

А.В. Кудрявцева¹, Р. Пакалне², Е. Рыжий³, И.В. Макарова⁴, М. Затуловски⁵

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАХ (ЕВРОПЫ, США И ЯПОНИИ), ШКОЛА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА КАК ОСНОВА УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

¹ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), Москва, РФ; ²Детская клиническая университетская больница, г. Рига, Латвия; ³Фукусимский медицинский университет, Япония;

⁴Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, РФ;

⁵Городская Больница им. Мартина Лютера Кинга, Лос Анджелес, Калифорния, США



В настоящей работе рассматриваются особенности диагностики и лечения atopического дерматита (АтД) в России и ряде других стран (Европы, США и Японии). Обращается внимание на роль пищевой аллергии (ПА) в этиологии и патогенезе заболевания и на опасность гипердиагностики этого состояния. Отмечается основное отличие в тактике ведения пациентов в России – отказ от назначения наружного противовоспалительного лечения в дебюте заболевания в пользу поиска пищевых триггеров и назначения на первом этапе лечения строгих гипоаллергенных диет кормящей матери и ребенку даже в случаях недоказанного участия ПА в развитии заболевания. В статье приведены данные сравнительного анализа опроса матерей из России и США, дети которых страдают АтД. Результаты анализа обнаруживают приоритет в наблюдении детей с АтД в России – аллергологами, более частый перевод больных на искусственное вскармливание лечебными смесями, более скудную клиническую симптоматику ПА по сравнению с детьми из США. Высокая тревога матерей, снижение доверия к врачам, отсутствие поддержки семьи вынуждают первых искать интернет ресурсы, часто с непроверенной информацией для получения ответов на неразрешенные вопросы. Нередко результатом такого поиска и более позднего начала наружной противовоспалительной терапии может быть увеличение риска формирования прогрессирующего и тяжелого течения АтД. Также в статье предложен алгоритм ведения пациентов с АтД с привлечением к наблюдению больных в дебюте болезни педиатра с последующим, в случаях прогрессирующего течения АтД, консультированием больного дерматологом или аллергологом. Отмечается необходимость создания в России он-лайн Школ atopического дерматита для оказания поддержки таким семьям, способствующих успешному лечению детей с АтД.

Ключевые слова: дети, atopический дерматит, пищевая аллергия, школы atopического дерматита.

Цит.: А.В. Кудрявцева, Р. Пакалне, Е. Рыжий, И.В. Макарова, М. Затуловски. Atopический дерматит и пищевая аллергия: особенности ведения больных в России и других странах (Европы, США и Японии), школа atopического дерматита как основа успешного лечения детей. *Педиатрия*. 2018; 97 (4): 173–180.

A.V. Kudryavtseva¹, R. Pakalne², E. Ryzhii³, I.V. Makarova⁴, M. Zatulovsky⁵

ATOPIC DERMATITIS AND FOOD ALLERGY: PECULIARITIES OF PATIENT MANAGEMENT IN RUSSIA AND OTHER COUNTRIES (EUROPE, USA AND JAPAN), THE SCHOOL OF ATOPIC DERMATITIS AS THE BASIS FOR SUCCESSFUL TREATMENT OF CHILDREN

Контактная информация:

Кудрявцева Ася Валерьевна – д.м.н., проф. каф. детских болезней ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова
Адрес: Россия, 119992, Москва, ул. Б. Пироговская, 19, стр. 1
Тел.: (499) 248-64-79, E-mail: kudassia@gmail.com
Статья поступила 26.06.18, принята к печати 20.07.18.

Contact Information:

Kudryavtseva Asya Valeryevna – MD., prof. of Pediatric Diseases Department, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
Address: Russia, 119992, Moscow, B. Pirogovskaya str., 19/1
Tel.: (499) 248-64-79, E-mail: kudassia@gmail.com
Received on Jun. 26, 2018, submitted for publication on Jul. 20, 2018

The article reviews peculiarities of diagnosis and treatment of atopic dermatitis (AtD) in Russia and a number of other countries (Europe, USA and Japan). It pays attention to the role of food allergy (FA) in the etiology and pathogenesis of the disease and the danger of this condition overdiagnosis. Authors point on the main difference in the tactics of managing patients in Russia: the rejection of external anti-inflammatory medication prescription in the disease debut in favor of searching for food triggers and strict hypoallergenic diets of nursing mother and the child at the first stage of treatment even in cases of unproven involvement of FA in the disease development. The article presents data of a comparative analysis of a survey of mothers from Russia and the United States, whose children suffer from AtD. The results of the analysis show a priority in the observation of children with AtD in Russia by allergists, more frequent transfer of patients to artificial feeding with medicinal mixtures, more meager clinical symptoms of FA compared to children from the United States. High anxiety of mothers, a decrease in the trust in doctors, lack of family support force them to look for Internet resources, often with unverified information to get answers to unresolved issues. Often the result of such a search, a later onset of external anti-inflammatory therapy may be an increased risk of developing a progressive and severe course of AtD. Also, the article suggests an algorithm for managing patients with AtD with involvement of pediatrician in the observation of patients in the onset of the disease, in cases of progressive course of AtD, consulting a patient with a dermatologist or an allergist. There is a need to create in Russia online schools of atopic dermatitis to support such families, which will help in the successful treatment of children with AtD.

Keywords: children, atopic dermatitis, food allergy, schools of atopic dermatitis.

Quote: A.V. Kudryavtseva, R. Pakalne, E. Ryzhii, I.V. Makarova, M. Zatulovsky. Atopic dermatitis and food allergy: peculiarities of patient management in Russia and other countries (Europe, USA and Japan), the school of atopic dermatitis as the basis for successful treatment of children. *Pediatrics*. 2018; 97 (4): 173–180.

