

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» ноября 2015 года
Протокол № 18

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. **Название протокола:** Атопический дерматит у детей

2. **Код протокола:**

3. **Код (коды) МКБ X**

L 20 Атопический дерматит

4. **Сокращения, используемые в протоколе:**

Ig	иммуноглобулин
АД	атопический дерматит
АлАТ	аланинаминотрансфераза
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
МНН	международное непатентованное название
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
CD	кластеры дифференцировки
ТГКС	топические глюкокортикостероиды

5. **Дата разработки протокола:** 2014 год.

Дата пересмотра протокола: 2015 год.

6. **Категория пациентов:** дети.

7. **Пользователи протокола:** дерматовенерологи, врачи общей практики, педиатры, аллергологи.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. **Атопический дерматит** (синоним диффузный зуд с лихенификацией, диффузный нейродермит) – генетически детерминированное, хроническое,

рецидивирующее заболевание кожи, клинически проявляющееся первично возникающим зудом, воспалением, папуловезикулезными элементами и лихенификациями [1,2,3]. В основе патогенеза АД лежит измененная реактивность организма, обусловленная иммунологическими и неиммунологическими механизмами. Термин «атопия» (atopos - необычный, чуждый) впервые был введен Кока в 1922 году для определения наследственных форм повышенной чувствительности организма к различным воздействиям внешней среды [4].

Клинические проявления АД определяются возрастом пациента. Клинические проявления различны в разные возрастные периоды и заключаются в соотношении экссудативных и лихеноидных компонентов. Зуд - постоянный симптомом во всех возрастных периодах.

Существуют следующие возрастные периоды (фазы) болезни:

1-й возрастной период — младенческий (до 2 лет)

2-й возрастной период - детский (от 2 до 13 лет)

3-й возрастной период - подростковый и взрослый (от 13 лет и старше).

Первый возрастной период характеризуется преобладанием экссудации, а патологический процесс носит острый или подострый характер. Проявляется гиперемией, отеком, мокнутием с образованием корок. Высыпания чаще локализуются на лице, разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей. Характерным является наличие высыпаний на лице.

Во втором возрастном периоде - процесс носит подострый и хронический характер. Высыпания локализуются преимущественно на сгибательных поверхностях суставов верхних и нижних конечностях и представлены застойной эритемой, папулами, лихенизацией, многочисленными экскориациями и трещинами, шелушением.

9. Клиническая классификация [1,2,3]

В клинической практике различают следующие клинико-морфологические формы:

- экссудативная,
- эритематозно-сквамозная,
- эритематозно-сквамозная с лихенификацией,
- лихеноидная,
- пруригинозная.

По стадии АД делится на:

- начальную;
- стадию выраженных клинических проявлений (период обострения), которая в свою очередь характеризуется
 - острой фазой,
 - подострой фазой,
 - хронической фазой;

- стадию ремиссии, которая бывает неполной (подострый период) и полной;
- клиническое выздоровление.

По распространенности кожного процесса делится на:

- ограниченный (площадь поражения не превышает 10%);
- распространенный (площадь поражения от 10 до 50% кожного покрова);
- диффузный (более 50%).

По тяжести процесса делится на:

- легкое течение (ограниченность процесса, незначительный зуд, частота обострений 1-2 раза в год);
- средней тяжести (распространенный характер, выраженный зуд, частота обострений – 3-4 раза в год);
- тяжелое течение (диффузный характер поражения, интенсивный зуд, частота обострений – 5 и более раз в год).

10. Показания к госпитализации:

Показания для плановой госпитализации:

- распространенность процесса, тяжелое течение, требующее системной терапии;
- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- присоединение вторичной инфекции, не купируемой в амбулаторных условиях.

Показаний для экстренной госпитализации: нет.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК (с обязательным определением содержанием эозинофилов);
- ОАМ.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Биохимические анализы крови (АсАТ, АлАТ, общий билирубин, глюкоза, общий белок);
- Аллергологическое исследование сыворотки крови – определение специфических IgE-антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения [3].
- Иммунологическое обследование:
 - а) Ig класса E, A, M, G.
 - б) CD3+/CD4+/CD8+/CD16+/CD20+/CD22+/CD25+/CD71+/CD72+/CD95+.
 - в) Фагоцитоз.

г) Циркулирующие иммунные комплексы.

- Посев на флору и определение чувствительности к антибиотикам с очагов поражения; обследование на грибы.

- Анализ кала: общий анализ кала (копрограмма); исследование кала на яйца глистов и простейшие; анализ кала на дисбактериоз.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- ОАК (с обязательным определением содержанием эозинофилов);
- ОАМ;
- Биохимические анализы крови (АсАТ, АлАТ, общий билирубин, глюкоза, общий белок);
- Исследование кала на яйца глистов и простейшие.
- Реакция микропреципитации.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- определение уровня общего IgE в сыворотке крови.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- Аллергологическое исследование сыворотки крови – определение специфических IgE-антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения.

- Иммунологическое обследование:

- а) Ig класса E, A, M, G.

- б) CD3+/CD4+/CD8+/CD16+/CD20+/CD22+/CD25+/CD71+/CD72+/CD95+

- в) Фагоцитоз.

- г) Циркулирующие иммунные комплексы.

- Посев на флору и определение чувствительности к антибиотикам с очагов поражения; обследование на грибы.

- Анализ кала: общий анализ кала (копрограмма); анализ кала на дисбактериоз.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- кожные высыпания,
- зуд различной интенсивности (выраженный, сильный, умеренный)

- сухость кожных покровов.

При сборе анамнеза выясняется:

- аллергические заболевания в семье в прошлом и настоящем;
- реакции на применение сывороток, вакцин, медикаментов;
- сезонность заболевания;
- влияние погодных факторов на течение заболевания;
- состояние психического здоровья;
- начало заболевания и его течение;
- склонность к кожным инфекциям (герпес, вирусные бородавки, пиодермии, микозы);
- эффективность ранее проводимой терапии.

12.2. Физикальное обследование:

Общий статус:

- осмотр и оценка общих свойств кожи - наличие или отсутствие ксероза, ихтиоза, гиперлинеарности ладоней, фолликулярного гиперкератоза (keratosis pilaris), простого лишая (pitiriasis alba), бледности кожи лица, периорбитального затемнения и др.;

Локальный статус:

- характер поражения кожи (экссудативный, пролиферативный, острый, подострый, хронический);
- локализация (лицо, разгибательные поверхности – в детстве; сгибательные поверхности, голова, шея – у взрослых);
- элементы сыпи (папулы: лихеноидные полигональные и фолликулярные, мелкие пруригинозные; папуловезикулы, лихенификация);
- дермографизм (белый, смешанный, стойкий (красный)).

