

Клинические рекомендации

Пиодермии

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **A46 / A48.3 / L00 / L01 / L02 / L08.0 / L73.8 / L73.9 / L74.8 / L98.4 / P39.4**

Возрастная группа: Взрослые и дети

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»

Оглавление

Оглавление.....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	15
2.1 Жалобы и анамнез.....	15
2.2 Физикальное обследование.....	15
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	15
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	15
2.5 Иные диагностические исследования.....	15
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	16
3.1 Консервативное лечение.....	16
3.2 Хирургическое лечение.....	25
3.3 Иное лечение.....	25
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	25

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	26
6. Организация медицинской помощи.....	26
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	26
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	26
Список литературы.....	28
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	29
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	30
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	32
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	33
Приложение В. Информация для пациента.....	34

Список сокращений

МКБ – Международная классификация болезней

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

SSSS – синдром стафилококковой обожженной кожи (staphylococcal scalded skin syndrome)

STSS – синдром стрептококкового токсического шока (streptococcal toxic shock syndrome)

Термины и определения

Пиодермии – группа дерматозов, характеризующихся гнойным воспалением кожи, ее придатков, а также подкожной жировой клетчатки.

Фолликулит – гнойное воспаление волосяного фолликула.

Сикоз вульгарный (сикоз стафилококковый, сикоз непаразитарный) – хроническое рецидивирующее воспаление фолликулов в зоне роста щетинистых волос (борода, усы, брови, лобок, подмышечные ямки).

Везикулопустулез (перипорит, остеопорит) – гнойное воспаление устьев мерокринных потовых желез.

Фурункул – гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей подкожно-жировой клетчатки.

Карбункул – конгломерат фурункулов, объединенных общим инфильтратом.

Абсцесс кожи – отграниченное гнойное воспаление, сопровождающееся некрозом.

Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых желез.

Целлюлит – острое инфекционное воспаление дермы и подкожно-жировой клетчатки.

Экзима (стрептодермия язвенная) – глубокое поражение тканей с изъязвлением на ограниченном участке.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Пиодермии – группа дерматозов, характеризующихся гнойным воспалением кожи, ее придатков, а также подкожной жировой клетчатки.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возбудителями пиодермий, как правило, являются представители семейства *Micrococcaceae*: стафилококки (грамположительные факультативно-анаэробные бактерии) и стрептококки (грамположительные аэробные и факультативно-анаэробные бактерии), наиболее часто – *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*, β -гемолитический стрептококк.

Патогенные свойства данных микроорганизмов определяются их способностью в процессе жизнедеятельности вырабатывать токсины, ферменты и другие биологически активные вещества. Токсические поражения кожи, сопровождающиеся эксфолиацией, вызывают стафилококки II фагогруппы, лизирующиеся фагами 3А, 3В, 3С, 55, 71.

Этиологическими агентами пиодермий могут являться и другие микроорганизмы – вульгарный протей, пневмококки, синегнойная палочка и другие, выявляющиеся в большинстве случаев в ассоциациях со стафилококками и стрептококками.

К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермий и их рецидивов, относят нарушение целостности эпидермиса (микротравмы, мацерации кожи), загрязнение кожи, повышенное потоотделение, смещение рН кожи в щелочную сторону, действие высоких и низких температур. Факторами риска синдрома стафилококкового токсического шока являются: использование тампонов во время менструации, инфекции хирургических ран, ожоги, язвы, травмы кожи, послеродовые инфекции.

К эндогенным факторам риска развития пиодермий относятся различные эндокринопатии, прежде всего нарушение углеводного обмена (сахарный диабет), недостаточное поступление белков в организм, наличие тяжелых соматических

заболеваний, гиповитаминоз, хронические интоксикации, наличие очагов стафилококковой инфекции в различных органах и тканях.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Пиодермии относятся к наиболее распространенным заболеваниям кожи. Тем не менее, точно оценить их распространенность среди населения сложно из-за разнообразия клинических проявлений и быстрого (в течение 7-10 дней) разрешения высыпаний в большинстве случаев заболевания. Среди больных пиодермиями преобладают мужчины, у которых диагностируется 60–70% всех случаев заболевания. Наиболее часто пиодермии регистрируются у лиц в возрасте от 45 до 65 лет. В эпидемиологии стафилококковой инфекции большое значение имеет стафилококконосительство.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

A46 – Рожа;

A48.3 – Синдром токсического шока;

L00 – Синдром стафилококкового поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей;

L01 – Импетиго;

L02 – Абсцесс кожи, фурункул и карбункул;

L08.0 – Пиодермия. Дерматит: гнойный, септический, гноеродный;

L73.8 – Другие уточненные болезни фолликулов. Сикоз бороды;

L73.9 – Болезнь волосяных фолликулов неуточненная;

L74.8 – Другие болезни мерокринных потовых желез;

L98.4 – Хроническая язва кожи, не классифицированная в других рубриках.
Хроническая язва кожи БДУ Тropicкая язва БДУ Язва кожи БДУ;

R39.4 – Неонатальная инфекция кожных покровов. Пиодермия новорожденных.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В зависимости от возбудителя заболевания и клинических особенностей поражения пиодермии подразделяют на следующие виды:

Стафилодермии:

1. Поверхностные:

- a. остиофолликулит;
- b. фолликулит;
- c. сикоз;
- d. везикулопустулез;
- e. эпидемическая пузырчатка новорожденных;
- f. дерматит эксфолиативный (болезнь Риттера);
- g. синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS);
- h. синдром стафилококкового токсического шока (TSS).

