

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv104616>

Новости



Хроника Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова (МОДВ основано 4 октября 1891 г.) Бюллетень заседания МОДВ № 1146

А.Б. Яковлев¹, И.С. Максимов²¹ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

15 февраля 2022 года состоялось 1146-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Встреча проходила в удалённом формате. Всего присутствовало 108 участников. Принят в члены МОДВ один кандидат.

Представлены три клинических наблюдения. Первое из них — случай гигантоклеточной кольцевидной гранулёмы с обширным поражением кожи. Кольцевидная гранулёма — доброкачественный дерматоз неясной этиологии, склонный к самопроизвольному разрешению; возникает как реакция на ультрафиолетовое излучение на фоне лимфопролиферативных или аутоиммунных заболеваний, саркоидоза, хронических заболеваний лёгких, рака простаты. В представленном случае клинический диагноз подтверждён гистологическим исследованием.

Второе выступление было посвящено ливедоидной васкулопатии со склонностью к тромботическим осложнениям. Это относительно редкое заболевание, которое исключено из группы васкулитов из-за одной отличительной особенности — выраженной склонности к тромбообразованию при отсутствии указаний на первичный характер воспаления. В терапии кроме медикаментозных средств обязательным является назначение витаминов.

Третье наблюдение касалось карциномы Меркеля — одной из относительно редких, но крайне агрессивных форм рака кожи с эпителиальной и нейроэндокринной дифференцировкой, которая по агрессивности течения и склонности к метастазированию превосходит меланому. Из-за редкой встречаемости опухоли часты ошибки диагностики. Диагностика требует гистологического и иммуногистохимического исследования. Любая «воспалившаяся атерома» или синовиальная киста, рецидивирующая после хирургического лечения, должна настораживать.

Научные доклады были посвящены биологической терапии псориаза — хронического системного иммуноассоциированного заболевания мультифакториальной природы с наследственной предрасположенностью, характеризующегося образованием воспалительных папул и бляшек, часто с поражением суставов (артропатия), ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами и хемокинами. Второй научный доклад содержал информацию о современных подходах к лечению акантолитической пузырчатки.

Ключевые слова: МОДВ; хроника; история.

Для цитирования:

Яковлев А.Б., Максимов И.С. Хроника Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова (МОДВ основано 4 октября 1891 г.). Бюллетень заседания МОДВ № 1146 // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2022. Т. 25, № 1. С. 85–91. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv104616>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv104616>

News

Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Dermatovenereology and Cosmetology Society (MSDC was founded on October 4, 1891) Bulletin of the MSDC № 1146

Alexey B. Yakovlev¹, Ivan S. Maximov²¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russian Federation² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

On February 15, 2022, the 1146th meeting of the Moscow Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists named after A.I. Pospelov took place.

The meeting was held in a “remote” format. There were 120 participants in total. Accepted as a member of MSDC 1 person.

Three clinical observations are presented. The first of them is a case of giant-cell variant of annular granuloma with extensive skin lesions. Annular granuloma is a benign dermatosis of unclear etiology, prone to spontaneous resolution; it occurs as a reaction to ultraviolet radiation against the background of lymphoproliferative or autoimmune diseases, sarcoidosis, chronic lung diseases, prostate cancer. In the presented case, the clinical diagnosis was confirmed by histological examination.

The second presentation was devoted to livedoid vasculopathy with a tendency to thrombotic complications. This is a relatively rare disease that is excluded from the group of vasculitis due to one distinctive feature — a pronounced tendency to thrombosis in the absence of indications of the primary nature of inflammation. In therapy, in addition to medications, the appointment of vitamins is mandatory.

The third observation concerned Merkel's carcinoma, one of the relatively rare but extremely aggressive most malignant forms of skin cancer. With epithelial and neuroendocrine differentiation, which is superior to melanoma in terms of aggressiveness of the course and tendency to metastasis. Due to the rare occurrence of the tumor, diagnostic errors are frequent. Diagnosis requires histological and immunohistochemical examination. Any “inflamed atheroma” or synovial cyst that recurs after surgical treatment should be alarming.

