

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

22 июня 2022 г. № 59

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекциями кожи и подкожной клетчатки» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки» (прилагается).

2. Признать утратившими силу структурные элементы «Импетиго (L01).», «Пиодермия (L08.0).», «Пиодермия (L08.0) (распространенные формы).», «Стафилодермия (L08.01).», «Стрептодермия (L08.02).», «Эктима (L08.03).», «Импетиго герпетиформное (L08.04).», «Эритразма (L08.1).», «Фолликулит (L08.81).», «Пузырчатка обыкновенная (L10.0).», «Пузырчатка хроническая, доброкачественная, семейная (L10.8).», «Приобретенный кератоз фолликулярный (L11.0).», «Пемфигоид (L12): буллезный (L12.0); рубцующийся (L12.1).», «Приобретенный буллезный эпидермолиз (L12.3).», «Пемфигоид неуточненный (L12.9).», «Другие буллезные изменения (L13).», «Дерматит герпетиформный (L13.0).», «Субкорнеальный пустулезный дерматит (L13.1).», «Атопический дерматит (L20).», «Почесуха Бенье (L20.0).», «Экзема детская (L20.81).», «Экзема эндогенная (аллергическая) (L20.82).», «Нейродермит диффузный (L20.84).», «Нейродермит локализованный (L20.85).»,

«Себорейный дерматит (L21).», «Себорея головы (L21.0). Другой себорейный дерматит (L21.8). Себорейный дерматит неуточненный (L21.9).», «Аллергический контактный дерматит (L23). Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена (L23.9).», «Экфолиативный дерматит (идиопатическая эритродермия) (L26).», «Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь (токсикодермия медикаментозная, пищевая, немедикаментозная) (L27).», «Почесуха узловатая (L28.1). Другая почесуха (L28.2).», «Строфулюс взрослых (L28.21).», «Другой зуд (L29.8).», «Другие дерматиты (L30).», «Монетовидная экзема (L30.0).», «Дисгидроз [помфоликс] (L30.1).», «Кожная аутоенсибилизация (L30.2).», «Инфекционный дерматит (статическая, микотическая, паратравматическая экзема) (L30.3).», «Эритематозная опрелость (L30.4).», «Питириаз белый (L30.5).», «Другой уточненный дерматит (L30.8).», «Псориаз (L40). Псориаз обыкновенный (L40.0).», «Генерализованный пустулезный псориаз (L40.1).», «Акродерматит стойкий [аллопо] (L40.2).», «Пустулез ладонный и подошвенный (L40.3).», «Бактерид Эндрюса, пустулезный (L40.31).», «Псориаз каплевидный (L40.4).», «Псориаз артропатический (L40.5) (M07.0-M07.3*, M09.0*).», «Псориаз артропатический (L40.5).», «Парапсориаз (L41).», «Питириаз лихеноидный и оспоподобный острый (L41.0).», «Питириаз лихеноидный хронический (L41.1).», «Лимфоматоидный папулез (L41.2).», «Другой парапсориаз (L41.8). Неуточненный парапсориаз (L41.9).», «Питириаз розовый [Жибера] (L42).», «Лишай красный плоский (L43).», «Лишай гипертрофический красный плоский (L43.0).», «Другие папулосквамозные изменения (L44).», «Питириаз красный волосистой отрубевидный (L44.0).», «Лихен блестящий (L44.1).», «Детский папулезный акродерматит (L44.4).», «Крапивница (L50). Аллергическая крапивница (L50.0). Идиопатическая крапивница (L50.1). Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температур (L50.2). Дерматографическая крапивница (L50.3). Вибрационная крапивница (L50.4).», «Другая крапивница (L50.8). Крапивница хроническая (L50.82). Крапивница неуточненная (L50.9).», «Эритема многоформная (L51). Небуллезная эритема многоформная (L51.0). Буллезная эритема многоформная (L51.1).», «Токсический эпидермальный некролиз [лайелла] (L51.2).», «Узловатая эритема (острая) (L52).», «Узловатая эритема (хроническая) (L53).», «Псориатическая эритродермия (L53.8).», «Гнездная алопеция (L63). Алопеция тотальная (L63.0).», «Угри (пустулезные)(L70). Угри обыкновенные (L70.0). Другие угри (индуративные, конглобатные, некротические) (L70.8).», «Розацеа (L71).», «Периоральный дерматит (L71.0).», «Псевдофолликулит волос бороды (сикоз) (L73.1). Гидраденит (L73.2).», «Витилиго (L80).», «Дискоидная красная волчанка (L93.0).», «Локализованная склеродермия [morphea] (L94.0). Генерализованная (M34.9).», «Склеродермия локализованная (L94.0).» приложения 3 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 февраля 2008 г. № 142 «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневиц

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной

исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
22.06.2022 № 59

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекциями кожи и подкожной клетчатки»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с бактериальными инфекциями кожи и подкожной клетчатки (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L00–L08).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

анестезия кожи – полная или частичная потеря чувствительности кожи;

геморрагии – кожные кровоизлияния;

крепитация подкожной клетчатки – характерный хруст, возникающий из-за лопания пузырьков газа в тканях;

лампа Вуда – диагностическая лампа, излучающая преимущественно в длинноволновой части ультрафиолетового диапазона;

лимфаденит – воспаление лимфатических узлов;

лимфангит – воспаление лимфатических сосудов;

метициллин – резистентный золотистый стафилококк – золотистый стафилококк с множественной лекарственной устойчивостью;

пиодермии – группа заболеваний, характеризующихся гнойным воспалением кожи, ее придатков, а также подкожной жировой клетчатки;

пустула (гнойничок) – первичный экссудативный полостной морфологический элемент сыпи, возникающий в результате гнойного процесса в эпидермисе или дерме; содержимое пустул гнойное;

фолликулит – гнойное воспаление волосяного фолликула;

фурункул – гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей подкожно-жировой клетчатки;

цианоз кожи – синюшная окраска кожи и слизистых оболочек от серовато-синего до сине-черного цвета.

4. Настоящий клинический протокол определяет объем медицинской помощи пациентам с инфекциями кожи и подкожной клетчатки при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях врачами-дерматовенерологами, врачами общей практики, врачами-терапевтами, врачами-хирургами.

5. Пациенты с абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом, флегмоной, острым лимфаденитом, пилонидальной кистой получают лечение в амбулаторно-поликлинических организациях и больничных организациях хирургического профиля.

6. Медицинские показания к лечению в амбулаторно-поликлинических организациях и больничных организациях хирургического профиля:

гипотензия и (или) увеличение уровня креатинина крови;

низкий уровень бикарбоната крови;

уровень креатинфосфокиназы, в 2 и более раз превышающий верхнюю границу референсного интервала;

повышение уровня С-реактивного белка более 13 мг/л;

подозрение на тяжелую глубокую инфекцию мягких тканей (при пальпации патологического очага определяется крепитация подкожной клетчатки, низкий болевой порог; цианоз кожи по периферии морфологических элементов; геморрагии; отторжение некротических масс; анестезия кожи; быстрое прогрессирование процесса).

7. Пациентам с тяжелым течением инфекций кожи и подкожной клетчатки (при распространенности поражений более 10 % площади всего кожного покрова; при наличии симптомов интоксикации (лихорадка или гипотермия, тахикардия более 100/мин., систолическое давление ниже 90 мм рт. ст.) и (или) при неэффективности амбулаторного лечения) показано лечение в стационарных условиях дерматовенерологических или хирургических отделений больничных организаций.

8. Системное и местное лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (степень тяжести заболевания, распространенность поражений кожи и слизистых оболочек, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом, необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

9. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем).

10. Медицинское наблюдение пациентов с инфекциями кожи и подкожной клетчатки в амбулаторных условиях не осуществляется.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

11. Обязательные диагностические мероприятия в амбулаторных условиях:

11.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

11.2. клинико-лабораторные исследования:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

общий анализ мочи;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспаратаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, С-реактивного белка; антистрептолизина-О (далее – АСЛО));

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

12. Обязательные диагностические исследования в стационарных условиях:

общий (клинический) анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ);

анализ мочи общий;

анализ крови биохимический (определение уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина, С-реактивного белка; АСЛО);

определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом ИФА в сыворотке крови при установлении диагноза, однократно.

13. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям – при хроническом течении, тяжелом течении и (или) неэффективности лечения):

13.1. клинико-лабораторные исследования:

исследование уровня бикарбоната, натрия, калия, хлоридов, креатинфосфокиназы в крови;

бактериологическое исследование содержимого пустул с определением чувствительности к антибактериальным ЛП;

бактериологическое исследование крови на стерильность;

биопсия кожи и морфологическое (гистологическое) исследование препарата;

13.2. консультация врача общей практики, врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-аллерголога-иммунолога при наличии сопутствующей патологии;

консультация врача-хирурга пациентам с язвенными дефектами кожи при необходимости хирургической обработки язвенной поверхности.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЕТИГО, ПИОДЕРМИЯМИ

14. Местное лечение:

14.1. антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток;

бриллиантовый зеленый, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

повидон-йод, раствор спиртовой для наружного применения 10 мг/мл – местно на область высыпаний 2 раза/сутки 7–10 суток;

сульфадиазин серебра, мазь для наружного применения 10 мг/г – тонким слоем (2–4 мм) мази на пораженные участки (под повязку или открытым способом) 1–2 раза/сутки 7–10 суток;

14.2. антибиотики для наружного применения:

неомицина сульфат (5000 МЕ/5мг) + бацитрацин цинк (250 МЕ), мазь или порошок для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки (при необходимости накладывают повязку) 7–14 суток;

гентамицин, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

эритромицин, мазь для наружного применения 10 тыс. ЕД/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

14.3. в случае острого воспалительного процесса и при вегетирующей пиодермии кортикостероиды для наружного применения в комбинации с антибактериальными ЛП:

тетрациклин/триамцинолон, аэрозоль для наружного применения (23,12 мг + 0,58 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток;

окситетрациклин/гидрокортизон, аэрозоль для наружного применения, суспензия (9,3 мг + 3,1 мг)/г – распылять на пораженные участки 2 раза/сутки 5–10 суток.

15. Системную антибактериальную терапию назначают в случаях неэффективности местного лечения, при распространенных, глубоких, хронических, рецидивирующих очагах поражения, повышении температуры тела, не связанном с другими инфекционными заболеваниями, наличии осложнений (лимфаденит, лимфангит).

16. В целях проведения системной антибактериальной терапии применяют следующие ЛП:

16.1. в случае инфекции, вызванной *Staphylococcus*, *Streptococcus*, ЛП первого выбора: пенициллины:

оксациллин, таблетки 250 мг – внутрь по 1 таблетке 4 раза/сутки 7–10 суток

или

амоксциллин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 500–750 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз:

амоксциллин/клавулановая кислота, таблетки 250 мг/125 мг или 500 мг/125 мг – внутрь по 1 таблетке 250/125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 500 мг/125 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 250 мг – 500 мг внутрь 4 раза/сутки – 7–14 суток;

цефалоспорины 2 поколения:

цефprozил, таблетки 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг 1 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефуроксим, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–10 суток,

или

цефуроксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг – внутримышечно (далее – в/мышечно) по 750 мг 3 раза/сутки 7–10 суток;

цефалоспорины 3 поколения:

цефподоксим, таблетки 200 мг – внутрь по 200–400 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

цефтазидим, порошок для приготовления раствора для инъекций 1,0 г – 1–2 г внутривенно (далее – в/венно) или в/мышечно 2–3 раза/сутки – 5–10 суток,

или

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1,0 г – в/мышечно по 1–2 г 1–2 раза/сутки – 5–10 суток;

у пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

klarитромицин, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 7–14 суток,

или

азитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 500 мг в 1-й день однократно, затем внутрь по 1 таблетке 250 мг 1 раза/сутки 4 суток;

фторхинолоны:

ципрофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток

или

офлоксацин, таблетки 200 мг – внутрь по 1 таблетке 200 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток,

или

левофлоксацин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 250–500 мг 2 раза/сутки – 5–10 суток;

в тяжелых случаях:

карбапенемы:

меропенем, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг, 1 г – в/венно по 500 мг в разведении до 50–200 мл совместимой инфузионной жидкостью 3 раза/сутки (продолжительность инфузии должна составлять 15–30 минут) 5–10 суток

или

имипенем/циластатина натриевая соль, порошок 500 мг/500 мг – 500 мг в/венно 2 раза/сутки 5–10 суток;

в случае инфекции, вызванной метициллин-резистентным золотистым стафилококком:

