

Клинические рекомендации

Розацеа

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем: **L71.8/L71.9**

Возрастная группа: дети/взрослые

Год утверждения: **202__**

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество дерматовенерологов и косметологов

Оглавление

Оглавление.....	2
Список сокращений.....	7
Термины и определения.....	8
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	9
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	10
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	10
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	10
1.6 Клиническая картина заболевания или (группы заболеваний или состояний).....	11
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	12
2.1 Жалобы и анамнез.....	12
2.2 Физикальное обследование.....	12
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	14
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	14
2.5 Иные диагностические исследования.....	14

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	15
3.1 Консервативное лечение.....	15
3.2 Хирургическое лечение.....	19
3.3 Иное лечение.....	19
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	20
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	20
6. Организация медицинской помощи.....	21
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	21
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	21
Список литературы.....	22
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	30
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	31
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	33
Приложение В. Информация для пациента.....	37
Приложение Г1. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	38
Таблица 1.....	38
Таблица 2.....	38
Таблица 3.....	38
Таблица 4.....	39

Список сокращений

МКБ – Международная классификация болезней

Термины и определения

Розацеа — хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулезных элементов, фим и поражения глаз.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Розацеа – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулезных элементов, фим и поражения глаз [1].

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

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-волосного аппарата, оксидативный стресс, климатические факторы, психовегетативные расстройства.

В развитии розацеа определенную роль играют такие факторы, как конституциональная ангиопатия, эмоциональный стресс, нарушения гормонального равновесия, воздействие химических агентов. К триггерным факторам относят инсоляцию, стресс, влияние метеорологических и производственных условий, связанных с длительным воздействием высоких и, реже, низких температур (работа на открытом воздухе, в т.н. горячих цехах, профессиональное занятие зимними видами спорта), а также диету с употреблением большого количества горячей пищи и напитков, экстрактивных, тонизирующих веществ и специй, злоупотребление алкоголем [1, 6-10].

В последние годы большое внимание уделяется роли кателицидинов в развитии розацеа. Кателицидины – семейство многофункциональных белков, которые обеспечивают защиту первой линии в коже против инфекционных агентов, влияя на местные воспалительные реакции и ангиогенез путем непосредственного воздействия на эндотелиоциты и иммунитет. У больных розацеа в коже лица в 10 раз повышен уровень кателицидинов и в 10 000 раз в роговом слое повышен уровень протеаз, которые активируют кателицидины [1-4].

Lasey и соавт. (2007) была выделена бактерия (*Bacillus oleronius*) из клеща рода *Demodex*, которая, действуя на пептиды, стимулирует воспалительные реакции у больных папулопустулезной розацеа [11]. В

патогенезе пустулезной и глазной розацеа имеет этиологическое значение эпидермальный стафилококк, что, возможно, связано с реализацией его патогенных свойств из-за повышения температуры лица вследствие расширения сосудов [12, 13]. Обсуждается также взаимосвязь розацеа с *Helicobacter pylori* [14-19].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Заболевание чаще развивается у лиц женского пола в возрасте 30-50 лет, имеющих определенную генетическую предрасположенность к транзиторному покраснению кожи лица, реже – шеи и, так называемой, зоны «декольте». Считают, что дерматозу чаще подвержены лица 1 и 2 фототипов, однако заболевание может встречаться при любом фототипе кожи. В странах Европы распространенность розацеа составляет от 1,5% до 10%, в России – 5% [1-4].

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

L71.1 – Ринофима

L71.8 – Другой вид розацеа

L71.9 – Розацеа неуточненного вида

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Выделяют 4 основных подтипа (субтипа) розацеа (соответствующих эритематозной, папулопустулезной, гипертрофической стадиям и офтальморозацеа в прежних классификациях) и один вариант – гранулематозную розацеа.

Подтипы розацеа [1, 3, 4]:

1. подтип I – эритемато-телеангиэктатический
2. подтип II – папуло-пустулезный
3. подтип III – фиматозный
4. подтип IV – глазной.

Помимо подтипов и гранулематозной розацеа, которые отражают классическое течение заболевания, ряд авторов описывали ранее особые формы: конглобатную, фульминантную розацеа и розацеа с персистирующим солидным отеком (болезнь Морбиган), выделение которых в настоящее

время не является общепринятым [4, 5]. Подходы к терапии указанных форм соответствуют методикам, изложенным в настоящих рекомендациях.

1.6 Клиническая картина заболевания или (группы заболеваний или состояний)

Течение заболевания хроническое, с выраженной стадийностью клинических проявлений. Высыпания, как правило, локализуются на коже лица и располагаются преимущественно центральной его части [6-8].

Эритематозно-телеангиэктатический подтип розацеа характеризуется возникновением сначала транзиторной, а затем – стойкой эритемы, локализующейся преимущественно на щеках и боковых поверхностях носа (центрофациальная эритема). Характерно усиление транзиторной эритемы приливами. Цвет эритемы может варьировать от ярко-розового до синюшно-красного, в зависимости от продолжительности болезни. На фоне эритемы постепенно формируются телеангиэктазии в области щек и крыльев носа и отечность кожи.

Папуло-пустулезный подтип также характеризуется эритемой, локализующейся преимущественно на щеках и боковых поверхностях носа (центрофациальная эритема) различной степени выраженности, и телеангиэктазиями различного диаметра, которые выражены меньше, чем при I подтипе. Цвет эритемы варьирует от ярко-розового до синюшно-красного в зависимости от продолжительности болезни. Приливы не характерны. Обнаруживают полушаровидные ярко-красного цвета милиарные папулы, а также акнеiformные папуло-пустулы, склонные к слиянию в бляшки. Высыпания безболезненные при пальпации, они характеризуются яркой красной окраской и перифолликулярным расположением. Шелушение обычно отсутствует. Возможно формирование стойкого отека в участках распространенной эритемы, что чаще встречается у мужчин.

