

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Кафедра дерматовенерологии

ХИМИЧЕСКИЙ ПИЛИНГ
МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
Для слушателей послевузовского и
дополнительного профессионального образования

КАЗАНЬ 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

Печатается по решению Центрального координационно-методического совета Казанского государственного медицинского университета

Составители:

профессор, доктор медицинских наук Шамов Б.А.,
врач дерматовенеролог, косметолог Красникова А.А.

Рецензенты:

заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Казанского государственного медицинского университета
доктор медицинских наук, профессор Фаизов Т.Т.
доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, рефлексотерапии и остеопатии Казанской государственной медицинской академии Якупов Р.А.

Методическое пособие по химическому пилингу для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования. / Шамов Б. А., Красникова А.А./ – Казань: КГМУ, 2011. – 66 с.

В методическом пособии изложены основные материалы, представлены практические аспекты работы косметолога используемые при выполнении химических пилингов.

Пособие предназначено для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования.

Введение	4
Организационные аспекты работы врачей косметологов	5
Подготовка врача по специальности «косметология»	5
Квалификационные требования к врачу косметологу	7
Нормативные и директивные документы	8
Определение	9
Классификация	10
Механизмы действия	10
Поверхностный химический пилинг	10
Срединные пилинги	18
Глубокий пилинг	21
Список литературы	30
Приложения	31

Введение

В настоящее время специальность «Косметология» получила признание как врачебная специальность и это отражено в официальных документах и приказах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения по специальности «Косметология» представлены в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 415н от 7 июля 2009 г.

Косметология была сформирована как наука не так давно и её особенностью является то, что она направлена на не только оказание медицинской помощи пациентам, но и для восстановления или создания, принятой в настоящее время обществом, эстетической нормы. Действия косметолога направлены не только на очень важные для пациента жизнь и его здоровье, но также на коррекцию его эстетических и психологических особенностей.

В данной работе изложены различные методы применения химического пилинга в практике врача-косметолога. Для оказания высококвалифицированной косметологической помощи пациентам необходимы не только теоретические знания, практические навыки и профессиональное мастерство, но и знание нормативных и директивных документов действующего законодательства. Организационные аспекты работы отражают современные представления проблемы и регламентирующие документы, приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Химический пилинг - метод косметологической коррекции инволюционных изменений кожи, возникших в результате физиологических изменений и хронической инсоляции, также является высокоэффективным методом лечения гиперпигментаций, рубцовых изменений кожи.

В основе метода лежит контролируемое повреждение определенных слоев эпидермиса и в ряде случаев верхних слоев дермы. Конечными ожидаемыми эффектами после процедуры химического пилинга являются изменение цвета кожи, сглаживание кожного профиля, активизация репаративных и регенеративных процессов в коже (повышение митотической активности базальных кератиноцитов, усиление синтеза эпидермальных липидов и внеклеточных структур дермального матрикса, стимуляция ангиогенеза и пр.).

Клиническая эффективность химического пилинга, а также травматичность процедуры, риск развития различных осложнений и длительность реабилитации зависят, в первую очередь, от глубины пилинга, и в меньшей степени - от фармакологических особенностей химического вещества, используемого для проведения пилинга.

В настоящее время не до конца выработаны объективные показания для консультации косметолога, нет и однозначной объективной оценки полученных результатов. Одна из наиболее специфических черт для косметологических услуг

- это потенциальная конфликтность. Надеемся, что предложенная специалистам работа будет полезна в практической деятельности

Организационные аспекты работы врачей косметологов

Косметология – современная медицинская специальность, направленная на оказание медицинской помощи по коррекции врождённых и приобретённых морфо - функциональных нарушений в комплексе покровных тканей человеческого организма (коже и её придатках, подкожной жировой клетчатке и поверхностных мышцах), использующая для этого многокомпонентные факторы воздействия на ткани (медикаментозные, хирургические, клеточные, тканевые технологии, технологии воздействия разного рода физическими факторами и др.), для восстановления или создания, принятой в настоящее время обществом, эстетической нормы и оптимизации функции.

Создаваемая на границе нескольких специальностей, косметология должна охватить категории пациентов, выпадающих из внимания дерматовенерологов, хирургов, онкологов, психотерапевтов.

Особую актуальность и приобретают вопросы качества оказания косметологических услуг и профессиональной подготовки косметологических кадров, знание и соблюдение нормативно-правовой базы.

Знание основ законодательства и приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации повысит профессиональные качества врача косметолога (приложения № 1,2,3).

Подготовка врача по специальности «Косметология»

На циклы профессиональной переподготовки врача по специальности «Косметология» принимаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения.

Программа профессиональной переподготовки врача по специальности «Косметология» подготовлена в соответствии с Требованиями к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ, утвержденных Приказом Министерства общего и профессионального образования Российской Федерации от 18.06.1997 № 1221, приказом Министерства образования Российской Федерации от 06.09.2000 № 2571 «Об утверждении Положения о порядке и условиях профессиональной переподготовки специалистов».

Программа состоит из 7 разделов, содержащих основные направления деятельности врача-косметолога. По окончании профессиональной переподготовки врача по специальности «Косметология» в случае успешной сдачи итогового экзамена слушателю выдается документ установленного государственного образца.

Цикл профессиональной переподготовки врача по специальности «Косметология» ставит своей целью овладение слушателями полным объемом

теоретических знаний и практических навыков по всем разделам и дисциплинам программы, необходимым для самостоятельной работы в должности врача-космето-

6

лога. Категория слушателей - это специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 № 14292), по специальности «Дерматовенерология».

Программа включает учебно-тематические планы обучения: профессиональная переподготовка (ПП), общее усовершенствование (ОУ), тематическое усовершенствование (ТУ).

Целью профессиональной переподготовки (ПП) является овладение знаниями, умениями и практическими навыками, необходимыми врачу-дерматовенерологу для выполнения нового вида профессиональной деятельности по специальности «Косметология».

На циклы ПП принимаются специалисты с высшим медицинским образованием по специальностям: 040100 «Лечебное дело», 040200 «Педиатрия», имеющие основную специальность - дерматовенерология.

Продолжительность цикла ПП – 4 месяца, 576 часов. Слушатели, выполнившие все требования учебного плана и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают диплом о профессиональной переподготовке государственного образца и сертификат специалиста.

Целью общего усовершенствования (ОУ) является повышение квалификации специалиста по основным разделам косметологии, углубление и расширение объема знаний и умений, совершенствование практических навыков, в связи с повышением требований к уровню квалификации и необходимостью освоения современных методов решения профессиональных задач по профилю «Косметология».

На цикле ОУ проводится подготовка слушателей к сдаче сертификационного и аттестационного итогового экзамена с выдачей сертификата специалиста.

Врачи-косметологи, имеющие пятилетний перерыв в работе по специальности, допускаются к сертификационному экзамену после прохождения обучения по программе профессиональной переподготовки продолжительностью 4 месяца (576 часов).

Продолжительность цикла ОУ – 1 месяц (144 часа).

Целью тематического усовершенствования (ТУ) является освоение всей полноты теоретических знаний и практических навыков по соответствующему конкретному разделу или нескольким темам из разных разделов программы в соответствии с характером работы или занимаемой должностью. Продолжительность цикла ТУ – 0,5 месяца (72 часа), 1 месяц (144 часа), 2 месяца (288 часа).

Цель дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Косметология» – овладение теорией и практикой, совершенствование знаний и умений по общим закономерностям возникновения и развития эстетических дефектов, освоение методов их коррекции, реабилитации и профилактики, изучение вопросов организации оказания медицинской помощи по профилю косметология.

7

Дополнительное профессиональное образование врача-косметолога включает циклы повышения квалификации, стажировки, профессиональной переподготовки.

Повышение квалификации (ПК) может осуществляться как длительное обучение – общее усовершенствование (ОУ), краткосрочное тематическое усовершенствование (ТУ), тематические и проблемные семинары, стажировка для углубленного изучения актуальных проблем или приобретения профессиональных навыков.

Повышение квалификации заканчивается сдачей соответствующего зачета, экзамена, защитой реферата или итоговой работы.

Слушатели, выполнившие все требования учебного плана, получают соответствующий документ (удостоверение или свидетельство о повышении квалификации).

Повышение квалификации (ПК) проводится в течение всей трудовой деятельности работников. Повышение квалификации проводится по мере необходимости, но не реже 1 раза в 5 лет.

Профессиональная переподготовка по специальности «Косметология» осуществляется на внебюджетной основе учреждениями, имеющими образовательную лицензию по программам дополнительного профессионального образования врачей.

Квалификационные требования к врачу косметологу

Медицинская помощь по профилю косметология – это комплекс медицинских и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение или восстановление функциональности и целостности покровных тканей человеческого организма (кожи, придатков кожи, подкожной жировой клетчатки и поверхностных мышц).

Основным требованием к врачу-косметологу является оказание высококвалифицированной косметологической помощи и косметических услуг пациентам на основе теоретических знаний, практических навыков и профессионального мастерства.

В соответствии с квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения предъявляются следующие требования к квалификации. Врач-специалист оказывает населению медицинскую помощь по своей специальности, используя современные методы профилактики, диагностики, лечения и

реабилитации. Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности. Ведет медицинскую документацию в установленном порядке. Планирует и анализирует результаты своей работы. Соблюдает принципы врачебной этики. Руководит работой среднего и младшего медицинского персонала. Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

8

Врач специалист должен знать: законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, действующие в сфере здравоохранения; теоретические основы по избранной специальности; современные методы лечения, диагностики и лекарственного обеспечения больных; основы медико-социальной экспертизы; правила действий при обнаружении больного с признаками особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции; порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе страховыми компаниями, ассоциациями врачей и т.п.; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования, обеспечения санитарно-профилактической и лекарственной помощи населению; медицинскую этику; протоколию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Нормативные и директивные документы

Нормативно-правовые основы оказания медицинской помощи по профилю косметология позволят правильно её организовать, избежать ошибок в работе. Формирование категории косметологических пациентов обусловлено значительным количеством пациентов различных возрастных групп с формирующимися или ранее развитыми эстетическими недостатками покровных тканей тела, вызванными различными этиологическими факторами.

Особенностью современного развития косметологических услуг является то, что до настоящего времени не до конца выработаны объективные показания для консультации косметолога и отсутствие однозначной объективной оценки полученных результатов. С учетом того, что одна из наиболее специфических черт для косметологических услуг это потенциальная конфликтность, особую актуальность приобретают вопросы качества оказания косметологических услуг и профессиональной подготовки косметологических кадров, знание и соблюдение нормативно-правовой базы.

Для оказания высококвалифицированной косметологической помощи пациентам, повышения удовлетворенности полученными результатами, снижения жалоб со стороны клиентов необходимы не только теоретические знания, практические навыки, профессиональное мастерство, но и знание нормативно-директивных документов действующего законодательства.

Ниже представлены наиболее значимые нормативные и директивные документы, которые должен использовать в своей работе врач-косметолог.

1. Федеральный закон от 22.08.1996 N 125-ФЗ "О высшем и послевузовском профессиональном образовании" (ред. от 28.02.2008) N 18-ФЗ от 10.02.2009; посл. ред. N 19-ФЗ от 13.02.2009 г.

2. Постановление Правительства РФ от 26 июня 1995 г. N 610 "Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов".

9

3. Приказ Министерства общего и профессионального образования от 18 июня 1997 г. N 1221 "Об утверждении требований к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ".

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 9.12.2008 г. N 705н "Об утверждении порядка совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников".

5. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 г. N 210н "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации".

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 7.07.2009 г. N 415н "Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения".

7. Приказ Минздравсоцразвития России № 243н от 16 апреля 2010 г. "Об организации оказания специализированной медицинской помощи".

8. Приказ Минздравсоцразвития России № 151н от 16 марта 2010 г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля и больным лепрой".

Определение

Цель этой косметологической техники — улучшить внешний вид кожи посредством удаления отмерших клеток с поверхности кожи.

Еще древние египтяне и греки применяли молочную кислоту (кислое молоко), гликолевую кислоту (сок сахарного тростника), винный осадок (винную кислоту) и другие кислоты (соки фруктов и ягод) для омоложения кожи. В 19 веке немецкий дерматолог Унна применял смесь резорцина, салициловой и трихлоруксусной (ТХУ) кислот при лечении некоторых дерматологических расстройств. В начале 60-х гг. 20-го века разрабатывается оптимальная пропись фенола, методика, риски, связанные с выполнением процедуры, осложнения, ближайшие и отдаленные результаты. В 70-е гг. началось использование ТХУ для коррекции косметических дефектов кожи лица, применения альфагидроксильных кислот (АГК) у больных с ихтиозом и другими кератозами,

ретиноевой кислоты при коррекции клинических признаков фотоиндуцированного старения кожи.

Пилинг, или эксфолиация ([англ.](#) to peel — «ошкуривать» или «сильно скоблить», «снимать кожуру») в [косметологии](#) — удаление, отшелушивание верхнего ороговевшего слоя [кожи](#). Химический пилинг - это процедура нанесения на кожу химического агента с целью вызвать поверхностное контролируемое химическое повреждение определенных слоев эпидермиса и/или дермы, провоцирующее естественный процесс заживления и регенерации тканей, по завершении, которого кожа «омолаживается».

10

Классификация

В зависимости от способа воздействия различают ультразвуковой, механический, химический и лазерный пилинги. По глубине воздействия пилинги делятся на поверхностные, срединные и глубокие.

При поверхностном пилинге воздействие происходит на уровне рогового слоя и без воспалительной реакции.

При срединном пилинге повреждение затрагивает весь эпидермис до сосочкового слоя дермы.

Глубокий пилинг повреждает эпидермис, большую часть сосочкового слоя и доходит до ретикулярной дермы.

Механизмы действия

Воздействие на кожу механических и химических агентов вызывает разную степень ответной реакции на агрессию.

Поверхностный механический пилинг (эксфолиация, удаление роговых чешуек) позволяет улучшить внешний вид кожи.

Поверхностный химический пилинг - эпидермолиз разрушает когезию между клетками поверхностных слоев и дополнительно стимулирует активность деления клеток базального слоя, за счет чего утолщается «живой» слой эпидермиса.

Процессы, происходящие в коже при срединных и глубоких пилингах можно представить следующим образом: в ответ на повреждающее воздействие, клетки кожи начинают усиленно продуцировать медиаторы воспаления, сигнальные молекулы, цитокины, факторы роста, ферменты. Выделяемый кератиноцитами эпидермальный фактор роста приводит к усилению митотической активности базальных кератиноцитов, фактор роста сосудов приводит к образованию новых сосудов, фактор роста фибробластов увеличивает выработку функционально активных фибробластов. Фибробласты, в свою очередь, вырабатывают коллаген, эластин, ликозаминогликаны и металлопротеазы, коллагеназу, гиалуронидазу, эластазу), которые разрушают поврежденные элементы межклеточного вещества и структурные белки дермы.