линкозамиды:

клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 1 капсуле 150 мг – 300 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

сульфаниламиды:

сульфаметоксазол/триметоприм, таблетки 400 мг / 80 мг – внутрь по 1 таблетке 400 мг / 80 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

оксазолидиноны:

линезолид, таблетки 600 мг – внутрь по 1 таблетке 600 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

гликопептиды:

ванкомицин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1 г – в/венно капельно по 1 г каждые 12 ч (продолжительность инфузии должна составлять не менее 60 минут) – 7–10 суток;

тетрациклины:

доксциклин, капсулы 100 мг, таблетки растворимые 100 мг – внутрь 2 капсулы 100 мг 1 раз в первые сутки, затем по 1 капсуле или таблетке растворимой 100 мг 2 раза/сутки 7–10 суток;

16.2. в случае инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком:

пенициллины:

бензилпенициллин натриевая соль, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000000 ЕД – в/мышечно по 2000000 ЕД–4000000 ЕД каждые 4–6 часов 7–10 суток;

линкозамиды:

клиндамицин, капсулы 150 мг, 300 мг – внутрь по 1 капсуле 150 мг – 300 мг 2–4 раза/сутки – 7–10 суток;

цефалоспорины 1 поколения:

цефалексин, капсулы 250 мг, 500 мг – внутрь по 1 капсуле 500 мг 4 раза/сутки – 7–14 суток

или

цефазолин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1 г – в/мышечно по 1 г, растворив в 4 мл воды для инъекций, каждые 8 часов 7–10 суток;

16.3. при вегетирующей пиодермии дополнительно к антибактериальным ЛП:

глюкокортикоиды для системного применения:

преднизолон, таблетки 5 мг – внутрь 25–30 мг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 5 мг в 5–7 дней до отмены;

преднизолон, раствор для инъекций 30 мг/мл – в/мышечно по 1–2 мл 1 раз в сутки 5–7 суток;

дексаметазон, таблетки 0,5 мг – внутрь 2,5–3,0 мг/сутки в течение 5–7 дней со снижением дозы на 0,5 мг в 5–7 дней до отмены.

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭРИТРАЗМОЙ

17. Обязательные диагностические мероприятия:

17.1. клинические:

сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания;

осмотр с оценкой кожных проявлений;

17.2. клинико-лабораторные исследования:

микроскопическое исследование соскоба кожи с окраской по Граму для обнаружения возбудителя *Corynebacterium minutissimum*;

микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы рода кандиды (*Candida saprofitia*), дерматофиты (*Dermatophyton*).

18. Дополнительные диагностические исследования: люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда).

19. Местное лечение:

19.1. антисептические ЛП для наружного применения:

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл – местно в виде орошений и аппликаций – 5–10 мл ЛП на пораженную поверхность кожи с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза/сутки (на тампоне или путем орошения) 10–14 суток;

19.2. антибиотики для наружного применения:

неомицина сульфат (5000 МЕ / 5 мг) + бацитрацин цинк (250 МЕ), мазь или порошок для наружного применения – наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза/сутки (при необходимости накладывают повязку) 7–14 суток;

гентамицин, мазь для наружного применения 1 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

эритромицин, мазь для наружного применения 10 тыс. ЕД/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

клиндамицин, раствор для наружного применения 10 мг/мл – наносить тонким слоем на область высыпаний 2–3 раза/сутки 7–14 суток;

противогрибковые ЛП для наружного применения:

миконазол, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток;

изоконазол, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 7–14 суток;

бифоназол, крем для наружного применения 10 мг/г – наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 20 суток;

19.3. при зуде в очагах поражения следует использовать кортикостероиды для наружного применения в комбинации с противогрибковыми ЛП: комбинированный ЛП: дифлукортолон + изоконазол, крем (1 мг + 10 мг)/1 г наносить тонким слоем на область высыпаний 2 раза/сутки 5–7 суток.

20. Системную антибактериальную терапию назначают в случаях неэффективности местного лечения, при распространенном процессе:

макролиды:

эритромицин, таблетки 200 мг, 500 мг – внутрь по 1 таблетке 200–500 мг 4 раза/сутки 5 суток;

klarитромицин, таблетки 250 мг, 500 мг – внутрь 1 г однократно.