В таблице 1 приведены основные диагностические критерии оценки АД. Для постановки диагноза необходимо сочетание не менее трёх «основных» и трёх «дополнительных» критериев.

Таблица 1. Основные диагностические критерии оценки АД

Обязательные	Дополнительные
Зуд	Ксероз (сухость кожи)
на лице и разгибателях, у взрослых – лихенификация и эксфолиации на сгибательных поверхностях конечностей)	Ладонный ихтиоз
Хроническое рецидивирующее течение Типичная морфология и локализация кожных высыпаний	Реакции немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами

(у детей - экзематозные высыпания)	
Атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии	Локализация на кистях и стопах
	Хейлит
	Экзема сосков
	Восприимчивость к инфекционным поражениям кожи
	Начало заболевания в раннем детском возрасте (до двух лет)
	Эритродермия
	Рецидивирующий конъюнктивит
	Складки Денье – Моргана
	Кератоконус
	Передние субкапсулярные катаракты
	Трещины за ушами
	Стойкий белый дермографизм
	Высокий уровень Ig E в сыворотке и др.

12.3 Лабораторная диагностика

Аллергологическое обследование проводить больному необходимо, так как оно позволяет выявить провоцирующие факторы заболевания и блокировать рецидивы, позволяет строить профилактическую программу на перспективу. Позволяет предотвращать развитие других направлений атопии.

- Аллергологическое исследование сыворотки крови – определение уровня общего IgE и специфических IgE, IgG-антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения (методом ИФА, аллергосорбентным тестом)

Данные иммунологических нарушений могут быть использованы как для оценки тяжести и прогноза течения атопического дерматита.

- Иммунологическое обследование:
Ig класса E, A, M, G.
CD3+/CD4+/CD8+/CD16+/CD20+/CD22+/CD25+/CD71+/CD72+/CD95+.
Фагоцитоз.
Циркулирующие иммунные комплексы.
- Общий анализ крови (основные параметры с обязательным определением содержанием эозинофилов).
- Общий анализ мочи (общие свойства, физико-химическое исследование, микроскопическое исследование).
- Посев на флору и определение чувствительности к антибиотикам с очагов поражения; обследование на грибы.
- Анализ кала: общий анализ кала (копрограмма); исследование кала на яйца глистов и простейшие; анализ кала на дисбактериоз.

- Кожные пробы - скарификационный метод или prick-тест проводится вне обострения кожного процесса.

12.4 Инструментальные исследования: не проводятся.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- педиатр (при наличии специфических поражений внутренних органов);
- аллерголог/иммунолог (для проведения аллергологических/иммунологических исследований);
- невропатолог (при наличии симптомов, характерных для заболеваний нервной системы);
- оториноларинголог (для выявления и санации очагов хронической инфекции рото- и носоглотки);
- гастроэнтеролог (при наличии симптомов, характерных для заболеваний желудочно-кишечного тракта);

12.6 Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику АД проводят с такими болезнями как себорейный дерматит, аллергический дерматит, иммунодефицитные заболевания, микробная экзема и др. В таблице 2 приведены основные клинические дифференциально-диагностические критерии АД.

Таблица 2. – Основные клинические дифференциально-диагностические критерии АД

Себорейный дерматит	Начинается в первые недели жизни ребенка и заканчивается после элиминации фетоплацентарных гормонов (обычно в 3-месячном возрасте). Может вновь появиться в пубертатном периоде. Характеризуется сухостью кожи с выраженным шелушением на фоне слабого воспаления. Чешуйки жирные, желтого цвета. При легкой форме течения пузырьки, мокнутие отсутствуют, при тяжелой форме наблюдаются выраженная гиперемия, мацерация эпидермиса, трещины. У детей могут появляться общие явления в виде диареи, срыгивания, вялости. Локализация высыпаний: очаги овальные и округлые, располагаются симметрично на себорейных местах — волосистой части головы, лбу, лице, в заушных областях, на шее, груди, спине, под молочными железами, в паховых складках. Зуд слабый. Отсутствует выраженная сезонность заболевания.
Пеленочный дерматит	Наблюдается только в грудном возрасте, обусловлен раздражением каловыми массами и мочой кожи промежности, ягодиц, бедер при недостаточном уходе, имеет характерную локализацию.
Аллергический контактный дерматит	Возникает под влиянием факультативных раздражителей у лиц с повышенной чувствительностью к ним. Типичной является четкая граница пораженных участков, которые соответствуют месту воздействия контактных аллергенов.

Чесотка	Зуд беспокоит преимущественно в вечернее и ночное время. Клинически отмечаются множественные папулы, везикулы, экскориации, чесоточные ходы, отсутствует лихенификация. Помимо кожи складок, боковых поверхностей туловища, могут поражаться ладони, стопы. Наличие подобных высыпаний и жалоб у других членов семьи.
Строфулюс	Заболевание чаще встречается у детей раннего возраста, характеризуется рецидивирующим появлением зудящих уртикарных элементов, мелких плотных папул, серопапул, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, реже на лице, ладонях, подошвах.
Ихтиоз обыкновенный	Начинается в грудном возрасте, характеризуется диффузным поражением кожных покровов в виде сухости, шелушения, фолликулярного кератоза. Локтевые и подколенные складки не поражаются. Отмечается повышенная складчатость ладоней и подошв с усилением кожного рисунка. Шелушение муковидное, мелкопластинчатое или отрубевидное. Эритема и зуд не характерны.
Псориаз обыкновенный	Процесс на коже характеризуется эритематозными папулами, бляшками с серебристо-белыми чешуйками, локализуется преимущественно на разгибательных поверхностях суставов, волосистой части головы. Бывает незначительный зуд. Характерна псориатическая триада.
Ограниченный нейродермит	Встречается чаще в подростковом возрасте и старше, характеризуется единичными очагами лихенизации в виде бляшек буровато-коричневого цвета с лихенификацией в центре бляшек. Очаги имеют четкие границы и сохраняются длительное время.
Микробная экзема	Клиническим проявлениям предшествуют травматические и пиогенные поражения. Высыпания представлены эритематозно-везикулезными, папуловезикулезными отечными бляшками, на поверхности которых могут располагаться пустулы. Очаги имеют округлые очертания, четкие границы с фестончатыми краями насыщенного красного цвета. На поверхности постепенно образуются серозно-гнойные корки, чешуйко-корки. Очаги располагаются асимметрично на различных участках конечностей, в области пупка, туловища.
Дерматофитии	Очаги поражения представлены кольцевидными эритематозно-сквамозными бляшками с четкими границами, на поверхности которых могут быть везикулы. Локализуются на лице, туловище, конечностях. Зуд незначительный или отсутствует. Диагноз подтверждается обнаружением гриба при микроскопическом исследовании соскобов с пораженной кожи.
Синдром гипериммуноглобулинемии E	Относится к первичным иммунодефицитам, возникает в первые 3 мес. жизни, характеризуется клиническим полиморфизмом высыпаний и высоким (более 2000 МЕ/мл) содержанием IgE в сыворотке крови. Клиническая картина представлена эритематозными, везикулезными, папулезными, пустулезными высыпаниями, располагающимися на коже головы, в крупных складках, но не на сгибательной поверхности конечностей. Появляются подкожные «холодовые» абсцессы. Заболевание имеет прогрессирующий характер.
Синдром Вискотта - Олдрича	Относится к первичным иммунодефицитам, обусловлено X-рецессивным геном. В первые месяцы жизни ребенка появляются упорные хронические высыпания на лице, конечностях, других участках тела по типу атопического дерматита. Высыпания сопровождаются сильным зудом. Характерны кровоизлияния на коже и слизистых оболочках в виде пурпуры, экхимозов.

