Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

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

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗАЦЕА»

ТАШКЕНТ 2025

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

_____

«21» _мая_ 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗАЦЕА»

ТАШКЕНТ 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗАЦЕА»

ТАШКЕНТ 2025

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10/11:

L71.0	Розацеа	ED90.00 Эритематозно-телеангиэктатическая розацеа
L71.1	Ринофима	ED90.01 Папулёзно-пустулёзная розацеа
L71.8	Другой вид розацеа	ED90.02 Фиматозная розацеа
L71.9	Розацеа неуточненного вида	ED90.0Y Другая уточнённая розацеа
	https://icd.who.int/browse11/l-m/ru	https://mkb-11.com/index.php?id=ED90.0

Дата разработки и пересмотра протокола: 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
2.	Арифов С.С.	Заведующий кафедрой Дерматовенерологии и косметологии ЦРПКМР МЗ РУз, д.м.н.,профессор	ЦРПКМР МЗ РУз
3.	Якубов А.А.	Заведующий отделением по стажировке специалистов и подготовке клинических ординаторов, к.м.н .	РСНПМЦДВиК
4.	Якубова А.С.	Докторант , к.м.н.	РСНПМЦДВиК
5.	Боходирова А.А.	Ученый секретарь	РСНПМЦДВиК
6.	Рахматова М.С.	Помощник заместителя директора по научной работе	РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

1. Охлопков Виталий Александрович – профессор, ректор Института высшего и дополнительного профессионального образования Федерального научно-клинического центра реанимации и реабилитации Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

2. Бабажанов Ойбек Абдужаббарович – д.м.н., кафедра дерматовенерологии и косметологии ТашПМИ

Техническая экспертная оценка и редактирование:

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

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

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здраввохранения 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.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате _____2025 года (протокол №11).

Список сокращений

ИЛ	интерлейкин
ШДОР	Школа диагностической оценки розацеа
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

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗАЦЕА» ……5

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗАЦЕА» ……..……..…..27

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗАЦЕА» ……..……31

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматологи;Дерматокосметологи
2. Врачи общей практики;
3. Врачи офтальмологи;
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 розацеа в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: обследованию подлежат больные с диагнозом розацеа.

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

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с использованием референсного метода контроля или систематические обзоры рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.
2	Отдельные исследования с использованием референсного метода контроля, отдельные рандомизированные клинические исследования, а также систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа.
3	Исследования без последовательного контроля с использованием референсного метода, исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, включая 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 метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
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)

2.Основная часть.

2.1.Введение

Розацеа – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулезных элементов, фимозом и поражением глаз. Розацеа представляет собой ангионевроз, локализующийся преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва и обусловленный различными причинами, которые можно объединить в следующие группы: сосудистые нарушения, изменения в соединительной ткани дермы, микроорганизмы, дисфункция пищеварительного тракта, иммунные нарушения, изменения сально-волосяного аппарата, оксидативный стресс, климатические факторы, психовегетативные расстройства.

Заболевание чаще развивается у женщин в возрасте 30-50 лет, имеющих определенную генетическую предрасположенность к транзиторному покраснению кожи лица, реже – шеи и так называемой зоны «декольте». Считается, что дерматозу чаще подвержены лица 1 и 2 фототипов, однако заболевание может встречаться при любом фототипе кожи.

Распространенность розацеа в мире составляет от 1 до 20%. В 80% случаев розацеа диагностируется у лиц старше 30 лет. У 20,8% больных выявляют поражение глаз в виде офтальморозацеа. Часто офтальморозацеа диагностируют достаточно поздно; приблизительно у 50% пациентов с кожными проявлениями имеется также поражение глаз.

2.2 Определение

Розацеа – хронический полиэтиологический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы, телеангиэктазий и папулопустулезных элементов, фимозом, а в некоторых случаях – поражением глаз. [1]

2.3 Классификация

Клиническая классификация:

Розацеа подразделяют на следующие основные типы

- эритематозно-телеангиэктатический
- папуло-пустулезный
- фиматозный
- офтальморозацеа [2-5]

2.4 Клиническая картина заболевания

Клиническое проявление при **эритематозно-телеангиэктатическом** типе розацеа характеризуется возникновением сначала транзиторной эритемы, усиливающейся приливами, а затем превращающейся в стойкую. Эритема локализуется преимущественно на щеках и боковых поверхностях носа. Цвет эритемы может варьировать от ярко-розового до синюшно-красного в зависимости от продолжительности болезни. На фоне эритемы у больных появляются телеангиэктазии различного диаметра и отечность кожи. Большая часть больных предъявляет жалобы на ощущения жжения и покалывания в области эритемы. Проявления заболевания усиливаются при воздействии низких и высоких температур, алкоголя, острой пищи и психоэмоционального напряжения. Характерна повышенная чувствительность кожи к наружным лекарственным препаратам и ультрафиолетовому облучению. Даже индифферентные кремы и солнцезащитные препараты могут вызывать усиление воспалительных проявлений.

