Приложение 3
к приказу № 287
от «15» сентября 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ПОЧЕСУХА»

ТАШКЕНТ 2025



«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. директора
РСНПМЦДВиК МЗ
РУз
Сабиров У.Ю.

_____

«____» _____ 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ПОЧЕСУХА»

ТАШКЕНТ 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ПОЧЕСУХА»

Вводная часть

Коды МКБ-10: L28

МКБ-10	
L28.0	Простой хронический лишай - Ограниченный нейродермит - Лишай без дополнительной уточнённости
L28.1	Почесуха узловатая
L28.2	Другая почесуха
	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
Коды МКБ-11: EC91	
МКБ-11	
EC91.0	Узловатая почесуха
EC91.1	Атопическая почесуха
EC91.Z	Почесуха неуточненная
	https://www.findacode.com/icd-11/block-268810206.html

Дата разработки и пересмотра протокола: дата пересмотра 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии
В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабиров У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
2.	Икрамова Н.Д.	методист отделения по стажировке специалистов и клинических ординаторов, к.м.н.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
3.	Рахматов А.Б.	руководитель научной лаборатории по изучению проблем микозов, д.м.н., профессор.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
4.	Халидова Х.Р.	старший научный сотрудник, к.м.н.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
5.	Боходирова А.А.	ученый секретарь	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз

Рецензенты:

1. Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой дерматовенерологии Таджикского Государственного Медицинского Университета имени Абу Али Ибн Сино, доцент

2. Якубов Абдулазиз Абдужаббарович - Заведующий отделения по стажировке специалистов и подготовке клинических ординаторов, PhD

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной части РСНПМЦДВиК, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н., заместитель директора по научной работе РСНПМЦДВиК.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения: Выписка из протокола № 4 от 24.04.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматологи, дерматокосметологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Организаторы здравоохранения;
6. Клинические фармакологи;
7. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;
8. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Категория пациентов: больные с заболеванием почесуха.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.
Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ПОЧЕСУХА» …… 4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ПОЧЕСУХА» ……26

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ПОЧЕСУХА» ……..……35

Список сокращений:

МКБ	Международная классификация болезней
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
УП	Узловатая почесуха
СОЭ	Скорость оседания эритроцитов
СКС	Системные кортикостероиды
ТКС	Топические кортикостероиды
ТИК	Топические ингибиторы кальциневрина
ФХТ	Фотохимиотерапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ПУВА	терапия - облучение ультрафиолетовым излучением длиной волны 320—400 нм с применением фотосенсибилизирующих препаратов сочетанное применение фотосенсибилизаторов группы фурокумаринов и длинноволнового ультрафиолетового излучения 320-400 нм
УФА	длиноволновое ультрафиолетовое излучение 350-400 нм
УФВ	средневолновое ультрафиолетовое излучение 280-320 нм (селективная фототерапия)
УФВ-311 терапия	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (либо узкополосная (311 нм) средневолновая терапия)
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ЩФ	Щелочная фосфатаза
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФлА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
нм	Нанометр
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение
ПИФ	Прямая иммунофлюоресценция
РИФ	Реакция иммунофлуоресценции
РИБТ	Реакция иммобилизации бледных трепонем
РПГА	Реакция пассивной гемагглютинации на сифилис
ИХА	Иммунохроматографический анализ
IL	интерлейкин
Ig	Иммуноглобулин
HIV	Human immunodeficiency virus
ANA	Antinuclear antibody (антинуклеарные антитела)
HCV	Hepatitis C Virus
HBs	Hepatitis B surface antigen (Поверхностный антиген гепатита В)

Основная часть.

2.1. Введение

Почесуха (лат. *prurigo*, от *prurio* — чешусь) — заболевание кожи, для которого характерны сильный зуд, узелковые высыпания, кровянистые корочки и расчёсывание, в основном на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, животе, спине, пояснице. Почесуха — хроническое рецидивирующее заболевание, относящееся к группе нейроаллергодерматозов. Почесуха часто связана с нарушениями иммунного ответа, хроническими аллергиями или воздействием внешних факторов, например, паразитарные инфекции, стресс.

2.2. Этиология и патогенез

Почесуха у детей обычно возникает из-за повышенной чувствительности организма к аллергенам (пищевым, бытовым, лекарственным), воздействия укусов насекомых, нарушений работы пищеварительной системы (включая врождённые ферментные расстройства), глистных инвазий и хронических инфекций. Также триггерами могут стать аутоинтоксикация, прививки или присутствие очагов инфекции.

У взрослых заболевание чаще связано с внутренними факторами, такими как хронические болезни органов пищеварения (гастрит, язва, гепатит, цирроз), эндокринные расстройства (сахарный диабет, гормональные дисбалансы), нарушения вегетативной системы, интоксикации, аутоиммунные процессы и паразитарные заболевания. Почесуха также может проявляться на фоне системных заболеваний (например, опухолей или болезней крови), гормональных изменений (например, во время беременности) и стресса.

Основной механизм заболевания заключается в формировании замкнутого цикла «зуд-расчёсывание-зуд». Хронический зуд сенсибилизирует нервные окончания кожи, что усиливает воспаление и провоцирует новые высыпания. В этом процессе участвуют различные клетки кожи (например, эозинофилы, кератиноциты, тучные клетки, клетки Меркеля и другие) и провоспалительные медиаторы, такие как цитокины (ИЛ-31), нейропептиды (субстанция Р), простагландины и протеазы. При этом стандартные антигистаминные препараты часто оказываются малоэффективными, поскольку гистамин не играет ведущей роли в развитии заболевания.

2.3. Клинические формы почесухи

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

1) Почесуха детская (строфулюс, детская папулезная крапивница);
2) Почесуха взрослых (почесуха простая Гебры);
3) Почесуха узловатая (почесуха узловатая Гайда, крапивница папулезная стойкая, нейродермит узловатый);

Кроме этого, существуют другие клинические формы почесухи

4) Почесуха солнечная
5) Почесуха беременных
7) Почесуха пигментная
8) Почесуха мультиформная хроническая

2.4. Жалобы и анамнез – «клиническая картина»

Детская почесуха (строфулюс, детская папулезная крапивница) начинает развиваться в течение первого года жизни ребенка, но наиболее выраженные проявления заболевания наблюдаются в возрасте от 2 до 8 лет. Первичными морфологическими элементами на коже являются волдыри размером от 2 до 10 мм, в центральной части которых располагается узелок, увенчанный везикулой (серопапула). На фоне интенсивного зуда сначала появляются уртикарные высыпания, в центре которых на отечном эритематозном фоне формируются плотные серопапулы величиной с просяное зерно с мелким пузырьком на верхушке. Волдырь исчезает через 6-12 часов. Вследствие экскориаций папулы инфильтрируются, а на месте везикул образуются серозные или серозно-геморрагические корочки. Встречаются и самостоятельные серопапулы, окруженные небольшим венчиком гиперемии, но не имеющие волдырей в основании, а также уртикарные элементы без папул и везикул. Высыпания и зуд возникают приступообразно и локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей конечностей, туловища, ягодиц, ладоней и подошв, реже – на коже лица и волосистой части головы. Во время приступа высыпаний отмечаются интенсивный зуд, особенно вечером и ночью, что приводит к нарушениям сна, раздражительности. Иногда отмечается кратковременное повышение температуры тела до 37,5-38ºС, изменения клинического анализа крови (эозинофилия, анемия, может быть лимфоцитоз, повышенная СОЭ), полиаденопатия.

