наличии жругих симптомов.
- консультация психотерапевта – при наличии отказа от посещения учебных заведений, общественных мест, угнетённого настроения, дисморфофобии.
- консультация эндокринолога – при наличии признаков САНА-синдрома, изменений в лабораторных анализах гормонального профиля, индексе массы тела больше 25, acantosisnigricans.

Диагностический алгоритм:



Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований[1-5, 13, 14]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Розацеа	Возникновение на фоне	Микроскопия соленжимого	

Розацеа	Возникновение на фоне	Микроскопия соленжимого	
---------	-----------------------	-------------------------	--

папуло-пустулезная стадия	персистирующей багрово-синюшной стойкой эритемы и телеангиэктазий, розово-синюшных папул размером 3-5 мм, склонных к персистенции.	пустул для обнаружения клеща Demodexfolliculorum	Атрофические рубцы
Периоральный дерматит	Возникновение вокруг рта на фоне неяркой и нерезко ограниченной гиперемии возникают узелки величиной с просыное зерно, на верхушке с остроконечной пустулой, с сероватым содержимым. На границе кожи и красной каймы губ узкая полоска здоровой кожи.	Осмотр под лупой	Атрофические рубцы
Грам – отрицательный (негативный) фолликулит	У пациентов акне длительно принимающих оральные (преимущественно тетрациклины) и топические антибиотики после улучшения, на фоне лечения возникает рецидивов. Высыпания представлены изолированными поверхностными пустулами, окружёнными венчиком гиперемии.	Должно быть проведено обследование на наличие очага возбудителя заболевания в носовом проходе либо гортани.	Отсутствие предшествующей длительной общей или наружной антибиотикотерапии
Стафилококковая пиодермия. Вульгарный сикоз	Возникновение на коже лица, в зоне роста щетинистых волос. милиарные пустулы, расположенные в центре волосяного фолликула, пронизанные волосом.	Осмотр под лупой	Атрофические рубцы
Туберкулезная волчанка	Возникновение люпом – бугорков размером от булавочной головки до чечевицы, буровато-розового цвета, при надавливании симптом «яблочного желе». Вначале бугорки группируются, затем сливаются в сплошной инфильтрат, изъязвляются	Внутрикожная проба Манту, обзорная R-графия грудной клетки, кожная проба Пospelова, диаскопия	Атрофические рубцы
Дискоидная красная волчанка	Возникновение эритематозных очагов различной величины с четкими границами, слегка инфильтрированных, покрытых плотно сидящими чешуйками с атрофией кожи	Симптом Бенье – Мещерского, симптом «дамского каблочки» или «концелярской кнопки»	Атрофические рубцы

Лечение

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении
(<https://drugs.medelement.com/>)

Адапален (Adapalene)

Азелаиновая кислота (Azelaic acid)

Азитромицин (Azithromycin)

Бензоила пероксид (Benzoyl peroxide)

Дезлоратадин (Desloratadine)

Джозамицин (Josamycin)

Доксициклин (Doxycycline)

Дроспиренон (Drospirenone)

Изотретиноин (Isotretinoin)

Клиндамицин (Clindamycin)

Метронидазол (Metronidazole)

Никотинамид (Nicotinamide)

Преднизолон (Prednisolone)

Салициловая кислота (Salicylic acid)

Сульфаметоксазол (Sulphamethoxazole)

Тетрациклин (Tetracycline)

Триамцинолон (Triamcinolone)

Триметоприм (Trimethoprim)

Цефалексин (Cefalexin)

Эритромицин (Erythromycin)

Этинилэстрадиол (Ethinylestradiol)

Лечение (амбулатория)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ[2,3,5,13-16, 18-20]: амбулаторное лечение показано пациентам с легким, среднетяжелым течением или с узловатыми высыпаниями не больше 5, в период обострения, вне зависимости от локализации высыпаний; так же пациентам с неонатальными, младенческими акне; пациентам, находящимся на лечении изотретиноином.

Немедикаментозное лечение [18-20]:

- *режим 2*
- *стол № 15* с ограничением молока и молочных продуктов, технологического шоколада, жиров, легко усваиваемых углеводов, раздражающей пищи, потребление десертов, свежих фруктовых соков.

Медикаментозное лечение:

Принципиально выбор терапевтической стратегии акне должен основываться на анализе двух основных критериев:

- степени тяжести кожного процесса;
- характера его течения, однако, назначение адекватной терапии должно осуществляться с учетом типа кожи, пола, возраста, сопутствующих заболеваний, эффективности предшествующих методов лечения, осложнений, репродуктивных планов пациентки.

