

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
04.07.2016 № 670

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ), ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ**

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Атопічний дерматит» (УКПМД) за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створений згідно з Методикою розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі медико-технологічного документа «Атопічний дерматит». Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах».

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з атопічним дерматитом, підходи щодо діагностики та лікування визначені з урахуванням можливостей вітчизняної системи охорони здоров'я відповідно до рекомендацій наступних клінічних настанов:

1. Guideline on the Treatment of Atopic Eczema (Atopic Dermatitis). European Dermatology Forum. 2014
2. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. AAD - American Academy of Dermatology. 2014
3. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. AAD - American Academy of Dermatology. 2014
4. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. AAD - American Academy of Dermatology. 2014
5. SIGN 125. Management of atopic eczema in primary care. 2011

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

АД	-	атопічний дерматит
АКН	-	адаптована клінічна настанова
АСІТ	-	алерген-специфічна імунотерапія
МКХ-10	-	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ	-	Міністерство охорони здоров'я України
ТГКС	-	топічні глюкокортикостероїди
ТІК	-	топічні інгібітори кальциневрину
УКПМД	-	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
SCORAD	-	SCORing Atopic Dermatitis, шкала оцінки ступеню тяжкості атопічного дерматиту

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: Атопічний дерматит

1.2. Код згідно з МКХ-10: L20

1.3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів: дерматовенерологів, дитячих дерматовенерологів, алергологів, дитячих алергологів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з атопічним дерматитом, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

1.4. Мета: визначення комплексу заходів з профілактики, раннього виявлення, діагностики та лікування атопічного дерматиту у дорослих та дітей, координація та стандартизація медичної допомоги пацієнтам з атопічним дерматитом.

1.5. Дата складання протоколу: червень 2016 року.

1.6. Дата перегляду протоколу: червень 2019 року.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу

Острополец Наталія Андріївна	заступник начальника управління - начальник відділу організації спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги управління медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ України, голова робочої групи;
Чоп'як Валентина Володимирівна	завідувач кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Алергологія Імунологія Клінічна імунологія Лабораторна імунологія», заступник голови з клінічних питань;
Калюжна Лідія Денисівна	професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор;
Степаненко Віктор Іванович	завідувач кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дерматовенерологія», заступник голови з клінічних питань;

Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.м.н., заступник голови з методологічного супроводу;
Болотна Людмила Анатоліївна	завідувач кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.м.н., професор;
Волкославська Валентина Миколаївна	завідувач відділу науково-аналітичної роботи в дерматології та венерології Державної установи «Інститут дерматології та венерології НАМН України», д.м.н.;
Гогунська Інна Володимирівна	заступник директора Центру алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів Державної установи «Інститут отоларингології імені професора О.С. Коломійченка НАМН України»;
Горова Елла Володимирівна	заступник начальника управління – начальник відділу з питань якості надання медичної допомоги управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України;
Господарський Ігор Ярославович	завідувач кафедри клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України»;
Гречанська Лариса Василівна	асистент кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.;
Гринько Алла Петрівна	завідувач лабораторії аналітичної хімії Державного підприємства «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Лабораторні дослідження хімічних факторів навколишнього середовища»;
Губко Людмила	лікар дитячий дерматовенеролог консультативної

Михайлівна	поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», к.м.н.;
Денисенко Ольга Іванівна	завідувач кафедри шкірних та венеричних захворювань з курсом туберкульозу Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», д.м.н.;
Дитятковська Євгенія Михайлівна	завідувач алергологічного відділення Комунального закладу «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради», д.м.н., головний алерголог Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, віце-президент Асоціації алергологів України, координатор МОЗ України з питань клінічної алергології;
Драннік Георгій Миколайович	професор кафедри клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, почесний президент Українського товариства спеціалістів з імунології, алергології, імунореабілітації, д.м.н., професор;
Кайдашев Ігор Петрович	завідувач кафедри внутрішньої медицини з фтизіатрією Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», проректор з наукової роботи, президент Українського товариства спеціалістів з імунології, алергології, імунореабілітації;
Корольова Жаннета Валентинівна	професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча дерматовенерологія»;
Курченко Андрій Ігорович	завідувач кафедри клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Кутасевич Яніна Францівна	директор Державної установи «Інститут дерматології та венерології НАМН України», д.м.н., професор;
Літус Олександр	завідувач кафедри дерматовенерології Національної

Іванович	медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., доцент;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;
Наконечна Алла Анатоліївна	лікар алерголог-імунолог Клініки алергології та імунології Королівського Госпітала Університету Ліверпуля (Великобританія), член Європейських робочих груп з медикаментозної алергії та діагностики алергічних захворювань у Європейській Академії Алергології та Клінічної імунології; член Британського та Європейського Комітету експертів з хронічної кропив'янки та ангіоневротичного набряку;
Охотнікова Олена Миколаївна	завідувач кафедри педіатрії №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор;
Павленко Олексій Володимирович	директор Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Стоматологія»;
Терещенко Лариса Степанівна	начальник відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства Департаменту медичної допомоги МОЗ України до 21.04.2016;
Турик Ніна Василівна	головний лікар Київської міської шкірно-венерологічної лікарні, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради зі спеціальності «Дерматовенерологія дитяча»;
Уманець Тетяна Рудольфівна	головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», ст.н.с., д.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ

	України зі спеціальності «Дитяча алергологія»;
Федосюк Роман Миколайович	завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії Київської міської клінічної лікарні № 3, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Анестезіологія»;
Ященко Юрій Борисович	завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, професор кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія».

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євгеній Леонідович	начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Рубцова Євгенія Ігорівна	експерт відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування:

Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», 03151, м.Київ, вул.Ушинського, 40.

Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

Рецензенти

Андрашко Юрій Володимирович завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб медичного факультету Ужгородського національного університету, д.м.н., професор;

Кузнецова Лариса Володимирівна професор кафедри клінічної імунології та алергології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

В сучасних умовах спостерігається зростання захворюваності на atopічний дерматит (АД) в усьому світі, що пов'язано із несприятливим впливом багатьох факторів сучасної цивілізації. Розповсюдженість патології в розвинутих країнах Західної Європи серед дітей віком до 14-ти років складає 10-20%.