Почесуха взрослых (почесуха простая Гебры) может проявляться в двух формах: острой и хронической.

Острая форма заболевания характеризуется появлением на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, реже – туловища, диссеминированных полушаровидных папул плотной консистенции, величиной с чечевицу, не склонных к слиянию, красновато-бурого цвета, которые вследствие отека могут приобретать уртикарный характер (отечные папулы) на фоне интенсивного зуда. В результате экскориаций поверхность их покрывается геморрагическими корочками, при отторжении которых остается временная или белесоватые рубчики. Высыпаниям предшествуют незначительные нарушения общего состояния в течение 1-2 дней. Острая форма заболевания может продолжаться от 2 недель до 4 месяцев. У больных вследствие мучительного зуда возникают невротические расстройства: раздражительность, бессонница.

Хроническая форма заболевания отличается длительным рецидивирующим течением и проявлением наряду с папулезными высыпаниями очагов лихенификации. У лиц с повышенной чувствительностью к ультрафиолетовым лучам обострения нередко имеют сезонный характер (весенняя или летняя формы почесухи) и характеризуется локализацией высыпаний на открытых участках кожи.

Узловатая почесуха (крапивница папулезная стойкая, узловатая почесуха Гайда) встречается редко, преимущественно у женщин в возрасте старше 40 лет. Характеризуется наличием мономорфных высыпаний, представленных изолированными крупными (величиной от 0,5 до 1 см и более в диаметре) полушаровидными или округлыми плотными папулами и узлами, резко выступающими над уровнем кожи. Элементы вначале имеют цвет нормальной кожи, затем становятся красновато-коричневыми. Поверхность элементов гладкая, далее на поверхности могут появляться чешуйки или гиперкератотические и веррукозные очаги. В результате интенсивного приступообразного зуда на них появляются экскориации, покрытые геморрагическими корочками. Разрешение патологических элементов нередко происходит через изъязвление и рубцевание. Высыпания локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, реже – на сгибательных поверхностях, спине.

Заболевание сопровождается интенсивным, приступообразным зудом, усиливающимся после возникновения высыпаний, что объясняется гиперплазией нервных волокон в пораженных участках кожи. Заболевание длится годами и сопровождается короткими ремиссиями.

Почесуха беременных Известна также как атопическая сыпь беременных, пруриго беременных, папулезный дерматит беременных Шпанглер. Частое специфическое кожное заболевание беременных, характеризующееся зудящими экзематозными или папулезными высыпаниями. В отличии от других дерматозов беременных обычно возникает перед 3-им триместром. Две трети случаев характеризуется экзематозными изменениями кожи в типичных атопических местах, таких как шея и сгибательные поверхности. Высыпания обычно хорошо поддаются лечению и спонтанно исчезают после родов, но преимущественно возникает вновь при повторных беременностях. Плод не поражается, но риск атопического дерматита у детей повышается.

Считается, что патогенез атопических высыпаний инициируется изменениями иммунной системой, вызванными беременностью. Имеет место сдвиг в сторону гуморального ответа с увеличением активности Th2. Пациентки, у которых развивается заболевание, могут иметь существующую предрасположенность к атопическому дерматиту, однако 80% пациенток отмечают подобное изменение кожи лишь во время своей беременности. Часто прослеживается семейный анамнез атопического дерматита.

Почесуха пигментная известна также как prurigo pigmentosa. Этиология и патогенез пигментной почесухи изучены недостаточно. По-видимому, как и при других видах почесух, в патогенезе имеют значение аллергия, экзо- и эндогенные интоксикации, нарушение функций нервной, эндокринной и пищеварительной систем, атопия, очаги хронической инфекции. Улучшение состояния при назначении антибиотиков предполагает роль бактериальной инфекции.

Наблюдается в основном у женщин в возрасте 30-50 лет. Основными элементами являются красноватого цвета шелушащиеся папулы, сопровождающиеся сильным зудом. Первоначальной зоной поражения чаще оказываются шея и верхние отделы туловища, откуда высыпания постепенно распространяются на нижележащие отделы кожного покрова, одновременно элементы могут сливаться в сетчатые очаги. При обратном развитии узелков на их месте остаются выраженная пигментация, местами сетчатая, и легкая атрофия. Протекает годами с периодическими обострениями. Мучительный зуд нередко приводит к невротическому состоянию.

Почесуха солнечная известная также как актиническое пруриго, летняя почесуха Хатчинсона, hydroa aestivale. Чаще всего встречается у коренных жителей Северной и Южной Америк (почесуха индейцев). Однако сообщается о случаях, выявленных в Европе и Азии. Считается наследственным дерматозом. Этиология и патогенез полностью незвестны. У 93% больных выявляется HLA-DR4. По-видимому, антиген, индуцированный ультрафиолетовым излучением, вызывает воспалительный ответ у восприимчивых людей.

Проявляется в детстве, как правило, у девочек в возрасте 10-14 лет. Характеризуется сильно зудящими папулами и бляшками с вторичной лихенификацией и экзематизацией в основном на открытых участках тела, но может наблюдаться в области поясницы и ягодиц. Характерны хейлит и конъюнктивит, которые встречаются у половины больных. Временная ремиссия наступает зимой, при этом часть высыпаний сохраняется, а обострение наблюдается в весенне-летний период.

Почесуха мультиформная хроническая известна также как prurigo chronica multiformis, prurigo Lutz. Этиология и патогенез не установлены. В настоящее время считается паранеопластическим процессом. Развивается внезапно у взрослых в возрасте старше 30 лет.

Характеризуется полиморфной сыпью, состоящей из плотных беловато-серых узелков, иногда с пузырьками на верхушках волдырей, из множественных экскориаций и расчесов, местами мелких поверхностных рубчиков. Со временем кожа утолщается, становится сухой, образуются бляшки диффузной лихенификации. Зуд мучительный, усиливается после приема пищи, перед сном, при переживаниях, сопровождаясь нередко увеличением потоотделения.

Высыпания обычно локализуются на коже складок туловища, ягодицы верхних и нижних конечностей и половых органов. При расположении на шее, лице и волосистой части головы, особенно у женщин, пруригинозные элементы могут сопровождаться зудящей

угревой сыпью, резистентной к терапии (пруригинозные угри). Различают легкую и тяжелую формы заболевания.