Десквамативная эритродермия Лейнера - Муссу	Распространенная и тяжело протекающая форма себорейного дерматита у детей 1-го месяца жизни. Основными проявлениями заболевания являются диарея, задержка прибавки массы тела, синдром мальабсорбции. Клиническая картина представлена эритродермией, поражением кожи в области промежности, пахово-бедренных складок, на ягодицах. Процесс имеет островоспалительный характер, характеризуется быстрым распространением высыпаний, мокнутием/мацерацией, образованием трещин, массивных корок, особенно на волосистой части головы, а также отрубевидным и пластинчатым шелушением.
---	--

13. Цели лечения:

Приступая к лечению АД, следует учитывать возрастную стадию, клинические проявления и сопутствующую патологию.

- нивелирование причинных факторов, вызывающих обострение процесса,
- снятие основных симптомов заболевания,
- уменьшение числа рецидивов, удлинение ремиссии,
- улучшение качества жизни и прогноза заболевания.

14. Тактика лечения

На основании клинико-лабораторного обследования [3] устанавливается ведущий патогенетический механизм, позволяющий выявить факторы риска, наметить план лечебно-профилактических мероприятий, в котором необходимо предусмотреть этапы курсового лечения, смену лекарственных препаратов, закрепляющее лечение и профилактику рецидивов.

14.1 Немедикаментозное лечение:

Режим общий, стол №7 - гипоаллергенная диета (исключение облигатных пищевых аллергенов, экстрактивных веществ, ограничение углеводов и т.д.).

Прикорм детям, страдающим АД, назначают примерно в те же сроки, что и здоровым детям. Введение каждого нового продукта проводится под строгим наблюдением педиатра и дерматолога. Без подтверждения пищевой аллергии, исключение продуктов питания из рациона не рекомендуется при лечении больных АД [2,3,4,5]. Исключение продуктов во время беременности и грудного вскармливания, чтобы предотвратить АД у детей не рекомендуется. Гидролизированные смеси не могут быть предложены в качестве замены грудного молока для предотвращения АД.

Кроме того, должны быть соблюдены элиминационные мероприятия: (влажная уборка помещений, устранение избыточной влажности в жилых помещениях, исключение контакта с различными аллергенами, ограничение использования синтетических моющих средств и др.).

У детей, больных АД важно проводить постоянное лечение увлажняющими средствами (крема, лосьоны, мази, гели и их комбинации) для восстановления кожного барьера. Увлажняющие средства [3,4,5] смягчают кожу, помогают восстановить пораженную функцию барьера эпидермиса, снижают зуд сухой кожи, увеличивают эффективность топических кортикостероидов и выполняют

стероидсберегающую функцию. Увлажняющие средства заменяют естественные поверхностные масла, которые при АД имеют тенденцию к дефициту и которые являются критически важными для предотвращения воздействия раздражающих материй, инфекций и аллергенных субстанций от попадания вглубь кожи и препятствуют удалению влаги из кожи.

14.2. Медикаментозное лечение [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,23,24,25]

Основные терапевтические подходы

- Местная терапия: используется при любых формах АД. При легкой степени тяжести возможно проведение монотерапии.
- Системная терапия используется в терапии средне-тяжелых форм АД.

14.2.1. Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Системная терапия					
<u>Антигистаминные препараты (уровень доказательности от А-В-С)</u>	Лоратадин (второго поколения)	таблетки, 10 мг; сироп во флаконе	Взрослым и детям старше 12 лет назначают 1 таблетку (10 мг) или 2 чайные ложки сиропа в сутки. Длительность курса лечения - 10–15 дней. Детям в возрасте от 3 до 12 лет - назначают по 1/2 таблетки или 1 чайную ложку сиропа в сутки.	1 раз в сутки в течение, в среднем, 10-15 дней	Применять при обострении. Детям школьного возраста целесообразно назначение антигистаминных препаратов второго поколения, не обладающих седативным свойством и не снижающих концентрацию внимания. У детей до 2-х лет антигистаминные препараты второго поколения не применяют
	Дезлоратадин (третьего поколения)	таблетки, 5 мг; сироп во флаконе	детям от 1 до 5 лет 2,5 мл сиропа, от 6 до 11 лет 2,5 мг или 5 мл сиропа, старше 12 лет 5 мг или 10 мл сиропа в день	1 раз в сутки в течение, в среднем, 10-15 дней	
	Цетиризин (второго поколения)	таблетки, 10 мг	детям старше 2-х лет 0,25 мг/кг массы тела 1 раз в день	1 раз в сутки в течение, в среднем, 10-15 дней	
	Хлорапирамин (первого поколения)	таблетки, 25 мг раствор для инъекций – ампулы по 1,0 мл (20 мг)	Детям начинают лечение с дозы 5 мг (0,25 мл). В дальнейшем повышение дозы лимитируется преимущественно	1-3 раза в день в течение, в среднем, 7-10 дней	