Фиматозный, или гипертрофический тип характеризуется расширенными устьями сально-волосяного аппарата, значительным утолщением ткани и неравномерной бугристостью (от умеренной до значительной) поверхности кожи носа (ринофима), реже – подбородка (гнатофима), лба (метафима), ушных раковин (отофима) или век (блефарофима); телеангиэктазиями разного диаметра на фоне очагов поражения; эритемой лица различной степени выраженности.

Глазной подтип, или офтальморозацеа. Выявляют телеангиэктазии в области конъюнктивы и ресничного края века, конъюнктивальные и

перикорнеальные инъекции, эритему и отек век, беловатый налет в углах глаз. Клиническую картину часто сопровождают рецидивирующие гордеолум, халязион и мейбомии. Офтальморозацеа может осложняться кератитом, склеритом, иритом и иридоциклитом. Глазные симптомы сопровождают кожные проявления, но в ряде случаев могут опережать кожную симптоматику.

Гранулематозная розацеа. Характеризуется плотными, желтоватыми, коричневатыми или красноватыми папулами, размером 2-4 мм в диаметре, которые после разрешения могут оставлять рубчики. Эритема при этом варианте выражена существенно меньше, чем при классической розацеа. Преимущественная локализация – щеки и периорифициальная область. Размеры папул варьируют, однако у одного больного они одинаковы. При диаскопии папулы приобретают желтоватый цвет (положительный симптом «яблочного желе»).

Для практической работы также важно определять тяжесть течения каждого из подтипов (см. Приложение Г1-ГN) [5].

Диагностическими критериями розацеа являются стойкая эритема в центральной части лица, существующая в течение 3 месяцев, без поражения периокулярных участков, и фимы. Такие симптомы являются дополнительными признаками, не обязательными для постановки диагноза. Их подразделяют на большие (нестойкая эритема лица, воспалительные папулы/пустулы, телеангиэктазии) и малые (жжение, покалывание, отек, сухость кожи) критерии [1, 20].

Признаки клинической прогрессии розацеа (Berth-Jones J., 2004):

- ранние: учащение эпизодов внезапного покраснения лица, появление умеренных телеангиэктазий, транзиторная отечность лица;
- «развернутые»: папулы, пустулы, стойкая отечность лица, множественные телеангиэктазии;
- поздние: уплотнение, ринофима [5].

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

2.1 Жалобы и анамнез

Эритемато-телеангиэктатический подтип:

- высыпания на коже лица, реже шеи 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, подтип: появление неровной поверхности кожи носа, реже – лба, подбородка, ушных раковин, век.

Окулярный подтип, или офтальморозацеа:

- жжение глаз;
- зуд глаз;
- 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.

2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления розацеа, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- **Не рекомендовано** проведение дополнительных лабораторных исследований для диагностики розацеа, в том числе микроскопического исследования с целью обнаружения *Demodex spp.* и микроорганизмов, и культуральное исследование содержимого пустул [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяются

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендован** прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования при офтальморозацеа и с целью лечения при осложненной офтальморозацеа [6, 59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендован** прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования [6, 16, 17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

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

3.1 Консервативное лечение

При лечении пациентов с розацеа целью терапии является максимально полная ремиссия дерматоза. Достижение этой цели позволяет добиться большей удовлетворенности пациентов лечением, максимального снижения влияния розацеа на качество жизни и увеличить безрецидивный период [21, 91].

- **Рекомендовано** для лечения эритемато-телеангиэктатического, папуло-пустулезного, глазного подтипов и гранулематозной розацеа у взрослых и детей старше 8 лет назначение антибактериальных препаратов системного применения:

доксциклин** 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза – 100 мг в сутки в течение до 12 недель [22-26]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

миноциклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дня, поддерживающая доза – 100 мг в сутки в течение до 12 недель [92-95]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Препаратом выбора является доксициклин. В настоящее время назначение системного метронидазола считают нецелесообразным, в связи с его сомнительной эффективностью и безопасностью [27].*

- **Рекомендовано** для лечения эритемато-телеангиэктатического, папуло-пустулезного, глазного подтипов и гранулематозной розацеа у взрослых и детей старше 12 лет назначение системных ретиноидов (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 [28-31].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Перед назначением изотретиноина и на протяжении всего курса лечения обязателен ежемесячный контроль биохимических показателей крови (общий билирубин, АЛТ, АСТ, триглицериды, общий холестерин, глюкоза, креатинин, щелочная фосфатаза).*

Препарат является потенциальным тератогеном и обладает побочными эффектами. Курс лечения изотретиноином обычно хорошо переносится и безопасен; побочные явления со стороны кожи и слизистых оболочек возникают часто, являются обратимыми, хорошо поддаются увлажняющей местной терапии и не требуют отмены препарата; побочные эффекты со стороны костно-мышечной системы являются редкими; иногда наблюдается небольшие отклонения при лабораторных исследованиях, не требующие отмены препарата. Показатели функции печени и липидного обмена необходимо анализировать через 2-4 недели; контрацептивный период после лечения составляет 5 недель [32].

- **Рекомендовано** при эритемато-телеангиэктаической розацеа у взрослых 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 назначение седативных средств в комбинациях:

белладонны алкалоиды + фенобарбитал + эрготамин по 1 таблетке перорально 2 раза в сутки в течение 4 недель [33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендовано** при эритемато-телеангиэктатической розацеа лицам моложе 40 лет назначение ангиопротекторов и корректоров микроциркуляции:

ксантинола никотинат 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 4 недель
или

сулодексид 250 ЕД 2 раза в сутки в течение 4 недель [33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендовано** пациентам с розацеа назначение наружной терапии:

ивермектин, крем 1%, на зоны высыпаний на коже лица 1 раз в сутки (на ночь) ежедневно длительностью до 4-х месяцев. При необходимости курс лечения можно повторить [34-37, 91].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Наружное лечение является предпочтительным для всех типов розацеа, за исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные синтетические ретиноиды.*

Ивермектин применяется при папуло-пустулезном подтипе розацеа всех степеней тяжести. Применение ивермектина 1 раз в сутки в крупномасштабных международных клинических исследованиях продолжалось 52 недели и показало существенное увеличение безрецидивного периода у пациентов с умеренным и тяжелым течением папулопустулезной розацеа [34-37].