Макрофаги, мигрирующие в зону воспалительной реакции, также выделяют факторы роста, интерлейкины, активные формы кислорода, окись азота.

Поверхностный химический пилинг

Достоинства и недостатки веществ, используемых для химических пилингов определяются не только глубиной воздействия, но и точностью контроля повреждения. С этой позиции наиболее безопасными считаются поверхностные пилинги альфагидроксикислотами.

11

В 1990-е годы внимание дерматологов стало обращаться к альфагидроксикислотам (АНА), их официальному признанию предшествовала долгая история практического применения.

При изучении гиперкератозов (ихтиозов), было показано, что связь между роговыми чешуйками корнеоцитов можно ослабить различными агентами, такими, как вода, ретиноиды и АНА. Было предположение, что основным действующим фактором является изменение кислотности кожи, в результате которого происходит с одной стороны, разрушение соединений между роговыми чешуйками и, с другой стороны, изменение функционирования живой клетки. После нанесения на кожу гликолиевой кислоты происходит стимуляция синтеза коллагена, эластина и других компонентов межклеточного вещества, а так же ускорение обновления клеточного состава эпидермиса; АНА в высокой и низкой концентрации оказывают разное действие на клетки кожи. При высокой концентрации АНА происходит преимущественно быстрое и сильное шелушение, а не в невысокой концентрации АНА можно добиться заметных структурных перестроек, как в эпидермисе, так и в дермальном слое.

Эффекты АНА на кожу можно разделить на две группы:

- неспецифические эффекты, характерные для всех АНА заключается в ускорении эксфолиации и обновлении клеточного состава эпидермиса (в основном определяется pH рецептуры);

- специфические эффекты, связанные с химическими особенностями АНА и отчасти их концентрацией в рецептуре.

Химическая структура и природные источники АНА

Гликолевая кислота – содержится в сахарном тростнике, в зеленом винограде; имеет самую маленькую молекулярную массу и легко проникает через эпидермальный барьер и оказывает наиболее выраженный эффект.

Молочная кислота продуцируется бактериями *Lactobacillus*, содержится в яблоках, кленовом сиропе, винограде, чернике. Входит в состав натурального увлажняющего фактора кожи (NMF)

Миндальная кислота получается путем гидролиза экстракта горького миндаля. На кожу действует достаточно мягко, в связи, с чем используется в комбинации с другими фруктовыми кислотами в качестве пилинга, а так же в составе увлажняющей косметики.

Винная (виннокаменная) кислота содержится в свободном или этерифицированном состоянии в зрелом винограде, старом вине, апельсинах. На кожу оказывает отшелушивающее, отбеливающее и увлажняющее действие.

Лимонная кислота обладает самой большой молекулярной массой из всех перечисленных АНА, содержится в цитрусовых и ананасе. Оказывает на кожу отбеливающее действие, которое усиливается в присутствии винной кислоты. Обладает антиоксидантным и бактерицидным действием.

АНА, используемые в косметологических средствах, как правило, синтетического происхождения. Это связано, прежде всего, с тем, что гораздо дешевле и быстрее получить очищенные соединения в необходимом количестве путем целенаправленного синтеза. Кроме того, в природных источниках АНА часто на

12

ходятся в виде смеси стереоизомеров (L/D S/R), разделить которые крайне сложно, а путем химического синтеза можно получить вещество с необходимой конфигурацией.

Биологические эффекты АНА

Отшелушивающее действие.

Целостность рогового слоя осуществляется преимущественно двумя механизмами: липидной прослойкой, заполняющей межклеточные промежутки и «склеивающей» роговые чешуйки; корнеодесмосомами - белковыми «мостиками» между соседними корнеоцитами, благодаря которым обеспечивается когезия чешуек.

Корнеодесмосомы разрушаются протеазами рогового слоя, в результате чешуйки высвобождаются и слущиваются с поверхности кожи. Мишенью для действия АНА служат корнеодесмосомы. Этим они принципиально отличаются от истинных кератолитических агентов - сильных кислот, щелочей, тиолов и таких денатурирующих веществ, как соли лития в высоких концентрациях, мочевины, фенол.

Толщина рогового слоя в норме и патологии определяется двумя противоположными факторами - теми, которые ослабляют когезию корнеоцитов, и теми, которые ее усиливают. Корнеодесмосомы связываются друг с другом как ковалентными (например дисульфидными, пептидными и межсахаридными), так и различными нековалентными (в том числе, ионными) связями.

Самая распространенная нековалентная связь, не имеющая выраженного характера - это водородная связь. Она очень слабая и легко разрушается такими агентами, как бромид лития, мочевины и щелочи. Молекулярная водородная связь ослабляется также при разбавлении водой из-за конкуренции между молекулами растворенного вещества и молекулами воды, весьма склонными к водородному связыванию.

Ионные связи возникают между противоположно заряженными группами: отрицательными (карбоксильная, сульфатная, фосфатная) и положительными (аминогруппы основных аминокислот).

Роговой слой эпидермиса состоит из корнеоцитов между которыми имеется скрепляющая их липидная прослойка, которая наиболее развита в середине рогового слоя, а на уровне перехода гранулярного слоя в роговой эта прослойка развита слабо. Здесь когезия корнеоцитов осуществляется в основном за счет ионных взаимодействий, обусловленных наличием на поверхности клеток заряженных групп различных биомолекул, входящих в состав клеточных мембран - мукополисахаридов, гликопротеидов, серосодержащих стеринов и фосфолипидов.

Ионные связи и соответственно когезия корнеоцитов определяются тремя основными факторами:

- расстояние между клетками т.е. между положительными и отрицательными группами на поверхности соседних клеток,
- межклеточной средой и ее составом,

13

- числом положительных и отрицательных групп, приходящихся на единицу поверхности клеточной стенки - плотностью заряда.

Дисбаланс между процессами эксфолиации и деления клеток базальной мембраны в сочетании с нарушенной дифференцировкой кератиноцитов лежит в основе ряда патологических изменений кожи, таких как гиперкератоз (ихтиоз), паракератоз (псориаз), дискератоз (болезнь Боуэна, болезнь Дарье).

В стареющей коже снижается митотическая активность клеток базальной мембраны, замедляется процесс эксфолиации, что приводит к утолщению рогового слоя.

В этих случаях применение АНА вполне оправданно, поскольку результатом их действия станет уменьшение толщины рогового слоя и более быстрое обновление эпидермиса. АНА эффективны при любой форме гиперкератоза и есть мнение, что они влияют на активность некоторых ферментов, участвующих в формировании ионных связей.

Связывание молекул АНА и ионов кальция - еще один возможный механизм действия. Кальций необходим для функционирования ряда адгезивных белков, имеющих в десмосомах и плотных контактах корнеоцитов.

При понижении концентрации кальция межклеточные контакты слабеют, и происходит ускорение эксфолиации роговых чешуек, клетки базального слоя начинают активно делиться, что приводит к обновлению клеточного состава эпидермиса.

Влияние на барьерную функцию рогового слоя.

Барьерная функция кожи определяется преимущественно состоянием липидной прослойки между корнеоцитами. Именно она контролирует скорость пассивной диффузии воды через роговой слой и ее испарение с поверхности кожи.

После изучения действия АНА на роговой слой выяснилось следующее: в ядерных слоях эпидермиса никаких изменений не произошло, в клетках гранулярного слоя присутствовали нормальные ламеллярные тельца, а структура липидной прослойки в роговом слое не изменилась.

Показатель трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ), по которому судят о барьерных свойствах рогового слоя, так же не изменился. Таким образом, АНА специфически действуют на когезию корнеоцитов, не нарушая при этом барьер рогового слоя. Ученые из компании Unilever изучили действие оптических изомеров молочной кислоты в экспериментах in vivo и in vitro и сделали вывод, что молочная кислота не только увеличивает общее количество керамидов в роговом слое, но и модулирует тип керамидов, синтезируемый в клетках.

Церамиды-1, как известно, играют особую роль в поддержании целостности рогового слоя, в их состав входят длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), преимущественно линолевая кислота (75-80%).

Церамиды служат своего рода «цементом» скрепляющим соседние слои. При дефиците керамидов нормальная функция водно-липидной мантии нарушается, в результате чего увеличивается проницаемость рогового слоя. Это наблюдается при атопическом дерматите и акне.

14

Увлажняющее действие.

Уменьшение когезии корнеоцитов влияет на еще один фактор внешнего вида кожи - гидратацию эпидермиса. Влагу эпидермиса удерживает на себе комплекс гигроскопических молекул, называемый натуральным увлажняющим фактором (NMF).

Основными компонентами этого комплекса являются: свободные аминокислоты, молочная кислота, мочевины, пироглутамат натрия. NMF лучше развит в более молодых корнеоцитах. Он создавая вокруг них дополнительную гидратную оболочку.

По мере продвижения к поверхности увлажняющий фактор деградирует и роговые чешуйки становятся более сухими и ломкими. Быстрое слущивание роговых чешуек и обновление эпидермиса приводит к тому, что в коже повышается содержание функционально активного NMF и, следовательно, связанной с ним воды.

Наилучший увлажняющий эффект у молочной кислоты, которая входит в состав NMF.

Содержание воды в результате действия АНА повышается и за счет других факторов. Укрепление барьерной функции эпидермиса, а так же стимуляции гликозаминогликанов - улучшает водосберегающую функцию кожи.

Противовоспалительное и антиоксидантное действие.

АНА обладают противовоспалительными свойствами, оказывая влияние на медиаторы воспаления, снижая выработку супероксида и гидроксилрадикала, модулируя функциональную активность В- и Т-лимфоцитов.

Кроме того гликолевая кислота в невысокой концентрации при значении рН более 3.5 вызывает повышение устойчивости кожи к УФ-облучению и приводит к более быстрому разрешению эритемы при раздражении кожи.

Антиоксидантное действие АНА ярко выражено в синергизме с другими антиоксидантами, например витамин Е и мелатонином.

Усиление синтеза коллагена и гликозаминогликанов.

Одним из аспектов действия АНА на морщины является стимуляция пролиферации фибробластов и активация синтеза коллагена I типа, входящего в состав межклеточного вещества дермы.

Под действием АНА эпидермис становится тоньше, а дерма утолщается и гидратируется. В результате мелкие морщинки заметно разглаживаются, а крупные теряют свою глубину.

Эффективность действия АНА различается и прямо пропорциональна их дозе. Самая высокая активность отмечена у гликолевой и молочной кислот.

Основные показания к применению химических пилингов в разных возрастных группах.

В возрасте до 25 лет - акне, вульгарные угри, проблемная кожа, лечение и профилактика контагиозного моллюска

В возрасте 25-30 лет - лечение проблемной кожи и последствий ранее перенесенной угревой сыпи, профилактика старения кожи, актинический дерматит, гиперпигментация

15

В возрасте 30 лет и более - профилактика и коррекция косметических дефектов кожи (морщины, складки, увядающая кожа), гиперпигментация различной этиологии, кератоз, профилактика и лечение папилломовирусной инфекции, подготовка к глубокой дермобразии и пластическим операциям.

Показания к применению косметологии поверхностных химических пилингов.

1. Сухая кожа (общее содержание влаги и ее сохранение увеличивается);
2. Эксфолиация старых роговых чешуек стимулирует обновление клеточного состава и NMF;
3. Стимуляция синтеза межклеточного матрикса, который связывает воду.
4. Жирная кожа, склонная к акне - снижение когезии корнеоцитов как следствие снижает закупорку сальных желез и образование воспалительных элементов;
5. Снижение салообразования железами кожи;
6. Профилактика рубцовых изменений постакне;
7. Профилактика гиперпигментаций и застойных поствоспалительных пятен.
8. Увядающая кожа - обновление клеточного состава за счет пролиферации и эксфолиации;
9. Улучшение проникновения сопутствующих компонентов;
10. Увлажняющее действие;
11. Разглаживание кожи за счет увеличения ее гидратации и синтеза эластина и коллагена;
12. Пигментированная кожа - осветляющее действие за счет эксфолиации;
13. Облегчение проникновения осветляющих агентов (блокаторы тирозиназы, витамин С и т.д.) винная и лимонная кислоты;
14. Профилактика и коррекция возрастных изменений кожи.

Основные противопоказания к проведению химических пилингов.

Наличие клинических проявлений герпетической инфекции.

Аллергодерматозы в анамнезе (атопический дерматит, экзема). В данном случае используют гликолевую кислоту в концентрации не выше 10%.

Применение наружных и пероральных ретиноидов. За 7-10 дней до процедуры необходимо исключить их использование, а при приеме роаккутана или тигазона пилинг рекомендуется проводить не ранее, чем за 6 месяцев после окончания лечения.

Непереносимость фотозащитных средств.

С осторожностью следует назначать пилинги эмоционально нестабильным пациентам.

Гиперожидания от процедуры.

У пациентов старше 50 лет снижены процессы репарации, это нужно учитывать при выборе пилинга.

Возможна индивидуальная непереносимость компонентов пилинга, это нужно выяснить до начала процедуры.

16

Ожидаемые результаты

1. Видимое выравнивание цвета и рельефа кожи.
2. Устранение мелких морщин.
3. Уменьшение глубины более выраженных морщин.
4. Пролонгированное увлажнение всех слоев кожи.
5. Повышение тонуса и эластичности кожи.
6. Устранение гиперпигментаций.
7. Нормализация местного иммунитета.

Тактика выбора и проведения процедуры химического пилинга гликолевой кислотой.

Гликолевая кислота имеет самую маленькую молекулярную массу среди АНА и поэтому эпидермальный барьер не является для неё серьёзным препятствием.

Препараты для гликолевого пилинга могут содержать гликолевую кислоту в нескольких видах: свободную, частично нейтрализованную, буферную, этерифицированную.

Свободная гликолевая кислота максимально биоактивна, агрессивна, легко проникает в глубь кожи.

Частично нейтрализованная представляет собой комбинацию гликолевой кислоты с веществами, берущими на себя значительную часть свободных ионов водорода (а следовательно и рН). Эту роль выполняют аминокислоты, гидролизат коллагена, гидроксид аммония, триэтаноламин и др). такие комплексы обладают высокой биологической активностью, низкой раздражающей способностью.

Безопасность и эффективность гликолевого пилинга в первую очередь определяется рН и лишь потом концентрацией в ней кислот. Пороговым значением рН, ниже которого раздражающий потенциал резко возрастает, является 3,5.

Чем выше концентрация кислоты и ниже рН, тем в более глубокие слои будет проникать кислота и соответственно пролиферативная активность клеточных компонентов дермы и базальных кератиноцитов будет высокой.

При низкой концентрации гликолевой кислоты и высоком значении рН эффект эксфолиации и пролиферации будет очень слабым.

Препараты с малыми концентрациями кислоты 5-10% и рН 2-4,5 применяются чаще для домашнего ухода, средними - 20-30% и рН 3-4 и высокими 50-70% и рН 0,6-2,5 используют для работы в косметических кабинетах и клиниках.

Общие принципы проведения процедуры.