В Україні впродовж 2009-2014 рр. спостерігається поступове зростання захворюваності на atopічний дерматит та поширеність (розповсюдженість) серед дітей віком від 0 до 18-ти років.

Статистика свідчить про недостатньо ретельний облік пацієнтів, які страждають на АД та нерідко неправильну інтерпретацію діагнозів АД та алергічного контактного дерматиту.

Дебют захворювання найчастіше має місце в ранньому дитячому віці. У дітей АД вперше проявляється до 6-ти місяців у 45% випадків, впродовж першого року життя – у 60%, до 5-ти років – у 85% випадків.

II. Загальна частина

АД є однією з atopічних хвороб, до яких також відносяться алергічний риніт, алергічна бронхіальна астма, алергічний кон'юнктивіт та деякі алергічні захворювання шлунково-кишкового тракту.

Причини захворювання мають комплексну природу і до кінця не з'ясовані. Окрім генетичної детермінованості, широкий спектр факторів зовнішнього середовища може бути причиною виникнення захворювання та погіршувати його перебіг. Серед них сенсibilізація до пилоквих, побутових, харчових, інфекційних та інших алергенів. Особливе значення належить інфекційним алергенам – ентеротоксинам стафілококів, стрептококів та ексfolіантним токсинам. У сучасних умовах набувають значення медикаментозні чинники, засоби по догляду за шкірою, побутова хімія. Важливий вплив на імунорегуляторні процеси в шкірі має стресовий фактор з дисбалансом у вегетативній нервовій системі і подальшим збільшенням виробництва медіаторів різними запальними клітинами, включаючи еозинофіли. Сприятливим фоном для його розвитку виступають також ендогенні фактори, зокрема, порушення центральної нервової регуляції, дисфункції метаболізму та шлунково-кишкового тракту.

Прояви АД суттєвим чином впливають на якість життя пацієнтів та їх родин, причому не тільки у фізичному, але й у психологічному та соціальному аспектах, що визначило необхідність уніфікації та стандартизації діагностичної та терапевтичної тактик на основі критичної оцінки наявних у вітчизняній та зарубіжній практиці підходів.

Діагноз АД встановлюється лікарем-дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим, лікарем-алергологом / алергологом дитячим на підставі діагностичних критеріїв постановки діагнозу. Ступень тяжкості АД визначається лікарем-дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим за допомогою бальної оцінки ступеня тяжкості atopічного дерматиту за індексом

SCORAD (шкала оцінки ступеню тяжкості atopічного дерматиту). Підтвердження діагнозу АД здійснює лікар-алерголог / алерголог дитячий за допомогою спеціальних алергологічних методів обстеження, компонентної алергодіагностики та ін.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі та педіатри дільничні відіграють ключову роль у організації раннього (своєчасного) виявлення АД, сприянні виконанню рекомендацій спеціалістів та забезпеченні належної медичної реабілітації.

III. Основна частина

3.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Первинна профілактика

Положення протоколу

Первинна профілактика atopічного дерматиту включає усунення/попередження впливу специфічних та неспецифічних провокуючих факторів (див. Розділ IV, п. 4.1.3), а також в комплексному догляді за шкірою, спрямованому на відновлення її бар'єрних функцій і гідробалансу.

Обґрунтування

Для попередження впливу провокуючих факторів використовують елімінаційний режим, який полягає в усуненні контактів з алергенами, для яких доведена їх етіологічна роль (враховуючи також перехресні алергічні реакції), та неспецифічними подразниками.

Необхідні дії лікаря

1.1. Рекомендувати уникати впливу провокуючих факторів ризику розвитку atopічного дерматиту (див. Розділ IV, п. 4.1.3), що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем.

1.2. Навчати пацієнтів, які страждають на АД, та членів їх родин дотримуватись рекомендацій щодо організації побуту та забезпечення елімінаційного режиму для попередження впливу алергенів.

1.3. Надавати пацієнтам та членам їх родин інформацією щодо алергенів, до яких у нього сенсibilізація, до яких білків буде перехресна алергічна реакція, та в яких харчових продуктах вони знаходяться.

2. Діагностика

Положення протоколу

Обстеження первинних хворих проводиться лікарем загальної практики-сімейним лікарем (або педіатром), який за підозри щодо atopічного дерматиту повинен направити пацієнтів на вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу до лікаря-дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого з обов'язковою консультацією лікаря-алерголога / лікаря-алерголога дитячого.

Обґрунтування

Діагноз atopічного дерматиту встановлюється на вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі на підставі єдиного діагностичного алгоритму (див. Розділ

IV, п. 4.1.1).

Необхідні дії лікаря

2.1. Зібрати скарги та анамнестичні дані.

2.2. Оглянути шкіру та слизові оболонки, провести пальпацію лімфатичних вузлів.

2.3. Провести загальноклінічні дослідження.

2.4. За підозри atopічного дерматиту (див. Розділ IV, п. 4.1.1) необхідно направити пацієнта до лікаря-алерголога / алерголога дитячого та лікаря-дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого впродовж тижня.

2.5. За наявності супутніх захворювань у пацієнта з підозрою на atopічний дерматит необхідно направити пацієнта до суміжних фахівців.

3. Лікування

Положення протоколу

Спеціальне лікування пацієнтів з atopічним дерматитом здійснюється виключно при наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне спеціальне лікування сприяє досягненню тривалих ремісій та навіть одужанню пацієнтів.

Необхідні дії лікаря

3.1. За підозри щодо atopічного дерматиту направити на консультацію до лікаря-алерголога / алерголога дитячого та лікаря-дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого впродовж тижня для підтвердження діагнозу та визначення подальшої тактики лікування.

3.2. Моніторинг дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря-алерголога / алерголога дитячого та лікаря-дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого щодо догляду за шкірою та запобігання контакту з алергенами.

3.3. Під час обстеження та спеціального лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря-алерголога / алерголога дитячого та лікаря-дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого та інших спеціалістів.

4. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

Положення протоколу

Пацієнту після спеціального лікування під час диспансерного спостереження надається лікування супутніх захворювань, за необхідності пацієнт скеровується на вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

Обґрунтування

Догляд за шкірою, елімінаційний режим та елімінаційна дієта знижують частоту рецидивів захворювання. Своєчасне лікування загострень АД в спеціалізованих закладах дозволяє досягти швидкої ремісії. Проведення АСІТ дозволяє досягти повного видужання, або стійкої та довготривалої ремісії.