Папуло-пустулезный тип розацеа характеризуется аналогичной клинической картиной, однако больные, как правило, не отмечают субъективных ощущений в области эритемы, а предъявляют жалобы на папулезные высыпания. Высыпания характеризуются яркой красной окраской и перифолликулярным расположением. Отдельные папулы могут быть увенчаны небольшой округлой пустулой. Шелушение обычно отсутствует. В дальнейшем возможно формирование стойкого отека в местах распространенной эритемы, что чаще встречается у мужчин. [6-12]

При **гипертрофическом** или **фиматозном** типе розацеа наблюдается значительное утолщение тканей и неравномерная бугристость поверхности кожи. Возникновение таких изменений на коже носа называется ринофимой, на коже лба — метафимой, на коже подбородка — гнатофимой, на коже ушных раковин (чаще монолатеральными) — отофимой. Значительно реже процесс распространяется на кожу век (блефарофима). Различают четыре гистопатологических варианта шишковидных образований: гландулярный, фиброзный, фиброангиоматозный и актинический. [19]

Окулярный тип или **офтальморозацеа** клинически преимущественно представлен сочетанием блефарита и конъюнктивита. Клиническая картина заболевания часто сопровождается рецидивирующим халязионом и мейбомитом. Нередко наблюдаются конъюнктивальные телеангиэктазии. Жалобы пациентов неспецифичны, часто отмечаются жжение, зуд, светобоязнь, ощущение инородного тела. Офтальморозацеа может осложняться кератитом, склеритом и иритом, но на практике такие изменения встречаются редко. В редких случаях развитие глазных симптомов опережает кожные проявления. [5,7]

Гранулематозную розацеа рассматривают как вариант розацеа, характеризующийся плотными, желтыми, коричневыми или красными папулами, которые при разрешении могут оставлять рубцы. При этом состоянии воспалительная реакция выражена значительно слабее, чем при классической розацеа, или может быть совсем незначительной. Преимущественная локализация заболевания — щеки и периорифициальная область. Размеры папул варьируют, однако у одного больного они одинаковы. Этот вариант заболевания можно заподозрить при диаскопии: папулы, располагающиеся на фоне эритемы, желтеют. Однако для постановки окончательного диагноза необходимо провести гистологическое исследование. [6,8]

Особые формы розацеа:

Конглобатная розацеа. Эта форма характеризуется появлением на покрасневшей коже крупных шаровидных разрастаний — конглобатов. Такая ситуация часто возникает при приеме лекарственных средств, в состав которых входят йод или бром.

Розацеа стероидная. Развивается у лиц, которые длительное время применяют местные гормональные мази (особенно с фтором) по поводу различных кожных заболеваний. Стероидная форма розацеа лечится очень тяжело.

Молниеносная форма. Развивается преимущественно у молодых женщин. Среди факторов, которые могут вызвать эту форму розацеа, называют нервно-психические расстройства, беременность, гормональную перестройку организма в период менопаузы. Молниеносная форма — это наиболее сложный вариант конглобатной розацеа. Заболевание развивается внезапно, быстро прогрессирует, приводя к обезображиванию лица. На фоне такой внешности у молодых женщин часто развиваются депрессивные состояния и неврозы. Лечение розацеа на лице в этой форме отличается очень низким эффектом.

Розацеа-лимфоэдема (отечная форма). Достаточно редкий вариант розацеа, проявляющийся сильным отеком лица, который локализуется на щеках, подбородке, в области лба, носа и глаз. Отек имеет багровую окраску, и при надавливании на нем не остается ямки, так как лицо отекает не за счет жидкости, а за счет разрастания подкожного слоя. Общее состояние при этой форме страдает мало, но обезображивание лица выражено сильно.

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

Единственным критерием диагностики розацеа является стойкая эритема центральной части лица, существующая в течение как минимум 3 месяцев, без поражения периокулярных участков. Такие симптомы, как приливы, папулы, пустулы и телеангиэктазии, являются дополнительными признаками, не обязательными для постановки диагноза.

1) Жалобы и анамнез:

Жалобы больных могут быть разнообразными в зависимости от типа заболевания.
Эритемато-телеангиэктатический тип:

- В начале — переходящее покраснение с последующей стойкой эритемой.

- Жжение, покалывание.
- Повышенная чувствительность кожи, сухость.
- Наличие слегка выраженных или заметных телеангиэктазий.