2. Глубокие:

- a. фурункул;
- b. фурункулез;
- c. карбункул;
- d. абсцесс;
- e. псевдофурункулез;
- f. гидраденит.

Стрептодермии:

1. Поверхностные:

- a. импетиго стрептококковое;
- b. щелевое импетиго;
- c. паронихия;
- d. папуло-эрозивная стрептодермия;
- e. интертригинозная стрептодермия;
- f. рожа;

- g. синдром стрептококкового токсического шока (STSS);
 - h. стрептодермия острая диффузная.
2. Глубокие:
- a. целлюлит;
 - b. эктима вульгарная.

Стрептостафилодермии: поверхностное импетиго вульгарное.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Стафилодермии

Остиофолликулит (импетиго Бокхарта)

Заболевание характеризуется появлением остроконечной желтовато-белой пустулы размером с булавочную головку, пронизанной волосом. Возникает в результате воспаления устья волосяного фолликула. На 3-4 сутки пустула ссыхается с образованием желтоватой корки, после которой остается розовое пятно. Преимущественная локализация заболевания – кожа в области бороды, усов, груди, конечностей в местах волосяного покрова.

Фолликулит

Заболевание характеризуется появлением ограниченного воспалительного инфильтрата в виде узелка ярко-красного цвета, болезненного при пальпации. На 2-3 день формируется пустула, наполненная желтовато-зеленым содержимым, в центре которой виден волос или устье фолликула. Через 5-7 суток пустула ссыхается с образованием желтоватой корочки. После разрешения остиофолликулитов и фолликулитов рубцов не образуется.

Сикоз вульгарный (сикоз стафилококковый, сикоз непаразитарный)

Заболевание характеризуется появлением очагов с выраженной инфильтрацией кожи синюшно-бурого цвета, на которых имеются пустулы, эрозии, серозно-гнойные корки.

Везикулопустулез (перипорит, остеопорит)

Заболевание часто встречается у новорожденных. Появлению везикулопустулеза предшествует потница в виде множественных красных точечных пятен, на поверхности которых появляются пузырьки с молочно-белым содержимым. Преимущественная локализация заболевания – кожа туловища, волосистой части головы, складки кожи.

Фурункул

Заболевание характеризуется появлением конусовидной пустулы с формированием некротического стержня и зоной воспаления, отека, болезненности при пальпации кожи вокруг очага. На месте отделившегося некротического стержня формируется язва.

Фурункулез характеризуется появлением множественных фурункулов на ограниченных участках кожи, может иметь диссеминированный характер. Возможны рецидивы заболевания на протяжении от нескольких недель до нескольких лет.

Карбункул

Заболевание характеризуется появлением плотного узла темно-красного или багрового цвета диаметром 5-10 см, нечетко отграниченного от окружающей ткани, на поверхности которого имеется несколько пустул. После вскрытия пустул формируется глубокий некроз подлежащих тканей с образованием глубокой обширной язвы.

Абсцесс кожи

Заболевание характеризуется появлением болезненного узла с последующим образованием в центре элемента полости, заполненной гноем. Локализуется в дерме и подкожной клетчатке, может поражаться мышечная ткань. Для сформировавшегося абсцесса характерна флюктуация.

Псевдофурункулез (множественные абсцессы новорожденных)

Наблюдается у детей первых месяцев жизни, нередко на фоне дистрофии, при сопутствующих тяжелых заболеваниях (пневмония, анемия). Заболевание характеризуется появлением подкожных узлов багово-красного цвета с синюшным оттенком величиной от горошины до лесного ореха. В центре узлов наблюдается флюктуация, при вскрытии узлов выделяется желто-зеленый сливкообразный гной. Некротического стержня не

образуется. После разрешения процесса остаются рубчики, так как поражается вся эккринная потовая железа. Преимущественная локализация заболевания – кожа в области затылка, спины, ягодиц, задней поверхности бедер.

Гидраденит

Заболевание характеризуется появлением в толще кожи небольших инфильтратов размером с горошину, которые постепенно увеличиваются, спаиваются между собой и с окружающими тканями, образуя сплошной болезненный воспалительный инфильтрат синюшно-багрового цвета. Через 4-5 суток появляется флюктуация, узлы вскрываются с образованием фистул и появлением гнойного отделяемого. Для заболевания характерно торпидное хроническое рецидивирующее течение. Преимущественная локализация заболевания – кожа в подмышечной области, вокруг сосков, пупка, половых органов и заднего прохода.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид, пиококковый пемфигус)

Заболевание появляется на 3-5 день, реже – на 8-15 день после рождения и характеризуется появлением на неинфильтрированной коже диссеминированных «вялых» пузырей (фликтен) размером от горошины до лесного ореха с мутным содержимым. На месте вскрывшихся пузырей наблюдаются влажные эрозии с остатками покрышки из отслоившегося эпидермиса, на поверхности которых корки не образуются. Период высыпания пузырей длится от нескольких дней до 2-3 недель. Высыпания локализуются на коже в области пупка, нижней части живота, аногенитальной области, области естественных складок, при обширном поражении – на коже груди, спины, конечностях, редко – на ладонях и подошвах. Заболевание протекает с повышением температуры тела. Эпидемическая пузырчатка высоко контагиозна для новорожденных детей. Заражение новорожденных происходит от матерей и медицинских работников, страдающих пиодермией.