Основные терапевтические подходы:

1. *Местная терапия:* используется при любых формах угревой болезни. Возможна монотерапия.
2. *Системная терапия:* используется исключительно при умеренной и тяжелой формах угревой болезни.
3. При оценке эффективности терапии необходимо учитывать, что если через 12 недель после начала лечения не наблюдалось снижения повреждений на 50% либо не было улучшений качества жизни необходимо поменять терапию.

Основные лекарственные средства, используемые в терапии угревой болезни – препараты выбора:

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Системные ретиноиды (УД - А)	Изотретиноин	капсулы	10 мг, 20 мг, 8 мг, 16 мг	Индивидуально по схеме, в зависимости от степени тяжести, массы тела, возраста. Обычное дозирование или по схеме низких доз.	Назначают при среднетяжелой и тяжелой степенях при отсутствии удовлетворительного клинического ответа от проводимой системной терапии. Абсолютно противопоказано при беременности и кормлении грудью.
Антибактериальные препараты (УД – А,В)	Группа тетрациклинового ряда				
	Тетрациклин	таблетки	1 мг	2 таблетки 3 – 4 раза в сутки	Не рекомендуют одновременное назначение тетрациклиновых и системных антибактериальных препаратов, относящихся к классам. Антибиотики назначаются при папуло-пустулезной и абсцедирующей акне, а также при отсутствии эффекта от местной терапии наружными средствами.
	Доксициклин	капсулы, таблетки	50, 100, 200 мг.	1 таблетка .1 – 2 раза в сутки	
	Группа макролидов и азалидов				

Джозамицин	таблетки	500 мг	1 таблетка 2-3 раза в день	средствами. лечения, в ср составляет 8 недель.	
Эритромицин	таблетки	200, 250 мг	4-5 таблетка 2 раза в день	Наряду с обл показаниями системной антибактери терапии акне применяются у беременны кормящих же	
Азитромицин	капсулы	500 мг	1 капс в день		
Группа цефалоспоринов					
Цефалексин	Таблетки	250 мг, 500 мг	В возрастной дозировке 7 – 10 дней	Может испол качестве альтернатив частности, у беременны пациентов, имеющих ал. другие класс антибиотико назначается абсцедирую акне тяжелой тяжести.	
Группа линказамидов					
Клиндамицин	гранулы, капсулы, ампулы	150 мг., 1,0 мл	По 1 тб – 4 раза в день		
Группа сульфаниламидов					
Ко-тримаксазол	таблетки	480 мг.	По 1 тб – 2 раза в день		
Системные антиандрогены[6,7,8]	3 мг дросперинон + 20 мг этинилэстрадиола	таблетки	-	1 таблетка в сутки	Рекомендует лечения акне пациенток же пола со сред формой тяж сочетании на терапией. Ол эффективно проводится н чем через 6 приема. Горл антиандроген терапия не я первичной

	3 мг дроспиренон + 30 мг этинилэстрадиол	таблетки	-	1 таблетка в сутки	монотерапии несложных ф
Системные кортикостероиды	Преднизолон	таблетки	0,005 мг	30 – 60 мг/сут	Показан при фульминант акне. коротк Рекомендуем 1мг/кг в течен недели с пос снижением д
	Триамцинолон	раствор в ампулах	40 мг/мл	10 мг / мл.или 40 мг/мл	Внутри очаго введение воспалитель нодулокисто: акне – келоид,
Наружная терапия (УД – А)	Изотретиноин*	мазь	0,01%, 0,05%, 0,1%	1 раз в сутки, на ночь	Побочные де топических р сухость, шел кожи, раздра слизистых пр с препаратом Рекомендует комбинирова
	Адапален	крем, гель	0,1%	1 раз в сутки, на ночь	дерматологи средствами у кожей и избе прямых солн лучей
Топические антимикробные средства и топические антибиотики (УД – А,В)	Бензоил пероксид*	гель	2,5%, 5,0%, 10,0%	1-2 раза в день	Лечебный эф счет уменьши колонизации Необходимо комбинирова
	Клиндамицин	гель	1,0%	1-2 раза в день	топическими ретиноидами несколько Р подтверждак высокий уро эффективно
	Метронидазол	гель	1,0%	1-2 раза в день	различных в комбинации указанных гр
Комбинированные препараты для наружного лечения (УД – А,В)	Изотретиноин (0,05%) + эритромицин (2%)	гель	-	1 раз в сутки, на ночь	Имеется несл выводы кото свидетельств превосходящ эффективно