и/или

бримонидина тартрат, гель 0,5%, небольшое (размером со спичечную головку) количество геля тонким слоем наносят на кожу каждой из 5 зон лица (лоб, подбородок, нос, щеки) 1 раз в сутки (утром) для лечения транзиторной и стойкой эритемы лица при розацеа [38-40, 91].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *клинический эффект развивается через 30 минут, достигает максимума через 3-6 часов и длится до 12 часов. Гель бримонидина тартрата 0,5% эффективен при длительной терапии, по крайней мере, в течение 12 месяцев с приемлемым профилем безопасности [38-40]. Средняя продолжительность лечения составляет 3-4 месяца.*

Одновременная комбинированная наружная терапия ивермектином 1 раз в сутки (на ночь) и бримонидина тартратом 1 раз в сутки (утром), у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением папулопустулезной розацеа, позволяет достичь оптимального результата лечения [41].

или

метронидазол, гель, крем 1% на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 3-4 месяцев [42-46].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Нанесение крема и геля можно чередовать. Средняя продолжительность лечения составляет 3-4 месяца.*

или

азелаиновая кислота**, крем 15%, гель 2 раза в сутки (утром и вечером) наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают [1, 5, 7, 8, 47-54].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Приблизительно 2,5 см препарата достаточно для всей поверхности лица. Улучшение обычно наблюдается через 4 недели лечения. Для достижения лучших результатов рекомендуется продолжить применение препарата в течение нескольких месяцев.*

или

克林дамицина фосфат, гель 1% 2 раза в сутки (утром и вечером) наносят тонким слоем на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую. Курс лечения – не более 6–8 недель [1, 5, 65].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

или

克林дамицина гидрохлорид, раствор для наружного применения 1% 2 раза в сутки (утром и вечером) наносят на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую. Курс лечения не более 6–8 недель [1, 5, 65].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

или

#такролимус**, мазь 0,03%, 0,1 % 2 раза в сутки (утром и вечером) наносят тонким слоем на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую [4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *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.

или

#пимекролимус, крем 1% кожи 2 раза в сутки (утром и вечером) наносят тонким слоем на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую [4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Смягчающие средства можно применять сразу после нанесения крема. После водных процедур смягчающие средства следует применять перед нанесением крема.*

или

бензоила пероксид, 2,5-5-10% гель 2 раза в сутки (утром и вечером) наносят на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую [4, 5, 66].

Комментарии: *Терапевтический эффект развивается после 4 недель лечения, стойкое улучшение после 3-х месячного курса лечения [4, 5, 66].*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендовано** для лечения фиматозного подтипа розацеа (при начальных проявлениях) назначение системных ретиноидов:
изотретиноин 0,1-0,3 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев [1, 5, 28].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.2 Хирургическое лечение

- **Рекомендовано** хирургическое иссечение, лазерная дермабразия (шлифовка) при лечении фиматозного подтипа розацеа [85-89].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

3.3 Иное лечение

- **Рекомендовано** физиотерапевтическое лечение – при стойкой телеангиэктатической эритеме один из методов лечения: :

источники некогерентного интенсивного светового излучения (IPL) (500-1200 нм), или импульсный лазер на красителе (595 нм), или калий-титанил-фосфатный (КТР) (532 нм), или длинноимпульсный александритовый (755 нм), или длинноимпульсный неодимовый лазер на аллюмо-итриевом гранате (Nd:YAG-лазер) (1064 нм) [1, 5, 68-84, 96, 97].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендовано** для повышения эффективности медикаментозной терапии применение микротоковой терапии. Процедуру проводят в режиме лимфодренажа, 2-3 раза в неделю, на курс 10 процедур [8, 10, 33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не проводится.

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

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.).

Важную роль играет лечение сопутствующей эндокринной патологии и заболеваний желудочно-кишечного тракта [16, 18].

- **Рекомендован** бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих и фотопротективных средств с SPF фактором не менее 30, предназначенных для чувствительной кожи [16, 18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендовано** назначение поддерживающей терапии наружным ивермектином, метронидазолом или азелаиновой кислотой [54, 55] в ежедневном или интермиттирующем режиме сроком до 12 месяцев. **Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 3)

6. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с розацеа осуществляется амбулаторно.

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

На исход заболевания может оказывать сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта и эндокринная патология.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерий оценки качества	Оценка выполнения
1	Проведена терапия при эритематозном подтипе розацеа бримонидина тартратом и/или сосудистыми лазерными/световыми технологиями	Да/Нет
2	Проведена терапия при папулопустулезном подтипе розацеа легкой степени тяжести ивермектином, или ивермектином и бримонидина тартратом, или азелаиновой кислотой, или метронидазолом	Да/Нет
3	Проведена терапия при папулопустулезном подтипе розацеа средней степени тяжести ивермектином, или ивермектином и бримонидина тартратом, или азелаиновой кислотой, или метронидазолом, или системным доксициклином/миноциклином в сочетании с ивермектином/азелаиновой кислотой/метронидазолом	Да/Нет
4	Проведена терапия при папулопустулезном	Да/Нет

подтипе розацеа тяжелой степени тяжести системным изотретиноином или системным доксициклином/миноциклином в сочетании с топическим ивермектином/азелаиновой кислотой/метронидазолом	
--	--

