

Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «03» июня 2021 года
Протокол №139

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Код(ы)МКБ-10:

Таблица 1

Код	Название
L20	Атопический дерматит
L20.8	Другие атопические дерматиты
L20.9	Атопический дерматит неуточненный

1.1 Дата разработки/пересмотра протокола: 2014 год (пересмотр 2020 г.)

1.2 Сокращения, используемые в протоколе:

Таблица 2

АтД	Атопический дерматит
АлАТ	Аланинаминотрансфераза
АсАТ	Аспартатаминотрансфераза
МГК	Минералокортикостероиды
Ig E	Иммуноглобулин E
МНН	Международное непатентованное название
ЛС	Лекарственное средство
ГКС	Глюкокортикостероиды
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ИФА	Иммунофлуороферментный анализ
CD	Кластеры дифференцировки
УФО	Ультрафиолетовое облучение
УД	Уровень доказательности
ТГКС	Топические глюкокортикостероиды
ТИК	Топические ингибиторы кальциневрина
IL	Интерлейкин

KAM	Комплексная или альтернативная медицина
АСИТ	Аллергенспецифическая иммунотерапия
РКИ	Рандомизируемые контролируемые исследования
SCORAD	Scoring Atopic Dermatitis
EASY	Eczema Area and Severity Index
SASSAD	Six Area Six Sign Atopic Dermatitis Severity Score

1.3 Пользователи протокола: аллерголог-иммунолог, дерматолог, педиатр, врач общей практики.

1.4 Категория пациентов: дети.

1.5 Шкала уровня доказательности:

Таблица 3

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

1.7. Определение [2,4,6]:

Атопический дерматит - 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.

1.8 Классификация [2,4,6]:

Общепринятой классификации АД не существует. Предлагаемая рабочая классификация атопического дерматита, отражает возрастную динамику, клинико-морфологические формы, тяжесть и стадии течения болезни.

Клиническая классификация атопического дерматита:

Возрастные стадии (формы):

- Младенческая (наблюдается в возрасте от 2-3 месяцев до 2 лет);
- Детская (наблюдается в возрасте от 2 до 10-12 лет);
- Подростковая (наблюдается в возрасте от 10-12 лет и старше).

По течению:

Острый период, подострый период, период клинической ремиссии;

По степени тяжести: легкий, средней тяжести, тяжелый.

По распространенности: локализованный (ограниченный), распространенный, диффузный.

Клинико-этиологический вариант с учетом спектра сенсibilизации: пищевая, бытовая, клещевая, грибковая, пыльцевая либо поливалентная сенсibilизация.

Критерии тяжести АтД:

- Выраженность воспалительных проявлений на коже;
- Интенсивный зуд;
- Увеличение периферических лимфоузлов;
- Частота обострений кожного процесса в течение года;
- Длительность ремиссии.

Таблица 4 – Рабочая классификация АтД

Возрастные периоды:	Стадии болезни:	Распространенность кожного процесса:	Степень тяжести процесса:
младенческий	обострения	ограниченно-локализованный процесс (площадь поражения не превышает 10% кожного покрова);	легкое течение
детский	ремиссии: - неполная ремиссия; - полная ремиссия.	распространенный процесс (площадь поражения составляет более 10% кожного покрова).	среднетяжелое течение
подростковый			тяжелое течение
Примечание: согласно классификации аллергических болезней, различают 2 формы АтД: IgE-ассоциированную (т.е. аллергическую) и не- IgE-ассоциированную (неаллергическую) [7].			

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1-5,6-9]

2.1 Диагностические критерии АтД [1-5,8,9]:

Диагноз АтД устанавливается на основании анамнестических данных и характерной клинической картины.

Диагностические критерии АтД

Главные диагностические критерии:

- кожный зуд;
- поражение кожи: у детей первых лет жизни – 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;
- начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет).

Дополнительные диагностические критерии:

- сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом);
- обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов (аллергены, ирританты (раздражающие вещества), пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.);
- повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови;
- эозинофилия периферической крови;
- гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв;
- фолликулярный гиперкератоз («роговые» папулы на боковых поверхностях плеч, предплечий, локтей);
- зуд при повышенном потоотделении;
- сухость кожи (ксероз);
- белый дермографизм;
- склонность к кожным инфекциям;
- локализация кожного процесса на кистях и стопах;
- экзема сосков;
- рецидивирующие конъюнктивиты;
- гиперпигментация кожи периорбитальной области;
- складки на передней поверхности шеи;
- симптом Dennie–Morgan (дополнительная складка нижнего века);
- хейлит.