	Клиндамицина фосфата 10 мг, бензоил пероксид водный 50 мг(документ о регистрации прилагается)	гель	15 г	1-2 раза в сутки	многокомпонентные средства по сравнению с однокомпонентными наружными так как они в максимальной степени воздействуют на патогенетические механизмы акне.
	Адапален микросферический + клиндамицина фосфат (документ о регистрации прилагается)	гель	30 г	1 раз в сутки, на ночь	
	*Адапален (0,1%) + ВРО (2,5%)	гель	30 г	1 раз в сутки, на ночь	
	Эритромицин 1,2 г + цинка ацетат	Порошок для приготовления раствора		1-2 раза в сутки	Наряду с общими показаниями к назначению антибактериальной терапией, на фоне беременности и у кормящих же
	Азелаиновая кислота	крем, гель	20%, 15%	1-2 раза в сутки	Действует на патогенетические механизмы акне. Применяется у пациентов с ювенильными акне, чувствительными к I - IV типами Fitzpatrick категория B и C, беременность
	Салициловая кислота	Лосьон, гель для очищения, крем	0,5% - 2%,	1-2 раза в сутки	Комедонолитический эффект в отношении волосяного фолликула

	никотиномид) (зарегистрирован в составе продукции на территории РК)	Гель для очистения, крем	2% - 4%	1-2 раза в сутки	Имеются огр исследовани сравнивающ эффективно топическим клиндамици-
--	--	--------------------------------	---------	---------------------	---

Примечание:

1) Уровень доказательности:

А – убедительные доказательства пользы рекомендации (80-100%);

В – удовлетворительные доказательства пользы рекомендаций (60-80%);

С – слабые доказательства пользы рекомендаций (около 50%);

D – удовлетворительные доказательства пользы рекомендаций (20-30%);

Е – убедительные доказательства бесполезности рекомендаций (< 10%).

2) * – препараты не зарегистрированные на территории Республики Казахстан

Дополнительные лекарственные средства, используемые в терапии акне:

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Антигистаминные препарат (УД – В,С)	Дезлоратадин[5]	таблетки	10 мг	1 раз в сутки № 10-14	Для обеспечения противоаллергического, противозудного, противовоспалительного и антиэкссудативного действий.

Алгоритм терапии акне в зависимости от степени тяжести:

Степень тяжести угрей	Комедональные угри	Легкие и умеренные папулопустулёзные угри	Тяжелые папулопустулёзные или умеренные узловатые угри	Тяжелые узло конглобатные
-----------------------	--------------------	---	--	---------------------------

	Топические ретиноиды (адапален 0,1% изотретиноин 0,05%) или Азелаиновая кислота (15%, 20%)	*Адапален (0,1%) + ВРО (2,5%) Адапален микросферический + клиндамицина фосфат или Клиндамицина фосфата 10 Мг+бензоил пероксид водный 50 мг или Изотретиноин (0,05%) + эритромицин (2%) или или азелаиновая кислота или ВРО 2,5%, 5%. или Эритромицин 1,2% + цинка ацетат или метронидозол гель 1%	Изотретиноин (высокая степень международных рекомендаций), Системный антибиотик (тетрациклин или доксациклин или азитромицин) + адапален 0,1% + ВРО или Системный антибиотик (тетрациклин или доксациклин или азитромицин) + азелаиновая кислота. Системный антибиотик + ВРО (низкая степень рекомендации)	Изотретиноин (степень между рекомендаций) Системный ант (тетрациклин и доксациклин и азитромицин)+ 0,1%+ВРО или антибиотик (тет или доксацикли азитромицин)+ кислота.
При неэффективности наружной терапии		Системный антибиотик (тетрациклин, доксациклин)+ Адапален (0,1%) или ВРО 2,5%,5% или азелаиновая кислота		
Альтернативная терапия для женщин			Гормональные антиандрогены (2 мг ципротерона ацетат + 35 мг или 3 мг дросперинон + 20 мг этинилэстрадиола или 3 мг дроспиренон + 30 мг этинилэстрадиол) местный ВРО или азелаиновая кислота или адапален +ВРО	Гормональные антиандрогены ципротерона ацетат 35 мг или 3 мг дроспиренон + 20 мг этинилэстрадиола или 3 мг дроспиренон + системный антибиотик + местный ВРО и азелаиновая кислота или адапален +ВРО
При беременности	Азелаиновая кислота, Эритромицин + цинка ацетат	Азелаиновая кислота + ВРО или эритромицин + ВРО	Системный эритромицин, или азитромицин + азелаиновая кислота или + ВРО	Оральный эритромицин или азитромицин + цефалексин + эритромицин + азелаиновая кислота + ВРО, краткий курс преднизолона