Атопический дерматит (АтД) – хроническое воспалительное заболевание кожи, дебют которого чаще всего приходится на ранний детский возраст. Симптомы АтД нередко сохраняются на протяжении всей жизни, значительно нарушая ее качество.

Распространенность АтД в последние десятилетия в промышленно развитых странах оценивается в 15–20% у детей и 1–3% у взрослых. Наиболее важные данные по заболеваемости АтД среди детей были получены в ходе Международного исследования астмы и аллергии (ISAAC), в котором было показано, что число больных в разных странах различно. Так, в Эквадоре число заболевших детей 6–7 лет превышало 20%, в то время как в Индии оно не достигало 1%, для возрастной группы 13–14 лет – от 0,2% в Китае до 24,6% в Колумбии. Более 15% детей с АтД были в 4 из 9 изученных областей, включая Африку, Латинскую Америку, Европу (один центр в Финляндии), Японию и Океанию [1]. Если раньше АтД был детским заболеванием, то сегодня о нем говорят все чаще как о неизлечимой болезни, имеющей высокий риск сохранения симптомов на протяжении всей жизни. Результат анализа всех опубликованных в последнее время данных по АтД среди взрослых показал, что более чем в 74% случаев дебют АтД у пациентов состоялся в детском возрасте [2].

Среди факторов риска АтД отмечают наследственную предрасположенность к развитию заболевания, чаще по материнской линии, влияние окружающей среды, обеднение микробного окружения ребенка, дисбаланс экспрессии генов

в клетках кожи, не способных противостоять колонизации условно-патогенной флоры [3]. Все эти нарушения приводят к несостоятельности кожного барьера, его повышенной проницаемости для различных веществ, токсинов стафилококка, способствующих появлению иммунологически активного местного воспалительного процесса с вовлечением в него различных клеток иммунной системы, развитием вначале острого, а в дальнейшем и хронического местного воспалительного процесса.

В настоящее время роль кожного барьера в развитии АтД хорошо изучена. Причины нарушения со стороны эпидермального барьера обусловлены сочетанием структурных, генетических, экологических и иммунологических факторов, а также инфицированием кожи стафилококком [4]. Не последнее место в ряду причин, влияющих на поддержание воспалительного процесса в коже, отводят нейрогенному воспалению. Нейропептиды, такие как вещество Р и белок, родственные кальцитонину, продуцируясь сенсорными нервами в дерме, могут вызывать дегрануляцию тучных клеток с высвобождением ими медиаторов воспаления, которые облегчают инфильтрацию дермы нейтрофилами и Т-лимфоцитами [5]. Обнаружение на тучных клетках рецепторов CRF1 (подтип 1 рецептор кортикотропин-релиз-фактор) еще больше расширило наши представления о возможных механизмах развития воспалительного процесса в коже, предоставляя нам возможности для разработки и внедрения, наряду с традиционной наружной гормональной терапией и новых вариантов био-

логической терапии [6], лекарственных средств – антагонистов специфических рецепторов [7].

В то время как некоторые вновь открытые патогенетические механизмы формирования местного воспаления позволяют создавать современные эффективные варианты контроля АтД, настойчивое утверждение, что исключительно пищевая аллергия (ПА) является ведущим фактором в развитии этого заболевания, напротив, «тянет» нас, российских врачей, в прошлое. Некоторое время назад роль аллергии в развитии АтД была пересмотрена и, если раньше АтД описывали только как аллергическое заболевание кожи, то сегодня вклад аллергических реакций в дебют болезни оспаривается. Многие эксперты, как в нашей стране, так и за ее пределами, считают, что аллергия является скорее следствием течения АтД, нежели его причиной у пациентов с сопутствующей соматической конституцией [1, 4]. Нередки случаи отсутствия у больного с прогрессирующим тяжелым течением болезни сенсibilизации к какому-либо аллергену, когда выявить причину обострения, его триггер не представляется возможным. Тогда в результате традиционного лечения обеспечивается контроль симптомов АтД, а возможный поиск причинно значимого аллергена без назначения противовоспалительного наружного лечения приводит к тяжелым для пациента последствиям [8–10].

Одна из противоречивых позиций – роль ПА в дебюте АтД. И, если на Западе в последнее время место ПА в развитии симптомов этого заболевания определено, то, к сожалению, в России врачи продолжают не только поддерживать устаревшие представления, но и занимаются гипердиагностикой этого состояния,

называя ПА и пищевую непереносимость, и младенческие угри, и колики, и срыгивания и некоторые другие функциональные изменения. Действительно, монографии конца XX и начала XXI века ведущих детских аллергологов и дерматологов отводили ПА ведущее место в появлении симптомов поражения кожных покровов при АтД, рекомендуя переводить больных и кормящих матерей на строгие гипоаллергенные диеты с исключением облигатных аллергенов даже в случаях недоказанной сенсibilизации к продуктам в качестве снижения триггерной нагрузки на организм ребенка в целом [11, 12]. К сожалению, клинические рекомендации 2016 года по диагностике и лечению АтД строятся на тех же позициях [13]. Опубликованные недавно в России Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению ПА не до конца вносят ясность, предлагая алгоритм действий врача начинать не с симптомов поражения кожных покровов и гастроинтестинального тракта, а сразу с диагноза ПА, разделяя пациентов на две группы по тяжести проявления симптомов с явной и неявной их связью с употреблением в пищу определенных продуктов. В результате документ путает врачей, ограничивая выборку пациентов с установленным диагнозом, не позволяя им усомниться в принятых решениях [14]. При таком разделении больных непременно остаются вопросы о том, куда определить больных с неявными связями симптомов ПА с приемом пищи и выраженными проявлениями заболевания и как диагностировать тяжесть состояния ребенка, если в настоящее время не существует классификации, использующей подобные критерии (рис. 1). Отсутствие в России возможности