Для постановки диагноза АтД необходимо сочетание трёх главных и не менее трёх дополнительных критериев.

Для оценки степени тяжести АтД используют полуколичественные шкалы, из которых наиболее широкое применение получила шкала SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). SCORAD предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутие, 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

Цифрами указано значение площади для больных в возрасте старше 2 лет, а в скобках – для детей в возрасте до 2 лет. Оценку субъективных симптомов (ощущение зуда, нарушение сна) проводят у детей в возрасте старше 7 лет; у детей младшего возраста оценку субъективных симптомов проводят с помощью родителей, которым предварительно объясняют принцип оценки.

SCORAD = A/5+7B/2+C, где:

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

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

Клинические формы АД:

Таблица 5 – клинические формы АД

<i>Клиническая форма</i>	<i>Характерные симптомы</i>
Экссудативная	Наблюдается преимущественно у детей грудного возраста, характеризуется симметричными эритематозными, папуло-везикулезными высыпаниями на коже лица и волосистой части головы, отмечается 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 красный или смешанный. Субъективно отмечается зуд кожных покровов различной интенсивности.
Эритематозно-сквамозная	Чаще наблюдается у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет, характеризуется наличием зудящих узелков, эрозий и эксфолиаций, а также незначительной эритемой и инфильтрацией в области высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, реже - на коже лица. Дермографизм розовый или смешанный.
Эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией	Наблюдается у детей в возрасте от 3 лет, характеризуется эритематозно-сквамозными и папулезными очагами. Кожа сухая, лихенифицированная, с большим количеством эксфолиаций и мелкопластинчатых чешуек. Высыпания локализуются преимущественно на сгибательной поверхности конечностей, тыльной поверхности кистей, передней и боковой поверхностях шеи. Наблюдаются 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.
Лихеноидная	Наблюдается чаще всего у подростков и характеризуется сухостью, выраженным рисунком, отеком и инфильтрацией кожных покровов. Имеются крупные сливающиеся очаги лихенизации кожи. Зуд упорный, стойкий.
Пруригинозная	Наблюдается в детской и подростковой стадиях АДДи характеризуется высыпаниями на фоне лихенифицированной кожи в виде множественных изолированных полушаровидных пруригинозных папул, эксфолиаций, располагающихся на верхней половине туловища, лице, шее, на верхних конечностях

	преимущественно в локтевых сгибах, ягодично-поясничной области.
Эритродермия	Наблюдается чаще у детей старшего возраста, и является осложнением АтД. Эритродермия - это воспаление значительной части кожного покрова (покраснение, отёчность, шелушение, зуд), развивающееся первично или на фоне имеющегося дерматита (экземы и др.).

Осложненные формы АтД

Течение АД часто осложняется присоединением вторичной инфекции (бактериальной, грибковой или вирусной).

Таблица 6– Осложненные формы АтД

<i>Виды осложнений</i>	<i>Основные клинические симптомы</i>
Присоединение вторичной бактериальной инфекции.	Оно протекает в виде стрепто- и/или стафилодермии с характерными кожными проявлениями на фоне обострения АД. Пиококковые осложнения проявляются в виде различных форм пиодермии: остиофолликулитов, фолликулитов, вульгарного, реже стрептококкового импетиго, иногда фурункулов.
Микотическая инфекция (дерматофиты, дрожжеподобные, плесневые и другие виды грибов)	часто осложняет течение АД, приводит к более продолжительному течению обострений, отсутствию улучшения или ухудшению состояния. Течение заболевания приобретает персистирующий характер. Наличие микотической инфекции может изменить клиническую картину тД: появляются очаги с четкими фестончатыми несколько приподнятыми краями, часто рецидивируют заеды, хейлит, отмечаются поражения заушных, паховых складок, ногтевого ложа, гениталий.
Вирусная инфекция (вирус простого герпеса, вирус папилломы человека)	Герпетическая суперинфекция может привести к редкому, но тяжелому осложнению - герпетической экземе Капоши. Заболевание характеризуется распространенными высыпаниями, сильным зудом, повышением температуры, быстрым присоединением пиококковой инфекции. Возможно поражение центральной нервной системы, глаз, развитие сепсиса.
Доброкачественная лимфаденопатия	Проявляется в виде увеличения лимфатических узлов в шейной, подмышечной, паховой и