			<p>появлением побочных эффектов.</p> <p>Детям в возрасте 1-12 месяцев - 5 мг (0,25 мл)</p> <p>Детям в возрасте 2-6 лет - 10 мг (0,5 мл)</p> <p>Детям в возрасте 7-14 лет - 10-20 мг (0,5-1 мл)</p> <p>Суточная доза не должна превышать 2 мг/кг массы тела.</p> <p>Детям: В возрасте 1-12 месяцев по 1/4 таблетки (6,25 мг) 2-3 раза в день (в растертом до порошка виде вместе с детским питанием). В возрасте 1-6 лет по 1/4 таблетки (8,3 мг) 3 раза в день или по 1/2 таблетки 2 раза в день. В возрасте 6-14 лет по 1/2 таблетки (12,5 мг) 2-3 раза в день.</p>		
Дифинилги драмин (первого поколения)	Порошок и таблетки по 20 мг; 30 мг и 50 мг; р-р для инъекций 1% (ампулы и шприц-тюбик). Свечи по 5 мг, 1 мг, 15 мг и 20 мг.	Детям дифинилгидрамин назначают в меньших дозах: до 1 года - по 0,002-0,005 г, от 2 до 5 лет - по 0,005-0,015 г, от 6 до 12 лет - по 0,015-0,03 г на прием. Свечи с дифинилгидрамином вводят в прямую кишку 1-2 раза в день после очистительной клизмы или самопроизвольного очищения кишечника. Детям в возрасте до 3 лет назначают свечи, содержащие по 0,005 г димедрола; от 3 до 4 лет - по 0,01 г; от 5 до 7 лет - по 0,015 г; 8 - 14 лет - 0,02 г.	1-3 раза в день в течение, в среднем, 7-10 дней		
Клемастин (первого поколения)	таблетки 1 мг, сироп, ампулы по 2,0 мл	детям от 1 года до 3 лет по 2,0-2,5 мл сиропа 2 раза в день; от 3-6 лет – по 5,0 мл (0,5 мг) 2 раза в день; старше 7 лет по 5,0-10,0 мл (0,5-1,0 мг) 2 раза в день	1 - 2 раза в сутки, в среднем, в течение 7-10 дней		
Мебгидрол ин (первого поколения)	таблетки, драже по 50 и 100 мг	детям до двух лет по 50-100 мг в день, от 2 до 5 лет по 50-150 мг в день,	1-3 раза в сутки, в среднем,		

			от 5 до 10 лет по 100-200 мг	в течение 7-10 дней	
	Хифенадин	таблетки, 10 и 25 мг	детям до 3 лет по 5 мг, 3-7 лет по 10-15 мг -2-3 раза в день	1-3 раза в сутки, в среднем, в течение 7-10 дней	
	Диметинден	капсулы по 4 мг, капли (1 мл – 20 капель - 1 мг)	Детям целесообразнее назначать препарат в виде капель. Детям старше 3 лет назначают по 15-20 капель в сутки. Детям в возрасте от 1 года до 3 лет - по 10-15 капель 3 раза в сутки.	1-3 раза в день, в среднем, в течение 7-10 дней;	

Наружная терапия

<p><u>Глюкокортико стероидные препараты наружного применения (уровень доказательност и А-В-С)</u></p> <p><u>Очень сильные (IV)</u></p>	Клобетазол пропионат	0,05% мазь, крем	зависит от количества очагов поражения	1-2 раза в день наружно	<p>Препараты выбора. Длительное и непрерывное применение ТГКС у грудных детей может вызвать подавление функции коры надпочечников. У грудных детей пеленки могут действовать как окклюзионные повязки и увеличивать абсорбцию кортикостероидов. При поддерживающей терапии в лечении пациентов с умеренной и тяжелой степенью АД, испытывающих частые рецидивы, следует рассмотреть целесообразность</p>
--	----------------------	------------------	--	-------------------------	--

					<p>применения топических кортикостероидов два раза в неделю. Топические кортикостероиды должны быть использованы с осторожностью при применении на области вокруг глаз [2]. Пациентам с неинфекционной умеренной и тяжелой формой экземы следует рекомендовать сухие повязки на пораженных участках кожи. Чтобы обеспечить физический барьер для царапин и улучшить удержание смягчающих веществ [3,4,5].</p>
<u>Сильные (III)</u>	Бетаметазона валерианат	0,1%мазь, крем	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Метилпреднизолона ацепонат	0,05%мазь, крем, эмульсия	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Мометазона фураат	0,1% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Гидрокортизона-17 бутират	1,0% мазь, крем	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Флютиказона пропионат	0,05% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Бетаметазона дипропионат	0,05% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Десонид	0,1% крем	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	

	Предникарбат	0,25% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
<u>Умеренно сильные (II)</u>	Флуоцинола ацетонид	0,025% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Триамцинолона ацетонид	0,1% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Аклометазона дипропионат	0,05% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Флуметазона пивалат	0,02% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
<u>Слабые (I)</u>	Дексаметазон	0,025% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Преднизолон	0,25%, 0,5% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Гидрокортизон ацетат	0,1%, 0,25%, 1,0% и 5,0% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
<u>Комбинированные</u>	Бетаметазон а дипропионат + гентамицина сульфат + клотримазол	трехкомпонентная мазь, содержащая в 1000 мг: бетаметазона дипропионат + гентамицина сульфат (1 мг) + клотримазол (10мг)	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	Применяются при присоединении вторичной пиогенной, грибковой инфекции
	Гидрокортизон + натамицин + неомицин	трехкомпонентная мазь, крем, содержащие в 1000 мг: гидрокортизон + натамицин (10 мг) + неомицин (3500 ЕД)	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Бетаметазон + гентамицин	двухкомпонентная мазь, крем, содержащие в 1000 мг: бетаметазон (1мг) + гентамицина сульфата (1 мг)	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
<u>Ингибиторы кальциневрина</u>	Такролимус	0,1% мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день	необходимо рассмотреть применение топического такролимуса, для пациентов в возрасте двух лет и старше, на короткий курс, в случаях когда интермиттирующая терапия средней или тяжелой

					формы АД не контролируется использованием топических кортикостероидов или в случаях серьезного риска отрицательного эффекта от дальнейшего использования топических кортикостероидов, в частности, атрофии кожи [4,5]
	Пимекролимус	1% крем	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день	
<u>Препараты цинка</u>	Пиритион цинк активированный	0,2% крем, мазь, спрей	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день	

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Системная терапия					
<u>Седативные и вегетотропные средства</u>	Валерианы корневища с корнями (настойка валерианы)	капли во флаконе для приема внутрь	по 1-2 капли на год жизни	1-2 раза в день, в среднем, в течение 15-20 дней	Для снятия тревожности состояния сознания и тела, связанное с беспокойством, напряжением и нервозностью
	Пиона уклоняющегося трава, корневища и корни (пиона уклоняющегося настойка)	капли во флаконе для приема внутрь	по 1-2 капли на год жизни	1-2 раза в день, в среднем, в течение 15-20 дней	
<u>Стабилизаторы мембран тучных клеток</u>	Кетотифен	таблетки (1 мг), сироп (5 мл – 1 мг)	Детям в возрасте 2-3 лет - по 1 мг 2 раза/сут; в возрасте от 6 мес до 3 лет - по 500 мкг 2 раза/сутки.	2 в сутки, в среднем, в течение	Противоаллергическое средство. Механизм действия