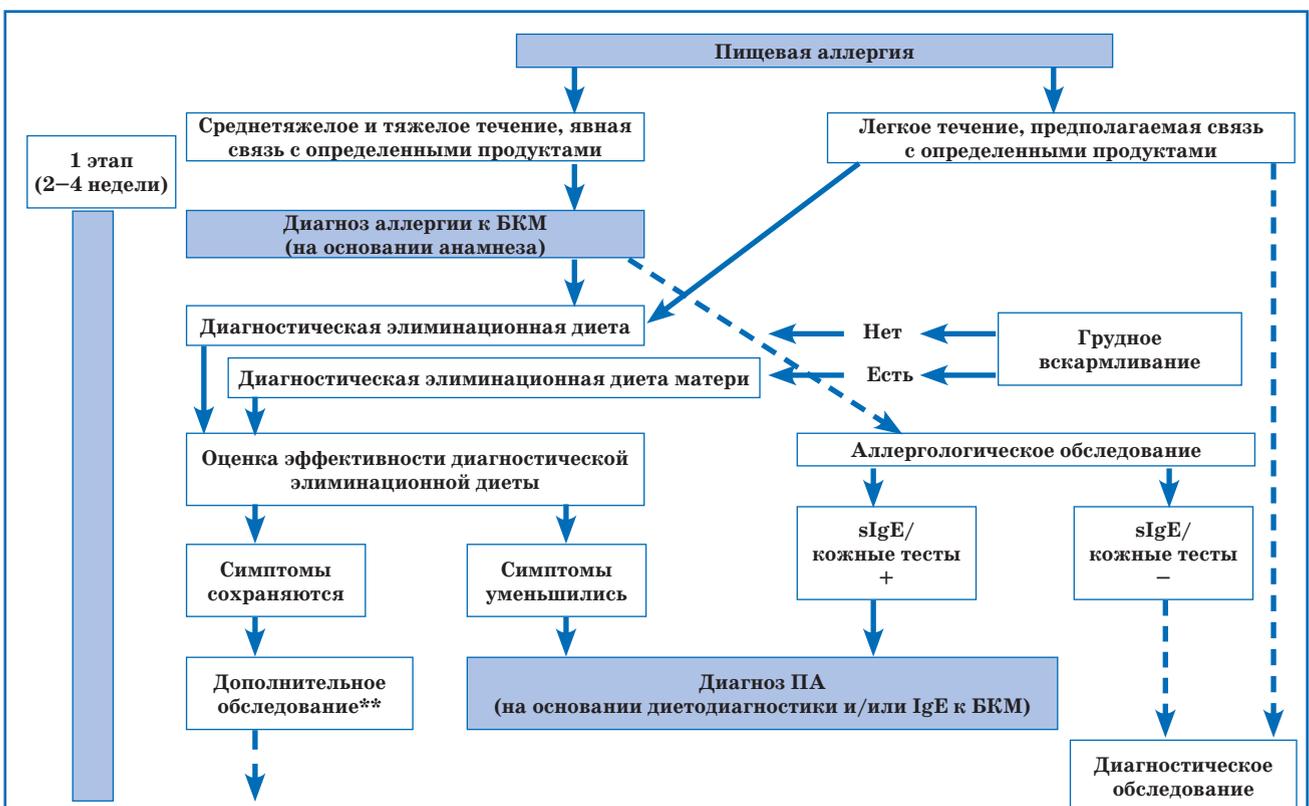
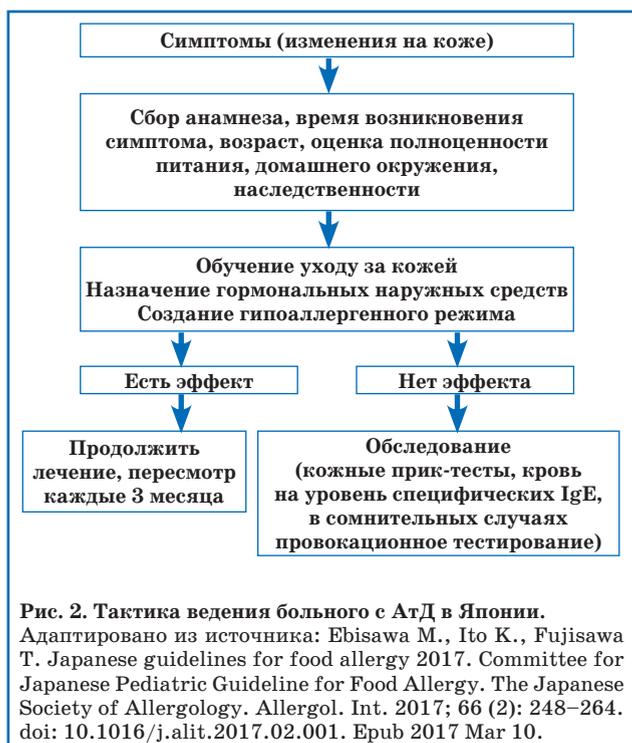


Рис. 1. Алгоритм диагностики и ведения пациентов с ПА на первом этапе диетотерапии.

Источник: Клинические рекомендации «Пищевая аллергия» Союз педиатров России, 2014 [14]; БКМ – белок коровьего молока.