Необхідні дії лікаря

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма

№ 025/о) та моніторинг дотримання плану диспансеризації.

2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).

3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

3.2. ВТОРИННА (СПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Діагностика

Положення протоколу

Пацієнти проходять обстеження за направленням сімейного лікаря/дільничного педіатра або за самозверненням.

Пацієнтам, у яких за результатами обстеження встановлено atopічний дерматит, проводиться спеціальне лікування.

Обґрунтування

Діагноз atopічного дерматиту встановлюється при наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Для встановлення діагнозу АД використовується єдиний діагностичний алгоритм що включає чотири послідовні етапи діагностики: оцінка симптомів та ознак → оцінка ступеня тяжкості АД → оцінка пускових факторів, супутніх (асоційованих) захворювань та факторів, що ускладнюють перебіг АД → диференційний діагноз та діагноз.

Необхідні дії лікаря

1.1. Оцінка симптомів та ознак: критерії діагностики за Hanifin&Rajka (див. Розділ IV, п. 4.1.1) слід використовувати для встановлення діагнозу АД.

1.2. Оцінка ступеня тяжкості АД: бальна оцінка за індексом SCORAD (див. Розділ IV, п. 4.1.2) повинна застосовуватись в складі єдиного діагностичного алгоритму для визначення ступеня тяжкості АД у кожного окремого пацієнта, при цьому слід враховувати тривалість загострень/ремісій і відповідь на терапію.

1.3. Детальний збір алергологічного анамнезу.

1.4. Призначення ведення харчового щоденника.

1.5. Фізикальний огляд.

1.6. Специфічна прик-діагностика (в період ремісії).

1.7. Визначення специфічних та загального IgE у сироватці крові та інших показників імунологічного статусу за призначенням алерголога.

1.8. Лабораторно-інструментальні методи дослідження та консультації спеціалістів за клінічними показаннями.

2. Лікування

Положення протоколу

Спеціальне лікування пацієнтів з atopічним дерматитом здійснюється виключно при наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Лікування хворих на АД проводиться згідно з алгоритмом лікування в

залежності від ступеня тяжкості (див. Розділ IV, п. 4.2.3).

Обґрунтування

Основними завданнями лікування АД є усунення або зменшення запальних проявів на шкірі та свербіння, відновлення структури та функції шкіри, попередження розвитку тяжких форм захворювання та лікування супутніх захворювань, які обтяжують перебіг АД.

Пацієнтам з АД, в яких виявлена сенсibiliзація до харчових, пилоквих, побутових, епідермальних, бактеріальних та грибкових алергенів проводиться АСИТ.

Необхідні дії лікаря

2.1. Лікування пацієнтів з АД виконується та корегується лікарем-дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим та лікарем-алергологом / алергологом дитячим. Лікування призначається в залежності від ступеня тяжкості перебігу АД (див. Розділ IV, п. 4.1.2) відповідно до алгоритму лікування (див. Розділ IV, п. 4.2.3).

2.2. Результати динамічного спостереження за станом хворого вносяться до відповідної документації (карта стаціонарного хворого (№003/о), амбулаторна картка (№025/о)).

3. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію

Положення протоколу

Пацієнт після спеціального лікування перебуває на обліку у лікаря дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого або у лікаря-алерголога / алерголога дитячого (з IgE-залежним АД і який отримує АСИТ), які ведуть необхідну медичну документацію та сприяють виконанню пацієнтом призначень суміжних спеціалістів.

Пацієнту після спеціального лікування під час диспансерного спостереження надається лікування супутніх захворювань, за необхідності пацієнт скеровується на третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Обґрунтування

Догляд за шкірою, елімінаційний режим та елімінаційна дієта знижують частоту рецидивів захворювання. Своєчасне лікування загострень АД в спеціалізованих закладах дозволяє досягти швидкої ремісії.

Необхідні дії лікаря

3.1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та моніторинг дотримання плану диспансеризації.

3.2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).

3.3. Надавати рекомендації щодо догляду за шкірою, способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

3.3. ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Діагностика

Положення протоколу

У випадках ускладнення atopічного дерматиту та за необхідності проведення диференційної діагностики встановлення діагнозу проводиться за допомогою морфологічного методу.

Обґрунтування

Найбільш поширеними ускладненнями АД є мікробні інфекції шкіри, спричинені бактеріями, вірусами або грибами.

Диференційний діагноз АД проводиться з себорейним дерматитом, екземою, парасоріазом, ентеропатичним дерматитом, кандидозом, а також Т-клітинною лімфомою (див. Розділ IV, п. 4.1.4).

Діти першого року життя з відставанням у розвитку, діареєю, генералізованим еритематозним висипом з лущенням та рецидивуючими інфекціями шкіри та/або системними інфекціями повинні бути обстежені щодо наявності тяжкого комбінованого синдрому імунодефіциту.

За наявності у дитини абсцесів, шлунково-кишкових кровотеч, рецидивуючих вірусних та бактеріальних інфекцій, мозочкової атаксії, дратівливості, судом, кератиту, фотофобії, болю в долонях та підошвах необхідно проводити диференційну діагностику з хворобами імунної системи та метаболічними порушеннями з симптомами ураження шкіри (див. Розділ IV, п. 4.1.5).

Диференційна діагностика з рідкісними захворюваннями та синдромами повинна проводитись за наявності у хворої дитини наступних симптомів: алергічний риніт, бронхоспазм, відставання у розумовому розвитку, «бамбукове» волосся, пароніхії, алопеція брів та вій, діарея, фотофобія, втрата нюху, вузлуватий васкуліт судин середнього калібру, гіпогідроз, гіпотрихоз, порушення терморегуляції, біль у кістках, остеопороз, діарея, блювання, пурпурозні папули.

Необхідні дії лікаря

1.1. Оцінка симптомів та ознак: критерії діагностики за Hanifin&Rajka слід використовувати для встановлення діагнозу АД (див. Розділ IV, п. 4.1.1).

1.2. Оцінка ступеня тяжкості АД: бальна оцінка за індексом SCORAD повинна застосовуватись в складі єдиного діагностичного алгоритму для визначення ступеня тяжкості АД у кожного окремого пацієнта, при цьому слід враховувати тривалість загострень/ремісій і відповідь на терапію (див. Розділ IV, п. 4.1.2).