Scientific reports were heard on the biological therapy of psoriasis, a chronic systemic immunoassociated disease of a multifactorial nature with a hereditary predisposition characterized by the formation of inflammatory papules and plaques, often with joint damage (arthropathy), accelerated proliferation of epidermocytes and a violation of their differentiation, an imbalance between pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines and chemokines. And the second scientific report contained information about modern approaches to the treatment of acantholytic pemphigus.

Keywords: MSDC; chronicle; history.

For citation:

Yakovlev AB, Maximov IS. Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Dermatovenereology and Cosmetology Society (MDCS was founded on October 4, 1891). Bulletin of the MDCS meeting N 1146. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2022;25(1):85–91. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv104616>

ОТ РЕДАКЦИИ

15 февраля 2022 года состоялось очередное, 1146-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Заседание проводилось в удалённом формате.

Присутствовало 108 участников.

В Президиуме конференции: Председатель Правления МОДВ проф. О.Ю. Олисова, проф. Е.С. Снарская, профессор К.М. Ломоносов, профессор Н.П. Теплюк, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО ЦГМА Управления делами Президента РФ к.м.н. А.Б. Яковлев.

По традиции перед началом клинической части проведён приём новых членов МОДВ. Была подана одна заявка — от врача Федерального научно-клинического центра физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства России Е.А. Фещук. Кандидат принят в члены МОДВ единогласно.

В Повестке дня заседания были следующие вопросы.

1. Клинические случаи:

- *Гигантоклеточный вариант кольцевидной гранулёмы* (Егорова Е.П.; ГНЦ дерматовенерологии и косметологии);
- *Ливедоидная васкулопатия* (Мельникова Ю.Е., Шестакова Л.А., Грабовская О.В.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова);
- *Карцинома Меркеля* (Дубинич А.Д., Вертиева Е.Ю.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

2. Научные доклады:

- *Современный подход к лечению среднетяжёлого и тяжёлого псориаза* (к.м.н. Игнатьев Д.В., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова);
- *К вопросу о лечении аутоиммунной пузырчатки* (проф. Теплюк Н.П., к.м.н. Лепехова А.А., Антоник Ю.Б.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ПОВЕСТКИ ДНЯ ЗАСЕДАНИЯ

Гигантоклеточный вариант кольцевидной гранулёмы (Егорова Е.П.; ГНЦ дерматовенерологии и косметологии)

Кольцевидная гранулёма (КГ) — доброкачественный дерматоз неясной этиологии, склонный к самопроизвольному разрешению. Может возникать как реакция на ультрафиолетовое излучение, на фоне лимфопролиферативных или аутоиммунных заболеваний, саркоидоза, хронических заболеваний лёгких, рака простаты. Гигантоклеточный вариант КГ был описан в 1979 г.

В качестве клинического случая представлена пациентка 64 лет с универсальным гранулематозным процессом, располагающимся на коже шеи, живота, спины,

верхних конечностей. Процесс представлен папулёзными высыпаниями на эритематозном фоне.

Генерализованные случаи КГ встречаются в 8–15% случаев. Болеют чаще взрослые женщины.

В данном случае клинический диагноз подтверждён гистологическим исследованием: обнаружены лимфоидно-гистиоцитарные гранулёмы в дерме в сочетании с дегенерацией соединительной ткани дермы и отложением в ней муцина.

Ливедоидная васкулопатия (Мельникова Ю.Е., Шестакова Л.А., Грабовская О.В.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Ливедоидная васкулопатия (ЛВ) — относительно редкое заболевание, раннее относимое к группе васкулитов под названием «ливедо-ангиит». Отличительной особенностью патогенеза ЛВ является выраженная склонность к тромбообразованию при отсутствии указаний на первичный характер воспаления, в связи с чем заболевание было с 2018 г. исключено из группы васкулитов.

В исходе данного процесса могут появляться и исчезать язвы, белая атрофия кожи Милиана, склеродермоподобные изменения кожи.

ЛВ часто сочетается с антифосфолипидным синдромом, системной красной волчанкой, онкологическими заболеваниями.