				15-20 дней	связан со стабилизацией мембран тучных клеток и уменьшением высвобождения из них гистамина, лейкотриенов и других биологически активных веществ.
<u>Дезинтоксикационные средства</u>	Тиосульфат натрия	1, 10% раствор для приема внутрь	5-15 мл	2-3 раза в день, в среднем, в течение 10-15 дней	Для обеспечения десенсибилизирующего, противовоспалительного и антитоксического эффектов
<u>Гипосенсибилизирующие вещества</u>	Кальция глюконат	10% раствор для в/м и в/в вливаний 5,0-10,0 мл, таб. 500 мг.	детям до 1 года 50-100 мг 2 раза в день, 2-4 года 500 -1000 мг 2 раза в день, 5-9 лет 1500 мг 2 раза в день, старше 10 лет 2000 мг 2 раза в день. 10% р-р 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл в/м	2 раза в день в течение 14 дней р-р, 1 раз в день, в течение 10-12 дней	
<u>Сорбенты</u>	Активированный уголь	таблетки, 250 мг	250 мг на 10 кг массы тела	1 раз в день, в среднем, в течение 10 дней	Для выведения различных токсинов, аллергенов
Наружная терапия					
<u>Анилиновые красители</u>	Метилтиония хлорид	водный р-р 1-2%	зависит от количества очагов и площади поражения	1-3 раза в день в течение 1-7 дней	
<u>Растворы для наружного применения</u>	Нитрофурал	таблетки 20 мг для приготовления р-ра. Разбавление (1:5000)	зависит от количества очагов и площади поражения	1-3 раза в течение 1-3 дней	При наличии островоспалительной реакции со стороны кожи с активной гиперемией, отеком, везикуляцией, выраженным мокнутием, образованием эрозий

14.2.2. Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Системная терапия					
<u>Антигистаминные препараты (уровень доказательности от А-В-С)</u>	Лоратадин (второго поколения)	таблетки, 10 мг; сироп во флаконе	Взрослым и детям старше 12 лет назначают 1 таблетку (10 мг) или 2 чайные ложки сиропа в сутки. Длительность курса лечения - 10–15 дней. Детям в возрасте от 3 до 12 лет - назначают по 1/2 таблетки или 1 чайную ложку сиропа в сутки.	1 раз в сутки в течение, в среднем, 10-15 дней	Применять при обострении. Детям школьного возраста целесообразно назначение антигистаминных препаратов второго поколения, не обладающих седативным свойством и не снижающих концентрацию внимания. У детей до 2-х лет антигистаминные препараты второго поколения не применяют
	Дезлоратадин (третьего поколения)	таблетки, 5 мг; сироп во флаконе	детям от 1 до 5 лет 2,5 мл сиропа, от 6 до 11 лет 2,5 мг или 5 мл сиропа, старше 12 лет 5 мг или 10 мл сиропа в день	1 раз в сутки в течение, в среднем, 10-15 дней	
	Цетиризин (второго поколения)	таблетки, 10 мг	детям старше 2-х лет 0,25 мг/кг массы тела 1 раз в день	1 раз в сутки в течение, в среднем, 10-15 дней	
	Хлорапирамин (первого поколения)	таблетки, 25 мг раствор для инъекций – ампулы по 1,0 мл (20 мг)	Детям начинают лечение с дозы 5 мг (0,25 мл). В дальнейшем повышение дозы лимитируется преимущественно появлением побочных эффектов. Детям в возрасте 1-12 месяцев - 5 мг (0,25 мл) Детям в возрасте 2-6 лет - 10 мг (0,5 мл) Детям в возрасте 7-14 лет - 10-20 мг (0,5-1 мл) Суточная доза не должна превышать 2 мг/кг массы тела. Детям: В возрасте 1-12 месяцев по 1/4 таблетки (6,25 мг) 2-3 раза в день (в растертом до порошка виде вместе	1-3 раза в день в течение, в среднем, 7-10 дней	

			с детским питанием). В возрасте 1-6 лет по 1/4 таблетки (8,3 мг) 3 раза в день или по 1/2 таблетки 2 раза в день. В возрасте 6-14 лет по 1/2 таблетки (12,5 мг) 2-3 раза в день.	
Дифинилгидрамин (первого поколения)	Порошок и таблетки по 20 мг; 30 мг и 50 мг; р-р для инъекций 1% (ампулы и шприц-тюбик). Свечи по 5 мг, 1 мг, 15 мг и 20 мг.	Детям дифинилгидрамин назначают в меньших дозах: до 1 года - по 0,002-0,005 г, от 2 до 5 лет - по 0,005-0,015 г, от 6 до 12 лет - по 0,015-0,03 г на прием. Свечи с дифинилгидрамином вводят в прямую кишку 1-2 раза в день после очистительной клизмы или самопроизвольного очищения кишечника. Детям в возрасте до 3 лет назначают свечи, содержащие по 0,005 г димедрола; от 3 до 4 лет - по 0,01 г; от 5 до 7 лет - по 0,015 г; 8 - 14 лет - 0,02 г.	1-3 раза в день в течение, в среднем, 7-10 дней	
Клемастин (первого поколения)	таблетки 1 мг, сироп, ампулы по 2,0 мл	детям от 1 года до 3 лет по 2,0-2,5 мл сиропа 2 раза в день; от 3-6 лет – по 5,0 мл (0,5 мг) 2 раза в день; старше 7 лет по 5,0-10,0 мл (0,5-1,0 мг) 2 раза в день	1 - 2 раза в сутки, в среднем, в течение 7-10 дней	
Мебгидролин (первого поколения)	таблетки, драже по 50 и 100 мг	детям до двух лет по 50-100 мг в день, от 2 до 5 лет по 50-150 мг в день, от 5 до 10 лет по 100-200 мг	1-3 раза в сутки, в среднем, в течение 7-10 дней	
Хифенадин	таблетки, 10 и 25 мг	детям до 3 лет по 5 мг, 3-7 лет по 10-15 мг -2-3 раза в день	1-3 раза в сутки, в среднем, в течение 7-10 дней	
Диметинден	капсулы по 4 мг, капли (1 мл – 20 капель - 1 мг)	Детям целесообразнее назначать препарат в виде капель. Детям старше 3 лет назначают по 15-20 капель в сутки. Детям в возрасте от 1 года	1-3 раза в день, в среднем, в течение 7-10 дней;	