1.3. Оцінка пускових факторів, супутніх (асоційованих) захворювань та факторів, що ускладнюють перебіг АД.

1.4. Диференційний діагноз та діагноз:

1.4.1. виявлення ускладнень перебігу АД;

1.4.2. детальний збір алергологічного анамнезу;

1.4.3. призначення та аналіз ведення харчового щоденника.

1.5. Фізикальний огляд.

1.6. Специфічна прік-діагностика (в період ремісії).

1.7. Визначення специфічних та загального IgE у сироватці крові та інших показників імунологічного статусу за призначенням алерголога.

1.8. Лабораторно-інструментальні методи дослідження та консультації спеціалістів за клінічними показаннями.

2. Госпіталізація

Положення протоколу

До закладів високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнти з atopічним дерматитом скеровуються дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим, алергологом / алергологом дитячим.

Обґрунтування

Хворі з тяжким, середньо-тяжким перебігом в період загострення захворювання та ускладненим перебігом atopічного дерматиту госпіталізуються для обстеження та стаціонарного лікування.

Необхідні дії лікаря

2.1. Запропонувати пацієнту з тяжким перебігом захворювання, а також за наявності ускладнень перебігу АД стаціонарне лікування.

2.2. Ознайомити пацієнта з переліком можливих втручань, очікуваними ризиками та отримати перед госпіталізацією до стаціонару Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та, погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних.

3. Лікування

Положення протоколу

Лікування хворих на АД проводиться згідно з алгоритмом лікування в залежності від ступеня тяжкості

Обґрунтування

Основними завданнями лікування є усунення або зменшення запальних змін на шкірі та свербіння, відновлення структури і функцій шкіри, попередження розвитку тяжких форм захворювання, які призводять до зниження якості життя хворого та інвалідизації, лікування супутніх захворювань, які обтяжують перебіг АД.

Необхідні дії лікаря

3.1. Лікування пацієнтів з АД призначається та корегується дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим, алергологом / алергологом дитячим.

3.2. Лікування призначається в залежності від ступеня тяжкості перебігу АД відповідно до алгоритму лікування та включає в себе:

- елімінаційний режим та догляд за шкірою;

- місцеве лікування;

- системне лікування;

- алерген-специфічна імунотерапія (за показаннями, початок парентерального застосування АСІТ).

3.3. Результати динамічного спостереження за станом хворого вносяться до відповідної документації (карта стаціонарного хворого, амбулаторна картка).

4. Виписка з рекомендаціями після госпіталізації

Положення протоколу

При виписуванні пацієнту надається виписка з медичної карти стаціонарного хворого, яка містить інформацію про отримане лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження.

Обґрунтування

Виписка пацієнта планується при досягненні клінічного видужання або поліпшення стану – зникнення або зменшення інтенсивності свербіжів, нормалізація сну, поліпшення загального стану, сплюснення елементів, зменшення і/або зникнення інфільтрації і ліхеніфікації.

Необхідні дії лікаря

4.1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).

4.2. Надати пацієнтам, які пройшли лікування, інформацію про можливі віддалені побічні ефекти лікування, необхідність проведення періодичних обстежень відповідно до плану диспансеризації.

4.3. Надати рекомендації щодо способу життя, елімінаційних заходів, режиму харчування та фізичних навантажень.

5. Диспансерне спостереження

Положення протоколу

В зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву захворювання пацієнти підлягають диспансеризації в закладі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Обґрунтування

Пацієнти підлягають диспансерному спостереженню у дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого або алерголога / алерголога дитячого (з IgE-залежним АД і які отримують АСИТ) за місцем проживання.

Необхідні дії лікаря

При досягненні клінічної ремісії або покращення пацієнти підлягають диспансерному нагляду 1 раз на 6 місяців. Під час огляду звертається увага на дотримання рекомендацій, наданих при виписці зі стаціонару, регулярність обстеження суміжними спеціалістами (алергологом, терапевтом, гастроентерологом, ендокринологом, психоневрологом). Уражені ділянки шкіри потребують постійного догляду з використанням емолієнтів.

6. Вторинна профілактика

Положення протоколу

Вторинна профілактика атопічного дерматиту включає усунення/попередження впливу специфічних та неспецифічних пускових (тригерних) факторів, а також

в комплексному догляді за шкірою, спрямованому на відновлення її бар'єрних функцій і гідробалансу.

Обґрунтування

Пацієнтам надаються рекомендації щодо усунення чинників, які провокують погіршення стану та сприяють виникненню рецидиву захворювання.

Необхідні дії лікаря

1. Рекомендувати уникати впливу тригерних факторів ризику розвитку atopічного дерматиту, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем.
2. Надавати інформацію пацієнтам, які страждають на АД, та членам їх родин щодо необхідності дотримуватись рекомендацій щодо організації побуту та забезпечення елімінаційного режиму для попередження впливу алергенів.
3. Роз'яснювати особливості догляду за шкірою пацієнтів в міжрецидивний період для нормалізації гідро- та ліпобалансу шкіри

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Діагностика та диференційна діагностика

4.1.1. Діагностичні критерії та оцінка ступеня тяжкості atopічного дерматиту (за Hanifin&Rajka)

Головні критерії:

1. Свербіж шкіри
2. Типова морфологія і локалізація шкірних висипів:
 - згинальна ліхеніфікація та лінійність
 - у дітей – обличчя та кінцівки
3. Хронічний рецидивуючий перебіг
4. Атопія в особистому та сімейному анамнезі

Додаткові критерії:

1. Ксероз (сухість) шкірних покривів;
2. Іхтіоз, переважно долонний;
3. Реакція гіперчутливості негайного типу при шкірному тесті з алергенами;
4. Локалізація шкірного процесу на кистях та стопах;
5. Хейліт;
6. Екзема сосків;
7. Схильність до інфекційних уражень шкіри, які пов'язані з порушеннями в імунологічному статусі;
8. Початок захворювання у ранньому дитячому віці;
9. Еритродермія;
10. Рецидивуючий кон'юнктивіт;
11. Інфраорбітальна зморшка Денні-Моргана;
12. Кератоконус (конічне випинання рогівки);
13. Передні субкапсулярні катаракти;
14. Тріщини за вухами;

15. Високий рівень IgE у сироватці крові;
16. Потемніння ділянок навколо очей;
17. Блідість або еритема обличчя;
18. Білий лишай;
19. Непереносимість їжі;
20. Непереносимість вовни та ліпідних розчинників;
21. Перифолікулярна локалізація висипу;
22. Вплив емоційних факторів на перебіг захворювання;
23. Білий дермографізм або затримка збліднення.