Подготовка кожи к пилингу в домашних условиях (предпилинговая подготовка) является очень важным этапом, во многом определяющим его эффективность.

Все препараты, применяемые до, во время и после проведения химического пилинга, должны принадлежать единой косметической линии.

Глубина проникновения гликолевой кислоты в значительной мере зависит от времени экспозиции. Чем дольше находится кислота на коже, тем глубже ее проникновение.

17

Поэтому для каждого конкретного пациента в зависимости от типа кожи и чувствительности к кислоте необходимо индивидуально подобрать время экспозиции. Не существует строго рекомендуемого времени экспозиции кислоты, однако все косметические компании-разработчики гликолевых пилингов рекомендуют свои оптимальные интервалы времени для проведения процедур.

Основные этапы.

Очищение и обезжиривание кожи.

В каждой косметической линии для предпроцедурной подготовки кожи разработан специальный очиститель (молочко или гель), содержащий слабый раствор гликолевой кислоты (2,5-5%) и поверхностно активные вещества. Препарат позволяет надежно обезжирить и очистить кожу, а так же сделать предварительное заключение о ее чувствительности к гликолевой кислоте.

Наличие у пациентов выраженной эритемы после применения очистителя свидетельствует о повышенной чувствительности кожи к гликолевой кислоте. В таком случае первая аппликация кислоты должна быть в течение более короткого времени.

Нельзя обрабатывать кожу мылом, так как это приводит к чрезмерному ошелачиванию кожи и уменьшит эффективность процедуры пилинга.

Нанесение состава.

Процедуру химического пилинга следует проводить в перчатках. С помощью веерной кисти раствор пилинга равномерно наносится на кожу в следующей последовательности: лоб, виски, подбородок, шея, центральная часть лица, исключая подвижную часть века.

Во время проведения процедуры врач-косметолог должен постоянно находиться рядом с пациентом, вести точный хронометраж процедуры, оценивать ощущения пациента и внешнюю реакцию кожных покровов.

Важным фактором, определяющим время экспозиции кислоты, являются субъективные ощущения пациента.

При нормальной переносимости кислоты, даже в случае применения высококонцентрированного раствора, пациент ощущает умеренное жжение, но оно не должно быть нетерпимым.

Самым важным объективным признаком, определяющим время экспозиции кислоты, является диффузная эритема. Как только появляются ее признаки, кислота должна быть нейтрализована.

При необходимости, после нейтрализации на наиболее проблемные участки (кератомы, глубокие морщины, очаги гиперпигментации) пилинг наносят повторно.

Нейтрализация кислоты.

После проведения процедуры необходимо провести нейтрализацию, а затем и полностью удалить кислоту с кожи. Сначала наносят нейтрализатор, который полностью «останавливает» работу пилинга, а затем остатки гликолевой кислоты с нейтрализатором тщательно смываю прохладной водой. У некоторых фирм производителей для нейтрализации достаточным является удаление с поверхности кожи гликолевой кислоты при помощи холодной воды.

18

Постпилингвый уход.

Процедура заканчивается нанесением специального постпилингвого крема, активно увлажняющего и смягчающего кожу, устраняющего ощущение стягивания. Необходимость применения увлажняющих кремов обусловлена чрезмерным обезвоживанием эпидермиса во время процедуры пилинга.

Кроме того, постоянно следует использовать солнцезащитные крема: так как ультрафиолетовые лучи спектра А способны проникать через тучи и в пасмурные дни, то опасность возникновения очагов гиперпигментации существует в любую погоду.

Домашний постпилингвый уход является важным компонентом проводимой процедуры. На правильность и обязательности выполнения данного этапа целесообразно сконцентрировать особое внимание пациента.

Возможные осложнения после проведения поверхностного пилинга.

1. Контактный и аллергический дерматит.
2. Присоединение вторичной бактериальной инфекции.
3. Длительная стойкая эритема.
4. Дисхромия.
5. Рубцы.

Срединные пилинги

Трихлоруксусная кислота CCl_3COOH полностью галогенизированный по метильной группе уксусная кислота. Сильно токсична, всасывается через кожу, оказывает прижигающее действие. Так же как и в случае с АНА первые знания о влиянии на кожу ТСА были получены эмпирическим путем.

Сначала ТСА применяли дерматологи для прижигания бородавок, затем косметологи распознали ее возможности в устранении эстетических недостатков. Глубина повреждения, время заживления и полное восстановление цвета кожи зависит от концентрации ТСА, толщины рогового слоя эпидермиса: до 20% поверхностный ТСА, более 20-40% срединный ТСА, более 40% срединно-глубокий.

Механизм действия ТСА - это коагуляция белковых структур кожи путем разрыва межмолекулярных белковых связей, так что ТСА принадлежит категории истинных кератолитических агентов. Степень повреждения определяют по фросту - серо-белому налету, основу которого составляют коагулированные белки.

Первым, разработавшим методику определения глубины проникновения ТСА стал американский дерматолог Зейн Обаджо. Он сопоставил гистологическую картину повреждения кожи с клиническими признаками, которые можно было наблюдать визуально, и разработал критерии оценки глубины ТСА. В результате появился знаменитый «голубой» ТСА в которой ТСА смешан с голубой основой.

19

Один из способов улучшения равномерности проникновения кислоты предложил Броуди. По его методике, на кожу сначала наносят жидкую углекислоту, а затем 35% раствор ТСА. Предварительная заморозка повышает проницаемость кожи и позволяет добиться равномерного проникновения кислоты.

Другая методика была предложена в 1980 году Монхейтом. Сначала кожу обрабатывают раствором Джейснера (14% молочной кислоты, 14% салициловой кислоты, 14% резорцин), который ослабляет связи между кератиноцитами, а затем 35% раствором ТСА. В итоге проникновение ТСА становится более равномерным.

Колеман продемонстрировал, что аналогичный результат можно получить, если предварительно обработать кожу 70% раствором гликолевой кислоты, а затем 35% ТСА.

Противопоказания к проведению срединного пилинга ТСА.

1. Периодические бородавки на лице.
2. Плохая реакция на ранее проводимые пилинги или дермобразию.
3. Герпес.
4. Лучевая терапия в связи с онкологическими заболеваниями.
5. Наличие келоидных и гипертрофических рубцов.
6. Беременность и кормление грудью.
7. Прием роаккутана 6 месяцев до и 6 месяцев после пилинга.
8. Аллергия на солнечный свет.

9. Интенсивная инсоляция за две недели до пилинга.

10. Операция или криохирургия в области пилинга не менее 6 недель до пилинга.

В случае ТСА пилинга необходима следующая подготовка кожи.

За 3-4 недели необходимо прекратить использование скрабов и грубых спонжей.

За 4 недели не проводить эпиляцию на участке коже планируемую для пилинга.

Не бриться за один день до проведения пилинга.

За 14 дней до проведения процедуры на ночь наносить на кожу кремы с АНА (3-8%) с целью ослабления когезии и выравнивания рогового слоя.

Профилактическое назначение противовирусных препаратов (ацикловир, гагоцел ит.д.).

Техника проведения пилинга ТСА.

Выполняется осмотр, сбор анамнеза и заполнение информированного согласия на проведение процедуры.

Демакияж.

Обезжиривание кожи лица слабым раствором гликолевой кислоты, либо спиртосодержащим раствором.

Равномерное послыное нанесение раствора ТСА по зонам: лоб, неподвижное веко, щеки, нос и носогубный треугольник, подбородок, шея.

Оценка реакции кожи в течение 5-7 минут, затем следующий тур нанесения.

20

Оценка глубины проникновения ТСА пилинга – фроста:

Уровень 0 - нет фроста.

Очень поверхностный пилинг, затрагивающий роговой слой. Кожа может выглядеть так, как будто слегка посыпана солью и блестеть, но сплошного налета нет; эритема отсутствует или минимальная.

Уровень 1 - неравномерный легкий фrost.

Поверхностный пилинг, заживает 2-4 дня. Кожа блестит, эритема хорошо видна, на некоторых участках кожи белые облака фроста.

Уровень 2 - белый фrost с розовыми прожилками.

Кожа покрыта равномерным белым налетом, но есть ярко розовый фон. Пилинг на всю глубину эпидермиса, заживает 5 дней.

Уровень 3 - плотный серо-белый фrost.

Повреждение затрагивает сосочковый слой дермы, заживает 5-7 дней. Кожа покрыта плотным слоем серо-белого налета без розового фона кожи.

Фrost исчезает через 15-20 минут и можно наблюдать разную степень отека кожи лица, особенно области верхнего и нижнего века.

Поверхностный ТСА пилинг можно проводить на любом фототипе кожи лица, шеи, декольте, кистей рук, и в любое время года при обеспечении надлежащей SPF защиты. Дает сухую пленку в реабилитационном периоде. Может сочетаться с локальным срединным ТСА пилингом на проблемных участках (пигментации, рубцы, дряблость кожи и т.д.)

Рекомендуют четыре процедуры на курс с интервалом 10-14 дней.

Срединный ТСА пилинг – при этом используют концентрацию раствора ТСА более 20%. Фототип по Фицпатрику до 5; имеет сезонность осень-зима. Требуется предпилингвая подготовка: за две недели до проведения процедуры и шесть недель после использовать два раза в день осветляющие крема с блокаторами тирозиназы. Блокаторы UVA UVB с фактором не менее 30. Нельзя проводить на шее, декольте, коже кисте рук и тела. Интервал между процедурами 14 дней при отсутствии гиперемии кожи, рекомендуется четыре процедуры на курс.

Срединно-глубокий пилинг ТСА. Фототип по Фицпатрику 1-3, проводят пилинг только зимой, строго обязательно предпилингвая подготовка: осветляющие крема два раза в день две недели, противовирусные препараты в течение 5-7 дней. Реабилитационный период 1 месяц. Обязательное использование SPF защиты 30-80 единиц.

Тактика постпилингвой реабилитации.

Умываться два раза в день кипяченой водой или теплым отваром ромашки без моющих средств.

Наносить увлажняющий крем, не содержащий АНА и ретиноиды 3-6 раз в день, орошать лицо термальным спреем при возникновении ощущения сухости и стянутости на коже.

Ежедневно менять наволочку на подушке.

На третий день реабилитации появляются очаги растрескивания корки-пленки в области носогубного треугольника.

Запрещено насильственно срывать кожные лоскуты и корки!

21

На вскрывшиеся участки наносить 1% гидрокортизоновую мазь.

За 30 минут до выхода на улицу, невзирая на пасмурную погоду, наносить фотозащитный крем с SPF фактором 30-50.

Обычно на седьмые сутки 90% шелушения заканчивается, но может сохраняться гиперемия в течение 5-7 дней.

Повторять процедуру следует не ранее чем через 3-7 дней после окончания шелушения и разрешения явной гиперемии.

Глубокий пилинг

Во время первой мировой войны французский врач Ля Гассе заметил, что в результате обработки ран антисептиком фенолом кожа становится более светлой, гладкой, однородной (фенол - оксibenзол С₆H₅ОН; бесцветное игольчатое кристаллообразное вещество, розовеющее на воздухе из-за окисления; обладает запахом гуаши). После войны его дочь Антуанетта привезла методику фенолового пилинга в США, где и начала частную косметологическую практику. Вскоре феноловый пилинг приобрел колоссальную популярность среди косметологов Флориды и Калифорнии.

В 1961 г. американский врач Литтон демонстрирует новую формулу пилинга: 50% фенол, глицерин, кротоновое масло и ее потрясающие омолаживающие результаты на 50 пациентах, однако не раскрывает секрет формулы до конца.

В итоге вся слава достается врачам Бейкеру и Гордону из Майями, которые в 1961 г. предали формулу гласности и дали ей свое имя: 3 мл 88% фенола, 2 мл дистиллированной воды, 8 капель жидкого мыла и 3 капли кротонового масла.

Бейке полагал, что разбавленный фенол проникает в кожу глубже, так как неразбавленный вызывает слишком быструю денатурацию белков и это замедляет его дальнейшее проникновение в кожу. Итак, формула Бейкера-Гордона стала стандартом фенолового пилинга на долгие годы.

Фенол - очень ядовитое вещество, которое легко и быстро абсорбируется кожей. В роговом слое, фенол действует как кератолитик, разрывая дисульфидные связи белковых компонентов кератина и корнеодесмосом, что влечет за собой их денатурацию.

В коже, подвергшейся воздействию фенола, наблюдаются изменения и на уровне ретикулярной дермы: в результате активного неоколлагенолиза меняется колагеново-эластиновый рисунок - он становится более уплощенным, с волокнистыми элементами параллельными коже, сам же дермальный слой утолщается и уплотняется.

Новое состояние дермы довольно устойчивое и сохраняется длительное время, а внешне это отражается на кожном микрорельефе, он существенно сглаживается.

В 1985 году Клигман, Бейкер и Гордон исследовали не только клинические эффекты фенолового пилинга, но и морфологические изменения в коже. Выяснилось, что фенол в составе формулы Бейкера-Гордона лучше проникает в кожу.

22

В коже подвергшейся феноловому пилингу обнаруживаются слои «свежего» эластина толщиной до 3 миллиметров.

В случае отсутствия окклюзии фенол проникает более глубоко с ростом концентрации от 50% до 88%, однако выраженность шелушения будет относительно слабой.

Окклюзия улучшает проникновение фенола, а вот добавление кротонового масла значительно усиливает пилинг и замедляет шелушение и заживление. В 2000 г. Хеттер модифицировал формулу Бейкера и Гордона в зависимости от того какой пилинг желателен. Основное отличие в формуле заключается в количестве кротонового масла - чем его больше, тем пилинг сильнее.

Противопоказания и группы риска для проведения фенолового пилинга.

1. Летальная концентрация фенола 23 мг на 100 мл крови.
2. Пациент должен иметь здоровые почки, печень и сердце.
3. Однозначные противопоказания:
4. Беременность.
5. Онкология.

6. Хронические кожные заболевания.

7. Акне.

8. Экзема.

9. Псориаз.

Побочные эффекты.

Феноловый пилинг по сути является ожогом 3 степени, после которого развивается ожоговая болезнь. Побочные эффекты при этом можно разделить на две категории: угрожающие жизни больного и не угрожающие жизни пациента.

К не угрожающим жизни пациента относят:

- образование пятен атипичного цвета,
- усиление аллергических реакций,
- обострение герпеса,
- неумеренное рубцевание,
- появление угрей и присоединение инфекции.

Одним из постоянных и малоизученных последствий фенолового пилинга является нарушение деятельности меланоцитов, их функция снижается навсегда и лицо приобретает характерный фарфоровый цвет. Обработанная область имеет четкую демаркационную линию, особенно у пациентов со смуглой кожей.

Другим частым осложнением фенолового пилинга является гиперпигментация, особенно у смуглых пациентов, у пациентов с надпочечниковой недостаточностью, у пациентов адекватно не защищающихся от инсоляции в любое время года.