проведения золотого стандарта диагностики ПА – открытых и двойных слепых провокационных проб – приводит к тому, что, с одной стороны, мы не можем доказать наличие или отсутствие прямой связи между появлением симптома и приемом потенциально значимого для больного продукта, а, с другой стороны, неспособны вновь ввести исключенный продукт после формирования у ребенка пищевой толерантности, так как рекомендация попробовать ввести в питание исключенные продукты дома без наблюдения врача сопряжена с большими рисками и может привести к тяжелым аллергическим реакциям.

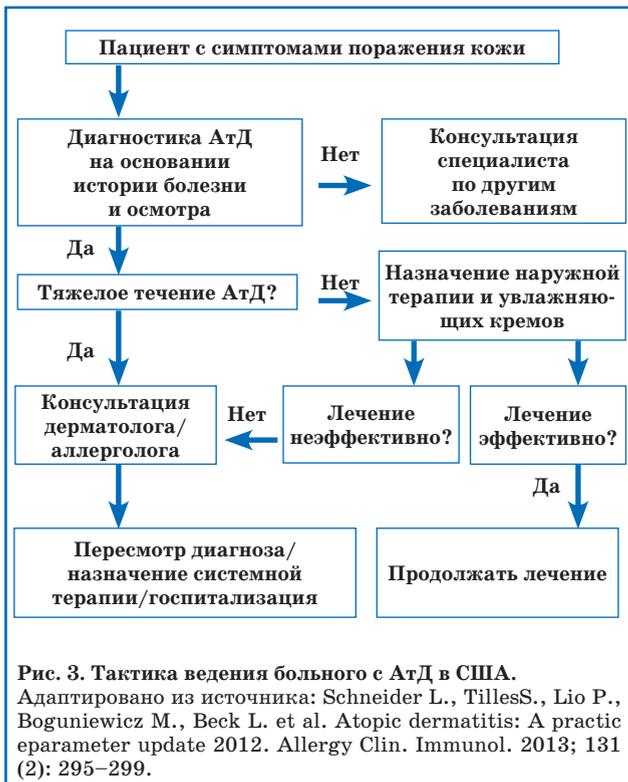
В настоящее время диагностика ПА в России строится в основном на расспросе матери, нередко находящейся в тревожном состоянии, часто без подтверждения наличия сенсibilизации, на основании исследования уровня специфических IgE в крови и/или кожного тестирования с пищевыми аллергенами. До сих пор врачи в России продолжают считать, что существуют возрастные ограничения для проведения этих тестов, называя возможное начало исследования IgE крови с годовалого возраста и кожного тестирования – с 3-летнего. Все это способствует ошибочной интерпретации наличия связи между поражением кожи при АтД и гиперчувствительностью организма к пищевым аллергенам, приводящей к назначению длительных строгих гипоаллергенных диет матери, младенцу, отмене грудного вскармливания и замене последнего гидролизованной и аминокислотными смесями [15]. Гипердиагностика ПА и отсутствующая вследствие этого стимуляция развивающейся иммунной системы ребенка пищевыми антигенами у детей из группы риска не способствуют формированию у них толерантности к пищевым белкам и грозят развитием тяжелых аллергических реакций в более старшем возрасте, а также алиментарным дефицитом.

В то же время зарубежные специалисты уделяют этому вопросу пристальное внимание. Работы последних лет доказали роль в предупреждении развития ПА и анафилаксии сохранения грудного вскармливания на протяжении длительного времени, раннего введения в питание некоторых потенциальных аллергенов, например, регулярного введения в рацион арахиса в первые 11 месяцев жизни ребенка [16–20]. В рандомизированном сравнительном исследовании, проведенном в Японии у детей с АтД (исследование PЕTIT) в группе больных, которым куриное яйцо было введено поэтапно в небольших количествах, начиная с 6-месячного возраста, было продемонстрировано значительное снижение риска появления аллергии к белку куриного яйца по сравнению с детьми, у которых куриное яйцо не вводили в питание до 12-месячного возраста [21, 22]. При этом авторы не отмечали каких-либо реакций, ремиссию АтД поддерживали путем активного контроля состояния кожи, состоящего из наружного противовоспалительного лечения и нанесения увлажняющих кремов.

Эти позиции в дальнейшем отразились на внесении в 2017 г. дополнений в клинические рекомендации по ПА в США, в которых для предупреждения аллергии было решено вводить арахис с 4-месячного возраста всем детям из группы высокого риска «арахис» [19]. Там же уточняется, что исследование на пищевые аллергены должно проводиться до 5-летнего возраста детям со среднетяжелым и тяжелым АтД только в случаях отсутствия контроля состояния ребенка после назначения адекватного наружного противовоспалительного лечения и/или наличия у ребенка немедленных аллергических реакций [8]. Важность назначения в дебюте АтД наружного лечения, а не поиска триггеров, отражена также в клинических рекомендациях европейских и японских специалистов (рис. 2) [21], согласованы позиции по лечению гормональными наружными средствами при первых симптомах заболевания у американских аллергологов и дерматологов (рис. 3) [9].

Анализируя особенности лечения больных с АтД в разных странах, мы обратили внимание на то, что в нашей стране ведение больных с этим заболеванием по некоторым позициям отличается от других стран. Так, основными специалистами, принимающими участие в лечении детей, являются аллергологи, в то время как в Европе и США – дерматологи, которым ребенка направляет семейный врач или педиатр, не получив хорошего ответа на наружное лечение. Только в случаях подозрения на наличие у больного АтД пищевой аллергии дерматолог обращается за помощью к аллергологу. В Японии частота обращения к аллергологам и дерматологам одинаковая, что, по нашему мнению, может считаться наиболее правильным [10, 23].