В терапии ЛВ используются гепарин и его производные; дипиридамол, пентоксифиллин, различные нестероидные противовоспалительные препараты, системные глюкокортикостероиды (ГКС); гидроксихлорохин; азатиоприн, циклофосфамид; биологические препараты (ритуксимаб). Обязательным назначением являются витамины — фолиевая кислота, Е, С, В₆, В₁₂.

Карцинома Меркеля (Дубинич А.Д., Вертиева Е.Ю.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Карцинома Меркеля (КМ) — относительно редкая, но крайне агрессивная форма рака кожи с эпителиальной и нейроэндокринной дифференцировкой. По агрессивности течения и склонности к метастазированию превосходит меланому. Пятилетняя выживаемость с момента установления диагноза обычно не превышает 15%. КМ описана Сайролом Токером в 1972 г.

Ежегодная заболеваемость в мире — от 1 до 16 случаев на 10⁶, в России — до 6 случаев на 10⁶.

Часты ошибки диагностики из-за редкой встречаемости опухоли. Кроме гистологического требуется ещё и иммуногистохимическое исследование. Любая «воспалившаяся атерома», или синовиальная киста, рецидивирующая после хирургического лечения, должна настораживать.

КМ не имеет прямого отношения к чувствительным клеткам Меркеля, ответственным за тактильную чувствительность. Остаётся неизвестным, из каких клеток происходит опухоль: по-видимому, это так называемые плюрипотентные стволовые клетки дермы, приобретающие

нейроэндокринную дифференцировку при злокачественной трансформации.

Основная теория происхождения опухоли — онкогенный вирус, нарушающий геном клеток.

Чаще болеют пациенты старше 65 лет, без особых различий в гендерном соотношении, со светлой кожей, уже имеющие какие-либо гематологические, иммуно-супрессивные заболевания, либо получающие ПУВА-терапию по поводу псориаза.

Опухоль располагается в 50% случаев на голове и шее, в 40% — на конечностях. Характерен быстрый рост и раннее метастазирование. При обследовании пациента необходима биопсия сторожевого лимфатического узла.

При метастазах назначают химиотерапию (этопозид в комбинации с препаратами платины), либо биологическую терапию (пенбролизумаб, ниволумаб, авелумаб).

НАУЧНЫЕ ДОКЛАДЫ

Современный подход к лечению среднетяжёлого и тяжёлого псориаза (к.м.н. Игнатьев Д.В., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Псориаз — хроническое системное иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с наследственной предрасположенностью, проявляющееся образованием воспалительных папул и бляшек, часто сочетающееся с поражением суставов (артропатия), характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами и хемокинами.

Тяжёлым считается распространённый процесс, резистентный к базисным системным препаратам и фототерапии. Кроме того, псориаз будет считаться тяжёлым при наличии артрита (особенно в стадии прогрессирования) и ониходистрофии.

В развитых странах псориазом страдают около 1–2% населения, в России интенсивный показатель — на уровне 264 пациентов на 10⁵ населения.

Современное представление об иммунопатогенезе псориаза основано на учении о дендритных клетках, которые, реагируя на факторы внешней среды, инфекционные агенты или даже аутоантигены, через систему интерлейкинов (IL-12, IL-6, IL-23, IL-17), а также через интерферон-гамма (IFN- γ) и фактор некроза опухоли альфа (TNF- α) запускают пролиферацию кератиноцитов. Одновременно происходит активация и привлечение иммунных клеток. Кроме пролиферации кератиноцитов в очаге поражения возникает иммунное воспаление, очень быстро приобретающее хроническое течение.

Соответственно стадиям этого процесса отработываются биологические препараты, выключающие отдельные звенья патогенетической цепи: против IL-12/23 — устекинумаб; против TNF- α — этанерцепт, инфликсимаб,

адалимумаб, цертолизумаб пегол; против IL-17 — секукинумаб, иксекизумаб, наталиумаб. IL-17 является ключевой мишенью не только при псориазе, но и при целом ряде других воспалительных заболеваний с наследственной предрасположенностью.

Псориазический артрит выявляется у 30% больных псориазом, поражение глаз (увеит, эписклерит) — у 7–20%. Метаболический синдром на фоне псориаза встречается в 2 раза чаще, чем в среднем в популяции. Инфаркты и инсульты также регистрируются с большей частотой у больных псориазом.