Достаточно частое осложнение - келоидные рубцы, гипертрофические рубцы и атрофия кожи. Феноловый пилинг проводят один раз в жизни, в условиях стационара под общей анестезией. Восстановление эпителия происходит в течение трех недель, сопровождается отеком, отторжением корки, а яркая эритема сохраняется до одного месяца.

23

Возможные осложнения. Меры профилактики и методы коррекции.

Все ожидаемые реакции и осложнения, возникающие в постпилинговый период, можно разделить на:

- 1) **немедленные реакции, возникающие в 1-14-й день после процедуры;**
- 2) **реакции, возникшие в период регенерации, 2-6-я неделя после процедуры;**
- 3) **стойкие изменения, сформировавшиеся после периода регенерации, 3-10-я неделя реабилитации.**

1. Немедленные реакции

1.1 Ожидаемые реакции.

Проведение процедуры химического пилинга или шлифовки всегда сопровождается повреждением целостности эпидермиса и, как следствие, развитием воспалительной реакции, эритемы, пастозности - именно поэтому данные реакции являются ожидаемыми.

Дегидратация эпидермиса. Повреждение и удаление рогового слоя эпидермиса, основного компонента эпидермального барьера, всегда приводит к дегидратации кожи.

Эритема. Выраженность и продолжительность эритемы может значительно различаться в зависимости от глубины химического пилинга/шлифовки, от механизма повреждающего действия и химического агента. Так, при проведении пилинга АГК эритема умеренной интенсивности, неравномерная, сохраняется не более 1-3 ч. В то же время пилинг резорцином (Джейснера), ТХУ (до 15%) вызывает развитие яркой равномерной эритемы, сохраняющейся до двух суток, а при проведении ретиноевых или срединных пилингов (ТХУ 25-30%) характерна яркая стойкая эритема от трёх до пяти дней.

Шелушение. Наиболее характерный признак после проведения процедуры химического пилинга. Наиболее комфортными являются поверхностные пилинги АГК, вызывающие микропластинчатое шелушение на второй-третий день после процедуры и сохраняющиеся, как правило, не более трёх дней.

Все другие виды пилингов (ретиноидами, резорцином, салициловой кислотой и ТХУ) сопровождаются крупнопластинчатой десквамацией в течение двух-семи суток.

Пастозность и отек кожи - результат воспалительной реакции в ответ на повреждение кожи. Выброс огромного количества провоспалительных медиаторов (интерлейкинов, гистамина, брадикинина) приводит к порозности сосудистой стенки и появлению пастозности или отека тканей.

Пастозность чаще всего наблюдается на участках с тонкой кожей (веки, шея) при проведении пилинга ретиноидами и ТХУ невысокими концентрациями (15%), крайне редко встречается при проведении пилинга АГК.

Отек - ожидаемая реакция при проведении срединных пилингов ТХУ 25-30%.

Потемнение кожи возможно при проведении комбинированных пилингов - 15-25% ТХУ + папаин, а также у пациентов с IV-V фототипом кожи.

24

Для уменьшения выраженности ожидаемых реакций постпилингвый уход должен включать в себя увлажнение и восстановление эпидермального барьера. Это две основные составляющие, необходимые для нормальной регенерации и эпителизации кожи.

В первые дни реабилитационного периода наиболее удобны косметические средства в виде гелей или пены - они легко наносятся, быстро впитываются, не требуют дополнительных «втирающих» движений.

В более поздние сроки (в момент появления шелушения – 3-на третий-пятый день реабилитационного периода) - предпочтение отдается кремам.

Увлажнение. Активное увлажнение эпидермиса не только позволяет нивелировать субъективные ощущения (чувство стянутости кожи) после химического пилинга, но и является важным и необходимым условием нормальной эпителизации, также снижает риск рубцевания.

Наиболее выраженное гидратирующее действие оказывают гиалуроновая кислота, компоненты натурального увлажняющего фактора: аминокислоты,

мочевина, пирролидикарбоновая кислота, ионы натрия, кальция, а также протеины, альгинаты, гидрогели.

Восстановление эпидермального барьера - позволяет снизить трансэпидермальную потерю воды, уменьшить повышенную чувствительность кожи. Именно поэтому в составе косметических средств по уходу за кожей в постпилингвый период используются масло ши, фосфолипиды, керамиды, омега-6, воски.

Регенерирующие вещества (плацента, пантенол, ретинол, бисаболол) ускоряют ранозаживление, рекомендуются при проведении поверхностно-срединных, срединных и глубоких пилингов.

Антиоксиданты (селен, токоферол, убихинон, пикногенол и другие биофлавоноиды) обязательно должны входить в состав косметических средств, рекомендуемых в постпилингвый период.

Антиоксиданты значительно снижают выраженность воспалительной реакции, предотвращают перекисное окисление липидов и, что особенно важно, снижают риск развития поствоспалительной гиперпигментации. Хотелось бы обратить внимание, что применение аскорбиновой кислоты в высокой концентрации (более 15%) непосредственно сразу после процедуры и в постпилингвый период (в первые трое суток) не рекомендуется, так как аскорбиновая кислота обладает цитотоксическим свойством и будет усиливать повреждающее действие кожи после пилинга.

1.2. Неожидаемые реакции.

Герпетическая инфекция. Обострение герпетической инфекции чаще всего наблюдается при проведении химического пилинга ретиноидами или ТХУ (25-30%).

И если при проведении пилинга ретиноидами локализация, как правило, типичная для герпетической инфекции (красная кайма губ), то при срединном пилинге - очень высок риск распространения на гладкую кожу лица.

25

Опасность такого рода высыпаний - вероятность образования атрофических или, реже, гипертрофических рубцов.

Именно поэтому проведение специфической противогерпетической терапии (ацикловир, валтрекс) является обязательным для пациентов, у которых наблюдается обострение герпетической инфекции 2 раза в год и чаще.

Если профилактическая противогерпетическая терапия не проводилась, то в случае появления высыпаний после процедуры химического пилинга рекомендуется проведение пульс-терапии: ацикловир 1 г 1 раз в сутки в течение одного-семи дней (в зависимости от скорости регресса высыпаний) либо валтрекс по 1-2 г в сутки в течение трёх-пяти дней.

Инфицирование. Причина инфицирования проста - несоблюдение правил асептики и антисептики как в момент проведения процедуры, так и в постпилингвый период.

Чаще всего встречается смешанная инфекция: стрептостафилодермия. В этом случае назначается стандартная антибактериальная терапия (цефазолин, левофлоксацин, спрей оксикорт, банеоцин мазь и пр.) наружно.

Аллергические реакции. Крайне редкое осложнение, возможно только на дополнительные компоненты, входящие в состав пилинга - койевую и аскорбиновую кислоты.

Аллергические реакции после химического пилинга, как правило, инициируются «активными» компонентами постпилинговых масок и кремов.

В случае возникновения выраженного зуда, появления нарастающей эритемы, отека рекомендуется введение антигистаминных или стероидных препаратов внутримышечно (тавегил, гидрокортизон, дексаметазон, преднизолон), так как назначение стероидных кремов недостаточно эффективно.

Необходимо помнить, что тщательно собранный анамнез позволит значительно снизить риск развития аллергической реакции.

Воспаление является ожидаемой реакцией кожи при проведении химического пилинга.

Но в случае возникновения выраженной эритемы, стойкого (более двух-трёх суток) отека кожи лица, век, шеи рекомендуется применение антиоксидантов и противовоспалительных препаратов, содержащих цинк, 18β-глицирригиновую кислоту, нестероидные противовоспалительные вещества (вольтарен, индометацин), траумель либо нефторированные стероидные кремы.

Стойкая и продолжительная воспалительная реакция - крайне неблагоприятна.

Это косвенный признак того, что повреждающее действие пилинга не соответствовало индивидуальным регенеративным способностям кожи данного пациента.

В этом случае нередко развиваются дегенеративные изменения в эпидермисе и дерме: очень высок риск формирования стойкой повышенной чувствительности кожи, а также значительное снижение тургора и эластичности.

2. Реакции, возникшие в период регенерации (2-6 неделя)

Правильная оценка состояния кожи (типа и фототипа, толщины, репаративных способностей, реактивности сосудов) позволит избежать всех перечисленных ниже осложнений.

Персистирующая эритема. Данное осложнение, как правило, формируется у пациентов с множественными телеангиэктазиями после срединных, глубоких пилингов. При правильном проведении поверхностных химических пилингов АГК, ТХУ (до 15%) усиления сосудистого рисунка не наблюдается.

Персистирующая эритема может сохраняться в течение 1-6 мес, а в ряде случаев (феноловые пилинги) и до 12 мес. Но, как правило, персистирующая эритема всегда имеет тенденцию к саморегрессированию, даже при отсутствии медикаментозной терапии.

В случае развития персистирующей эритемы рекомендуется:

- избегать инсоляции, физической нагрузки, посещения сауны. Необходимо исключить применение алкогольных напитков (особенно красного вина), острой, пряной пищи, маринадов;

- приём омега-3 – это препарат для системного применения, содержит полиненасыщенные жирные кислоты, значительно повышает эластичность сосудистой стенки и предотвращает появление новых телеангиэктазий. Рекомендуется для применения в период как предпилинговой подготовки, так и реабилитации;

- «сосудосуживающий тоник» (3-5 г адреналина гидрохлорида 0,1%+100 мл воды) позволит быстро и очень эффективно уменьшить выраженность эритемы, даст возможность пациентам социально адаптироваться и чувствовать себя более комфортно. Применяется при необходимости 1-4 раза в сутки;

- фотокоагуляция - единственный безопасный метод лечения телеангиэктазий. Проведение фотокоагуляции рекомендуется не ранее чем через 2-3 мес. после пилинга. Интенсивность светового потока подбирается индивидуально, исходя из фототипа и чувствительности кожи. Число сеансов не менее 3, а их периодичность - 1 раз в месяц;

- «сосудистые препараты» также необходимый компонент терапии персистирующей эритемы. Наиболее эффективными являются мазь/гель гепатромбин, лиотон гель, арника крем;

- микрофоковая терапия - улучшает микроциркуляцию и лимфоотток, уменьшает выраженность эритемы, активизирует регенерацию тканей после химического пилинга, шлифовки кожи. Проведение микрофоковой терапии возможно и рекомендуется уже с первых дней постпилингового периода.

Поствоспалительная гиперпигментация. Основная причина развития - усиление синтеза меланостимулирующего гормона кератиноцитами.

Иницирующим фактором является воспаление, возникающее при проведении химического пилинга, а не избыточная инсоляция в период реабилитации.

Наиболее типично развитие поствоспалительной гиперпигментации при проведении срединного химического пилинга ТХУ у пациентов с гиперпигментациями или с IV-V фототипом кожи.

В то же время после АГК пилингов, а также ретиновых, фитиновых, дермабразии данное осложнение встречается крайне редко. Наши наблюдения показали, что проведение физиотерапии в постпилинговый период (электрический лимфодренаж, ультразвук) может спровоцировать развитие поствоспалительной гиперпигментации. Для снижения риска формирования поствоспалительной гиперпигментации рекомендуется:

- проводить тщательный отбор пациентов. При коррекции гиперпигментаций, хлоазм предпочтение следует отдавать ретиновым, АГК или феноловым пилингам;

- при показаниях к срединному ТХУ пилингу или лазерной шлифовке кожи у пациентов с IV-V фототипом кожи рекомендуется проведение предпилинговой

подготовки в течение 1 месяца. С этой целью используются ингибиторы тирозиназы: ретиноевая (0,025-0,05%), койевая (3-5%), азелаиновая (5-20%) кислоты, арбутин, глабридин, аскорбиновая кислота (L-аскорбиновая кислота, аскорбил-2-фосфат магния), N-ацетилцистеин. В постпилингвый период обязательно применение:

- противовоспалительной терапии (цинк, бисаболл, траумель);
- антиоксидантов (витамины А, Е, убихинон, селен, N-ацетилцистеин);
- ингибиторов тирозиназы.

В случае возникновения поствоспалительной гиперпигментации для отбеливания проводятся:

- химические пилинги ретиноидами (2-5%) и комбинированными гликолевыми кислотами (50%) в сочетании с койевой кислотой;
- наиболее эффективны следующие отбеливающие вещества: гидрохинон (2-4%, аскорбиновая кислота (10-20%), которая используется для проведения мезотерапии и/или фонофореза.

Себорея, милиумы, обострение акне. В основе данных осложнений - выраженная воспалительная реакция, активизирующая активность себоцитов. Чаще всего наблюдаются при проведении срединных и глубоких пилингов у пациентов с жирной кожей либо с отягощенным анамнезом (себорея, акне в пубертатном возрасте). Необходимые мероприятия:

- динамическое наблюдение - в 90% случаев отмечается уменьшение себопродукции через 2-3 мес. после проведения процедуры;
- при необходимости возможно назначение себосупрессоров: аевита (1 капсула 2 раза в сутки в течение одного-трёх месяцев), цинктерала или цинкита (по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение одного-двух месяцев);
- удаление милиумов. Наименее травматичный метод - механическое удаление иглой для внутримышечных инъекций, так как проведение электро-, радиоволновой или лазерной коагуляции в постпилингвый период может спровоцировать образование штампованных рубчиков;
- при появлении воспалительных акне-элементов рекомендуется проведение стандартной терапии: системные и топические антибактериальные препараты юнидокс, вильпрафен, зинерит, себосупрессивные.

28

Следует обратить внимание, что в постпилингвый период не рекомендуется назначение ретиноевой мази и базирона АС.

Повышенная чувствительность кожи. Вероятность развития у пациентов с тонкой кожей, со сниженной регенерацией, при проведении в течение 1 года повторного срединного или глубокого пилинга на том же участке кожи. Повышенная чувствительность кожи наблюдается в течение 6-12 мес. Рекомендуются:

- микротоковая терапия;
- восстановление эпидермального барьера (масло ши, омега-6, керамиды, фосфолипиды, воски, масло бурачника, кукуи ореха, черной смородины, примулы вечерней, косточек винограда и другие эмоленты);

- репаранты и гидратирующие вещества (экстракт плаценты в виде наружных косметических средств либо для введения методом мезотерапии).

Демаркационная линия. Чаще всего наблюдается при проведении срединно-глубоких и глубоких пилингов, дермабразии и лазерной шлифовки у пациентов с толстой, пористой кожей. Именно в этом случае формируется четкая граница между двумя зонами. Для сглаживания границы проводятся поверхностно-срединные пилинги (ТХУ 15%, Джейснера) и микрокристаллическая дермабразия.

Мраморность кожи. Характерный признак глубоких феноловых пилингов, также может наблюдаться при проведении лазерной шлифовки. Причина формирования мраморности кожи - неравномерная гибель меланоцитов в результате селективного цитотоксического действия фенола либо чрезмерно глубокой лазерной шлифовки. Наиболее заметна мраморность у пациентов с IV-V фототипом кожи. Мраморность не подлежит полной косметической коррекции, рекомендуется проведение поверхностных и поверхностно-срединных пилингов с целью выравнивания цвета кожи.