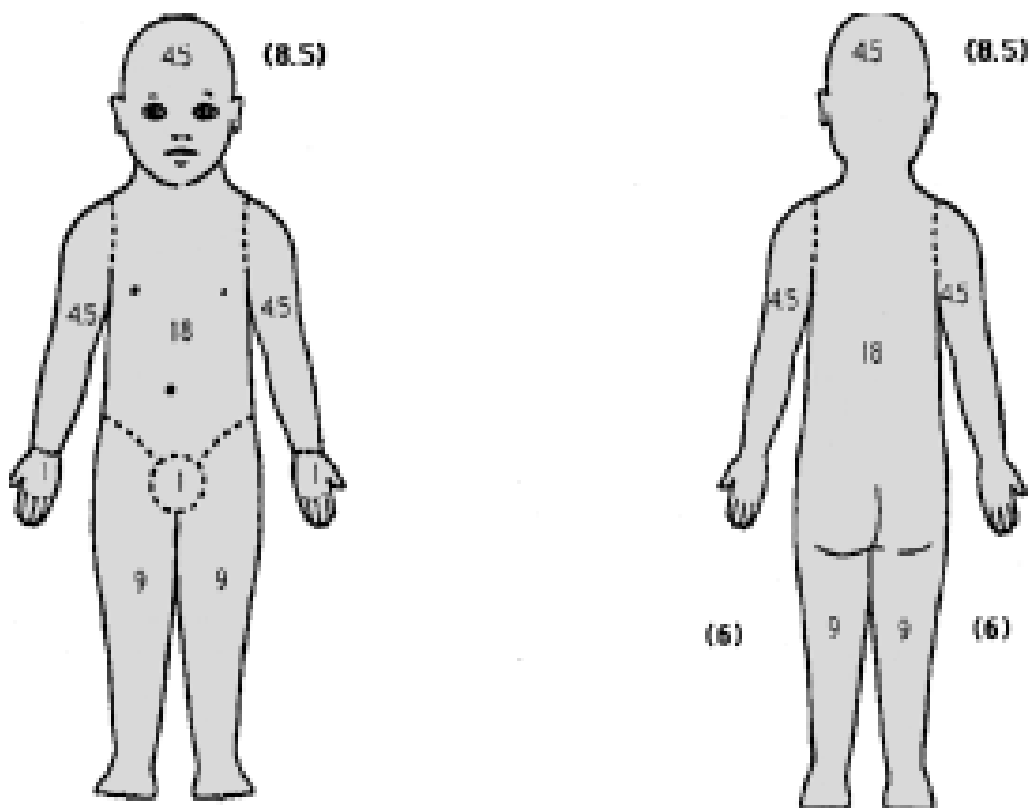
Для встановлення діагнозу АД у пацієнта повинні бути в наявності три з головних та три з додаткових критеріїв.

4.1.2. Бальна оцінка ступеня тяжкості atopічного дерматиту за індексом SCORAD.

Полягає в оцінці ступеня тяжкості АД за трьома напрямками: розповсюдженість уражень, інтенсивність (вираженість) уражень та суб'єктивній оцінці пацієнтом свого стану. Одержані бали по кожній з ознак використовують в формулі для підрахунку індексу SCORAD.

1. Оцінка розповсюдженості уражень на поверхні шкіри у відсотках за правилом дев'ятки (різні відношення частин тіла у дітей віком до 2-х років та понад 2 роки і дорослих):

Частина тіла	Діти до 2-х років		Діти після 2-х років та дорослі	
	Передня частина	Задня частина	Передня частина	Задня частина
Голова	8,5	8,5	4,5	4,5
Тулуб	18	18	18	18
Верхня кінцівка	4,5	4,5	4,5	4,5
Нижня кінцівка	6	6	9	9
Кисть	-	-	1	1
Зовнішні статеві органи	-	-	1	-



Сукупна площа ураження – S (%).
Показник поширеності $A = S/100$

2. Оцінка інтенсивності (вираженості) уражень

- a. Еритема (від 0 до 3 балів);
- b. набряк/інтенсивність папул (від 0 до 3 балів);
- c. Лущення (від 0 до 3 балів);
- d. Екскоріації (від 0 до 3 балів);
- e. Ліхеніфікація (від 0 до 3 балів).

Показник інтенсивності $B = \text{сума балів}/18$

3. Оцінка свого стану пацієнтом

- a. Свербіж (від 0 до 10 балів)
 - b. Безсоння (від 0 до 10 балів)
- Показник суб'єктивного стану $C = \text{сума балів}/20$

$\text{SCORAD Index} = A/5 + 7 \times B/2 + C$

Ступінь тяжкості АД	SCORAD Index	Тривалість загострень/ремисій	Відповідь на терапію
Легкий	До 20-ти балів	1-2 рази на рік, ремісія довготривала	Хороша відповідь на терапію
Середньо-тяжкий	20-40 балів	До 3-4-х разів на рік, ремісія менше 4-х місяців	Невиражений ефект від терапії

Тяжкий	Більше 40 балів	Довготривалі загострення, ремісія менше 2-х місяців	Терапія малоефективна
--------	-----------------	---	-----------------------

4.1.3. Пускові (тригерні) фактори розвитку АД:

- алергени кліщів домашнього пилу;
- синтетичні матеріали та вовна;
- мила;
- синтетичні миючі засоби;
- алергени тварини;
- куріння поряд з малюком;
- алергени рослинного пилку.

4.1.4. Диференційний діагноз під час вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги:

- себорейний дерматит;
- екзема;
- червоний плескатий лишай;
- короста;
- іхтіоз;
- псоріаз;
- парапсоріаз;
- алергічний контактний дерматит;
- ентеропатичний акродерматит;
- кандидоз;
- герпетична інфекція 1-3, 6-7 типів;
- скабієс;
- Т-клітинна лімфома шкіри;
- первинні імунodefіцити (синдром Джоба, хронічний шкірно-слизовий кандидоз тощо).

4.1.5. Диференційний діагноз під час третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

Хвороби імунної системи з подібним до АД ураженням шкіри:

- синдром гіпер-IgE (синдром Джоба);
- синдром Віскота-Олдріджа;
- тяжкий комбінований імунodefіцит;
- комплементарна дисфункція;
- сімейний септичний грануломатоз;
- агамаглобулінемія або гіпоагамаглобулінемія;
- синдром атаксії-телеангіектазії;
- синдром Швахмана;
- системний червоний вовчак.

Метаболічні порушення з подібним до АД ураженням шкіри:

- недостатність гістидину;
- фенілкетонурія;
- тирозинемія;
- целиакія;
- множинна недостатність карбоксилази;
- недостатність пролідази;
- недостатність есенціальних жирних кислот.

Рідкісні захворювання і синдроми з подібним до АД ураженням шкіри:

- синдром Незертона;
- ентеропатичний акродерматит;
- синдром Базана;
- ектодермальна ангідротична дисплазія;
- мастоцитоз;
- гістіоцитоз Лангерганса.

4.2. Лікування atopічного дерматиту

4.2.1. Основні групи препаратів для місцевого та системного лікування atopічного дерматиту

Група препаратів	Особливості застосування при АД	Обґрунтування призначення
<i>Місцеве медикаментозне лікування</i>		
Топічні глюкокортико-стероїди (ТГКС)	ТГКС розглядаються як найсильніші протизапальні агенти, за допомогою яких контролюються рецидиви АД. Дія ТГКС при АД має комплексний характер і забезпечує одночасний вплив на різні ланки патогенезу. Перевага надається ТГКС останнього покоління з високим профілем безпеки. Пацієнти, яким призначаються ТГКС, повинні знаходитись під спостереженням дерматовенеролога / алерголога для належної оцінки ефективності терапії та вчасного виявлення	Перевагу слід віддати помірно сильним (алклометазон) та сильним ТГКС (флютиказон, мометазону фуроат, метилпреднізолон, гідрокортизон, преднікарбат) останнього покоління. Профіль безпеки цих ТГКС дозволяє рекомендувати їх для місцевого лікування АД у дітей та дорослих із можливістю нанесення на різні ділянки шкіри, в тому числі на обличчя та інтритригінозні ділянки. Засоби місцевої терапії необхідно застосовувати диференційовано – в

	<p>ранніх побічних ефектів. ТГКС застосовують 1-2 рази на добу. Тривалість курсу лікування у дітей не повинна перевищувати 4 тижні, у дорослих - 12 тижнів та залежить від обраного ТГКС (застосування дуже сильних ТГКС курсом понад 4 тижні є неприпустимим).</p>	<p>залежності від локалізації, гостроти та динаміки запального процесу на шкірі.</p>
<p>Топічні інгібітори кальциневрину (ТІК)</p>	<p>У дітей та дорослих з АД довготривала про-активна терапія ТІК (від декількох місяців до року) дозволяє значно покращити перебіг захворювання досягти ремісії без погіршення профілю безпеки та переносимості. Застосовують 2-3 рази на добу. Тривалість курсу 1 рік та більше з обов'язковим моніторингом стану пацієнту.</p>	<p>Місцеве лікування пімекролімусом рекомендується для контролю АД з легким та середньо тяжким перебігом, а такролімусом – для контролю середньо тяжкого та тяжкого АД.</p>
<p>Топічні антибактеріальні засоби (АБ)</p>	<p>Колонізація шкіри пацієнтів з АД <i>S.aureus</i> та іншими патогенними мікроорганізмами відіграє провідну роль у виникненні рецидивів захворювання, асоційована з тяжким його перебігом та обумовлює рефрактерність АД до терапії ТГКС. Застосовують 2-3 рази на добу. Тривалість курсу не повинна перевищувати 10-14 днів.</p>	<p>Для лікування вторинних мікробних уражень шкіри у пацієнтів з АД слід застосовувати різні групи антимікробних топічних засобів: топічні антисептики, топічні антибіотики та фіксовані комбінації антимікробних (антибактеріальних, антисептичних, протигрибкових) засобів з ТГКС.</p>
<p>Препарати з пом'якшувальною</p>	<p>Є основними засобами базисної терапії АД, які</p>	<p>Пацієнти, які страждають на АД, повинні лікуватись із</p>

та захисною дією (емолієнти)	відновлюють гідроліпідний баланс шкіри, створюючи необхідні умови для лікувального ефекту ТГКС. Застосовують 2-3 рази на добу в кількості 150-200 г на тиждень дитині та 500 г на тиждень дорослому.	застосуванням емолієнтів. Можуть використовуватись різні форми емолієнтів, залежно від віку пацієнтів, стану шкіри та клінічних проявів дерматозу. Підбір того або іншого емолієнту має здійснюватись в залежності від стану шкіри пацієнта, переносимості того чи іншого засобу, погодних та кліматичних умов, розпорядку дня, звичок та інших обставин.
<i>Системне лікування</i>		
Антигістамінні засоби	Місце антигістамінних засобів в терапії АД – це короткотривалий контроль рецидивів у поєднанні з іншими видами лікування.	Короткий курс седативних антигістамінних препаратів ефективний при порушенні сну внаслідок свербіжжю. Неседативні антигістамінні препарати не рекомендуються для стандартної терапії atopічного дерматиту при відсутності кропив'янки або інших atopічних проявів, таких як ринокон'юнктивіт.
Системні глюкокортикоїди	Короткий курс (1-2 тижні) застосування системних глюкокортикостероїдів має суттєві переваги над тривалою терапією з огляду на притаманні для неї побічні ефекти метаболічного та імунного характеру.	Короткий курс пероральних ГКС може бути застосований у пацієнтів з вираженим запаленням, у яких не спостерігалось належного ефекту від інтенсивної терапії місцевими засобами і у яких перебіг АД суттєво впливає на якість життя.
Цитостатичні засоби	У разі призначення слід намагатись застосовувати якомога менші дози	Ефективність циклоспорину А при АД підтверджена клінічно, разом з тим,

	2,5мг/кг/добу циклоспорину А якомога коротшим курсом (1-2 тижні).	висока частота побічних ефектів та вірогідність рецидиву після відміни обмежують застосування цього лікарського засобу.
Системна антибактеріальна терапія	Системне застосування антибіотиків показане у разі ускладнення АД поширеною або глибокою вторинною бактеріальною інфекцією, яка найчастіше асоціюється з метицилін-чутливими штамми <i>S.aureus</i> .	В ході призначення системної антибіотикотерапії для пацієнтів, які страждають на АД слід керуватись загальними принципами з урахуванням можливої сенсibiliзації до того або іншого антибактеріального засобу.
Алерген специфічна імунотерапія (АСІТ)	У разі виявлення підвищених специфічних IgE призначається АСІТ стандартизованим екстрактом алергену на протязі 3-5 років з відповідним лабораторним моніторингом.	АСІТ є єдиним етіотропним методом лікування АД до конкретного алергену, що дозволяє повністювилікувати пацієнта або досягти стійкої ремісії захворювання.
Плазмафорез	1-2 рази на рік	При тяжкому перебігу atopічного дерматиту.

4.2.2. Європейська класифікація ТГКС за класами активності

Клас ТГКС	Міжнародні непатентовані назви
Дуже сильні (IV)	Клобетазол
Сильні (III)	Бетаметазон Метилпреднізолону ацепонат Мометазон Преднікарбат Флуоцинолону ацетонід Флуцинонід Флютиказон
Помірно сильні (II)	Алклометазон Гідрокортизону бутират Дексаметазон Тріамцинолон

Слабкі (I)	Преднізолон Гідрокортизон Метилпреднізолон
------------	--

4.2.3. Покроковий алгоритм лікування atopічного дерматиту



V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення та лікарських засобів, які включаються до ЛКПМД (КМП).

5.1. Первинна медична допомога

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні, лікарі педіатри дільничні. В сільській місцевості допомога може надаватись фельдшерами (медичними сестрами загальної практики).

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до Табеля оснащення.

5.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

5.2.1. Кадрові ресурси

Лікарі: дерматовенеролог, дерматовенеролог дитячий, алерголог, алерголог дитячий. Медичні сестри (фельдшери). Для повного обстеження пацієнтів необхідна участь лікарів інших спеціальностей: лікарів з функціональної

діагностики, лікарів з ультразвукової діагностики, рентгенолога, лікаря-лаборанта.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Рентгенодіагностичне обладнання, ультразвуковий діагностичний апарат, електрокардіограф, лабораторне обладнання, загальноклінічне обладнання та інше відповідно до таблиця оснащення.

5.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

5.3.1. Кадрові ресурси

Лікарі: дерматовенеролог, дерматовенеролог дитячий, алерголог, алерголог дитячий. Медичні сестри (фельдшери). Для повного обстеження пацієнтів необхідна участь лікарів інших спеціальностей: з функціональної діагностики, з ультразвукової діагностики, радіолог, рентгенолог, лікар-лаборант, патологоанатом.

5.3.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення)

1. Глюкокортикостероїди: алклометазон, бетаметазон, гідрокортизон, гідрокортизону бутират, дексаметазон, клобетазол, метипреднізолон, мометазон, преднізолон, преднікарбат, триамцинолон, флуметазон, флуоцинонід, флуоцинолону ацетонід, флютиказон.
2. Топічні інгібітори кальциневрину: пімекролімус, такролімус.
3. Антигістамінні засоби: дифенгідрамін, клемастин, левоцетиризин, лоратадин, мебгідролін, хіфенадин, хлоропірамін, ципрогептадин, цетиризин.
4. Антисептичні засоби: брильянтовий зелений, іхтіол, кислота борна, метиленовий синій, мірамістин, нітрофурал, хлоргексидин, феноксіетанол.
5. Цитостатичні засоби: циклоспорин.
6. Препарати з пом'якшувальною та захисною дією (емолієнти).
7. Неінфекційні алергени для проведення АСІТ.

VI. Індикатори якості медичної допомоги

Форма 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 669/20982.

Форма 112/о – Історія розвитку дитини (Форма 112/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302

«Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)»

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з atopічним дерматитом.

6.1.2. Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з atopічним дерматитом.

6.1.3. Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію лікарем-дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим та лікарем-алергологом / алергологом дитячим про медичний стан впродовж звітного періоду.

6.1.4. Кількість пацієнтів з atopічним дерматитом, яким встановлено інвалідність.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з atopічним дерматитом.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Атопічний дерматит».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) на первинному рівні охорони здоров'я регіону. Якість медичної допомоги пацієнтам з atopічним дерматитом, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинним УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 р. – 90 %

2017 р. та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з atopічним дерматитом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем/дільничним педіатром (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнтів з atopічним дерматитом.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Атопічний дерматит».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги хворим на atopічний дерматит, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2015 рік – 90%

2016 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями-дерматологами, лікарями-дерматологами дитячими, лікарями-алергологами, лікарями-алергологами дитячими, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарями-дерматологами, лікарями-дерматологами дитячими, лікарями-алергологами, лікарями-алергологами дитячими, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-дерматологів, лікарів-дерматологів дитячих, лікарів-алергологів, лікарів-алергологів дитячих, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам atopічним дерматитом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів-дерматологів, лікарів-дерматологів дитячих, лікарів-алергологів, лікарів-алергологів дитячих, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-дерматологів, лікарів-дерматологів дитячих, лікарів-алергологів, лікарів-алергологів дитячих, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу у закладах, розташованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги

хворим на atopічний дерматит (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий закладом охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з atopічним дерматитом.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3. Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію лікарем-дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим та лікарем-алергологом / алергологом дитячим про медичний стан впродовж звітного періоду.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації: «Атопічний дерматит».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду лікарем-дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим та лікарем-алергологом / алергологом дитячим протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого, а також наявність або відсутність повторних загострень захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар-дерматовенеролог / дерматовенеролог дитячий та лікар-алерголог / алерголог дитячий має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар-дерматовенеролог / дерматовенеролог дитячий та лікар-алерголог / алерголог дитячий. Регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються лікарями – дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим та лікарем-алергологом / алергологом дитячим, розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються

формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем-дерматовенерологом / дерматовенерологом дитячим та лікарем-алергологом / алергологом дитячим, шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/о).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів-дерматовенерологів/алергологів, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря-дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого та лікаря-алерголога / алерголога дитячого, з діагнозом atopічний дерматит.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря-дерматовенеролога / дерматовенеролога дитячого та лікаря-алерголога / алерголога дитячого, для яких наведена інформація про медичний стан хворого із зазначенням відсутності або наявності повторних загострень захворювання.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4. А) Кількість пацієнтів з atopічним дерматитом, яким встановлено інвалідність.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Атопічний дерматит».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар-дерматовенеролог/алерголог. Регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються лікарями – дерматовенерологами/алергологами, розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем дерматовенерологом/алергологом, шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів-дерматовенерологів/алергологів, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря-дерматовенеролога/алерголога, з діагнозом атопічний дерматит.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість випадків пацієнтів з атопічним дерматитом на території обслуговування, яким встановлено інвалідність.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

Директор Медичного департаменту

В. Кравченко

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Атопічний дерматит», 2016.
2. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 за № 661/20974.
4. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
5. Наказ МОЗ України від 14.03.2016 № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
6. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
7. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
9. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

Додаток
до уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Атопічний дерматит»

Пам'ятка для пацієнта з атопічним дерматитом

ЧОМУ у малюка виникає атопічний дерматит?

Атопічний дерматит – це захворювання, яке певним чином пов'язане зі спадковими факторами, але для якого не існує однієї причини появи. Має тенденцію до появи в родинах, де зустрічалися випадки атопічного дерматиту (або астми або сінної пропасниці, які є взаємопов'язаними захворюваннями і об'єднані в атопічний синдром). Разом з тим, не обов'язково всі діти в таких сім'ях будуть страждати від атопічного дерматиту. При атопічному дерматиті шкіра має підвищену чутливість до деяких подразників, таких як хутро тварин, пір'я, пилові домашні кліщі, які перебувають у килимах та постілі. Ці обтяжливі фактори призводять до нових спалахів свербіння та подразнень чутливої шкіри малюків.

Атопічний дерматит не є інфекційним захворюванням і не передається від однієї людини до іншої.

ЯК доглядати за сухою шкірою малюка?

Найважливіше підтримувати шкіру дитини зволоженою. Догляд, який найчастіше рекомендують лікарі при синдромі сухої шкіри, є щоденне застосування емолієнтів. Для багатьох немовлят та дітей щоденне застосування емолієнтів буде достатнім для підтримки оптимального рівня зволоженості шкіри.

Група емолієнтів представлена величезною кількістю косметичних засобів, складовими яких є жирові та водорозчинні сполуки, наприклад, рідкий парафін, білий вазелін, фосфоліпіди, цераміди, вищі жирні кислоти, тригліцериди, багатоатомні спирти, гліцерол, сечовина, гіалуронова кислота, протисвербіжні, антимікробні речовини, тощо.

ЧИ МОЖЛИВО, що прийняття ванни погіршить стан шкіри?

Ні, навпаки. Регулярне купання у ванні має бути правилом догляду за шкірою дитини. Але за умови додавання до води спеціально підібраної емульсії для купання, що попередить висушування шкіри. Купання підтримує шкіру чистою, змиває кірочки та лусочки, а це попереджає інфікування. Занурення у воду з емульсією для купання на 10 хвилин як мінімум один раз на день значно покращує стан шкіри. Це доведено у багатьох клінічних дослідженнях. Прийняття душу та очищення шкіри з нанесенням пом'якшуючого гелю-емолієнту є альтернативою для підтримки шкіри малюка в чистоті.

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ ТА ВАШ БУДИНОК

Кліщі домашнього пилу

Величезна кількість мікроскопічних кліщів домашнього пилу живуть в наших килимах та ліжках. При контакті зі шкірою малюків, які страждають на atopічний дерматит, їх стан значно погіршується. Для зниження популяції кліщів домашнього пилу у Вашому помешканні необхідно якомога частіше:

1. Пилососити матраци та килими
2. Здійснювати вологе прибирання для усунення пилу
3. Прати білизну та провітрювати ліжко
4. Надавати перевагу дерев'яній підлозі або твердому покриттю замість килимів

Синтетичні матеріали та вовна

Уникайте контакту з синтетичними матеріалами, вовною та шкірою, оскільки вони можуть загострювати atopічний дерматит. Бавовна залишає шкіру в прохолоді та дозволяє їй «дихати». Тому, вдягайте Вашого малюка у бавовняну білизну та просторий бавовняний одяг. Також надавайте перевагу постільній білизні з бавовни.

Синтетичні миючі засоби

Необхідно прати одяг малюка та постільну білизну у м'яких миючих засобах, спеціально розроблених для догляду за речами малюка. Завжди ретельно змивайте миючі засоби, оскільки їх контакт зі шкірою малюка не є бажаним.

Мила

Навіть звичайне дитяче мило може чинити шкоду ніжній шкірі дитини, та викликати сухість. Використовуйте спеціальне дерматологічне мило-емолієнт, що зволожує шкіру та підтримує її природній рівень рН.

Тварини

При можливості не тримайте домашніх тварин, оскільки їх хутро або пір'я можуть загострити atopічний дерматит у Вашого малюка. Якщо у Вас є домашня тварина, переконайтеся, що малюк не має з нею контакту.

Паління поряд з малюком

Не паліть поряд із дитиною та не дозволяйте палити іншим у Вашому домі. Тютюновий дим може негативно впливати на стан шкіри Вашого малюка.

Рослинний пилок

Уникайте контакту малюка зі свіжоскошеною травою, оскільки рослинний пилок є дуже сильним алергеном і може погіршити стан Вашої дитини.

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ ТА ХАРЧУВАННЯ

Дуже невелика кількість дітей з atopічним дерматитом страждають на харчову алергію. Якщо Вам здається, що у малюка може виникнути алергія на деякі продукти харчування, Вам варто порадитися з лікарем.

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ ТА ШКОЛА

Важливо, щоб дитина через atopічний дерматит не пропускала нормального шкільного життя: занять, спортивних вправ та інших активностей. Стрес та відчуття занепокоєння самі по собі не викликають atopічного дерматиту, але вони пов'язані з періодами його загострення. Переконайтеся, що малюк не відчуває стресу при atopічному дерматиті та бажає бути в колективі однолітків, друзів і особливо однокласників. Варто прояснити класному керівникові ситуацію зі станом здоров'я малюка, щоб він наглядав за Вашою дитиною та допомагав при нагоді.