- При легкой форме (prurigo mitis) элементы расположены только на разгибательных сторонах конечностей, нерезко выражен зуд. При локализации дерматоза на открытых частях тела необходимо исключить воздействие холодного воздуха, солнечных лучей и других резко метеорологических факторов. Рецидивы и обострения при этой разновидности сравнительно редки.
- При тяжелой форме (prurigo ferox) распространенная, резко зудящая сыпь покрывает почти всю поверхность тела. Рецидивы и обострения длительны, ремиссии почти отсутствуют.

3. Диагностика почесухи

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

Диагноз почесухи базируется на основании анализа жалоб, данных анамнеза, оценке клинической картины заболевания и при необходимости диагностики заболевания, которым обусловлено появление хронического зуда и развитие почесухи, или дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи – результатах лабораторных исследований.

По показаниям и с целью проведения дифференциальной диагностики назначаются следующие *лабораторные исследования:*

- клинические анализы крови и мочи;
- биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин, мочевина, глюкоза;
- общий анализ кала, анализ кала на яйца глист;
- серологическая диагностика паразитарных заболеваний – выявление антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхисов и др.
- обследование на ВИЧ-инфекцию (определение IgM и IgG – антител к HIV1, HIV2) и гепатиты В и С (определение HCV-антител, HBs-антигена);
- гистологическое исследование биоптатов кожи;
- иммуногистохимическое исследование
- дерматоскопия кожи
- микроскопическое исследование соскоба с кожи на чесоточного клеща;
- аллерготесты:
  - Аллерготест иммуноблотинг
  - Молекулярная аллергодиагностика
- исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови
- Иммунологические исследования
- Исследование на гамма-глобулин
- Диагностика инфекции методом ИФА, ПЦР, ИХЛА и другими методами
- Микологическое исследование биосубстратов (световая микроскопия и/или ПИФ)
- УЗИ внутренних органов
- Микробиологическое исследование с очагов поражения с определением чувствительности
- Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
- Корнеометрия кожи
- Исследование на ИЛ- 4, 13, 31

По показаниям назначаются консультации других специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, эндокринолога, оториноларинголога, гинеколога, онколога, терапевта, педиатра, физиотерапевта.

3.1. Дифференциальная диагностика

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

Дифференциальная диагностика проводится с укусами насекомых, чесоткой, педикулезом, токсикодермией, нейродермитом, аллергическим дерматитом, экземой, стойкой папулезной крапивницей, ветряной оспой, герпетиформным дерматитом Дюринга, васкулитом. Дифференциальная диагностика УП в первую очередь включает в себя заболевания, которые характеризуются формированием нодулярных элементов, сопровождающихся интенсивным зудом, такие как гипертрофическая форма красного плоского лишая, узелковая чесотка (скабиозная лимфоплазия), лихеноидный и узловато-бляшечный амилоидоз кожи. УП следует также дифференцировать с папулонекротическим и бородавчатым туберкулезом, узелковым саркоидозом, множественными дерматофибромами и кератоакантомами, которые могут иметь клиническое сходство с высыпаниями, наблюдающимися при УП, но не сопровождаются зудом.

Кожные заболевания, которые могут имитировать пруриго:

1. Приобретённые реактивные перфорирующие дерматозы — редкая группа кожных заболеваний, которые чаще всего ассоциируются с хронической почечной недостаточностью и сахарным диабетом. Такие дерматозы проявляются зудящими куполообразными папулами с центральной ороговевшей пробкой, расположенной на туловище, руках и ногах. Гистологическое исследование выявляет чашеобразное соединение из кератина, коллагена и маркеров воспаления: в нижележащем слое эпидермиса отмечаются тонкие щели, через которые проходят вертикальные базофильные коллагеновые волокна.
2. Узловой пемфигоид — редкий вариант буллёзного пемфигоида, который проявляется зудящими узелками, папулами или бляшками, клинически и гистологически имитирующими пруриго. Диагноз подтверждают с помощью анализа на антитела к эпидермальной базальной мембране и IgG.
3. Узловая форма чесотки — ей также присущи кровяные корочки на расчёсанных высыпаниях, однако другие клинические проявления и дополнительная диагностика с помощью йодной пробы позволяют быстро определить болезнь.
4. Гипертрофический красный плоский лишай — разновидность красного плоского лишая, при котором появляются плотные гиперкератотические бляшки, часто на передней поверхности голеней.
5. Множественные кератоакантомы — признак нескольких редких наследственных или спонтанных заболеваний, включая синдром Фергюсона — Смита и синдром Гжибовского. Отсутствие зуда, гистологические особенности и клиническое течение помогают отличить множественные кератоакантомы от пруриго.
6. Буллёзный эпидермолиз (ЭБ) — редкий локализованный вариант дистрофического эпидермолиза, характеризующийся хрупкостью кожи (она легко повреждается даже при минимальном воздействии), интенсивным зудом и поражениями кожи, напоминающими гипертрофический красный плоский лишай или пруриго. Клиническое подозрение на наследственный эпидермолиз подтверждают соответствующими иммунофлуоресцентными исследованиями.

7. Лихеноидный амилоидоз характеризуется появлением на коже многочисленных плоских или полушаровидных блестящих полупрозрачных папул величиной от булавочной головки до горошины коричнево-красного или буровато-синюшного цвета с гладкой поверхностью или мелкими грязно-серыми чешуйками. В большинстве случаев папулы симметрично располагаются на передней поверхности голеней, реже на бедрах и коже полового члена. Они прилегают друг к другу, но не сливаются и остаются разделенными узкими бороздками здоровой кожи. Кожа в зоне расположения папул уплотнена, плохо собирается в складку. Субъективно процесс сопровождается выраженным зудом, что способствует появлению экскориаций, геморрагических корок и лихенификации.
8. Узловато-бляшечный амилоидоз встречается редко; патологический процесс представлен единичными или множественными плотными узлами диаметром 1—2 см, которые при слиянии образуют бугристые бляшки, покрывающиеся бородавчатыми разрастаниями и роговыми наслоениями. Преимущественная локализация — разгибательная поверхность голеней. Пациентов обычно беспокоит мучительный зуд. При регрессе высыпаний развивается атрофия кожи. Как при лихеноидном, так и при узловато-бляшечном амилоидозе в гистологических препаратах выявляют скопление амилоидных масс в сосочковом слое, окрашивающихся в желтый цвет при окраске по Ван Гизону, в красный — при окраске конго-красным, в розовый — при окраске гематоксилином и эозином. Отличительным свойством амилоида является способность к двойному лучепреломлению в сочетании с дихроизмом.

4. Лечение

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

Цели лечения

- клиническое излечение;

Показания для госпитализации

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.
- часто рецидирующие формы почесухи
- средне-тяжелое и тяжелое течение почесухи
- обострение почесухи, сопровождающееся нарушением общего состояния;
- необходимость использования физиотерапевтических методов лечения;
- необходимость проведения поддерживающей терапии селективными иммунодепрессантами (биологические препараты, глюкокортикостероды и др)

- Стол №15 (ограничить: прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров). В пищу рекомендуется включить растительные масла, а также продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи).

