Приложение
к приказу № 176
от «22 » мая 2026-года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

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

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ»

ТАШКЕНТ 2026



“УТВЕРЖДАЮ”
И.о. директора ГУ
“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
Сабиров У.Ю.

«26» февраля 2026 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ»

ТАШКЕНТ 2026

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ»

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10: L71.0

L71.0	Периоральный дерматит	ED90.1 Периоральный дерматит
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11294	https://mkb-11.com/index.php?id=ED90.1

Дата разработки и пересмотра протокола: 2026 год, дата пересмотра 2029 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:

	Сабиров У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
	Якубова А.С.	Заведующая научной лабораторией по изучению проблем дерматокосметологии, PhD	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз

Рецензенты:

1. Ходжаева Нигора Бахрамовна — д.м.н., заведующая отделением дерматокосметологии РСНПМЦДВиК.
2. Балтабаев Алиджон Мир-Алиевич – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и фтизиатрии Кыргызско-Российского Славянского Университета.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработан под руководством первого заместителя министра здравоохранения О.С.Имамова, начальника Управления по внедрению медицинского страхования, начальника Управления разработки и внедрения стандартов и клинических протоколов, а также с организационной и практической помощью главных и ведущих специалистов отдела.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения:

Выписка из протокола № 2 от 26.02.2026 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Пользователи протокола:

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

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения данной нозологии в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: обследованию подлежат больные периоральным дерматитом

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 «ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ»……4
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ» …..…… 18
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ» …….23

Список сокращений

ПД	Пероральный дерматит
МКБ	Международная классификация болезней
PODSI	Калькулятор расчета дерматологического индекса тяжести ПД
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФлА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/м	Внутримышечно
в/в	Внутривенно
п/к	Подкожно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
нм	нанометр
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

2.Основная часть.

2.1 Введение

Пероральный дерматит (ПД, син.: розацеаподобный дерматит, светочувствительный дерматит, стероидиндуцированный дерматит, светочувствительный себороид) – это хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся эритематозно-папулезными, папуло-везикулезными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области [1,2,14].

Распространенность периорального дерматита среди населения составляет 0,5–1%, преимущественно им страдают женщины в возрасте 15–45 лет. Периоральный дерматит может наблюдаться в детском возрасте, пик заболеваемости приходится на пубертатный период, заболевание чаще наблюдается у мальчиков [3]. Около 2% пациентов, обратившихся к врачу-дерматовенерологу, страдают периоральным дерматитом. Люди со светлой кожей болеют чаще.

2.2 Определение

Периоральный дерматит — это хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся появлением мелких красных папул, прыщиков и шелушения, локализующихся преимущественно вокруг рта.

Развитию периорального дерматита способствует наличие следующих факторов:

- Продолжительное использование глюкокортикостероидов (наружно или системно) и лекарственных препаратов, их содержащих [4];
- инфекционные агенты: дрожжеподобные грибы рода *Candida*, облигатные анаэробные бактерии [6];
- использование косметических препаратов (увлажняющие, очищающие, солнцезащитные средства), обладающих окклюзивным эффектом [7];
- использование фторсодержащих зубных паст;
- ультрафиолетовое облучение[8].

Фоном для развития периорального дерматита могут являться: прием контрацептивных препаратов, беременность, нарушение барьерной функции кожи, в том числе у больных атопическим дерматитом, использующих топические глюкокортикостероиды.

2.3. КЛАССИФИКАЦИЯ

Общепринятой классификации не существует.

2.4 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

С учётом выраженности клинических проявлений выделяют три степени тяжести периорального дерматита: лёгкую, среднюю и тяжёлую. Гранулематозный вариант заболевания классифицируется как тяжёлая форма [9,14]. Для определения степени тяжести ПД разработан индекс PODSI, основанный на оценке степени выраженности клинических проявлений таких как эритема, папулы и шелушение.

Приложение 1.