В России регламентировано правило передачи больного от педиатра к специалистам, аллергологам и дерматологам, сразу же после появления первых симптомов АтД. Таким врачом чаще



всего, по нашим данным, является аллерголог. Данные недавно проведенного опроса русскоязычных матерей в тематической группе социальной сети Facebook показали, что ребенка с АтД, кроме уже озвученных трех специалистов, могут единолично наблюдать гастроэнтерологи, диетологи и гомеопаты – врачи, как известно, крайне редко использующие в своей практике наружные противовоспалительные препараты, уделяющие максимальное внимание строгим гипоаллергенным режимам питания, состоянию кишечника, назначению бактериофагов и немедикаментозного лечения [24]. Нередко в случаях прогрессирующего течения заболевания родители больного ребенка, не получив ожидаемого эффекта от лечения, не возвращаются к педиатру, а начинают поиски нужного им специалиста самостоятельно. Матери обращаются за советом к другим матерям, используя тематические форумы в интернете, читают интернет ресурсы частных клиник, специализирующиеся на этой теме блоги в социальных сетях: Facebook, Instagram. Зачастую родители используют непроверенную информацию, упуская время на ожидание эффекта после проведения сомнительных лечебных мероприятий, тогда как позднее начало традиционного наружного лечения, доказавшего свою эффективность, приводит к прогрессированию АтД и росту на пораженной коже высокоагрессивного золотистого стафилококка [25–27].

То, что ПА всегда является причиной начала и прогрессирования АтД, распространенное заблуждение не только в России, но и в других странах [15, 28]. В настоящее время во всех опубликованных клинических рекомендациях обращается внимание на то, что ПА может сопровождать среднетяжелые и тяжелые формы заболевания у детей раннего возраста примерно

в 30–40% случаев, формируя с возрастом толерантность ко многим ранее значимым аллергенам [14, 21, 29, 30]. Большинство детей с легким течением болезни не нуждается в тестировании на наличие сенсибилизации [31]. Пищевые продукты не рассматриваются как обычный триггер обострения АтД у пациентов с экземой, которая начинается после 1 года [32]. Положительные результаты кожного тестирования или обнаружение специфических IgE в крови лишь указывают на наличие сенсибилизации (т.е. наличие IgE-антител) к пищевому аллергену, но сами по себе не подтверждают аллергию [33], если нет данных о явной реакции на употребление этого продукта в пищу или получение положительного результата провокационного тестирования [31, 34]. Поэтому не рекомендуется назначать элиминационные диеты абсолютно всем больным с АтД исключительно на основании наличия положительных результатов после тестирования на аллергию из-за низкой специфичности последнего [35]. В России распространена практика назначения длительных гипоаллергенных диет даже при отсутствии доказанной связи между возникновением симптомов и употреблением определенного продукта в пищу, обосновывая назначение диет их «положительным влиянием» на течение АтД [13]. Такие необоснованные ограничения, по данным ряда авторов, могут приводить к нарушению пищевого поведения, замедлению роста и развития ребенка, дефициту кальция, гиповитаминозу вследствие алиментарного дефицита [36].

Мы понимаем, что каждая страна имеет свои клинические рекомендации (Agency for Healthcare Research and Quality. National Guide line Clearing house. <https://www.guideline.gov/>), которые могут отличаться приоритетными направлениями в диагностике и лечении АтД, учитывающие определенные анатомо-функциональные особенности детей, проживающих в различных климатических зонах, имеющих свои особенности в питании и культурные традиции. Однако, анализируя основные правила диагностики и лечения АтД, мы не обнаружили в этих рекомендациях существенной разницы.

Недавно нами был проведен анализ опроса матерей из русскоязычных и англоязычных семей в России и США, ухаживающих за своими детьми с АтД. Было отмечено, что дети с АтД имеют много общих черт. Так, мальчики и девочки в этих семьях болели с одинаковой частотой, чаще они были первыми по счету детьми в семье с дебютом заболевания в большинстве случаев в первые полгода жизни. В то же время мы обратили внимание на то, что в России намного чаще дети получали грудное вскармливание (71 против 49%) и в большем проценте случаев при искусственном вскармливании переводились на питание лечебными смесями на основе полного гидролиза молочного белка (11 против 1%) против более частого использования смесей на основе козьего молока (4,1 против 2,7%). Анализируя разнообразие симптомов,



связанных с ПА, было отмечено более частое упоминание русскоязычными мамами о связи обострения кожного процесса с употреблением в пищу определенных продуктов (69 против 56%) и редкими жалобами, в отличие от англоязычных мам, на наличие у детей других возможных симптомов ПА, таких как диарея, срыгивание, кровь в стуле, уртикарные высыпания, приступы удушья и др. Все матери, участвующие в опросе, отмечали сложности в уходе за кожей ребенка, частое чувство вины за свои действия и невозможность предотвратить прогрессирование заболевания [24].