Поддерживающая терапия	Топический ретиноид или азелаиновая кислота	Топический ретиноид или азелаиновая кислота	Топический ретиноид или азелаиновая кислота	
------------------------	---	---	---	--

Показанием для амбулаторного лечения являются:

- Показанием для амбулаторного лечения являются клинические формы, протекающие в виде комедональных, легких, умеренных папулопустулезных, тяжелых папулопустулезных или умеренных узловых угрей, с количеством узлов меньше 5.
- Тяжелые узловые, конглобатные, абсцедирующие, фульминантные акне – после прохождения стационарного лечения.

Хирургическое вмешательство: нет.

Дальнейшее ведение:

- диспансерный учет по месту жительства у дерматолога;
- наблюдение и лечение у смежных специалистов,
- противорецидивное лечение.

Индикаторы эффективности лечения:

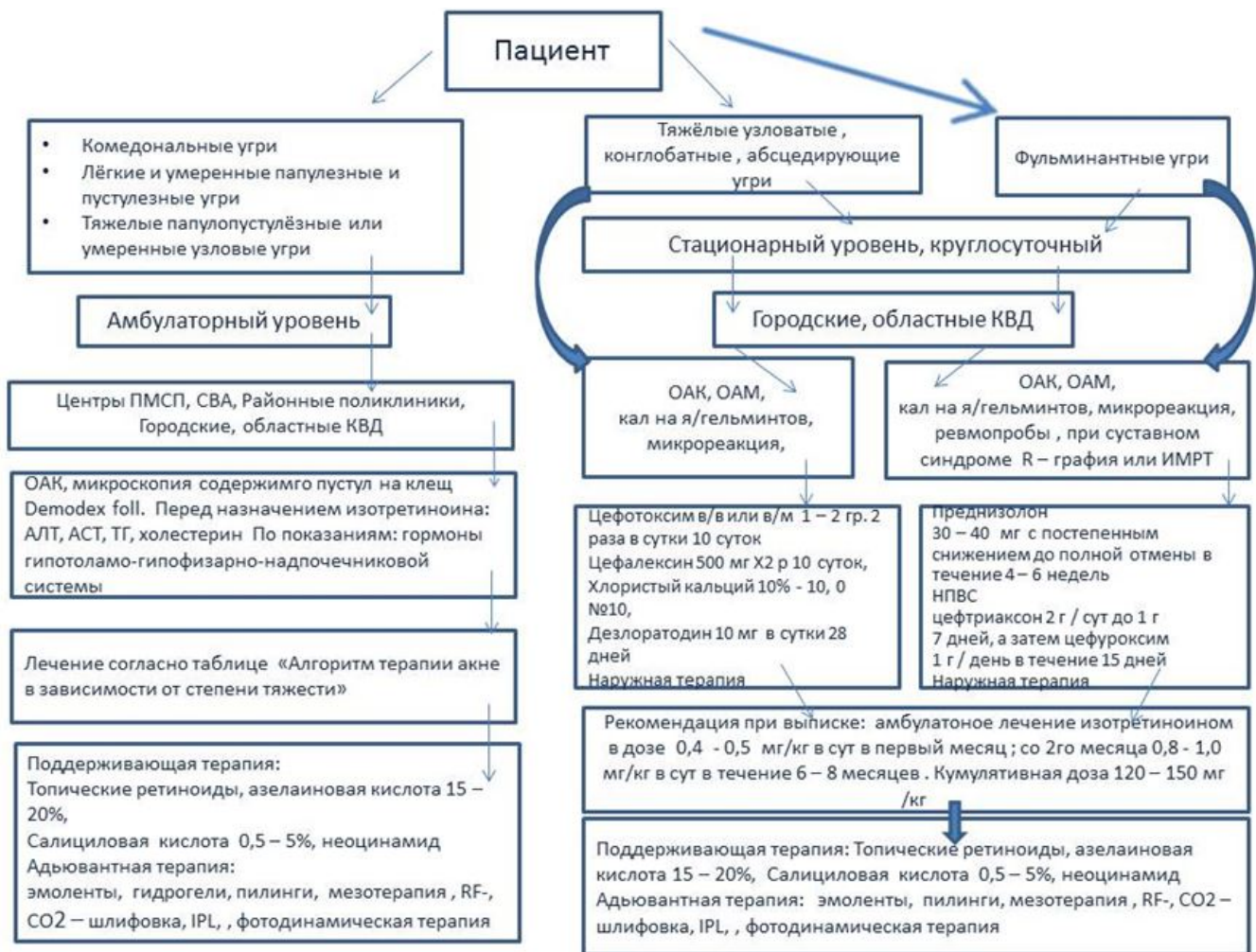
- отсутствие новых высыпаний и регресс объективных данных;
- стабильный регресс высыпаний или их полное отсутствие.