Папуло-пустулезный тип:

- Высыпания на коже лица, реже — на шее и груди.
- Ощущение жжения и покалывания в области эритемы.
- Усиление проявлений заболевания при воздействии низких и высоких температур, алкоголя, острой пищи и психоэмоционального напряжения.
- Повышенная чувствительность кожи к наружным лекарственным препаратам, средствам для ухода за кожей, солнцезащитным средствам и ультрафиолетовому облучению.
- Сухость, чувство стягивания кожи.

Фиматозный, или гипертрофический, тип:

- Неровности кожи на носу, реже — на лбу, подбородке, ушных раковинах, веках.

Офтальморозацеа или окулярный тип:

- Жжение в глазах.
- Зуд в глазах.
- Светочувствительность, вплоть до светобоязни.
- Ощущение инородного тела в глазах.
- Покраснение глаз.
- Ощущение пелены перед глазами.
- Флуктуирующее зрение.

Гранулематозная розацеа:

- Покраснение кожи лица.
- Стойкие папулезные высыпания.
- Сухость, чувство стягивания кожи

2) Физикальное обследование:

Для постановки диагноза основным является проведение визуального осмотра кожных покровов пациента. Диагностическими критериями розацеа являются стойкая эритема в центральной части лица, существующая в течение 3 месяцев, без поражения периокулярных участков, а также фимы.

3. Лабораторные исследования

- Общий анализ крови
- Скрининговые тесты на наличие сифилиса
- Исследование на demodex folliculorum
- Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
- Общий анализ мочи
- Общий анализ кала
- Биохимические исследования
- 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
- Микробиологическое исследование с определением чувствительности к антибиотикам

- 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 4	Рекомендуется проводить микроскопическое исследование с целью обнаружения Demodex spp. и микроорганизмов, а также микробиологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибиотикам для диагностики розацеа.

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 исследования:**
   - УЗИ внутренних органов
   - Компьютерный анализ ШДОР

https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/ rosasea
https://www. rosasea.org/psoriasis-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27104004/

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. **Дополнительное обследование**

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

C 5	Рекомендуется патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи из очага поражения пациентам при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи

6. Показания для консультации специалистов

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

C 4	**Рекомендуется** консультация врача-офтальмолога с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования при офтальморозацеа, а также для назначения лечения в случае осложненного течения заболевания.

C 4	**Рекомендуется** консультация врача-гастроэнтеролога для уточнения объема и характера дополнительного обследования

Дифференциальный диагноз:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122924/#:~:text=Common%20conditions%20on%20the%20differential,a%20biopsy%20may%20be%20helpful.

Диагноз	**Обоснование для дифференциальной диагностики**
Угри обыкновенная	при акне часто наблюдаются комедоны, которые отсутствуют при розацеа. Также акне может поражать спину, грудь и плечи, в то время как розацеа локализуется в основном на лице.
Себорейний дерматит	при себорейном дерматите характерны жирные желтоватые чешуйки и зуд, тогда как при розацеа шелушение редко выражено, а зуд не является основным симптомом.
Дискоидная красная волчанка	эритема при СКВ более четкая, без папул и пустул, сопровождается системными проявлениями. Диагноз подтверждается лабораторными тестами (например, антинуклеарные антитела).
Периоральный дерматит	периоральный дерматит редко поражает центральные зоны лица (щеки, нос).
Фотодерматозы	строго связаны с воздействием солнечного света, и поражения могут локализоваться вне лица.

4. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии,

диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540

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

https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/

4.1 Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях:

Немедикаментозное лечение:

- Ограничения:

- Горячие и острые блюда, а также цитрусовые продукты.
- Спиртные и газированные напитки.
- Длительное нахождение в жарком помещении или под солнечными лучами.
- Резкие перепады температуры (холод — тепло).

Физиотерапевтические процедуры:

Пациентам с розацеа рекомендуется комбинирование физиотерапевтических процедур с целью повышения эффективности лечения
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15097957/

C 4	Для повышения эффективности медикаментозной терапии метод микротоковой терапии. Процедуру проводят в режиме лимфодренажа, 2-3 раза в неделю, на курс 10 процедур
C 5	Всем пациентам с розацеа рекомендуется криотерапия, которая обладает противовоспалительным, сосудосуживающим и антидемодекозным действием. Процедура проводится 2–3 раза в неделю, курс составляет 10 процедур.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12063488/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17036665/

B 3	Источники некогерентного интенсивного светового излучения (IPL), а также диодные, калий-титанил-фосфатные (KTP), александритовые и современные длинноимпульсные неодимовые лазеры на аллюмо-итриевом гранате (Nd:YAG-лазеры).