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.Lacey N, Delaney S, Kavanagh K et al. Mite related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea. *Br J Dermatol* 2007;157: 474-481.
- 12.Frank S et al. Regulation of VEGF expression in cultured keratinocytes. Implications for normal and impaired wound healing. *J. Biol. Chem.* 1995; 270: 12607 – 12613
- 13.Gomaa A, Yaar M, Eyada M et al. Lymphangiogenesis and angiogenesis in non-inflammatory rosacea. *J Cutan Pathol* 2007;34:748-753.
- 14.Whitfeld M, Gunasingam N, Leow L et al. *Staphylococcus epidermidis*: a possible role in the pustules of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:49-59.
- 15.Moran A.P.Pathogenic properties of *Helicobacter pylori*. *Scand.J. Gastroenterol.* -1996;. 31; 215; 22-31.
- 16.Wolf R. Acne rosacea and *Helicobacter pylori* associated. *Int.J.Dermatol.* 1996;35;4;: 302 – 303.
- 17.Rebora A., Drago F., Parodi A. May *Helicobacter pylori* be important for dermatologist. *Dermatology* 1995; 191; 6 - 8.
- 18.Diaz C., Ocallaghan C.J., Khan A., Ilchysyn A. Rosacea: a cutaneous marker of *Helicobacter pylori* infection? Result of a pilot study. *Acta Derm. Venerol.* 2003; 4: 282 – 286
- 19.Bamford J. Rosacea: current thoughts on origin. *Semin Cutan Med Surg* 2001;20:199-206. Zuber T.Rosacea.*Prim Care* 2000;27:309-318.
- 20.Wilkin J., Dahl M., Detmar M., Drake L. et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Apr;46(4):584-7.
- 21.Webster G, Schaller M, Tan J, Jackson JM, Kerrouche N, Schäfer G. Defining treatment success in rosacea as “clear” may provide multiple patient benefit: results of pooled analysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 2017;28 (5):469-474.
- 22.van Zuuren EJ, Graber MA, Hollis S et al. Interventions for rosacea *Cochrane Database Syst Rev* 2005; Jul 20: CD003262.
- 23.Del Rosso JQ, Gallo RL, Tangheiti 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

- 24.Sneddon I. A clinical trial of tetracycline in rosacea. *Br J Dermatol* 1966; 78: 649–653.
- 25.Thilbouthot D. Efficacy and safety of subantimicrobial-dose doxycycline for the treatment of rosacea. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005; 52: 3-P 17.
- 26.Saihan EM, Burton JL. A double-blind trial of metronidazole versus oxytetracycline therapy for rosacea. *Br J Dermatol* 1980; **102**: 443–445.
- 27.Pye RJ, Burton JL. Treatment of rosacea by metronidazole. *Lancet* 1976; **1**: 1211–1212.
- 28.Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? *Australas J Dermatol.* 2013 Aug;54(3):157-62.
- 29.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.
- 30.Hofer T. Continuous ‘microdose’ isotretinoin in adult recalcitrant rosacea. *Clin Exp Dermatol* 2004; 29: 204–205.
- 31.Gollnick H. Optimal Isotretinoin Dosing for Rosacea, 18th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology, Berlin 2009.
- 32.Gollnick H.P., Bettoli V., Lambert J., Araviiskaia E., et al. A consensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Sep;30(9):1480-90.
- 33.Панкина Е.С. Нарушения микроциркуляции кожи лица при розацеа и методы их коррекции. Автореф канд дис СПб, 2008, 20 с.
- 34.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.
- 35.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.
- 36.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.
- 37.Taieb A, Khemis A, Ruzicka T, Barańska-Rybak W, Berth-Jones J, Schaubert 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.
38. 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.
 39. 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.
 40. 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.
 41. 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.
 42. Nielsen PG. A double-blind study of 1% metronidazole cream versus systemic oxytetracycline therapy for rosacea. *Br J Dermatol*. 1983 Jul;109(1):63-5.
 43. Nielsen PG. Treatment of rosacea with 1% metronidazole cream. A double-blind study. *Br J Dermatol*. 1983 Mar;108(3):327-32.
 44. Gupta AK, Chaudhry M. Topical metronidazole for rosacea. *Skin Therapy Lett*. 2002 Jan; 7(1):1-3, 6.
 45. 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
 46. Wagner N., Berthaud C., Laffet G., Caron J.-C. Differential penetration of skin by topical metronidazole formulations. *Advances in therapy*, 1998;4: 197-205.

47. Gupta A. and Gover M. Azelaic acid (15% gel) in the treatment of acne rosacea *Int. J. of Dermatol.* 2007; 1-6.
48. Liu S et al. Azelaic acid in the treatment of papulopustular rosacea. *Arch. Dermatol.* 2006; 142: 1047-1052.
49. Gollnick H. and Layton A. Azelaic acid 15% gel in the treatment of rosacea. *Expert Opin Pharmacother* 2008, 9(15): 2699-2706.
50. 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.
51. 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.
52. Bjerke R, Fyrand O, Graupe K. Double-blind comparison of azelaic acid 20% cream and its vehicle in treatment of papulo-pustular rosacea. *Acta Derm Venereol.* 1999 Nov;79(6):456-9.
53. Elewski BE, Fleischer AB Jr, Pariser DM. A comparison of 15% azelaic acid gel and 0.75% metronidazole gel in the topical treatment of papulopustular rosacea: results of a randomized trial. *Arch Dermatol.* 2003 Nov;139(11):1444-50.
54. Frampton JE, Wagstaff AJ. Azelaic acid 15% gel: in the treatment of papulopustular rosacea. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5(1):57-64.
55. Tan SR, Tope WD. Pulsed dye laser treatment of rosacea improves erythema, symptomatology, and quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 592–599.
56. Railan D, Parlette EC, Uebelhoer NS et al. Laser treatment of vascular lesions. *Clin Dermatol* 2006; 24: 8–15.
57. Schroeter CA, Haaf-von Below S, Neumann HA. Effective treatment of rosacea using intense pulsed light systems. *Dermatol Surg* 2005; 31: 1285–1289.
58. Marks R., Ellis J. Comparative effectiveness of tetracycline and ampicillin in rosacea. *Lancet* 1971; 2: 1049–1052.
59. Bartholomew RS, Reid BJ, Cheesebrough MJ, MacDonald M, Galloway NR. Oxytetracycline in the treatment of ocular rosacea: a double-blind trial. *Br J Ophthalmol* 1982; 66: 386–388.
60. Berman B, Perez O, Zell D. Update on rosacea and anti-inflammatory dose doxycycline. *Drugs Today (Barc)* 2007; 43: 27–34.