АтД – мультифакториальное заболевание, в развитии которого принимают участие самые разнообразные факторы, некоторые из них мы уже описали в данной статье. Не последнюю роль в обострении болезни, сокращении достигнутой ремиссии отводят переживанию ребенком психоэмоционального стресса. По последним данным, материнский психологический дискомфорт, включая до- и послеродовую депрессию, тревогу и стресс, может являться фактором риска появления АтД у ребенка, в то время как социальная поддержка со стороны семьи может, наоборот, предупредить его развитие [37]. Работы прошлых лет, подтверждающие наличие у детей с АтД определенных взаимоотношений с родителями [38], как и современные данные, отмечают наличие непременно высшего образования у матерей таких детей, когда, наряду с тревогой и начитанностью, они затрудняют работу врачей, не доверяя их мнению и назначениям [39]. В исследовании, проведенном в Японии, отмечается, что именно доверительные отношения врач–пациент (его мать) являются залогом строгого соблюдения всех рекомендаций по наружному лечению АтД [40]. Пошатнувшаяся в России вера родителей больного ребенка в то, что действия врачей направлены на его выздоровление, усиливает стресс и тревогу матери, вынуждая ее искать ответы на беспокоящие вопросы на непроверенных сайтах, значительно замедляя процесс излечения.

Анализируя состояние проблемы в России, опираясь на успешный опыт зарубежных коллег, мы предлагаем следующий алгоритм ведения детей с АтД тремя основными специалистами (рис. 4). Первый врач, принимающий участие в лечении больного в дебюте АтД, педиатр, анализирует историю жизни и болезни пациента и в случае нетяжелого течения заболевания и отсутствия аллергических реакций немедленного типа назначает наружную терапию в соответствии с возрастом пациента и характером поражения кожи. В случае успешного лечения специалист продолжает наблюдать ребенка, проводя его регулярные осмотры с необходимой коррекцией терапии. При прогрессировании заболевания или тяжелом течении АтД в дебюте педиатр передает пациента аллергологу или дерматологу для дальнейшего обследования и лечения. Именно на данном этапе проводятся диагностика ПА, разработка индивидуального диетического рациона с оценкой нутритивного статуса ребенка и пересмотром элиминационных диет по мере формирования у него толерантности к определенным пищевым аллергенам.

Обучение родителей возможно и необходимо на каждом этапе ведения пациента. По данным ряда исследований, была доказана результативность он-лайн Школ для матерей, ухаживающих за детьми с АтД, в предотвращении прогрессирования поражения кожи с достижением и сохранением ремиссии болезни, а также появления уверенности в успехе в случаях ранее неэффективного лечения [41, 42]. Японские специалисты в своих последних клинических рекомендациях 2017 г. расширили алгоритм действия врачей, добавив в него пункт о необходимости обучения родителей как одного из основных параметров контроля состояния пациента – путем правильного использования приемов наружного лечения и восстановления кожного барьера [21].

Школа АтД способна оказать поддержку любому специалисту в работе с такими семьями. Шаг за шагом она готова предоставлять роди-

телям детей с АД современную информацию о риске появления этого заболевания, его диагностике, участии в развитии обострений определенных триггеров, в т.ч. и пищевых аллергенов, ведении пищевого дневника, контроле состояния кожи с использованием правил нанесения наружных лекарственных средств на пораженные участки и защиты ее увлажняющими кремами для восстановления ее барьерной функции после лечения. Сотрудничество семьи больного ребенка, самого ребенка и врача, преемственность между различными специалистами, психологическая поддержка и знания, которые может предоставить Школа, помогут каждому из участников обрести уверенность в том, что течение АД возможно контролировать, достигая ремиссии заболевания на долгие годы.

Финансирование и конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии финансовых или каких-либо других конфликтов интересов при написании данной статьи.

Kudryavtseva A.V.  0000-0002-0363-6106

Pakalne R.  0000-0002-7557-5648

Ryzhii E.  0000-0002-7794-4347

Makarova I.V.  0000-0003-1881-3846

Zatulovsky M.  0000-0001-7710-7971

Литература

1. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann. Nutr. Metab.* 2015; 66 (1): 8–16. doi: 10.1159/000370220. Epub 2015 Apr 24.

2. Lee HH, Patel KR, Singam V, Rastogi S, Silverberg JJ. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and phenotype of adult-onset atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2018 Jun 1. pii: S0190-9622(18)32046-2. doi: 10.1016/j.jaad.2018.05.1241. [Epub ahead of print].

3. Kaufman BP, Guttman-Yassky E, Alexis AF. Atopic dermatitis in diverse racial and ethnic groups – Variations in epidemiology, genetics, clinical presentation and treatment. *Exp. Dermatol.* 2018; 27 (4): 340–357. doi: 10.1111/exd.13514.

4. Zhu TH, Zhu TR, Tran KA, Sivamani RK, Shi VY. Epithelial Barrier Dysfunctions in Atopic Dermatitis: A Skin-Gut-Lung Model Linking Microbiome Alteration and Immune Dysregulation. *Br. J. Dermatol.* May 15, 2018. doi: 10.1111/bjd.16734.

5. Choi JE, Di Nardo A. Skin neurogenic inflammation. *Semin. Immunopathol.* 2018; 40 (3): 249–259. doi: 10.1007/s00281-018-0675-z. Epub 2018 Apr 30.

6. Wang FP, Tang XJ, Wei CQ, Xu LR, Mao H, Luo FM. Dupilumab treatment in moderate-to-severe atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *J. Dermatol. Sci.* 2018; 90 (2): 190–198. doi: 10.1016/j.jdermsci.2018.01.016. Epub 2018 Feb.

7. Lee JH, Choi CS, Bae IH, Choi JK, Park YH, Park MJ. A novel, topical, nonsteroidal, TRPV1 antagonist, PAC-14028 cream improves skin barrier function and exerts anti-inflammatory action through modulating epidermal differentiation markers and suppressing Th2 cytokines in atopic dermatitis. *Dermatol. Sci.* 2018 Apr 30. pii: S0923-1811(18)30204-4. doi: 10.1016/j.jdermsci.2018.04.017. [Epub ahead of print].