Расширение пор. Редкое осложнение, чаще встречается у пациентов с себореей при проведении глубоких пилингов. Косметической коррекции не подлежит. Причина стойкого расширения пор - дегенеративные изменения в дерме со значительным снижением эластичности кожи в результате чрезмерно глубокого пилинга кожи.

3. Стойкие изменения, сформировавшиеся после периода регенерации (3-10-я неделя реабилитации)

Гипо- и депигментация. Данное осложнение характерно при проведении глубоких феноловых пилингов.

Единственный метод коррекции - применение маскирующей декоративной косметики (дермабленд). Проведение перманентного макияжа возможно только при условии высокопрофессионального уровня специалиста и качественных красителей.

Гипертрофические рубцы, келоиды. Вероятность формирования: глубокие химические пилинги, нарушение методики при проведении срединных пилингов ТХУ (25-30%), склонность к гипертрофическим и келоидным рубцам, присоединение вторичной инфекции, обострение герпетической инфекции.

29

Рекомендуется:

- букки-терапия - эффективна как средство профилактики рубцевания, при сформировавшихся рубцах малоэффективна;
- инъекции триамцинолона (кеналога/дипроспана). В зависимости от выраженности рубца возможно разведение физиологическим раствором или лидокаином в соотношении 1:1-1:5. Проводится не чаще 1 раза в 10-14 дней. Данная методика требует чрезвычайной осторожности, так как в случае попадания триамцинолона в дерму и/или подкожную жировую клетчатку возможно (в 80-100% случаев) формирование атрофии. Именно поэтому данные

препараты вводятся строго в рубцовую ткань, очень маленькими (диаметр до 1 мм) папулами;

- инъекции пентоксифиллина 1 раз в неделю 5-10 сеансов;

- криодеструкция позволяет эффективно уменьшать объем рубцовой ткани.

Рекомендуется сочетание криодеструкции и введение триамцинолона (1 раз в 3-4 недели);

- озонотерапия - является альтернативой инъекциям триамцинолона, более безопасный метод, но уступает в своей эффективности. Рекомендуется применение озона в концентрации 5-7 мг/моль, инъекции проводятся через день, количество сеансов 10-15;

- фонофорез с лидазой, ронидазой, ферменколом проводится через день, число сеансов 10-15, интенсивность 0,4-0,6 Вт/см², режим импульсный;

- силиконовые пластыри, гидрогели, дерматикс, контратубекс - препараты для наружного нанесения, снижают вероятность образования гипертрофических и келоидных рубцов. Рекомендуются в качестве дополнения к вышеперечисленным методам.

Эктропион. Достаточно редкое осложнение глубоких химических пилингов. В случае формирования рекомендуется хирургическая коррекция.

Список литературы

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. М., 1993.

2. Сергеев Ю.Д. Юридическая защита прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья // Рекомендации для граждан и некоммерческих организаций по защите прав населения в области здоровья. М.: ПОЛИТек, 1997.

3. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: Учебный комплекс в 3 томах. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. 784 с.

4. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Руководство по дерматокосметологии. - Спб.: ООО "Издательство Фолиант", 2008 - 632 с.: ил.

5. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология; Учебник. - М.: Медицина, 2003. - 396 с.

6. Марголина А.Н., Эрнандес Е.И. Новая косметология. Том 1, П.-М.: ООО "Фирма Клавель", 2005 - с. 424: ил.

7. Эрнандес Е.И. Альфа-гидроксикислоты в современных косметических средствах. Часть I. Механизмы действия и принципы использования. М: Косметика и медицина 2001; 64.

8. Эрнандес Е.И. Альфа-гидроксикислоты в современных косметических средствах. Часть II. Практические аспекты химического пилинга. М: Косметика и медицина 2001; 75.

9. Brody H.J. Chemical peeling and resurfacing. 2nd edition. St. Louis. Mosby 1997; 240.

10. Obagi Z.E. Skin health restoration and rejuvenation. 1999; 731.

11. Rubin M.K. Manual of chemical peels superficial and medium depth. Philadelphia: J.B. Lippicott 1995; 187.

12. Тимофеев Г. Методы аппаратного исследования кожи человека. Косметика и медицина 2005; 4: 30-38.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРИКАЗ

от 28 декабря 1982 г. N 1290

О МЕРАХ ПО УЛУЧШЕНИЮ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

В соответствии с Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22 сентября 1977 г. N 870 "О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения" министерства здравоохранения союзных республик и их органы здравоохранения осуществили ряд мероприятий, направленных на организацию и совершенствование косметологической помощи населению. Расширена сеть лечебно-профилактических учреждений, оказывающих этот вид специализированной помощи, и увеличилась обращаемость населения с целью устранения различных заболеваний и косметических дефектов. Наибольшее развитие косметологическая помощь получила в столицах союзных республик и в крупных городах страны (Ленинград, Иркутск, Омск, Волгоград и др.).

Однако в связи с отсутствием в ряде республик и областей (Армянская ССР, Карельская АССР, Мордовская АССР, Приморский край, Архангельская, Липецкая и другие области) косметологических лечебниц и кабинетов их население вынуждено обращаться за этой помощью в г. Москву, Ленинград и др.

В отдельных городах (Воронеж, Псков, Чита, Ярославль, Саратов, Гомель) врачебно-косметологическая помощь оказывается в парикмахерских и домах быта, что является не допустимым.

Условия работы косметологических лечебниц и кабинетов нередко не соответствуют современным требованиям. Они размещены в непригодных помещениях, недостаточно оснащены косметическими креслами, паровыми ванночками, аппаратурой для дарсонвализации, электропиляции, диатермокоагуляции, дермабразии, криотерапии, инструментарием для пластических косметических операций лица.

В некоторых лечебницах и кабинетах работают врачи и медицинские сестры без специальной подготовки по косметологии, дерматовенерологии, хирургии, несмотря на имеющиеся возможности для специализации в Московском научно-исследовательском институте косметологии Министерства здравоохранения РСФСР.

Требуют совершенствования вопросы апробации косметических средств.

В целях дальнейшего улучшения косметологической помощи населению:

1. Утверждаю:

1.1. Положение о косметологической лечебнице (Приложение N 1).

32

1.2. Положение о главном враче косметологической лечебницы (Приложение N 2).

1.3. Положения о враче-дерматовенерологе, враче-хирурге, медицинской сестре по косметическим процедурам косметологической лечебницы (отделения, кабинета) (Приложения N 3 - 5).

1.4. Штатные нормативы медицинского персонала косметологических лечебниц, отделений и кабинетов на хозрасчете (спецсредствах) (Приложение N 6).

1.5. Расчетную норму обслуживания для врачей-дерматовенерологов косметологических лечебниц, отделений и кабинетов на амбулаторном приеме - б посещений в час.

2. Приказываю:

2.1. Министрам здравоохранения союзных и автономных республик, руководителям краевых, областных и городских органов здравоохранения:

2.1.1. В течение 1983 - 1985 гг. организовать косметологические лечебницы во всех республиканских, краевых и областных центрах, а также других крупных городах.

2.1.2. Обеспечить работу лечебниц, отделений, кабинетов в соответствии с Положениями, утвержденными настоящим Приказом, и устранить имеющиеся недостатки в организации косметологической помощи населению.

2.1.3. Устанавливать штаты медицинского персонала косметологических лечебниц, отделений и кабинетов согласно штатным нормативам, утвержденным настоящим Приказом, в пределах плана. Обеспечить проведение расчета числа должностей, полагающихся лечебницам, выдачу им справки о плановых показателях по прилагаемой форме (Приложение N 7) применительно к общим положениям Методического письма Министерства здравоохранения СССР от 8 января 1969 г. N 02-14/4.

2.1.4. Размножить настоящий Приказ в необходимом количестве и довести его до руководителей заинтересованных учреждений.

3. Управлению по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники (тов. Бабаян Э.А.) до 1 июля 1983 г. рассмотреть и утвердить в установленном порядке Инструкцию по клинической апробации косметических средств и перечень учреждений для проведения этой работы.

Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра здравоохранения СССР тов. Сафонова А.Г.

Министр С.П.БУРЕНКОВ

Приложение N 1 к Приказу Министерств здравоохранения СССР

от 28 декабря 1982 г. N 1290

ПОЛОЖЕНИЕ О КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНИЦЕ

1. Косметологическая лечебница является лечебно-профилактическим учреждением, призванным осуществлять оказание косметологической помощи на-

33

селению, и организуется в республиканских, краевых, областных центрах и других городах с населением не менее 200 тыс. человек.

2. Косметологическая лечебница является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением и содержится на хозяйственном расчете.

3. Основными задачами косметологической лечебницы являются:

3.1. Оказание высококвалифицированной специализированной помощи населению по поводу заболеваний кожи и других органов, сопровождающихся косметическими дефектами.

3.2. Проведение профилактической работы по предупреждению заболеваний кожи, ее преждевременного старения.

3.3. Пропаганда санитарно-гигиенических знаний среди населения по уходу за кожей тела, здорового образа жизни.

4. В соответствии с основными задачами косметологическая лечебница организует и проводит:

4.1. Оказание консультативной и лечебной помощи по поводу заболеваний кожи и других органов, сопровождающихся косметическими дефектами.

4.2. Освоение и внедрение в практику работы лечебницы современных методов и средств косметического лечения, передового опыта работы косметологических лечебниц и других лечебно-профилактических учреждений, научной организации труда.

4.3. Взаимосвязь с кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами и другими лечебно-профилактическими учреждениями, санитарно-эпидемиологической станцией, домом санитарного просвещения.

4.4. Повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

5. Врачебный прием по вопросам профилактики и лечения заболеваний кожи и косметических дефектов осуществляют врачи-дерматовенерологи и врачи-хирурги, прошедшие специальную подготовку по косметологии.

6. Косметологическая лечебница ведет прием по поводу заболеваний кожи и других органов, в том числе: себореи, болезней волос, угрей, гипертрихоза, гирсутизма, доброкачественных новообразований - невусов, атером, фибром, кератом, папиллом, гемангиом, бородавок, кератоза, омололелостей, сосудистых дерматозов (розацеа, красный нос, периоральный дерматит), нарушений пигментации кожи - гиперпигментации (хлоазмы, веснушки), депигментации (витилиго), импрегнации кожи инородными частицами (угля, шлака, газа и др.); рубцов разного происхождения, морщин, врожденных и приобретенных деформаций частей лица - носа, ушных раковин, бровей, губ, век, избытков кожи лица, деформации грудных желез, передней стенки живота и др., а также прием практически здоровых лиц, желающих получить советы по косметологическому и гигиеническому уходу за кожей лица.

7. Косметологическая лечебница может иметь следующие подразделения:

- кабинеты для врачей, медицинских сестер по косметическим процедурам;
- процедурный кабинет;
- перевязочную;
- операционную;

36

- кабинет для производства электрокоагуляции;
- кабинет физиотерапии;

- кабинет лечебной физкультуры;

- кабинет рентгенотерапии;

- клинико-диагностическую лабораторию;

- автоклавную;

- архив;

- материальный склад;

- бельевую;

- регистратуру с кассой по взиманию денег за косметические процедуры;

- холл для ожидания приема.

8. Планирование деятельности, финансирование, расчет штатов, оснащение медицинской аппаратурой, инструментарием, хозяйственным инвентарем и оборудованием, учет и отчетность обеспечиваются в установленном порядке.

9. Косметологическая лечебница пользуется правами юридического лица, имеет штамп и печать с обозначением своего наименования.

10. Косметологическая лечебница возглавляется главным врачом, который непосредственно руководит всей ее деятельностью на основе единоначалия.

Примечание: Применительно к настоящему Положению организуется работа косметологических отделений и кабинетов.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи
А.М.МОСКВИЧЕВ

Приложение N 2 к Приказу Министерства здравоохранения СССР
от 28 декабря 1982 г. N 1290

ПОЛОЖЕНИЕ О ГЛАВНОМ ВРАЧЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНИЦЫ

1. Главный врач косметологической лечебницы осуществляет руководство деятельностью лечебницы на основе единоначалия.

2. Главный врач косметологической лечебницы назначается из числа квалифицированных врачей, имеющих опыт лечебной и организационной работы, утверждается и увольняется вышестоящим органом здравоохранения, по согласованию с исполкомом Совета народных депутатов.

3. Главный врач косметологической лечебницы находится в непосредственном подчинении местного органа здравоохранения.

4. Главный врач косметологической лечебницы руководствуется в своей деятельности "Положением о косметологической лечебнице", настоящим Положением, а также инструкциями, распоряжениями и указаниями вышестоящих органов здравоохранения, действующим законодательством.

5. В соответствии с задачами косметологической лечебницы главный врач обязан обеспечить:

37

- организацию и проведение работы по оказанию квалифицированной косметологической помощи населению;

- проведение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической и профилактической работы лечебницы;
 - организацию работы по повышению квалификации врачей, среднего медицинского и другого персонала;
 - контроль за выполнением установленного лечебнице финансового плана, рациональным и правильным использованием средств;
 - внедрение в работу лечебницы новых средств и методов профилактики, диагностики и лечения, а также новых организационных форм оказания косметологической помощи населению и работы персонала;
 - оснащение лечебницы современным медицинским оборудованием, средствами оргтехники и предметами, облегчающими труд медицинского персонала;
 - надлежащее содержание и эксплуатацию зданий, сооружений, оборудования и приборов, их своевременный профилактический, текущий и капитальный ремонт;
 - проведение санитарно-просветительной работы среди населения с использованием различных средств массовой информации;
 - прием населения и сотрудников лечебницы;
 - осуществление своевременного рассмотрения предложений, заявлений и жалоб населения, принятие по каждому из них конкретных мер.
6. Главный врач косметологической лечебницы несет ответственность за:
- уровень и качество лечебно-диагностического процесса в лечебнице в соответствии с современными требованиями и уровнем развития науки и техники;
 - правильную расстановку и использование медицинских и других кадров, своевременное и полное укомплектование штатных должностей;
 - вводный инструктаж принимаемых на работу по охране труда и технике безопасности, по противопожарной безопасности, а также ознакомление с должностными инструкциями, правилами внутреннего трудового распорядка и другими обязательными документами;
 - сохранность, целесообразное и экономичное использование медицинского оборудования, аппаратуры, медикаментов и других материальных ценностей, денежных средств;
 - своевременное внедрение новых средств и методов лечения, направленных на повышение качества и культуры работы медицинского персонала;
 - организацию учета, хранения наркотических средств;
 - проведение, совместно с общественными организациями, мероприятий по повышению идейно-политического уровня и воспитанию у медицинского персонала чувства служебного долга и ответственности;
 - внедрение научной организации труда и передового опыта работы;
 - повышение квалификации медицинского персонала в соответствии с разработанным планом;
 - своевременное доведение до сотрудников соответствующих приказов, распоряжений, инструктивно-методических рекомендаций и других документов;

- систематическую информацию врачей и других работников о новых методах и средствах профилактики, диагностики и лечения;
- достоверность и своевременность представления статистических и финансовых отчетов в вышестоящие органы;
- противопожарную безопасность лечебницы, соблюдение правил по охране труда и технике безопасности.