	бедренной областях. Величина узлов может варьировать, они подвижны, эластичной консистенции, безболезненны. Доброкачественная лимфаденопатия проходит самостоятельно либо на фоне проводимого лечения. Сохраняющееся, несмотря на уменьшение активности заболевания выраженное увеличение лимфатических узлов требует проведения диагностической биопсии для исключения лимфопролиферативного заболевания.
Рецидивирующий конъюнктивит	Осложнения АтД со стороны глаз проявляются в виде рецидивирующих конъюнктивитов, сопровождающихся зудом. В тяжелых случаях хронический конъюнктивит может прогрессировать в эктропион и вызывать постоянное слезотечение.

Физикальное обследование:

При физикальном осмотре рекомендуется проводить оценку тяжести клинических проявлений.

Таблица 7- Оценка тяжести АтД по степени выраженности клинических проявлений:

<i>Легкое течение</i>	<i>Среднетяжелое течение</i>	<i>Тяжелое течение</i>
Ограниченные участки поражения кожи, слабая эритема или лихенизация, слабый зуд кожи, редкие обострения - 1–2 раза в год	Распространенный характер поражения кожи с умеренной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, умеренный зуд, более частые обострения (3–4 раза в год) с короткими ремиссиями	Диффузный характер поражения кожи с выраженной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, постоянный сильный зуд практически непрерывное рецидивирующее течение

Комментарии: оценку тяжести клинических проявлений АтД проводят по шкалам: SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), EASY (Eczema Area and Severity Index), SASSAD (Six Area Six Sign Atopic Dermatitis Severity Score).

Лабораторные исследования [1-4,7-9]:

Таблица 8 – Лабораторные исследования

<i>Метод лабораторного обследования</i>	<i>Комментарии</i>
Обязательные лабораторные исследования	
ОАК	Неспецифическим признаком может быть наличие эозинофилии, в случае

	присоединения кожного инфекционного процесса возможен нейтрофильный лейкоцитоз.
Определение уровня общего IgE в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа* (УД – С)	Нормальный уровень общего IgE не указывает на отсутствие атопии и не является критерием исключения диагноза АтД).
Аллергологическое иммунофлуороферментное исследование сыворотки крови: определение аллерген специфических IgE-антител в сыворотке крови (УД - А-В – в зависимости от аллергена).	Исследование предпочтительно для детей с распространенными кожными проявлениями АтД; при невозможности отмены принимаемых антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов, нейролептиков; с сомнительными результатами кожных тестов или при отсутствии корреляции клинических проявлений и результатов кожных тестов; с высоким риском развития анафилактических реакций на определенный аллерген при проведении кожного тестирования; для пациентов грудного возраста и др.
Определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхов, токсокаров, трихинелл и т.д. в сыворотке крови	Для проведения дифференциальной диагностики, с целью исключения сенсibilизации антигенами паразитарной этиологии
ОАМ	Рекомендован для мониторинга профиля безопасности системной терапии.
Биохимический анализ крови	Рекомендован для мониторинга профиля безопасности системной терапии.
Дополнительные лабораторные исследования	
Иммунограмма (уровень иммуноглобулинов, комплемента, фагоцитарная активность нейтрофилов, общее количество и субпопуляции Т- и В-лимфоцитов)*	Рекомендован для изучения динамики клинических проявлений дерматита при применении иммунокорригирующих и биологических препаратов.
Проведение кожных тестов со стандартизированными аллергенами (прик-тест, скарификационные,	Кожное тестирование выявляет IgE-опосредованные аллергические реакции; проводится аллергологом при