Тяжёлые и среднетяжёлые формы псориаза составляют от 35 до 50% всех случаев псориаза. Тяжесть течения псориаза оценивается по следующим шкалам (превышение показателя 10 по всем трём шкалам соответствует тяжёлому течению):

- BSA (Body surface area) — площадь поражённой кожи;
- PASI (Psoriasis Area and Severity Index) — индекс распространённости и тяжести псориаза;
- DLQI (Dermatology Life Quality Index) — дерматологический индекс качества жизни.

Для оценки эффективности проводимой терапии, кроме BSA, PASI и DLQI, используются шкалы:

- sPGA (static Physicians Global Assessment) — статическая шкала оценки тяжести псориаза врачом, включающая в себя оценку трёх компонентов клиники — инфильтрация, шелушение, эритема;
- NAPS (Nail Psoriasis Severity Index) — индекс тяжести псориазического поражения ногтей.

Псориаз среднего и тяжёлого течения требует назначения активной системной терапии.

На сегодняшний день в России только 2% пациентов с псориазом среднего и тяжёлого течения получают биологическую терапию (только наружную терапию получают 60% больных).

Терапевтические методики для лечения псориаза:

- 1) топические средства: топические глюкокортикостероиды (ГКС), топические препараты с витамином D3, топические препараты с активированным цинк-пиритионом, салициловой кислотой, дёгтем, ихтиолом, нафаланской нефтью;
- 2) фототерапия/фотохимиотерапия: селективная, узкополосная средневолновая, эксимерным УФ-светом, ПУВА-терапия с пероральными фотосенсибилизаторами, ПУВА-терапия с наружными фотосенсибилизаторами (ПУВА-ванны);
- 3) системная терапия: метотрексат, циклоспорин А, ацитретин;
- 4) биологическая терапия: устекинумаб; этанерцепт, инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пегол; секукинумаб, иксекизумаб, наталиумаб, гуселькумаб;
- 5) таргетные синтетические препараты: против фосфодиэстеразы — апремиласт, против янус-киназы — тофацитиниб.

Эффективность нетакимаба для PASI-75 составляет 85%, для PASI-100 — 35%.

К вопросу о лечении аутоиммунной пузырчатки (проф. Теплюк Н.П., к.м.н. Лепехова А.А., Антоник Ю.Б.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Истинная (акантолитическая) аутоиммунная пузырчатка (ИАП) — тяжёлое системное заболевание, при котором в крови образуются пемфигусные антитела класса IgG против десмоглеина десмосом клеток шиповатого слоя эпидермиса.

Наиболее тяжёлое течение наблюдается обычно при вульгарной пузырчатке. При ИАП нет противопоказаний к назначению системных ГКС.

Общие принципы лечения ИАП:

- 1) приём преднизолона (исключительно после еды): первый — в 7:00, второй — в 12:00;
- 2) в случае эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта целесообразно перевести пациента на внутривенное капельное введение системного ГКС в соответствующей дозе (доза по возможности повышается в 3 раза по сравнению с пероральной);
- 3) еженедельный контроль глюкозы в крови. При развитии стероидного сахарного диабета или его наличии в анамнезе частота контроля уровня глюкозы определяется эндокринологом;
- 4) контроль артериального давления в течение суток;
- 5) лечение начинают «ударными» суточными дозами ГКС до получения терапевтического эффекта;
- 6) первое снижение суточной дозы — на 1/4–1/3 от максимальной;
- 7) постепенно снижаем дозу ГКС до 20 мг преднизолона и сохраняем эту дозу в течение 1 мес;
- 8) дальше снижение дозы идёт очень медленно до минимальной поддерживающей;

- 9) пожизненно принимается поддерживающая доза ГКС.