B 3	Импульсный лазер на красителе (PDL)

C 3	Низкоинтенсивная светотерапия Электрофорез ИК-лазер

С 5	Плазмаферез НИЛИ Озонотерапия

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***
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 до 6 месяцев	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
	Кларитромицин (альтернативный препарат)	500мг в сутки перорально в течение 14-21 дней (возможно до 28 дней)	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%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/1781761/#:~: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
	Азитромицин	250 мг один раз в день	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mbl_msp_iphone
	Окситетрациклин	1-2 таблетки (250-500 мг) в день либо в виде однократной дозы, либо в виде разделенных доз в течение трех месяцев	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mbl_msp_iphone
	Лимециклин	150 мг 2 раза в день в течение 30 дней, затем 150 мг в день в течение 60 дней	(B) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mbl_msp_iphone
	Миноциклин	100 мг в день в течение 30 дней, затем 50 мг в день в течение 60	(C) https://omnidoctor.ru/upload/iblock/7df/7df92714311b

		дней	aa02a9000e4874286355.pdf
Гипосенсибилизирующие препараты	Тиосульфат натрия	в/в — 5–50 мл 30% раствора внутрь — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	(С) 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, через день или через 2 дня. 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.	(С) https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a
Антиоксиданты	Альфа-токоферола ацетат (Витамин Е)	Внутрь после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)	(С) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
	Ретинола ацетат (Витамин А)	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ 33 000–100 000 МЕ/сут	(С) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
	Альфа-липоевая кислота	в/в капельной инфузии 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	(С) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb

		менее 1 месяца	
	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://medilab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
	Аскорбиновая кислота (Витамин С)	Внутрь, в/м, в/в 250-1000мг/сут	(C) https://medilab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
	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.	(C) https://medilab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
Наружные средства			
ивермектин, крем 1%		наносят на кожу лица 1 раз в сутки (на ночь) ежедневно на протяжении всего курса лечения папуло-пстулезного подтипа розацеа – до 4-х месяцев. При необходимости курс лечения можно повторить	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/
бримонидина тартрат, гель 0,5%,		небольшое количество геля тонким слоем наносят на кожу каждой из 5 зон лица (лоб, подбородок, нос, щеки) 1 раз в сутки (утром) для лечения стойкой эритемы лица при розацеа	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/
Оксиметазолин крем 1%		наносят на все пораженные участки кожи 1 раз в день	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-

		guidelines?src=mbl_msp_iphone
метронидазол, гель 0,75%, крем 1%	2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
азелаиновая кислота, гель 15%, крем 20%	гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером).	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
клиндамицина фосфат, гель 1% или клиндамицина гидрохлорид, раствор для наружного применения 1%.	Тонкий слой геля или раствора наносят на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую, 2 раза в день. Курс лечения не более 6–8 недель	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27271164/
такролимус, мазь 0,03%, 0,1 %	наносят 2 раза в день тонким слоем на пораженные участки кожи Если эффект отсутствует в течение 2 недель, следует рассмотреть вопрос о смене терапевтической тактики	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
пимекролимус 1%	наносят 2 раза в день тонким слоем на пораженные участки кожи	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
бензоилпероксид, 2,5-5-10% гель	наносить на пораженную поверхность 2 раза в сутки (утром и вечером) на чистую сухую кожу	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
Адапален 0.1% крем, гель	Наносить 1 раз в сутки на чистую кожу на ночь на всю пораженную поверхность. Терапевтический эффект развивается после 4-8 недель, стойкое улучшение- после трехмесячного курса лечения. При необходимости курс лечения может быть увеличен	(D) https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2009/0901/p461.html/1000
клиндамицин (в виде клиндамицина фосфата) 10 мг, бензоил пероксид безводный (в	наносить тонким слоем на всю пораженную область 1 раз в день вечером после тщательного очищения	(D) https://pubmed.ncbi.

виде бензоила пероксида водного 77 %) 50 мг	кожи очищающим средством мягкого действия и полного высыхания кожи. Рекомендуемый период использования составляет от 2 до 5 недель, но лечение препаратом не должно превышать 12 недель беспрерывного применения.	nlm.nih.gov/35088499/
Декасан	Смочите марлю или ткань раствором и наложите на пораженные участки на 10–15 минут. Процедуру можно проводить 1–2 раза в день	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Таблица-2

Перечень основных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

МНН ЛС	***Способ применения***	***Уровень доказательности***
Цианокобаламин (Витамин В12)	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://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Рибофлавина мононуклеотид (Витамин В2)	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 лечения - 15-20 инъекций.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /

Тиамина гидрохлорид (Витамин B1)	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://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Холекальциферол	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	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Изотретиноин	0,1-0,3 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug

белладонны алкалоиды + фенобарбитал + эрготамин	по 1 таблетке перорально 2 раза в сутки в течение 4 недель	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
ксантинола никотинат 300 мг	перорально 2 раза в сутки в течение 4 недель	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(C) https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954
Цетиризин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
Левоцетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, при в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Лоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(C) https://pubmed.ncbi.nlm