внутрикожные, аппликационные кожные пробы) (УД – В).	отсутствии острых проявлений АтД у ребенка. Прием антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов и нейролептиков снижает чувствительность кожных рецепторов и может привести к получению ложноотрицательных результатов, поэтому эти препараты необходимо отменить за 3, 7 дней и 30 суток, соответственно, до предполагаемого срока исследования
Компонентная аллергодиагностика (при доступности исследования) (УД - А).	Это современный подход к диагностике аллергии, при котором определяются уровень специфического IgE к компонентам (белковым молекулам) аллергена вместо экстрактов аллергенов. Помогает выявить истинную сенсibilизацию и перекрестно-реактивную у полисенсibilизированных пациентов.
Посев с кожи на флору и чувствительность к антибиотикам	При вторичном инфицировании атопического дерматита
Определение уровня общего IgA в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа* (УД – В)	Определение необходимо для исключения селективного дефицита IgA, сопровождающегося признаками атопического дерматита.
Гистологическое исследование биоптата кожи (в высокоспециализированных медучреждениях)	В сложных случаях при проведении дифференциальной диагностики.
<i>Диагностическая эффективность элиминационной диеты оценивается в динамике, обычно спустя 2–4 недели после строгого выполнения диетических рекомендаций. Провокация пищевыми аллергенами (диагностическое введение продукта) нужна для подтверждения диагноза и в динамике, для оценки формирования толерантности, а также после проведения десенсибилизации к аллергенам.</i>	

NB! результаты кожных проб и серологии IgE не являются взаимозаменяемыми; также не является правильным сопоставление показателей, полученных разными диагностическими тест-системами и лабораторными методами.

Инструментальные исследования: при наличии коморбидных состояний.

Показания для консультации специалистов:

- **Аллерголога** для проведения аллергологического обследования, назначения элиминационной диеты, установления причинно-значимых аллергенов, подбора и коррекции терапии, диагностики сопутствующих аллергических заболеваний, обучения пациента и профилактики развития респираторной аллергии.
- **Дерматолога** для проведения дифференциальной диагностики с другими кожными заболеваниями, подбора и коррекции терапии, обучения пациента.
- **Диетолога** для составления и коррекции индивидуального рациона питания.
- **ЛОР-врача** для выявления и санации очагов хронической инфекции, ранняя диагностика и своевременное купирование симптомов аллергического ринита.
- **Психоневролога** при выраженном зуде, поведенческих нарушениях.
- **Медицинского психолога** для проведения психотерапевтического лечения, обучения технике релаксации, снятия стресса и модификации поведения.

2.2 Диагностический алгоритм (схема): нет.

2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

В грудном возрасте АтД нужно дифференцировать с дерматитами различной этиологии (пеленочным, перианальным, горшечным, младенческим себорейным, кандидозным), опрелостями, интертриго, везикулопустулезом, герпетиформной экземой, десквамативной эритродермией Лейнера, нарушением триптофанового обмена, синдромом Вискотта – Олдрича.

В детском возрасте АтД необходимо дифференцировать со стрептодермией, дерматомикозами, строфулюсом, псориазом, чесоткой, нуммулярной экземой.

В более старшем возрасте (пубертатном) АтД дифференцируют с клиникой дерматитов (себорейного, периорального контактного аллергического), чесоткой, токсикодермией, строфулюсом, вульгарным псориазом, вульгарным ихтиозом, грибовидным микозом (ранние стадии), ограниченным нейродермитом, актиническим ретикулоидом.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-24]:

Цели лечения:

- достижение клинической ремиссии заболевания;
- устранение или уменьшение воспаления и кожного зуда, предупреждение и устранение вторичного инфицирования, увлажнение и смягчение кожи, восстановление её защитных свойств;
- профилактика развития тяжелых форм АтД и осложнений;
- восстановление утраченной трудоспособности;
- улучшение качества жизни больных.

Ступенчатый подход для выбора адекватной терапии:

- каждая последующая ступень лечения является дополнением предыдущей;
- в случае присоединения инфекции к лечению необходимо добавить антисептические/антибактериальные препараты;
- при неэффективности терапии необходимо исключить нарушение комплаентности и уточнить диагноз.