Эксфолиативный дерматит Риттера (эпидермолиз новорожденных острый)

Является наиболее тяжелой формой стафилодермии новорожденных и рассматривается как тяжелый вариант эпидемической пузырчатки новорожденных. Заболевание развивается у недоношенных детей, тяжелее протекает у детей на 2-4 день

жизни, чем у детей на 2–3 неделе после рождения. Выделяют три стадии болезни – эритематозную, эксфолиативную и регенеративную. Заболевание начинается с покраснения кожи, появления трещин, слущивания верхних слоев эпидермиса вокруг рта или около пупка. Затем наблюдается серозное пропитывание кожи и возникает эпидермолиз, напоминающий ожог II степени. На различных участках кожного покрова появляются дряблые пузыри. Симптом Никольского положительный. Воспалительный процесс в течение 6-12 часов распространяется по всему кожному покрову. В течение 8-15 дней высыпания разрешаются с последующим шелушением. Рубцов не образуется. Общее состояние больных тяжелое, заболевание протекает с высокой температурой тела до 40–41°C, возможно развитие токсико-септического состояния и сепсиса.

Синдром стафилококковой обожженной кожи (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome)

Поражение кожи аналогично таковому при эксфолиативном дерматите. Наблюдается у детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Заболевание характеризуется появлением распространенных эритематозных пятнистых высыпаний, чаще всего возникающих после перенесенного гнойного конъюнктивита, отита или инфекций верхних дыхательных путей. В паховых и подмышечных складках наблюдаются очаги мацерации. Вокруг естественных отверстий образуются импетигиозные корки. Поражение кожи прогрессирует в течение 24-48 часов от скарлатиноподобной сыпи до спонтанных крупных пузырей. Симптом Никольского положительный. В течение 5-7 дней отмечается эпителизация эрозий с последующим отшелушиванием.

Синдром стафилококкового токсического шока (TSS – toxic shock syndrome)

Заболевание характеризуется появлением мелкоточечной пятнистой сыпи по всему кожному покрову, более выраженной вокруг очагов инфекции, реже наблюдаются петехии, пузыри. Отмечается плотный отек, более выраженный на лице, кистях, стопах, в последующем (через 10-20 дней от начала заболевания) наблюдается шелушение и слущивание эпидермиса на ладонях и подошвах. Заболевание сопровождается внезапным повышением температуры тела, артериальной гипотонией и полиорганной недостаточностью. Отмечается нарушение общего состояния больного в виде мышечной слабости, боли в мышцах, головной боли, судорог, диареи, рвоты, одышки. Возможен летальный исход (у 5% больных).

Стрептодермии

Стрептодермии чаще характеризуются поверхностным поражением гладкой кожи и складок со склонностью к периферическому росту очагов поражения. Придатки кожи не поражаются.

Импетиго стрептококковое

Наблюдается у детей разных возрастных групп и является высоко контагиозным заболеванием. Заболевание характеризуется появлением фликтен с серозным или серозно-гнойным содержимым. В результате вскрытия пузырей образуются эрозии. Гнойное содержимое сохнет с образованием желтоватых корок, отпадающих через 3-4 суток. Рубцов и атрофии не образуется. Преимущественная локализация заболевания – кожа лица (область вокруг носа, рта).

Буллезное импетиго

Заболевание характеризуется появлением пузырных высыпаний, наполненных серозно-гнойным содержимым и окруженных розовым венчиком. После вскрытия пузырей образуются эрозии, покрытые тонкими листовидными корочками. Преимущественная локализация заболевания – нижние конечности, тыл кистей.

Щелевое импетиго (заеда)

Заболевание характеризуется появлением фликтен, быстро вскрывающихся с образованием неглубоких щелевидных линейных трещин и эрозий и мацерированным эпидермисом по периферии. Преимущественная локализация заболевания – углы рта, область наружных углов глазных щелей, основание крыльев носа.

Паронихия (поверхностный панариций)

Заболевание характеризуется появлением фликтены на воспаленном основании, локализующейся вокруг ногтевой пластинки.

Папуло-эрозивная стрептодермия

Наблюдается у детей грудного возраста. Заболевание характеризуется появлением плотных папул синюшно-красного цвета, окруженных островоспалительным венчиком.

На поверхности папул образуются фликтены, которые быстро вскрываются с образованием эрозий и корочек. Преимущественная локализация заболевания – кожа ягодиц, задней и внутренней поверхности бедер, области промежности, мошонки.