61. Del Rosso JQ, Webster GF, Jackson M et al. Two randomized phase III clinical trials evaluating anti-inflammatory dose doxycycline (40-mg doxycycline, USP capsules) administered once daily for treatment of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 791–802.
62. Baldwin HE. Systemic therapy for rosacea. *Skin Therapy Lett* 2007; 12: 1–5, 9.
63. Dahl MV, Jarratt M, Kaplan D et al. Once-daily topical metronidazole cream formulations in the treatment of the papules and pustules of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 723–30.
64. Yoo J, Reid DC, Kimball AB. Metronidazole in the treatment of rosacea: do formulation, dosing, and concentration matter? *J Drugs Dermatol* 2006; 5: 317–9.
65. Wilkin JK. Treatment of rosacea: topical clindamycin versus oral tetracycline. *Int J Dermatol* 1993; 32: 65–67.
66. Breneman D, Savin R, VandePol C et al. Double-blind, randomized, vehicle-controlled clinical trial of once daily benzoyl peroxide/clindamycin topical gel in the treatment of patients with moderate to severe rosacea. *Int J Dermatol* 2004; 43: 381–387.
67. Dahl MV, Katz HI, Krueger GG, Millikan LE, Odom RB et al. Topical metronidazole maintains remissions of rosacea. *Arch Dermatol*. 1998 Jun;134(6):679-83.
68. Say E.M., Okan G., Gökdemir G. Treatment Outcomes of long-pulsed Nd:YAG laser for two different subtypes of rosacea. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015 Sep;8(9):16-20.
69. Mark KA, Sparacio RM, Voigt A et al. Objective and quantitative improvement of rosacea-associated erythema after intense pulsed light treatment. *Dermatol Surg* 2003; 29: 600–604.
70. Papageorgiou P, Clayton W, Norwood S, Chopra S, Rustin M. Treatment of rosacea with intense pulsed light: significant improvement and long-lasting results. *Br J Dermatol*. 2008 Sep;159(3):628-32.
71. Schroeter CA, Haaf-von Below S, Neumann HA. Effective treatment of rosacea using intense pulsed light systems. *Dermatol Surg*. 2005;31(10):1285-9.
72. Gao L, Gao N, Song W, Dang E, Yin R, Wang L, Wang G. A Retrospective Study on Efficacy of Pulsed Dye Laser and Intense Pulsed Light for the Treatment of Facial Telangiectasia. *J Drugs Dermatol*. 2017;16(11):1112-1116.

73. Iyer S, Fitzpatrick RE. Long-pulsed dye laser treatment for facial telangiectasias and erythema: evaluation of a single purpuric pass versus multiple subpurpuric passes. *Dermatol Surg*. 2005 Aug;31(8 Pt 1):898-903.
74. Rohrer TE, Chatrath V, Iyengar V. Does pulse stacking improve the results of treatment with variable-pulse pulsed-dye lasers? *Dermatol Surg*. 2004 Feb;30(2 Pt 1):163-7.
75. Tan SR, Tope WD. Pulsed dye laser treatment of rosacea improves erythema, symptomatology, and quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 592–599.
76. Alam M, Omura NE, Dover JS, Arndt KA. Clinically significant facial edema after extensive treatment with purpura-free pulsed-dye laser. *Dermatol Surg*. 2003;29(9):920-4.
77. Maxwell EL, Ellis DA, Manis H. Acne rosacea: effectiveness of 532 nm laser on the cosmetic appearance of the skin. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010 Jun;39(3):292-6.
78. Becher GL, Cameron H, Moseley H. Treatment of superficial vascular lesions with the KTP 532-nm laser: experience with 647 patients. *Lasers Med Sci*. 2014 Jan;29(1):267-71.
79. Say EM, Okan G, Treatment Outcomes of Long-Pulsed Nd: YAG Laser for Two Different Subtypes of Rosacea. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015;8(9):16-20.
80. Alam M, Voravutinon N, Warycha M, Whiting D, Nodzenski M, Yoo S, West DP, Veledar E, Poon E. Comparative effectiveness of nonpurpuragenic 595-nm pulsed dye laser and microsecond 1064-nm neodymium:yttrium-aluminum-garnet laser for treatment of diffuse facial erythema: A double-blind randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Sep;69(3):438-43.
81. Bonsall A, Rajpara S. A review of the quality of life following pulsed dye laser treatment for erythemotelangiectatic rosacea. *J Cosmet Laser Ther*. 2016;18(2):86-90.
82. Taub AF. Treatment of rosacea with intense pulsed light. *J Drugs Dermatol*. 2003 Jun;2(3):254-9.
83. Berg M, Edström DW. Flashlamp pulsed dye laser (FPDL) did not cure papulopustular rosacea. *Lasers Surg Med*. 2004;34(3):266-8.
84. Gupta A.K., Chaudhry M.M. Rosacea and its management: an overview // *JEADV*, 2005. 19: 273–285.
85. Halsbergen Henning JP, Van Gemert M.J. Rhinophyma treated by argon laser. *Lasers Surg Med*. 1983;2(3):211-5.