Тяжелая степень: SCORAD > 40 / упорное течение АтД (непрерывное обострение)	Системная иммуносупрессивная терапия: системные ГКС (коротким циклом), циклоспорин.
Среднетяжелая степень: SCORAD 15–40 / рецидивирующий АтД	Седативные антигистаминные препараты, УФ терапия (УФВ, УФА1), коррекция психосоматического состояния, климатотерапия
Легкая степень: SCORAD < 15 / транзиторный АД Цели лечения – достижение клинической ремиссии заболевания;	тГКС или топические блокаторы кальциневрина
Базисная терапия	Обучающие программы, эмолиенты, масла для ванн, элиминационная диета у пациентов, склонных к пищевой аллергии, устранение аллергенов (в случае их выявления при аллергологическом исследовании)

Общие принципы терапии:

- Важным при лечении больных АтД является устранение триггерных факторов (психоэмоциональные нагрузки, клещи домашней пыли, плесени, смена климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение диетического режима, нарушение правил и режима ухода за кожей, нерациональное использование синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением pH, табачный дым и др.).
- Всем больным АтД вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства базового ухода за кожей.
- При ограниченном поражении кожи, при легком и среднетяжелом течении АтД при обострениях болезни назначается преимущественно наружная терапия: глюкокортикостероидные препараты для наружного применения сильной или умеренной степени активности и/или топические блокаторы кальциневрина, не исключая базовую терапию.
- Терапия больных с тяжелым течением АтД включает помимо наружных средств системную медикаментозную терапию или фототерапию. В качестве системного лечения могут назначаться циклоспорин и/или системные глюкокортикостероидные препараты коротким курсом.
- Больные АтД требуют динамического наблюдения с регулярной оценкой остроты, тяжести и распространенности кожного процесса во время каждого визита к врачу. Терапия может меняться как с усилением (переход на более высокую

ступень лечения) при утяжелении клинических проявлений, так и с применением более щадящих методов терапии (понижение ступени лечения) в случае положительной динамики заболевания.

- В лечении детей, больных АтД, следует использовать исключительно те средства и методы терапии, которые разрешены к применению в детской практике в соответствии с возрастом ребенка. Предпочтительными являются лекарственные формы в виде крема и монокомпонентные наружные средства: топические ГКС, ингибиторы кальциневрина.

Таблица 9 – Объем терапии

Клиническая ситуация	Объем терапии
Атопический дерматит без инфицирования	<p>1. Гипоаллергенный быт (приложение 1). Уменьшение контакта с аллергеном является первым и необходимым шагом в лечении больных с атопией. Для пациентов с АтД, у которых клинически предполагается роль аллергенов, в частности бытовых и ингаляционных, необходимо осуществлять мероприятия, направленные на уменьшение воздействия клещей домашней пыли [1-9].</p> <p>2. Индивидуальная гипоаллергенная и элиминационная диета (приложение 2). При пищевой аллергии элиминация причинно-значимого аллергена фактически является этиотропной терапией и определяет успех всего лечения. У этой категории больных элиминационная диетотерапия является основой комплексного лечения.</p> <p>При аллергии к белкам коровьего молока при искусственном и смешанном вскармливании смеси на основе гидролизата белков коровьего молока высокой степени, старше года продукты клинического питания на основе гидролизата белков коровьего молока.</p> <p>Ступенчатая местная терапия в зависимости от степени тяжести кожного процесса:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I ступень (сухость кожи): лечебно-косметический уход постоянно. Терапия первой ступени сохраняется для каждой последующей; - II ступень (начальная стадия, легкая степень): топические кортикостероиды короткими повторными курсами по 5-7 дней на выбор (мометазон с первых дней жизни, метилпреднизолона ацепонат с 4 мес. жизни, гидрокортизон с 6 мес. жизни, преднизолон с 1 года, бетаметазон с 2 лет, гидрокортизон с 2 лет жизни). При неэффективности топических стероидов, а также на

лица/шее или при наличии противопоказаний к топическим кортикостероидам - топические ингибиторы кальциневрина (пимекролимус, крем с 2 лет жизни 2 раза в день повторными курсами по 3-4 недели с коррекцией длительности по динамике кожного процесса);