Интертригинозная стрептодермия

Заболевание характеризуется появлением фликтен, быстро вскрывающихся с образованием мокнущих эрозий с резкими фестончатыми границами и пиококковыми отсевами по периферии. Преимущественная локализация заболевания – кожа соприкасающихся поверхностей крупных складок: паховых, подмышечных, шейной, ягодичной областей, за ушными раковинами. Данная форма стрептодермии часто встречается у детей с избыточной массой тела, сахарным диабетом, повышенной потливостью.

Рожь

Чаще наблюдается у детей в возрасте до 3 лет и пожилых лиц. Заболевание характеризуется появлением эритемы с приподнятыми краями, четкими границами, неправильных очертаний, различных размеров. Очаг воспаления отечный, блестящий, горячий на ощупь, болезненный при пальпации. Иногда на поверхности очага образуются пузыри, подкожные абсцессы, некроз. Преимущественная локализация заболевания у взрослых лиц – голени, верхние конечности, туловище (в месте операционных ран), лицо (осложнения ринита и конъюнктивита), у детей – щеки, периорбитальная область, голова, шея, конечности.

Синдром стрептококкового токсического шока (STSS)

Характеризуется острым развитием шока и мультисистемной органной недостаточностью. Заболевание может развиваться у здоровых людей, чаще в месте травм кожи, которые являются входными воротами для инфекции. У пациента быстро развивается гипотензивный шок с почечной недостаточностью. Ранними признаками STSS могут быть гиперемия конъюнктивы и слизистой оболочки ротоглотки, малиновый язык. Инфекция мягких тканей наблюдается у 80% больных и в большинстве случаев (у 70% больных) протекает по типу тяжелых подкожных поражений (некротический фасциит, миозит). Везикулы и пузыри на поверхности воспалительного очага появляются позднее (у 5-7% больных) и являются неблагоприятным прогностическим признаком.

Другие кожные признаки включают петехиальные, пятнисто-папулезные и диффузные скарлатиноподобные высыпания. Высыпания могут появляться как в начале болезни, так и через 1-2 недели после ее окончания (у 20–30% пациентов), одновременно с десквамацией. У пациентов без инфекции мягких тканей наблюдаются очаги фокальной инфекции: остеомиелит, миозит, пневмония, перитонит, миокардит. Летальность достигает 30%.

Стрептодермия острая диффузная

Чаще наблюдается у взрослых лиц. Заболевание характеризуется появлением фликтен, склонных к периферическому росту и слиянию с образованием больших поверхностных эрозий, окаймленных венчиком отслоившегося рогового слоя эпидермиса с фестончатыми очертаниями. Отмечается выраженный отек, гиперемия, обильное мокнутие, серозные корки. Преимущественная локализация заболевания – кожа нижних конечностей, а также кожа вокруг инфицированных ран, свищей, ожогов.

Целлюлит

Может развиваться как в местах повреждения кожи, вблизи хирургических ран, так и на видимо здоровой коже. Заболевание характеризуется появлением воспалительного очага ярко-красного цвета, с нечеткими контурами, отекающего, инфильтрированного, горячего и болезненного при пальпации. В пределах очага воспаления могут наблюдаться пузырьки, везикулы, пузыри, геморрагии, абсцесс. Целлюлит может проявляться на любом участке кожного покрова, но чаще локализуется на коже нижних конечностей и лица. Отмечается недомогание, повышение температуры тела. Осложнениями целлюлита могут быть абсцессы, остеомиелит, септический артрит, тромбоз, тромбоз, бактериемия, некротизирующий фасциит, а также лимфангит и гломерулонефрит. Рецидивирующая инфекция нижних конечностей может осложниться развитием фиброза дермы, лимфостазом и утолщением эпидермиса.

Эктима (стрептодермия язвенная)

Заболевание характеризуется появлением фликтены с гнойным содержимым, которое в течение нескольких дней ссыхается в корку. Под коркой выявляется глубокая язва с отечными воспаленными мягкими краями и дном. Дно язвы покрыто

некротическим, гнойно-слизистым налетом. В течение 2-4 недель язва рубцуется. Преимущественная локализация заболевания – кожа нижних конечностей.

Стрептостафилодермии

Импетиго стрептостафилококковое проявляется фликтенами, располагающимися на эритематозном фоне. Содержимое фликтен ссыхается с образованием рыхлых корок медово-желтого цвета. Отмечается рост элементов по периферии. Высыпания обычно диссеминированные, захватывают обширные участки кожного покрова. Длительность существования одного элемента импетиго в среднем составляет 7 дней. Заболевание высококонтагиозно. Стрептостафилококковое импетиго нередко осложняет зудящие дерматозы (экзему, чесотку, атопический дерматит и др.).

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины.

2.1 Жалобы и анамнез

Больные предъявляют жалобы на боль в пораженной области, возможен зуд. В тяжелых случаях. При тяжелых формах пиодермий и распространенных поражениях кожи возможно повышение температуры, симптомы интоксикации.

2.2 Физикальное обследование

Данные физикального обследования описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендовано** с целью определения тяжести течения пиодермии проведение общего (клинического) развернутого анализа крови. [1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Для тяжелого течения пиодермий и распространенных поражений кожи характерны лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов, повышение содержания нейтрофилов в крови при дифференцированном подсчете лейкоцитов (лейкоцитарной формулы).