- 86.Sadick H, Riedel F , Bran G . Rhinophyma in rosacea. What does surgery achieve? // *Hautarzt* 2011 ; 62 : 834 – 41 .
- 87.El-Azhary RA, Roenigk RK, Wang TD. Spectrum of results after treatment of rhinophyma with the carbon dioxide laser. *Mayo Clin Proc* 1991; **66**: 899–905.
- 88.Petres J. Therapy of rhinophyma. *Hautarzt* 1985 ; 36 : 433 – 5.
- 89.Bassi A, Campolmi P, Dindelli M, Bruscino N, Conti R, Cannarozzo G, Pimpinelli N. Laser surgery in rhinophyma. *G Ital Dermatol Venereol*. 2016 Feb;151(1):9-16.
- 90.Micali G, Gerber PA, Lacarrubba F, Schäfer G. Improving treatment of Erythematoteleangiectatic rosacea with laser and/or topical therapy through enhanced discrimination of its clinical features. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016 Jul;9(7):30-9.
- 91.Schaller M. et al. Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management: update from the global ROSacea COnsensus 2019 panel. *Br J Dermatol*. 2020; 182(5):1269-1276.
- 92.Zhang Y, Zhou Y, Humbert P, Yuan D, Yuan C. Effect on the Skin Microbiota of Oral Minocycline for Rosacea. *Acta Derm Venereol*. 2023 Oct 3;103: adv10331.
- 93.Tsianakas A, Pieber T, Baldwin H, Feichtner F, Alikunju S, Gautam A, et al. Minocycline extended-release comparison with doxycycline for the treatment of rosacea: a randomized, head-to-head, clinical trial. *J Clin Aesthet Dermatol* 2021; 14: 16–23.
- 94.Martins AM, Marto JM, Johnson JL, Graber EM. A review of systemic minocycline side effects and topical minocycline as a safer alternative for treating acne and rosacea. *Antibiotics (Basel)* 2021; 10: 757.
- 95.Jackson JM, Kircik LH, Lorenz DJ. Efficacy of extended-release 45 mg oral minocycline and extended-release 45 mg oral minocycline plus 15% azelaic acid in the treatment of acne rosacea. *J Drugs Dermatol* 2013; 12: 292–298.
- 96.Husein-ElAhmed H, Steinhoff M. Laser and light-based therapies in the management of rosacea: an updated systematic review. *Lasers Med Sci*. 2021 Aug;36(6):1151-1160.].
- 97.Zhai Q, Cheng S, Liu R, Xie J, Han X, Yu Z. Meta-Analysis of the Efficacy of Intense Pulsed Light and Pulsed-Dye Laser Therapy in the Management of Rosacea. *J Cosmet Dermatol*. 2024 Dec;23(12):3821-3827.

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

1. Кубанов Алексей Алексеевич – академик РАН, президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов, директор ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, г. Москва.

2. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор, председатель Исполнительного комитета Российского общества дерматовенерологов и косметологов заместитель директора ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России по организационно- аналитической работе, г. Москва.

3. Аравийская Елена Роальдовна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

4. Самцов Алексей Викторович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург.

5. Соколовский Евгений Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

6. Олисова Ольга Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, косметологи
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанной специальности.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

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

УД Д	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или

	серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

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

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

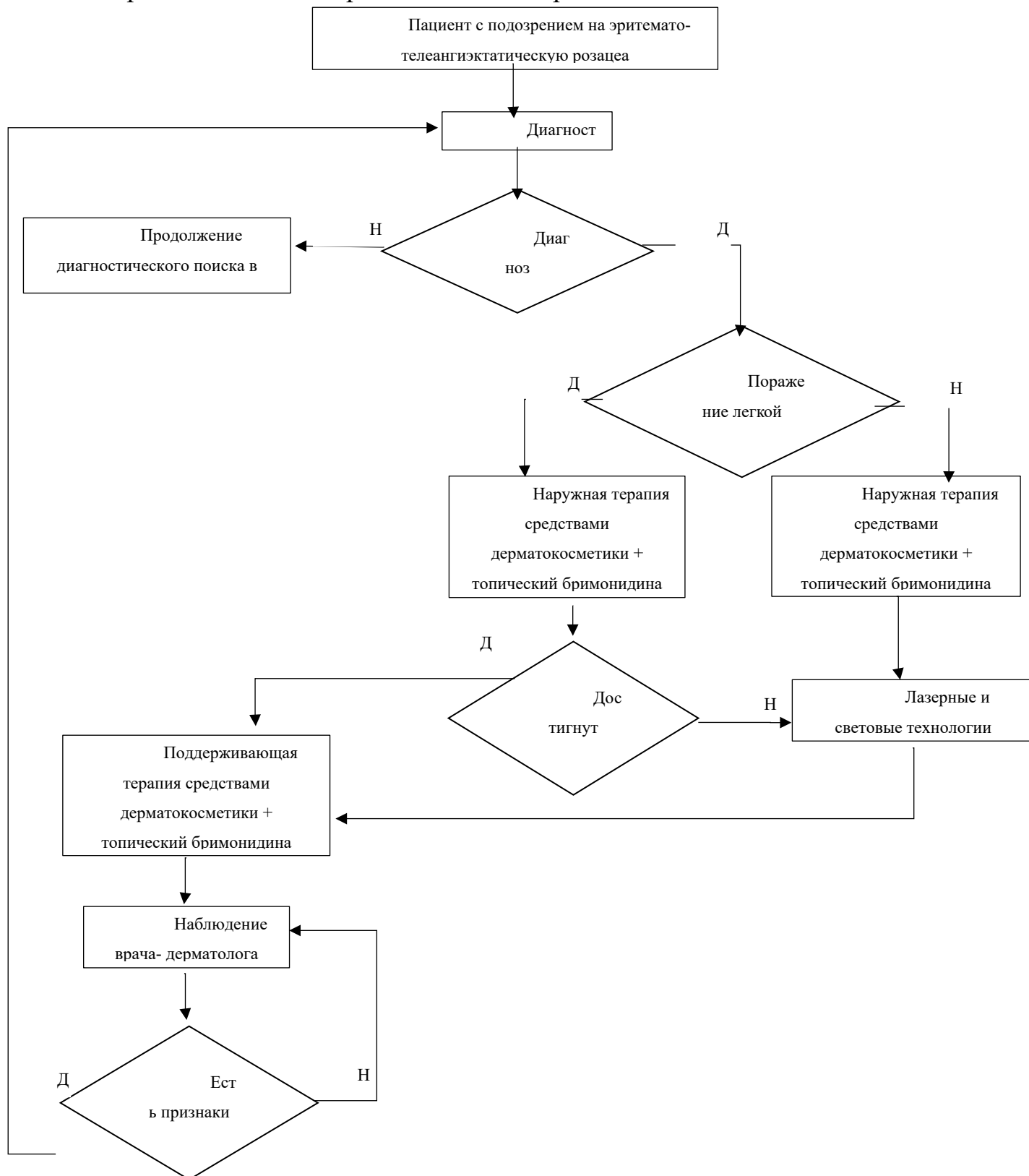
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных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