- **III ступень** (средняя тяжесть, тяжелый): топические кортикостероиды короткими повторными курсами не более 7-14 дней на выбор (мометазон с первых дней жизни, метилпреднизолон ацепонат с 4 мес. жизни, гидрокортизон с 6 мес. жизни, преднизолон с 1 года, бетаметазон с 2 лет, гидрокортизон с 2 лет жизни). При неэффективности топических стероидов, а также на лица/шее или при наличии противопоказаний к топическим кортикостероидам - топические ингибиторы кальциневрина (такролимус, мазь 0,03 % с 2 лет жизни по схеме, такролимус, мазь 0,1 % с 16 лет жизни по схеме). При тяжелом непрерывно рецидивирующем течении такролимус, мазь 0,03 % после основного курса и при очищении кожи в режиме профилактики обострений 2 раза в неделю (вторник, четверг) до 12 мес.;
- **IV перечень** (тяжелый, часто рецидивирующий, не поддающийся терапии): дополнительно к местной терапии III ступени системные иммуносупрессанты (циклоsporин 2,5 мг/кг/сутки (при необходимости до 5 мг/кг/сутки) в 2 приема 6-8 недель*

Системная фармакотерапия: 4.1. В период остроты клинических проявлений при выраженном кожном зуде H₁-гистаминоблокаторы первого поколения внутрь на выбор: хифенадин 10-15 дней, хлоропирамин 7-10 дней, клемастин, диметинден 7-14 дней.

4.2. При необходимости для длительной терапии (1-3 мес.) на выбор: дезлоратадин, цетиризин, кетотифен, лоратадин, левоцетиризин, эбастин, фексофенадин.

5. Немедикаментозные методы лечения с учетом рекомендаций реабилитолога в соответствии с действующими инструкциями.

6. Обучение в аллергошколе.

Необходимо ознакомить пациента/членов его семьи с основными этиологическими и патогенетическими представлениями об АтД с современных позиций медицины. Более детально проинформировать их о правилах ухода за кожей, о необходимости ежедневного проведения наружной противовоспалительной терапии, правильного использования питательных и увлажняющих

	<p>средств с целью достижения контроля над кожными симптомами.</p> <p>Выгодные партнерские отношения помогут пациенту лучше понять свою болезнь и особенности ее лечения. Кроме того, обучение будет способствовать повышению ответственности больного, за результат назначенной врачом терапии.</p>
При тяжелом обострении	<p>Дополнительно к объему терапии атопического дерматита без инфицирования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Таргетные препараты по возрастной схеме, согласно инструкции (дупилумаб). 3. Системные кортикостероиды: преднизолон внутрь или парентерально 1-2 мг/кг/сутки не более 20 мг в сутки детям до 2 лет и не более 60 мг в сутки детям старше 2 лет жизни в 2 приема 3-5 дней. 4. H₁-гистаминоблокаторы первого поколения парентерально на выбор 3-5 дней: хлоропирамин, клемастин и т.д..
При нетяжелом вторичном инфицировании на выбор	<p>Дополнительно к объему терапии атопического дерматита без инфицирования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Комплексные мази на основе стероида, антибиотика и противогрибкового препарата (комбинация бетаметазона с гентамицином и клотримазолом с 2 лет или комбинация гидрокортизона с неомицином и натамицином) курсом 5-10 дней. 2. Примочки с антисептиками.
При тяжелом вторичном инфицировании	<p>Дополнительно к терапии при нетяжелом вторичном инфицировании системная антибиотикотерапия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При неуточненном возбудителе - стартовая эмпирическая антибиотикотерапия цефалоспорины II-III поколений внутрь или парентерально на выбор: <ul style="list-style-type: none"> - цефуроксим аксетил внутрь по 125-250 мг 2 раза в сутки 7-10 дней; - цефтриаксон парентерально 1 раз в сутки в дозах в возрасте 15 дней - 12 лет - 20-80 мг/кг, старше 12 лет - 1-2 г 7-10 дней. 2. При уточненном возбудителе - антибиотикотерапия с учетом чувствительности возбудителя к антибактериальным средствам
При признаках герпетической инфекции	<p>Ацикловир внутрь 5 дней: в возрасте до 2 лет - по 100 мг 5 раз в сутки, с 2 лет - по 200 мг 5 раз в сутки. При экземе Капоши внутривенно 5 дней: новорожденным - по 10 мг/кг 3 раза в сутки, в возрасте 3 мес. - 12 лет - по 250</p>

	мг/кв.м поверхности тела 3 раза в сутки, старше 12 лет - по 5 мг/кг массы 3 раза в сутки
--	--

*Назначение в специализированных отделениях (койках) и на специализированном амбулаторном приеме.