- С целью выявления сахарного диабета, нарушений углеводного обмена и других состояний, способствующих развитию пиодермий и их тяжелому течению, **рекомендуется** проведение биохимического общетерапевтического анализа крови. [1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендовано** микробиологическое культуральное исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным препаратам. [1,13]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендовано** с целью выявления нарушений иммунной системы, способствующих развитию пиодермий и их тяжелому течению, проведение исследований иммунологического статуса (при клеточном, гуморальном или смешанном иммунодефиците) [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендовано** при необходимости дифференциальной диагностики пиодермии с сифилисом проведение определения антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови [1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяется.

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендована** консультация врача-терапевта и врача-эндокринолога при хроническом течении пиодермий для исключения сопутствующей патологии и определения необходимого объема диагностических и лечебных мероприятий в зависимости от выявленной патологии. [1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендовано** консультация врача-хирурга больным с язвенными дефектами кожи при необходимости хирургической обработки язвенной поверхности [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

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

Лечение направлено на устранение этиологического фактора и частичный или полный регресс клинических проявлений.

3.1 Консервативное лечение

- **Рекомендовано** для санации очагов поражения с целью частичного или полного регресса высыпаний назначение антисептических препаратов для наружного применения:

Раствор для наружного применения бриллиантового зеленого спиртовой на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

фукорцин, раствор для наружного применения на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

калия перманганат**, водный раствор 0,01-0,1% (экстемпоральное приготовление) на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

водорода пероксид** раствор для наружного применения 1-3% на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

хлоргексидин**, раствор, спрей для местного и наружного применения на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

повидон-йод**, раствор для наружного и местного применения на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендовано** для санации очагов поражения с целью частичного или полного регресса высыпаний назначение наружно одного из следующих антибактериальных препаратов для наружного применения:

неомицина сульфат (5000 МЕ/5мг) + бацитрацин цинк (250 МЕ) мазь, порошок для наружного применения на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

гентамицин**, мазь для наружного применения на область высыпаний 3-4 раза в сутки в течение 7-14 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

фузидовая кислота крем, мазь для наружного применения на область высыпаний 3-4 раза в сутки в течение 7-14 дней [4-7].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

мупирицин, мазь для наружного применения на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [4-8].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

эритромицин, мазь для наружного применения на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

линкомицин мазь для наружного применения на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

сульфатазол серебра, крем для наружного применения на область высыпаний 1-2 раза в сутки в течение 7-14 дней [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- **Рекомендовано** в случае острого воспалительного процесса, сопровождающегося эритемой, отеком, зудом, и при наличии зудящих дерматозов, осложненных вторичной пиодермией, с целью частичного или полного регресса высыпаний назначение наружно одного из следующих глюкокортикостероидных препаратов, комбинированных с антибактериальными препаратами:

тетрациклина + триамцинолон, аэрозоль для наружного применения на область высыпаний 2-4 раза в сутки в течение 5-10 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

гидрокортизон + окситетрациклин, мазь для наружного применения, аэрозоль для наружного применения на область высыпаний 1-3 раза в сутки в течение 5-10 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

бетаметазон + фузидовая кислота, крем для наружного применения на область высыпаний 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

гидрокортизон + фузидовая кислота, крем на область высыпаний 3 раза в сутки в течение 7-14 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

бетаметазон + гентамицин, крем, мазь на область высыпаний 1-2 раза в сутки в течение 7-14 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендовано** при распространенных, глубоких, хронических, рецидивирующих пиодермиях, при отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангит), локализации глубоких пиодермий на лице с целью частичного или полного регресса высыпаний назначение одного из следующих антибактериальных препаратов системного действия [1-3]:

бензилпенициллин** внутримышечно: детям – 25000-50000 ЕД на кг массы тела в сутки, взрослым – 2000000-12000 000 ЕД в сутки. Препарат вводят каждые 4-6 часов в течение 7-10 дней [8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

амоксциллина тригидрат** перорально: детям в возрасте до 2 лет – 20 мг на кг массы тела в сутки, детям в возрасте от 2 до 5 лет – 125 мг 3 раза в сутки, детям в возрасте от 5 до 10 лет – 250 мг 3 раза в сутки, детям в возрасте старше 10 лет и взрослым – 500 мг 3 раза в сутки. Курс лечения 7-10 дней [4, 6, 8].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

амоксициллин** перорально: детям в возрасте до 3 лет – 30 мг на кг массы тела в сутки в 2-3 приема, детям в возрасте от 3 до 10 лет – 375 мг 2 раза в сутки, детям в возрасте старше 10 лет и взрослым – 500-750 мг 2 раза в сутки. Курс лечения 7-10 дней [4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

амоксициллин + клавулановая кислота** перорально: детям в возрасте от 3 месяцев до 1 года 2,5 мл суспензии 3 раза в сутки, детям в возрасте от 1 года до 7 лет – 5 мл суспензии 3 раза в сутки, детям в возрасте от 7 до 14 лет – 10 мл суспензии или 5 мл суспензии форте 3 раза в сутки, детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 1 таблетке (250+125 мг) 3 раза в сутки или по 1 таблетке (500+125 мг) 2 раза в сутки. Курс лечения 7-10 дней [4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