			до 3 лет - по 10-15 капель 3 раза в сутки.		
Наружная терапия					
<u>Глюкокортико стероидные препараты наружного применения (уровень доказательност и А-В-С)</u> <u>Очень сильные (IV)</u>	Клобетазол пропионат	0,05% мазь, крем	зависит от количества очагов поражения	1-2 раза в день наружно	Препараты выбора. Длительное и непрерывное применение ТГКС у грудных детей может вызвать подавление функции коры надпочечник ов. У грудных детей пеленки могут действовать как окклюзионны е повязки и увеличивать абсорбцию кортикостеро идов.
<u>Сильные (III)</u>	Бетаметазон а валерианат	0,1%мазь, крем	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Метилпред низолон ацепонат	0,05%мазь, крем, эмульсия	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Мометазон фураат	0,1% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Гидрокорти зона-17 бутират	1,0% мазь, крем	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Флотиказо на пропионат	0,05% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Бетаметазон а дипропиона т	0,05% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Десонид	0,1% крем	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Предникарб ат	0,25% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
<u>Умеренно сильные (II)</u>	Флуоцинол а ацетонид	0,025% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Триамцино лона ацетонид	0,1% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Аклометазо на	0,05% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади	1-2 раза в день	

	дипропиона т		поражения	наружно	
	Флуметазон а пивалат	0,02% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
<u>Слабые (I)</u>	Дексаметазон	0,025% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Преднизолон	0,25%, 0,5% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Гидрокортизон ацетат	0,1%, 0,25%, 1,0% и 5,0% крем, мазь	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
<u>Комбинированные</u>	Бетаметазон а дипропионат + гентамицин а сульфат + клотримазол	трехкомпонентная мазь, содержащая в 1000 мг: бетаметазона дипропионат + гентамицина сульфат (1 мг) + клотримазол (10мг)	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	Применяются при присоединении вторичной пиогенной, грибковой инфекции
	Гидрокортизон + натамицин + неомицин	трехкомпонентная мазь, крем, содержащие в 1000 мг: гидрокортизон + натамицин (10 мг) + неомицин (3500 ЕД)	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
	Бетаметазон + гентамицин	двухкомпонентная мазь, крем, содержащие в 1000 мг: бетаметазон (1мг) + гентамицина сульфата (1 мг)	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день наружно	
<u>Ингибиторы кальциневрина</u>	Пимекролимус	1% крем	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день	
<u>Препараты цинка</u>	Пиритион цинк активированный	0,2% крем, мазь, спрей	зависит от количества очагов и площади поражения	1-2 раза в день	

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Системная терапия					
<u>Системные глюкокортикостероиды</u>	Преднизолон	таблетки (1 и 5 мг), р-р в ампулах (25и 30 мг)	Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания. Для детей начальная доза составляет 1-2 мг/кг массы тела в	в течение нескольких дней для снятия остроты приступа с постепен	Системные ГКС назначают в случае длительного выраженного обострения распространенных форм АД при неэффективности

			сутки в 4-6 приемов, поддерживающая - 300-600 мкг/кг в сутки.	ным снижены дозы. обосновывать, сопоставляя ожидаемую пользу и возможные нежелательные эффекты, значительно ограничивая использование этих препаратов до непродолжительного времени.	наружной терапии, нестерпимом зуде, не купирующимся другими средствами, а также большим с тяжелым диффузным АД, протекающим без клинических ремиссий. Применение системных ГКС при АД необходимо тщательно обосновывать
	Метилпреднизолон	таблетки (4 мг), лиофилизат для приготовления р-ра (1 фл. – 250 мг)	Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания. Детям надлежит вводить более низкие дозы (но не менее 0.5 мг/кг/сут), однако при выборе дозы в первую очередь учитывают тяжесть состояния и реакцию пациента на терапию, а не возраст и массу тела.	в течение нескольких дней для снятия остроты приступа с постепенным снижением дозы. обосновывать, сопоставляя ожидаемую пользу и возможные нежелательные эффекты, значительно ограничивая	

				использование этих препаратов до необходимого времени.	
	Триамциолон	таблетки (4 мг)	<p>Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания.</p> <p>Подросткам (старше 12 лет) при недостаточности коры надпочечников - 4-12 мг/сут однократно (утром) или в 2 приема (утром и в обед).</p> <p>Детям от 6 до 12 лет при недостаточности коры надпочечников – 0,117 мг/кг однократно утром или в 2 приема, в др. случаях – 0,416-1,7 мг/кг.</p> <p>Детям с массой тела до 25 кг – 0,1-0,5 мг/кг/сут в 1 или несколько приемов.</p> <p>Максимальная суточная доза - 12-14 мг.</p>	в течение нескольких дней для снятия остроты приступа с постепенным снижением дозы.	
<u>Стабилизаторы мембран тучных клеток</u>	Кетотифен	таблетки (1 мг), сироп (5 мл – 1 мг)	Детям в возрасте 2-3 лет - по 1 мг 2 раза/сут; в возрасте от 6 мес до 3 лет - по 500 мкг 2 раза/сутки.	2 в сутки, в среднем, в течение 15-20 дней	Противоаллергическое средство. Механизм действия связан со стабилизацией мембран тучных клеток и уменьшением высвобождения из них гистамина, лейкотриенов и других биологически активных веществ.
<u>Иммуносупрессивные средства</u>	Циклоспорин	капсулы, содержащие по 50 или 100 мг циклоспорина.	Доза и продолжительность лечения	Циклоспорин назначать	Применение циклоспорина должно

			устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания.	ют в дозе 2,5 мг/кг в день в 2 приема перорально	производится только врачами, имеющими достаточный опыт терапии иммунодепрессантами.
	Метотрексат	ампулы, шприцы с наполненным раствором (10-30 мг), таблетки (2,5 мг).	Дозы и режим назначения подбирается индивидуально.	в дозе от 10 мг в неделю с постепенным снижением до 2,5 мг в неделю в течение 12 недель.	
<u>Иммуномодуляторы</u>	Левамизол	таблетки, 50 - 150 мг	10-20 кг (3-6 лет) – 25-50 мг; 20-30 кг (6-10 лет) – 50-75 мг; 30-40 кг (10-14 лет) – 75-100 мг	1 раз в сутки курсами по 3 дня с 4-х дневным перерывом	
	Интерферон – гамма	р-р для инъекций, содержащий 100 мкг (3 000 000 МЕ) препарата во флаконе.	Пациентам с площадью поверхности тела больше 0,5 м ² назначают 50 мг/м ² поверхности тела; менее 0,5 м ² - 1,5 мкг/кг массы тела.	подкожно 3 раза в неделю	
<u>Дезинтоксикационные средства</u>	Тиосульфат натрия	1, 10% раствор для приема внутрь	5-15 мл	2-3 раза в день, в среднем, в течение 10-15 дней	Для обеспечения десенсибилизирующего, противовоспалительного и антиоксидантного эффектов
<u>Гипосенсибилизирующие вещества</u>	Кальция глюконат	10% раствор для в/м и в/в вливаний 5,0-10,0 мл, таб. 500 мг.	детям до 1 года 50-100 мг 2 раза в день, 2-4 года 500 -1000 мг 2 раза в день, 5-9 лет 1500 мг 2 раза в день, старше 10 лет 2000 мг 2 раза в день. 10% р-р 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл в/м	2 раза в день в течение 14 дней р-р, 1 раз в день, в течение 10-12 дней	