7. Главный врач имеет право:

- приема и увольнения сотрудников в соответствии с действующим законодательством;
- поощрения и наложения дисциплинарных взысканий на персонал;
- издавать приказы, распоряжаться кредитами, заключать договоры, выдавать обязательства и осуществлять другие действия от имени лечебницы в пределах, установленных действующим законодательством;
- представлять лечебницу в государственных органах, судебных и арбитражных инстанциях, общественных и других организациях;
- организовывать проверки качества обследования, диагностики, лечения больных в лечебнице.

8. Главный врач лечебницы отчитывается о своей работе перед партийными, советскими органами, общественными организациями и вышестоящими органами здравоохранения и не реже двух раз в год перед населением.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи
А.М.МОСКВИЧЕВ

Приложение N 3 к Приказу Министерства здравоохранения СССР
от 28 декабря 1982 г. N 1290

ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНИЦЫ (ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА)

1. Врач-дерматовенеролог косметологической лечебницы оказывает лечебно-диагностическую, консультативную помощь больным по поводу заболеваний кожи и косметических дефектов.

2. На должность врача-дерматовенеролога косметологической лечебницы назначается врач, прошедший специальную подготовку по вопросам дерматовенерологии и косметологии.

3. Врач-дерматовенеролог косметологической лечебницы непосредственно подчиняется главному врачу и руководствуется в своей работе Положением о косметологической лечебнице, приказами, инструкциями, указаниями Министерства здравоохранения СССР, распоряжениями главного врача лечебницы, а также вышестоящих организаций и действующим законодательством.

4. В соответствии с задачами лечебницы врач-дерматовенеролог обеспечивает:

- консультативный прием и лечение пациентов по поводу заболеваний кожи и других органов, сопровождающихся косметическими дефектами;
- качественное ведение медицинской документации и учет работы;
- сохранность и исправность медицинской аппаратуры и инструментария, с которыми работает;
- выполнение установленного финансового плана;
- проведение санитарно-просветительной работы среди населения;
- технику безопасности при работе с электроприборами;
- повышение теоретического уровня и профессиональной квалификации по основной и смежным специальностям, систематическое проведение мероприятий по повышению квалификации среднего медицинского персонала.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи
А.М.МОСКВИЧЕВ

Приложение N 4 к Приказу Министерства здравоохранения СССР
от 28 декабря 1982 г. N 1290

ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕ-ХИРУРГЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНИЦЫ (ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА)

1. Врач-хирург косметологической лечебницы обеспечивает оказание квалифицированной хирургической помощи пациентам, обратившимся в лечебницу.

2. На должность врача-хирурга косметологической лечебницы назначается врач, имеющий практический опыт оперирующего хирурга в области челюстно-лицевой хирургии не менее 2-х лет и прошедший специальную подготовку по вопросам косметической пластической хирургии.

3. Врач-хирург косметологической лечебницы подчиняется главному врачу и руководствуется в своей работе Положением о косметологической лечебнице, приказами, инструкциями, указаниями Министерства здравоохранения СССР, распоряжениями главного врача лечебницы, а также вышестоящих организаций и действующим законодательством.

4. В соответствии с задачами лечебницы врач-хирург обеспечивает:

- консультативный прием и отбор больных на пластические операции;
- проведение полного клинического обследования больных перед операцией;
- проведение высококвалифицированных пластических косметических операций и послеоперационного лечения;

- своевременное и качественное ведение медицинской документации, установленных учетно-отчетных форм и отчетов о своей деятельности;

40

- сохранность и исправность медицинской аппаратуры, инструментария, используемых при работе;
- выполнение установленного финансового плана;
- проведение санитарно-просветительной работы;
- повышение теоретического уровня и профессиональной квалификации, систематическое проведение мероприятий по повышению квалификации среднего медицинского персонала;
- технику безопасности при работе с электро- и другой аппаратурой.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи
А.М.МОСКВИЧЕВ

Приложение N 5к Приказу Министерства здравоохранения СССР
от 28 декабря 1982 г. N 1290

ПОЛОЖЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ПО КОСМЕТИЧЕСКИМ ПРОЦЕДУРАМ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНИЦЫ (ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА)

1. Медицинская сестра по косметическим процедурам косметологической лечебницы имеет специальную подготовку по отпуску косметических процедур, включая электроэпиляцию.

2. Медицинская сестра по косметическим процедурам проводит работу под руководством врача.

3. Медицинская сестра по косметическим процедурам обеспечивает:

- проведение косметических процедур: все виды массажа лица и волосистой части головы, чистку кожи лица, глубокое и медленное шелушение кожи лица, наложение на лицо всех видов масок, грима, втирание лекарственных средств в кожу головы, дарсонвализацию кожи лица и головы, электроэпиляцию;
- подготовку рабочего места, аппаратуры, косметических средств, белья;
- проверку и исправность аппаратуры (паровая ванна, аппарат д'Арсонваля, стерилизатор);
- технику безопасности при работе с аппаратурой;
- соблюдение правил асептики и антисептики при отпуске косметических процедур;
- соблюдение норм расхода косметических средств, медикаментов, перевязочного материала;
- выполнение установленного финансового плана;
- правильность ведения медицинской и финансовой документации;

- оказание в случае необходимости первой доврачебной помощи при обмороках, травмах, острых заболеваниях;

41

- выполнение установленных требований к одежде и внешнему виду;
- консультирование больных с лечащим врачом, главным врачом;
- повышение деловой квалификации;
- участие в сестринских конференциях;
- проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

4. Медицинская сестра по косметическим процедурам обязана знать:

- анатомию головы и шеи (кости, мышцы, нервы, кровеносные и лимфатические сосуды), анатомию и физиологию кожи, общие сведения о наиболее часто встречающихся кожных болезнях, элементы кожных сыпей, заразные кожные болезни, грибковые поражения кожи, ногтей, а также наиболее часто встречающиеся заболевания, сопровождающиеся косметическими дефектами (угри, выпадение волос, новообразования, нарушения пигментации);

- правила профилактического ухода за кожей лица, волосами, свойства и состав косметических препаратов, применяемых в косметической практике, и их действие, основные принципы декоративной косметики (наложение грима, тона, окраска ресниц, бровей, губ);

- основные принципы применения физиотерапевтических процедур (д'Арсонваль, кварц, парафиновые аппликации, паровая ванна);

- показания и противопоказания к применению косметических процедур, средства и методы оказания первой помощи при обмороках, ожогах, электротравмах, острых заболеваниях;

- основы личной гигиены и уход за кожей рук и ног;

- принципы асептики и антисептики, а также дезинфекции помещения, белья, инвентаря в случае контакта с больными заразными кожными болезнями;

- основные формы учета работы, основы организации рабочего места, оборудование, оснащение кабинета;

- основы деонтологии.

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи
А.М.МОСКВИЧЕВ

Приложение N 6к Приказу Министерств здравоохранения СССР
от 28 декабря 1982 г. N 1290

**ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ
ЛЕЧЕБНИЦ,
ОТДЕЛЕНИЙ И КАБИНЕТОВ НА ХОЗРАСЧЕТЕ
(СПЕЦСРЕДСТВАХ)**

1. Штатные нормативы медицинского персонала

косметологических лечебниц на хозрасчете, расположенных
в городах с населением свыше 25 тысяч человек

42

1.1. Врачебный персонал

1.1.1. Должности врачей-дерматовенерологов устанавливаются из расчета 1 должность на 8500 посещений в год.

1.1.2. Должности врачей-хирургов устанавливаются из расчета 1 должность на 6800 посещений в год.

1.1.3. Должности врачей-лаборантов устанавливаются из расчета 1 должность на 25 должностей врачей-дерматовенерологов и врачей-хирургов.

1.2. Средний медицинский персонал

1.2.1. Должности медицинских сестер по косметическим процедурам устанавливаются в зависимости от объема работы, определенного по действующим нормам времени на косметические работы.

1.2.2. Должности медицинских сестер хирургических кабинетов устанавливаются соответственно должностям врачей-хирургов.

1.2.3. Должность операционной медицинской сестры устанавливается вместо должности медицинской сестры хирургического кабинета.

1.2.4. Должности лаборантов устанавливаются из расчета 1 должность на 8 должностей врачей-дерматовенерологов и врачей-хирургов.

1.2.5. Должности фельдшеров-лаборантов устанавливаются в пределах норматива должностей лаборантов, предусмотренного п. 1.2.4, в соотношении с должностями лаборантов 2:1.

В лечебницах, которым полагается 0,25; 0,5; 0,75 или 1 - 1,25 должности лаборанта, в указанном порядке соответственно может вводиться 0,25; 0,5; 0,75 или 1 должность фельдшера-лаборанта.

1.2.6. Должности медицинских сестер по физиотерапии устанавливаются из расчета 1 должность на 15 тысяч условных физиотерапевтических единиц в год.

1.2.7. Должности медицинских сестер по массажу устанавливаются в штате физиотерапевтического кабинета в зависимости от объема работы, определяемого по нормам времени на отпуск массажных процедур.

1.2.8. Должности медицинских сестер процедурного кабинета устанавливаются в зависимости от объема работы, определяемого по следующим нормам времени на выполнение процедур: инъекция - 4,0 мин.; прокол мочек ушных раковин - 4,7 мин.; вдевание серег - 5,1 мин.; наложение или снятие эпилевого пластыря - 14,2 мин.; криотерапия - 13,3 мин.; другие процедуры - по нормам, устанавливаемым администрацией учреждения по согласованию с профсоюзным органом на основе анализа затрат рабочего времени с учетом передового опыта работы.

1.2.9. Должности медицинских регистраторов устанавливаются из расчета 1 должность на 5 должностей врачей-дерматовенерологов и врачей-хирургов.

1.2.10. Должность главной медицинской сестры устанавливается в лечебнице, отнесенной к X или более высокой группе по оплате труда руководящих работников учреждений здравоохранения.

В лечебнице с числом врачебных должностей не менее 6, отнесенной к XI группе по оплате труда руководящих работников, устанавливается должность старшей медицинской сестры вместо должности медицинской сестры.

43

Начальник Планово-финансового управления
В.В.ГОЛОВТЕЕВ

44

- 1.3. Младший медицинский персонал
- 1.3.1. Должности санитарок устанавливаются из расчета 1 должность на:
- каждую должность врача-хирурга;
 - 4 должности врачей-дерматовенерологов;
 - 4 должности медицинских сестер по косметическим процедурам и процедурного кабинета;
 - 4 должности врачей-лаборантов, фельдшеров-лаборантов и лаборантов;
 - 2 должности медицинских сестер по физиотерапии;
 - регистратуру лечебницы с числом врачебных должностей не менее 10.
- 1.3.2. Должность сестры-хозяйки устанавливается в лечебнице с числом врачебных должностей не менее 15.

2. Штатные нормативы медицинского персонала косметологических отделений (кабинетов) на хозрасчете или спецсредствах в составе городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек

2.1. Врачебный персонал

2.1.1. Должности врачебного персонала устанавливаются в соответствии с пп. 1.1.1 - 1.1.2.

2.1.2. Должность заведующего отделением - врача-дерматовенеролога устанавливается при числе врачебных должностей в отделении не менее 3,5 вместо должности врача.

2.2. Средний медицинский персонал

2.2.1. Должности среднего медицинского персонала устанавливаются в соответствии с пп. 1.2.1 - 1.2.3, 1.2.7 - 1.2.10.

2.3. Младший медицинский персонал

2.3.1. Должности младшего медицинского персонала устанавливаются в соответствии с пп. 1.3.1 - 1.3.2.

Примечания:

1. Установление должностей медицинского персонала сверх полагающихся по настоящим штатным нормативам не допускается.

2. В штатные расписания могут вводиться только целые, 0,25; 0,5 или 0,75 должности.

Округление по одноименным должностям производится в целом на учреждение в следующем порядке:

- итоговые цифры менее 0,13 отбрасываются; цифры 0,13 - 0,37 округляются до 0,25; цифры 0,38 - 0,62 округляются до 0,5; цифры 0,63 - 0,87 округляются до 0,75, а свыше 0,87 - до единицы.

3. Для проведения высококвалифицированных консультаций разрешается приглашение специалистов-консультантов из других учреждений.

Приложение N 7 к Приказу Министерства здравоохранения СССР
от 28 декабря 1982 г. N 1290

Наименование органа здравоохранения, выдавшего справку

Союзная республика

Автономная республика, край, область

Автономный округ, автономная область

Главному врачу

(наименование учреждения)

тов.

Почтовый индекс

Город

Улица _____ N дома

СПРАВКА

о плановых показателях для расчета штата
косметологической лечебницы

При расчете числа должностей в соответствии с Приказом
Министерства
здравоохранения СССР от 28 декабря 1982 г. N 1290 для составления
штатного

расписания на 198_ г. руководствуйтесь следующими данными:

Для лечебницы устанавливается следующий объем работы:

Число посещений в год к врачам-дерматовенерологам _____

Число посещений в год к врачам-хирургам _____
 Число процедур, выполняемых в
 косметологической лечебнице за год (всего) _____
 45

в том числе:

N п/п	Содержание работы <*>	Число процедур
	Физиотерапевтическому кабинету устанавливается годовой объем работы (условных физиотерапевтических единиц)	
	(наименование должности руководителя органа здравоохранения)	(подпись)
	" " _____ 19__ г.	

<*> Содержание работ определяется в соответствии с действующими нормами времени на эти работы. В настоящее время действуют нормы, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения СССР от 30.12.76 N 1250.

Примечание: изменение данных справки производится только по указанию органа здравоохранения, выдавшего ее.

Приложение №2 (выписка).

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ №415Н ОТ
07.07.2009

Приказ Минздравсоцразвития России №415н от 7 июля 2009 г.

Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения

В соответствии с пунктом 5.2.2 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080; 2008, № 11, ст. 1036; № 15, ст. 1555; № 23, ст.

46

2713; № 42, ст. 4825; № 46, ст. 5337; № 48, ст. 5618; 2009, № 2, ст. 244; № 3, ст. 378; № 6, ст. 738; № 12, ст. 1427, 1434), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения согласно приложению.

Министр

Т.А. Голикова

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации от 7 июля 2009 г. №415

Квалификационные требования
к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и
фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения

Специальность «Дерматовенерология»	
Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «060101 Лечебное дело», «060103 Педиатрия»
Послевузовское образование	Интернатура или (и) ординатура по специальности «Дерматовенерология»
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-дерматовенеролог; руководитель структурного подразделения-врач-дерматовенеролог; врач приемного отделения (в специализированном учреждении здравоохранения или при наличии в учреждении здравоохранения

	соответствующего специализированного структурного подразделения)
Специальность «Косметология»	

47

Уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «060101 Лечебное дело», «060103 Педиатрия»
Послевузовское профессиональное образование или дополнительное образование	Ординатура по специальности «Косметология» или профессиональная переподготовка по специальности «Косметология» при наличии послевузовского профессионального образования по специальности «Дерматовенерология»
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-косметолог; руководитель структурного подразделения - врач - косметолог

Приложение №3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ 16 марта 2010 г. N 151н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА

ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И БОЛЬНЫМ ЛЕПРОЙ

В соответствии со статьей 37.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета

Российской Федерации, 1993, N 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 21) приказываю:

Утвердить:

Порядок оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля согласно приложению N 1;

Порядок оказания медицинской помощи больным лепрой согласно приложению N 2.