цефалексин** перорально: детям с массой тела менее 40 кг – 25-50 мг на кг массы тела в сутки, взрослым и детям с массой тела более 40 кг – 250-500 мг 4 раза в сутки. Курс лечения 7-14 дней [4, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

цефазолин** внутримышечно или внутривенно: детям – 20-40 мг на кг массы тела в сутки, взрослым – 1 г в сутки. Частота введения 2-4 раза в сутки. Курс лечения 7-10 дней [4, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

цефаклор перорально: детям в возрасте до 6 лет 30 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема, детям в возрасте от 6 до 10 лет – 250 мг 3 раза в сутки, детям в возрасте старше 10 лет и взрослым – 500 мг 3 раза в сутки. Курс лечения 7-10 дней [4, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

цефуросим** перорально: детям – 125-250 мг 2 раза в сутки, взрослым – 250-500 мг 2 раза в сутки. При парентеральном введении: детям в возрасте до 3 месяцев – 30 мг на кг массы тела (суточная доза) 2-3 раза в сутки, детям в возрасте старше 3 месяцев – 60 мг на кг массы тела (суточная доза) 3-4 раза в сутки, взрослым – 750 мг-1,5 г 3 раза в сутки. Курс лечения 7-10 дней [4, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

цефотаксим внутривенно или внутримышечно: детям с массой тела менее 50 кг – 50-100 мг на кг массы тела в сутки с интервалом введения 6–8 часов, детям с массой тела более 50 кг и взрослым – 2,0-6,0 г в сутки с интервалом введения 8-12 часов. Курс лечения 5-10 дней [4, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

цефтриаксон** внутримышечно: детям в возрасте до 12 лет – 50-75 мг на кг массы тела 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 1,0-2,0 г 1 раз в сутки. Курс лечения 7-10 дней [8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

эритромицин перорально: детям в возрасте до 3 месяцев – 20-40 мг на кг массы тела в сутки, детям в возрасте от 3 месяцев до 18 лет – 30-50 мг на кг массы тела в сутки, взрослым – 1,0-4,0 г в сутки в 4 приема. Курс лечения – 5-14 дней [4, 8].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

азитромицин** перорально: детям – 10 мг на кг массы тела 1 раз в сутки в течение 3 дней, взрослым – 500 мг 1 раз в сутки течение 3 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

klarитромицин** перорально: детям – 7,5 мг на кг массы тела в сутки, взрослым – 500-1000 мг в сутки. Кратность приема 2 раза в сутки. Курс лечения – 7-10 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

доксциклин** перорально: детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 100 мг 2 раза в сутки в течение 10-14 дней [6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

ципрофлоксацин** 250-500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 5-15 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

левофлоксацин** 250-500 мг перорально 1-2 раза в сутки в течение 7-14 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

офлоксацин** 200-400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

клиндамицин** перорально: детям – 3-6 мг на кг массы тела 4 раза в сутки, взрослым 150-450 мг 4 раза в сутки. При парентеральном введении детям 15-40 мг на кг массы тела в сутки, взрослым – 600 мг-2,7 г в сутки, кратность введения 3-4 раза в сутки. Курс лечения – 10 дней [4, 6, 10, 12].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

сульфаметоксазол + триметоприм перорально: детям в возрасте от 3 до 5 лет – 240 мг 2 раза в сутки; детям в возрасте от 6 до 12 лет – 480 мг 2 раза в сутки; взрослым и детям в возрасте старше 12 лет – 960 мг 2 раза в сутки. Курс лечения – 5-14 дней [6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

- **Рекомендовано** с целью частичного или полного регресса высыпаний при хронической язвенно-вегетирующей и гангренозной пиодермиях назначение

одного из следующих глюкокортикостероидных препаратов для системного применения:

преднизолон** 25-30 мг в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены

или

дексаметазон** 4 мг (1 мл) 4-6 мг в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены

или

бетаметазон** 1-2 мл внутримышечно однократно, при необходимости повторить введение через 10 дней [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендовано** с целью частичного или полного регресса высыпаний при абсцедирующем фолликулите и перифолликулите головы назначение изотретиноина 0,5-1,0 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 3-4 месяцев [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

• **Рекомендовано** с целью частичного или полного регресса высыпаний при рецидивирующих, упорно протекающих формах пиодермий назначение вакцин, анатоксинов или иммуноглобулинов:

анатоксин стафилококковый очищенный жидкий в 1 мл 12 ± 2 ЕС стафилококкового анатоксина: в нарастающих дозах: 0,1, 0,3, 0,5, 0,7, 0,9, 1,2 и 1,5 мл подкожно с интервалом 2 суток; на курс лечения – 7 инъекций [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Препарат не применяют одновременно с лечением сывороточными антистафилококковыми препаратами (иммуноглобулином и плазмой)