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

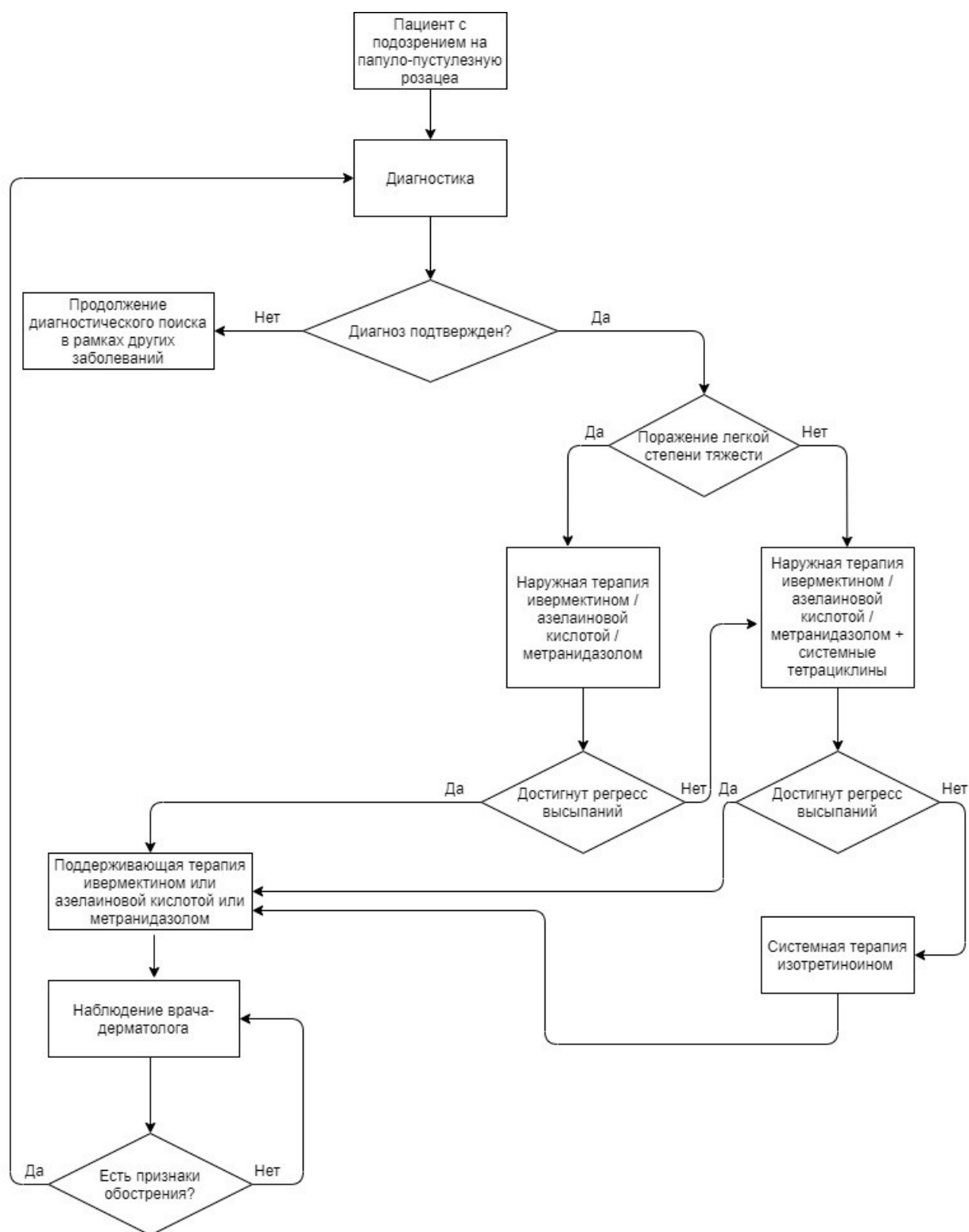
Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 582н от 24 сентября 2025 г.