Министр Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение N 1 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 г. N 151н

48

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) дерматовенерологического профиля (далее - дерматовенерологические заболевания) в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения (далее - медицинские организации).

2. Больные с дерматовенерологическими заболеваниями получают первичную медико-санитарную и специализированную (в том числе высокотехнологичную) медицинскую помощь в медицинских организациях, осуществляющих свою деятельность в соответствии с приложениями NN 1-7 к настоящему Порядку.

3. В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи в муниципальном районе (амбулатория, центр общей врачебной (семейной) практики, поликлиника, участковая больница, районная больница, центральная районная больница), в городском округе и внутригородской территории города федерального значения (городская поликлиника, центр, медико-санитарная часть, городская больница) врачи-терапевты участковые и врачи других специальностей при выявлении у пациентов на коже и/или слизистых оболочках высыпаний, кожного зуда или при подозрении на инфекции, передаваемые половым путем, при наличии жалоб и/или симптомов уретрита, вульвовагинита, цервицита направляют больного к врачу-дерматовенерологу для установления диагноза и назначения лечения.

4. Врач общей практики (семейный врач), врач-педиатр могут устанавливать диагноз и оказывать медицинскую помощь пациентам (с обязательным направлением пациента для консультации дерматовенеролога): с атопическим дерматитом (легкой степени тяжести); пиодермиями (у детей); аллергодерматозами, в том числе крапивницей, аллергическим и простым контактным дерматитом и в случаях продолжения лечения пациентов, страдающих дерматозами, с ранее установленным диагнозом.

5. Врач общей практики (семейный врач), врач-педиатр направляют пациента для оказания специализированной медицинской помощи в следующих случаях:

необходимости подтверждения диагноза; отсутствия возможности установить диагноз; необходимости проведения дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования для проведения дифференциальной диагностики; отсутствия клинического эффекта от проводимой терапии; подозрении на наличие инфекций, передаваемых половым путем, при наличии субъективных жалоб и/или объективных симптомов уретрита, вульвовагинита, цервицита.

6. Специализированная медицинская помощь больным с дерматовенерологическими заболеваниями оказывается в следующих медицинских организациях:

кожно-венерологический диспансер; центр специализированных видов медицинской помощи; специализированная больница; клиника медицинской, научной или образовательной организации; лепрозорий; амбулаторно-поликлиническое

49

отделение, оказывающее медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля; кожно-венерологическое отделение для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

7. При выявлении у больного медицинских показаний к высокотехнологичным методам лечения помощь оказывается ему в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

8. При наличии медицинских показаний подростки направляются для оказания медицинской помощи в подростковый специализированный центр профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, осуществляющий свою деятельность в соответствии с приложением N 5 к настоящему Порядку.

9. При распространенных, тяжелых формах дерматозов, их торпидном течении, неэффективности терапии в амбулаторно-поликлинических условиях, для уточнения диагноза больные атопическим дерматитом, псориазом, в том числе псориазическим артритом, пузырьными дерматозами, лимфомой кожи, экземой, склеродермией, красным отрубевидным лишаем Девержи, болезнью Дарье и другими дерматозами направляются на стационарное лечение (в условиях круглосуточного и стационара дневного пребывания) в профильную специализированную медицинскую организацию.

10. Больным Т-клеточной лимфомой кожи проводятся дополнительная консультация и обследование в медицинских организациях, оказывающих помощь больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, с целью уточнения диагноза и решения вопроса о целесообразности проведения лечения в стационарных условиях медицинской организации дерматовенерологического профиля.

11. Больным склеродермией, красной волчанкой, дерматомиозитом, узловой эритемой, васкулитами кожи при наличии медицинских показаний показана консультация врача-ревматолога для исключения системного процесса.

12. Больным крапивницей и атопическим дерматитом по медицинским показаниям проводятся дополнительные аллерголого-иммунологические исследования.

13. Оказание лечебно-диагностической помощи пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, осложненными воспалительными заболеваниями органов малого таза и других органов, осуществляется совместно с профильными специалистами: врачами-акушерами-гинекологами, врачами-урологами, врачами-офтальмологами, врачами-колопроктологами.

14. Оказание лечебно-диагностической помощи беременным с инфекциями, передаваемыми половым путем, осуществляется совместно с врачами-акушерами-гинекологами.

15. Новорожденным в неонатальном периоде специфическое лечение осуществляется в роддоме или в инфекционном отделении детской больницы при совместном ведении врача-дерматовенеролога, врача-неонатолога и/или врача-педиатра. По заключению врача-неонатолога и/или врача-педиатра для продолжения лечения и/или уточнения диагноза возможен перевод в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля или инфекционное отделение

50

детской больницы.

16. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием помощи больным дерматовенерологического профиля, может повлечь возникновение болевых ощущений у пациента, такие манипуляции должны проводиться с обезболиванием.

Приложение N 1 к Порядку оказания медицинской помощи больным Дерматовенерологического профиля, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 г. N 151н

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

1. Настоящее Положение регулирует организацию деятельности кожно-венерологического диспансера.

2. Кожно-венерологический диспансер (далее - Диспансер) является медицинской организацией государственной и муниципальной систем здравоохранения и создается органом исполнительной субъекта Российской Федерации в области здравоохранения.

3. Количество Диспансеров и их мощность определяются с учетом особенностей и потребностей населения субъекта Российской Федерации в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, дерматовенерологической помощи больным.

4. Диспансер возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от нее органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения.

5. Структура Диспансера, численность медицинского и другого персонала устанавливаются руководителем Диспансера в зависимости от объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов (приложение N 6 к Порядку оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля, утвержденному настоящим Приказом).

6. При наличии на территории субъекта Российской Федерации более одного регионального Диспансера на один из них возлагаются функции организационно-методического руководства деятельностью по профилю. С этой целью в его структуре предусматривается создание организационно-методического отдела. В других диспансерах рекомендуется создание организационно-методических кабинетов.

7. Для обеспечения функций Диспансера в его структуре рекомендуется предусматривать:

- приемное отделение;
- стационар круглосуточного пребывания;
- дневной стационар;

51

- диагностическая лаборатория;
- отделение (кабинет) физиотерапевтических методов лечения;
- подростковый специализированный центр профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем;
- амбулаторно-поликлиническое отделение, в том числе регистратура, отделение (кабинет) терапевтической косметологии, микологический кабинет;
- организационно-методический отдел (кабинет);
- отдел программно-информационной поддержки;
- бухгалтерия;
- отдел кадров;
- финансово-экономический отдел;
- административно-хозяйственный отдел;
- другие отделения в соответствии с производственной необходимостью.

8. Диспансер осуществляет следующие функции:

- оказание специализированной медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля;
- диспансерное наблюдение больных кожными заболеваниями, инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями;
- проведение периодических и профилактических медицинских осмотров;
- организационно-методическое руководство по раннему выявлению и отбору в медицинских организациях на территории субъекта Российской Федерации больных с заболеваниями дерматовенерологического профиля, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, ежегодное прогнозирование и учет

числа нуждающихся, средней длительности ожидания и числа, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по поводу дерматовенерологических заболеваний в субъекте Российской Федерации;

проведение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления больных дерматовенерологического профиля;

анализ состояния и качества оказания специализированной медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля, эффективности профилактических мероприятий,

диагностики, лечения и диспансерного наблюдения;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;

внедрение в деятельность диспансера современных информационных технологий по учету заболеваемости и ведению медицинской документации;

ведение эпидемиологического мониторинга заболеваемости в организациях, оказывающих медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля;

участие в мониторинговании изменчивости и контроля качества лабораторной диагностики возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, на территории Российской Федерации;

52

участие в организации и проведении научно-практических мероприятий по вопросам дерматовенерологии;

клинико-экспертная оценка эффективности и качества оказания лечебно-диагностической помощи больным дерматовенерологического профиля врачами общей практики, а также другими специалистами медицинских организаций;

организация и проведение санитарно-гигиенической работы среди населения по

профилактике заболеваний дерматовенерологического профиля.

В Диспансере назначается ответственный за проведение противолепрозных мероприятий, прошедший обучение в установленном порядке.

Диспансер в своей работе взаимодействует с медицинскими образовательными и научными организациями, национальными и региональными (в том числе научными) сообществами врачей.

9. Диспансер может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

Приложение N 2 к Порядку оказания медицинской помощи больным Дерматовенерологического профиля, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 г. N 151н

ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕ (КАБИНЕТЕ)
КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

1. Настоящее Положение регулирует вопросы деятельности организационно-методического отдела (кабинета) кожно-венерологического диспансера.

2. В структуре кожно-венерологического диспансера субъекта Российской Федерации (далее - Диспансер), выполняющего функции организационно-методического руководства, рекомендуется создание организационно-методического отдела (далее - Отдел).

В других диспансерах, находящихся на территории данного субъекта Российской Федерации, рекомендуется создание организационно-методических кабинетов (далее - Кабинет).

3. Отдел обеспечивает организационно-методическую работу по вопросам совершенствования профилактики, диагностики и лечения больных дерматовенерологического профиля.

4. Руководство Отделом осуществляет заведующий Отделом или заместитель руководителя Диспансера по организационно-методической работе.

5. Основные функции Отдела:
ведение эпидемиологического мониторинга заболеваемости дерматовенерологического профиля;

53

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;

анализ распространенности заболеваний дерматовенерологического профиля на

территории соответствующего субъекта Российской Федерации;

участие в системе мониторинга на территории Российской Федерации изменчивости и контроля качества лабораторной диагностики возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, на территории Российской Федерации;

участие в разработке региональных целевых программ, распорядительных документов,

внедрение и практическая реализация применения стандартов медицинской помощи и других документов по совершенствованию профилактики, диагностики и лечения заболеваний дерматовенерологического профиля на территории субъекта Российской Федерации;

обеспечение организационно-методического руководства деятельности организаций, оказывающих медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля, в том числе по ведению статистического учета и отчетности;

внедрение в деятельность диспансера современных информационных технологий, в том числе медицинских информационных систем;

организация диспансерного наблюдения больных дерматовенерологического профиля;

организация и обеспечение повышения квалификации и аттестации медицинского персонала.

6. Основные функции Кабинета:

осуществление учета заболеваний дерматовенерологического профиля и ведение отчетной документации с использованием современных информационных технологий с последующей передачей полученной информации в организационно-методический отдел соответствующего кожно-венерологического диспансера;

организационно-методическое руководство деятельности организаций, оказывающих медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля, в том числе ведение статистического учета и отчетности;

планирование и организация профилактической работы среди обслуживаемого и

прикрепленного населения.

7. Структура Отдела (Кабинета) и штатная численность медицинского и другого персонала устанавливаются руководителем организации, в составе которой создан Отдел (Кабинет), исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения.

Приложение N 3 к Порядку оказания медицинской помощи больным
Дерматовенерологического профиля, утвержденному
Приказом Министерства

54

здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 16 марта 2010 г. N 151н

ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ
ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

1. Настоящее Положение определяет организацию деятельности амбулаторно-

поликлинического отделения, оказывающего медицинскую помощь больным

дерматовенерологического профиля.

2. На должность врача-дерматовенеролога амбулаторно-поликлинического отделения медицинской организации назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. N 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г. N 14292), по специальности "дерматовенерология".

3. В амбулаторно-поликлиническом отделении проводится профилактика, диагностика, лечение и диспансерное наблюдение:

больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, косметическими дефектами кожи,

инфекциями, передаваемыми половым путем и ассоциированными заболеваниями,

направляемых врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и врачами других специальностей;

лиц с повышенным риском дерматовенерологических заболеваний, направляемых кабинетами медицинской профилактики, кабинетами доврачебного контроля поликлиник.

4. Структура амбулаторно-поликлинического отделения и штатная численность

медицинского и другого персонала устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создано данное отделение, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения.

5. В структуре амбулаторно-поликлинического отделения рекомендуется предусмотреть следующие кабинеты:

для оказания лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями кожи, в том числе новообразованиями кожи;

для оказания лечебно-диагностической помощи больным с микозами гладкой кожи и ее придатков;

55

для оказания лечебно-диагностической помощи больным с инфекциями, передаваемыми половым путем;

для оказания лечебно-диагностической помощи детскому населению;

для оказания лечебно-диагностической помощи при косметических дефектах кожи;

процедурный;

функциональной диагностики;

физиотерапевтических методов лечения.

6. Кабинеты, указанные в пункте 5 настоящего Положения, оснащаются в соответствии со стандартом оснащения, утвержденным приложением N 7 к Порядку оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля, утвержденному настоящим Приказом.

Приложение N 4 к Порядку оказания медицинской помощи больным
Дерматовенерологического профиля, утвержденному
Приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 16 марта 2010 г. N 151н

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

1. Настоящее Положение определяет организацию деятельности стационарного отделения, оказывающего медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля, создаваемых в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения (далее - Отделение).

2. Отделение возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой оно создано.

На должность заведующего Отделением медицинской организации назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. N 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г. N 14292), по специальности "дерматовенерология".

3. На должность врача-дерматовенеролога Отделения назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. N 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г. N 14292), по специальности "дерматовенерология".

4. Структура Отделения и штатная численность медицинского и другого его персонала устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе

56

которой создано Отделение, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов (приложение N 6 к Порядку оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля, утвержденному настоящим Приказом).

5. Отделение осуществляет госпитализацию и оказание в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи больных со следующими заболеваниями и состояниями:

тяжелые заболевания кожи и ее придатков;

дерматозы, требующие сложного диагностического поиска;

инфекции, передаваемые половым путем, при наличии следующих показаний:

беременные, больные сифилисом, нуждающимся в специфическом и профилактическом лечении при совместном консультировании акушера-гинеколога;

дети, больные врожденным сифилисом;

дети с приобретенным сифилисом до среднего школьного возраста (до 10 лет) и/или при наличии соматической патологии совместно с профильными специалистами;

больные сифилисом, требующие регулярного проведения лечебных процедур.

Приложение N 5 к Порядку оказания медицинской помощи больным
Дерматовенерологического профиля, утвержденному Приказом
Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 16 марта 2010 г. N 151н

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПОДРОСТКОВОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ
ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

1. Настоящее Положение определяет организацию деятельности подросткового специализированного центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем (далее - Центр).