		.nih.gov/33759078/
Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Гидроксизин	Внутрь. По 12.5-50мг/сут Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза составляет не более 300 мг. У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить в 2 раза. Пациентам с почечной недостаточностью средней и тяжелой степени тяжести, а также с печеночной недостаточностью необходимо снижение дозы.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
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 назначеню врача.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Адонис-бром	Внутрь, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
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/33759078/
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/33759078/

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	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Метронридазол	1.0-1.5г в сутки перорально в течение 4-6 недель (возможно до 8 недель)	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Орнидазол	0.5г в сутки перорально в течение 10 дней	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Экстракт алоэ	Подкожно. Ежедневно по 1 мл (максимальная суточная доза 3 - 4 мл), детям до 5 лет–0,2-0,3 мл, старше 5 лет– 0,5 мл. Курс 30-50 инъекций, повторные курсы лечения проходят после двух-, трёхмесячного перерыва.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Стекловидное тело	Вводят под кожу по 2 мл ежедневно. Повторение курса лечения рекомендуется через один месяц или позднее. Продолжительность курса лечения определяется индивидуально.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Рекомбинантные ИФН альфа-2b суппозитории ректальные	У взрослых: по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней У детей: по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней У беременных: по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Инозин пранобекс	внутрь, после еды, 500 мг 3-4 раза в день в течении 10 дней	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Меглюмина акридонацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
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	(C) https://pubmed.ncbi.

	первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	nlm.nih.gov/33759078/
Азоксимера бромид	внутрь, после еды, 6 мг 2 раза в день или 12 мг один раз в день в течении 10 дней	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/

Системные ретиноиды рекомендованы при тяжелых и рецидивирующих типах розацеа .
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.

Хирургическое лечение

Рекомендуется хирургическое иссечение, лазерная дермабразия при лечении фиматозного подтипа розацеа.

Организация оказания медицинской помощи

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-терапевты, врачи-педиатры и врачи общей практики, при выявлении у пациента высыпаний на коже, симптомов или признаков розацеа, направляют пациента в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи.

В случае невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний, пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-дерматовенерологами в стационарных условиях.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию (дневной и круглосуточный стационар):

- Неэффективность проведенного ранее лечения;
- Необходимость использования физиотерапевтических методов лечения;
- Необходимость проведения поддерживающей терапии топическими или системными ретиноидами, антибактериальными препаратами системного действия.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- Регресс высыпаний и/или уменьшение клинических проявлений.

Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие свежих элементов на коже и регресс высыпаний на коже (уменьшение индекса ШДОР);
- длительность ремиссии;
- улучшение качества жизни

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗАЦЕА»

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Розацеа — хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы, папулопустулезных элементов, фимы и поражения глаз. Розацеа представляет собой ангионевроз, локализующийся преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва и обусловленный различными факторами, которые можно объединить в следующие группы: сосудистые нарушения, изменения в соединительной ткани дермы, микроорганизмы, дисфункция пищеварительного тракта, иммунные нарушения, изменения сально-волосяного аппарата, оксидативный стресс, климатические факторы и психовегетативные расстройства.

Заболевание чаще развивается у женщин в возрасте 30-50 лет, имеющих определенную генетическую предрасположенность к транзиторному покраснению кожи лица, реже — шеи и зоны «декольте». Считается, что дерматозу чаще подвержены лица 1 и 2 фототипов, однако заболевание может встречаться при любом фототипе кожи.

Распространенность розацеа в мире составляет от 1 до 20%. В 80% случаев розацеа диагностируется у людей старше 30 лет. У 20,8% больных выявляется поражение глаз в виде офтальморозацеа. Часто офтальморозацеа диагностируют достаточно поздно: примерно у 50% пациентов с кожными проявлениями имеется также поражение глаз.

Терапия розацеа:

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

A	•Рекомендуется для лечения эритемато-телеангиэктатического, папулопустулезного, глазного подтипов и гранулематозной розацеа антибактериальные препараты системного применения: доксициклин (препарат выбора) 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение до 12 недель Комментарии: в настоящее время назначение системного метронидазола считают нецелесообразным, в связи с его сомнительной эффективностью и безопасностью

https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6
https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a

C	Рекомендуется для лечения эритемато-телеангиэктатического, папулопустулезного, глазного подтипов и гранулематозной розацеа системные ретиноиды (при тяжелой, резистентной к лечению розацеа): изотретиноин 0,1-0,3 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев

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

D	•Рекомендуется при эритемато-телеангиэктаической розацеа лицам в возрасте старше 40 лет, с частыми обострениями заболевания или у которых базовый кровоток в области розацеа и непораженной кожи лица изначально выше нормальных показателей белладонны алкалоиды + фенобарбитал + эрготамин по 1 таблетке перорально 2 раза в сутки в течение 4 недель

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

D	Целесообразно для всех типов розацеа, за исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные синтетические ретиноиды. • Рекомендуется наружная терапия пацинетам с розацеа: ивермектин, крем 1% наносят на кожу лица 1 раз в сутки (на ночь) ежедневно на протяжении всего курса лечения папуло-пстулезного подтипа розацеа – до 4-х месяцев. При необходимости курс лечения можно повторить

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

A	метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель. Нанесение крема и геля можно чередовать. Средняя продолжительность лечения составляет 3-4 месяца или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером).

A	Клиндамицина фосфат, гель 1% или клиндамицина гидрохлорид, раствор для наружного применения 1%. Тонкий слой геля или раствора наносят на очищенную и сухую пораженную область кожи 2 раза в день. Курс лечения не должен превышать 6–8 недель

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/

C **3**	такролимус, мазь 0,03%, 0,1 % наносят тонким слоем на пораженные участки кожи Такролимус при папулопустулезной розацеа приводит к уменьшению эритемы, но не папулопустулезных высыпаний: 0,03 % или 0,1 % такролимус в виде мази, а также 1% пимекролимус в виде крема эффективны при стероидной зависимости. Лечение необходимо начинать с применения мази 0,1% 2 раза в сутки и продолжать до полного очищения очагов поражения. По мере улучшения состояния кожи уменьшают частоту нанесения мази или переходят на использование мази 0,03%.

	Как правило, улучшение наблюдается в течение одной недели с момента начала терапии. В случае повторного возникновения симптомов заболевания следует возобновить лечение с использованием мази 0,1% 2 раза в сутки. По мере улучшения состояния кожи следует снизить частоту применения препарата, либо использовать мазь 0,03%. Если признаки улучшения на фоне терапии отсутствуют в течение двух недель, следует рассмотреть вопрос о смене терапевтической тактики.

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

B 3	бензоилпероксид, 2,5-5-10% гель равномерно наносить на пораженную поверхность 2 раза в сутки (утром и вечером) на чистую сухую кожу. Комментарии: Терапевтический эффект развивается после 4 недель лечения, стойкое улучшение после 3-х месячного курса лечения.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/

B 3	изотретиноин 0,1-0,3 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев. Комментрарии: В основе лечебных мероприятий лежит обеспечение адекватного ежедневного ухода за кожей и солнцезащитных средств.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/

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/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604924/
Для ускорения регресса высыпаний пациентам рекомендуются криотерапия с целью противовоспалительного, сосудосуживающего, антидемодекозного действия:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/

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

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, 68-84]. • 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, 33].

B 3	Импульсный лазер на красителе (PDL)

C 3	Низкоинтенсивная светотерапия Электрофорез ИК-лазер

Хирургическое вмешательство:

Рекомендуется хирургическое иссечение, лазерная дермабразия при лечении фиматозного подтипа розацеа [85-89].

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

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Розацеа — хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы, папулопустулезных элементов, фимы и поражения глаз. Розацеа представляет собой ангионевроз, локализующийся преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва и обусловленный различными факторами, которые можно объединить в следующие группы: сосудистые нарушения, изменения в соединительной ткани дермы, микроорганизмы, дисфункция пищеварительного тракта, иммунные нарушения, изменения сально-волосяного аппарата, оксидативный стресс, климатические факторы и психовегетативные расстройства.

Заболевание чаще развивается у женщин в возрасте 30-50 лет, имеющих определенную генетическую предрасположенность к транзиторному покраснению кожи лица, реже — шеи и зоны «декольте». Считается, что дерматозу чаще подвержены лица 1 и 2 фототипов, однако заболевание может встречаться при любом фототипе кожи.

Распространенность розацеа в мире составляет от 1 до 20%. В 80% случаев розацеа диагностируется у людей старше 30 лет. У 20,8% больных выявляется поражение глаз в виде офтальморозацеа. Часто офтальморозацеа диагностируют достаточно поздно: примерно у 50% пациентов с кожными проявлениями имеется также поражение глаз.

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Профилактика обострений розацеа заключается в ограничении/исключении воздействия триггерных факторов: метеорологических факторов, инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур (физические и химические пилинги, дермабразия, растирающие процедуры, термоактивные маски и др.) [21-23]

Рекомендуется пациентам бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих и фотопротективных средств, предназначенных для чувствительной кожи [16, 18].