8. Alkis Togias, Susan F. Cooper, Maria L. Acebal, AmalAssa'ad, James R. Baker Jr, Lisa A. Beck, Julie Block, Carol Byrd-Bredbenner, Edmond S. Chan, Lawrence F. Eichenfield, David M. Fleischer, George J. Fuchs III, et al. Addendum guidelines for the prevention of peanut allergy in the United States: Report of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases-sponsored expert panel. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2017; 139 (1): 29–44.



ШКОЛА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА **AtopicSchool.ru**

Онлайн школа для родителей:
все знания для эффективной помощи
ребенку с атопическим дерматитом

**Обучение –
важный элемент эффективной терапии!**

AtopicSchool.ru – это:



Материалы одобрены и рекомендованы врачами аллергологами*, соответствуют Федеральным Рекомендациям Союза Педиатров России, АДАИР, РААКИ и РОДВК

ПРОВЕРЕНО



Школа состоит из 5 уроков, каждый продолжительностью не более 18 минут. В любой момент можно сделать паузу и вернуться к изучению позже

БЫСТРО



Обучение онлайн, с любого устройства: компьютер, планшет, мобильный телефон (Android, iOS)

УДОБНО



Обучение в школе предоставляется бесплатно

БЕСПЛАТНО



При успешном завершении обучения предоставляется единовременная скидка 25% на эмомент (Крем для ежедневного ухода atopic®) и Гель для купания с головы до пяток atopic® в интернет-аптеке apteka.ru

СКИДКА

Внимание! Представленная на сайте информация ни в коем случае не заменяет медицинскую консультацию или лечение