Лечение (стационар)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

Госпитализации подлежат пациенты в период обострения заболевания, при ярко выраженных островоспалительных проявлениях на лице [1 – 3, 11, 13].

Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы):



Немедикаментозное лечение:

- мануальная эвакуация содержимого узлов с последующей обработкой антисептиками.

Медикаментозное лечение:

См. алгоритм карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента, амбулаторный уровень.

Хирургическое вмешательство: нет.

Дальнейшее ведение:

- диета с низким содержанием газированных напитков, сладких десертов, свежевыжатых соков, технологического шоколада, молока, молочных продуктов.
- амбулаторное лечение под наблюдением дерматовенеролога, дерматокосметолога изотретиноином в дозе 0,4 - 0,5 мг/кг в сут в первый месяц; со 2го месяца 0,8 - 1,0 мг/кг в сут в течение 6 – 8 месяцев, кумулятивная доза 120 – 150 мг.
- **уход за кожей** для очищения используют чистящие средства, не содержащие мыла, с pH-уровнем, соответствующим физиологическому уровню pH 5,5.
- **косметологические процедуры:** пилинги 20%, 30% салициловой, 30%, 50%, 70% гликолевой кислотой, 8%, 12%, 14% резорцином, мезотерапия, RF-, CO2 – шлифовка, IPL терапия, лазеротерапия, фотодинамическая терапия, криомассаж, массаж по Жаке, мануальная комедоэкстракция. Тяжелые узловые, конглобатные, абсцедирующие угри являются противопоказаниями к косметологическим манипуляциям.

Индикаторы эффективности лечения:

- регресс имеющихся первичных невоспалительных высыпаний;
- регресс имеющихся первичных островоспалительных высыпаний;

...и частичный регресс вторичных высыпаний;

- частичный регресс вторичных высыпаний;
- исчезновение субъективных ощущений;
- отсутствие появления свежих элементов.

Госпитализация

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [10,11]

Показания для плановой госпитализации:

- Тяжелые узловые или конглобатные акне – выраженная воспалительная реакция в глубоких слоях дермы с формированием множественных болезненных узлов и кист.
- Абсцедирующие акне.
- Фульминантные акне.

Показания для экстренной госпитализации: нет.

Информация

Источники и литература

I. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2017

- 1) Guidelines of care for the management of acne vulgaris. Work Group: A. L. Zaenglein, A. L. Pathy et al J Am Acad Dermatol. 2016 . 2) A. Nast, B. Drénoet et al. Guideline on the Treatment of Acne Developed by the Guideline Subcommittee “Acne” of the European Dermatology Forum, 2014. 3) A. Nast, S. Rosumeck, R. Erdmann et al. Methods report on the development of the European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne – update 2016. JEADV 2016, 30, 1–28. 4) A. Nast, B. Rzanyet et al. Директивы Немецкого дерматологического общества (DDG) и Союза Германских Дерматологов (BVDD), 2010 г. 5) A.L. Zaenglein, A.L. Pathy, B. J. Schlosser et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris // J Am Acad Dermatol <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.12.037>. 6) Lee HE, Chang IK, Lee Y. et al Effect of antihistamine as an adjuvant treatment of isotretinoin in acne: a randomized, controlled comparative study Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology: JEADV 2014 Dec; Vol. 28 (12), pp. 1654-60. 7) Tan JK, Ediriweera C. Efficacy and safety of combined ethinyl estradiol/drospirenone oral contraceptives in the treatment of acne. International Journal Of Women's Health 2010 Aug 09; Vol. 1, pp. 213-21. 8) Lucky AW, Koltun W, Thiboutot D, et al. A combined oral contraceptive containing 3-mg drospirenone/20-microg ethinyl estradiol in the treatment of acne vulgaris: a randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating lesion counts and participant self-assessment. Cutis. 2008;82:143-150. 9) Webster GF, Leyden JJ, Gross JA. Comparative pharmacokinetic profiles of a novel isotretinoin formulation (isotretinoin-Lidose) and the innovator isotretinoin formulation: a randomized, 4-treatment, crossover study. J Am Acad Dermatol. 2013;69:762-767. 10) Alhusayen RO, Juurlink DN, Mamdani MM, Morrow RL, Shear NH, Dormuth CR. Isotretinoin use and the risk of inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. J Invest Dermatol. 2013;133:907-912. 11) S. L. Chua, J. E. Angus, J. Ravenscroft and W. Perkins Synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, osteitis (SAPHO) syndrome and acne fulminans: are they part of the same disease spectrum? Clinical and Experimental Dermatology, 34, e241–e243. 12) Siadat AH; Bostakian A et al Successful Treatment of Facial Acne Fulminans: Antimicrobial Agents and Oral Prednisolone as Promising Regimes. Case Reports In Dermatological Medicine 2017; Vol. 2017, pp. 7092910; 13) Maloney JM, Dietze P Jr, Watson D, et al. A randomized controlled trial of a low-dose combined oral contraceptive containing 3 mg drospirenone plus 20 microg ethinylestradiol in the treatment of acne vulgaris: lesion counts, investigator ratings and subject

self-assessment. J Drugs Dermatol. 2009;8:837-844. 14) К. Вольф, Л.А. Голдсмит, С.И. Кац и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике в 3-х томах. Бином – 2012. 15) Бауман Л. Косметическая дерматология, М. «МЕДпресс-информ», 2012, 686 с. 16) Клинические рекомендации. Дерматовенерология // Под ред. А.Кубановой.- М.: ДЭКС-Пресс.- 2007.- С.21-35. 17) Strauss JS, Krowchuk DP, Leyden JJ, Lucky AW, Shalita AR, Siegfried EC, Thiboutot DM, Van Voorhees AS, Beutner KA, Sieck CK, Bhushan R, American Academy of Dermatology/American Academy of Dermatology. Guidelines of care for acne vulgaris management. J Am Acad Dermatol 2007 Apr;56(4):651-63. 18) Bowman S, Gold M, Nasir A, Vamvakias G. Comparison of clindamycin/benzoyl peroxide, tretinoin plus clindamycin, and the combination of clindamycin/benzoyl peroxide and tretinoin plus clindamycin in the treatment of acne vulgaris: a randomized, blinded study. J Drugs Dermatol. 2005;4: 611-618. 19) F.Fiedler, G.I. Stanglet all Acne and Nutrition: A Systematic Review, ActaDermVenereol 2017; 97: 7–9. 20) Melnik BC Western diet-induced imbalances of FoxO1 and mTORC1 signalling promote the sebofollicularinflammation/acne vulgaris, Experimental Dermatology 2016 Feb; Vol. 25 (2), pp. 103-4. 21) M. P. M. Law, A. A. T. Chuh et al, An investigation of the association between diet and occurrence of acne: a rational approach from a traditional Chinese medicine Perspective, Clinical and Experimental Dermatology, 2009, 35, 31–35. 22) Okyay P. Ertabaklar H et al. Prevalence of Demodex folliculorum in young adults: relation with sociodemographic/hygienic factors and acne vulgaris. Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology: JEADV 2006 Apr; Vol. 20 (4), pp. 474-6.

Информация

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА

Список разработчиков протокола:

- 1) Батпенова Гульнар Рыскельдиевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
- 2) Таркина Татьяна Викторовна – доктор медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
- 3) Джетписбаева Зульфия Сейтмагамбетовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
- 4) Цой Наталья Олеговна – доктор PhD, ассистент кафедры общей врачебной практики интернатуры АО «Медицинский университет Астана».
- 5) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии АО «Медицинский университет Астана», врач клинической фармакологии высшей категории.

Указания на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

Список рецензентов:

- 1) Нурмухамбетов Жумаш Наскенович – доктор медицинских наук, профессор, Государственный медицинский университет, г. Семей, дерматовенеролог.

Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.