Показана поддерживающая терапия наружным ивермектином, метронидазолом или азелаиновой кислотой [54, 55]. Важную роль играет лечение сопутствующей эндокринной

патологии и заболеваний желудочно-кишечного тракта [16, 18]. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 3)

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

- Рекомендуется проводить пациентам с розацеа мероприятия по профилактике обострений розацеа (предупреждение стрессов, длительное прибывание на солнце, санации хронических очагов инфекции в организме) [3,5,7].

Диспансерное наблюдение пациентов с розацеа проводится специалистами врачами-дерматовенерологами в условиях кожно-венерологических диспансеров [3].

Дальнейшее ведение:
Динамическое наблюдение по месту жительства у дерматолога, в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, осуществление постоянного базового ухода за кожей, элиминация провоцирующих факторов.[3]

Список литературы

1. Tan J; ROSCO coauthors. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea by effacement of subtypes: reply from the author. Br J Dermatol. 2017 Aug;177(2):598-599.
2. Tan J., Schofer H., Araviiskaia E., Audibert F, Kerrouche N, Berg M; Prevalence of rosacea in the general population of Germany and Russia – the RISE study. JEADV, 2016 Mar;30(3):428-34.
3. Elewsky B, Draelos Z, Dreno B. Rosacea – global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. JEADV 2011;25:188-200.
4. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. J Am Acad Dermatol. 2004 Sep;51(3):327-41.
5. Powell FC. Rosacea. N Engl J Med 2005; 352: 793–803. 2 Baldwin HE. Systemic therapy for rosacea. Skin Therapy Lett 2007; 12: 1–5, 9.
6. Garnis-Jones S. Psychological aspects of rosacea. J Cutan Med Surg 1998; 2 (Suppl. 4): 4–9.
7. Berg M, Liden S. An epidemiological study of rosacea. Acta Derm Venereol 1989; 69: 419–423.
8. Самцов А.В. Акне и акнеиформные дерматозы. Монография – М.: ООО «ЮТКОМ», 2009. – 208 с.: ил.
9. Powell F.C, Rosacea. N. Engel J. Med. 2005; 352: 793-803
10. Руководство по дерматокосметологии / Под ред. Аравийской Е.Р.и Соколовского Е.В.. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант:», 2008. – 632 с.
11. Del Rosso JQ, Gallo RL, Tanghetti E, Webster G, Thiboutot D. An evaluation of potential correlations between pathophysiologic mechanisms, clinical manifestations, and management of rosacea. Cutis. 2013 Mar;91(3 Suppl):1-8
12. Sneddon I. A clinical trial of tetracycline in rosacea. Br J Dermatol 1966; 78: 649–653.
13. Thilboutot D. Efficasy and safety of subantimicrobial-dose doxycycline for the threatment of rosacea J. Am. Acad. Dermatol. 2005; 52: 3-P 17.
14. Saihan EM, Burton JL. A double-blind trial of metronidazole versus oxytetracycline therapy for rosacea. Br J Dermatol 1980; **102**: 443–445.
15. Pye RJ, Burton JL. Treatment of rosacea by metronidazole. Lancet 1976; **1**: 1211–1212.
16. Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? Australas J Dermatol. 2013 Aug;54(3):157-62.