ATOPICSCHOOL.RU

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР **atopic®**

9. Schneider L, Tilles S, Lio P, Boguniewicz M, Beck L. Atopic dermatitis: A practice parameter update 2012. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2013; 131 (2): 295–299.
10. Katayama I, Aihara M, Ohya Y, Saeki H, Shimojo N, Shoji S, Taniguchi M, Yamada H. Japanese Society of Allergology. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2017. *Allergol. Int.* 2017; 66 (2): 230–247. doi: 10.1016/j.alit.2016.12.003. Epub 2017 Feb 10.
11. Балаболкин ИИ., Гребенюк ВН. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина, 1999: 240.
12. Шамова БА., Маланичева Т.Г., Денисова С.Н. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей. Казань: Медицина, 2010: 328.
13. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Кубанова А.А., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Вишнева Е.А., Новик Г.А., Петровский Ф.И., Макарова С.Г., Мурашкин Н.Н., Алексеева А.А., Селимзянова Л.Р., Левина Ю.Г., Эфендиева К.Е. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии. Вопросы современной педиатрии. 2016; 15 (3): 279–294. <https://doi.org/10.15690/vsp.v15i3.1566>,
14. http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_ra.pdf. Клинические рекомендации «Пищевая аллергия». М.: Союз педиатров России, 2014.
15. Кудрявцева А.В. Анализ осведомленности врачей о диагностике и тактике лечения тяжелых форм атопического дерматита у детей и подростков. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2017; 3 (50): 17–22.
16. Stelmach I, Bobrowska-Korzeniowska M, Smejda K, Majak P, Bobrowska-Korzeniowska M, Smejda K, Majak P, Jerzynska J, Stelmach WT, Polańska K, Sobala WT, Kryszka J. Risk factors for the development of atopic dermatitis and early wheeze. *Allergy Asthma Proc.* 2014; 35 (5): 382–389. doi: 10.2500/aap.2014.35.3786.
17. Shaker M, Murray RGP, Mann JA. The ins and outs of an 'outside-in' view of allergies: atopic dermatitis and allergy prevention. *Curr. Opin. Pediatr.* May 9, 2018. doi: 10.1097/MOP.0000000000000646.
18. PePerkin MR, Logan K, Marrs T, Radulovic S, Craven J, Flohr C, Lack G; EAT. Enquiring About Tolerance (EAT) study: Feasibility of an early allergenic food introduction regimen. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2016; 137 (5): 1477–1486. doi: 10.1016/j.jaci.2015.12.1322.e8.
19. Du Toit George, Roberts Graham, Sayre Peter H, Bahnson Henry T, Radulovic Suzana, Santos Alexandra, Brough Helen, Phippard Deborah, Basting Monica, Feeney Mary, Turcanu Victor, Sever Michelle L, Gomez Lorenzo Margarita, Plaut Marshall, Lack Gideon, LEAP Study Team, Santos Alexandra. Randomized Trial of Peanut Consumption in Infants at Risk for Peanut Allergy. *N. Engl. J. Med.* 2015; 372 (9): 803–813.
20. Koplun JJ, Osborne NJ, Wake M, Martin PE, Gurrin LC, Robinson MN, Tey D, Slaa M, Thiele L, Miles L, Anderson D, Tan T, Dang TD, Hill DJ, Lowe AJ, Matheson MC, Ponsonby AL, Tang ML, Dharmage SC, Allen KJ. Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? A population-based study. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2010; 126 (4): 807–813.
21. Ebisawa M, Ito K, Fujisawa T. Japanese guidelines for food allergy 2017. Committee for Japanese Pediatric Guideline for Food Allergy, The Japanese Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology, The Japanese Society of Allergology. *Allergol. Int.* 2017; 66 (2): 248–264. doi: 10.1016/j.alit.2017.02.001. Epub 2017 Mar 10.
22. Natsume O, Kabashima S, Nakazato J, Yamamoto-Hanada K, Narita M, Kondo M, Saito M, Kishino A, Takimoto T, Inoue E, Tang J, Kido H, Wong GW, Matsumoto K, Saito H, Ohya Y. Two-step egg introduction for preventing egg allergy in high-risk infants with eczema (PETIT study): a double-blind, placebo-controlled, parallel-group randomised clinical trial. *Lancet.* 2017; 389: 276–286.
23. Saeki HJ. Management of Atopic Dermatitis in Japan. *Nippon Med. Sch.* 2017; 84 (1): 2–11. doi: 10.1272/jnms.84.2.
24. Kudryavtseva A, Boguslavskaya J, Mingaliev R, Makarova I. Atopic dermatitis in children from Russian and English-speaking families in Russia and other countries. *Allergy.* 2017; 72 (103): 246.
25. Kudryavtseva A, Morozova OA, Savvina JA. Skin lesions colonization with staphylococcus in children with acute/chronic form of atopic dermatitis. *Allergy.* 2016; 71 (102): 235.
26. Флурер Ф.С., Кудрявцева А.В., Нескородова К.А., Титарев С.И. Продукция энтеротоксинов А, В, С и токсина синдрома токсического шока различными видами стафилококков, выделенных с кожи детей больных атопическим дерматитом Педиатрия. 2017; 96 (6): 87–91.
27. Кудрявцева А.В., Флурер Ф.С., Богуславская Ю.А., Мингалев Р.А. Атопический дерматит у детей. Некоторые проблемы диагностики и лечения. Педиатрия. 2017; 96 (2): 227–231.
28. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, Szalai Z, Kunz B, Svensson A, Barbarot S, von Kobyletzki L, Taieb A, deBrouin-Vellier M, Werfel T, Trzeciech M, Vestergard C, Ring J, Darsow U. EITFAD/EADVEczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *JEADV.* 2016; 30: 729–747.
29. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy.* 2014; 69 (8): 1008–1025. doi: 10.1111/all.12429. Epub 2014 Jun.
30. Atopic eczema in under 12s: diagnosis. Clinical guideline. NICE. Published: 2007, 12 December. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg57>.
31. Eigenmann PA, Atanaskovic-Markovic M, O'B Hourihane J, Lack G, Lau S, Matricardi PM, Muraro A, Namazova Baranova L, Nieto A, Papadopoulos NG, Réthy LA, Roberts G, Rudzaviciene O, Wahn U, Wickman M, Host A. Testing children for allergies: why, how, who and when. An updated statement of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) Section on Pediatrics and the EAACI-Clemens von Pirquet Foundation. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2013; 24 (2): 195–209. doi: 10.1111/pai.12066. Review.
32. Burks AW, Tang M, Sicherer S, Muraro A, Eigenmann PA, Ebisawa M, Fiocchi A, Chiang W, Beyer K, Wood R, Hourihane J, Jones SM, Lack G, Sampson HA. ICON: Food allergy. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2012; 129: 906–920.
33. Venter C, Brown T, Meyer R, Walsh J, Shah N, Nowak-Węgrzyn A, Chen TX, Fleischer DM, Heine RG, Levin M, Vieira MC, Fox AT. Better recognition, diagnosis and management of non-IgE-mediated cow's milk allergy in infancy: iMAP – an international interpretation of the MAP (Milk Allergy in Primary Care) guideline. *Clin. Transl. Allergy.* 2017; 7: 26. doi: 10.1186/s13601-017-0162-y. eCollection.
34. Кудрявцева А.В., Богуславская Ю.А., Мингалев Р.А. Провокационные тесты при пищевой аллергии. Педиатрия (Приложение к Consilium Medicum). 2017; 1: 82–85.
35. Eichenfield LF, Ahluwalia J, Waldman A, Borok J. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2017; 139 (4): 49–57. doi: 10.1016/j.jaci.2017.01.009.
36. Sidbury R, Tom WL, Bergman JN, Cooper KD, Silverman RA. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014; 71 (6): 1218–1233. doi: 10.1016/j.jaad.2014.08.038. Epub 2014 Sep.
37. Letourneau NL, Kozyrskyj AL, Cosic N, Ntanda HN, Anis L, Hart MJ, Campbell TS, Giesbrecht GF. Maternal sensitivity and social support protect against childhood atopic dermatitis. APrON Team. *Allergy Asthma Clin. Immunol.* 2017; 13: 26. doi: 10.1186/s13223-017-0199-4. eCollection.
38. Faleide AO, Galtung VK, Unger S, Watten RG. Children at risk of allergic development: the parents' dyadic relationship. *Psychother. Psychosom.* 1988; 49 (3–4): 223–229.
39. Hammer-Helmich L, Linneberg A, Thomsen SF, Glümer C. Association between parental socioeconomic position and prevalence of asthma, atopic eczema and hay fever in children. *Scand. J. Public Health.* 2014; 42 (2): 120–127. doi: 10.1177/1403494813505727. Epub 2013 Oct.
40. Ohya Y, Williams H, Steptoe A, Saito H, Ikura Y, Anderson R, Akasawa A. Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *J. Invest. Dermatol.* 2001; 117 (4): 852–857.
41. Breuer K, Mattered U, Diepgen TL, Fartasch M, Gieler U, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Staab D, Szczepanski R, Wittenmeier M, Wahn U, Werfel T. Predictors of benefit from an atopic dermatitis education programme. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2014; 25 (5): 489–495. doi: 10.1111/pai.12249.
42. Son HK, Lim J. The effect of a Web-based education programme (WBEP) on disease severity, quality of life and mothers' self-efficacy in children with atopic dermatitis. *J. Adv. Nurs.* 2014; 70 (10): 2326–2338. doi: 10.1111/jan.12389. Epub 2014 Mar.