<u>Сорбенты</u>	Активированный уголь	таблетки, 250 мг	250 мг на 10 кг массы тела	1 раз в день, в среднем, в течение 10 дней	Для выведения различных токсинов, аллергенов
<u>Средства, способствующие восстановлению микробиологического баланса кишечника</u>	Порошок Лебенин	капсулы, 280 мг	детям до 12 лет старше 12 лет	по 1 капсуле 3 раза в сутки, в среднем, в течение 15-21 дней по 2 капсулы 3 раза в сутки, в среднем, в течение 15-21 дней	В случае если установлена взаимосвязь между выраженностью кожного процесса и дисбактериозом.
	Сахаромиды Буларди	капсулы, 250 мг	детям до 12 лет старше 12 лет	по 1 капсуле 2 раза в сутки, в среднем, в течение 7-10 дней по 1-2 капсулы 2 раза в сутки, в среднем, в течение 7-10 дней	
<u>Витамины</u>	Аскорбиновая кислота	ампулы таблетки	5% - 2,0 мл 50 мг	в зависимости от возраста и массы тела 1 раз в сутки 10-15 дней 3 раза в день 10-15 дней	Оказывают многостороннее действие на организм, улучшают окислительно-восстановительные процессы и способствуют нормализации и иммунной системы.
	Пиридоксин	ампулы	5% - 1,0 мл	в зависимости от возраста и массы тела 1 раз в	

				сутки 10-15 дней	
	Тиамин	ампулы	5% - 1,0 мл	в зависим ости от возраста и массы тела 1 раз в сутки 10-15 дней	
	Цианокобал амин	ампулы	500 мкг 1,0 мл	в зависим ости от возраста и массы тела 1 раз в сутки 10-15 дней	
	Ретинол	капсулы	100 000 МЕ, 33 000 МЕ	в зависим ости от возраста и массы тела 3 раза в день 10- 15 дней	
	Токоферол	капсулы	100мг, 200мг, 400мг	в зависим ости от возраста и массы тела 3 раза в день 10- 15 дней	
	Фолиевая кислота	таблетки	1 мг, 5 мг	в зависим ости от возраста и массы тела 3 раза в день 10 дней	
	Цианокобал амин	ампулы	200 мкг/мл, 500 мкг/мл	в зависим ости от возраста и массы тела 1 раза в сутки 10 дней	
<u>Препараты восполняющие дефицит калия</u>	Оротовая кислота	таблетки	0,5	в зависим ости от	на весь курс гормонотерап ии, для

<u>и магния</u>				возраста и массы тела 3 раза в сутки	снижения побочных эффектов (дефицит калия)
	Калия магния аспарагинат	таблетки		в зависимости от возраста и массы тела 1 раз в сутки	
	Калия магния аспарат	таблетки	175 мг	в зависимости от возраста и массы тела 1 раз в сутки	
<u>Антибактериальные средства</u>	Доксициклин	капсулы, таблетки 100 мг	100 мг	в зависимости от возраста и массы тела два раза в день в течение 7 дней	При присоединении вторичной инфекции
	Джозамицин	таблетки 500, 1000 мг	500 мг	в зависимости от возраста и массы тела три раза в день в течение 7 дней	
	Цефтриаксон	р-р таблетки 250, 500 мг	250, 500 мг	в зависимости от возраста и массы тела перорально 1 раз в день в течение 7 дней	
	Цефтриаксон	порошок д/пригот. р-ра д/в/в и в/м введения 1000 мг	1000 мг	в зависимости от возраста и массы тела в/м, 1 раз в день в	

				течение 5 дней	
<u>Антикандидозные средства</u>	Флуконазол	капсулы 50, 100, 150 мг	50, 100, 150 мг	в зависимости от возраста и массы тела разные схемы терапии	При присоединении вторичной инфекции
Наружная терапия					
<u>Растворы для наружного применения</u>	Нитрофурал	таблетки 20 мг для приготовления р-ра. Разбавление (1:5000)	зависит от количества очагов и площади поражения	1-3 раза в течение 1-3 дней	При наличии островоспалительной реакции со стороны кожи с активной гиперемией, отеком, везикуляцией, выраженным мокнутием, образованием эрозий

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

14.3. Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне [3]:

- широкополосная фототерапия UVA+UVB (290-400 нм)
- узкополосная фототерапия UVB (311-313 нм)
- UVA-1 (340-400 нм).

14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне: нет.

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: нет.

14.4. Хирургическое вмешательство: не проводится.

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: нет.

14.4.2 хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях: нет.

14.5. Профилактические мероприятия [5]:

Первичная профилактика.

Аntenатальная профилактика:

- Планирование беременности;

- Уменьшение антигенной нагрузки токсикозы беременных, массивная медикаментозная терапия беременной, воздействие на нее профессиональных аллергенов, одностороннее углеводистое питание, злоупотребление облигатными пищевыми аллергенами и др.

Постнатальная профилактика:

- Поощрение грудного вскармливания;
- Избегать раннего искусственного вскармливания;
- Избегать излишней медикаментозной терапии;
- Соблюдение гипоаллергенной диеты кормящей грудью матери;
- При наличии фактора риска по атопическому дерматиту – правильный уход за кожей новорожденного, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта.

Вторичная профилактика

- своевременная терапия сопутствующей патологии;
- санация очагов хронической инфекции с целью повышения иммунитета;
- Для профилактики обострения атопического дерматита у детей, вызванной определенными физическими факторами, больным необходимо избегать воздействия причины обострения:
 - ограничивать время пребывания на улице в период обострения холодовой крапивницы;
 - избегать прямого воздействия ультрафиолетовых лучей, ношения открытой одежды; отказаться от отдыха в регионах с высокой инсоляцией, использовать солнцезащитные средства;
 - исключить контакт с выявленными и подозреваемыми аллергенами или раздражителями;
 - ведение пищевого дневника;
 - обучение в школе здоровья по атопическому дерматиту.