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

Таблица 1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)

Наружная терапия		
МНН препарата	**Форма выпуска**	**Уровень доказательности**
Гидрокортизона ацетат 2,5%	в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Метилпреднизолона ацепонат 0,1%	в виде аппликаций 1 раз в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Флуметазона пивалат	в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Аклометазона дипропионат 0,05%	в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Бетаметазона дипропионат 0,05%	в виде аппликаций 1 раз в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Бетаметазона валерат 0,1%	в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Мометазона фуроат 0,1%	в виде аппликаций 1 раз в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Гидрокортизона 17-бутират 0,1%	в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Триамцинолона ацетонид 0,1%	в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Флутиказона пропионат 0,05%	в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Клобетазола пропионат 0,05%	в виде аппликаций 1-2 раза в сутки в течении 2-4 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Топические ингибиторы кальциневрина (ТИК)		
Такролимус 0,03% и 0,1% мазь	взрослым 0,03% мазь для наружного применения или 0,1% мазь для наружного применения, детям старше 2 лет – 0,03% мазь для наружного применения, наносить 2	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/

	раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи, в течение 8–12 недель	
Пимекролимус 1%	2 раза в сутки взрослым и детям старше 3 месяцев наносить на пораженную поверхность тонким слоем, в течение 8–12 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
Многокомпонентные наружние средства		
Тетрациклин + триамцинолон аэрозоль	для наружного применения – орошать струей аэрозоля инфицированные очаги поражения 1-3 раза в сутки, держа баллон в вертикальном положении, на расстоянии 15-20 см от кожи, в течение 7-10 дней	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/
Бетаметазон + гентамицин + клотримазол крем	для наружного применения, мазь для наружного применения наружно на инфицированные очаги поражения 2 раза в сутки взрослым и детям в возрасте 2 лет и старше в течение 7-14 дней	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/
Увлажняющие средства		
Мочевина	5, 10, 15% для наружного применения 1-2 раза в день в течение 1-3 недель	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/

Системная терапия		
Антигистаминные препараты		
Диметиндена малеат	детям в возрасте от 1 месяца до 1 года – 3-10 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте от 1 года до 3 лет - 10-15 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 12 лет – 15-20 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 20-40 капель перорально 3 раза в сутки в течение 14-28 дней	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Лоратадин	детям в возрасте от 2 до 12 лет – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

Дезлоратадин	детям в возрасте от 6 до 12 лет - 30 мг перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым 120-180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Левоцетиризин	детям в возрасте старше 6 лет и взрослым - 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Цетиризина гидрохлорид	детям в возрасте от 6 до 12 месяцев - 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 1 года до 2 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 6 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 2 раза в сутки или 5 мг (10 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Фексофенадина гидрохлорид	детям в возрасте от 6 до 12 лет - 30 мг перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым 120-180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Хлоропирамина гидрохлорид	детям в возрасте от 1 месяца до 1 года 5 мг (0,25 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – 10 мг (0,5 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – 10-20 мг (0,5-1 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – 20-40 мг (1-2 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки в течение 5-7 дней	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Хлоропирамина гидрохлорид	детям в возрасте до 1 года – 6,25 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте от 1 до 6 лет – 8,3 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – 12,5 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – 25 мг перорально 3-4 раза в сутки в течение 5-7 дней	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Дифенгидрамина гидрохлорид	детям в возрасте от 2 месяцев до 2 лет – 2-5 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 5 лет - 5-15 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 5 до 12	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

	лет - 15-30 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 30-50 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5-7 дней	
Дифенгидрамина гидрохлорид	детям в возрасте старше 12 лет и взрослым 10-50 мг (1-5 мл раствора) внутримышечно 1-3 раза в сутки в течение 5-7 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Клемастина фумарат	детям в возрасте от 1 года до 3 лет - 2-2,5 мл (200-250 мкг) перорально 2 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 6 лет - 5 мл (500 мкг) перорально 2 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 12 лет - 0,5-1 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 1 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-7 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Клемастина фумарат	детям – 25 мг на кг массы тела в сутки внутримышечно; взрослым – 2 мг 2 раза в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Хифенадина гидрохлорид	детям в возрасте от 2 до 3 лет – 5 мг перорально 2-3 раза в сутки, детям в возрасте от 3 до 7 лет – 10 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 7 до 12 лет - 10-15 мг перорально 2-3 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 25-50 мг перорально 2-4 раза в сутки в течение 5-7 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Эбастин	детям в возрасте от 6 до 12 лет – 5 мг (5 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 12 до 15 лет – 10 мг (10мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 15 лет и взрослым - 10-20 мг (10-20 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки в течение 10-14 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут 10-14 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Гидроксизин	детям в возрасте от 6 до 12 лет – 5 мг (5 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 12 до 15 лет – 10 мг (10мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 15 лет и взрослым - 10-20 мг (10-20 мл	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

	сиропа) перорально 1 раз в сутки в течение 10-14 дней	
Десенсибилизирующая терапия		
кальция глюконат, раствор 10%	5–10 мл 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10–15 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
натрия тиосульфат, раствор 30%	5 -10 мл 1 раз в сутки внутривенно в течение 10 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Кальций хлорид	в/в капельно 100 мг/мл - 5 мл 1 раз в день , 7-10 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Дезинтоксикационая терапия		
Лактат натрия + Сорбитол + Хлорид калия MgCl2, NaCl, CaCl2	в\в капельно 200-400 мл в сутки 3-5 дней Детям в возрасте до 6 лет рекомендуется введение препарата в дозе из расчета 10 мл/кг массы тела; в возрасте от 6 до 12 лет - в дозе, составляющей половину дозы для взрослых; детям старше 12 лет доза препарата такая же, как и для взрослых.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Декстран	С целью дезинтоксикации взрослым вводят в/в капельно в разовой дозе от 500 до 1000 мл в течение 60-90 мин. При необходимости можно в первые сутки перелить еще 500 мл препарата. В последующие дни препарат вводят капельно, в суточной дозе 500 мл.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Лигнин гидролизный	внутрь, желательно после предварительного измельчения, запивая водой за час до еды и приема других лекарственных средств. Доза препарата зависит от возраста, массы тела и тяжести заболевания, препарат принимается 3 - 4 раза в день, средняя разовая доза составляет для детей до 1 года - 1/2 таблетки; 1 - 3 года - ½ -1 таблетку; 4 - 7 лет - 1 таблетку, 7-12 лет -1-2 таблетки; для взрослых - 2-3 таблетки. При необходимости, по рекомендации врача суточная доза может быть увеличена до 20-30 г в	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

	3-4 приема. Длительность лечения от 5 до 14-21 дней.	

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.
Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), препараты содержащие мочевину (5-15%), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.
Применение наружных и системных антибактериальных средств, топических глюкокортикостероидов и комбинированных препаратов проводится строго по показаниям, с учётом клинической необходимости.
Выбор конкретного препарата определяется лечащим врачом.
Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью).
Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Таблица 2

Перечень дополнительных лекарственных средств
(имеющих менее 100 % вероятности применения)

Системная терапия		
Глюкокортикостероидные препараты		
Преднизолон	20-40 мг в сутки перорально в течение 1-2 месяцев с последующей отменой	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Бетаметазон	1мл 1 раз в 2-3 недели внутримышечно, на курс 3-4 инъекции	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Селективный иммунодепрессант ингибитор интерлейкина (IL-4, IL-13)		
Дупилумаб 150, 175 мг раствор для подкожного введения	Для пациентов с массой тела от 15 до < 30 кг: начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 4 недели; для пациентов с массой тела от 30 до < 60 кг: начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели; для пациентов с массой тела 60 кг и более начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 2 недели	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37811660/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/
Селективный иммунодепрессант ингибитор интерлейкина (IL-31)		
Немолизумаб	Подкожно. Масса тела <90 кг: 60 мг (2 инъекции по 30 мг), затем; 30 мг каждые 4 недели.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/

	Масса тела ≥90 кг: 60 мг (3 инъекции по 30 мг), затем; 60 мг каждые 4 недели.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/
Антиметаболиты (аналоги фолиевой кислоты)		
Метотрексат	У взрослых метотрексат назначается в дозе от 10 до 30 мг / нед. п/к, в/м или внутрь; у детей – 0,2–0,7 мг/кг/нед.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/
Фолиевая кислота (при применении метотрексата)	внутрь после еды, взрослым по 1–2 мг (1–2 таблетки) 1–3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 5 мг (5 таблеток). Детям в возрасте старше 3 лет по 1 мг (1 таблетка) 1–2 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 2 мг (2 таблетки). Курс лечения составляет 20–30 дней.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Иммунодепрессанты		
Циклоспорин	Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/
Витаминотерапия		
Цианокобаламин	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Тиамин	в/м (глубоко). Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы. Взрослым назначают по 25–50 мг тиамина гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Рибофлавин	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес. В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

	лечения - 15-20 инъекций.	
Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Оксиматрин	в/м по 600 мг , один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Урсодезоксихолевая кислота	Внутрь. Детям и взрослым с массой тела менее 34 кг рекомендуется применять урсодезоксихолевую кислоту в виде суспензии. Рекомендуемая доза урсодезоксихолевой кислоты составляет 10 мг/кг/сутки	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Антраль	внутрь после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

Адеметионин	Рекомендуемая доза составляет 10-25 мг адеметионина на 1 кг массы тела в сутки. Обычно суточная доза составляет 1-2 таблетки в сутки (от 400-800 мг адеметионина в сутки) и может быть увеличена до 4 таблеток в сутки (до 1600 мг адеметионина в сутки). Эффект обычно проявляется через 7-14 дней лечения и сохраняется при дальнейшем применении препарата.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Альфа-Токоферола ацетат	Внутрь после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Ретинола ацетат	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ 33 000–100 000 МЕ/сут	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Холекальциферол (Витамин D)	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(OH)D <20 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутрь Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(OH)D ≥20 и <30 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь - 200 000 МЕ однократно внутрь - 150 000 МЕ однократно внутрь - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутрь Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутрь - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутрь	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/
Аскорбиновая кислота	Внутрь, в/м, в/в 250-1000мг/сут	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Витамин А + Е	внутрь после еды в дозировке витамин Е по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

Альфа-липоевая кислота	в/в капельно взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут внутрь взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Глутатион	в/м, в/в медленно (2-3минуты) или путем инфузий по 600 мг в сутки или 1200мг через день. Внутрь. 250мг в сутки, медленно рассасывая под языком. Курс приема 2-3-месячные циклы, которые можно повторять 2-3 раза в год.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Тимопентин	• внутримышечная инъекция разведение стерильной водой для инъекций 1 мл; • внутривенное капельное вливание растворение в 250 мл 0,9% инъекционного раствора натрия хлорида. Препарат применяют следуя рекомендациям. Профилактика и лечение иммунодефицитных состояний по 1-2 флакона 2 раза в день. Курс лечения 15-30 дней;	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Валерианы экстракт	Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально
Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.
Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Требования к результатам лечения

- прекращение зуда
- разрешение высыпаний

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

Консультации других специалистов, выявление и лечение соматической патологии.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ПОЧЕСУХА»

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Почесуха (лат. *prurigo*, от *prurio* — чешусь) — заболевание кожи, для которого характерны сильный зуд, узелковые высыпания, кровянистые корочки и расчёсывание, в основном на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, животе, спине, пояснице. Почесуха — хроническое рецидивирующее заболевание, относящееся к группе нейроаллергодерматозов. Почесуха часто связана с нарушениями иммунного ответа, хроническими аллергиями или воздействием внешних факторов, например, паразитарные инфекции, стресс.

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию

Цели лечения

- клиническое излечение;

Показания для госпитализации

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.
- часто рецидирующие формы почесухи
- средне-тяжелое и тяжелое течение почесухи

Схемы лечения

Наружная терапия:

На первом этапе терапии при наличии острых воспалительных явлений применяют: [9, 11, 14]

C	Пасты, кремы, мази, содержащие *деготь, ихтиол, нафталан* (5-10% дегтярная мазь, 2-5% нафталана, 3-5% борно - 5-10% дегтярная мазь, 5% ихтиоловая мазь) на ночь под окклюзионную повязку в течение 3 недель (С) [1,8,11].

C	Кремы и мази с противоздудными средствами - *ментолом, анестезином, димедролом, фенистилом*

Гормональные препараты для наружного применения [9, 11, 14, 15]:

B	гидрокортизона ацетат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или - метилпреднизолона ацепонат 0,1% в виде аппликаций 1 раз в сутки в течение 2-4 недель или - флуметазона пивалат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или - алклометазона дипропионат в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение

	2-4 недель или - бетаметазона дипропионат 0,05% в виде аппликаций 1 раз в сутки в течение 2-4 недель или - бетаметазона валерат 0,1% в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или - мометазона фуроат 0,1% в виде аппликаций 1 раз в сутки в течение 2-4 недель или - гидрокортизона 17-бутират 0,1% в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или - триамцинолона ацетонит 0,1% в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или - флутиказона пропионат 0,05% в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или - флуоцинолона ацетонид в виде аппликаций 1-3 раза в сутки в течение 2-4 недель или - клобетазола пропионат 0,05% в виде аппликаций 1-2 раза в сутки. в течение 2-4 недель

Топические ингибиторы кальциневрина (ТИК)

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

B	- мазь такролимус 0,03% и 0,1% (взрослым 0,03% мазь для наружного применения или 0,1% мазь для наружного применения, детям старше 2 лет – 0,03% мазь для наружного применения наносить 2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи, в течение 8–12 недель) - крем пимекролимус 1% 2 раза в сутки взрослым и детям старше 3 месяцев наносить на пораженную поверхность тонким слоем, в течение 8–12 недель

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

B	Смягчающие средства (эмоленты), препараты с содержанием мочевины 5-15%: Регулярное использование увлажняющих кремов и лосьонов помогает восстановить барьерную функцию кожи, снижая сухость и зуд. Рекомендуется наносить их несколько раз в день, особенно после водных процедур.

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально

Системная терапия

А	*Антигистаминные препараты* - диметиндена малеат (А): детям в возрасте от 1 месяца до 1 года – 3-10 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте от 1 года до 3 лет - 10-15 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 12 лет – 15-20 капель перорально 3 раза в сутки; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 20-40 капель перорально 3 раза в сутки в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16,19] или - лоратадин (А): детям в возрасте от 2 до 12 лет – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16] или - дезлоратадин (А): детям в возрасте от 2 до 5 лет – 1,25 мг (2,5 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально, детям в возрасте от 6 до 11 лет - 2,5 мг (5 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 5 мг (10 мл сиропа) 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16] или - фексофенадина гидрохлорид (А): детям в возрасте от 6 до 12 лет - 30 мг перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым 120-180 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16] или - левоцетиризин (А): детям в возрасте старше 6 лет и взрослым - 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [1,4,7,11,12,16] или - цетиризина гидрохлорид (А): детям в возрасте от 6 до 12 месяцев - 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 1 года до 2 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 6 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 2 раза в сутки или 5 мг (10 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней [1,4,7,11,16] или

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально

С	- хлоропирамина гидрохлорид (С): детям в возрасте от 1 месяца до 1 года 5 мг (0,25 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – 10 мг (0,5 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – 10-20 мг (0,5-1 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – 20-40 мг (1-2 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16] или - хлоропирамина гидрохлорид (С): детям в возрасте до 1 года – 6,25 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте от 1 до 6 лет – 8,3 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – 12,5 мг перорально 2-3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – 25 мг перорально 3-4 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16] или - дифенгидрамина гидрохлорид (С): детям в возрасте от 2 месяцев до 2 лет – 2-5 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 5 лет - 5-15 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 5 до 12 лет - 15-30 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 30-50 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16]

	или - дифенгидрамина гидрохлорид (С): детям в возрасте старше 12 лет и взрослым 10-50 мг (1-5 мл раствора) внутримышечно 1-3 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16] или - клемастина фумарат (С): детям в возрасте от 1 года до 3 лет - 2-2,5 мл (200-250 мкг) перорально 2 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 6 лет - 5 мл (500 мкг) перорально 2 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 12 лет - 0,5-1 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 1 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16] или - клемастина фумарат (С): детям – 25 мг на кг массы тела в сутки внутримышечно; взрослым – 2 мг 2 раза в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16] или - хифенадина гидрохлорид (С): детям в возрасте от 2 до 3 лет – 5 мг перорально 2-3 раза в сутки, детям в возрасте от 3 до 7 лет – 10 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 7 до 12 лет - 10-15 мг перорально 2-3 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым - 25-50 мг перорально 2-4 раза в сутки в течение 5-7 дней [1,4,7,11,16] или - эбастин (С): детям в возрасте от 6 до 12 лет – 5 мг (5 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 12 до 15 лет – 10 мг (10мл сиропа) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 15 лет и взрослым - 10-20 мг (10-20 мл сиропа) перорально 1 раз в сутки в течение 10-14 дней [1,4,7,11,16]. *Транквилизаторы* - [2,18]. 3. *Глюкокортикостероидные препараты*: - преднизолон (С) 20-40 мг в сутки перорально в течение 1-2 месяцев с последующей отменой [5,6,8,11] или - бетаметазон (С) 1мл 1 раз в 2-3 недели внутримышечно, на курс 3-4 инъекции [5,6,8,11].

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

B **C**	При узловатой почесухе целесообразны внутриочаговые инъекции (ТКС) глюкокортикостероидных препаратов – триамцинолон (В), гидрокортизон (С), бетаметазона дипропионат (С).

Комментарии: *Инъекционное введение ГКС непосредственно в очаг поражения кожи обеспечивает оптимальное депонирование препарата и, следовательно, его постепенное высвобождение и пролонгирование эффекта. За счет внутриочагового введения ТКС (минуя защитный барьер верхних слоев кожи) достигается полное проникновение препарата без потери его активности.*

Произвольная доза, как правило, 0,1 - 0,2 мл / см^2 пораженной кожи, но не более 1-2 мл на сеанс с интервалом 3 - 6 недель между двумя последовательными инъекциями. Количество

инъекций зависит от заболевания, локализации очага, возраста пациента и реакции на предыдущие инъекции. Максимальная доза триамцинолона ацетонида не должна превышать 40 мг / мл на 1 процедуру. Кортикостероиды можно вводить в обычной концентрации или разбавлять физиологическим раствором или анестетиком.

Внутриочаговые инъекции стероидов могут вызывать побочные эффекты, такие как атрофия кожи или телеангиоэктазии.

Генно-инженерные биологические препараты в лечении почесухи.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37811660/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/

B	Дупилумаб 150, 175 мг раствор для подкожного введения (Селективный иммунодепрессант ингибитор интерлейкина (IL-4, IL-13)). Для пациентов с массой тела от 15 до < 30 кг: начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 4 недели; для пациентов с массой тела от 30 до < 60 кг: начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели; для пациентов с массой тела 60 кг и более начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 2 недели

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35842249/
https://medum.ru/nemolizumab

B	Немолизумаб. Подкожно. Масса тела <90 кг: 60 мг (2 инъекции по 30 мг), затем; 30 мг каждые 4 недели. Масса тела ≥90 кг: 60 мг (3 инъекции по 30 мг), затем; 60 мг каждые 4 недели.

Комментарии: *Биологические препараты не следует применять во время беременности. В связи с этим перед началом терапии женщинам детородного возраста необходимо получить отрицательный результат теста на беременность, в ходе ее проведении и, по меньшей мере, в течение 6 месяцев после ее окончания женщины детородного возраста должны использовать надежные методы контрацепции.*

Антиметаболиты (аналоги фолиевой кислоты)

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/

B	Метотрексат. У взрослых метотрексат назначается в дозе от 10 до 30 мг / нед. п/к, в/м или внутрь; у детей – 0,2–0,7 мг/кг/нед.

Комментарии: *Для снижения вероятности развития нежелательных явлений лечение метотрексатом должно сопровождаться терапией препаратом фолиевой кислоты перорально 5 мг 1 раз в неделю через 24 часа после приема метотрексата. После достижения терапевтического эффекта возможна поддерживающая терапия метотрексатом в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг в неделю). Метотрексат противопоказан в детском возрасте до 3 лет.*

Иммунодепрессанты

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745856/

В	Циклоспорин. Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.

Комментарии: *Перед назначением циклоспорина и во время лечения циклоспорином следует контролировать состояния пациента для предупреждения развития побочных эффектов. Необходим регулярный контроль концентрации креатинина плазмы - повышение может свидетельствовать о нефротоксическом действии и потребовать снижения дозы: на 25% при возрастании уровня креатинина более чем на 30% от исходного, и на 50%, если уровень его повышается вдвое. Если уменьшение дозы в течение 4 недель не приводит к снижению уровня креатинина, циклоспорин отменяют. Показан мониторинг артериального давления, содержания в крови калия, мочевой кислоты, билирубина, определение активности аспартатаминотрасферазы и аланинаминтрансферазы в крови, анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический. В тяжелых случаях заболевания для быстрого достижения эффекта начальная доза может составлять 5 мг/кг. При достижении удовлетворительного клинического результата циклоспорин отменяют, а при последующем обострении назначают в предыдущей эффективной дозе. Препарат следует отменять постепенно, снижая его дозу на 1 мг/кг в неделю в течение 4 недель или на 0,5-1 мг/кг каждые 2 нед. Применение препарата должно быть прекращено, если не достигнут удовлетворительный ответ после 6 недель лечения в дозе 5 мг/кг в сутки. При лечении циклоспорином повышается риск развития лимфопролиферативных заболеваний и других злокачественных новообразований, особенно кожи. Применение живых ослабленных вакцин во время лечения циклоспорином не показано. Пациенты, применяющие циклоспорин, не должны одновременно получать ПУВА- терапию или средневолновую УФ-терапию. Одновременное применение циклоспорина и методов фототерапии (ПУВА-терапия; УФВ-311 терапия) противопоказано ввиду повышения риска немеланомного рака кожи.*

Физиотерапевтические процедуры:

Перед началом фототерапии больные должны быть обследованы для исключения патологии внутренних органов, поскольку лечение ультрафиолетовыми лучами имеет ряд противопоказаний. Применение фототерапии противопоказано при заболеваниях глаз (глаукома, катаракта), гипертонической болезни (II, III стадии), эндокринопатиях, наличии доброкачественных и злокачественных опухолей. С этой целью перед началом лечения больной должен быть обследован терапевтом, хирургом, офтальмологом, гинекологом, эндокринологом.

Начальную дозу облучения определяют на основании индивидуальной чувствительности кожи путем измерения минимальной фототоксической дозы при ПУВА- терапии или минимальной эритемной дозы при УФВ-терапии либо без определения минимальных фототоксических/эритемных доз на основании фототипа кожи (по классификации Т.Б. Фитцпатрика).

Рекомендуются для лечения пациентов с почесухой с распространенными высыпаниями

(средней и тяжелой степени тяжести) методы средневолновой фототерапии (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии с целью купирования клинических проявлений заболевания

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19886961/

C	Селективная фототерапия (широкополосная ультрафиолетовая терапия): начальная доза облучения составляет 50-70% от минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,01-0,03 Дж/см^2. Процедуры проводят с режимом 3-5 раз в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу увеличивают каждую 2-3-ю процедуру на 5-30%, или на 0,01-0,03 Дж/см^2. На курс назначают 20-30 процедур

B	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия: начальная доза облучения составляет 50-70% от минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,1-0,3 Дж/см^2. Процедуры проводят 3-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышают каждую процедуру или через процедуру на 5-30%, или на 0,05-0,2 Дж/см^2, при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. На курс назначают 15-35 процедур

Комментарии: *Узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм (УФВ- 311) является более эффективным методом УФВ-терапии по сравнению с селективной фототерапией. Узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм (УФВ-311) может служить методом выбора при лечении упорных случаев УП; при этом стойкий положительный эффект можно получить только при проведении курса лечения, составляющего не менее 20 процедур;*

B	Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА) взрослым пациентам. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены для системного применения, которые принимают в дозе 0,6-0,8 мг на 1 кг массы тела за один прием, за 1,5-2 часа до облучения длинноволновым УФ-светом. Начальная доза УФА составляет 50-70% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,25-1,0 Дж/см^2. Процедуры проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,25-1,0 Дж/см^2. При появлении слабовыраженной эритемы дозу облучения оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА - 15-18 Дж/см^2. На курс назначают 15-35 процедур

Комментарии: *Для выявления противопоказаний к ПУВА-терапии следует провести комплекс лабораторных исследований, включающий общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-акушерагинеколога (для женщин). Многокурсовое применение метода ПУВА-терапии может повышать риск злокачественных новообразований кожи. ПУВА-терапия противопоказана лицам до 18 лет*

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12399761/

B3	ультрафиолетовое облучение кожи 308 нм (эксимерное УФ-облучение). Повышение разовой дозы облучения осуществляют каждую процедуру или каждую 2-ю процедуру на 1 минимальной эритемной дозы, или 25% от предыдущей дозы. Лечение проводят с режимом 2-3 раза в неделю. На курс назначают 15-35 процедур

Комментарии: *Лечение ультрафиолетовым облучением кожи 308 нм (эксимерное УФ-облучение), показано, главным образом, при ограниченных формах почесухи с площадью поражения не более 10% поверхности тела.*

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35925236/

C	Ультразвуковая терапия с применением средств для топического применения Пелоидотерапия Электросон Неинвазивная стимуляция мозга магнитными полями

C	Низкоуровневая светотерапия ИК-лазер Поляризованный полихроматический луч

C	Криомассаж (массаж жидким азотом)

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986298/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16518189/

C	Бальнеотерапия с минеральными солями, травяными отварами

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35925236/

C	НИЛИ Озонотерапия

C	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура **плазмафереза**

Требования к результатам лечения

- прекращение зуда;
- разрешение высыпаний.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

Консультации других специалистов, выявление и лечение соматической патологии.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ПОЧЕСУХА»

Ташкент – 2025

Введение

Почесуха (лат. *prurigo*, от *prurio* — чешусь) — заболевание кожи, для которого характерны сильный зуд, узелковые высыпания, кровянистые корочки и расчёсывание, в основном на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, животе, спине, пояснице. Почесуха — хроническое рецидивирующее заболевание, относящееся к группе нейроаллергодерматозов. Почесуха часто связана с нарушениями иммунного ответа, хроническими аллергиями или воздействием внешних факторов, например, паразитарные инфекции, стресс.

Методы и процедуры профилактики:

Специфических методов профилактики не существует.

Одной из профилактических мер в отношении возникновения узловатой почесухи является своевременная защита от укусов насекомых (москиты, комары и др.), а в случае заболевания флеботодермией — раннее лечение образовавшихся при этом изменений кожи и доведение такового до конца с тем, чтобы добиться полного уничтожения зуда.

Мероприятия по профилактике почесухи заключаются в своевременности лечения желудочно-кишечных, эндокринных заболеваний и инфекций. При хроническом течении почесухи следует обязательно соблюдать все рекомендации врача.

Также очень важно придерживаться правильного и полноценного питания, соблюдать распорядок труда и отдыха, избегать стрессовых ситуации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Viraben R. Prurigo strophulus: cutaneous manifestation of hypersensitivity to environmental arthropods // Ann Dermatol Venereol. 1996;123(11):751-6.
2. Lader Scotto J. A multicenter double–blind comparison of hydroxizine in patient with generalized anxiety disorder. Psychopharmacology 1998; 139: 402–6.
3. Clark AR, Jorizzo JL, Fleischer AB. Papular dermatitis (subacute prurigo, "itchy red bump" disease): pilot study of phototherapy // Am Acad Dermatol. 1998 Jun;38(6 Pt 1):929-33.
4. DuBuske L.M. Pharmacokinetics/pharmacodynamics and psychomotor performance aspects of antihistamine therapies // Clin Appl Immunol Rev. 2001, v. 1, p. 277–289.
5. Barnes P.J. Molecular mechanisms of corticosteroids in allergic diseases // Allergy.– 2001.– Vol. 56.– Supp. 10.– P. 928–936.
6. Barnes P.J. Optimizing the anti–inflammatory effects of corticosteroids // Eur Resp Rev 2001;11:78:15–22.
7. Bender BG, Berning S, Dudden R, Milgrom H, Tran ZV. Sedation and performance impairment of diphenhydramine and second-generation antihistamines: a meta-analysis // J Allergy Clin Immunol. 2003 Apr;111(4):770-6.
8. Lee MR, Shumack S. Prurigo nodularis: a review // Australas J Dermatol. 2005 Nov;46(4):211-18.
9. Gambichler T, Hyun J, Sommer A, Stücker M, Altmeyer P, Kreuter A. A randomised controlled trial on photo(chemo)therapy of subacute prurigo // Clin Exp Dermatol. 2006 May;31(3):348-53.
10. Rombold S, Lobisch K, Katzer K, Grazziotin TC, Ring J, Eberlein B. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases // Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2008 Feb;24(1):19-23.
11. Maruani A, Samimi M, Lorette G. Prurigo // Presse Med. 2009 Jul-Aug;38(7-8):1099-105.
12. Астафьева Н.Г., Гамова И.В., Удовиченко Е.Н., Перфилова И.А. / Левоцетиризин: современные аспекты применения при аллергических заболеваниях с точки зрения доказательной медицины // Н. Г. Астафьева И. В. Гамова Е. Н. Удовиченко И. А. Перфилова. Клиническая фармакология. - №5, 2010. – С. 56-61.

13. Richards RN. Update on intralesional steroid: focus on dermatoses // J Cutan Med Surg. 2010 Jan-Feb;14(1):19-23.
14. Bruni E, Caccialanza M, Piccinno R. Phototherapy of generalized prurigo nodularis // Clin Exp Dermatol. 2010 Jul;35(5):549-50.
15. Saraceno R, Chiricozzi A, Nisticò SP, Tiberti S, Chimenti S. An occlusive dressing containing betamethasone valerate 0.1% for the treatment of prurigo nodularis // Dermatolog Treat. 2010 Nov;21(6):363-6.
16. Murota H, Kitaba S, Tani M, Wataya-Kaneda M, Azukizawa H, Tanemura A, Umegaki N, Terao M, Kotobuki Y, Katayama I. Impact of sedative and non-sedative antihistamines on the impaired productivity and quality of life in patients with pruritic skin diseases // Allergol Int. 2010 Dec;59(4):345-54.
17. Bruni E, Caccialanza M, Piccinno R. Phototherapy of generalized prurigo nodularis // Clin Exp Dermatol. 2010 Jul;35(5):549-50.
18. Dazzi C, Erma D, Piccinno R, Veraldi S, Caccialanza M. Psychological factors involved in prurigo nodularis: A pilot study // J Dermatolog Treat. 2011 Aug;22(4):211-4. 19. Тёрёк Е., Катона М. Применение диметиндена малеата при различных зудящих заболеваниях кожи в детском возрасте / Е. Тёрёк, М. Катона. Клинические исследования. - №4, 2011. – С. 45-48.

https://diseases.medelement.com/disease/пруриго-рекомендации-рф/15250
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37811660/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36757348/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35842249/ https://medum.ru/nemolizumab
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745856/
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Prurigo_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35842249/
https://medum.ru/nemolizumab
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745856/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19886961/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12399761/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986298/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16518189/

Компетенции практических навыков по менеджменту при почесухе (task shifting)

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	+*	+	+
Применение знаний о симптомах почесухи при сборе анамнеза заболевания у пациента.			+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями			+
Постановка диагноза			
Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований			+
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов:			+
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)			+
ИФА на общий IgE			+
Дополнительная лабораторная диагностика			
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала, анализ кала на яйца глист;			+
Комплекс биохимических исследований			+
Исследование в крови гамма-глобулина			+
Исследование в крови С реактивного белка			+
Исследование в крови антинуклеарных антител			+
Гистологическое исследование			+
Иммунологические исследования			+
Иммуногистохимическое исследование			+
Исследование на ИЛ- 4, 13, 31			+
Микроскопическое исследование соскоба с кожи на чесоточного клеща			+
Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА			+

Обследование на ВИЧ-инфекцию (определение IgM и IgG – антител к HIV1, HIV2) и гепатиты В и С (определение HCV-антител, HBs-антигена)			+
Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика			+
Микробиологическое исследование с очагов поражения с определением чувствительности к антибиотикам			+
Микологическое исследование			+
Исследование крови и биосубстратов на инфекции (ИФА, ПЦР)			+
Молекулярно-генетические исследования			+
Аллерготесты			+
Серологическая диагностика паразитарных заболеваний – выявление антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхисов и др.			+
Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM			+
Определение в крови IgG к антигенам Aspergillus fumigatus			+
Генотипирование микроорганизмов			+
Дополнительные инструментальные исследования			
Диагностика состояние кожи-дерматоскопия			+
УЗИ внутренних органов			+
Обследование лампой Вуда			+
Корнеометрия кожи			+
Ультразвуковое исследование кожи			+
Лечение почесухи			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения при почесухе (стр. 15)			+
Компетенция назначения медикаментозного лечения при почесухе (стр. 15-29)			+

Профилактика почесухи

Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни			+
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения			+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции по управлению почесухой

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Описание почесухи			+
Симптоматическое описание жалоб при почесухе			+
Описание патофизиологических механизмов при почесухе			+
Создание подхода к диагностике почесухи на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).			+
Интерпретация основных анализов			+
Формирование подхода к лечению почесухи			+
Опишите немедикаментозную терапию при почесухе			+
Опишите медикаментозную терапию при почесухе			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при почесухе			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития почесухи в рамках лечения.			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.