Снижение малых доз ГКС:

- 1) доза снижается с 20 мг/сут на 1/4 таблетки в первый день; в остальные дни пациент получает прежнюю дозу;
 - 2) во 2-ю неделю в первый и второй дни идёт снижение на 1/4 таблетки, в 3-ю — в первый, второй и третий дни и т.д.;
 - 3) такое плавное снижение дозы позволяет за 2–2,5 года достигнуть поддерживающей пожизненной дозы 10 мг/сут; в отдельных случаях удастся дойти до 5 мг/сут, реже — совсем отменить преднизолон.
- Варианты усиления стероидной терапии:
- 1) если в течение первых 2–3 нед от начала лечения нет эффекта — дозу увеличивают на 1/3–1/2 от исходной;
 - 2) можно иногда заменить часть дозы преднизолона соответствующим количеством таблеток другого стероида (метипред, дексаметазон);
 - 3) иногда полностью заменяют преднизолон на метипред в количестве таблеток 1:1;
 - 4) часть дозы пациент может получать инъекционными ГКС (например бетаметазон), начиная с 2,0 мл (1 мл бетаметазона соответствует 6,6 таблетки преднизолона); триамцинолон по 40–80 мг 1 раз/нед, обычно выполняются 3 инъекции;
 - 5) пульс-терапия не заменяет перорального приёма ГКС, но позволяет быстрее снизить дозу до поддерживающей. Препаратом выбора является метилпреднизолон.

Схемы пульс-терапии:

- 1) однократно внутривенно вводят 1000 мг метилпреднизолона;

Таблица. Динамика снижения суточной дозы преднизолона после наступления клинического эффекта на максимальной дозе

Tabl. Dynamics of reduction in the daily dose of prednisolone after the onset of the clinical effect at the maximum dose

Этапы	Ступени	Доза
Основной	3–4-я нед	80–120 мг/сут
Первое снижение	–	1/4–1/3 → 60–90 мг/сут
	1-я, 3 нед	65–70 мг/сут
	2-я, 1 нед	55–60 мг/сут
	3-я, 1 нед	45–50 мг/сут
Этап ступенчатого снижения	4-я, 1 нед	37,5–40 мг/сут
	5-я, 1 нед	32,5–35 мг/сут
	6-я, 1 нед	30 мг/сут
	7-я, 1 нед	По 2,5–1,25 мг/сут одномоментно
Этап снижения поддерживающей дозы	Продолжительность этапа до 2,5 лет	Начиная с 20 мг/сут, на 1/4 табл/нед. Целевая доза — 10 мг/сут, пожизненно!

- 2) внутривенно вводят 1000 мг метилпреднизолона 1 раз/мес, 6 мес;
- 3) внутривенно вводят дексаметазон по 300 мг/сут до получения положительного эффекта.

Клинические критерии стероидной резистентности:

- 1) отсутствие выраженной положительной клинической динамики на высоких дозах ГКС, препятствующее снижению дозы;
- 2) необходимость комбинированной терапии: ГКС+цитостатики, ГКС+иммунодепрессанты;
- 3) частые и упорно протекающие рецидивы.

Лёгкие формы листовидной пузырчатки: Р-6 1,0 г, 2 инфузии с интервалом 2 нед. При наличии противопоказаний к применению Р-6 — преднизолон по 0,5–1,0 мг/кг в сутки + АЗА (1–2 мг/кг) или микофенолата мофетил (2 г/сут).

Лёгкие формы ИАП: монотерапия Р-6: 1,0 г, 2 инфузии с интервалом 2 нед. При сочетании с преднизолоном последний назначается по 0,5 мг/кг в сутки с последующим быстрым снижением дозы в течение 3–4 мес.

При лёгких формах ИАП возможна монотерапия преднизолоном в дозе 0,5–1,0 мг/кг в сутки, либо в сочетании с АЗА (2 мг/кг в сутки).

Корректирующая терапия:

- 1) препараты калия и кальция в сочетании с витамином D;
- 2) антибактериальные препараты (пенициллины и цефалоспорины — осторожно, они могут дать обострение ИАП);

- 3) противогрибковая терапия;
- 4) антацидные препараты (алгелдрат магния гидроксид, висмута трикалия дицитрат, ингибиторы протонной помпы — омепразол, эзомепразол либо H₂-блокатор ранитидин);
- 5) сосудистые препараты и средства коррекции тканевого обмена (депротеинизированный гемодериват из крови телят, солкосерил с полидоканолом, пентоксифиллин, антикоагулянты — гепарин-натрий);
- 6) при риске развития стероидной миопатии — нандролон (Ретаболил) по 50 мг внутримышечно 1 раз в 3 нед, на курс 3–5 инъекций.

Местная терапия при поражениях слизистой оболочки полости рта: 3 раза в день, после полоскания рта тёплой водой, аккуратно втирать топический ГКС, и спустя 30 мин прополоскать рот раствором хлоргексидина; ещё через 30 мин аккуратно нанести на очаги поражения препарат клотримазола (специальный для слизистой оболочки полости рта) или прополоскать полость рта раствором клотримазола — 1/3 флакона раствора на 200 мл воды в день).

Возможны также полоскания полости рта отваром ромашки, шалфея, 0,25–0,5% раствором прокаина; обработка бурой в глицерине 10–20%, облепиховым маслом, маслом шиповника.

Топические ГКС на слизистую оболочку полости рта применяют в виде дентальной пасты. Зубы при ИАП полости рта чистят осторожно пальцем или ватной палочкой, применяя пасту без фтора.

Таблица. Преодоление стероидной резистентности при ИАП

Tabl. Overcoming steroid resistance in IAP

А. Азатиоприн (АЗА)

Курс	Препараты
1-й	Начало снижения максимальной дозы преднизолона: АЗА в дозе 150 мг не менее 1,5 мес
2-й	Пациент получает преднизолон по 40–50 мг/сут, АЗА — 100 мг
3-й	Пациент получает преднизолон по 20 мг/сут, АЗА — 50 мг
4-й	Достигнута поддерживающая доза ГКС — АЗА 2 раза/нед по 50 мг

Б. Метотрексат в дозе 25 мг 1 раз/нед, 4–6 нед

В. Циклоспорин А (Цик)

Курс	Схема
1-й	Начало снижения максимальной дозы преднизолона: начальная доза Цик 2–2,5 мг; при отсутствии осложнений и хорошей переносимости дозу Цик можно увеличить до 5 мг/кг в сутки
2-й	При достижении терапевтического эффекта доза Цик составляет 2–2,5 мг/кг в сутки (достигается в среднем через 2 нед)
3-й	Начиная с 20 мг (4 таблетки преднизолона) дозу Цик снижают до 50 мг 1 раз в 2 нед
4-й	При достижении поддерживающей дозы ГКС доза Цик составляет 50 мг/сут

При использовании Цик необходим суточный контроль артериального давления, креатинина и сахара крови.

Г. Ритуксимаб (Р-6)

При единичных очагах на коже, которые либо остались в результате успешной терапии или появились в результате обострения, на них наносят очень сильный ГКС (клобетазол), а при отсутствии эффекта — крем Унны с циклофосфаном из расчёта 50 г на 200 мг соответственно.

Диета при ИАП: питание дробное, 4–6 раз в день; пища отварная или запечённая. Разрешаются хлеб ржаной или пшеничный с отрубями, супы вегетарианские, блюда из мяса и птицы, рыбы нежирных сортов; гарниры из овощей (баклажаны, кабачки, тыква, картофель, свёкла, морковь, петрушка); фрукты (несладкие яблоки). Блюда из круп употреблять изредка. Сладкие блюда — только диабетические, с заменителем сахара.

Амбулаторное ведение больных ИАП: дозу ГКС снижать очень медленно; обязательна корректирующая терапия; летом доза ГКС не снижается;

перед проведением хирургических вмешательств необходимо увеличить дозировку ГКС на 1/3 от суточной на 3–5 дней или Дипроспан по 2 мл внутримышечно за 5 дней до вмешательства, перед операцией и через 1 нед после неё.

Ежегодные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимический — 2 раза в год; сахар крови — еженедельно; 1 раз в год выполняются электролиты крови, компьютерная томография лёгких, денситометрия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, маммография, онкомаркеры, консультации смежных специалистов (терапевт, отоларинголог, стоматолог, невролог).

Пациентам с ИАП рекомендуется избегать инсоляции и переохлаждения, перемены климатических условий, необходимо использовать солнцезащитные кремы.

Противопоказаны лечение минеральными водами, грязями, а также термические и косметические процедуры, массажи.