Расчет индекса PODSI

Балльная оценка высыпаний на коже (PODSI)			
Признаки	**I степень (1 балл)**	**II степень (2 балла)**	**III степень (3 балла)**
Эритема	Бледно-розовая, едва заметная	Умеренная, красноватая, пятнистая	Выраженная, темно-красная, диффузная, сливающаяся
Папулы	Единичные, мелкие,цвета неизмененной кожи	Немногочислен-ные, умеренно выраженные, диссеминирован-ные	Многочисленные, выраженные, эритематозные, склонные к слиянию
Шелушение	Слабое, едва заметное	Умеренное	Выраженное

Значение индекса PODSI представляет собой сумму баллов оценки выраженности эритемы, папул и шелушения, согласно приведенным вариантам характеристики высыпаний для каждой из степеней тяжести, где «0» означает «отсутствие признака», 1, 2, 3 балла – степень выраженности признака, а также могут использоваться промежуточные степени 0,5; 1,5 и 2,5 [10].

Легкая степень тяжести периорального дерматита соответствует значениям индекса PODSI – 0,5–2,5, средняя степень тяжести – 3,0–5,5 и тяжелая форма PODSI – 6,0–9,0. Заболевание характеризуется эритемой разной степени выраженности с четкими границами, а также полусферическими, нефолликулярными, розовато-красными папулами, папуло-везикулами, реже папуло-пустулами, размером 1–2 мм в диаметре, которые локализуются в периоральной, периорбитальной областях, в носогубных складках, а также могут распространяться на кожу подбородка и щек.

Характерным признаком периорального дерматита является свободная от высыпаний бледная кожа в виде узкого ободка вокруг красной каймы губ. При гранулематозной форме периорального дерматита наблюдаются красно-коричневые, реже цвета нормальной кожи

папулы, которые могут локализоваться не только на типичных для заболевания участках, но и на коже шеи, туловища и конечностей [11].
Типичными жалобами пациентов с периоральным дерматитом являются ощущение жжения, болезненности, а также стянутости и напряжения кожи в области поражения. Зуд возможен, но не характерен [12,14].

3.Методы, подходы и процедуры диагностики

3.1 Диагностические критерии

https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview?0=scode=msp&1=st=fpf&2=socialSite=google&3=form=about&4=reg=1

https://doi.org/10.3899/jrheum.090216

Диагностика периорального дерматита основывается на осмотре врача дерматовенеролога, анализе данных анамнеза и клинической картины. В качестве критериев установления диагноза используют данные анамнеза и характерной клинической картины [13].
• Рекомендуется подтверждение диагноза на основании клинической картины, осмотра врача-дерматовенеролога.

С 5	Для верификации гранулематозной формы заболевания проводят гистологическое исследование. Гистологическая картина заболевания соответствует картине слабовыраженного неспецифического подострого воспаления с явлениями перифолликулярного или периваскулярного лимфогистиоцитарного инфильтрата. При гранулематозной форме периорального дерматита.

1) Жалобы и анамнез

Типичными жалобами пациентов с периоральным дерматитом являются ощущение жжения, болезненности, а также стянутости и напряжения кожи в области поражения. Зуд возможен, но не характерен [12].

2) Физикальное обследование.

Объективные клинические проявления периорального дерматита, выявляемые при физикальном обследовании:
в зависимости от выраженности клинических проявлений различают легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести периорального дерматита. К тяжелому периоральному дерматиту относят гранулематозный периоральный дерматит. Для определения степени тяжести периорального дерматита разработан индекс PODSI, основанный на оценке степени выраженности клинических проявлений таких как эритема, папулы и шелушение (Приложение1). Заболевание характеризуется эритемой разной степени выраженности с четкими границами, а также полусферическими, нефолликулярными, розовато-красными папулами, папуловезикулами, реже папулопустулами, размером 1-2 мм в диаметре, которые локализуются в периоральной, периорбитальной областях, в носогубных складках, а также могут распространяться на кожу подбородка и щек. Характерным признаком периорального дерматита является свободная от высыпаний бледная кожа в виде узкого ободка вокруг красной каймы губ. При гранулематозной форме периорального дерматита наблюдаются краснокоричневые, реже цвета нормальной кожи папулы, которые могут локализоваться не только на типичных для заболевания участках, но и на коже шеи, туловища и конечностей. При витропрессии выявляют положительный симптом «яблочного желе» [11].

3) Лабораторные диагностические исследования

- Общий анализ крови
- Скрининговые тесты на наличие сифилиса
- Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
- Общий анализ мочи
- Общий анализ кала
- Комплекс биохимических исследований
- Гистологическое исследование
- Кровь на LE-клетки
- Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика
- Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА
- Исследование гормонов щитовидной железы
- Микологическое исследование
- Иммунологические исследования

https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/ rosasea
https://emedicine.medscape.com/article/1943419-guidelines?form=fpf
https://dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-treatment-of- rosasea
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12381213/

C 5	**Не рекомендуется** применять Микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей с целью обнаружения Demodex spp. и микроорганизамов и посев содержимого пустул для диагностики

B 2	Перед назначением системных ретиноидов, а также во время терапии рекомендуется проводить ежемесячный контроль биохимических показателей крови: общий билирубин, АЛТ, АСТ, триглицериды, общий холестерин, глюкозу, креатинин, щелочную фосфатазу.

Комментарии:
Препарат изотретиноин является потенциальным тератогеном и обладает побочными эффектами. На основе имеющихся данных по безопасности изотретиноина были сформулированы следующие основные положения: Курс лечения изотретиноином обычно хорошо переносится и считается безопасным. Побочные явления со стороны кожи и слизистых оболочек возникают часто, но они обратимы, хорошо поддаются увлажняющей местной терапии и, как правило, не требуют отмены препарата. Побочные эффекты со стороны костно-мышечной системы встречаются редко. Иногда наблюдаются небольшие отклонения в лабораторных показателях, которые не требуют прекращения терапии. Показатели функции печени и липидного обмена рекомендуется анализировать через 2–4 недели после начала лечения. Контрацептивный период после окончания терапии составляет 5 недель.

4.Инструментальные диагностические исследования

C 5	С целью оценки тяжести состояния рекомендуется проведение диагностики состояния кожи, включающей: - дерматоскопию; - использование аппарата трехмерной визуализации поверхности кожи; - применение программно-аппаратных комплексов для фотодокументации и диагностики

5.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Нозологии	Клиническое проявление
Розацеа	Наличие телеангиэктазий в местах поражения, конъюнктивит, иридоциклит, кератит и блефарит, как проявления офтальморозацеа; стадийностью процесса (папулы, пустулы, узлы, ринофима [1,14].
Атопический дерматит	Выраженный зуд, а также характерный анамнез заболевания (начало заболевания в раннем детском возрасте, характерная локализация высыпаний на коже лица, шеи, сгибательной поверхности конечностей). Дифференциальную диагностику затрудняет развитие периорального дерматита у больных атопическим дерматитом на фоне использования наружных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды [14].
Акне	Более молодом возрасте, наличие комедонов, конических папул и отсутствие эритематозных пятен. Высыпания часто распространяются на кожу спины, груди и плеч [1,14].
Себорейный дерматит	Болеют чаще мужчины. Высыпания при себорейном дерматите локализуются в области волосистой части головы, границы роста волос, бровей, ресниц, области усов и бороды, носогубных складок, кожи наружных слуховых проходов и заушных областей, где наблюдается шелушение в виде блестящих жирных чешуек желтоватого цвета [1,14].

Для верификации диагноза требуется проведение гистологического исследования.

4.Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/ **rosasea**

- **Цели лечения**

достижение клинической ремиссии заболевания;
улучшение качества жизни больных.

4.1 Немедикаментозное лечение.

Применяют «нулевую» (или «зеро-терапия» терапию.

- Отмена всех наружных, в том числе косметических средств, в особенности препаратов, содержащих кортикостероиды
- Ограничения:

- Горячие и острые блюда, а также цитрусовые продукты.
- Спиртные и газированные напитки.
- Длительное нахождение в жарком помещении или под солнечными лучами.

Медикаментозное лечение.

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в

Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования не будет основанием для возмещения расходов.

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа:	***МНН ЛС***	***Способ применения***	***Уровень доказательности***
Наружные средства	метронидазол	0,75-1% гель, крем, 2 раза в день наружно в течение 8 недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
	азелаиновая кислота	20% крем, 2 раза в день наружно в течение 2-6 недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
	пимекролимус	1% крем, 2 раза в день наружно в течение 4 недель	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
	Такролимус	мазь 0,03% или 0,1%, 2 раза в день в течение 4 недель	(D) https://vestnikdv.ru/jour/article/view/16926/ru_RU
	Пиритион цинк	крем, аэрозоль 2 раза в день, в течение 4 недель	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767125/
Антиоксиданты	Аскорбинова кислота	Внутрь, в/м, в/в Для профилактики дефицитных состояний - 25-75 мг/сут, для лечения	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763052/

		250 мг/сут и более в разделенных дозах	
Гипосенсибилизирующие средства	Тиосульфат натрия	в/в — 5–50 мл 30% раствора внутрь — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	(В) https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6
	Глюконат кальция	В/в, в/в медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, взрослым — 5–10 мл 100 мг/мл раствора ежедневно Детям — внутривенно медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, в зависимости от возраста, от 1 до 5 мл 100 мг/мл раствора каждые 2–3 дня.	(В) https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a

Таблица-2

Перечень лекарственных средств (имеющих менее 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа:	***МНН ЛС***	***Способ применения***	***Уровень доказательности***
Антибактериальные препараты	Доксициклин моногидрат и гидрохлорид (препарат выбора)	100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение 12 недель Низкие дозы 40мг/сут	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17817761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using

		до 6 месяцев	%20this%20drug
	Эритромицин (альтернативный препарат)	0.25мг 4 раза в сутки перорально в течение 14-21 дней (возможно до 28 дней)	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17817761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
	Тетрациклин	250–500 мг 2 раза в день до 12 недель	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mbl_msp_iphone
Системные ретиноиды	Изотретиноин	0,1-0,5 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17817761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug

Системные ретиноиды рекомендованы при тяжелых и рецидивирующих типах ПД .
Примечание: 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.
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.

Препараты, оказывающие гепатопротекторное действие

При наличии симптомов, изменений в лабораторно-инструментальных исследованиях назначаются ЛС, обладающие гепатопротекторным свойством, выбор препарата, обладающим данными свойствами, определяется врачом.

5. Показания к госпитализации

Неэффективность амбулаторного лечения

Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие свежих элементов на коже и регресс высыпаний на коже;
- длительность ремиссии;
- улучшение качества жизни

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ»

Введение

Периоральный дерматит (син.: розацеаподобный дерматит, светочувствительный дерматит, стероидиндуцированный дерматит, светочувствительный себороид) – это хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся эритематозно-папулезными, папуло-везикулезными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области.

Распространенность периорального дерматита среди населения составляет 0,5–1%, преимущественно им страдают женщины в возрасте 15–45 лет. Периоральный дерматит может наблюдаться в детском возрасте, пик заболеваемости приходится на пубертатный период, заболевание чаще наблюдается у мальчиков. Около 2% пациентов, обратившихся к врачу-дерматовенерологу, страдают периоральным дерматитом. Люди со светлой кожей болеют чаще.

Развитию периорального дерматита способствует наличие следующих факторов:

- Продолжительное использование глюкокортикостероидов (наружно или системно) и лекарственных препаратов, их содержащих;
- инфекционные агенты: дрожжеподобные грибы рода *Candida*, облигатные анаэробные бактерии;
- использование косметических препаратов (увлажняющие, очищающие, солнцезащитные средства), обладающих окклюзивным эффектом;
- использование фторсодержащих зубных паст;
- ультрафиолетовое облучение.

Фоном для развития периорального дерматита могут являться: прием контрацептивных препаратов, беременность, нарушение барьерной функции кожи, в том числе у больных атопическим дерматитом, использующих топические глюкокортикостероиды.