или

вакцина для лечения стафилококковых инфекций: детям в возрасте от 6 месяцев до 7 лет – 0,1 мл подкожно ежедневно; детям в возрасте старше 7 лет начальная доза – 0,2 мл подкожно, затем ежедневно увеличивать дозу на 0,1 мл в течение 8 дней. Повторный курс лечения через 10-15 суток в случае обширных поражениях кожи с рецидивами [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

иммуноглобулин человека антистафилококковый жидкий: при легких формах пиодермий 100 МЕ в сутки внутримышечно, при генерализованной инфекции – 5 МЕ на кг массы тела в сутки внутримышечно, курс лечения – 3-5 инъекций ежедневно или через день [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендовано** с целью частичного или полного регресса высыпаний для лечения пиодермий стафилококковой этиологии, сопровождающихся бактериемией и сепсисом, назначение иммуноглобулина [1]:

иммуноглобулин человека антистафилококковый (в 1 мл не менее 20 МЕ) внутривенно капельно: детям 5-7 МЕ на кг массы тела, не более 25 МЕ (однократная доза) со скоростью 8–10 капель в 1 мин; взрослым: 5-7 МЕ на кг массы тела (однократная доза) со скоростью не более 40 капель в 1 мин. На курс 10 инфузий с интервалом 24–72 часа [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Препарат совместим с другими лекарственными средствами.

или

иммуноглобулин человека нормальный** внутривенно капельно: детям: 3-4 мл на кг массы тела, не более 25 МЕ (однократная доза) со скоростью 8-10 капель в 1 мин; взрослым: 25-50 мл со скоростью не более 40 капель в 1 мин через 1-3 суток Курс лечения – 3-10 инфузий [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Препарат совместим с другими лекарственными средствами.

- **Рекомендовано** при глубоких формах пиодермии для разрешения клинических проявлений УВЧ–терапия. Курс лечения – 5-10 процедур [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3. 2 Хирургическое лечение

- **Рекомендовно** При пиодермиях, сопровождающихся язвенными дефектами кожи, удаление и выскабливание отдельных очагов поражения, рассечение и коагуляция свищевых ходов [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Решение о проведении хирургического лечения принимается врачом-хирургом.

3.3 Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применяется.

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

Первичная профилактика пиодермий состоит в своевременной антисептической обработке микротравм, трещин, раневых поверхностей. Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиваться гнойничковые поражения кожи (сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, дыхательной системы и др.)

Вторичная профилактика пиодермий включает периодические медицинские осмотры при необходимости проведение противорецидивной терапии (общие УФ-облучения, уход за кожей, санация фокальной инфекции).

6. Организация медицинской помощи

Показанием для госпитализации являются заболевания, связанные с действием токсин продуцируемых штаммов стафилококка и стрептококка, распространенные или глубокие процессы, сопровождающиеся нарушением общего состояния.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Патология эндокринной системы, различные нарушения иммунного статуса, а также снижение барьерной, защитной функции кожи способствуют развитию пиодермий.

Критерии оценки качества медицинской помощи

	№ Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности доказательств
	1 Проведена наружная терапия антисептическими препаратами и/или	1, 4	А, С

	антибактериальными препаратами		
3	Проведена системная терапия антибактериальными препаратами при распространенных, глубоких, хронических, рецидивирующих пиодермиях, отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общевоспалительных явлений и/или регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангиит), локализации глубоких пиодермий на лице.	1, 2	A, B
4	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний	4	C

Список литературы

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. (Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова) М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний. Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти. Изд-во "МЕДпресс-информ", 2009 г., 736 с.
3. Родионов А.Н. Дерматовенерология. Полное руководство для врачей. – СПб: Наука и техника, 2012. – 1200 с.
4. Interventions for impetigo. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jan 18; 1: CD003261.
5. Белькова Ю. А. Пиодермии в амбулаторной практике. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2005; №7 (3): с.255–270.
6. Stevens D.L., Bisno A.L., Chambers H.F. et al. Practice Guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis 2005; №41 (10): 1373–1406.
7. Cunha B.A. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: clinical manifestations and antimicrobial therapy. Clin Microbiol Infect 2005; №11 (Suppl. 4): 33–42.
8. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Infections in Adults and Children. Clinical Practice Guidelines d CID 2011:52.
9. Interventions for cellulitis and erysipelas. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jun 16; (6): CD004299.
10. Dellit T.N., Duchin J. Guidelines for Evaluation & Management of Community-Associated MRSA SSTI in Outpatient Settings. December, 2007.
11. Graham D.R., Talan D.A., Nichols R.L. et al. Once-daily, high-dose levofloxacin versus ticarcillin-clavulanate alone or followed by amoxicillin-clavulanate for complicated skin and skin-structure infections: a randomized, open-label trial. Clin Infect Dis. 2002; №35 (4): 381–389.
12. Williams D.J., Cooper W.O., Kaltenbach L.A. et al. Comparative effectiveness of antibiotic treatment strategies for pediatric skin and soft-tissue infections. Pediatrics. 2011; №128 (3): 479–487.
13. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. и доп. – Т.1/ Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – С.213–256.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов, директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России.
2. Самцов Алексей Викторович – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова», доктор медицинских наук, профессор.
3. Дубенский Валерий Викторович – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, заведующий кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Дубенский Владислав Валерьевич – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева», профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Чикин Вадим Викторович – старший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, доктор медицинских наук.
6. Мерцалова Инна Борисовна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО РМАНПО