17. Gollnick H, Blume-Peytavi U, Szabó EL, Meyer KG et al. Systemic isotretinoin in the treatment of rosacea - doxycycline- and placebo-controlled, randomized clinical study. J Dtsch Dermatol Ges. 2010 Jul;8(7):505-15.
18. Hofer T. Continuous ‘microdose’ isotretinoin in adult recalcitrant rosacea. Clin Exp Dermatol 2004; 29: 204–205.
19. Gollnick H. Optimal Isotretinoin Dosing for Rosacea, 18th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology, Berlin 2009.
20. Gollnick H.P., Bettoli V., Lambert J., Araviiskaia E., et al. Aconsensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Sep;30(9):1480-90.
21. Панкина Е.С. Нарушения микроциркуляции кожи лица при розацеа и методы их коррекции. Автореф канд дис СПб,2008, 20 с.
22. Stein L, Kircik L, Fowler J, Tan J, Draelos Z, Fleischer A, Appell M, Steinhoff M, Lynde C, Liu H, Jacovella J. Efficacy and safety of ivermectin 1% cream in treatment of papulopustular rosacea: results of two randomized, double-blind, vehicle-controlled pivotal studies. JDD, 2014;13(3):316-323.
23. Ventre E, Rozières A, Lenief V, Albert F, Rossio P, Laoubi L, Dombrowicz D, Staels B, Ulmann L, Julia V, Vial E, Jomard A, Hacini-Rachinel F, Nicolas JF, Vocanson M. Topical ivermectin improves allergic skin inflammation. Allergy. 2017 Aug;72(8):1212-1221.
24. Taieb A, Ortonne JP, Ruzicka T, Roszkiewicz J, Berth-Jones J, Peirone MH, Jacovella J; Ivermectin Phase III study group. Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0·75% cream in treating inflammatory lesions of rosacea: a randomized, investigator-blinded trial.Br J Dermatol. 2015 Apr;172(4):1103-10.
25. Taieb A, Khemis A, Ruzicka T, Barańska-Rybak W, Berth-Jones J, Schauber J, Briantais P, Jacovella J, Passeron T; Ivermectin Phase III Study Group. Maintenance of remission following successful treatment of papulopustular rosacea with ivermectin 1% cream vs. metronidazole 0.75% cream: 36-week extension of the ATTRACT randomized study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 May;30(5):829-36.
26. Fowler J, Jarratt M, Moore A, Meadows K, Pollack A, Steinhoff M, Liu Y, Leoni M; Brimonidine Phase II Study Group. Once-daily topical brimonidine tartrate gel 0·5% is a novel treatment for moderate to severe facial erythema of rosacea: results of two multicentre, randomized and vehicle-controlled studies.Br J Dermatol. 2012 Mar;166(3):633-41.
27. Fowler J Jr, Jackson M, Moore A, Jarratt M, Jones T, Meadows K, Steinhoff M, Rudisill D, Leoni M. Efficacy and safety of once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% for the treatment of moderate to severe facial erythema of rosacea: results of two randomized, double-blind, and vehicle-controlled pivotal studies.J Drugs Dermatol. 2013 Jun 1;12(6):650-6.
28. Moore A, Kempers S, Murakawa G, Weiss J, Tauscher A, Swinyer L, Liu H, Leoni M. Long-term safety and efficacy of once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% for the treatment of moderate to severe facial erythema of rosacea: results of a 1-year open-label study.J Drugs Dermatol. 2014 Jan;13(1):56-61.
29. Gold L. Papp K, Lynde C, Lain E, Gooderham M, Johnson S, Kerrouche N. Treatment of rosacea with concomitant use of topical ivermectin 1% cream and brimonidine 0,33% gel: a randomized, vehicle-controlled study. J Drugs Dermatol, 2017; 16(9): 611-618.
30. Nielsen PG. A double-blind study of I% metronidazole cream versus systemic oxytetracycline therapy for rosacea. Br J Dermatol. 1983 Jul;109(1):63-5.
31. Nielsen PG. Treatment of rosacea with i% metronidazole cream. A double-blind study. Br J Dermatol. 1983 Mar;108(3):327-32.
32. Gupta AK, Chaudhry M. Topical metronidazole for rosacea. Skin Therapy Lett. 2002 Jan; 7(1):1-3, 6.

33. Tan JK, Girard C, Krol A, Murray HE, Papp KA, Poulin Y, Chin DA, Jeandupeux D. Randomized placebo-controlled trial of metronidazole 1% cream with sunscreen SPF 15 in treatment of rosacea. J Cutan Med Surg. 2002 Nov-Dec; 6(6):529-34
34. Wagner N., Berthaud C., Laffet G., Caron J.-C. Differential penetration of skin by topical metronidazole formulations. Advances in therapy, 1998:4: 197-205.
35. Gupta A. and Gover M. Azelaic acid (15% gel) in the treatment of acne rosacea Int. J. of Dermatol. 2007; 1-6.
36. Liu S et al. Azelaic acid in the treatment of papulopustular rosacea. Arch. Dermatol. 2006; 142: 1047-1052.
37. Gollnick H. and Layton A. Azelaic acid 15% gel in the treatment of rosacea. Expert Opin Pharmacother 2008, 9(15): 2699-2706.
38. Thiboutot DM, Fleischer AB, Del Rosso JQ, Rich P. et al. A multicenter study of topical azelaic acid 15% gel in combination with oral doxycycline as initial therapy and azelaic acid 15% gel as maintenance monotherapy. J Drugs Dermatol. 2009 Jul;8(7):639-48.
39. Maddin S . A comparison of topical azelaic acid 20 % cream and topical metronidazole 0.75 % cream in the treatment of patients with papulopustular rosacea . J Am Acad Dermatol 1999 ; 40 : 961 – 5.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/

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

https://emedicine.medscape.com/article/1943419-guidelines?form=fpf

https://dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-treatment-of- rosacea

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12381213/

https://www. rosacea.org/rosacea-guidelines/

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122924/#:~:text=Common%20conditions%20on%20the%20differential,a%20biopsy%20may%20be%20helpful.

https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540

https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31099439/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869298/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908578/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29102940/

https://www.tmj-vgmu.ru/jour/article/view/720/676

https://www.rodv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hn1mip4m1vaaqg1vyvsy05u11y.pdf

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27104004/

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

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