14.6. Дальнейшее ведение

- Диспансерный учет по месту жительства у дерматолога.
- Наблюдение и лечение у педиатра, невропатолога, аллерголога/иммунолога, оториноларинголога, гастроэнтеролога, психотерапевта при наличии сопутствующей патологии.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- уменьшение или исчезновение зуда;
- нормализация сна;
- разрешение высыпаний на коже.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков.

- 1) Батпенова Г.Р. д.м.н., профессор, главный внештатный дерматовенеролог МЗСР РК, АО «Медицинский университет Астана», заведующая кафедрой дерматовенерологии;
- 2) Котлярова Т.В. – д.м.н., АО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры дерматовенерологии;
- 3) Джетписбаева З.С. – к.м.н., АО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры дерматовенерологии;
- 4) Баев А.И. – к.м.н., РГП «КазНИКВИ», старший научный сотрудник;
- 5) Ахмадьяр Н.С. – д.м.н., АО «ННЦМД» клинический фармаколог.

17. Конфликт интересов: отсутствует.

18. Рецензент:

Испаева Ж.Б., д.м.н., РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», профессор, заведующая модулем аллергологии.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни (рук. для врачей) 2 - том; Москва, «Медицина». - 1999. - 23 с.
- 2) Guidelines for Treatment of Atopic Eczema (Atopic Dermatitis). Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, Gieler U, Lipozencic J, Luger T, Oranje AP, Schafer T, Schwennesen T, Seidenari S, Simon D, Stander S, Stingl G, Szalai S, Szepietowski JC, Taieb A, Werfel T, Wollenberg A, Darsow U. // For the European Dermatology Forum (EDF), and the European Academy of Dermato-Venereology (EADV), and European Federation of Allergy (EFA), and the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD). UD/JR, 26.04.2011.
- 3) Клинические рекомендации. Дерматовенерология. // Под ред. А. Кубановой.- М.: ДЭКС-Пресс.- 2007.- С.21-35.
- 4) Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline. SIGN - с.-34.- 2011.
- 5) Guidelines of care for the management of atopic dermatitis Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies // J. Am Academy dermatology. – p.-132. – 2014.
- 6) Kang K., Stevens S.R. Pathophysiology of atopic dermatitis // Clin.Dermatol. -2003.- 21(2).P.116-121.
- 7) Cox H.E., Moffatt M.F., Faux J.A., et al. Association of atopic dermatitis to the beta subunit of the high affinity immunoglobulin E receptor // Br. J.Dermatol.-1998.- 138.-

P. 182-87.

8) Antihistamines in the treatment of dermatitis. Herman SM, Vender RB. *J. Cutan Med Surg.* 2003 Nov-Dec; 7(6):467-73.

9) Ketotifen in the treatment of atopic dermatitis. Results of a double blind study. Falk ES. *Riv Eur Sci Med Farmacol.* 1993 Mar-Apr;15 (2):63-6.

10) Lee S.E., Choi Y., Kim S.E., Noh E.B., Kim S.C. Differential effects of topical corticosteroid and calcineurin inhibitor on the epidermal tight junction // *Exp.Dermatol.*- 2013.-22.- P.59-61.

11) Reduction of relapses of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponatecream twice weekly in addition to maintenance treatment with emollient: a multicentre, randomized, double-blind, controlled study. Peserico A, Städtler G, Sebastian M, Fernandez RS, Vick K, Bieber T. // *Br J Dermatol.* 2008 Apr;158(4):801-7. Epub 2008 Feb 16.

12) Wallenberg A., Bieber T., Proactive therapy of atopic dermatitis – an emerging concept // *Allergy.*- 2009.-64.- P.276-278.

13) Holm L., Bengtsson A., van Hage-Hamsten M., Ohman S., Scheynius A. Effectiveness of occlusive bedding in the treatment of atopic dermatitis-a placebo-controlled trial of 12 months' duration // *Allergy.*-2001.- 56.- P. 152-158.

14) Kapp A., Papp K., Bingham A., et al. Long-term management of atopic dermatitis in infants with topical pimecrolimus, a non-steroid anti-inflammatory drug // *J.AllprgyClin.Immunol.*-2002.- 110.- P. 277-284.

15) Nilsson E.J., Henning C.G., Magnusson J. Topical corticosteroids and *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis // *J. Am. Acad.Dermatol.*-1992.-27.-P.29-34.

16) Fluocinolonone acetone 0,01% in peanut oil: therapy for childhood atopic dermatitis, even in patients who are peanut sensitive. Paller AS, Nimmagadda S, Schachner L, Mallory SB, Kahn T, Willis I, Eichenfield LF. // *J Am Acad Dermatol.* 2003 Apr;48(4):569-77.

17) Azone enhances clinical effectiveness of an optimized formulation of triamcinolone acetone in atopic dermatitis. Cato A, Swinehart JM, Griffin EI, Sutton L, Kaplan AS. // *Int J Dermatol.* 2001 Mar;40(3):232-6.

18) Фассахов Р.С. и др. Эффективность и безопасность активированного цинк пиритиона (скин-кап) в лечении атопического дерматита у детей (результаты Российского многоцентрового исследования) // *Вестн. пед. фарм. и нутрициологии*, 2006;3:28-31.

19) Reynolds N.J., Franklin V., Gray J.C., Diffey B.L., Farr P.M. Narrowband ultraviolet B and broad-band ultraviolet A phototherapy in adult atopic eczema: a randomised controlled trial // *Lancet.*-2001.- 357.- P. 2012-2016.

20) Лечение кожных и венерических болезней: И.М. Романенко, В.В. Кучага, С.Л. Афонин - Медицинское агентство 2006. Т.2-885 с.

21) Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии: П. Альтмайер – изд. Дом. ГЭОТАР-МЕД, 2003 год, 1246 с.

22) Harding C.R., Watkinson A., Rawlings A.V., Scott I.R. Dry skin, moisturization and corneodesmolysis // *Int. J.Cosmet. Sci.*- 2000.-22.- P.21-52.

- 23) Knor T., Meholjic-Fetahovic A., Mehmedagic A. Stratum corneum hydration and skin surface pH in patients with atopic dermatitis //ActaDermatovenerol. Croat.- 2011.- 19.- P.242-247.
- 24)Rawlings A.V. Trends in stratum corneum research and the management of dry skin conditions // Int.J.Cosmet.Sci.- 2003.-25.- P.63-95.
- 25) Hara J., Higuchi K., Okamoto R., Kawashima M., Imokawa G. High-expression of sphingomyelinase is an important determinant of ceramide deficiency leading to barrier disruption in atopic dermatitis //J. Invest.Dermatol.- 2000.-115.- P.406-413.