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-дерматовенерологи.
2. Обучающиеся института подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования по специальностям «Дерматовенерология».
3. Ординаторы по специальностям «Дерматовенерология»

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) 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

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УД Д	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

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

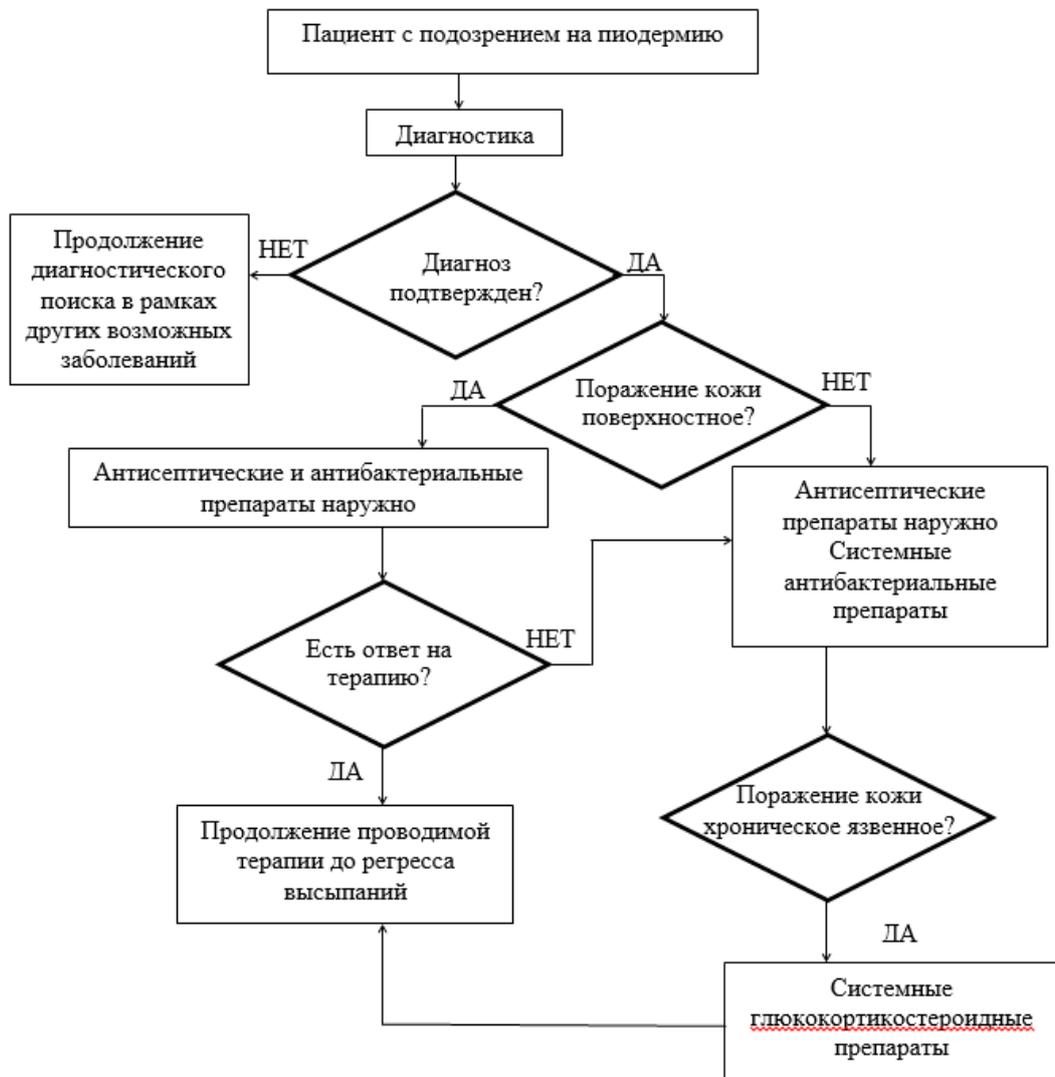
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Медицинская помощь пациентам с пиодермиями оказывается врачами-дерматовенерологами в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденным Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»».

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 12 сентября 2005 года №565 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пиодермиями».

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

1. Для предупреждения развития пиодермии необходимо избегать травм кожи, в том числе поверхностных.
2. В случае возникновения травм кожи (ссадин, порезов, уколов и т.д.) необходима их своевременная антисептическая обработка.
3. При хроническом течении пиодермии необходимо выявление и лечение заболеваний, способствующих развитию гнойничковых поражений кожи, в частности, сахарного диабета.
4. Необходим рациональный уход за кожей как в очаге поражения, так и вне его.
5. При распространенном кожном процессе не рекомендуется проводить частые водные процедуры и удаление волос путем их сбривания. Волосы в области расположения пиодермических элементов следует состригать.
6. Питание должно быть полноценным, богатым витаминами. Рекомендуется ограничить количество употребляемой соли и углеводов, полностью исключить употребление алкоголя.

7. Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не используются.