2. Центр организуется для оказания амбулаторно-поликлинической помощи несовершеннолетним подросткам с инфекциями, передаваемыми половым путем (далее - ИППП), в том числе с уrogenитальными инфекционными заболеваниями, и проведения мероприятий, направленных на профилактику инфекций, передаваемых половым путем.

3. Центр создается руководителем медицинской организации дерматовенерологического профиля.

Центр рекомендуется создавать в отдельно расположенном здании или с отдельным от других подразделений медицинской организации входом для пациентов.

57

4. Количество Центров, их мощность определяются с учетом особенностей и потребностей населения субъекта Российской Федерации.

5. Центр возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от нее руководителем медицинской организации, в составе которой он создан.

6. В структуре подросткового специализированного центра рекомендуется предусматривать:

регистратуру;
консультативно-диагностическое отделение (кабинеты оказания лечебно-диагностической помощи);
отделение психологической помощи;
процедурный кабинет.

7. Основными функциями организационно-методического Центра являются:

консультативная помощь несовершеннолетним по телефону "горячей линии" и при необходимости направляют нуждающихся на медицинский прием либо переадресует звонки в службы, оказывающие социальную поддержку несовершеннолетним;

разъяснительная работа по профилактике ИППП и ВИЧ-инфекции, вопросам половой и личной гигиены в рамках консультативных приемов и при проведении лекций и семинаров в образовательных учреждениях города;

разработка и распространение информационных материалов по вопросам профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции среди молодежи;

организационные и обучающие мероприятия для добровольцев, с целью их дальнейшей работы, направленной на профилактику ИППП, в среде целевых групп;

лечение пациентов в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Приложение N 6 к Порядку оказания медицинской помощи больным
Дерматовенерологического профиля, утвержденному Приказом
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 16 марта 2010 г. N 151н

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА ОРГАНИЗАЦИЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ

1. Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала стационарного отделения, оказывающего медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля

58

(в том числе лепрозориев)

Наименование должностей круглосуточно	Количество должностей при работе
Врач-дерматовенеролог дерматовенерологического отделения	1 должность на 15 коек
Врач-эндокринолог	0,5 должности на отделение

Врач-терапевт 0,5 должности на отделение
Врач-офтальмолог 0,5 должности на отделение
Врач-педиатр <*> 1 должность
Заведующий отделением - врач-дерматовенеролог 1
Старшая медицинская сестра 1
Медицинская сестра (палатная) 1 круглосуточный пост на отделение
Медицинская сестра процедурной 1 должность на 15 коек
Младшая медицинская сестра по уходу за больными или санитарка (палатная) 0,5 должности на 15 коек
Санитарка-буфетчица 0,5 должности на 15 коек

59

Санитарка-уборщица 1 должность на 15 коек
Сестра-хозяйка 1
<*> При наличии детского отделения.
Наименование должностей Количество должностей при работе стационара дневного пребывания

Врач-дерматовенеролог 1 должность на 10 коек дерматовенерологического отделения
Заведующий отделением - врач-дерматовенеролог 1
Старшая медицинская сестра 1
Медицинская сестра (палатная) 1 должность на 10 коек
Медицинская сестра процедурной 1 должность на 10 коек
Младшая медицинская сестра по уходу за больными или санитарка (палатная) 1 должность на 10 коек
Санитарка-буфетчица 1 должность на 10 коек
Санитарка-уборщица 1 должность на 10 коек
Сестра-хозяйка 1

60

2. Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала амбулаторно-поликлинического отделения, оказывающего медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля

Наименование должностей Количество должностей
Врач-дерматовенеролог 1 должность на 20000 прикрепленного и дерматовенерологического обслуживаемого населения. кабинета
Норма нагрузки врача-дерматовенеролога на

амбулаторном приеме: |
лечебно-диагностический прием (в т.ч. |
повторный) - 20 мин.; |
консультативный прием - 30 мин.; |
консультативный прием (на выезде) - 40 мин. |
(без учета времени на дорогу); |
профилактический осмотр - 10 мин.; |
периодический мед. осмотр - 12 мин. |

Заведующий амбулаторно- | 1 должность при наличии 5-10 врачебных |
поликлиническим отделением | должностей |

Старшая медицинская | 1 |
сестра | |

Врач-физиотерапевт | Не менее 1 |

Врач ультразвуковой | Не менее 1 |
диагностики | |

Медицинский психолог | Не менее 1 |

Врач-косметолог | Не менее 1 |

61

Врач-миколог | Не менее 1 |

Врач-гинеколог | Не менее 1 |

Врач-уролог | Не менее 1 |

Медицинская сестра | 0,5-1 должность на каждую должность врача |

Медицинская сестра | Не менее 2 должностей на отделение (2 смены) |
процедурной | |

Медицинская сестра по | Не менее 2 должностей на организацию (2
смены) |
физиотерапии | |

Санитарка | 1 должность на 3 кабинета |

3. Рекомендуемые штатные нормативы персонала организационно-методического отдела кожно-венерологического диспансера
Заведующий организационно-методическим отделом 1
Врач-статистик 0,5 должности на 100 тыс. населения зоны обслуживания
Врач отделения профилактики 1
Врач эпидемиологического подразделения 1
Медицинская сестра (эпидемиологического подразделения) 0,5 должности на 100 тыс. населения зоны обслуживания
Медицинский статистик 2
Инженерно-технический персонал 1

Приложение N 7 к Порядку оказания медицинской помощи больным
Дерматовенерологического профиля, утвержденному
Приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 16 марта 2010 г. N 151н

62

СТАНДАРТ
ОСНАЩЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО И
СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ
ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

1. Стандарт оснащения кабинетов для оказания лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями кожи, в том числе новообразованиями кожи
N Наименование медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения и др. Требуемое количество, шт.
1. Рабочее место врача По требованию
2. Дерматоскоп 1
3. Аппарат для удаления клинических проявлений доброкачественных новообразований кожи 1
4. Сфигноманометр 1

5. Набор медицинских инструментов По требованию
6. Персональный компьютер с принтером 1
7. Лупа с подсветкой 1
8. Кушетка медицинская 1
9. Бактерицидный рециркулятор 1
10. Стерилизатор ультрафиолетовый для медицинских инструментов 1
11. Медицинское оборудование для криотерапии, в том числе криодеструкции 1

2. Стандарт оснащения кабинетов для оказания лечебно-диагностической помощи больным с микозами гладкой кожи и ее придатков

N	Наименование медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения и др.	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место врача	По требованию
2.	Дерматоскоп	1
3.	Лампа Вуда для осмотра больных в затемненном помещении	1
4.	Комплект оборудования для обработки кожи, ногтей пластинок кистей и стоп	1

63

5.	Сфигноманометр	1
6.	Набор медицинских инструментов	По требованию
7.	Персональный компьютер с принтером	1
8.	Лупа с подсветкой	1

9.	Кушетка медицинская	1
----	---------------------	---

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация пунктов в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа.

9.	Бактерицидный рециркулятор	1
----	----------------------------	---

3. Стандарт оснащения кабинетов для оказания лечебно-диагностической помощи больным с инфекциями, передаваемыми половым путем, и подросткового специализированного центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем

N Наименование медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения и др. Требуемое количество, шт.

1. Рабочее место врача По требованию
2. Гинекологическое кресло 1
3. Кольпоскоп 1
4. Вагиноскоп 1
5. Сфигноманометр 1
6. Набор медицинских инструментов По требованию
7. Персональный компьютер с принтером 1
8. Лампа для гинекологического осмотра 1
9. Кушетка медицинская 1
10. Бактерицидный рециркулятор 1
11. Аппарат для удаления клинических проявлений доброкачественных новообразований кожи и слизистых 1
12. Стерилизатор ультрафиолетовый для медицинских инструментов 1

64

13. Уретроскоп 1
14. Медицинское оборудование для проведения комплексного лечения осложнений, вызванных инфекциями, передаваемыми половым путем 1
15. Медицинское оборудование для криотерапии, в том числе криодеструкции 1

4. Стандарт оснащения кабинетов для оказания лечебно-диагностической помощи для оказания лечебно-диагностической помощи детскому населению

N Наименование медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения и др. Требуемое количество, шт.

1. Рабочее место врача По требованию
2. Дерматоскоп 1
3. Аппарат для удаления клинических проявлений доброкачественных новообразований кожи 1

4. Сфигноманометр 1
 5. Набор медицинских инструментов По требованию
 6. Персональный компьютер с принтером 1
 7. Лупа с подсветкой 1
 8. Кушетка медицинская 1
 9. Бактерицидный рециркулятор 1
 10. Стерилизатор ультрафиолетовый для медицинских инструментов 1
 11. Медицинское оборудование для криотерапии, в том числе криодеструкции 1
 12. Пеленальный столик 1
5. Стандарт оснащения кабинетов функциональной диагностики, создаваемого в структуре медицинской организации дерматовенерологического профиля
- N Наименование медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения и др.
Требуемое количество, шт.
1. Рабочее место врача По требованию
 2. Видеодерматоскоп 1
 3. Аппарат для ультразвукового исследования с датчиком для сканирования кожи 1
 4. Набор медицинских инструментов По требованию
 5. Электрокардиограф 1
 6. Персональный компьютер с принтером 1
 7. Лупа с подсветкой 1
 8. Кушетка медицинская 1
 9. Бактерицидный рециркулятор 1
 10. Аппаратура для определения морфофункциональных параметров кожи 1
 11. Аппаратура для определения функционального состояния волос 1

65

6. Стандарт оснащения отделения физиотерапии, создаваемого в структуре медицинской организации дерматовенерологического профиля
- N Наименование медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения Требуемое количество, шт.
1. Аппарат для низкоинтенсивной лазеротерапии красного спектра 1
 2. Аппарат для низкоинтенсивной магнитолазеротерапии 1
 3. Аппарат для проведения локальной ПУВА-терапии на волосистую часть головы (сочетанное применение ультрафиолетового излучения 320-400 нм и псораленовых фотосенсибилизаторов) 2
 4. Аппарат для проведения локальной ПУВА-терапии на область конечностей (сочетанное применение ультрафиолетового излучения 320-400 нм и псораленовых фотосенсибилизаторов) 1

5. Ультрафиолетовая кабина для проведения дальней длинноволновой УФА-1 терапии (340-400 нм) 1
6. Ультрафиолетовая кабина для проведения общей ПУВА-терапии (сочетанное применение ультрафиолетового излучения 320-400 нм и псораленовых фотосенсибилизаторов) 2
7. Ультрафиолетовая кабина для проведения общей узкополостной средневолновой фототерапии (311 нм) 1
8. Установка для проведения локальной фототерапии (308 нм) 1
9. Ванна бальнеологическая 1
10. Дерматоскоп 2
11. Рабочее место врача По требованию
12. Прибор УВ-метр 1
13. Сфигноманометр 2

7. Стандарт оснащения стационарных подразделений, оказывающих медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля
- N Наименование медицинского оборудования, инструментария Требуемое количество, шт. для круглосуточного стационара (50 коек) для дневного стационара (10 коек)
1. Дерматоскоп 5 2
 2. Рабочее место врача По требованию По требованию
 3. Персональный компьютер По требованию По требованию
 4. Облучатель бактерицидный 25 8
 5. Сфигноманометр 5 5

Приложение N 2 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 г. N 151н

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЛЕПРОЙ

66

1. Настоящее Положение регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным лепрой в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.
2. Медицинские организации, оказывающие дерматовенерологическую помощь населению, выявляют больных лепрой и организывают их госпитализацию в лепрозории (далее - противолепрозные учреждения).
3. В рамках первичной медико-санитарной помощи в муниципальном районе (амбулатория, центр общей врачебной (семейной) практики, поликлиника, участковая больница, районная больница, центральная районная больница), в городском округе и внутригородской территории города федерального значения (городская поликлиника, центр, медико-санитарная

часть, городская больница) врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи),

врачи-педиатры, врачи бригад скорой помощи, врачи-дерматовенерологи и другие врачи-специалисты при подозрении у пациента заболевания лепрой проводят осмотр кожного покрова,

видимых слизистых, пальпацию лимфатических узлов, с исследованием тактильной, болевой и температурной чувствительности в области имеющих поражений кожи.

При наличии симптомов, позволяющих предположить заболевание лепрой, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-педиатры, врачи бригад скорой помощи, врачи-дерматовенерологи и другие врачи-специалисты, выявившие такие симптомы, направляют пациента для консультации в кожно-венерологический диспансер субъекта Российской Федерации для уточнения диагноза.

4. В случае подтверждения диагноза сотрудник кожно-венерологического диспансера, ответственный за проведение противолепрозных мероприятий, направляет больного на госпитализацию в противолепрозное учреждение в соответствии с зонами курации данного вида учреждений.

5. Госпитализации в противолепрозные учреждения подлежат:

больные с лепроматозной и пограничной лепрой;

больные с туберкулоидной и недифференцированной лепрой при наличии распространенных поражений, а также в случаях, если в соскобах со слизистой носа и скарификатах кожи обнаруживаются микобактерии лепры;

больные, выписанные на диспансерное наблюдение, при возникновении рецидива болезни;

больные при неэффективности амбулаторного лечения;

больные пожилого возраста с осложнениями лепрозного процесса.

6. Больные туберкулоидной или недифференцированной лепрой с ограниченными кожными проявлениями и отрицательными результатами бактериоскопических исследований проходят лечение в амбулаторно-поликлинических условиях у врача-дерматовенеролога преимущественно по месту жительства.

7. После достижения клинического регресса больные выписываются из противолепрозного учреждения на диспансерное наблюдение, которое включает

оказание медицинской помощи больным с лепрой, включая специфическую терапию,

лечение осложнений лепрозного процесса, противорецидивное лечение, в соответствии со стандартами медицинской помощи в установленном порядке;

оценка перевода на амбулаторный этап лечения больных лепрой и диспансерное наблюдение;

ежегодное обследование больных лепрой, переведенных на амбулаторное лечение и диспансерное наблюдение;

проведение профилактических мероприятий, связанных с предупреждением и распространением лепры на территории Российской Федерации;

осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

10. Больные, переведенные на диспансерное наблюдение, один раз в год обследуются в кожно-венерологическом диспансере субъекта Российской Федерации с представлением результатов обследования в зональное противолепрозное учреждение в соответствии с действующим законодательством.

11. Противолепрозные учреждения поддерживают условия (материально-техническое обеспечение, уровень подготовки кадров), необходимые для оказания медицинской помощи больным лепрой в случае возникновения вспышки данного заболевания.

амбулаторно-поликлиническое лечение в кожно-венерологических диспансерах преимущественно по месту жительства.

8. Структура противолепрозного учреждения, численность медицинского и другого персонала устанавливаются руководителем противолепрозного учреждения в зависимости от объема проводимой лечебно-диагностической работы и уровня заболеваемости с учетом рекомендуемых штатных нормативов (приложение N 6 к Порядку оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля, утвержденному настоящим Приказом).

9. Противолепрозные учреждения осуществляют следующие функции: