

Клинические рекомендации

Атопический дерматит у детей

Кодирование по Международной L20
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем:

Возрастная группа: Дети

Год утверждения: **202**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Союз педиатров России**
- **Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов**
- **Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов**
- **Межрегиональная общественная организация Общество детских дерматологов**
- **Национальная ассоциация экспертов по санаторно-курортному лечению**

Оглавление

| | |
|--|----|
| | 1 |
| Оглавление | 2 |
| Список сокращений | 4 |
| Термины и определения | 6 |
| 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) | 7 |
| 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 7 |
| 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 7 |
| 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 9 |
| 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем | 10 |
| 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 11 |
| 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 11 |
| 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики | 17 |
| 2.1 Жалобы и анамнез | 18 |
| 2.2 Физикальное обследование | 18 |
| 2.3 Лабораторные диагностические исследования | 19 |
| 2.4 Инструментальные диагностические исследования | 20 |
| 2.5 Иные диагностические исследования | 21 |
| 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения | 24 |
| 3.1 Консервативное лечение | 26 |
| 3.1.1 Средства со смягчающим и защитным действием | 26 |
| 3.1.2 Наружная противовоспалительная терапия | 27 |
| 3.1.3 Системная терапия пациентов с атопическим дерматитом | 34 |
| 3.1.5 Лечение осложненного атопического дерматита | 46 |
| Наружная терапия осложненного атопического дерматита | 46 |
| Системная антибактериальная и противовирусная терапия | 50 |
| 3.1.2 Системная терапия атопического дерматита для уменьшения интенсивности зуда | 52 |
| Физиотерапевтическое лечение | 55 |
| 3.2.1 Лечебные ванны | 56 |
| 3.3 Иное лечение | 56 |
| 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов | 59 |
| 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики | 61 |
| Диспансерное наблюдение | 61 |
| Профилактика | 61 |
| 6. Организация оказания медицинской помощи | 66 |
| 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) | 68 |
| Критерии оценки качества медицинской помощи | 68 |
| Таблица 1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при атопическом дерматите (код по МКБ-10: L20) | 68 |
| Список литературы | 70 |

| | |
|--|-----|
| Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций..... | 90 |
| Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций..... | 97 |
| Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата | 100 |
| Приложение А3.1 Классификация кортикостероидов (топических)..... | 101 |
| Приложение Б. Алгоритмы действий врача | 102 |
| Приложение В. Информация для пациента | 104 |
| Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях | 105 |
| Приложение Г1. Индекс SCORAD | 105 |
| Приложение Г2. Индекс EASI | 110 |
| Приложение Г3. Общая оценка заболевания исследователем IGA | 113 |

Список сокращений

АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия

АтД – атопический дерматит

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИЛ – интерлейкин

ИФН – интерферон

МКБ – Международная классификация болезней

НЯ – нежелательное явление

США – Соединенные Штаты Америки

ТКС – топические кортикостероиды

УФ – ультрафиолет

УФА-1 – ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона

УФВ – узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия

ФЗ – федеральный закон

IgE – иммуноглобулин E

Ig – иммуноглобулин

IGA – Investigator Global Assessment (Общая оценка исследователем) SCORAD – Scoring of Atopic Dermatitis

MRSA – Метициллинрезистентный золотистый стафилококк

MSSA – Метициллинчувствительный золотистый стафилококк

SCORAD - SCORing Atopic Dermatitis – шкала оценки степени тяжести атопического дерматита

Th2 – Т-хелперы 2-го типа

- Применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками), не указанными в инструкции по его применению (off-label), осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), при условии подписанного информированного добровольного согласия одним из родителей или иным законным представителем и несовершеннолетним в возрасте старше 15 лет или несовершеннолетним больным наркоманией в возрасте старше 16 лет (согласно ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г. с изменениями).

** - Препарат входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год, перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по

решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопаратиремией, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (на момент утверждения клинических рекомендаций).

Термины и определения

Атопический дерматит – системное мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи с признаками полиорганной патологии, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Атопический дерматит – системное мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи с признаками полиорганной патологии, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.

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

Атопический дерматит (АтД) является хроническим воспалительным заболеванием кожи, развивающимся в результате взаимодействия генетических, иммунологических факторов и воздействий окружающей среды при ключевой роли нарушения кожного барьера и иммунного ответа 2-го типа (Т2) [1,2,3]. У детей заболевание характеризуется возрастной гетерогенностью клинических и иммунологических фенотипов, что связано с незрелостью иммунной системы и особенностями кожного барьера в раннем возрасте [1,2].

Генетическая предрасположенность к АтД связана с мутациями гена филаггрина (FLG) и других белков эпидермального барьера, что сопровождается увеличением трансэпидермальной потери воды и повышенной проницаемостью эпидермиса для аллергенов и микроорганизмов [1,2,3]. Семейный анамнез атопических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, пищевая аллергия) является значимым фактором риска развития АтД у детей [1].

Современные представления рассматривают АтД как системное иммуновоспалительное заболевание с доминированием Т2-опосредованного иммунного ответа, характеризующегося активацией Th2-лимфоцитов, врождённых лимфоидных клеток 2 типа (ILC2), эозинофилов и тучных клеток и повышенной продукцией цитокинов ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13 и ИЛ-31 [2,3,4]. Данные цитокины нарушают дифференцировку кератиноцитов, подавляют экспрессию белков эпидермального барьера и способствуют IgE-опосредованной сенсibilизации [3,4].

Передача сигналов от ключевых Т2-цитокинов реализуется через сигнальную систему JAK/STAT, что определяет патогенетическое обоснование применения ингибиторов JAK-

киназ и моноклональных антител к ИЛ-4/13 у детей и подростков со среднетяжёлым и тяжёлым течением АтД [3,5].

АтД является частью спектра atopических заболеваний, включающего пищевую аллергию, бронхиальную астму, аллергический риноконъюнктивит и эозинофильный эзофагит [2]. Повреждение кожного барьера и эпикутанная сенсibilизация к аллергенам являются ключевыми механизмами формирования atopического марша — характерной для детского возраста последовательности развития аллергических заболеваний [1,6]. Однако, согласно данным Guttman-Yassky E. et al. (2025), лишь приблизительно 7% пациентов демонстрируют строгое последовательное развитие atopических заболеваний на индивидуальном уровне. Траектории развития atopических заболеваний на протяжении жизни значительно более разнообразны, а временная последовательность на популяционном уровне может отражать лишь пиковые периоды тканеспецифических проявлений отдельных atopических состояний, в связи с чем ряд авторов предпочитает термин «atопическая кластеризация» вместо «atопический марш». Раннее терапевтическое воздействие на АтД, восстановление кожного барьера и раннее введение пищевых аллергенов рассматриваются как перспективные стратегии профилактики прогрессирования atopической коморбидности у детей [1,6].

Молекулярные исследования подтверждают гетерогенность АтД и существование различных иммунных эндотипов. Т2-эндотип характеризуется высокой экспрессией Т2-цитокинов, повышенным уровнем IgE, эозинофилией и частой ассоциацией с другими atopическими заболеваниями; данный вариант наиболее распространён в детской популяции и ассоциирован с хорошим ответом на таргетную терапию, направленную на блокаду Т2-воспаления [2,7]. Не-Т2-эндотип характеризуется меньшей выраженностью IgE-опосредованных механизмов и участием Th1/Th17/Th22-путей воспаления, что определяет вариабельность клинических фенотипов и терапевтического ответа [7].

Протеомные исследования сыворотки крови демонстрируют, что системная активация иммунного ответа отмечается уже в раннем детском возрасте при среднетяжелом и тяжелом atopическом дерматите. Значительная активация Th2-ассоциированных сигнальных путей выявляется во всех возрастных группах пациентов с atopическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения и прогрессирует с возрастом [8,9].

Изменения кожного микробиома являются значимым патогенетическим фактором АтД. Для заболевания характерны снижение микробного разнообразия кожи и колонизация *Staphylococcus aureus*, продуцирующего суперантигены, усиливающие воспаление и барьерную дисфункцию [2,10]. Нарушения микробиоты кишечника в раннем возрасте также ассоциированы с повышенным риском развития АтД и формированием Т2-иммунного ответа [10].

Важную роль в развитии и обострениях АтД играют факторы экспосома, включающие воздействие загрязняющих веществ окружающей среды, табачного дыма, климатических факторов, особенностей питания и психоэмоционального стресса, способных модулировать барьерную функцию кожи и иммунные реакции [3,11].

Помимо атопических заболеваний, у детей с АтД, особенно при среднетяжёлом и тяжёлом течении, выявляется повышенный риск развития аутоиммунных заболеваний. Согласно данным обзора Guttman-Yassky E. et al. (2025), у пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым АтД отмечаются повышенные концентрации иммунных медиаторов в периферической крови и множественные ассоциации с аутоиммунными заболеваниями, в частности с витилиго и гнездной алопецией, что потенциально обусловлено общими воспалительными путями [2]. Крупное когортное исследование с 15-летним наблюдением у детей подтвердило значимое повышение этого риска и выявило общие генетические связи между АтД и аутоиммунной патологией [12]. Ретроспективное исследование 10 239 госпитализированных детей с АтД среднетяжёлого и тяжёлого течения показало, что не менее одного аутоиммунного заболевания было диагностировано у 15,9% пациентов (95% ДИ 15,3–16,7%); наиболее частыми из них являлись очаговая алопеция, целиакия и витилиго [13]. Помимо заболеваний кожи, у детей и подростков с АтД описана ассоциация с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), что указывает на преимущественное вовлечение барьерных органов — кожи и слизистых оболочек [2,12]. Также выявлена ассоциация атопического дерматита с такими аутоиммунными заболеваниями, как системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит, ревматоидный артрит [14].

Наряду с атопическими и аутоиммунными коморбидностями, АтД у детей ассоциирован с повышенным риском нейropsychических расстройств (депрессия, тревожность, синдром дефицита внимания и гиперактивности, расстройства аутистического спектра) и метаболических нарушений, однако уровень доказательности этих ассоциаций варьирует, причинно-следственные связи не установлены и требуют дальнейших исследований [1,2,11].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Атопический дерматит — одно из наиболее распространённых заболеваний кожи (от 20% до 40% в структуре дерматологической патологии), встречающееся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах. Распространённость АтД среди детского

населения достигает 20%, при этом заболевание чаще дебютирует в раннем детском возрасте [2,11,15].

Согласно данным Федерального статистического наблюдения в 2024 году в Российской Федерации среди детей в возрасте от 0 до 14 лет заболеваемость АтД составила 636,3 случая на 100 000 соответствующего населения, а распространённость — 1464,9 случаев на 100 000 соответствующего населения [16,17]. Заболеваемость АтД среди детей в возрасте от 15 до 17 лет в Российской Федерации составила 364,9 случаев на 100 000 соответствующего населения, распространённость — 1129,0 случаев на 100 000 соответствующего населения [18,19].

АтД у детей часто ассоциирован с респираторной аллергией. Риск развития респираторных аллергических заболеваний у пациентов с АтД, по разным данным, составляет 30–80%; до 60% детей с АтД имеют риск развития бронхиальной астмы, а 30–40% заболевают ею [2,11,20]. По данным когортных исследований, к возрасту 6 лет симптомы бронхиальной астмы выявляются примерно у 30% детей с АтД [2,11,21].

Риск развития сопутствующих аллергических заболеваний возрастает при более тяжёлом течении АтД [2,11]: у 20% детей со среднетяжёлым и у 60% с тяжёлым течением присоединяются симптомы бронхиальной астмы и аллергического ринита [11,21]. Дополнительным фактором риска является пищевая сенсibilизация, развившаяся в возрасте до 2 лет: она ассоциирована с развитием бронхиальной астмы к школьному возрасту независимо от наличия сопутствующей сенсibilизации к ингаляционным аллергенам, тогда как изолированная сенсibilизация только к ингаляционным аллергенам в этом возрасте не влияла на данный риск [2,21,22]. Таким образом, у пациентов с АтД и пищевой аллергией высоко вероятно последовательное развитие других атопических заболеваний на протяжении жизни — так называемый «атопический марш» [21,22,23]. Вместе с тем, у части пациентов бронхиальная обструкция развивается одновременно с поражением кожи или даже предшествует ему, формируя мультиморбидный атопический фенотип - не укладывающийся в классическую модель «атопического марша» [11,23].

Атопический дерматит в детском возрасте является одним из основных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, приводящим к инвалидизации [24].

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

L20 Атопический дерматит

L20.0 Почесуха Бенье

L20.8 Другие атопические дерматиты: экзема: сгибательная, детская (острая), (хроническая), эндогенная (аллергическая), нейродерматит: атопический (локализованный), (диффузный)

L20.9 Атопический дерматит неуточненный

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятой клинической классификации не существует.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В большинстве случаев атопический дерматит начинается в раннем детском возрасте (до 2 лет). Для заболевания характерны возрастные особенности клинических проявлений и хроническое рецидивирующее течение с периодическими обострениями и ремиссиями, которые могут продолжаться на протяжении нескольких лет. Характерен семейный анамнез аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит) – наследственная отягощенность. В анамнезе у пациента могут быть другие атопические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма).

Для АтД характерна сезонность обострений с ухудшением состояния в холодное время года и улучшением летом. Обострение процесса может развиваться также под влиянием ряда провоцирующих факторов (аллергены, раздражающие вещества, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.). При повышенном потоотделении может увеличиться интенсивность зуда.

Клинические проявления атопического дерматита отличаются в разные возрастные периоды. Основные различия заключаются в локализации очагов поражения и соотношении экссудативных и лихеноидных компонентов высыпаний.

○ *Младенческий период* атопического дерматита обычно начинается с 2–3 месяцев жизни ребёнка. В этот период преобладает экссудативная форма заболевания, при которой воспаление носит острый или подострый характер. Отмечаются симметричные эритематозные, папуло-везикулезные высыпания на коже лица и волосистой части головы, экссудация с образованием чешуйко-корок. В дальнейшем высыпания распространяются на кожу наружной поверхности голеней, предплечий, туловища и ягодиц, а также могут появляться в естественных складках кожи. Дермографизм обычно красный или смешанный. Субъективно отмечается зуд кожных покровов различной интенсивности. К концу этого периода очаги сохраняются преимущественно в локтевых и подколенных сгибах, а также в

области запястий и шеи. Обострения заболевания в значительной степени связаны с алиментарными факторами. Младенческий период атопического дерматита обычно заканчивается к началу второго года жизни ребенка клиническим выздоровлением (у 60% пациентов) или переходит в следующий период (детский).

○ *Детский период (12 мес - 12 лет)* атопического дерматита характеризуется высыпаниями, которые носят менее экссудативный характер, чем в младенческом периоде, и представлены воспалительными милиарными и/или лентикулярными папулами, папуловезикулами и эритематозно-сквамозными элементами, локализующимися на коже верхних и нижних конечностей, в области запястий, предплечий, локтевых и подколенных сгибов, голеностопных суставов и стоп. Характерно наличие зудящих узелков, эрозий и эскориаций, а также незначительная эритема и инфильтрация в области высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, реже – на коже лица. Дермографизм становится розовым, белым или смешанным. Появляются пигментация век, дисхромии, нередко – ангулярный хейлит.

○ *Подростковый (старше 12 лет) и взрослый период* атопического дерматита характеризуется высыпаниями преимущественно на сгибательной поверхности конечностей (в области локтевых и коленных сгибов, сгибательных поверхностей голеностопных и лучезапястных суставов), на задней поверхности шеи, в заушных областях. Высыпания представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенификацией, множественными эскориациями и трещинами. В местах разрешения высыпаний в очагах поражения остаются участки гипо- или гиперпигментации. Со временем у большинства пациентов кожа очищается от высыпаний, поражёнными остаются лишь подколенные и локтевые сгибы.

Возможны гиперлинеарность ладоней и подошв, фолликулярный гиперкератоз («роговые» папулы на боковых поверхностях плеч, предплечий, локтей), хейлит, экзема сосков, складки на передней поверхности шеи. Наблюдается гиперпигментация кожи периорбитальной области, появление складки под нижним веком (линии Денни-Моргана). Отмечается повышенная сухость кожи. Дермографизм белый стойкий или смешанный. Зуд выраженный, постоянный, реже – приступообразный. Нередко у подростков преобладает лихеноидная форма заболевания, которая характеризуется сухостью, выраженным рисунком, отечностью и инфильтрацией кожных покровов, крупными, сливающимися очагами лихенизации кожи и упорным стойким зудом. Относительно редко наблюдается пруригинозная форма заболевания, для которой характерны высыпания в виде множественных изолированных плотных отечных папул, на вершине которых могут появляться мелкие

пузырьки. Очаги поражения могут иметь распространенный характер с преимущественной локализацией на коже конечностей.

Наиболее тяжелым проявлением атопического дерматита является *эритродермия*, которая характеризуется универсальным поражением кожного покрова в виде эритемы, инфильтрации, лихенификации, шелушения и сопровождается симптомами интоксикации и нарушением терморегуляции (гипертермия, озноб, лимфаденопатия).

Клинико-морфологические формы атопического дерматита:

- экссудативная;
- эритематозно-сквамозная;
- эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией;
- лихеноидная;
- пруригинозная

При лабораторном обследовании пациентов с атопическим дерматитом могут быть выявлены эозинофилия периферической крови, повышение содержания общего и аллерген-специфических IgE в сыворотке крови.

Стадии болезни

Стадия обострения или выраженных клинических проявлений характеризуется наличием эритемы, папул, микровезикул, мокнущих, множественных эскориаций, корок, шелушения; зудом разной степени интенсивности.

Стадии ремиссии:

Ремиссия атопического дерматита у детей — это период клинического контроля заболевания, характеризующийся:

- отсутствием обострений в течение не менее 8 недель;
- минимальной выраженностью или отсутствием признаков воспаления кожи;
- отсутствием необходимости в регулярной противовоспалительной терапии.

Базисный уход за кожей (применение эмоленгов) и мероприятия по снижению воздействия триггерных/аллергенных факторов допускаются на всех этапах заболевания, включая период ремиссии, и не рассматриваются как признак сохраняющейся активности заболевания [1,25].

Неполная ремиссия характеризуется значительным уменьшением выраженности клинических проявлений при сохранении отдельных симптомов, включая:

- сухость кожи;
- инфильтрацию;

- лихенификацию;
- шелушение;
- поствоспалительную гипо- или гиперпигментацию в очагах поражения.

Дополнительным критерием неполной ремиссии является сохраняющаяся потребность в применении топических глюкокортикостероидов или ингибиторов кальциневрина в небольших объёмах. В педиатрической практике ориентировочными считаются:

- < 30 г/мес у детей раннего возраста;
- < 60 г/мес у подростков старше 15 лет [1,25].

Полная ремиссия определяется как:

- полное отсутствие клинических симптомов АТД;
- отсутствие потребности в противовоспалительной фармакотерапии.

Продолжение базисной терапии эмолентами и меры по ограничению контакта с триггерными/аллергенными факторами являются частью пожизненного ведения и не исключают состояние полной ремиссии [25].

Распространённость кожного процесса

При *ограниченно-локализованном процессе* площадь поражения не превышает 10% кожного покрова.

При *распространённом процессе* площадь поражения составляет от 10% до 50% кожного покрова.

При *диффузном процессе* площадь поражения составляет более 50% кожного покрова.

Степень тяжести атопического дерматита

Тяжесть атопического дерматита у детей определяется совокупным влиянием клинических симптомов заболевания на пациента и может быть оценена с использованием валидированных шкал и индексов активности заболевания (см. раздел 2.5) [26,27,28].

Единого универсального подхода к оценке тяжести АТД не существует. В клинической практике и научных исследованиях применяются различные шкалы, наиболее распространёнными из которых являются индекс SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) (Приложение Г1), индекс площади и тяжести экземы EASI (Eczema Area and Severity Index) (Приложение Г2) и глобальная оценка исследователя IGA (Investigator Global Assessment) (Приложение Г3) [26,27,28,29]. Указанные шкалы используются как в клинических

исследованиях, так и в специализированной практике для объективизации тяжести заболевания и мониторинга ответа на терапию.

Индекс SCORAD сочетает объективную клиническую оценку (площадь поражения и выраженность симптомов) с субъективной оценкой пациентом интенсивности зуда и нарушений сна [26,27].

Индекс EASI основан исключительно на объективной оценке выраженности воспалительных признаков (эритема, инфильтрация/папулы, эксфолиация, лихенификация) и площади поражения кожи, выполняемой врачом [27,28,29].

IGA - представляет собой валидированную шкалу быстрой клинической оценки тяжести АД, основанную на визуальной оценке выраженности воспалительных проявлений кожи врачом без учета субъективных симптомов. Значения IGA ≥ 3 баллов соответствуют среднетяжелому и тяжелому течению АД и используются как критерий для решения вопроса о назначении системной или таргетной терапии [27,28,29].

Лёгкое течение заболевания характеризуется ограниченно-локализованными проявлениями кожного процесса, незначительным кожным зудом, редкими обострениями (реже 1–2 раз в год), продолжительностью рецидива до 1 месяца преимущественно в холодное время года. Отмечаются длительные периоды клинического улучшения и хороший ответ на проводимую терапию (SCORAD < 25, EASI < 7, IGA=1-2 балла).

При среднетяжёлом течении отмечается распространённый характер поражения. Частота обострений – 3–4 раза в год с увеличением их продолжительности. Длительность ремиссий составляет 2–3 месяца. Процесс приобретает упорное течение с незначительным эффектом от проводимой терапии (SCORAD 25-50, EASI 7-20, IGA=3 балла).

При тяжёлом течении заболевания кожный процесс носит распространённый или диффузный характер с длительными обострениями, редкими и непродолжительными ремиссиями (частота обострений – 5 раз в год и более, длительность ремиссии 1–1,5 месяца). Лечение приносит кратковременное и незначительное улучшение. Отмечается выраженный зуд, приводящий к нарушению сна (SCORAD > 50, EASI \geq 21, IGA=4 балла) [26,27,28].

Осложненные формы атопического дерматита

Течение атопического дерматита часто осложняется присоединением вторичной инфекции (бактериальной, микотической или вирусной). Эта особенность, свойственная пациентам с атопическим дерматитом, отражает нарушение противомикробной защиты, обусловленное дефектом синтеза антимикробных пептидов и функции эпидермального барьера.

1. Наиболее частое инфекционное осложнение – присоединение вторичной *бактериальной* инфекции. На фоне обострения АтД пиококковые осложнения проявляются в виде различных форм пиодермии: остиофолликулитов, фолликулитов, вульгарного стафило- и/или стрептодермии (*вульгарного импетиго*), иногда – фурункулов. Разнообразная *микотическая инфекция* (дерматофиты, дрожжеподобные, плесневые и другие виды грибов) также часто осложняет течение АтД, приводит к более продолжительным обострениям, отсутствию улучшения или к ухудшению состояния. Заболевание приобретает персистирующий характер. Наличие микотической инфекции может изменить клиническую картину: появляются очаги с четкими фестончатыми, несколько приподнятыми краями, часто рецидивирует ангулярный стоматит («заеды» или хейлит), отмечаются поражения заушных, паховых складок, ногтевого ложа, гениталий.

2. Пациенты с АтД независимо от остроты процесса склонны к поражению *вирусной инфекцией* (чаще вирусом простого герпеса, вирусом папилломы человека, вирусом контагиозного моллюска). Герпетическая суперинфекция может привести к редкому, но тяжелому осложнению – герпетической экземе Капоши. Заболевание характеризуется распространенными болезненными пузырьковыми высыпаниями, сильным зудом, повышением температуры, быстрым присоединением пиококковой инфекции. Возможно поражение центральной нервной системы, глаз, развитие сепсиса.

3. *Доброкачественная лимфоаденопатия*, как правило, связана с обострениями АтД и проявляется в виде увеличения лимфатических узлов в шейной, подмышечной, паховой и бедренной областях. Величина узлов может варьировать, они подвижны, эластичной консистенции, безболезненны. Доброкачественная лимфоаденопатия проходит самостоятельно при улучшении состояния, либо на фоне проводимого лечения. Сохраняющееся, несмотря на уменьшение активности заболевания, выраженное увеличение лимфатических узлов требует проведения диагностической биопсии для исключения лимфопролиферативного заболевания.

4. *Осложнения АтД со стороны глаз* проявляются в виде рецидивирующих кератоконъюнктивитов, сопровождающихся зудом. В тяжелых случаях хронический конъюнктивит может прогрессировать в эктропион и вызывать постоянное слезотечение. Возможно формирование кератоконуса, ранней катаракты, как правило, связанных с частым использованием топических стероидов в периорбитальной зоне.

5. *Нейропсихические отклонения* - нарушения сна, социальная дезадаптация, обусловленная внешними дефектами, способствуют повышению тревожности, развитию депрессии и иных нейропсихических нарушений, в том числе - суицидальных мыслей. Патогенез проявлений, усугубляемых зудом, включает нейровоспаление - с участием как

периферических, так и центральных нервных путей, обосновывая необходимость междисциплинарного наблюдения [30,31].

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

- **Рекомендуется** для диагностики атопического дерматита пациентам всех возрастных групп использовать диагностические критерии J.M. Hanifin и G.Rajka [32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: для постановки диагноза атопического дерматита необходимо сочетание трёх основных и не менее трёх дополнительных критериев.

Основные диагностические критерии (3 или более):

- кожный зуд;
- типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни – покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей;
- хроническое рецидивирующее течение;
- наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников;

Дополнительные диагностические критерии (3 или более):

- сухость кожи (ксероз);
- гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз;
- повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови;
- начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет);
- склонность к кожным инфекциям (*S. aureus*, *H. simplex*);
- локализация кожного процесса на кистях и стопах;
- экзема сосков;
- хейлит;
- рецидивирующие конъюнктивиты;
- симптом Денни-Моргана (дополнительная складка нижнего века);
- кератоконус;
- передняя субкапсулярная катаракта;
- гиперпигментация кожи периорбитальной области;

- бледность/эритема лица;
- себорейная экзема;
- складки на передней поверхности шеи;
- зуд при повышенном потоотделении;
- обострение процесса и усиление зуда под влиянием провоцирующих факторов (шерстяная одежда, мыло, аллергены, ирританты, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.);
- перифолликулярная акцентуация;
- непереносимость пищи;
- сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом);
- белый дермографизм.

Дифференциальный диагноз атопического дерматита проводят с аллергическим и ирритантным контактным дерматитом, энтеропатическим акродерматитом, герпетическим дерматитом Дюринга, себорейным дерматитом, пеленочным дерматитом, розовым лишаем Жибера, нуммулярной экземой, чесоткой, псориазом, ихтиозом, пситриазом красным волосатым отрубевидным, дерматофитией, иммунодефицитными состояниями (Х-сцепленный синдром Вискотта-Олдрича, синдром гипериммуноглобулинемии Е), Т-клеточной лимфомой кожи (в детском возрасте - редко) и др.

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** у детей с клиническими признаками атопического дерматита оценивать наличие кожного зуда, характер течения заболевания, сроки начала болезни, наличие атопических заболеваний как у пациента, так и его родственников, сезонность обострений, факторы, провоцирующие обострения дерматита, а также обращать внимание на склонность пациента к развитию бактериальных, вирусных и грибковых инфекций кожи (проводится в рамках приема (осмотра, консультации) врача-педиатра/врача общей практики (семейного врача) и/или врача аллерголога-иммунолога и/или врача-дерматовенеролога первичных и повторных с диагностической целью и оценки в динамике [28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: оценивают соответствие данных анамнеза основным и дополнительным диагностическим критериям атопического дерматита по критериям J.M. Hanifin и G. Rajka.

2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется** у детей с клиническими признаками атопического дерматита визуального осмотра терапевтического, перкуссии терапевтической, аускультации терапевтической (проводятся в рамках приема (осмотра, консультации) врача-педиатра/врача общей практики (семейного врача) и/или врача аллерголога-иммунолога и/или врача-дерматовенеролога первичных и повторных с диагностической целью и оценки в динамике [28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: для постановки диагноза основным является проведение визуального осмотра кожного покрова пациента. Проявления заболевания подробно описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендуется** проведение общего (клинического) анализа крови развернутого всем пациентам с атопическим дерматитом/подозрением на его наличие при первичной диагностике и в динамике с целью оценки воспаления, а также при отборе пациентов для лечения #циклоспорином**, дупилумабом** и селективными иммунодепрессантами [26,27,28,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: исследование проводят для исключения иных острых состояний, в т.ч., в динамике, с целью оценки воспаления /заболеваний, а также для диагностики заболеваний и состояний, являющихся противопоказаниями к проведению системной терапии атопического дерматита и для контроля безопасности проводимой системной терапии (см. раздел 3) [26,27,28,29].

Оценка показателей общего (клинического) анализа крови развернутого необходима во время терапии некоторыми препаратами (см. раздел 3) для контроля нежелательных явлений.

- **Рекомендуется** анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам с атопическим дерматитом для диагностики заболеваний и состояний, являющихся противопоказаниями к проведению системной терапии иммунодепрессантами (см. раздел 3) и для контроля ее безопасности [26,28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Оценка показателей анализа крови биохимического общетерапевтического необходима при инициации системной терапии atopического дерматита и мониторинге состояния пациента для контроля нежелательных явлений (см. раздел 3).

- **Рекомендуется** детям с клиническими признаками atopического дерматита общий (клинический) анализ мочи пациентам для диагностики заболеваний и состояний, являющихся противопоказаниями к проведению системной терапии atopического дерматита и для контроля безопасности проводимой системной терапии #циклоспорином** [26,27,28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Контроль показателей общего (клинического) анализа мочи необходим во время терапии #циклоспорином** и другими иммунодепрессантами или селективными иммунодепрессантами (см. раздел 3) [26,27,28].

- **Рекомендуется** пациентам с atopическим дерматитом, осложненным микробной инфекцией, при необходимости проведение микробиологического исследования кожи (микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы; микробиологическое (культуральное) исследование соскоба с кожи на грибы (дрожжевые, плесневые, дерматомицеты); микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы; микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на грибы (дрожжевые, мицелиальные); определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия диско-диффузионным методом; определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия методом градиентной диффузии; определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия методом разведений; определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия с использованием автоматических анализаторов; определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия методом пограничных концентраций) с целью назначения или коррекции противомикробной терапии [33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяются.

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендуется** в случае наличия у пациента с подозрением на атопический дерматит клинических признаков, общих с другими кожными заболеваниями, при необходимости биопсия кожи и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи с целью дифференциальной диагностики [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *При атопическом дерматите наблюдается различной степени выраженности акантоз с удлинением эпидермальных выростов и их разветвлением. Могут обнаруживаться участки паракератоза, экзоцитоз. В дерме обнаруживается периваскулярный или сливающийся лимфогистиоцитарный инфильтрат; при хроническом течении инфильтрация незначительная, преобладает фиброз.*

- **Рекомендуется** проведение аллергологического обследования пациентам с атопическим дерматитом с целью поиска причинно-значимого аллергена [27,34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Проведение аллергологического обследования необходимо для выявления причинно-значимых аллергенов с целью выработки рекомендаций по образу жизни, питанию и определения целесообразности проведения аллерген-специфической иммунотерапии.*

Аллергологическое обследование может проводиться методом кожного тестирования с небактериальными аллергенами (накожные исследования реакции на аллергены), определения уровня аллерген-специфических IgE антител в сыворотке крови, диагностического проведения провокационных тестов (пробного/диагностического введения продукта). Выбор метода аллергологического обследования определяется врачом-аллергологом, наличием/отсутствием противопоказаний, в т.ч., к проведению кожного тестирования (обострение заболевания, необходимость приема антигистаминных препаратов системного действия).

- **Рекомендуется** пациентам с атопическим дерматитом при необходимости проведение накожных исследований реакции на аллергены бытовые, аллергены деревьев пыльцевые, аллергены трав пыльцевые, аллергены эпидермальные, аллергены пищевые для диагностики сенсibilизации [27,34].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *Объем обследования определяет врач-аллерголог-иммунолог. Кожные тесты проводят в условиях аллергологического кабинета специально обученная медицинская сестра и/или врач-аллерголог-иммунолог. Наиболее часто применяют прик-тесты (тесты уколом)*

или скарификационные тесты. Результаты тестирования с аллергенами соотносят с результатами отрицательного и положительного тест-контроля.

- **Рекомендуется** пациентам с атопическим дерматитом при наличии противопоказаний или иных причин, препятствующих проведению кожного тестирования, сомнительных результатах кожного тестирования, расхождении данных, полученных при сборе анамнеза, с результатами кожного тестирования, исследование уровня аллерген-специфических IgE антител к пыльцевым, бытовым, эпидермальным, грибковым и пищевым аллергенам (см. выше раздел 2.3) [27,34].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Определение уровня аллерген-специфических IgE антител в сыворотке особенно важно при неубедительных результатах кожных тестов, либо при невозможности их постановки (например, в период обострения аллергического заболевания или при наличии иных противопоказаний). На достоверность результата влияет используемая тест-система, которая может иметь невысокую чувствительность и специфичность, что, в свою очередь, отражается как в ложноположительном, так и в ложноотрицательном результате. Компонентная (молекулярная) диагностика используется для картирования аллергенной сенсибилизации пациента на молекулярном уровне с применением очищенных натуральных или рекомбинантных аллергенных молекул вместо экстрактов аллергенов. Этот метод может быть использован при расхождении данных анамнеза, результатов накожных исследований реакций на аллергены и результатов определения специфических IgE антител к экстрактам аллергенов, а также при наличии указаний на пищевую анафилаксию, перекрестную пищевую аллергию и при неэффективности АСИТ [35].

- При возможности рекомендуется селективно выполнить оценку степени тяжести атопического дерматита у детей с применением валидированных индексов и шкал активности заболевания (Приложение Г1, Г2, Г3) [26,27,28,36].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: в качестве количественной оценки клинических признаков А_тД возможно использовать, прежде всего, шкалу EASI (как наиболее стандартизированный инструмент оценки выраженности кожных проявлений; имеет педиатрические коэффициенты по анатомическим областям) [36,37], а также SCORAD/oSCORAD и другие шкалы по клинической ситуации и доступности времени на приёме [26,27,28,38].

Индекс EASI используют для объективной оценки степени тяжести атопического дерматита у детей при первичной оценке и в динамике наблюдения [36,37]. Оцениваются: выраженность воспалительных признаков (эритема, инфильтрация/папулы, экскориации,

лихенификация) и площадь поражения кожи, без субъективных компонентов. Метод обладает хорошей воспроизводимостью и чувствительностью к изменениям тяжести заболевания [37].

Для дополнительной количественной и комплексной оценки степени тяжести atopического дерматита у детей при необходимости учета субъективных симптомов возможно использовать индекс SCORAD (Приложение Г1) [26,27,28,38]. SCORAD - интегральный показатель, включающий оценку площади поражения и выраженности основных клинических признаков (эритема, отёк/папулёзные элементы, мокнутие/корки, эскориации, лихенификация/шелушение, сухость кожи) и двух субъективных параметров (интенсивность зуда и выраженность нарушений сна) [26,27,28]. Лёгкая степень тяжести соответствует SCORAD < 25, средняя — SCORAD 25–50, тяжёлая — SCORAD > 50 баллам. Данный индекс подходит для рутинной клинической практики, когда важно учитывать субъективные жалобы [26,27,28]. оSCORAD используют при необходимости объективной стандартизированной оценки тяжести АтД без учёта субъективных симптомов [26,38].

Шкалу IGA применяют для быстрой клинической категоризации тяжести atopического дерматита у детей и мониторинга ответа на терапию [27,28]. Шкала глобальной клинической оценки тяжести atopического дерматита основана на суммарной клинической оценке выраженности кожных проявлений врачом, применяется для быстрой клинической категоризации тяжести и мониторинга ответа на терапию. (Приложение Г3) [27,28,39,40]. Значения IGA ≥ 3 баллов соответствуют среднетяжёлому и тяжёлому течению atopического дерматита и могут использоваться как один из клинических критериев при рассмотрении вопроса о назначении системной или таргетной терапии. Применяется преимущественно в исследованиях, а внедрение в рутинную практику требует обучения персонала [39,40].

РОЕМ - для оценки тяжести АтД со стороны пациента педиатрического профиля (с участием родителей/законных представителей), влияния заболевания на качество жизни и динамику симптомов; однако валидация для русского языка не проводилась [26,28].

TISS - быстрый скрининговый инструмент оценки тяжести АтД при ограниченном времени приёма [38] — «шкала по трём параметрам», относится к упрощённым инструментам оценки клинических проявлений (как правило, по трём признакам: эритема, отёк/папулёзность, эскориации), но имеет меньшую точность по сравнению с EASI/SCORAD; валидация для русского языка не проводилась [38].

Шкала SASSAD используется преимущественно в специализированных центрах и клинических исследованиях, валидация для русского языка также не проводилась [38,41].

- **Рекомендуется** применять мультидисциплинарный подход к диагностике и терапии пациентов с клиническими признаками атопического дерматита с целью установления диагноза и достижения целей терапии (услуги перечислены в комментарии) [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Мультидисциплинарное ведение пациентов детского возраста с атопическим дерматитом с участием врача-дерматовенеролога (прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный и повторные), врача-аллерголога-иммунолога(прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный и повторные) и врача-педиатра (прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный и повторные) позволяет обеспечить комплексную оценку клинического состояния пациента, своевременное выявление сопутствующих аллергических и иных ассоциированных заболеваний, а также выбор оптимальной тактики терапии и динамического наблюдения.*

Привлечение иных специалистов (медицинского психолога (прием (осмотр, тестирование) медицинского психолога первичный и повторные), врача-психиатра (прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный и повторные), врача-невролога (прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и повторные), врача-диетолога (прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный и повторные), врача-гастроэнтеролога (прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный и повторные), врача-физиотерапевта (прием (осмотр, консультация) врача-физиотерапевта первичный и повторные) и др.) осуществляется при наличии клинических показаний и направлено на коррекцию ассоциированных с АтД состояний, повышение приверженности терапии и улучшение качества жизни пациента.

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

Цели терапии атопического дерматита у детей выходят далеко за рамки простого устранения симптомов. Актуальные подходы сфокусированы как на долгосрочном контроле над хроническим воспалением, профилактике обострений и улучшении качества жизни пациента и всей семьи, так и, потенциально, на превенции формирования ассоциированных с АтД заболеваний [27,42,43,44].

Целями лечения АтД являются:

- *Купирование симптомов: устранение зуда, воспаления (покраснения, отека) и мокнутия в острой фазе*

- *Восстановление кожного барьера: коррекция сухости кожи (ксероза) и укрепление ее защитных свойств*
- *Достижение и поддержание ремиссии: максимальное продление периодов без симптомов и предотвращение рецидивов*
- *Предотвращение осложнений - снижение риска присоединения вторичной инфекции и формирования иных аллергических заболеваний (бронхиальной астмы, аллергического ринита) в рамках "атопического марша"/ атопической мультиморбидности и присоединения других, ассоциированных с АтД болезней*
- *Улучшение качества жизни: нормализация сна, физической и социальной активности ребенка, а также снижение тревожности членов его семьи.*

Для достижения этих целей используется комбинация различных типов терапии, которые можно представить в виде ступенчатой схемы лечения. (Приложение Б)

Выделяют три основных направления лечения, которые применяются в зависимости от фазы заболевания и его тяжести [26,27,28].

Концепция контроля заболевания

Современные принципы ведения пациентов с атопическим дерматитом основаны на концепции достижения полного контроля над заболеванием, а не только на купировании обострений. Оценка контроля включает выраженность зуда, нарушения сна, частоту обострений, потребность в противовоспалительной терапии и влияние заболевания на качество жизни.

***Базисная терапия** — это постоянный, ежедневный уход, направленный на восстановление и поддержание барьерной функции кожи даже в периоды ремиссии, включающий в себя применение эмоленгов, правильное купание, устранение триггеров. Его цель — уменьшить сухость, снизить чувствительность кожи к раздражителям и предотвратить обострения [27, 42,43,44].*

***Терапия обострения (реактивная терапия)** применяется при появлении первых признаков воспаления для быстрого его подавления с использованием системных, топических глюкокортикоидов и ингибиторов кальциневрина, особенно для лечения чувствительных зон. Лечение проводится до полного исчезновения симптомов [27,42,43,44].*

***Проактивная терапия (поддержание ремиссии)** — это современная стратегия длительного контроля над заболеванием у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением, у которых обострения случаются часто (например, 3–4 раза в год). Основная цель — предотвратить даже субклиническое воспаление и не допустить развития полноценного рецидива.*

После того как обострение подавлено реактивной терапией и произошел регресс высыпаний, лечение не прекращают полностью, а переходят на поддерживающий режим. Противовоспалительные препараты (обычно ТИК или ТГКС низкой активности) наносятся не ежедневно, а, например, 2 раза в неделю (например, в понедельник и четверг) на те участки кожи, где обычно возникают высыпания. Такая схема позволяет контролировать скрытое воспаление, значительно продлевая ремиссию. Продолжительность проактивной терапии может составлять от нескольких месяцев до года и более, в зависимости от потребностей ребенка [49, 56, 181].

В лечении атопического дерматита применяется ступенчатый подход в зависимости от тяжести заболевания и ответа на проводимую терапию [27,42,43,44], алгоритм см. в Приложении Б.

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Базисная терапия - средства со смягчающим и защитным действием

- **Рекомендуется** всем пациентам с атопическим дерматитом независимо от степени тяжести и стадии заболевания: увлажняющие и смягчающие средства (эмоленты) наружно с целью поддержания водно-липидного баланса, улучшения барьерных функций кожи и удлинения периода ремиссии (исключая нанесение на очаги экссудации) [27,45,46,47,48].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –2)

- **Комментарии:** Эмоленты могут использоваться в форме бальзамов, эмульсий, гелей, лосьонов, кремов, мазей, средств для очищения кожи (мягкие очищающие средства/синдеты/масла без мыла, эмомент-содержащие очищающие средства), средств для ванн. Выбор препарата и его формы осуществляется индивидуально с учетом предпочтений пациента, индивидуальных особенностей кожи, сезона, климатических условий. Пациентам с атопическим дерматитом необходимо постоянно, не менее 3–4 раз в день, в достаточном количестве использовать увлажняющие и смягчающие средства как самостоятельно, так и после водных процедур [27,45,46,47,48].

Средства на мазевой основе (более жирные, например, бальзамы) можно использовать в холодное время года, а летом следует применять кремы и гели с высоким содержанием воды. Лосьоны отличаются более высоким содержанием воды, которая может испаряться, поэтому их не следует применять у пациентов с выраженным ксерозом.

Для достижения клинического эффекта необходимо использовать достаточный объем смягчающих препаратов (при распространенном поражении кожи у подростка расход может составлять до 500 г в неделю, у ребенка раннего возраста – от 100 до 250 г в неделю) [49].

Современные исследования у детей подтверждают, что комбинированное применение эмолентов с противовоспалительной терапией способствует более быстрому восстановлению кожного барьера и улучшению клинических показателей тяжести АД [47].

3.1.2 Наружная противовоспалительная терапия

- Пациентам с атопическим дерматитом легкой, средней и тяжелой степени тяжести рекомендуется наружная топическая терапия кортикостероидами и/или препаратами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов [27,28,45,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Выбор препарата основан на тяжести течения болезни, характере и локализации поражения кожи, должен учитывать возрастные особенности, индивидуальную переносимость и предпочтения пациента.*

*Для наружного лечения детей предпочтительными являются лекарственные формы в виде крема и монокомпонентные наружные средства кортикостероиды, препараты для лечения дерматита, кроме кортикостероидов (топические ингибиторы кальциневрина – такролимус** и пимекролимус**) [27,28,45,49].*

Многокомпонентные наружные лекарственные препараты – кортикостероиды в комбинации с антибиотиками или кортикостероиды в комбинации с другими средствами показаны только при клиническом и/или лабораторном подтверждении бактериальной и/или грибковой инфекции [27,45,49].

При легком течении атопического дерматита предпочтительно применение кортикостероидов с низкой активностью (группа I) и умеренной активностью (группа II) а при среднетяжелом и тяжелом течении атопического дерматита целесообразно применение кортикостероидов с высокой активностью (группа III) и кортикостероидов с очень высокой активностью (класс IV) в минимальных эффективных дозах (классификация кортикостероидов (топических) - Приложение А3.1). Для быстрого лечения обострения атопического дерматита возможно использование средств для наружной терапии и эмолентов с применением влажных повязок. Сначала на пораженные участки кожи наносят наружные средства (кортикостероиды и/или эмоленты), затем накладывают влажную хлопчатобумажную или марлевую салфетку, а затем сухую повязку [27,49,50]. Следует соблюдать осторожность при использовании в виде влажных повязок кортикостероидов с умеренной активностью (группа II) и высокой активностью (группа III) в связи с риском угнетения функции надпочечников [27,50]. Эффективность наружной терапии оценивают через 2 недели после начала использования нового наружного средства. Критерии неэффективности – отсутствие улучшения или ухудшение симптомов атопического дерматита, а также трудности, связанные с нанесением наружного

препарата, например, вызывает субъективные неприятные ощущения – жжение, зуд, боль, плохо впитывается, пачкает одежду, плохо пахнет и др. [49].

Топическую терапию осуществляют:

- **в режиме активного лечения (реактивная терапия)** – для купирования проявлений, применяя препараты ежедневно коротким курсом до полного купирования/уменьшения симптомов, либо

- **в проактивном режиме (проактивная терапия)** – применяя топическое средство 2-3 раза в неделю (непоследовательные дни) в течение нескольких месяцев для продления ремиссии заболевания [49, 181].

Кортикостероиды

- **Рекомендуется** выбор топического кортикостероида проводить в зависимости от возраста, степени тяжести и локализации проявлений атопического дерматита с целью проведения максимально эффективной и безопасной терапии [27,49].

- **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

Комментарии: препарат выбирают в зависимости от возраста пациента, степени тяжести патологического процесса, морфологии и локализации высыпаний. Топическое средство можно использовать под влажно-высыхающую повязку, а также под влажные обертывания в острой фазе короткими курсами для повышения их эффективности. При длительном использовании топических кортикостероидов (в сроки, превышающие указанные в инструкции по медицинскому применению) могут развиваться атрофия кожи, телеангиоэктазии, стероидные акне, розацеаподобный дерматит, стероидные приливы, гипертрихоз и присоединение вторичной микробной/грибковой/вирусной инфекции. При назначении кортикостероидов необходимо учитывать степень их активности и лекарственную форму; не рекомендуется смешивать кортикостероиды, с другими препаратами для наружной терапии.

При тяжелом течении атопического дерматита используют кортикостероиды с очень высокой активностью (группа IV). Также их применяют на ладонях и подошвах, где проникновение топического препарата из-за толстого рогового слоя затруднено; а также на других участках за исключением лица/интертригинозных участков. При атопическом дерматите лёгкой и средней степени тяжести используют кортикостероиды с умеренной и высокой активностью (группа II, III, соответственно) (кроме лицевой области и интертригинозных участков). При локализации процесса на коже век и гениталий используют кортикостероиды с низкой активностью (группа I) в течение ограниченного

периода времени. При распространенном атопическом дерматите следует рассмотреть применение препаратов слабой и умеренной активности из-за высокой вероятности системной абсорбции [45,49,51].

Кортикостероиды выпускаются в разных лекарственных формах – в виде мазей, кремов, лосьонов, эмульсий, спрея, гелей, пен.

Применяются в качестве препаратов первой линии для наружной терапии:

- **Рекомендуется** в качестве препаратов первой линии для наружной терапии большинству пациентов с атопическим дерматитом кортикостероиды [27,45].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии:

клобетазол 0,05% крем, 0,05% мазь наносится тонким слоем на пораженные участки кожи (у детей обычно курс не более 5 дней, так как более длительное применение приводит к обратимому подавлению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы) [52,53,54].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

Комментарии: Противопоказанием к назначению препарата клобетазол является детский возраст до 1 года. ТКС с очень высокой активностью (группа IV) не рекомендуется применять у детей длительными курсами [45,55], не следует применять их под окклюзионные повязки. При необходимости возможно проведение кратких повторных курсов. На лице чаще, чем на других участках тела, могут появляться атрофические изменения кожи в результате длительного применения кортикостероидов [45,51]

Или

бетаметазон** 0,05%, мазь для наружного применения наносить на пораженный участок кожи тонким слоем 1 раз в сутки, слегка втирая, курсом не более 4 недель. Допускается кратковременное применение до 2 раз в сутки по решению врача [56]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон** мазь 0,05% является детский возраст до 1 года.

Или

бетаметазон** 0,05% крем для наружного применения наносить пациентам с атопическим дерматитом на пораженный участок кожи тонким слоем 1–2 раза в сутки, слегка втирая, курсом не более 4 недель [56].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

Комментарии: Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон** 0,05% крем для наружного применения является детский возраст до 1 года.

Или

бетаметазон** 0,1% крем для наружного применения наносить пациентам с атопическим дерматитом на пораженный участок кожи тонким слоем 1–2 раза в сутки, слегка втирая, курсом не более 2 недель [56].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон** 0,1% крем для наружного применения является детский возраст до 6 мес.*

Или

триамцинолон 0,1% мазь для наружного применения наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 1-2 раза в сутки. Возможно использование окклюзионной повязки [45,51,57].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению препарата триамцинолон 0,1% мазь для наружного применения является детский возраст до 2 лет.*

Или

флутиказон 0,05% крем для наружного применения, 0,005% мазь для наружного применения наносить 1 или 2 раза в сутки тонким слоем в количестве, не большем, чем необходимо для покрытия всего пораженного участка, и осторожно втирать, курсом до 4 недель (у детей максимально коротким курсом) [45,49,51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению мази и крема флутиказон является детский возраст до 10 лет.*

Или

мометазон** крем 0,1% , мазь 0,1% тонким слоем наносят на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в зависимости от тяжести течения (обычно не более 4 недель), при применении на лице или тонких участках кожи и у детей – не более 5 дней [45,49,51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению препарата мометазон** является детский возраст до 2 лет.*

Или

метилпреднизолона ацепонат** 0,1% крем, мазь, жирная мазь, эмульсия наносить 1 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи: для эмульсия – курсом не более 2 недель, крем, мазь, мазь жирная - не более 4 недель [45,49,51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению крема, мази, мази (жирной), эмульсии метилпреднизолона ацепоната** является детский возраст до 4 месяцев.*

Или

гидрокортизон (в виде бутирата)** 0,1% крем, 0,1% мазь наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1–3 раза в сутки минимально достаточным курсом для купирования кожных проявлений, обычно – до 2 недель [45, 51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Возможно применение крема и мази гидрокортизон** (в виде бутирата) 0,1% с 6-месячного возраста.

Или

гидрокортизон (гидрокортизона ацетат)** 1% мазь для наружного применения наносят на пораженные участки кожи 1–3 раза в сутки, курс лечения 1–3 недели, у детей курс лечения не более 7 дней [45, 51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Противопоказанием к назначению гидрокортизона** мази 1% является детский возраст до 2 лет.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Или

алклометазон крем 0,05%, мазь 0,05% наносить на пораженные участки кожи равномерным слоем 2 раза в сутки. Курс лечения в течение 2–4 недель; у детей не более 2 недель [45, 51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Противопоказанием к назначению алклометазона крема 0,05%, мази 0,05% является детский возраст до 6 месяцев.

Или

флуоцинолона ацетонид 0,025% мазь, 0,025% линимент для наружного применения детям старше 2 лет на пораженные участки кожи 1–4 раза в сутки. Курс — не более 2 недель, при нанесении на кожу лица — не более 5 дней [45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Топическая терапия препаратами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов (топические ингибиторы кальциневрина)

• Рекомендуется применение пациентам с атопическим дерматитом препаратов для лечения дерматита, кроме кортикостероидов (топические ингибиторы кальциневрина):

такролимус** при атопическом дерматите среднетяжелого и тяжелого течения 0,03% мазь для наружного применения или 0,1% мазь для наружного применения [27, 45, 58].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Противопоказанием к назначению 0,03% мази такролимус** является детский возраст до 2 лет. Применение 0,1% мази такролимус** противопоказано детям до

16 лет [45]. Продолжительность лечения по данной схеме не должна превышать трех недель. В дальнейшем частота применения уменьшается до одного раза в сутки, лечение продолжается до полного регресса очагов поражения. При отсутствии положительной динамики в течение 14 дней необходима повторная консультация врача для уточнения дальнейшей тактики терапии [27]. Во время применения такролимуса** следует избегать попадания на кожу солнечных лучей, посещения солярия, ультрафиолетового облучения кожи УФ-лучами В или А, ПУВА-терапии. [27, 59]. В течение 2 ч на участках кожи, на которые наносилась мазь такролимус**, нельзя использовать смягчающие средства.

Или

пимекролимус** при атопическом дерматите легкого или среднетяжелого течения детям старше 3 месяцев 1% крем для наружного применения наносить на пораженную поверхность тонким слоем 2 раза в сутки [27,60,61,62,63,64].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Пимекролимус** крем для наружного применения показан как для кратковременного, так и для длительного прерывистого лечения с целью профилактики обострений атопического дерматита лёгкой и средней степени тяжести у подростков и детей (от 3 месяцев). Возможно длительное применение до 12 месяцев с перерывами.

Препарат назначают 2 раза в сутки на пораженные участки кожи любых частей тела, включая голову, лицо, шею, области опрелостей; особенно показан для чувствительных участков кожи [61,62]. Если симптомы заболевания сохраняются в течение 6 недель, следует провести повторную оценку состояния пациента. Не следует назначать беременным (не проводились исследования по эффективности и безопасности), в период лактации применять с осторожностью, не наносить на область молочных желез. Во время применения пимекролимуса** следует избегать избыточного ультрафиолетового облучения кожи, включая посещение солярия, ПУВА-терапию, воздействия УФ-лучами В или А.

- **Рекомендуется** селективное назначение пиритион цинк для местного применения пациентам с атопическим дерматитом:

пиритион цинк крем 0,2% наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки детям с 1 года, возможно применение под окклюзионную повязку;

пиритион цинк аэрозоль 0,2% детям с 1 года в случаях выраженного мокнутия распыляют с расстояния 15 см 2-3 раза в сутки [65,66, 67].

Комментарии: Курс лечения при атопическом дерматите – 3–4 недели

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

Проактивная терапия

- **Рекомендуется** проведение топической проактивной (поддерживающей) терапии кортикостероидами с высокой (*группа III*) или умеренной (*группа II*) активностью или такролимусом** пациентам с атопическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения на ранее пораженные участки после достижения ремиссии в отношении видимых изменений кожи, в среднем, 2 (3) раза в неделю в дополнение к ежедневному применению эмолентов с целью поддержания ремиссии – курсом от нескольких месяцев до года (в зависимости от наличия показаний и используемого препарата, при регулярном диспансерном наблюдении) [27,49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** проведение поддерживающей топической терапии кремом #метилпреднизолона ацепонат 0,1% на ранее пораженные участки кожи после достижения ремиссии в режиме 2 раза в неделю в дополнение к ежедневному применению эмолентов с целью профилактики обострений [27,49].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

- **Рекомендуется** проведение поддерживающей топической терапии кремом #флутиказон 0,05% на ранее пораженные участки кожи после достижения ремиссии в режиме 2 раза в неделю в дополнение к ежедневному применению эмолентов с целью профилактики обострений [27,49].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендуется** проведение топической проактивной терапии мазью такролимус** пациентам с атопическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения на ранее пораженные участки кожи после достижения ремиссии в режиме 2 раза в неделю в дополнение к ежедневному применению эмолентов с целью профилактики обострений [27,49,59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *Через 12 месяцев поддерживающей терапии (при использовании такролимуса** 2 раза в неделю) следует временно отменить препарат и затем рассмотреть вопрос о необходимости продолжения поддерживающей терапии. Такролимус** применяется для лечения атопического дерматита (средней степени тяжести и тяжелых форм).*

- **Рекомендуется** рассмотреть проведение топической проактивной терапии кремом пимекролимус** пациентам с атопическим дерматитом легкого и среднетяжелого течения на ранее пораженные участки кожи после достижения ремиссии в режиме 2–3 раза в неделю в

дополнение к ежедневному применению эмолентов с целью профилактики обострений [27,49,61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Возможно рассмотреть проведение проактивной терапии на чувствительных участках кожи (лицо, складки и т.п.) кремом пимекролимус**. Подтверждена эффективность и безопасность продолжительного применения после достижения ремиссии крема #пимекролимус** 2 раза в день 3 дня в неделю в сочетании с эмолентами у детей до года, а также в режиме 1 раз в день ежедневно до 16 нед у пациентов со второго года жизни [59,60,61,64,68].

3.1.3 Системная терапия пациентов с атопическим дерматитом

Терапия обострений

Кортикостероиды системного действия

Рекомендуется селективно применять пациентам с тяжелым течением атопического дерматита для лечения обострения заболевания кортикостероиды системного действия для перорального приема по схеме [26,27,44,50,69].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

Преднизолон таблетки** перорально в дозе 0,5-1,0 мг на кг массы тела в сутки, максимальная доза 60 мг в сутки (прием осуществлять в утренние часы, допустимо разделение на 2 приема в зависимости от дозы), в течение 5-7 дней (**при необходимости; предпочтительно ≤7 дней**), в течение последующих 5-7 дней дозу препарата титруют на 50 %, с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены [26,69].

Комментарии: возможно применение других кортикостероидов системного действия в дозах, соответствующих указанным для преднизолона**

или

#метилпреднизолон таблетки** перорально от 4 до 48 мг в сутки в зависимости от степени тяжести заболевания в течение 5-7 дней [26,69].

Комментарии: детям дозу #метилпреднизолона ** определяет врач с учетом массы или площади поверхности тела - по 0,42-1,67 мг/кг или 12,5-50 мг/м² в сутки в три приема [27,44,50].

или

#преднизолон раствор** для инъекций внутримышечно или внутривенно от 30 до 60 (до 80) мг в течение 3-14 дней [26,69].

Комментарии: у детей от 2 до 12 месяцев #преднизолон раствор ** вводят из расчета 2-3 мг/кг массы тела; от 1 до 14 лет - 1-2 мг/кг внутривенно струйно или глубоко внутримышечно [27,44,50].

или

#дексаметазон** раствор для инъекций внутривенно или внутримышечно 4 мг/мл от 4 до 8 мг в сутки в течение 5-7 дней [69].

Комментарии: у детей #дексаметазон раствор ** вводят внутримышечно от 0,02776 до 0,16665 мг/кг массы тела или 0,833-5 мг/м² площади поверхности тела каждые 12-24 часа [27,44,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: кортикостероиды системного действия у детей с атопическим дерматитом **не рекомендованы** для рутинного применения, но могут использоваться для купирования тяжелых обострений короткими курсами в дозе не выше 0,5 мг/кг/сут по #преднизолону** [26,27,44,50,69].

или

#метилпреднизолон** 0,5 мг/кг/сут в течение 1-2 недель, не более 1 мес. [27,44,50]. Риск побочных эффектов ограничивает применение препаратов этой группы у детей. Рандомизированных контролируемых исследований, подтверждающих эффективность этого метода лечения, нет, несмотря на его длительное применение в клинической практике [69,70,71].

Четких рекомендаций по мониторингованию состояния пациентов, получающих кортикостероиды системного действия в настоящее время нет, необходимые осмотры и/или исследования и меры по коррекции назначаются в индивидуальном порядке в зависимости от длительности курса и клинических проявлений (например, атрофия кожи, увеличение массы тела, нарушение сна, изменения настроения, гипергликемия, пептические язвы/гастриты, остеопороз, повышенная восприимчивость к инфекциям и т.д.). Возможно рассмотреть проведение исследования уровня глюкозы в крови и оценку супрессии надпочечников (по решению врача-эндокринолога/врача-детского эндокринолога) при высокодозовой и/или длительной терапии [22,69].

Системная терапия

- **Рекомендуется** селективное назначение системной терапии пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением атопического дерматита (SCORAD>25), у которых неэффективна адекватная наружная терапия кортикостероидами и/или препаратами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов, и/или уход за кожей с использованием

эмолентов, и/или физиотерапевтические методы лечения, отсутствует контроль над симптомами заболевания, или пациентам, которые неспособны вести нормальный образ жизни из-за необходимости соблюдать предписанную схему лечения [26,27,44,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: При определении показаний к системному лечению должно быть получено согласие самого пациента или его законных представителей. Системная терапия может быть показана для кортикостероид-сберегающего эффекта у пациентов, которым требуется большой объем кортикостероидов с высокой и очень высокой активностью (группа III и IV), на большой площади поверхности тела в течение длительных периодов времени для снижения риска нежелательных явлений. Кандидатами на системное лечение могут быть пациенты со среднетяжелым или тяжелым течением атопического дерматита при неэффективности проводимой наружной терапии. Перед назначением системной терапии важно исключить иные заболевания, сопровождающиеся кожными проявлениями, например, кожную Т-клеточную лимфому, некоторые первичные иммунодефициты и др [26,27,50].

- **Рекомендуется селективное назначение дупилумаба**** детям в возрасте от 6 месяцев до 18 лет при атопическом дерматите средней и тяжелой степени тяжести при недостаточном ответе на терапию топическими лекарственными препаратами или в случае, когда такие препараты не могут применяться, при отсутствии противопоказаний с терапевтической целью [26, 44,72,73,74,75].

дупилумаб** раствор для подкожного введения 200 мг или 300 мг:

- для пациентов с массой тела от 5 до <15 кг: начальная доза – 200 мг, далее по 200 мг каждые 4 недели;
- для пациентов с массой тела от 15 до <30 кг:
 - в возрасте от 6 месяцев до 5 лет: начальная доза – 300 мг, далее по 300 мг каждые 4 недели;
 - в возрасте от 6 до 17 лет: начальная доза – 600 мг, далее по 300 мг каждые 4 недели;
- для пациентов с массой тела от 30 до <60 кг: начальная доза – 400 мг, далее по 200 мг каждые 2 недели;
- для пациентов с массой тела ≥ 60 кг: начальная доза – 600 мг, далее по 300 мг каждые 2 недели.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: дупилумаб** может быть назначен пациентам с atopическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения при недостаточном ответе на терапию топическими лекарственными препаратами или в случае, когда такие препараты не рекомендованы к применению. Дупилумаб** одобрен для лечения среднетяжёлого и тяжёлого atopического дерматита у детей с 6-месячного возраста [72,73,74,75].

Подтвержден долгосрочный профиль безопасности и устойчивая эффективность терапии в течение до 3 лет у детей с atopическим дерматитом [76, 77]. Для поддержания эффекта терапии следует продолжать лечение [77]. В отличие от иной терапии, в том числе системной, у детей с atopическим дерматитом дупилумаб** снижает риски развития atopических и неatopических сопутствующих заболеваний [78].

Препарат может применяться у детей с сочетанием среднетяжелого или тяжелого atopического дерматита с бронхиальной астмой среднетяжелого или тяжелого течения или с эозинофильным эзофагитом [75].

- **Не рекомендуется** рутинное проведение лабораторных или инструментальных методов исследования для мониторинга состояния пациентов, получающих дупилумаб** вследствие отсутствия необходимости [79,80].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: на фоне терапии дупилумабом** не зафиксировано повышение риска развития инфекций; частота инфекций кожных покровов – снижается [81]. Из нежелательных явлений возможен конъюнктивит, что не требует отмены лечения и купируется противовоспалительными препаратами. По показаниям проводят консультацию врача-офтальмолога и терапию согласно соответствующим клиническим рекомендациям [82].

Системная терапия селективными иммунодепрессантами (ингибиторами янус-ассоциированной киназы (JAK))

- **Рекомендуется** селективное применение для лечения среднетяжелого и тяжелого atopического дерматита у детей от 12 лет и старше, которым показано лечение препаратами системного действия:

Упадацитиниб** таблетки 15 мг с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой; рекомендуемая доза препарата упадацитиниб** для подростков в возрасте от 12 до 18 лет с массой тела не менее 40 кг составляет 15 мг один раз в сутки [83,84,85,86].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: упадацитиниб** можно применять в сочетании с топическими кортикостероидами или в монотерапии. Противопоказаниями к назначению

*упадацитиниба** являются: гиперчувствительность к компонентам препарата, беременность и период грудного вскармливания, детский возраст до 12 лет.*

*Профиль безопасности упадацитиниба** на протяжении 52 недель в целом соответствовал таковому плацебо контролируемого периода. Наиболее частыми нежелательными явлениями ($\geq 10\%$ в любой группе лечения) были акне, ринофарингит, повышение креатинфосфокиназы в крови и инфекции верхних дыхательных путей. Прекращение терапии из-за нежелательных явлений обычно не требуется [83,84,85,86].*

- **Рекомендуется** селективное применение для лечения среднетяжелого и тяжелого атопического дерматита у детей от 2 лет и старше, которым показано лечение препаратами системного действия и при отсутствии противопоказаний **барицитиниб**** 2 или 4 мг перорально 1 раз в сутки в любое время независимо от приема пищи. Рекомендуемая доза барицитиниба** составляет 4 мг один раз в сутки для детей с массой тела 30 кг и более. Для пациентов массой тела менее 30 кг рекомендуемая доза составляет 2 мг 1 раз в сутки [87].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Барицитиниб** детям старше 2 лет может назначаться в монотерапии или в комбинации с кортикостероидами для местного применения. Совместное применение с кортикостероидами для местного применения может повышать эффективность барицитиниба**. Применение барицитиниба в дозировке 4 мг привело к наилучшим статистически значимым улучшениям состояния пациентов детского возраста по сравнению с плацебо к 16 недели терапии. Отмечен статистически значимый эффект в улучшении сна и в снижении использования местных глюкокортикоидов [87]; среди наиболее частых побочных эффектов барицитиниба в дозе 2 мг было повышение КФК крови [88].*

- **Рекомендуется** селективное применение подросткам в возрасте от 12 до 18 лет с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести, которым показана системная терапия и при отсутствии противопоказаний, **аброцитиниб** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг или 200 мг 1 раз в сутки, исходя из индивидуальной цели лечения и потенциального риска нежелательных реакций. Препарат принимают внутрь один раз в сутки примерно в одно и то же время каждый день вне зависимости от приема пищи. Препарат можно применять в сочетании с кортикостероидами и/или препаратами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов и/или в качестве монотерапии [89,90].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *У подростков (12-18 лет) с атопическим дерматитом средней или тяжелой степени аброцитиниб в дозе 100 мг и 200 мг 1 р/сут в виде монотерапии или в сочетании с кортикостероидами и/или препаратами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов,*

продемонстрировал быстрое снижение степени выраженности объективных признаков атопического дерматита и зуда доля пациентов, достигших значимого уменьшения индекса IGA на неделе 12 или неделе 16, в сравнении с группой плацебо. Показан благоприятный профиль безопасности: большинство НЯ были легкими, разрешались самостоятельно и редко требовали прерывания или полного прекращения терапии аброцитинибом. Наиболее частые НЯ включали тошноту, рвоту, боль в верхней части живота, простой герпес, головную боль, головокружение, акне и повышение уровня креатинфосфокиназы (без рабдомиолиза). Аброцитиниб в дозе 200 мг более эффективен и может быть предпочтительным для многих пациентов, включая подростков [89,90].

- **Рекомендуется** пациентам с атопическим дерматитом перед началом терапии **упадацитинибом**** или **барицитинибом**** или **аброцитинибом** провести базовый скрининг и в дальнейшем проводить мониторинг ряда показателей (перечислены в Комментарии) с целью предупреждения развития осложнений [26,91,92].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Не следует начинать терапию у пациентов с абсолютным количеством лимфоцитов менее 500 клеток/мм³ и абсолютным количеством нейтрофилов менее 1000 клеток/мм³ [93,94]. Рекомендовано наблюдение за пациентами на предмет развития признаков или симптомов инфекции и регулярное обследование кожи пациентов с повышенным риском развития рака кожи [95,96,97].

Базовый скрининг перед началом терапии упадацитинибом или барицитинибом** или аброцитинибом**

- Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование
- Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови;
- Оценка состояния печени (Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови);
- Консультация врача-гастроэнтеролога при наличии у пациента гепатита В или С для уточнения возможности проведения терапии;
- Общий (клинический) анализ крови развернутый;

- *Оценка функции почек (Исследование уровня мочевины в крови, Исследование уровня креатинина в крови, Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (клиренс креатинина (обычно проводится определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом: по «прикроватной» («bedside») формуле Шварца (2009) и формуле Шварца-Лиона (2012)));*
- *Оценка липидного профиля (Исследование уровня холестерина в крови, Исследование уровня триглицеридов в крови, Исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, Исследование уровня фосфолипидов в крови, Исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови);*
- *Определение активности креатинкиназы в крови;*
- *Исследования для исключения туберкулезной инфекции: Рентгенография легких, при необходимости: Внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном и/или Внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном.*

Исследования для мониторинга на фоне терапии упадацитинибом** или барицитинибом** или аброцитинибом через 4 мес. от начала терапии и далее каждые 3 месяца:

- *Общий (клинический) анализ крови развернутый;*
- *Оценка функции почек (Исследование уровня мочевины в крови, Исследование уровня креатинина в крови, Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (обычно проводится определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом: по «прикроватной» («bedside») формуле Шварца (2009) и формуле Шварца-Лиона (2012)));*
- *Оценка липидного профиля (Исследование уровня холестерина в крови, Исследование уровня триглицеридов в крови, Исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, Исследование уровня фосфолипидов в крови, Исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови);*
- *Оценка состояния печени (Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови);*
- *Определение активности креатинкиназы в крови.*

Иные препараты с системным иммуносупрессивным действием

- **Рекомендуется** детям при тяжелом течении атопического дерматита и/или недостаточной эффективности всех других методов лечения при отсутствии возможности

использования дупилумаба**, имеющего значительно более высокий уровень безопасности, селективное назначение **#циклоспорина**** (off-label) короткими курсами [26,44,98].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Начальная доза **#циклоспорина**** 2,5 мг/кг в день, разделяется на 2 приема в сутки и принимается перорально. С целью снижения вероятности побочных эффектов суточная доза не должна превышать 5 мг/кг в сутки. Противопоказанием к назначению **#циклоспорина**** является детский возраст до 18 лет для всех показаний, не связанных с трансплантацией, за исключением нефротического синдрома. Применение **#циклоспорина**** у детей в соответствии с показателями (характеристиками), не указанными в инструкции по его применению (off-label), осуществляется по решению врачебной комиссии при условии подписанного информированного добровольного согласия (согласно ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г. с изменениями).

- **Рекомендовано** перед началом терапии **#циклоспорином**** провести базовый скрининг, а также на фоне лечения необходимо мониторировать ряд параметров (услуги перечислены в комментарии) с целью предупреждения развития побочных эффектов или их своевременной диагностики [26,44,98].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

Проводятся:

Базовый скрининг инфекций перед началом терапии:

- *Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование, Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование,*
- *Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови;*
- *Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови*
- *Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови*

Базовый скрининг перед началом терапии, через 4 мес. от начала терапии и далее каждые 3 мес.:

- *Измерение артериального давления на периферических артериях;*
- *Общий (клинический) анализ крови развернутый;*

- *Оценка функции почек (Исследование уровня мочевины в крови, Исследование уровня креатинина в крови, Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (клиренс креатинина (обычно проводится определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом согласно клиническим рекомендациям «Хроническая болезнь почек», общий (клинический) анализ мочи;*
- *Оценка состояния печени (Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови).*
- **Рекомендуется** при тяжелом течении атопического дерматита у детей с 3 лет при недостаточной эффективности всех других методов лечения в качестве альтернативной терапии селективное назначение **#метотрексата**** короткими курсами [26,44,98,99,100].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *Для детей эффективными являются дозы 0,3-0,4 мг/кг/нед. При достижении оптимального клинического эффекта начинают снижение дозы до достижения наиболее низкой эффективной дозы (применение #метотрексата** у детей с атопическим дерматитом в соответствии с показателями (характеристиками), не указанными в инструкции по его применению (off-label), осуществляется по решению врачебной комиссии при условии подписанного информированного добровольного согласия (согласно ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г. с изменениями).*

- **Рекомендуется** перед началом терапии **#метотрексатом**** провести базовый скрининг, а также на фоне лечения необходимо мониторировать ряд параметров (услуги перечислены в комментарии) с целью предупреждения развития побочных эффектов или их своевременной диагностики [26,44,98,100].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

Проводятся:

Базовый скрининг инфекций перед началом терапии:

- *Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование. Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови;*
- *Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови;*

– *Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови.*

Базовый скрининг перед началом терапии, каждые 4 нед. в течение 3 мес от начала терапии или после увеличения дозы #метотрексата и далее каждые 8-12 нед:**

– *Общий (клинический) анализ крови развернутый;*

– *Оценка функции почек (Исследование уровня мочевины в крови, Исследование уровня креатинина в крови, Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (клиренс креатинина (обычно проводится определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом согласно клиническим рекомендациям «Хроническая болезнь почек»));*

– *Оценка состояния печени (Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови).*

В процессе терапии #метотрексатом по необходимости:**

– *Эластометрия печени или чрескожная биопсия печени (Биопсия печени под контролем ультразвукового исследования);*

- *Определение Type III procollagen peptide (PIIINP).*

- *При выявлении патологических изменений со стороны печени или кроветворной функции следует решить вопрос об уменьшении дозировки или полной отмене препарата.*

• **Рекомендуется** при тяжелом течении атопического дерматита у детей и недостаточной эффективности всех других методов лечения селективное назначение #**микофенолата мофетила**** в дозах 30–50 мг/кг/сутки в 2 приема [26,44,98,101].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *согласно исследованиям, эти дозы являются эффективными [26,44,98,101].*

*Применение #микофенолата мофетила** у детей в соответствии с показателями (характеристиками), не указанными в инструкции по его применению (off-label), осуществляется по решению врачебной комиссии при условии подписанного информированного добровольного согласия (согласно Ф3 №323-ФЗ от 21.11.2011г. с изменениями).*

• **Рекомендуется** перед началом терапии #**микофенолата мофетилем**** детям с атопическим дерматитом провести базовый скрининг, а также на фоне лечения необходимо мониторировать ряд параметров (услуги перечислены в комментарии) с целью

предупреждения развития побочных эффектов или их своевременной диагностики [26,44,98,101].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

Проводятся:

Базовый скрининг инфекций перед началом терапии:

- *Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование*
- *Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови; Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови;*
- *Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови.*

Базовый скрининг перед началом терапии, каждые 2 нед. в течение 1 мес. от начала терапии, ежемесячно в последующие 3 мес., и далее каждые 2-3 мес.:

- *Общий (клинический) анализ крови развернутый;*
- *Оценка функции почек (Исследование уровня мочевины в крови, Исследование уровня креатинина в крови, Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (клиренс креатинина (обычно проводится определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом согласно клиническим рекомендациям «Хроническая болезнь почек»));*
- *Оценка состояния печени (Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови).*

Базовый скрининг перед началом терапии и процессе лечения #микофенолата мофетилом**по необходимости:

- *Тестирование на беременность (Исследование мочи на хорионический гонадотропин).*
- **Рекомендуется** детям при тяжелом течении атопического дерматита и недостаточной эффективности всех других методов лечения в качестве альтернативной терапии селективное назначение **#азатиоприна**** короткими курсами [26,44,98,102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Начальная доза 1–3 мг/кг/сутки и должна подбираться в этом диапазоне доз в зависимости от клинического эффекта (который может быть получен после нескольких недель и месяцев от начала лечения) и гематологической переносимости. Если терапевтический эффект получен, то необходимо уменьшить поддерживающую дозу до минимального уровня, который сохраняет полученный эффект. Если в течение 3 месяцев клинический эффект не достигнут, то #азатиоприн** следует отменить. Поддерживающая доза может колебаться от менее, чем 1 мг/кг/сутки до 3 мг/кг/сутки и определяется тяжестью заболевания, индивидуальным ответом пациента и гематологической переносимостью.

- **Рекомендуется** детям с атопическим дерматитом перед началом терапии #азатиоприном** провести базовый скрининг, а также на фоне лечения необходимо мониторировать ряд параметров с целью предупреждения развития побочных эффектов или их своевременной диагностики [26,44,98,102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

Проводятся:

Базовый скрининг инфекций перед началом терапии:

- *Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование. Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование*
- *Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови;*
- *Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови;*
- *Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови.*

Базовый скрининг перед началом терапии, 2р/мес. в течение 2 мес от начала терапии, ежемесячно в последующие 4 мес., и далее каждый месяц и при повышении дозы:

- *Общий (клинический) анализ крови развернутый;*
- *Оценка функции почек (Исследование уровня мочевины в крови, Исследование уровня креатинина в крови, Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (клиренс креатинина (обычно проводится определение скорости клубочковой фильтрации по*

уровню креатинина крови расчетным методом согласно клиническим рекомендациям «Хроническая болезнь почек»;

– Оценка состояния печени (Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови).

Базовый скрининг перед началом терапии и процессе лечения #азатиоприном по необходимости:**

– Тестирование на беременность (Исследование мочи на хорионический гонадотропин)
– Не следует пациентам, получающим #азатиоприн** назначать фототерапию в связи с возрастанием риска канцерогенеза кожи [102].

3.1.4 Лечение осложненного атопического дерматита

3.1.4.1 Наружная терапия осложненного атопического дерматита

• Рекомендуются детям для дечения атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией, препараты группы "антибиотики и противомикробные средства, применяемые в дерматологии" [49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

фузидовая кислота, 2% крем для наружного применения или 2% мазь для наружного применения у детей с рождения, наносить на инфицированные очаги поражения 3 раза в сутки в течение 7–14 дней [103, 104]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

бацитрацин + неомицин мазь, порошок 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней [105,106].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

или

мупируцин 2% мазь для наружного применения наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки не более 10 дней [107].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

эритромицин мазь (10000 ЕД/г) наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки 7–14 дней [106].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *антибактериальные препараты для местного применения используются для наружного применения при локализованных формах вторичной инфекции [107,108,109].*

• **Рекомендуются** при наличии признаков вторичного инфицирования использовать короткими курсами (обычно в течение 1 недели) кортикостероиды в комбинации с антибиотиками, или кортикостероиды в комбинации с другими препаратами (топическими) [49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

#тетрациклин + триамцинолон аэрозоль для наружного применения у и детей от 3 лет – орошать струей аэрозоля инфицированные очаги поражения 1–3 раза в сутки, держа баллон в вертикальном положении, на расстоянии 15–20 см от кожи, в течение 5–10 дней [106].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

или

гидрокортизон + фузидовая кислота крем для наружного применения наружно на инфицированные очаги поражения 3 раза в сутки взрослым и детям в возрасте от 2 лет и старше в течение 14 дней [67,110,111].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

или

бетаметазон + фузидовая кислота крем для наружного применения детям от 1 года с атопическим дерматитом наружно на инфицированные очаги поражения 2 раза в сутки не более 2 недель [67,110,111].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

Комментарий: *длительность лечения не более 2 недель.*

или

бетаметазон+ гентамицин + клотримазол крем для наружного применения, мазь для наружного применения наружно на инфицированные очаги поражения 2 раза в сутки детям в возрасте от 2 лет и старше не более 3–4 недель [67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

Комментарий: *длительность лечения не более 3–4 недель.*

или

гидрокортизон+неомицин+натामीцин мазь на инфицированные очаги поражения 2–4 раза в сутки детям в возрасте 1 года и старше не более 14 дней [49,67,112,113].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: *длительность лечения не более 2 недель.*

- **Рекомендуется** детям с атопическим дерматитом при наличии трещин, эскориаций, мокнутия и признаков поверхностной бактериальной контаминации применение антисептических средств короткими курсами в составе комплексной терапии осложненного атопического дерматита у детей [49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: у детей с атопическим дерматитом отмечается высокая частота колонизации *Staphylococcus aureus* (до 90% на пораженной коже), что ассоциировано с усилением воспаления и экссудации. Щадящая антисептическая обработка эрозированных участков кожи способствует снижению микробной нагрузки и уменьшению выраженности воспалительных проявлений. Антисептики применяются кратковременно и не заменяют антибактериальную терапию.

- **Рекомендуется #метилтиониния хлорид 1% водный раствор** для наружного применения у детей при наличии мокнутия и поверхностной бактериальной контаминации кожи 1–2 раза в сутки в течение 3–5 дней [49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: разрешен к применению у детей с рождения. Обладает антисептическим и умеренным подсушивающим действием. Применяется как вспомогательное средство при эрозированных и мокнущих элементах. Возможны местные раздражающие реакции. Противопоказан при гиперчувствительности. Не наносить на слизистые оболочки и обширные поверхности кожи у новорожденных (риск метгемоглобинемии).

или

#борная кислота+резорцин+фенол+фуксин раствор для наружного применения наносят с помощью ватного тампона на пораженные участки кожи 2–4 раза в сутки. После высыхания жидкости на обработанный участок можно наносить мази и пасты [114].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: обладает антисептическим (бактерицидным и фунгицидным), подсушивающим и вяжущим действием. Активен в отношении грамположительных бактерий (включая *S. aureus*), грибов рода *Candida* и дерматофитов. Наносится точечно на поражённые участки (трещины, эскориации, мокнущие элементы); не предназначен для обработки обширных поверхностей кожи. Противопоказан детям до 1 года в связи с содержанием фенола (риск системной токсичности при чрескожном всасывании) и борной кислоты (кумулятивная нефро- и нейротоксичность у новорождённых и грудных детей). У детей 1–3 лет — применять с осторожностью, на ограниченные участки кожи. Возможные нежелательные реакции: кратковременное жжение и болезненность в месте нанесения, аллергические реакции. Не наносить на слизистые оболочки. При длительном применении на

обширные участки возможно развитие токсических явлений (тошнота, головокружение, расстройство дыхания) вследствие всасывания фенола.

или

#октенидина дигидрохлорид раствор для местного и наружного применения (0,1%) на инфицированные очаги поражения и участки повреждённой кожи (трещины, эксфолиации) с помощью ватного тампона или путём орошения 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней [115,116].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *#октенидина дигидрохлорид — катионный антисептик широкого спектра действия, активный в отношении грамположительных (включая MRSA) и грамотрицательных бактерий, грибов рода Candida и ряда вирусов. Не имеет возрастных ограничений, разрешен к применению с периода новорожденности. В исследовании переносимости у детей (включая 7 мес.–16 лет) нежелательные явления встречались редко [116]. Описаны единичные случаи буллёзных реакций после применения раствора с октенидином у ребёнка [117]. Противопоказание: индивидуальная непереносимость компонентов. Не вводить в полость среднего уха и не применять на барабанную перепонку.*

или

бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммония хлорид моногидрат раствор для местного и наружного применения (0,01%), детям с 3 лет — наносить на инфицированные очаги поражения и участки повреждённой кожи (трещины, эксфолиации) с помощью ватного тампона или путём орошения 2–3 раза в сутки в течение 5–14 дней [49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: *препарат относится к катионным антисептикам. Обладает антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибов, ряда вирусов (в т. ч. герпесвирусов). Может применяться в составе комплексной наружной терапии у детей с АтД при наличии дефектов кожи и признаков вторичного инфицирования. Противопоказание: индивидуальная непереносимость.*

или

#полигексанид (полигексаметиленгуанидина гидрохлорид) раствор для наружного применения (в т.ч. в составе комбинированных растворов с ПАВ), детям с 1 года — применять на участки повреждённой/мокнущей кожи, трещины и эксфолиации путём орошения или аппликаций 1–2 раза в сутки в течение 7–14 дней [49,118].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: *антисептик группы бигуанидов с широким антимикробным спектром (включая S. aureus, MRSA), низкой цитотоксичностью и минимальным повреждающим*

действием на процессы эпителизации. Разрешен для наружного применения в дерматологии у детей от 1 года. У детей до 1 года — с осторожностью (ограниченные данные по безопасности). Применяется при осложнённом АтД у детей с дефектами кожного покрова и признаками вторичного инфицирования как альтернатива при непереносимости или неэффективности других антисептиков. Противопоказание: индивидуальная непереносимость; не применять на хрящевую ткань, структуры ЦНС, среднее ухо.

3.1.4.2 Системная антибактериальная и противовирусная терапия

Атопический дерматит может осложниться развитием бактериальных поражений кожи, требующих проведения системной антибактериальной терапии [105,106,107].

- **Рекомендуется** детям с атопическим дерматитом и подозрением на инфекционные осложнения до назначения противомикробных препаратов системного действия провести микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и с целью идентификации возбудителя и микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам (см. подраздел 2.3) [33,105,107].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –3)

Комментарии: *до получения результатов микробиологического исследования в большинстве случаев начинают лечение противомикробными препаратами системного действия, активными в отношении наиболее часто встречающихся возбудителей, в первую очередь, S. aureus. С высокой эффективностью применяются комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, цефалоспорины первого поколения или цефалоспорины второго поколения, макролиды. Продолжительность терапии антибактериальными препаратами системного действия обычно составляет 7–10 дней [33,107].*

- **Рекомендуются** детям с атопическим дерматитом антибактериальные препараты системного действия для лечения рецидивирующей или распространенной бактериальной инфекции [33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4):

амоксциллин +клавулановая кислота** детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг + 125 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки или 875 мг + 125 мг – по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 5–14 дней или гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь по 875 мг + 125 мг по 1 пакетик 2 раза в сутки в течение 5 – 14 дней [105,107].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Противопоказанием для назначения таблеток, покрытых пленочной оболочкой, амоксициллин + клавулановая кислота** является детский возраст до 12 лет.*

или

цефуроксим** – по 250 мг перорально 2 раза в сутки взрослым и детям в возрасте от 3 лет и старше в течение 5–10 дней [105,107].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Противопоказанием для назначения таблеток цефуроксим**, покрытых пленочной оболочкой, является детский возраст до 3 лет.*

или

цефтриаксон** – по 1–2 г в сутки внутримышечно или внутривенно взрослым и детям старше 12 лет или весом более 50 кг 1 раз в сутки (каждые 24 часа) в течение 4 – 14 дней, новорожденным до 15 дней – 20–50 мг/кг/сут, детям от 15 дней до 12 лет – 20–80 мг/кг/сут. 1 раз в сутки [33,105].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

Комментарии: *Цефтриаксон** противопоказан недоношенным детям в возрасте до 41 недели включительно. Цефтриаксон** следует назначать с осторожностью в период грудного вскармливания.*

- **Рекомендуется** детям с атопическим дерматитом с инфекционными осложнениями проведение коррекции противомикробной терапии по результатам микробиологического исследования кожи (см. раздел 2.3) с целью элиминации причинно-значимого возбудителя [27,33,49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- **Рекомендуются** в случае развития у пациентов с атопическим дерматитом герпетической экземы Капоши противовирусные препараты прямого действия с лечебной целью: [119,120]

#ацикловир** таблетки 200-400 мг, детям от 3 лет и старше внутрь по 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней;

#ацикловир** лиофилизат для приготовления раствора для инфузий 250 мг в виде медленной инфузии в течение 1 часа в дозе 5 мг/кг каждые 8 часов, детям в возрасте от 3 мес. до 12 лет в дозе 250 мг/м² каждые 8 ч. У новорождённых до 3 мес. 20 мг/кг каждые 8 часов. Курс лечения составляет, в среднем, 7-14 дней [33,119].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

или

#валацикловир таблетки 500 мг, перорально курсом 5-7 дней, может применяться у подростков ≥ 12 лет при лёгком течении герпетической экземы Капоши: 1000 мг 2 раза в сутки [49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: В случае диссеминированного процесса, сопровождающегося повышением температуры тела, явлениями тяжелой интоксикации, необходима госпитализация в стационар с наличием боксированного отделения. В условиях стационара следует проводить внутривенное введение **#ацикловира****. Противопоказанием к назначению ацикловира** в таблетках является детский возраст до 3 лет.

Для ацикловира** (при коротких и пролонгированных курсах): необходим контроль и мониторинг функции почек (Исследование уровня мочевины в крови, Исследование уровня креатинина в крови, Исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (клиренс креатинина (обычно проводится определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом: по «прикроватной» («bedside») формуле Шварца (2009) и формуле Шварца-Лиона (2012)), электролитов (Исследование уровня натрия в крови, Исследование уровня калия в крови, Исследование уровня общего кальция в крови), общий (клинический) анализ крови развернутый.

3.1.5 Системная терапия атопического дерматита для уменьшения интенсивности зуда

Предотвращение эффектов медиаторов тучной клетки, в том числе гистамина, в органах-мишенях – основа механизма противозудного действия антигистаминных препаратов. Эта группа лекарственных средств действует как обратный агонист H1-рецепторов, стабилизируя их в неактивном состоянии. Рутинное использование пероральных антигистаминных препаратов (как седативных, так и неседативных) не рекомендуется для лечения атопического дерматит). Неседативные антигистаминные препараты малоэффективны в уменьшении зуда при АД [121].

Их применение сегодня строго селективно и ограничено во времени. Можно рассматривать их использование только как краткосрочную меру в острой фазе заболевания, когда мучительный зуд нарушает циркадные ритмы ребенка. Однако, назначая их, нужно предупреждать родителей, что эти препараты не лечат причину зуда и не уменьшают воспаление. Более того, они нарушают архитектуру сна и могут негативно влиять на когнитивные функции при длительном приеме [26].

При необходимости использования антигистаминных средств системного действия в детском возрасте для купирования зуда следует отдавать предпочтение препаратам II

поколения вследствие лучшего их профиля безопасности по сравнению с препаратами I поколения [26,122,123].

При использовании антигистаминных средств системного действия (I поколения) курс лечения должен быть коротким (не более 10 дней) вследствие высокой вероятности развития нежелательных явлений [26,122,123].

- Рекомендуется селективное применение детям с атопическим дерматитом для уменьшения интенсивности зуда антигистаминных средств системного действия в сочетании с наружной терапией [26,121,124,125].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5):
антигистаминные средства системного действия (седативные, первого поколения):

клемастин 1 мг перорально детям старше 12 лет – по 1 таблетке (1 мг) утром и вечером, детям с 6 лет - по ½ - 1 таблетке утром и вечером [26,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Или

клемастин раствор для инъекций 1 мг/мл внутримышечно или внутривенно; детям с года – 0,025 мг на кг массы тела в сутки внутримышечно, разделяя на 2 инъекции в течение 5–7 дней [26,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Или

хлоропирамин** 25 мг перорально детям в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев – по 6,25 мг (¼ таблетки) 2–3 раза в сутки в растертом до порошка виде вместе с детским питанием; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по 8,3 мг (1/3 таблетки) 2–3 раза в сутки; детям в возрасте от 7 до 14 лет – по 12,5 мг (½ таблетки) 2–3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет– по 1 таблетке 3–4 раза в сутки (75–100 мг в сутки) [26,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *хлоропирамин** в форме таблеток противопоказан в зависимости от производителя лекарственного препарата в возрасте до 6 месяцев или до 14 лет.*

Или

хлоропирамин** раствор для инъекций 20 мг/мл детям в возрасте от 1 месяца до 1 года по 5 мг (0,25 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по 10 мг (0,5 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – по 10–20 мг (0,5–1 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 14 лет– по 20–40 мг (1–2 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки в течение 5–7 дней [26,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *хлоропирамин** в форме раствора для инъекций противопоказан новорожденным. Детям предпочтительно применение пероральных лекарственных форм при отсутствии противопоказаний для минимизации болезненных медицинских процедур [26,122].*

Или

хифенадин 10 мг, 25 мг, 50 мг таблетки, взрослым по 25–50 мг 2–4 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 7 лет – по 10 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 7 до 12 лет – по 10–15 мг перорально 2–3 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет – по 1 таблетке 25 мг перорально 2–3 раза в сутки в течение 10–15 дней [26,122,125].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *противопоказанием к назначению хифенадина в форме таблеток является детский возраст до 3 лет (для дозировки 10 мг), детский возраст до 18 лет (для дозировки 50 мг).*

Или

диметинден капли 1мг/мл, детям с 1 мес. До 12 лет по 2 кап./кг массы тела в сутки, дозу разделить на 3 приема, с 12 лет – 60-120 кап./сутки, дозу разделить на 3 приема [26,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *противопоказанием к назначению диметиндена в каплях является детский возраст до 1 мес.*

Антигистаминные средства системного действия (неседативные, второго поколения):

лоратадин** сироп 1мг/мл, таблетки 10 мг, детям в возрасте от 2 до 12 лет с массой тела менее 30 кг – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально, при массе тела более 30 кг – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально; детям в возрасте старше 12 лет – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14–28 дней [26,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

или

#цетиризин** капли для приема внутрь 10 мг/мл, таблетки 10 мг – детям в возрасте от 6 до 12 месяцев (только по назначению врача и под строгим медицинским контролем) – 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 1 года до 2 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 1–2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 6 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 2 раза в сутки или 5 мг (10 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет – 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14–28 дней [26,121,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *цетиризин** в форме таблеток противопоказан в возрасте до 6 лет, #цетиризин** в форме капель для приема внутрь противопоказан в возрасте до 6 месяцев или до 1 года в зависимости от производителя.*

Или

левоцетиризин таблетки 5 мг, капли для приема внутрь 5 мг/мл – детям в возрасте от 2 до 6 лет – по 1,25 мг (5 капель) 2 раза в день; суточная доза — 2,5 мг (10 капель), детям в возрасте старше 6 лет– 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14–28 дней [26,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Противопоказанием к назначению левоцетиризина в форме таблеток является детский возраст до 6 лет, противопоказанием к назначению левоцетиризина в форме капель является детский возраст до 2 лет.*

#дезлоратадин перорально 5 мг 1 раз в сутки в течение 10–20 дней [26,122].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *#Дезлоратадин в форме таблеток противопоказан в возрасте до 12 лет, #дезлоратадин в форме сиропа и раствора противопоказан в возрасте до 6 месяцев [26,122].*

3.1.6 Физиотерапевтическое лечение

- **Рекомендуется** селективное применение детям с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести ультрафиолетового облучения кожи с терапевтической целью после приема (осмотра, консультации) врача-физиотерапевта первичного (услуги других специалистов указаны в комментариях) [49,126,127,128].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *перед назначением фототерапии пациентам с атопическим дерматитом для выявления противопоказаний рекомендуется оценка анамнеза (в т.ч. фотосенсибилизация, онкологические заболевания кожи у пациента/в семье), сопутствующих заболеваний, лекарственной терапии (фотосенсибилизирующие препараты), фототипа кожи, переносимости процедуры, комплекс лабораторных исследований, включающий общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, прием (осмотр, консультация) врача-педиатра, врача-физиотерапевта, врача-детского эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для девочек-подростков) первичные и повторные. По показаниям рекомендуют обследование у других специалистов. Противопоказания: врожденные/приобретенные фотодерматозы, выраженная фоточувствительность, активные дерматозы, индуцируемые УФ-облучением,*

невозможность соблюдения техники безопасности (защита глаз, гениталий, выполнение инструкций).

- **Рекомендуется** селективное назначение детям с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести с терапевтической целью: **ультрафиолетовое облучение кожи**. Общая узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия и/или локальная узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия УФВ-311 терапия, с длиной волны 311 нм детям с атопическим дерматитом [49,126,127,128,129,130].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *с учётом преимущественно эпидермального характера воздействия узкополосного UVB 311 нм, метод не имеет специфических возрастных ограничений при соблюдении стандартных требований безопасности. При проведении узкополосной фототерапии UVB 311 нм необходимо учитывать психоэмоциональное состояние ребенка, способность самостоятельно находиться в кабине, выполнять требования медицинского персонала. В случае невозможности пребывания ребенка в кабине ввиду возраста, эмоциональных особенностей следует проводить процедуры локальной фототерапии UVB 311 нм с использованием портативной лампы UVB 311 нм [129, 130].*

- **Рекомендуется** детям с атопическим дерматитом селективное назначение в качестве альтернативы средневолновой ультрафиолетовой фототерапии применение монохроматического эксимерного света с длиной волны 308 нм [131,132].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *терапия ультрафиолетовым монохроматическим эксимерным светом применяется у детей старше 5 лет при ограниченных формах заболевания. Данный метод позволяет проводить лечение отдельных очагов поражения с подбором оптимальной дозы облучения [131,132].*

3.2 Хирургическое лечение

Не требуется.

3.3 Иное лечение

3.3.1 Лечебные ванны

Лечебные ванны являются признанным адъювантным компонентом комплексной терапии атопического дерматита у детей. Их применение направлено на уменьшение бактериальной колонизации кожи, восстановление эпидермального барьера, смягчение кожи и облегчение зуда.

- **Рекомендуется** селективное применение детям с атопическим дерматитом солевых/минеральных ванн (например, термальной минеральной водой, гидрокарбонатно-

кальциево-магниевых) как адъювантного метода в составе базисной терапии при лёгком–среднетяжёлом течении [133].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: В педиатрическом обзоре Pagliaro et al. (2024), посвящённом купанию при АмД в детском возрасте, солевые ванны (bath salt) рассматриваются как перспективное адъювантное средство с противовоспалительными, антибактериальными свойствами и способностью к восстановлению кожного барьера, однако высококачественных педиатрических РКИ именно по солевым ваннам в домашних условиях при АмД недостаточно [133]. В единственном педиатрическом открытом РКИ бальнеотерапии при АмД (Farina et al., 2011; n=104, дети 1–14 лет, Cotano spa, Италия) 2-недельная бальнеотерапия привела к значимому снижению SCORAD на 26% (vs 46% при топических стероидах), а субъективные параметры (IGA, PSGA) были сопоставимы; через 4 месяца после лечения улучшение в группе бальнеотерапии сохранялось, тогда как в группе стероидов — нет [134]. Дополнительный анализ предикторов ответа у детей на бальнеотерапию при АмД (Pagliaro et al., 2021) показал, что клинический ответ ассоциирован с более молодым возрастом и лёгкой степенью тяжести [135]. Применяются у детей с 1 года (РКИ Farina 2011). Для детей младше 1 года — индивидуальная оценка. Противопоказания: индивидуальная непереносимость (жжение, раздражение при контакте с открытыми эрозиями/трещинами), выраженная мацерация кожи, аллергические реакции на компоненты солевых смесей (ароматизаторы и др.), концентрация соли должна подбираться индивидуально во избежание пересушивания кожи. После солевой ванны необходимо ополаскивание пресной водой и немедленное нанесение эмолента.

3.3.2 Аллерген-специфическая иммунотерапия

- **Рекомендуется** пациентам с наличием сенсibilизации к аллергенам клещей домашней пыли и/или пыльцевым аллергенам, контакт с которыми вызывает обострение атопического дерматита, и/или респираторные проявления – аллергический ринит, бронхиальная астма, аллерген-специфическая иммунотерапия аллергенами бытовыми и/или аллергенами деревьев пыльцевыми и/или аллергенами трав пыльцевыми с лечебной целью [136,137,138,139,140]:
 - аллергены бытовые раствор для накожного скарификационного нанесения, прик-теста и подкожного введения [136,137].

или

аллергены бытовые суспензия для подкожного введения [136,137].

или

аллергены бытовые капли подъязычные [138,139].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Аллерген-специфическая иммунотерапия используется у детей старше 5 лет, если IgE-обусловленная аллергия играет ведущую роль в патогенезе атопического дерматита. Показания, выбор метода и противопоказания к аллерген-специфической иммунотерапии определяет врач-аллерголог-иммунолог. Аллерген-специфическую иммунотерапию назначают только после купирования обострения атопического дерматита с помощью адекватной наружной терапии, а также санации очагов хронической инфекции и лечения сопутствующих заболеваний. Проводится врачом-аллергологом-иммунологом в условиях аллергологического кабинета или стационара. Продолжительность и схема аллерген-специфической иммунотерапии определяется индивидуально.

Существуют подкожный и сублингвальный методы АСИТ.

Основные лечебные формы аллергенов, зарегистрированные на территории РФ (V01AA: Экстракты аллергенов):

- водно-солевые экстракты аллергенов пыльцы деревьев, злаковых трав, сорных трав, домашней пыли, клещей рода *Dermatophagoides* для подкожной АСИТ;
- алергоиды, полученные путем полимеризации аллергена формальдегидом или карбамелированием;
- алергены пыльцы деревьев, злаков, клещей домашней пыли, адсорбированные на суспензии фосфата кальция или гидроокиси алюминия, для подкожной АСИТ;
- алергены пыльцы березы, злаковых трав, амброзии, клещей домашней пыли для сублингвального применения.

Протоколы/схемы АСИТ не являются универсальными – они уникальны для каждого метода и препарата. Различия в схемах обусловлены различиями в химических и терапевтических свойствах препарата. Как правило, протокол проведения АСИТ включает два этапа: 1 этап – этап достижения максимальной терапевтической дозы (наращивания); 2 этап – этап поддерживающей терапии (фаза основной терапии). Протоколы некоторых современных лечебных аллергенов не предусматривают фазу наращивания дозы, лечение начинается сразу с поддерживающей дозы аллергена.

В зависимости от длительности протокола АСИТ может быть: предсезонной, предсезонно-сезонной и круглогодичной.

Наличие показаний и противопоказаний к АСИТ, выбор лечебного аллергена, назначение АСИТ проводит врач аллерголог-иммунолог в соответствии с инструкцией к выбранному лечебному аллергену и методическими рекомендациями по проведению АСИТ.

- Детям с атопическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения при наличии подтвержденной пищевой аллергии, которая проявляется в виде обострения атопического дерматита, **рекомендовано** исключение из рациона причинно-значимого продукта [140].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *обострения атопического дерматита на фоне пищевой аллергии отмечаются примерно у 30-40% детей раннего возраста. В первую очередь у таких пациентов следует рассматривать для исключения аллергены из группы «большой восьмерки» (молоко, куриные яйца, пшеницу, орехи, арахис, рыбу, морепродукты, сою) после выявления четкой причинно-значимой связи их употребления с обострением атопического дерматита, или при наличии тяжелого и среднетяжелого течения болезни, в том числе при наличии положительного аллергологического обследования (см. клинические рекомендации «Пищевая аллергия у детей»). Вместе с тем, систематический обзор и метаанализ с низкой степенью достоверности показали незначительное преимущество соблюдения какой-либо гипоаллергенной диеты перед её отсутствием для улучшения течения атопического дерматита у детей [141].*

- В случае подтвержденной аллергии на белок коровьего молока у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании, в сочетании со среднетяжёлым или тяжелым атопическим дерматитом **рекомендовано** использовать в питании специализированные смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или смеси на основе аминокислот [140, 142].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Обезболивание: *проводится при необходимости*

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- **Рекомендуется** при возможности прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный и повторные/ Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный и повторные детям с атопическим дерматитом, особенно при наличии длительно существующих зуда кожи и боли с целью улучшения психологического состояния пациентов, а также возможной ментальной модуляции данных проявлений в дополнение к медикаментозному лечению [143, 144].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *детям с atopическим дерматитом с целью снижения влияния стресса на частоту обострений кожного процесса полезно проведение групповой психотерапии, обучение техникам релаксации и модификации поведения. Психологические вмешательства, в том числе аутогенная тренировка, или поведенческая терапия, техники релаксации, медитация могут оказывать положительное влияние на течение atopического дерматита. Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный и повторные / Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный и повторные особенно обоснованы при наличии у ребёнка тревожности, нарушений сна, школьной дезадаптации, связанных с заболеванием [143, 144].*

- **Рекомендуется** селективно детям с atopическим дерматитом селективное проведение лечения в оздоровительно-профилактических, а также лечебно-реабилитационных целях с использованием природных факторов в санаторно-курортных условиях (например, климатотерапия, талассотерапия, бальнеотерапия, пелоидотерапия, терренкуры гидрокарбонатно-кальциево-магниевые воды (в т.ч., термальные) в виде лечебных ванн (ванны минеральные лечебные), воздействие климатом, аэротерапия, спелеотерапия, гелиотерапия) [49,134].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *детям с atopическим дерматитом применяются климатотерапия, талассотерапия, бальнеотерапия, пелоидотерапию, терренкуры с целью стимулирующего воздействия природных климатических факторов, приводящих к нормализации и улучшению барьерных свойств кожи, кровоснабжения, потоотделения, сна, снижение зуда, улучшению течения других atopических заболеваний. Бальнеотерапия заключается в ежедневном 15-минутном погружении в минеральную воду температурой примерно 36–37 °С.*

Традиционно применяются гидрокарбонатно-кальциево-магниевые воды (в т.ч., термальные) в виде лечебных ванн (ванны минеральные лечебные), воздействие климатом [49,134, 135].

Санаторно-курортное лечение детей, страдающих atopическим дерматитом, проводится на бальнеологических и грязевых курортах (Приказ Минздрава России от 07.06.18 №321н), в том числе на курортах с повышенной инсоляцией и лечебным воздействием морского воздуха с возможностью проведения аэротерапии, спелеотерапии, талассотерапии, гелиотерапии [182].

При наличии показаний и возможностей – может поводится ультрафиолетовое облучение кожи в соответствии с п. 3.3.

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

Диспансерное наблюдение

- **Рекомендуется** диспансерное наблюдение детей с атопическим дерматитом (Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра/общей практики (семейного врача) и/или врача-аллерголога-иммунолога и/или врача-дерматовенеролога), в среднем, 1 раз в 6-12 месяцев; дети со среднетяжелым и тяжелым течением атопического дерматита, в том числе получающие системную терапию, нуждаются в более тщательном контроле и оценке эффективности/безопасности терапии не реже 1 раза в 3 месяца. Контрольные исследования проводятся в соответствии с назначенным лечением (услуги - см. соответствующий раздел) [49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Профилактика

Первичная профилактика атопического дерматита

Первичная профилактика атопического дерматита направлена на предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболевания и включает в себя комплекс мероприятий:

- **Рекомендуется** в качестве мероприятий первичной профилактики атопического дерматита у ребенка беременным женщинам разнообразное питание с высоким содержанием овощей, фруктов, кисломолочных продуктов [145,146]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** в качестве мероприятий первичной профилактики атопического дерматита всем детям на протяжении первых 4–6 месяцев жизни грудное вскармливание. Однако, долгосрочные эффекты грудного вскармливания на развитие атопического дерматита остаются неопределенными [147,148].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** в качестве мероприятий первичной профилактики сенсibilизации и развития атопического дерматита (а также пищевой аллергии) введение прикормов в период с 4-го по 6-й месяцы жизни ребенка вне зависимости от наследственной отягощенности [149,150].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: *данный возрастной период считается оптимальным и представляет собой так называемое «окно толерантности»*

- **Рекомендуются** в качестве мероприятий первичной профилактики атопического дерматита при отсутствии возможности грудного вскармливания детям до 6 мес. из группы высокого риска профилактические гипоаллергенные (частично гидролизные) смеси [151, 152].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *подробнее – см. в клинических рекомендациях «Пищевая аллергия»*

- **Рекомендуется** разнообразное питание всем детям раннего возраста для профилактики развития атопического дерматита [145,153]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *показано, что регулярное употребление детьми свежих овощей, фруктов и бобовых (горох, фасоль, чечевица) снижает риск развития атопического дерматита, а разнообразное питание в раннем возрасте снижает риск всех аллергических болезней [153]. Употребление йогурта в младенчестве, было обратно пропорционально связано с развитием атопического дерматита и пищевой сенсibilизацией в возрасте 5 лет [154]. Вместе с тем, доказательств влияния времени введения прикорма на риск развития атопического дерматита у ребенка в дальнейшем недостаточно [150, 155, 156].*

- **Рекомендуется** беременным и в качестве мероприятий первичной профилактики атопического дерматита у ребенка с целью контроля за факторами внешней среды исключение воздействия табачного дыма [157].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Курение в любых вариантах недопустимо во время беременности и лактации; пассивное курение исключают с первых дней жизни ребенка.*

- **Рекомендуется** в качестве мероприятий первичной профилактики атопического дерматита у детей с целью контроля за факторами внешней среды поддержание низкой влажности и адекватной вентиляции в помещениях, где находится ребенок (исключение сырости) [158].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** беременным, детям в качестве мероприятий первичной профилактики атопического дерматита с целью контроля за факторами внешней среды уменьшение воздействия загрязняющих веществ окружающей среды (поллютантов) [159].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** селективное назначение пробиотиков (содержащих штаммы *Lactobacillus rhamnosus GG, Lactobacillus reuteri, Bifidobacterium lactis* или их

комбинации) беременным женщинам в последнем триместре беременности, кормящим матерям и/или детям первых 6 месяцев жизни из группы высокого риска развития атопического дерматита (наличие атопических заболеваний у родственников первой линии) с целью первичной профилактики атопического дерматита [160,161,162,163,164].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Изменения состава и разнообразия кишечной микробиоты в первые месяцы жизни рассматриваются как один из модифицируемых факторов риска. В настоящее время в качестве возможных мер первичной профилактики АтоД у детей из группы высокого риска рассматриваются вмешательства, направленные на модуляцию кишечной микробиоты, включая применение пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков и постбиотиков [160,165].*

По данным систематических обзоров и мета-анализов показано, что применение пробиотиков в пре- и постнатальном периодах может сопровождаться снижением риска развития атопического дерматита у детей [160,161,162,163].

Наиболее выраженный профилактический эффект отмечается при комбинированном применении пробиотиков у беременных женщин и детей раннего возраста [161,162].

Оптимальные штаммы микроорганизмов, дозировки и длительность применения пробиотиков для профилактики атопического дерматита окончательно не установлены [160,161,162,163,164].

Профилактический эффект пробиотиков показан преимущественно в отношении атопического дерматита и не продемонстрирован убедительно для других аллергических заболеваний [160,161,162,163,164].

- **Рекомендуется селективное** назначение пребиотиков (смесь галактоолигосахаридов/фруктоолигосахаридов) детям первых месяцев жизни из группы высокого риска, не находящимся на исключительно грудном вскармливании, с целью первичной профилактики атопического дерматита [160,164,165].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *имеются данные о снижении частоты атопического дерматита при применении пребиотических смесей олигосахаридов у детей раннего возраста [160,165].*

Предполагается, что профилактический эффект пребиотиков связан с влиянием на формирование кишечной микробиоты в раннем возрасте [165].

- **Рекомендуется селективное** назначение синбиотиков (комбинация пробиотиков и пребиотиков) детям из группы высокого риска развития атопического дерматита в качестве возможной стратегии первичной профилактики [160,166].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: синбиотики представляют собой комбинацию пробиотиков и пребиотиков, направленную на совместное влияние на кишечную микробиоту. По данным рандомизированных исследований и метаанализов показано возможное снижение риска развития атопического дерматита у детей при применении синбиотиков. Оптимальные составы синбиотиков и схемы профилактического применения не установлены [160,166].

Вторичная профилактика атопического дерматита – комплекс мероприятий, направленных на раннюю диагностику АД, предотвращение утяжеления патологического процесса и присоединения других аллергических болезней.

- **Рекомендуется** элиминация или удаление причинно-значимых аллергенов при установленной сенсibilизации к бытовым, эпидермальным, грибковым аллергенам с целью уменьшения выраженности симптомов атопического дерматита, снижения фармакологической нагрузки и профилактики обострений [26].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** детям с АД не откладывать введение в прикорм аллергенных продуктов в целях снижения риска развития IgE-опосредованной пищевой аллергии.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: реализация профилактического подхода к ведению пациентов и превенции других T2-заболеваний основана на гипотезе двойного аллергенного воздействия и сочетает терапию АД, для предотвращения чрескожной IgE-сенсibilизации, и раннее введение в прикорм аллергенных продуктов (например, хорошо сваренного куриного яйца). Аллергенные продукты (при отсутствии реакции на них) вводят в рацион в период «окна толерантности», с 4 по 6 мес жизни, после того как в прикорм были введены овощи, вне зависимости от вида вскармливания [149,150, 156].

- **Рекомендуются** элиминационные диеты с исключением причинно-значимых аллергенов при развитии симптомов пищевой аллергии, включая анафилаксию, у детей с атопическим дерматитом, с подтвержденной сенсibilизацией к белкам пищевых аллергенов, установленной с помощью определения аллерген-специфических IgE антител в сыворотке крови с целью уменьшения выраженности симптомов атопического дерматита, снижения фармакологической нагрузки и профилактики обострений [26,49,167].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Любые профилактические элиминационные мероприятия, назначаемые на длительное время, могут оказывать негативное влияние на членов семьи, ухудшая качество их жизни.

- **Рекомендуется** в качестве мероприятий вторичной профилактики пациентам с atopическим дерматитом своевременное назначение базисной, топической и системной терапии.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: у детей с АтД младенческого, раннего и дошкольного возраста стратегия терапии с применением дупилумаба** продемонстрировала снижение рисков развития atopических (бронхиальной астмы, аллергического ринита) и неatopических сопутствующих заболеваний (инфекций различной локализации и нейropsychических нарушений, включая нарушения сна и депрессию) [78].

- **Рекомендуется** в качестве мероприятий вторичной профилактики atopического дерматита обучение пациентов с atopическим дерматитом и/или членов их семьи [168,169].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Третичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение обострений atopического дерматита.

Рекомендуется в качестве мероприятий третичной профилактики atopического дерматита уменьшение влияния провоцирующих факторов: ограничение использования мыла, одежды из грубых тканей; минимизация факторов, усиливающих потливость [26,49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** в качестве мероприятий третичной профилактики atopического дерматита рациональный уход за кожей [26,170].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендуется при проведении плановой вакцинации детей с atopическим дерматитом придерживаться национального календаря профилактических прививок с целью защиты детей от вакциноуправляемых инфекций [26,171,172].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Данные исследований показали отсутствие связи вакцинации и последующего развития АтД или его обострений; АтД не является противопоказанием к проведению профилактических прививок. Вакцинация показана пациентам с АтД с целью предотвращения/уменьшения вероятности тяжелого (осложненного) течения вакциноуправляемых инфекций, в том числе затрагивающих кожные покровы (например, ветряной оспы). Вакцинацию осуществляют в соответствии с Приказом МЗ РФ от 06.12.2021 №1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», Методическими

указаниями МУ 3.3.1.1095—02 «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок».

Пациенты, получающие лечение иммунодепрессантами, должны быть проконсультированы врачом перед вакцинацией живыми вакцинами; иммунизацию ослабленными живыми вакцинами желательно провести за 4 недели до инициации терапии иммунодепрессантами. В случаях подтвержденной аллергии на белок куриного яйца перед вакцинацией может быть проведена консультация врача-аллерголога-иммунолога.

6. Организация оказания медицинской помощи

Пациентам с атопическим дерматитом при необходимости может быть оказана медицинская помощь любого вида, условия, формы, предусмотренная законодательством Российской Федерации.

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при выявлении у пациентов высыпаний на коже, кожного зуда, симптомов или признаков атопического дерматита направляют пациента в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля или кабинет врача аллерголога-иммунолога для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации дерматовенерологического профиля и/или врача аллерголога-иммунолога при отсутствии медицинских показаний для направления в нее. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-дерматовенерологами и/или врачами-аллергологами-иммунологами в условиях круглосуточного или дневного стационара.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. Диагностика АД/проведение дифференциальной диагностики, подбор терапии (при необходимости)
2. Недостаточная эффективность терапии, проводимой в амбулаторных условиях, в том числе при обострении или присоединении вторичной инфекции, развитии осложнений
3. Решение вопроса о назначении (инициация) системной терапии и/или фототерапии (при необходимости), ее коррекции и контроле

4. Потребность в проведении курсовой системной терапии препаратами, для лечения дерматита, кроме кортикостероидов (в том числе генно-инженерными биологическими препаратами), селективными иммунодепрессантами, фототерапии, а также для контроля ее эффективности и переносимости в условиях дневного стационара, в условиях стационара с круглосуточным наблюдением (в отсутствии необходимости динамического наблюдения при введении лекарственных препаратов для системной терапии лечение может осуществляться в амбулаторных условиях)

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

частичный или полный регресс высыпаний.

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

Отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при atopическом дерматите (код по МКБ-10: L20)

| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный или прием (консультация) аллерголога-иммунолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый пациентам с atopическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом, или дупилумабом, или упадацитинибом, или циклоспорином | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности аспаргатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование калия в крови, исследование мочевой кислоты в крови пациентам с atopическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом, или дупилумабом, или упадацитинибом, или циклоспорином | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам с atopическим дерматитом, которым проводится системная терапия циклоспорином | Да/Нет |
| 5. | Назначена наружная терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, и (или) лекарственными препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов, и (или) другими дерматологическими лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 6. | Назначена системная терапия кортикостероидами системного действия и (или) циклоспорином, и (или) дупилумабом, и (или) барицитинибом, и (или) упадацитинибом, и (или) аброцитинибом, и (или) ультрафиолетовое облучение кожи, и (или) наружная терапия такролимусом пациентам с atopическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение антигистаминными средствами системного действия при зуде | Да/Нет |
| 8. | Назначена наружная терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и (или) кортикостероидами в комбинации с антибиотиками, и (или) кортикостероидами в комбинации с другими средствами, и (или) антисептиками и дезинфицирующими средствами, и (или) другими лечебными средствами, и (или) антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при вторичном инфицировании | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный или прием (консультация) аллерголога-иммунолога повторный | Да/Нет |
| 10. | Назначено лечение средствами, оказывающими увлажняющее | Да/Нет |

| | | |
|--|----------|--|
| | действие | |
|--|----------|--|

Таблица 2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при атопическом дерматите (код по МКБ-10: L20)

| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный или прием (консультация) аллерголога-иммунолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом, или дупилумабом, или упадацитинибом, или циклоспорином | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности аспаратаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование калия в крови, исследование мочевой кислоты в крови пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом или дупилумабом или упадацитинибом или циклоспорином | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия циклоспорином | Да/Нет |
| 5. | Выполнена наружная терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, и (или) лекарственными препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов, и (или) другими дерматологическими лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 6. | Выполнена системная терапия кортикостероидами системного действия и (или) циклоспорином, и (или) дупилумабом, и (или) барицитинибом, и (или) упадацитинибом, и (или) аброцитинибом, и (или) ультрафиолетовое облучение кожи, и (или) наружная терапия такролимусом пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия при зуде | Да/Нет |
| 8. | Выполнена наружная терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и (или) кортикостероидами в комбинации с антибиотиками, и (или) кортикостероидами в комбинации с другими средствами, и (или) антисептиками и дезинфицирующими средствами, и (или) другими лечебными средствами, и (или) антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при вторичном инфицировании | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный или прием (консультация) аллерголога-иммунолога повторный | Да/Нет |

Список литературы

1. Wollenberg, A. Atopic dermatitis in children and adults — diagnosis and treatment / A. Wollenberg, T. Werfel, J. Ring [et al.] // *Deutsches Ärzteblatt International*. — 2023. — Vol. 120, № 13. — P. 224–234. — DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0011.
2. Guttman-Yassky, E. Atopic dermatitis / E. Guttman-Yassky, Y. Renert-Yuval, P. M. Brunner // *The Lancet*. — 2025. — Vol. 405. — P. 583–596. — DOI: 10.1016/S0140-6736(24)02519-4.
3. Akdis, C. A. The epithelial barrier hypothesis / C. A. Akdis // *Nature Reviews Immunology*. — 2021. — Vol. 21, № 11. — P. 739–751. — DOI: 10.1038/s41577-021-00583-w.
4. Beck, L. A. Type 2 inflammation contributes to skin barrier dysfunction in atopic dermatitis / L. A. Beck, D. Y. M. Leung, M. Boguniewicz [et al.] // *JID Innovations*. — 2022. — Vol. 2, № 5. — Art. 100131. — DOI: 10.1016/j.xjidi.2022.100131.
5. Facheris, P. The translational revolution in atopic dermatitis / P. Facheris, J. Jeffery, E. Del Duca, E. Guttman-Yassky // *Cellular & Molecular Immunology*. — 2023. — Vol. 20. — P. 448–474. — DOI: 10.1038/s41423-023-00992-4.
6. Brough, H. A. Epicutaneous sensitization in food allergy / H. A. Brough, K. C. Nadeau, S. B. Sindher [et al.] // *Allergy*. — 2020. — Vol. 75, № 9. — P. 2185–2205. — DOI: 10.1111/all.14299.
7. Czarnowicki, T. Atopic dermatitis endotypes and implications for targeted therapeutics / T. Czarnowicki, H. He, J. G. Krueger, E. Guttman-Yassky // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. — 2019. — Vol. 143, № 1. — P. 1–11. — DOI: 10.1016/j.jaci.2018.10.032.
8. Del Duca, E. Proteomic characterization of atopic dermatitis blood from infancy to adulthood / E. Del Duca, Y. Renert-Yuval, A. B. Pavel [et al.] // *Journal of the American Academy of Dermatology*. — 2023. — Vol. 88, № 5. — P. 1083–1093. — DOI: 10.1016/j.jaad.2022.12.050.
9. Fyhrquist, N. Endotypes of atopic dermatitis / N. Fyhrquist, Y. Yang, P. Karisola, H. Alenius // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. — 2025. — Vol. 156, № 1. — P. 24–40.e4. — DOI: 10.1016/j.jaci.2025.02.029.
10. Nakatsuji, T. The role of the skin microbiome in atopic dermatitis / T. Nakatsuji, R. L. Gallo // *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. — 2019. — Vol. 122, № 3. — P. 263–269. — DOI: 10.1016/j.anai.2018.11.016.

11. Langan, S. M. Atopic dermatitis / S. M. Langan, A. D. Irvine, S. Weidinger // *The Lancet*. — 2020. — Vol. 396, № 10247. — P. 345–360. — DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31286-1.
12. Ahn, J. Unraveling the link between atopic dermatitis and autoimmune diseases in children: insights from a large-scale cohort study with 15-year follow-up and shared gene ontology analysis / J. Ahn, S. Shin, G. C. Lee [et al.] // *Allergology International*. — 2024. — Vol. 73, № 2. — P. 283–291. — DOI: 10.1016/j.alit.2023.11.003.
13. Павлова, Е. С. Заболевания у детей с атопическим дерматитом: ретроспективное кросс-секционное исследование / Е. С. Павлова // *Вопросы современной педиатрии*. — 2025. — DOI: 10.15690/vsp.v24i4.2947.
14. Wang, H. Atopic dermatitis and risk of autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis / H. Wang, M. Chen, T. Wang [et al.] // *Frontiers in Immunology*. — 2025. — Vol. 16. — P. 1539997. — DOI: 10.3389/fimmu.2025.1539997.
15. Silverberg, J. I. Epidemiology of atopic dermatitis in children: a review / J. I. Silverberg // *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. — 2022. — Vol. 128, № 2. — P. 121–128. — DOI: 10.1016/j.anai.2021.09.004.
16. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2024 году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы / И. А. Деев, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. — Москва : ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025. — 226 с.
17. Общая заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2024 году : статистические материалы / И. А. Деев, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. — Москва : ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025.
18. Заболеваемость детского населения России (15–17 лет) в 2024 году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы / И. А. Деев, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. — Москва : ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025. — 234 с.
19. Общая заболеваемость детского населения России (15–17 лет) в 2024 году : статистические материалы / И. А. Деев, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. — Москва : ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025. — 234 с.
20. Gonzalez-Uribe, V. Comorbidities & burden of disease in atopic dermatitis / V. Gonzalez-Uribe, H. Vidaurri-de la Cruz, A. Gomez-Nuñez [et al.] // *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*. — 2023. — Vol. 41, № 2. — P. 97–105. — DOI: 10.12932/AP-231022-1484.

21. Paller, A. S. The atopic march and atopic multimorbidity: many trajectories, many pathways / A. S. Paller, J. M. Spergel, P. Mina-Osorio, A. D. Irvine // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. — 2019. — Vol. 143, № 1. — P. 46–55. — DOI: 10.1016/j.jaci.2018.11.006.
22. Tsuge, M. Current insights into atopic march / M. Tsuge, M. Ikeda, N. Matsumoto [et al.] // *Children*. — 2021. — Vol. 8, № 11. — Art. 1067. — DOI: 10.3390/children8111067.
23. Aw, M. Atopic march update / M. Aw [et al.] // *International Archives of Allergy and Immunology*. — 2020. — DOI: 10.1159/000502840.
24. Иванова, М. А. Детская инвалидность и медицинская реабилитация при заболеваниях кожи в Удмуртской Республике в период 2014—2016 гг. / М. А. Иванова, Е. Д. Мухаметгалеева, Т. А. Соколовская // *Клиническая дерматология и венерология*. — 2018. — Т. 17, № 1. — С. 5–8. — DOI: 10.17116/klinderma20181715-8.
25. Wollenberg, A. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children / A. Wollenberg [et al.] // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. — 2020. — Vol. 34, № 12. — P. 2717–2744. — DOI: 10.1111/jdv.16892.
26. Wollenberg, A. European Guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: Living update / A. Wollenberg, M. Kinberger, B. Arents [et al.] // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. — 2025. — Vol. 39, № 9. — P. 1537–1566. — DOI: 10.1111/jdv.20639.
27. Chu, D. K. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 AAAAI/ACAAI Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations / D. K. Chu, L. Schneider, R. N. Asiniwasis [et al.] // *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. — 2024. — Vol. 132, № 3. — P. 274–312. — DOI: 10.1016/j.anai.2023.11.009.
28. Saeki, H. English version of clinical practice guidelines for the management of atopic dermatitis 2024 / H. Saeki, Y. Ohya, H. Arakawa [et al.] // *The Journal of Dermatology*. — 2025. — Vol. 52. — P. e70–e142. — DOI: 10.1111/1346-8138.17544.
29. Williams, H. C. The HOME Core outcome set for clinical trials of atopic dermatitis / H. C. Williams, J. Schmitt, K. S. Thomas [et al.] // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. — 2022. — Vol. 149. — P. 1899–1911. — DOI: 10.1016/j.jaci.2022.03.017.

30. Szepietowska, M. Psychiatric comorbidities in adolescents with atopic dermatitis: a real-world propensity-matched cohort study / M. Szepietowska, P. K. Krajewski, P. Pacan [et al.] // *International Journal of Dermatology*. — 2026. — DOI: 10.1111/ijd.70301.
31. Vittrup, I. Psychiatric comorbidity and risk of depression and anxiety in children and adolescents with atopic dermatitis: a nationwide cohort study / I. Vittrup, Y. M. F. Andersen, L. Skov, A. Egeberg // *Journal of the American Academy of Dermatology*. — 2022. — Vol. 87, № 3. — P. 651–659. — DOI: 10.1016/j.jaad.2022.02.027.
32. Hanifin, J. M. Diagnostic features of atopic dermatitis / J. M. Hanifin, G. Rajka // *Acta Dermato-Venereologica*. — 1980. — Vol. 60. — P. 44–47.
33. Wang, V. Infectious complications of atopic dermatitis, an update / V. Wang, P. J. J. van Rensburg, J. Boguniewicz [et al.] // *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. — 2025. — Vol. 135, № 5. — P. 487–497. — DOI: 10.1016/j.anai.2025.05.021.
34. Santos, A. F. EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy / A. F. Santos, C. Riggioni, I. Agache [et al.] // *Allergy*. — 2025. — Vol. 80, № 1. — P. 14–36. — DOI: 10.1111/all.16345.
35. Dramburg, S. EAACI Molecular Allergology User's Guide 2.0 / S. Dramburg, C. Hilger, A. F. Santos [et al.] // *Pediatric Allergy and Immunology*. — 2023. — Vol. 34, Suppl. 28. — Art. e13854. — DOI: 10.1111/pai.13854.
36. Thomas, K. S. Recommended core outcome instruments for health-related quality of life, long-term control and itch intensity in atopic eczema trials: results of the HOME VII consensus meeting / K. S. Thomas, C. Apfelbacher, J. R. Chalmers [et al.] // *British Journal of Dermatology*. — 2021. — Vol. 185, № 1. — P. 139–146. — DOI: 10.1111/bjd.19748.
37. Hanifin, J. M. The Eczema Area and Severity Index — a practical guide / J. M. Hanifin, M. Thurston, M. Omoto [et al.] // *Dermatitis*. — 2022. — Vol. 33, № 3. — P. 187–192. — DOI: 10.1097/DER.0000000000000869.
38. Waligóra-Dziwak, K. How adequately is the severity of atopic dermatitis assessed by resident physicians training in dermatology? Evaluation of the intrarater and interrater reliability of clinical scoring systems (EASI, oSCORAD, IGA, TIS Score, SASSAD) / K. Waligóra-Dziwak [et al.] // *Acta Dermato-Venereologica*. — 2026. — Vol. 106. — DOI: 10.2340/actadv.v106.42133.
39. Simpson, E. The validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (vIGA-AD): the development and reliability testing of a novel clinical outcome measurement instrument / E. Simpson, R. Bissonnette, L. F. Eichenfield [et al.] // *Journal of the*

- American Academy of Dermatology. — 2020. — Vol. 83, № 3. — P. 839–846. — DOI: 10.1016/j.jaad.2020.03.047.
40. Simpson, E. L. The Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (vIGA-AD™): a clinical outcome measure / E. L. Simpson [et al.] // *British Journal of Dermatology*. — 2022. — Vol. 187, № 4. — P. 531–538. — DOI: 10.1111/bjd.21609.
41. Yang, Y. B. Common atopic dermatitis rating scales: a practical approach and brief review / Y. B. Yang, P. Singh, J. I. Silverberg // *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. — 2020. — Vol. 125, № 4. — P. 424–432. — DOI: 10.1016/j.anai.2020.07.012.
42. Conway, A. E. Pearls for practice from the 2023 allergy immunology joint task force on practice parameters GRADE and institute of medicine based atopic dermatitis guidelines / A. E. Conway [et al.] // *Current Opinion in Pediatrics*. — 2024. — Vol. 36, № 5. — P. 570–580. — DOI: 10.1097/MOP.0000000000001381.
43. Boguniewicz, M. Managing childhood and adolescent atopic dermatitis in primary care: a US expert group consensus / M. Boguniewicz [et al.] // *Journal of Pediatric Clinical Practice*. — 2024. — Art. 200121. — DOI: 10.1016/j.jpdc.2024.200121.
44. Eichenfield, L. F. Systemic therapy for atopic dermatitis in children and adolescents: a US expert consensus / L. F. Eichenfield, M. Boguniewicz, C. T. Lauren [et al.] // *Dermatology*. — 2024. — Vol. 240, № 5–6. — P. 897–909. — DOI: 10.1159/000540920.
45. Schoch, J. J. Atopic dermatitis: update on skin-directed management: clinical report / J. J. Schoch, K. R. Anderson, A. E. Jones, M. M. Tollefson // *Pediatrics*. — 2025. — Vol. 155, № 6. — Art. e2025071812. — DOI: 10.1542/peds.2025-071812.
46. Eichenfield, L. F. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section on topical therapies and skin care / L. F. Eichenfield, W. L. Tom, T. G. Berger [et al.] // *Journal of the American Academy of Dermatology*. — 2023. — Vol. 89, № 1. — P. 1–18. — DOI: 10.1016/j.jaad.2023.03.030.
47. Guan, Z. Efficacy of combining soothing moisturizing repairing cream with fluticasone cream in the treatment of moderate atopic dermatitis in children / Z. Guan, Q. Xiao, L. Yang [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. — 2026. — Vol. 105, № 5. — Art. e47171. — DOI: 10.1097/MD.00000000000047171.
48. Мурашкин, Н. Н. Дефект филаггрина при atopическом дерматите: современные методы коррекции / Н. Н. Мурашкин, Р. А. Иванов, Л. С. Круглова [и др.] // *Вопросы современной педиатрии*. — 2022. — Т. 21, № 5. — С. 347–351.
49. Wollenberg, A. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema — part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations /

- A. Wollenberg, M. Kinberger, B. Arents [et al.] // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. — 2022. — Vol. 36, № 11. — P. 1904–1926. — DOI: 10.1111/jdv.18429.
50. Pennal, A. Atopic dermatitis. Part 2: Management / A. Pennal, E.-A. Campione, A. King, M. Weinstein // *Pediatrics in Review*. — 2025. — Vol. 46, № 8. — P. 425–436. — DOI: 10.1542/pir.2024-006587.
51. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Atopic eczema in under 12s: diagnosis and management : Clinical Guideline CG57 [Электронный ресурс]. — London, 2025. — URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg57> (дата обращения: 15.02.2026).
52. Wood Heickman, L. K. Evaluation of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Suppression following Cutaneous Use of Topical Corticosteroids in Children: A Meta-Analysis / L. K. Wood Heickman, L. Davallow Ghajar, M. Conaway, A. Rogol // *Hormone Research in Paediatrics*. — 2018. — Vol. 89, № 6. — P. 389–396. — DOI: 10.1159/000489125.
53. Axon, E. Safety of topical corticosteroids in atopic eczema: an umbrella review / E. Axon, J. Chalmers, M. Santer [et al.] // *BMJ Open*. — 2021. — Vol. 11, № 7. — Art. e046476. — DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046476.
54. Duong, J. K. Evaluation of the effect of clobetasol propionate on circulating cortisol and growth velocity in children with atopic dermatitis: a modelling and simulation study / J. K. Duong, S. C. van Dijkman, G. P. Y. Ong [et al.] // *Dermatology*. — 2025. — DOI: 10.1159/000549781.
55. Аллергология и иммунология : учебник / Л. С. Намазова-Баранова, А. А. Баранов, Р. М. Хаитов [и др.] ; под ред. Л. С. Намазовой-Барановой, А. А. Баранова, Р. М. Хаитова [и др.]. — 4-е изд., испр. и доп. — Москва : ПедиатрЪ, 2020. — 512 с. — ISBN 978-5-906332-97-2.
56. Lax, S. J. Strategies for using topical corticosteroids in children and adults with eczema / S. J. Lax, J. Harvey, E. Axon [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2022. — № 3. — Art. CD013356. — DOI: 10.1002/14651858.CD013356.pub2.
57. Cadmus, S. D. Efficacy and patient opinion of wet-wrap dressings using 0.1% triamcinolone acetonide ointment vs cream in the treatment of pediatric atopic dermatitis: a randomized split-body control study / S. D. Cadmus [et al.] // *Pediatric Dermatology*. — 2019. — Vol. 36, № 4. — P. 437–441. — DOI: 10.1111/pde.13830.
58. Lax, S. J. Topical anti-inflammatory treatments for eczema: network meta-analysis / S. J. Lax, E. Van Vogt, B. Candy [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2024. — DOI: 10.1002/14651858.CD015064.pub2.

59. Devasenapathy, N. Cancer risk with topical calcineurin inhibitors, pimecrolimus and tacrolimus, for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis / N. Devasenapathy, A. Chu, M. Wong [et al.] // *The Lancet Child & Adolescent Health*. — 2023. — Vol. 7, № 1. — P. 13–25. — DOI: 10.1016/S2352-4642(22)00283-8.
60. Murashkin, N. N. Observational study of pimecrolimus 1% cream for prevention of transcutaneous sensitization in children with atopic dermatitis during their first year of life / N. N. Murashkin, L. S. Namazova-Baranova, S. G. Makarova [et al.] // *Frontiers in Pediatrics*. — 2023. — Vol. 11. — Art. 1102354. — DOI: 10.3389/fped.2023.1102354.
61. Luger, T. Pimecrolimus 1% cream for mild-to-moderate atopic dermatitis: systematic review and meta-analysis with a focus on children and sensitive skin areas / T. Luger, C.-Y. Chu, A. Elgandy [et al.] // *European Journal of Dermatology*. — 2023. — Vol. 33, № 5. — P. 474–486. — DOI: 10.1684/ejd.2023.4556.
62. Augustin, M. A practical algorithm for the treatment of mild-to-moderate atopic dermatitis in pediatric patients: expert recommendations / M. Augustin, T. Luger, C. Pincelli [et al.] // *Journal of Dermatological Treatment*. — 2025. — Vol. 36, № 1. — Art. 2503281. — DOI: 10.1080/09546634.2025.2503281.
63. Xie, Z. A prospective observational study to evaluate the actual use and effectiveness of pimecrolimus 1% cream in mild-to-moderate atopic dermatitis affecting sensitive skin areas / Z. Xie, J. Chang, L. Ma [et al.] // *Pragmatic and Observational Research*. — 2025. — Vol. 16. — P. 39–49. — DOI: 10.2147/POR.S496970.
64. Мурашкин, Н. Н. Обоснование применения крема пимекролимус 1% для проактивной терапии атопического дерматита у детей / Н. Н. Мурашкин, Р. А. Иванов, Э. Т. Амбарчян [и др.] // *Вопросы современной педиатрии*. — 2021. — Т. 20, № 5. — С. 376–382. — DOI: 10.15690/vsp.v20i5.2310.
65. Nguyen, P. The efficacy of zinc pyrithione topical preparations in pediatric atopic dermatitis: a systematic review and translational perspective / P. Nguyen, A. Y. Lee // *Pediatric Dermatology*. — 2023. — Vol. 40, № 2. — P. 211–221. — DOI: 10.1111/pde.15234.
66. Жукова, О. В. Эффективность применения активированного пиритиона цинка при лечении IgE-независимого типа атопического дерматита у детей / О. В. Жукова, Е. И. Касихина, М. Н. Острцова [и др.] // *Медицинский совет*. — 2022. — Т. 16, № 3. — С. 88–94. — DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-3-88-94.
67. Маланичева, Т. Г. Эффективность наружной терапии атопического дерматита у детей, осложненного вторичной инфекцией / Т. Г. Маланичева, Н. В. Зиатдинова //

- Медицинский совет. — 2022. — Т. 16, № 1. — С. 150–152. — DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-1-150-152.
68. Федоров, Д. В. Стратегии выбора терапевтической тактики снижения риска развития транскутанной сенсibilизации у детей первого года жизни, страдающих атопическим дерматитом: когортное ретроспективно-проспективное исследование / Д. В. Федоров, Н. Н. Мурашкин, С. Г. Макарова, Р. А. Иванов // Педиатрическая фармакология. — 2021. — Т. 18, № 1. — С. 8–16. — DOI: 10.15690/pf.v18i1.2219.
69. Burshtein, J. The role and risks of systemic corticosteroids in atopic dermatitis: an expert consensus / J. Burshtein, C. G. Bunick, R. A. Vleugels [et al.] // Archives of Dermatological Research. — 2026. — Vol. 318, № 1. — Art. 44. — DOI: 10.1007/s00403-025-04502-6.
70. Yu, S. H. A systematic review of the safety and efficacy of systemic corticosteroids in atopic dermatitis / S. H. Yu, A. M. Drucker, M. Lebwohl [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2018. — Vol. 78, № 4. — P. 733–740.e11. — DOI: 10.1016/j.jaad.2017.09.074.
71. Drucker, A. M. Use of systemic corticosteroids for atopic dermatitis: International Eczema Council consensus statement / A. M. Drucker, K. Eyerich, M. S. de Bruin-Weller [et al.] // British Journal of Dermatology. — 2018. — Vol. 178, № 3. — P. 768–775. — DOI: 10.1111/bjd.16385.
72. Paller, A. S. Efficacy and safety of dupilumab in children 6–11 years old with severe atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial / A. S. Paller, E. C. Siegfried, D. Thaçi [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2020. — Vol. 83, № 5. — P. 1282–1293. — DOI: 10.1016/j.jaad.2020.06.054.
73. Simpson, E. L. Efficacy and safety of dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: a phase III randomized clinical trial / E. L. Simpson, A. S. Paller, E. C. Siegfried [et al.] // JAMA Dermatology. — 2020. — Vol. 156, № 1. — P. 44–56. — DOI: 10.1001/jamadermatol.2019.3336.
74. Paller, A. S. Dupilumab in children aged 6 months to younger than 6 years with uncontrolled atopic dermatitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial / A. S. Paller, E. C. Siegfried, M. J. Cork [et al.] // The Lancet. — 2022. — Vol. 400, № 10356. — P. 908–919. — DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01541-1.
75. Дупиксент® (дупиумаб): инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата [Электронный ресурс] // Государственный реестр лекарственных средств. —

URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=3deb4e1e-7aff-4b78-81c7-01b0c4e9b62c (дата обращения: 17.02.2026).

76. Paller, A. 62960 Dupilumab Safety and Efficacy Up To 3 Years In Children Aged 6 Months to 11 Years With Atopic Dermatitis / A. Paller [et al.] // *Journal of the American Academy of Dermatology*. — 2025. — Vol. 93, № 3. — P. AB178. — DOI: 10.1016/j.jaad.2025.05.706.
77. Cork, M. J. Dupilumab Safety and Efficacy in a Phase III Open-Label Extension Trial in Children 6–11 Years of Age with Severe Atopic Dermatitis / M. J. Cork [et al.] // *Dermatologic Therapy (Heidelberg)*. — 2023. — Vol. 13, № 11. — P. 2697–2719. — DOI: 10.1007/s13555-023-01016-9.
78. Tsai, S. Y.-C. Evaluation of dupilumab on the disease burden in children and adolescents with atopic dermatitis: A population-based cohort study / S. Y.-C. Tsai [et al.] // *Allergy*. — 2024. — Vol. 79, № 10. — P. 2748–2758. — DOI: 10.1111/all.16265.
79. Paller, A. S. Laboratory safety from a randomized 16-week phase III study of dupilumab in children aged 6 months to 5 years with moderate-to-severe atopic dermatitis / A. S. Paller, E. C. Siegfried, M. J. Cork [et al.] // *Paediatric Drugs*. — 2023. — Vol. 25, № 1. — P. 67–77. — DOI: 10.1007/s40272-022-00553-8.
80. Paller, A. S. Laboratory safety of dupilumab in patients aged 6–11 years with severe atopic dermatitis: results from a phase III clinical trial / A. S. Paller, A. Wollenberg, E. Siegfried [et al.] // *Paediatric Drugs*. — 2021. — Vol. 23, № 5. — P. 515–527. — DOI: 10.1007/s40272-021-00459-x.
81. Paller, A. S. Infections in children and adolescents treated with dupilumab in pediatric clinical trials for atopic dermatitis — A pooled analysis of trial data / A. S. Paller [et al.] // *Pediatric Dermatology*. — 2022. — Vol. 39, № 2. — P. 187–196. — DOI: 10.1111/pde.14909.
82. Van der Rijst, L. P. Dupilumab-associated ocular surface disease in paediatric atopic dermatitis patients: results from the BioDay registry / L. P. van der Rijst, C. van Luijk, S. van der Kamp [et al.] // *Clinical and Experimental Allergy*. — 2025. — DOI: 10.1111/cea.70025.
83. Reich, K. Safety and efficacy of upadacitinib in combination with topical corticosteroids in adolescents and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis (AD Up): results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial / K. Reich [et al.] // *The Lancet*. — 2021. — Vol. 397, № 10290. — P. 2169–2181. — DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00589-3.

84. Guttman-Yassky, E. Once-daily upadacitinib versus placebo in adolescents and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis (Measure Up 1 and Measure Up 2): results from two replicate double-blind, randomised controlled phase 3 trials / E. Guttman-Yassky [et al.] // *The Lancet*. — 2021. — Vol. 397, № 10290. — P. 2151–2168. — DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00588-1.
85. Silverberg, J. I. Upadacitinib plus topical corticosteroids in atopic dermatitis: week 52 AD Up study results / J. I. Silverberg [et al.] // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. — 2022. — Vol. 149, № 3. — P. 977–987.e14. — DOI: 10.1016/j.jaci.2021.11.015.
86. Simpson, E. L. Efficacy and safety of upadacitinib in patients with moderate to severe atopic dermatitis: analysis of follow-up data from the Measure Up 1 and Measure Up 2 randomized clinical trials / E. L. Simpson [et al.] // *JAMA Dermatology*. — 2022. — Vol. 158, № 4. — P. 404–413. — DOI: 10.1001/jamadermatol.2021.6271.
87. Torrelo, A. Efficacy and safety of baricitinib in combination with topical corticosteroids in paediatric patients with moderate-to-severe atopic dermatitis with an inadequate response to topical corticosteroids: results from a phase III study (BREEZE-AD PEDS) / A. Torrelo, B. Rewerska, M. Galimberti [et al.] // *British Journal of Dermatology*. — 2023. — Vol. 189, № 1. — P. 23–32. — DOI: 10.1093/bjd/ljad096.
88. He, Q. Janus kinase inhibitors in atopic dermatitis: an umbrella review of meta-analyses / Q. He, X. Xie, Q. Chen [et al.] // *Frontiers in Immunology*. — 2024. — Vol. 15. — Art. 1342810. — DOI: 10.3389/fimmu.2024.1342810.
89. Eichenfield, L. F. Efficacy and safety of abrocitinib in combination with topical therapy in adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis: the JADE TEEN randomized clinical trial / L. F. Eichenfield [et al.] // *JAMA Dermatology*. — 2021. — Vol. 157, № 10. — P. 1165–1173. — DOI: 10.1001/jamadermatol.2021.2896.
90. Simpson, E. L. Integrated safety analysis of abrocitinib for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis from the phase II and phase III clinical trial program / E. L. Simpson [et al.] // *American Journal of Clinical Dermatology*. — 2021. — Vol. 22, № 5. — P. 693–707. — DOI: 10.1007/s40257-021-00608-0.
91. Haag, C. A Practical Guide to Using Oral JAK Inhibitors for Atopic Dermatitis from the International Eczema Council / C. Haag, A. F. Alexis, V. Aoki [et al.] // *British Journal of Dermatology*. — 2024. — DOI: 10.1093/bjd/ljae342.
92. Kirchhof, M. Practical Recommendations on Laboratory Monitoring in Patients with Atopic Dermatitis on Oral JAK Inhibitors / M. Kirchhof, V. Prajapati, M. Gooderham [et al.] // *Dermatology and Therapy*. — 2024. — DOI: 10.1007/s13555-024-01243-8.

93. Samuel, C. A Review on the Safety of Using JAK Inhibitors in Dermatology: Clinical and Laboratory Monitoring / C. Samuel, H. L. Cornman, A. Kambala, S. Kwatra // *Dermatology and Therapy*. — 2023. — Vol. 13, № 3. — P. 729–749. — DOI: 10.1007/s13555-023-00892-5.
94. Paller, A. S. Efficacy and Safety of Upadacitinib Treatment in Adolescents With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Analysis of 3 Randomized Clinical Trials / A. S. Paller, B. Ladizinski, P. Mendes-Bastos [et al.] // *JAMA Dermatology*. — 2023. — Vol. 159, № 5. — P. 526–535. — DOI: 10.1001/jamadermatol.2023.0391.
95. Navarrete-Rodríguez, E. M. Oral Janus Kinase Inhibitors in Pediatric Atopic Dermatitis / E. M. Navarrete-Rodríguez, D. Larenas-Linnemann, H. Vidaurri de la Cruz [et al.] // *Current Allergy and Asthma Reports*. — 2024. — DOI: 10.1007/s11882-024-01167-5.
96. Paller, A. S. Upadacitinib in Adolescents With Moderate to Severe Atopic Dermatitis: 76-Week Results From 3 Randomized Clinical Trials / A. S. Paller, P. Mendes-Bastos, E. Siegfried [et al.] // *JAMA Dermatology*. — 2024. — DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.3696.
97. Yoon, S. The safety of systemic Janus kinase inhibitors in atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / S. Yoon, K. Kim, K. Shin [et al.] // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. — 2023. — Vol. 37, № 12. — P. 2426–2434. — DOI: 10.1111/jdv.19426.
98. Galli, E. Narrative review on the management of moderate-severe atopic dermatitis in pediatric age / E. Galli, I. Neri, G. Ricci [et al.] // *Italian Journal of Pediatrics*. — 2022. — Vol. 48, № 1. — Art. 95. — DOI: 10.1186/s13052-022-01278-7.
99. Flohr, C. Methotrexate versus ciclosporin for severe childhood atopic dermatitis: short course versus continuous therapy (TREAT trial) / C. Flohr, P. E. Beattie, C. Spowart [et al.] // *Efficacy and Mechanism Evaluation*. — 2026. — Vol. 13, № 1. — DOI: 10.3310/LNKR5765.
100. Barak Levitt, J. A. Treatment with methotrexate in infants and toddlers with atopic dermatitis: effectiveness and safety / J. A. Barak Levitt, S. Alemi, M. Mount [et al.] // *Journal of Clinical Medicine*. — 2023. — Vol. 12, № 16. — Art. 5409. — DOI: 10.3390/jcm12165409.
101. Phan, K. Mycophenolate mofetil and atopic dermatitis: systematic review and meta-analysis / K. Phan, S. D. Smith // *Journal of Dermatological Treatment*. — 2020. — Vol. 31, № 8. — P. 810–814. — DOI: 10.1080/09546634.2019.1642996.

102. Bracho-Borro, M. The use of azathioprine in atopic dermatitis: a review / M. Bracho-Borro, P. A. Franco-Ruiz, M. Magaña // *Dermatologic Therapy*. — 2022. — Vol. 35, № 9. — Art. e15665. — DOI: 10.1111/dth.15665.
103. Инновации в терапии атопического дерматита, осложнённого вторичной инфекцией / Н. Н. Мурашкин, А. И. Материкин, Э. Т. Амбарчян [и др.] // *Педиатрическая фармакология*. — 2018. — Т. 15, № 4. — DOI: 10.15690/PF.V15I4.1946.
104. Клинический опыт амбулаторного лечения бактериальных кожных инфекций у детей / Р. М. Загртдинова [и др.] // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 2024. — DOI: 10.25208/vdv14866.
105. Епишев, Р. В. Вопросы терапии и профилактики инфекционных осложнений атопического дерматита у детей / Р. В. Епишев, А. И. Материкин, Л. А. Опрятин [и др.] // *Вопросы современной педиатрии*. — 2023. — Т. 22, № 5. — С. 374–381. — DOI: 10.15690/vsp.v22i5.2638.
106. Lomelí-Valdez, R. Skin and systemic infections in children with atopic dermatitis: review of the current evidence / R. Lomelí-Valdez, L. Orozco-Covarrubias, M. Sáez-de-Ocariz // *Frontiers in Pediatrics*. — 2025. — DOI: 10.3389/fped.2025.1513969.
107. Особенности чувствительности золотистого стафилококка к антибиотикам при атопическом дерматите у детей / Н. Н. Мурашкин, А. И. Материкин, Р. В. Епишев [и др.] // *Вопросы современной педиатрии*. — 2023. — Т. 22, № 5. — С. 400–405. — DOI: 10.15690/vsp.v22i5.2640.
108. Eichenfield, L. F. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies / L. F. Eichenfield, W. L. Tom, T. G. Berger [et al.] // *Journal of the American Academy of Dermatology*. — 2014. — Vol. 71, № 1. — P. 116–132. — DOI: 10.1016/j.jaad.2014.03.023.
109. Davis, D. M. R. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in pediatric patients / D. M. R. Davis, A. Alikhan, L. Bercovitch [et al.] // *Journal of the American Academy of Dermatology*. — 2025.
110. Francis, N. A. Oral and topical antibiotics for clinically infected eczema in children: a pragmatic randomized controlled trial in ambulatory care / N. A. Francis [et al.] // *Annals of Family Medicine*. — 2017. — Vol. 15, № 2. — P. 124–130. — DOI: 10.1370/afm.2038.
111. Ramchandani, I. Comparative real world clinical assessment of fixed dose combination of mometasone and fusidic acid cream versus fluticasone and mupirocin

- ointment in the management of atopic dermatitis with secondary bacterial infection / I. Ramchandani [et al.] // *International Journal of Research in Dermatology*. — 2022. — DOI: 10.18203/issn.2455-4529.intjresdermatol20222074.
112. Шарова, Н. М. Место Пимафукорта в поэтапном комплексном лечении атопического дерматита / Н. М. Шарова // *Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum*. — 2014. — № 2. — С. 12–14.
113. Canpolat, F. Hydrocortisone acetate alone or combined with mupirocin for atopic dermatitis in infants under two years of age — a randomized double blind pilot trial / F. Canpolat, M. Erkoçoğlu, H. Tezer [et al.] // *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. — 2012. — Vol. 16, № 14. — P. 1989–1993.
114. Krzysiek, J. Shift in skin microbiota of children with atopic dermatitis after topical gentian violet application / J. Krzysiek [et al.] // *Advances in Dermatology and Allergology*. — 2023. — DOI: 10.5114/ada.2023.126534.
115. Kok, Y. A randomised double-blinded study comparing the efficacy and tolerability of octenidine and chlorhexidine wash in atopic dermatitis / Y. Kok, C. S. Lee // *Malaysian Journal of Dermatology*. — 2025. — DOI: 10.4103/mjd.mjd_9_25.
116. Fernández, I. Improved barrier function and skin acceptability of a new cosmetic for atopic-prone skin containing octenidine and silver citrate / I. Fernández [et al.] // *Pharmacy and Pharmacology International Journal*. — 2023. — Vol. 11. — DOI: 10.15406/ppij.2023.11.00409.
117. Hołdrowicz, A. Bullous skin lesion reaction as an example of an adverse effect of a preparation containing 0.1% octenidine dihydrochloride and 2% phenoxyethanol (Octenisept®) / A. Hołdrowicz [et al.] // *Dermatology Review*. — 2018. — DOI: 10.5114/dr.2018.80845.
118. Hübner, N.-O. Review on the efficacy, safety and clinical applications of polihexanide, a modern wound antiseptic / N.-O. Hübner, A. Kramer // *Skin Pharmacology and Physiology*. — 2010. — Vol. 23, Suppl. 1. — P. 17–27. — DOI: 10.1159/000318264.
119. Pender, E. Systemic antiviral dosing in eczema herpeticum / E. Pender, L. Griffin // *Clinical and Experimental Dermatology*. — 2021. — DOI: 10.1111/ced.14803.
120. Moustafa, G. A. Facial eczema herpeticum / G. A. Moustafa, R. Shinder // *The Journal of Pediatrics*. — 2022. — DOI: 10.1016/j.jpeds.2022.06.015.
121. Matteredne, U. Oral H1 antihistamines as «add-on» therapy to topical treatment for eczema / U. Matteredne, C. J. Apfelbacher, A. Loerbroks [et al.] // *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews. — 2019. — Issue 1. — Art. CD012167. — DOI: 10.1002/14651858.CD012167.pub2.
122. Parisi, G. F. Antihistamines in children and adolescents: a practical update / G. F. Parisi, A. Licari, M. Papale [et al.] // *Allergologia et Immunopathologia*. — 2020. — Vol. 48, № 6. — P. 753–762. — DOI: 10.1016/j.aller.2020.02.005.
123. Miligkos, M. Newer-generation antihistamines and the risk of adverse events in children: a systematic review / M. Miligkos, M. Dakoutrou, E. Statha [et al.] // *Pediatric Allergy and Immunology*. — 2021. — DOI: 10.1111/pai.13498.
124. Misery, L. A position paper on the management of itch and pain in atopic dermatitis from the International Society of Atopic Dermatitis (ISAD)/OPENED task force / L. Misery, S. Ständer, J. C. Szepietowski [et al.] // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. — 2021. — Vol. 35, № 4. — P. 787–796. — DOI: 10.1111/jdv.16957.
125. Значение зуда, патогенетические механизмы его формирования и оценка клинических проявлений при атопическом дерматите / О. Б. Тамразова [и др.] // *Практика педиатра*. — 2022. — № 2. — С. 14–21.
126. Seccombe, E. L. A retrospective review of phototherapy in children, at a tertiary paediatric dermatology unit / E. L. Seccombe, M. D. Wynne, C. Clancy [et al.] // *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*. — 2021. — Vol. 37, № 1. — P. 34–38. — DOI: 10.1111/phpp.12604.
127. Musters, A. H. Phototherapy for atopic eczema / A. H. Musters, S. Mashayekhi, J. Harvey [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2021. — Issue 10. — Art. CD013870. — DOI: 10.1002/14651858.CD013870.
128. Goulden, V. British Association of Dermatologists and British Photodermatology Group guidelines for narrowband ultraviolet B phototherapy 2022 / V. Goulden, T. C. Ling, P. Babakinejad [et al.] // *British Journal of Dermatology*. — 2022. — Vol. 187, № 3. — P. 295–308. — DOI: 10.1111/bjd.21669.
129. Клиническая эффективность комбинированной фототерапии в лечении больных атопическим дерматитом / Л. С. Круглова, Л. А. Новикова, Л. Н. Борзунова [и др.] // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. — 2020. — Т. 19, № 4. — С. 6. — DOI: 10.17816/1681-3456-2020-19-4-6.
130. Kaur, H. S. Narrow-band UVB phototherapy — Australian consensus-based recommendations / H. S. Kaur, J. S. Chen, B. J. Doolan, M. Gupta // *Australasian Journal of Dermatology*. — 2022. — Vol. 63, № 3. — P. 387–391. — DOI: 10.1111/ajd.13850.

131. Park, B. G. Preliminary Clinical Study of the Effects and Safety of 308-nm Excimer Light Treatment in Patients with Atopic Dermatitis / B. G. Park, T. W. Seul, J. J. Shin, S. W. Son // *Annals of Dermatology*. — 2023. — Vol. 35, № 6. — P. 417–423. — DOI: 10.5021/ad.22.223.
132. Lebwohl, M. Targeted 308-nm Excimer Laser: A Safe and Effective Solution for Inflammatory Skin Disorders / M. Lebwohl // *SKIN The Journal of Cutaneous Medicine*. — 2024. — Vol. 8, Suppl. — P. S502. — DOI: 10.25251/skin.8.suppl.502.
133. Pagliaro, M. Bathing in atopic dermatitis in pediatric age: why, how and when / M. Pagliaro, L. Pecoraro, C. Stefani [et al.] // *Pediatric Reports*. — 2024. — Vol. 16, № 1. — Art. 6. — DOI: 10.3390/pediatric16010006.
134. Farina, S. Balneotherapy for atopic dermatitis in children at Comano spa in Trentino, Italy / S. Farina, P. Gisondi, M. Zanoni [et al.] // *Journal of Dermatological Treatment*. — 2011. — Vol. 22, № 6. — P. 366–371. — DOI: 10.3109/09546634.2010.512950.
135. Pagliaro, M. Characteristics associated with clinical response to Comano thermal spring water balneotherapy in pediatric patients with atopic dermatitis / M. Pagliaro, L. Pecoraro, E. Baldo [et al.] // *Italian Journal of Pediatrics*. — 2021. — Vol. 47. — Art. 41. — DOI: 10.1186/s13052-021-00971-3.
136. Yepes-Nuñez, J. J. Allergen immunotherapy for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of benefits and harms / J. J. Yepes-Nuñez, G. Guyatt, L. Gómez-Escobar [et al.] // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. — 2023. — Vol. 151, № 1. — P. 147–158. — DOI: 10.1016/j.jaci.2022.09.020.
137. Glover, M. T. A double-blind controlled trial of hyposensitization to *Dermatophagoides pteronyssinus* in children with atopic eczema / M. T. Glover, D. J. Atherton // *Clinical and Experimental Allergy*. — 1992. — Vol. 22, № 4. — P. 440–446.
138. Kim, M. Sublingual immunotherapy may be effective in reducing house dust mite allergies in children with atopic dermatitis / M. Kim, E. Lee, J. Yoon [et al.] // *Acta Paediatrica*. — 2022. — Vol. 111, № 12. — P. 2400–2407. — DOI: 10.1111/apa.16496.
139. Langer, S. S. Efficacy of house dust mite sublingual immunotherapy in patients with atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / S. S. Langer, R. N. Cardili, J. M. L. Melo [et al.] // *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. — 2022. — Vol. 10, № 2. — P. 539–549. — DOI: 10.1016/j.jaip.2021.10.060.
140. Vandenplas, Y. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management, and prevention of cow's milk allergy / Y. Vandenplas, I. Broekaert, M. Domellöf [et al.] // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. — 2024. — Vol. 78, № 2. — P. 386–413. — DOI: 10.1097/MPG.0000000000003897.

141. Oykman, P. Dietary elimination for the treatment of atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis / P. Oykman, J. Dookie, H. AlRammahy [et al.] // *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. — 2022. — Vol. 10, № 10. — P. 2657–2666.e8. — DOI: 10.1016/j.jaip.2022.06.044.
142. Vanderhoof, J. Evaluation of an amino acid-based formula in infants not responding to extensively hydrolyzed protein formula / J. Vanderhoof, N. Moore, D. de Boissieu // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. — 2016. — Vol. 63, № 5. — P. 531–533. — DOI: 10.1097/MPG.0000000000001374.
143. Hua, T. Psychological interventions are more effective than educational interventions at improving atopic dermatitis severity: a systematic review / T. Hua, L. S. Kim, M. Yousaf [et al.] // *Dermatitis*. — 2022. — Vol. 33, № 5. — P. 328–337. — DOI: 10.1097/DER.0000000000000868.
144. Mostafa, N. Improving psychological health outcomes in children with atopic dermatitis / N. Mostafa, S. D. Smith // *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*. — 2023. — Vol. 16. — P. 691–703. — DOI: 10.2147/CCID.S393254.
145. Venter, C. EAACI position paper on diet diversity in pregnancy, infancy and childhood: novel concepts and implications for studies in allergy and asthma / C. Venter, M. Greenhawt, R. W. Meyer [et al.] // *Allergy*. — 2020. — Vol. 75, № 3. — P. 497–523. — DOI: 10.1111/all.14051.
146. Venter, C. The maternal diet index in pregnancy is associated with offspring allergic diseases: the Healthy Start study / C. Venter, M. P. Palumbo, D. H. Glueck [et al.] // *Allergy*. — 2022. — Vol. 77, № 1. — P. 162–172. — DOI: 10.1111/all.14949.
147. Flohr, C. Effect of an intervention to promote breastfeeding on asthma, lung function, and atopic eczema at age 16 years: follow-up of the PROBIT randomized trial / C. Flohr, A. J. Henderson, M. S. Kramer [et al.] // *JAMA Pediatrics*. — 2018. — Vol. 172, № 1. — Art. e174064. — DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.4064.
148. Lin, B. Breastfeeding and atopic dermatitis risk: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies / B. Lin, R. Dai, L. Lu [et al.] // *Dermatology*. — 2020. — Vol. 236, № 4. — P. 345–360. — DOI: 10.1159/000503781.
149. Halken, S. EAACI guideline: preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update) / S. Halken, A. Muraro, D. de Silva [et al.] // *Pediatric Allergy and Immunology*. — 2021. — Vol. 32, № 5. — P. 843–858. — DOI: 10.1111/pai.13496.
150. Obbagy, J. E. Complementary feeding and food allergy, atopic dermatitis/eczema, asthma, and allergic rhinitis: a systematic review / J. E. Obbagy, L. K. English, Y. P.

- Wong [et al.] // *American Journal of Clinical Nutrition*. — 2019. — Vol. 109, Suppl. 1. — P. 890S–934S. — DOI: 10.1093/ajcn/nqy220.
151. Li, X. Infant formulas with partially or extensively hydrolyzed milk proteins for the prevention of allergic diseases: a systematic review and meta-analysis of clinical trials / X. Li, T. He, S. Duan [et al.] // *Advances in Nutrition*. — 2024. — Vol. 15, № 5. — Art. 100217. — DOI: 10.1016/j.advnut.2024.100217.
152. Boutsikou, T. The Impact of Infant Feeding Regimen on Cow's Milk Protein Allergy, Atopic Dermatitis and Growth in High-Risk Infants during the First 6 Months of Life: The Allergy Reduction Trial / T. Boutsikou, M. Sekkidou, E. Karaglani [et al.] // *Nutrients*. — 2023. — Vol. 15, № 11. — P. 2622. — DOI: 10.3390/nu15112622.
153. Zhong, C. Increased food diversity in the first year of life is inversely associated with allergic outcomes in the second year / C. Zhong, J. Guo, T. Tan [et al.] // *Pediatric Allergy and Immunology*. — 2022. — Vol. 33, № 1. — Art. e13707. — DOI: 10.1111/pai.13707.
154. Shoda, T. Yogurt consumption in infancy is inversely associated with atopic dermatitis and food sensitization at 5 years of age: a hospital-based birth cohort study / T. Shoda, M. Futamura, L. Yang [et al.] // *Journal of Dermatological Science*. — 2017. — Vol. 86, № 2. — P. 90–96. — DOI: 10.1016/j.jdermsci.2017.01.006.
155. Davis, K. L. Atopic dermatitis and food allergy: more than sensitization / K. L. Davis, E. Claudio-Etienne, P. A. Frischmeyer-Guerrero // *Mucosal Immunology*. — 2024. — Vol. 17, № 5. — P. 1128–1140. — DOI: 10.1016/j.mucimm.2024.06.005.
156. Yamamoto-Hanada, K. Skin and oral intervention for food allergy prevention based on dual allergen exposure hypothesis / K. Yamamoto-Hanada, Y. Ohya // *Clinical and Experimental Pediatrics*. — 2024. — Vol. 67, № 10. — P. 477–485. — DOI: 10.3345/cep.2023.00045.
157. Kantor, R. Association of atopic dermatitis with smoking: a systematic review and meta-analysis / R. Kantor, A. Kim, J. P. Thyssen, J. I. Silverberg // *Journal of the American Academy of Dermatology*. — 2016. — Vol. 75, № 6. — P. 1119–1125.e1. — DOI: 10.1016/j.jaad.2016.07.017.
158. Kathuria, P. Association of pollution and climate with atopic eczema in US children / P. Kathuria, J. I. Silverberg // *Pediatric Allergy and Immunology*. — 2016. — Vol. 27, № 5. — P. 478–485. — DOI: 10.1111/pai.12543.
159. Hidaka, T. The aryl hydrocarbon receptor AhR links atopic dermatitis and air pollution via induction of the neurotrophic factor artemin / T. Hidaka, E. Ogawa, E. Kobayashi [et al.] // *Nature Immunology*. — 2017. — Vol. 18, № 1. — P. 64–73. — DOI: 10.1038/ni.3614.

160. Wang, L. The impact of prebiotics, probiotics and synbiotics on the prevention and treatment of atopic dermatitis in children: an umbrella meta-analysis / L. Wang, L. Xu // *Frontiers in Pediatrics*. — 2025. — Vol. 13. — Art. 1498965. — DOI: 10.3389/fped.2025.1498965.
161. Li, L. Probiotic supplementation for prevention of atopic dermatitis in infants and children: a systematic review and meta-analysis / L. Li, Z. Han, X. Niu [et al.] // *American Journal of Clinical Dermatology*. — 2018. — Vol. 20, № 3. — P. 367–377. — DOI: 10.1007/s40257-018-0404-3.
162. Wang, F. The effect of probiotics in the prevention of atopic dermatitis in children: a systematic review and meta-analysis / F. Wang, F. Wu, H. Chen, B. Tang // *Translational Pediatrics*. — 2023. — Vol. 12, № 5. — P. 731–748. — DOI: 10.21037/tp-23-200.
163. Tan-Lim, C. S. C. Comparative effectiveness of probiotic strains on the prevention of pediatric atopic dermatitis: a systematic review and network meta-analysis / C. S. C. Tan-Lim, N. A. R. Esteban-Ipac, M. S. G. Recto [et al.] // *Pediatric Allergy and Immunology*. — 2021. — Vol. 32, № 6. — P. 1255–1270. — DOI: 10.1111/pai.13514.
164. Cuello-Garcia, C. A. World Allergy Organization–McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Probiotics / C. A. Cuello-Garcia, J. L. Brożek, A. Fiocchi [et al.] // *World Allergy Organization Journal*. — 2015. — Vol. 8. — Art. 4. — DOI: 10.1186/s40413-015-0055-2.
165. Sestito, S. The role of prebiotics and probiotics in prevention of allergic diseases in infants / S. Sestito, E. D'Auria, M. E. Baldassarre [et al.] // *Frontiers in Pediatrics*. — 2020. — Vol. 8. — Art. 583946. — DOI: 10.3389/fped.2020.583946.
166. Chang, Y. S. Synbiotics for prevention and treatment of atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized clinical trials / Y. S. Chang, M. K. Trivedi, A. Jha [et al.] // *JAMA Pediatrics*. — 2016. — Vol. 170, № 3. — P. 236–242. — DOI: 10.1001/jamapediatrics.2015.3943.
167. Sugita, K. Recent developments and advances in atopic dermatitis and food allergy / K. Sugita, C. A. Akdis // *Allergology International*. — 2020. — Vol. 69, № 2. — P. 204–214. — DOI: 10.1016/j.alit.2019.11.010.
168. Zhao, M. Patient education programs in pediatric atopic dermatitis: a systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis / M. Zhao, Y. Liang, C. Shen [et al.] // *Dermatology and Therapy (Heidelberg)*. — 2020. — Vol. 10, № 3. — P. 449–464. — DOI: 10.1007/s13555-020-00365-z.
169. Liang, Y. Therapeutic patient education in children with moderate to severe atopic dermatitis: A multicenter randomized controlled trial in China / Y. Liang, J. Tian, C. Shen

- [et al.] // *Pediatric Dermatology*. — 2018. — Vol. 35, № 1. — P. 70–75. — DOI: 10.1111/pde.13362.
170. Grzešk-Kaczyńska, M. Should emollients be recommended for the prevention of atopic dermatitis? — new evidence and current state of knowledge / M. Grzešk-Kaczyńska, J. Petrus-Halicka, S. Kaczyński [et al.] // *Journal of Clinical Medicine*. — 2024. — Vol. 13, № 3. — Art. 863. — DOI: 10.3390/jcm13030863.
171. Martinez-Cabriales, S. Recommendations for vaccination in children with atopic dermatitis treated with dupilumab: a consensus meeting, 2020 / S. Martinez-Cabriales, M. Kirchhof, C. Constantinescu [et al.] // *American Journal of Clinical Dermatology*. — 2021. — Vol. 22, № 3. — P. 443–455. — DOI: 10.1007/s40257-021-00585-4.
172. Ayasse, M. Vaccines do not cause atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis / M. Ayasse, A. Ahmed, C. McCullum [et al.] // *Vaccine*. — 2021. — Vol. 39, № 13. — P. 1802–1810. — DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.01.039.
173. Miller, J. A. Topical corticosteroids: clinical pharmacology and therapeutic use / J. A. Miller, D. D. Munro // *Drugs*. — 1980. — Vol. 19, № 2. — P. 119–134. — DOI: 10.2165/00003495-198019020-00004.
174. Consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity of scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index // *Dermatology*. — 1993. — Vol. 186. — P. 23–31. — DOI: 10.1159/000247298
175. Oakley, A. EASI score [Электронный ресурс] / A. Oakley // *DermNet NZ*. — 2015. — URL: <https://dermnetnz.org/topics/easi-score>
176. Карамова, А. Э. Оценка степени тяжести атопического дерматита — стандартизованные индексы тяжести SCORAD и EASI / А. Э. Карамова, В. В. Чикин, Л. Ф. Знаменская, К. М. Аулова // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 2022. — Т. 98, № 3. — С. 53–60. — DOI: 10.25208/vdv1335.
177. Leshem, Y. A. What the Eczema Area and Severity Index score tells us about the severity of atopic dermatitis: an interpretability study / Y. A. Leshem, T. Hajar, J. M. Hanifin, E. L. Simpson // *British Journal of Dermatology*. — 2015. — Vol. 172, № 5. — P. 1353–1357. — DOI: 10.1111/bjd.13662.
178. Chopra, R. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis / R. Chopra, P. P. Vakharia, R. Sacotte [et al.] // *British Journal of Dermatology*. — 2017. — Vol. 177, № 5. — P. 1316–1321. — DOI: 10.1111/bjd.15641.

179. Investigator Global Assessment scale [Электронный ресурс] // International Eczema Council. — URL: <https://www.eczemaouncil.org/research/investigator-global-assessment-scale/>
180. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Barbarot S, Bieber T, et al. European Guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: Living update. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2025;39:1537–1566. <https://doi.org/10.1111/jdv.20639>
181. Fukuie T, Hirakawa S, Narita M, Nomura I, Matsumoto K, Tokura Y, Ohya Y. Potential preventive effects of proactive therapy on sensitization in moderate to severe childhood atopic dermatitis: A randomized, investigator-blinded, controlled study. *J Dermatol.* 2016 Nov;43(11):1283-1292. doi: 10.1111/1346-8138.13408. Epub 2016 Apr 14. PMID: 27075216.
182. Лян Н.А., Хан М.А., Турова Е.А., Бокова И.А. Физические факторы в медицинском лечении детей с атопическим дерматитом. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.* 2021. Т. 20, № 6. С. 517–524. DOI: <http://doi.org/10.17816/rjpbr107982>

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

1. Алексеева Анна Александровна – к.м.н., ведущий научный сотрудник, заместитель руководителя консультативно-диагностического центра для детей НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» Минобрнауки России, член Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.
2. Амбарчян Эдуард Тигранович – кандидат медицинских наук, член Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.
3. Апханова Т.В. д.м.н. — главный научный сотрудник отдела физиотерапии и рефлексотерапии ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, член Национальной ассоциации экспертов по санаторно-курортному лечению
4. Артемьева Софья Иосифовна – врач-дерматовенеролог, научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», ассистент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», член Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.
5. Астафьева Наталия Григорьевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой клинической иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России; главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог Саратовской области, член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.
6. Бакулев Андрей Леонидович – д.м.н., профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации», член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.
7. Баранов Александр Александрович - д.м.н., профессор, академик РАН, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» Минобрнауки России, главный внештатный специалист по педиатрии Минздрава РФ, почетный президент Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.
8. Бобко Светлана Ивановна — врач-дерматовенеролог, к.м.н., ведущий научный сотрудник МНПЦДК Департамента здравоохранения г. Москвы, член Национального

Альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

9. Вишнева Елена Александровна – д.м.н., профессор РАН, главный внештатный детский специалист аллерголог-иммунолог Департамента здравоохранения г. Москвы; заместитель руководителя по науке НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» Минобрнауки России; врач-аллерголог-иммунолог ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ; профессор кафедры факультетской педиатрии ИМД ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет). Член Союза педиатров России, член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

10. Волнухин Владимир Анатольевич – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы. Член Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

11. Данилычева Инна Владимировна – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения аллергологии и иммунотерапии ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России. Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

12. Доля Ольга Валентиновна – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, профессор кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы». Член Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

13. Елисютина Ольга Гурьевна – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения аллергологии и иммунопатологии кожи ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России. Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

14. Епишев Роман Владимирович – к.м.н., врач-дерматовенеролог отделения дерматологии с группой лазерной хирургии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.

15. Жестков Александр Викторович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России; главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог Самарской области. Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

16. Жукова Ольга Валентиновна - д.м.н., профессор, главный внештатный специалист ЦФО РФ по профилю дерматовенерология и косметология Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», главный врач ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», исполнительный директор Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

17. Ильина Наталия Ивановна – д.м.н., профессор, зам. директора по клинической работе, главный врач ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, вице-президент Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

18. Калугина Вераи Геннадьевна – к.м.н., старший научный сотрудник, НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России член Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.

19. Кончугова Т.В. - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела физиотерапии и рефлексотерапии ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, член Национальной ассоциации экспертов по санаторно-курортному лечению

20. Круглова Лариса Сергеевна – д.м.н., профессор, проректор по учебной работе, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации. Член Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

21. Кунгуров Николай Васильевич – д.м.н., профессор, директор ГБУ Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии». Член Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

22. Левина Юлия Григорьевна – д.м.н., зав. отделом клинической иммунологии и аллергологии НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Член Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.

23. Львов Андрей Николаевич – д.м.н., профессор, начальник отдела аспирантуры и ординатуры, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; главный научный сотрудник Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. Член Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.
24. Материкин Александр Игоревич – к.м.н., заведующий отделением дерматологии с дневным стационаром стационара для детей; старший научный сотрудник отдела детской дерматологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» Минобрнауки России. Член Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.
25. Мигачева Наталия Бегиевна - доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой педиатрии ИПО ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.
26. Мурашкин Николай Николаевич – д.м.н., руководитель НИИ детской дерматологии; зав. отделением дерматологии с группой лазерной хирургии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации. Президент Межрегиональной общественной организации «Общество детских дерматологов». Член Российского общества дерматовенерологов и косметологов, член Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.
27. Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна – д.м.н., профессор, академик РАН, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» Минобрнауки России, зав. кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава. Президент Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.
28. Ненашева Наталья Михайловна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ФГБОУ ВПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.
29. Новик Геннадий Айзикович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО

СПбГПМУ, врач-аллерголог-иммунолог. Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

30. Пампура Александр Николаевич – д.м.н., профессор, зам. директора по науке, зав. отделом аллергологии и клинической иммунологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

31. Поршина Оксана Владимировна – к.м.н., доцент, врач дерматовенеролог, зам. Главного врача по клинико-экспертной работе ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

32. Потекаев Николай Николаевич – д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации и Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии Института непрерывного образования и профессионального развития ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), директор ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

33. Разнатовский Константин Игоревич – д.м.н., профессор главный дерматовенеролог и косметолог Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, зав. кафедрой дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России). Член Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

34. Селимзянова Лилия Робертовна – к.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского» Минобрнауки России; доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). Член Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.

35. Скороходкина Олеся Валерьевна – д.м.н., профессор, главный внештатный аллерголог-иммунолог Приволжского федерального округа и республики Татарстан, зав. кафедрой

клинической иммунологии с аллергологией ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет». член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

36. Смолкин Юрий Соломонович д.м.н. профессор кафедры клинической иммунологии и аллергологии АПО ФНКЦ ФГБУ ФМБА РФ, научный руководитель “Научно-клинического консультативного центра аллергологии и иммунологии”, вице-президент Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

37. Феденко Елена Сергеевна – д.м.н., профессор, зав. отделением аллергологии и иммунопатологии кожи ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.

Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

38. Фомина Дарья Сергеевна – д.м.н., главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог Департамента здравоохранения г. Москвы, заместитель директора по научно-клинической работе, руководитель Московского городского научно-практического центра аллергологии и иммунологии ГБУЗ "МКНИЦ БОЛЬНИЦА 52 ДЗМ", профессор кафедры клинической иммунологии и аллергологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). Член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

39. Фриго Наталья Владиславовна – д.м.н., зам. директора по науке ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы. Член Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

40. Хаитов Муса Рахимович - д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России; зав. кафедрой иммунологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Президент Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

41. Хамаганова Ирина Владимировна – д.м.н., профессор, профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Член Национального альянса дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

42. Эфендиева Камилла Евгеньевна - к.м.н., заместитель руководителя по международным связям и образовательной деятельности НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, врач-аллерголог-иммунолог, ответственный секретарь

Союза педиатров России, член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: врачи-дерматовенерологи, врачи-аллергологи-иммунологи, врачи-педиатры, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-терапевты.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

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

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

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

| УДД | Расшифровка |
|-----|--|
| 1 | Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

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

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

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.
2. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 606н от 7 ноября 2012 г.

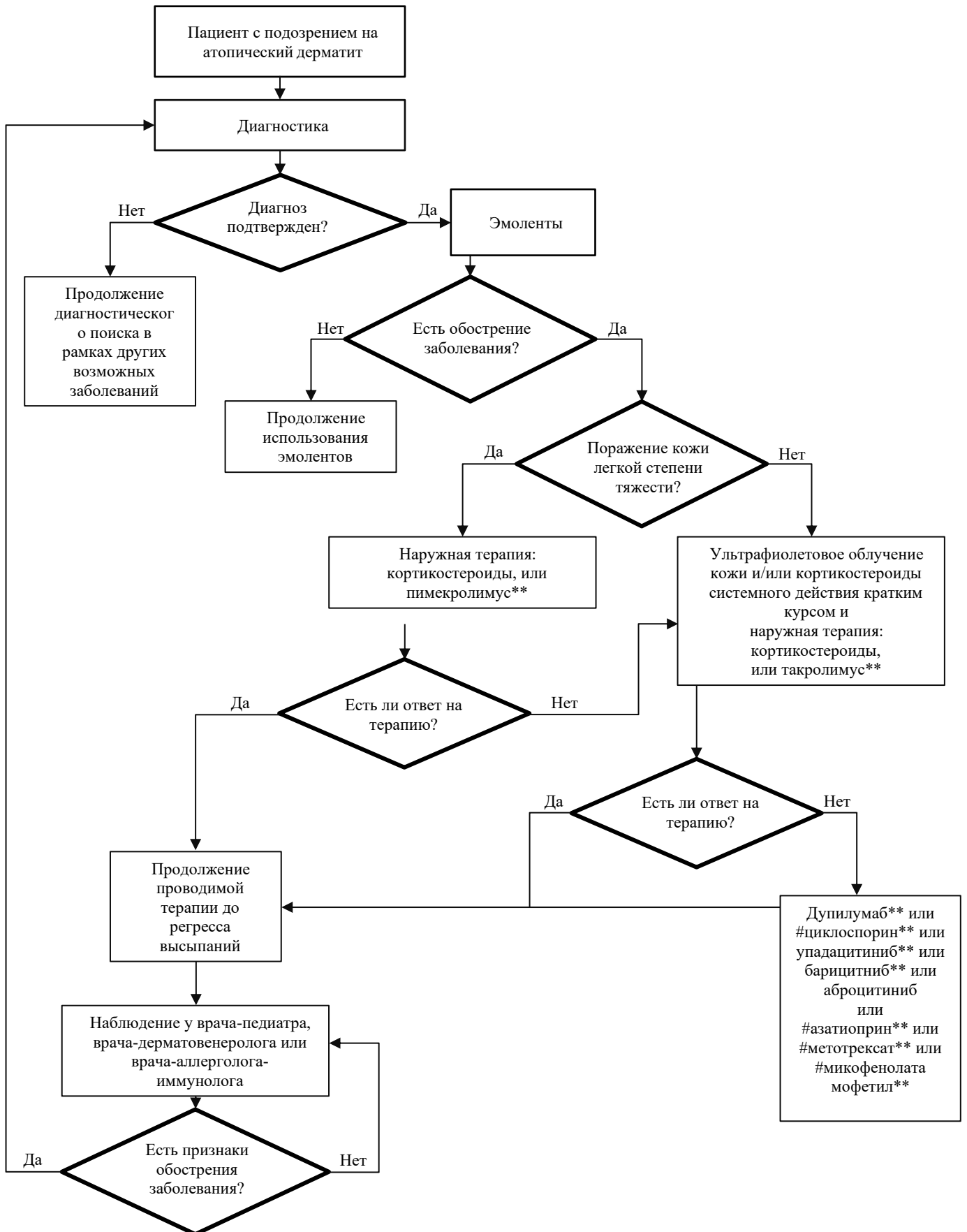
Приложение А3.1 Классификация кортикостероидов (топических)

Таблица. Классификация кортикостероидов (топических)

Адаптировано по [173] и Государственному реестру лекарственных средств (на апрель 2026 г.)

| Международное название кортикостероидов | Концентрация |
|--|---------------------|
| Кортикостероиды с низкой активностью (группа I) | |
| Гидрокортизон** (гидрокортизона ацетат) | 1% |
| Преднизолон** | 0,5% |
| Кортикостероиды с умеренной активностью (группа II) | |
| Алклометазон | 0,05% |
| Триамцинолон | 0,1% |
| Кортикостероиды с высокой активностью (группа III) | |
| Гидрокортизон ** (гидрокортизона бутират) | 0,1% |
| Бетаметазон** | 0,05%, 0,1% |
| Метилпреднизолон** | 0,1% |
| Мометазон** | 0,1% |
| Флутиказон | 0,005%, 0,05% |
| Флуоцинолона ацетонид | 0,025% |
| Кортикостероиды с очень высокой активностью (группа IV) | |
| Клобетазол | 0,05% |

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Ступенчатая схема терапии атопического дерматита у детей и подростков (модифицировано по [180])

- Добавьте антисептическое /антибактериальное /противовирусное/ противогрибковое средство в случае инфекций
- Проверьте соблюдение режима лечения и правильность диагноза, если терапия недостаточно эффективна



¹ см. раздел лечение, ² зарегистрированное показание,

UVA1= длинноволновая фототерапия (УФ-лучи спектра А); NB-UVB = узкополосный ультрафиолет В

Для указанных вмешательств (в т.ч. лекарственных средств) степень яркости зеленого оттенка фона отражает силу рекомендации по применению

Приложение В. Информация для пациента

1. Учитывая, что атопический дерматит является хроническим заболеванием, для предотвращения рецидивов необходим регулярный уход за кожей:
 - Ежедневные водные процедуры с использованием средств лечебной косметики, не содержащих мыла – гели и масла для душа;
 - Ежедневное применение эмолентов после принятия водных процедур на влажную кожу минимум 2 раза в сутки;
 - Регулярно стричь ногти;
2. Соблюдать рекомендации врача по использованию лечебных средств для наружной терапии;
3. Регулярно стирать одежду, полотенца, постельное белье водой с моющим средством перед повторным использованием;
4. При установленной сенсibilизации к клещам домашней пыли при стирке использовать акарицидные средства;
5. Не держать в комнате ковры;
6. Книги хранить в закрытых шкафах;
7. Мягкие игрушки следует регулярно стирать;
8. Обработать поверхности, покрытые плесенью, специальными средствами;
9. Мыть фильтры кондиционера не реже 1 раза в 2 недели;
10. Не следует разводить домашние цветы;
11. Регулярно пылесосить и проводить ежедневную влажную уборку помещения;
12. При установленной сенсibilизации к аллергенам пушных животных прекратить контакт с ними;
13. Не использовать перьевые и пуховые подушки и одеяла. Подушки должны быть из синтетических волокон, которые легко стирать;
14. Во избежание развития побочных эффектов следует избегать самостоятельного бесконтрольного применения средств для наружной терапии (кортикостероидов, топических ингибиторов кальциневрина, антибактериальных, противогрибковых и противовирусных препаратов).

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

Приложение Г1. Индекс SCORAD

Индекс SCORAD предназначен для оценки степени тяжести атопического дерматита.

Оригинальное название: Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): [174].

Тип (подчеркнуть):

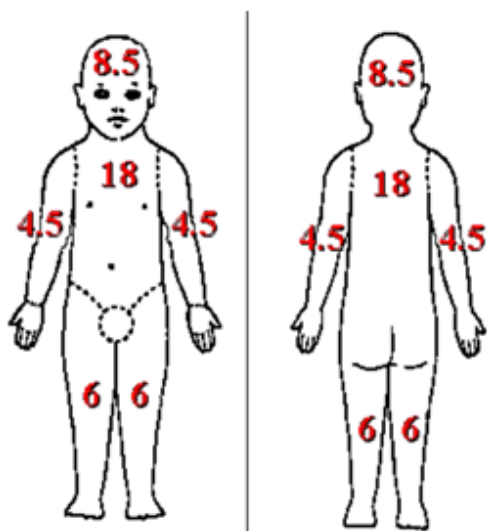
- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить): -

Назначение: оценка степени тяжести атопического дерматита.

Содержание (шаблон):

А. Площадь поражения (оценивается врачом)

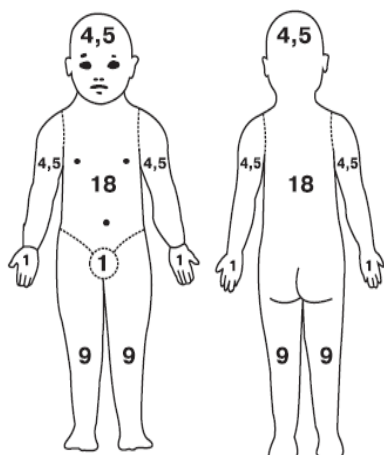
1. Дети до 2 лет



| | |
|--|-------------------|
| Площадь проявлений атопического дерматита на отдельных участках тела | |
| Участки тела | Площадь поражения |

| | |
|---|--|
| Передняя поверхность головы (8,5%) | |
| Задняя поверхность головы (8,5%) | |
| Передняя поверхность туловища (18%) | |
| Задняя поверхность туловища (18%) | |
| Передняя поверхность левой руки (4,5%) | |
| Задняя поверхность левой руки (4,5%) | |
| Передняя поверхность правой руки (4,5%) | |
| Задняя поверхность правой руки (4,5%) | |
| Передняя поверхность левой ноги (6%) | |
| Задняя поверхность левой ноги (6%) | |
| Передняя поверхность правой ноги (6%) | |
| Задняя поверхность правой ноги (6%) | |
| Итого | |

2. Дети старше 2 лет



| Площадь проявлений атопического дерматита на отдельных участках тела | |
|--|-------------------|
| Участки тела | Площадь поражения |
| Передняя поверхность головы (4,5%) | |
| Задняя поверхность головы (4,5%) | |
| Передняя поверхность туловища (18%) | |
| Задняя поверхность туловища (18%) | |
| Гениталии (1%) | |
| Передняя поверхность левой руки (4,5%) | |
| Задняя поверхность левой руки (4,5%) | |
| Передняя поверхность правой руки (4,5%) | |
| Задняя поверхность правой руки (4,5%) | |
| Передняя поверхность левой ноги (9%) | |
| Задняя поверхность левой ноги (9%) | |
| Передняя поверхность правой ноги (9%) | |
| Задняя поверхность правой ноги (9%) | |
| Итого | |

Показатель A =

В. Интенсивность клинических проявлений (оценивается врачом)

Оценка клинических проявлений атопического дерматита:

| Клинические проявления | Оценка в баллах |
|-------------------------------|-----------------|
| Эритема | |
| Отек или папулезные высыпания | |
| Мокнутие/корки | |
| Расчесы | |
| Лихенификация | |
| Сухость | |
| Итого | |

Способ оценки:

0 = отсутствие проявлений

1 = легкие проявления


2 = умеренные проявления

3 = тяжелые проявления


Показатель В =

С. Выраженность субъективных симптомов (оценивается пациентом)

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|----|
| отсутствие зуда | | | очень сильный зуд | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |



| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|---|----|
| отсутствие нарушений сна | | | | | очень сильное нарушение сна | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |



Показатель С = SCORAD = A/5 + 7*B/2 + C =

Ключ (интерпретация):

SCORAD предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнущие, эскориации, лихенификация/шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале: 0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная. При оценке площади поражения кожного покрова следует использовать правило «девятки», в котором за единицу измерения принята площадь поверхности ладони больного, эквивалентная одному проценту всей поверхности кожи. Цифрами указано значение площади для больных в возрасте старше 2 лет, а в скобках – для детей в возрасте до 2 лет (Рис.1). Оценка субъективных симптомов (ощущение зуда, нарушение сна) проводят у детей в возрасте старше 7 лет и взрослых; у детей младшего возраста оценку субъективных симптомов проводят с помощью родителей, которым предварительно объясняют принцип оценки.

Расчет индекса SCORAD производится по формуле: $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$, где:

A – распространенность поражения кожи, B – сумма уровней интенсивности клинических симптомов атопического дерматита, C – сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

На линейке внизу рисунка указывается точка, соответствующая степени выраженности оцениваемого субъективного признака, усредненное за последние 3 суток.

Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение атопического дерматита).

Атопический дерматит легкой степени тяжести соответствует значению SCORAD < 25

Атопический дерматит средней степени тяжести соответствует значению SCORAD от 25 до 50.

Тяжелый атопический дерматит соответствует значению SCORAD > 50.

Пояснения: -

Приложение Г2. Индекс EASI

Оригинальное название: Eczema Area and Severity Index (EASI).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): [175,176]

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить): -

Назначение: оценка степени тяжести атопического дерматита.

Содержание (шаблон):

Для его расчета необходимо:

Определить площадь пораженной кожи, при этом каждая из четырех анатомических областей (голова/шея, туловище, верхние конечности и нижние конечности) условно принимается за 100%.

Площадь кожи лица, волосистой части головы и шеи составляет по 33%, при этом на переднюю и заднюю поверхности шеи, а также на левую и правую стороны лица приходится по 17%; передняя часть туловища (включая гениталии) занимает 55%, а задняя — 45%; передние и задние поверхности верхних конечностей включают по 25% каждая; передние и задние (за исключением ягодиц) поверхности нижних конечностей занимают по 22,5%, ягодицы — 10%.

После оценки распространенности, в зависимости от итоговой суммы площади поражения, каждой из областей присваивается определенное количество баллов (оценка распространенности (ОР)):

0% — 0 баллов; 1–9% — 1 балл; 10–29% — 2 балла; 30–49% — 3 балла; 50–69% — 4 балла; 70–89% — 5 баллов; 90–100% — 6 баллов.

Интенсивность высыпаний оценивается для 4 клинических проявлений для каждой из 4 анатомических областей в отдельности (эритемы, индурации/папул, экскориаций и лихенификации):

- 0 — отсутствие проявлений,
- 1 — легкие проявления,
- 2 — проявления средней тяжести
- 3 — тяжелые проявления.

Далее баллы, полученные за все признаки, суммируются для каждой области в отдельности с получением оценки тяжести.

Для окончательного расчета EASI необходимо вычисление баллов для каждой анатомической области посредством умножения оценки распространенности (ОР) на показатель оценки тяжести (ОТ) и на стандартизированный коэффициент конкретной области с последующим их суммированием:

1) голова/шея: $ОТ(г/ш) \times ОР(г/ш) \times 0,1$ (для детей до 7 лет коэффициент равен 0,2);

2) туловище: $ОТ(т) \times ОР(т) \times 0,3$;

3) верхние конечности: $ОТ(в/к) \times ОР(в/к) \times 0,2$;

4) нижние конечности: $ОТ(н/к) \times ОР(н/к) \times 0,4$ (для детей до 7 лет коэффициент равен 0,3).

Итоговая формула выглядит следующим образом:

$EASI = ОТ(г/ш) \times ОР(г/ш) \times 0,1 + ОТ(т) \times ОР(т) \times 0,3 + ОТ(в/к) \times ОР(в/к) \times 0,2 + ОТ(н/к) \times ОР(н/к) \times 0,4$.

Ключ (интерпретация):

Максимальное количество баллов по EASI равняется 72. В отличие от индекса SCORAD для EASI не существует общепризнанной интерпретации результатов.

В 2015 г. Leshem и соавт. предложили считать значения менее 7 баллов по индексу EASI соответствующими легкой степени тяжести атопического дерматита, от 7 до 21 — средней степени тяжести, а от 21 и более — тяжелой степени тяжести [177].

В 2017 г. Chorgha и соавт. опубликовали модифицированную градацию, в которой значения менее 6 баллов соответствуют легкой степени тяжести атопического дерматита, от 6 до 22,9 — средней степени тяжести, а от 23 и более — тяжелой степени [178].

Пояснения: Для облегчения интерпретации клинического признака используются следующие определения.

1. Эритема:

0 (отсутствие) — эритемы нет, возможна остаточная дисхромия (поствоспалительная гипер- и/или гипопигментация);

1 (слабая) — эритема от светло-розового до светло-красного цвета;

2 (умеренная) — эритема красного цвета;

3 (тяжелая) — эритема насыщенного темно-красного цвета.

2. Индурация/папулы:

0 (отсутствие) — индурации/папул нет;

1 (слабые) — незначительно выраженное утолщение кожи и/или папулы;

2 (умеренные) — умеренно выраженное утолщение кожи и/или папулы;

3 (тяжелые) — значительно выраженное утолщение кожи и/или папулы.

3. Экскориации:

0 (отсутствие) — эксскориаций нет;

- 1 (слабые) — единичные поверхностные линейные и/или точечные эксфолиации;
- 2 (умеренные) — умеренно выраженные линейные и/или точечные эксфолиации;
- 3 (тяжелые) — глубокие множественные линейные и/или точечные эксфолиации.

3. ***Лихенификация:***

- 0 (отсутствие) — лихенификации нет;
- 1 (слабые) — едва/незначительно выраженное утолщение кожи, усиление кожного рисунка;
- 2 (умеренные) — умеренно выраженное утолщение кожи, грубый кожный рисунок;
- 3 (тяжелые) — значительно выраженное утолщение кожи, очень грубый кожный рисунок.

Приложение Г3. Общая оценка заболевания исследователем IGA

Оригинальное название: Investigator's global assessment (IGA).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

Investigator Global Assessment scale [Электронный ресурс] // International Eczema Council. — URL: <https://www.eczemaouncil.org/research/investigator-global-assessment-scale/> [179].

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: оценка общей степени тяжести атопического дерматита

Содержание (шаблон) и Ключ (интерпретация):

| Баллы | Категория | Описание* |
|-------|-------------------------|---|
| 0 | Чистая кожа | Проявления атопического дерматита полностью исчезли, за исключением остаточных очагов депигментации (поствоспалительная гиперпигментация и/или гипопигментация). |
| 1 | Практически чистая кожа | Проявления атопического дерматита в целом не полностью исчезли, а оставшиеся очаги представляют собой светло-розовые (за исключением поствоспалительной гиперпигментации) и/или едва заметные при пальпации твердые участки утолщения кожи и/или папулы и/или едва заметные при пальпации участки лихенизации, эксфолиации; экссудация/образование струпулов отсутствует. |
| 2 | Легкая степень | Проявления атопического дерматита в целом представляют собой очаги светло-красного цвета; с незначительными, но четко выраженными твердыми участками утолщения кожи и/или папулами с незначительными, но четко выраженными линейными или прерывистыми следами расчесывания или проникающего поверхностного поражения; с незначительным, но четко выраженным утолщением кожи, мелкими отметинами на коже и мелкопластинчатым лихеноидным шелушением; экссудация/образование струпулов отсутствует. |
| 3 | Средняя степень | Проявления атопического дерматита в целом представляют собой очаги красного цвета; с легко определяемыми при пальпации умеренно выраженными твердыми участками утолщения кожи и/или папулами; с умеренными линейными или прерывистыми следами расчесывания или проникающего поверхностного поражения; с умеренным утолщением кожи, |

| Баллы | Категория | Описание* |
|---|-----------------|--|
| | | грубыми отметинами на коже и крупнопластинчатым лихеноидным шелушением; с незначительной экссудацией/образованием струпьев |
| 4 | Тяжелая степень | Проявления атопического дерматита в целом представляют собой глубокие очаги темно-красного цвета; с выраженными твердыми участками утолщения кожи и/или папулами; с выраженными линейными или прерывистыми следами расчесывания или проникающего поверхностного поражения; с выраженным утолщением кожи с очень грубыми отметинами на коже и крупнопластинчатым лихеноидным шелушением; с экссудацией/образованием струпьев от средней до тяжелой степени. |
| *Из оценки/подсчета баллов IGA исключаются волосистая часть головы, ладони и подошвы. | | |

Пояснения: поражение кожи оценивается визуально и пальпаторно. IGA представляет собой оценку по 5-балльной шкале от 0 баллов до 4 баллов и отражает выраженность эритемы, утолщения (уплотнения) кожи и шелушения. Оценка 0 баллов соответствует чистой коже, максимальная оценка 4 балла соответствует атопическому дерматиту тяжелой степени тяжести.