Терапия периорального дерматита:

https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines

B	Рекомендуется при легкой степени тяжести периорального дерматита бывает достаточно «нулевой» терапии, которая заключается в отмене всех наружных, в том числе косметических средств, в особенности препаратов, содержащих кортикостероиды. Улучшение наступает в среднем в течение 2 недель.

В случае неэффективности «нулевой» терапии назначают лекарственную терапию.

Наружная терапия назначается при легкой и средней степени тяжести заболевания, используется в качестве монотерапии, а при тяжелом периоральном дерматите может назначаться в комбинации с системной терапией.
https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/

C	Рекомендуется для лечения ПД 2% гель/крем/лосьон метронидазола 2 раза в сутки длительностью не менее восьми недель, но для полного излечения могут потребоваться более длительные курсы (3-6 месяцев).

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/dermatit-perioralnyj_13920/
https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813

C	Азелаиновая кислота 20% крем, 2 раза в день наружно в течение 2–6 недель

https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/rosacea

C	Эритромицин 2% гель , 2 раза в день наружно в течение 4-8 недель Улучшение заметно в течение первых четырех-восьми недель.

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/dermatit-perioralnyj_13920/
https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813

A	Пимекролимус* 1% крем, 2 раза в день наружно в течение 4 недель. *Примечание в инструкции по медицинскому применению пимекролимуса периоральный дерматит не включен в показания к применению препарата

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/

A	Тетрациклин мазь 2 раза в день наружно в течение 4–8 недель Терапевтический эффект развивается после 4 недель лечения, стойкое улучшение после 3-х месячного курса лечения.

При выраженном шелушении в очагах поражения кожи пациентам с периорального дерматита рекомендуются наружные средства, с слегка увлажняющим, для уменьшения интенсивности шелушения:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/

C	Рекомендуется всем пациентам с ПД криотерапия, с целью противовоспалительного, сосудосуживающего действия. Процедуру проводят 2-3 раза в неделю, на курс 10 процедур

При выраженном шелушении в очагах поражения кожи пациентам с розацеа рекомендуются наружные средства, с слегка увлажняющим, для уменьшения интенсивности шелушения:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/

Системная терапия назначается при тяжелых формах заболевания, а также при неэффективности наружной терапии.

https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813

C	Рекомендуется пациентам с тяжелыми формами заболевания и при неэффективности наружной терапии следующая системная терапия Тетрациклин 250–500 мг 2 раза в день перорально в течение 4–8 недель

https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813

C	Рекомендуется при непереносимости тетрациклинов, беременным, детям в возрасте младше 8 лет и при гранулематозной форме периорального дерматита у детей доксициклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 4-8 недель или эритромицин 250 мг 2 раза в день перорально в течение от 1 до 3–4 месяцев

C	Рекомендуется при неэффективности антибактериальной терапии взрослым назначать изотретиноин 0,1–0,5 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки в течение 6–20 недель

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/

C 5	Рекомендуется всем пациентам с ПД криотерапия, с целью противовоспалительного, сосудосуживающего действия. Процедуру проводят 2-3 раза в неделю, на курс 10 процедур

https://m.dermatology.ru/novostiottuda?page=177

B 2	Рекомендуются источники некогерентного интенсивного светового излучения (IPL) и диодные, калий-титанил-фосфатный (KTP), александритовые, и, наиболее современные, длинноимпульсные неодимовые лазеры на аллюмо-итриевом гранате (Nd:YAG-лазеры) [1, 5,18,22]. • Рекомендуется для повышения эффективности медикаментозной терапии метод микротоковой терапии. Процедуру проводят в режиме лимфодренажа, 2-3 раза в неделю, на курс 10 процедур [8, 10, 25].

https://m.dermatology.ru/novostiottuda?page=177

B 3	Импульсный лазер на красителе (PDL)

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

C 3	Озонотерапия является широко применяемым методом, в том числе и в дерматологии. Антибактериальное, антивирусное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие озона делает его применение патоненетически обоснованным в терапии различных кожных заболеваний.

C 3	Низкоинтенсивная светотерапия ИК-лазер

https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer

C 3	Внутривенное лазерное облучение крови — один из методов ее очищения, который заключается в обработке крови световой волной прямо внутри кровеносной системы без вывода из организма пациента. Световые волны способны воздействовать комплексно, нормализуя работу различных систем и обменных процессов организма.

https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer

C 3	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза

Хирургическое лечение

Не проводится

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА»

Введение

Периоральный дерматит (син.: розацеаподобный дерматит, светочувствительный дерматит, стероидиндуцированный дерматит, светочувствительный себороид) – это хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся эритематозно-папулезными, папуло-везикулезными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области.

Распространенность периорального дерматита среди населения составляет 0,5–1%, преимущественно им страдают женщины в возрасте 15–45 лет. Периоральный дерматит может наблюдаться в детском возрасте, пик заболеваемости приходится на пубертатный период, заболевание чаще наблюдается у мальчиков. Около 2% пациентов, обратившихся к врачу-дерматовенерологу, страдают периоральным дерматитом. Люди со светлой кожей болеют чаще.

Развитию периорального дерматита способствует наличие следующих факторов:

- Продолжительное использование глюкокортикостероидов (наружно или системно) и лекарственных препаратов, их содержащих;
- инфекционные агенты: дрожжеподобные грибы рода *Candida*, облигатные анаэробные бактерии;
- использование косметических препаратов (увлажняющие, очищающие, солнцезащитные средства), обладающих окклюзивным эффектом;
- использование фторсодержащих зубных паст;
- ультрафиолетовое облучение.

Фоном для развития периорального дерматита могут являться: прием контрацептивных препаратов, беременность, нарушение барьерной функции кожи, в том числе у больных атопическим дерматитом, использующих топические глюкокортикостероиды.

Общие меры

Основываясь на результатах исследований и мнениях экспертов, можно обсудить меры общего ухода до начала и во время лечения. Пациентов следует информировать о необходимости соблюдать гигиену полости рта и кожу вокруг ротовой полости.

Если предполагается, что причиной ПД является системный препарат, врач должен заменить его другим лекарственным средством.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Диспансерное наблюдение пациентов с ПД не проводится.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003.
2. Потекаев Н.Н., Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. и др. Акне и розацеа. М.-СПб.: БИНОМ, 2007.
3. Zeba H.H. Perioral dermatitis: an update. Int J Dermatol 2003; 42: 515-517.
4. Dirschka T. Periorale Dermatitis. Ruhr- Universitat. Bochum, 2004.
5. Hafeez Z.H. Perioral dermatitis: an update. Int J Dermatol 2003; 42: 514-517
6. Berardi P., Benvenuti S., Genga A., Cecchini F. Demonstration of fusobacteria in eruptions of perioral dermatitis using the tape stripping toluidine blue (TSTB) method. J Eur Acad Dermatol Venereol 1994; 3: 495-499.
7. Clementson B., Smidt A.C. Periorificial dermatitis due to systemic corticosteroids in children: report of two cases. Pediatr Dermatol. 2012; 29 (3): 331-332.
8. Fritsch P., Pichler E., Linser I. Periorale Dermatitis Hauterzt 1989;40: 475-479
9. Lebmann P. Periorale Dermatitis. In: Plewig G, Kaudewitz P, Sander CA (Hrsg) Fortscbritte der praktiscben Dermatologie und Venerologie. Bd 19. Berlin: Springer, 2005; s.515-517.

10. Schwarz T., Kreiselmaier I., Bieber T. et al. A randomized, double-blind, vehicle-controlled study of 1 % pimecrolimus cream in adult patients with perioral dermatitis. J Am Acad Dermatol 2008; 59: 34^-0.
11. Tarm K., Creel N.B., Krivda S.J., Turiansky G.W. Granulomatous periorificial dermatitis. Cutis 2004; 73 (6): 399-402.
12. Tempark T., Shwayder T. A. Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options //American journal of clinical dermatology. - 2014. - T. 15. - C .101-113.
13. Адаскевич В.П., Меделенц Н.О. Диагностика периорального дерматита. Вестник ВГМУ. - 2019. - Том 18, №6. - С. 59-67.
14. Арифов С.С «Клиническая дерматоогия и венерология» Ташкент -2008
15. Schubert E., Beetz H.M., Rockl H. Uber den Wert der Tetrazyklin-Therapie bei der perioralen Dermatitis. Hautarzt 1973; 24: 253.
16. Veien N.K., Munkvad J.M., Nielsen A.O. et al. Topical metronidazole in the treatment of perioral dermatitis. J Am Acad Dermatol 1991; 24: 258-260.
17. Jansen T, Grabbe S. Perioral dermatitis in childhood - Clinical features, etiopathogenesis and treatment with special reference to own experiences with the use of 20 % azelaic acid cream. Aktuelle Dermatologie 2007; 33: 180-183.
18. Rodriguez-Martin M., Saez-Rodriguez M., Carnerero-Rodriguez A. et al. Treatment of perioral dermatitis with topical pimecrolimus. J Am Acad Dermatol 2007; 56: 529-530.
19. Macdonald A., Feiwel M. Perioral dermatitis: aetiology and treatment with tetracycline. Br J Dermatol 1972; 87: 315-319.
20. Choi Y.L., Lee K.J., Cho H.J. et al. Case of childhood granulomatous periorificial dermatitis in a Korean boy treated by oral erythromycin. J Dermatol 2006; 33: 806-808.
21. Brunner M., Megahed M., Holzle E., Ruzicka T. Granulomatous perioral dermatitis in childhood. Treatment with isotretinoin. Akt. Dermatol 1995; 21: 60-62
22. Nikkels A.F., Pierard G.E. Control of perimenstrual flares of perioral dermatitis by isotretinoin. J Dermatol Treat 2000; 11: 97-99.
23. Smith K.W. Perioral dermatitis with histopathologic features of granulomatous rosacea: successful treatment with isotretinoin. Cutis 1990; 46: 413-415.
24. Searle T, Ali FR, Al-Niaimi F. Perioral dermatitis: Diagnosis, proposed etiologies, and management. J Cosmet Dermatol. 2021 Dec;20(12):3839-3848. doi: 10.1111/jocd.14060. Epub 2021 Mar 16. PMID: 33751778.
25. Plewig G. Periorale Dermatitis. In: Braun-Falco O., Wolff H.H., Burgdorf W.H., Landthaler M. eds. Dermatologie und Venerologie. Heidelberg: Springer, 2005: 907-909.

https://mkb-10.com/index.php?pid=11157

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763

https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike

https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer

https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1808421/

https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426

https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/

https://vestnikdv.ru/jour/article/view/16926/ru_RU

https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767125/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763052/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767160/

https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a

Компетенции практических навыков по менеджменту периоральному дерматиту

(task shifting)

	Практическая медсестра	**БМСП Семейный врач (бакалавр)**	**Узкий специалист**
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	**+***	**+**	**+**

Применение знаний о симптомах ПД при сборе анамнеза заболевания у пациента.		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями		+	+
Физикальный осмотр			
• Визуальное исследование кожи. Комментарии: При визуальном исследовании кожи оценивается локализация высыпаний и их характер. • Пальпация кожи в очагах поражения. Комментарии: При пальпации кожи оценивается консистенция элементов сыпи, наличие болезненности.		+	+
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)		+	+
Скрининговые тесты на наличие сифилиса (старше 14 лет)		+	+
Дополнительная лабораторная диагностика			
дерматоскопия			+
трехмерной визуализации поверхности кожи		+	+
Дополнительные инструментальные исследования			
Дерматоскопия			+
УЗИ внутренних органов			+
Допплерография сосудов			+
Лечение			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения (стр. 20)			+
Компетенция назначения медикаментозного лечения (стр. 19-22)			+

Профилактика			
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 периоральном дерматите

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

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.