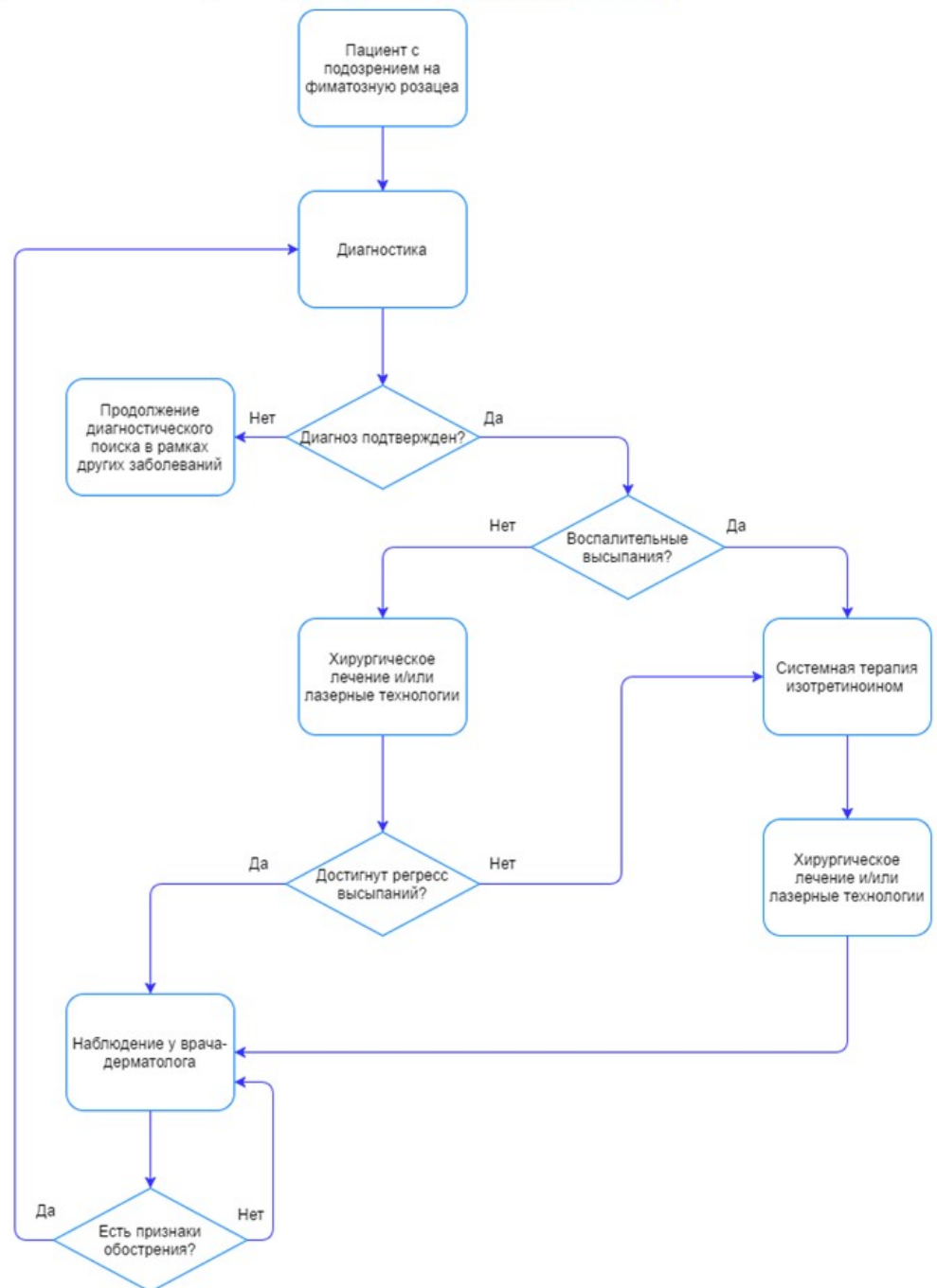
Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Блок-схема 2. Алгоритм ведения Розацеа, папуло-пустулезный подтип



Блок-схема 3. Алгоритм ведения Розацеа, фиматозный подтип



Приложение В. Информация для пациента

Приложение В. Информация для пациента

1. С целью предупреждения усиления выраженности эритемы и приливов показан бережный уход за кожей с использованием специализированных средств, адаптированных для чувствительной кожи.
2. С целью предупреждения обострения розацеа пациентам следует избегать провоцирующих факторов: воздействия низких и высоких температур, алкоголя, острой пищи и психоэмоционального напряжения.
3. Пациентам с розацеа не показано естественное ультрафиолетовое облучение, а также пребывание в солярии. Показано использование солнцезащитного продукта, адаптированного для чувствительной кожи с SPF фактором не менее 30.
4. С целью предупреждения рецидивов после окончания основного курса лечения необходимо получать поддерживающую терапию.

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

Таблица 1.

Характеристика тяжести течения эритемато-телеангиэктатического подтипа

Клинические проявления	Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Эритема	Незначительная, сначала нестойкая, позднее - стойкая	Умеренная стойкая	Выраженная
Приливы (эпизоды внезапного покраснения)	Редкие	Частые	Частые продолжительные
Телеангиэктазии	Мелкие, едва заметные	Заметные	Множественные заметные

Таблица 2.

Характеристика тяжести течения папулопустулезного подтипа

Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Малое количество папул/пустул	Умеренное количество папул/пустул	Множественные папулы/пустулы, могут сливаться в бляшки

Таблица 3.

Характеристика тяжести течения фиматозного подтипа

Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Легкая эритема	Умеренная эритема	Выраженная эритема
	Умеренный отек и	Выраженное увеличение

Незначительный отек	увеличение носа	носа
Расширенные устья сально-волосяного аппарата («поры»)	Умеренная гиперплазия тканей носа	Значительное разрастание тканей носа

Таблица 4.

Характеристика тяжести течения окулярного подтипа

Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Незначительные сухость / зуд	Жжение/пощипывание	Боль/светобоязнь
Незначительная конъюнктивальная инъекция	Блефарит, халазион или гордеолум	Выраженный блефарит, эписклерит
	Умеренная конъюнктивальная инъекция	Конъюнктивальная и перикорнеальная инъекция