3.1. Наружная терапия.

Эффективность наружной терапии зависит от трех основных принципов: достаточная сила препарата, достаточная доза и правильное нанесение. Наружные лекарственные средства необходимо наносить на увлажненную кожу.

Наружные противовоспалительные препараты наносят непосредственно на очаги поражения кожи и прекращают применение в случае разрешения процесса. В последнее время рекомендуют метод проактивного лечения: длительное использование малых доз топических противовоспалительных препаратов на пораженные участки кожи в сочетании с применением эмолиентов на весь кожный покров и регулярное посещение дерматолога для оценки состояния кожного процесса [17].

Количество топического препарата для наружного применения измеряется согласно правилу «длины кончика пальца» (FTU, FingerTipUnit), при этом одна 1 FTU соответствует столбику мази диаметром 5 мм и длиной, равной дистальной фаланге указательного пальца, что соответствует массе около 0,5 г. Этой дозы топического средства достаточно для нанесения на кожу двух ладоней человека, что составляет около 2% всей площади поверхности тела (таблица 10).

Таблица 10 - Количество топического препарата для наружного применения в зависимости от возраста и области нанесения [18].

	3–6 месяцев	1–2 года	3–5 лет	6 лет и старше
Лицо, шея	1	1,5	1,5	2
Верхние конечности	1	1,5	2	2,5
Нижние конечности	1,5	2	3	4,5
Грудь, живот	1	2	3	3,5
Спина, ягодицы	1,5	3	3,5	5

В соответствии с клиническими проявлениями заболевания и локализацией очагов поражения могут использоваться следующие лекарственные формы: водные растворы, эмульсии, лосьоны, аэрозоли, пасты, кремы, мази.

Экстемпоральные мази, пасты, примочки, имеющие в своём составе салициловую кислоту, вазелин, вазелиновое масло, метилурацил, ланолин, нафталан, ихтиол, дерматол, цинк, крахмал, висмут, тальк, борную кислоту, йод, масло оливковое, обладают комплексным противовоспалительным,

кератолитическим, кератопластическим, дезинфицирующим, высушивающим действием.

3.1.1. Топические глюкокортикостероидные препараты

Топические глюкокортикостероидные препараты (тГКС) являются препаратами первого выбора для местной противовоспалительной терапии, обладают выраженным эффектом в отношении кожного процесса по сравнению с плацебо-эффектом (А), особенно при использовании их с помощью влажно-высыхающих повязок (А). Проактивная терапия тГКС (использование 2 раза в неделю под контролем в течение длительного времени) помогает снизить вероятность обострения АД (А). тГКС могут быть рекомендованы в начальной стадии обострения АД для уменьшения зуда (А) [19–28].

Применение тГКС показано при выраженных воспалительных явлениях, значительном зуде и отсутствии эффекта от применения других средств наружной терапии. тГКС необходимо наносить только на пораженные участки кожного покрова, не затрагивая здоровую кожу.

тГКС классифицируют по составу действующих веществ (простые и комбинированные), а также по силе противовоспалительной активности (таблица 2).

Таблица 11 - Классификация топических глюкокортикостероидов по степени активности, зарегистрированных на территории Республики Казахстан

Степень активности	Лекарственные препараты
Класс 1 (очень сильные)	Клобетазол 0,05% мазь, крем Бетаметазон 0,05% мазь, крем
Класс 2 (сильные)	Мометазон 0,1% мазь Триамцинолон 0,5% мазь
Класс 3 (сильные)	Бетаметазон 0,01% мазь Флутиказона пропионат 0,005% мазь Триамцинолон 0,1% мазь Триамцинолон 0,5% крем
Класс 4 (средней силы)	Флуоцинолона ацетонид 0,025% мазь Мометазон 0,1% крем, лосьон Триамцинолона 0,1% мазь Метилпреднизолон 0,1% крем, мазь, мазь жирная, эмульсия
Класс 5 (средней силы)	Бетаметазон 0,01% крем Гидрокортизон 0,1% крем, мазь Флуоцинолона ацетонид 0,025% крем, линимент, гель Флутиказона пропионат 0,005% крем
Класс 6 (средней силы)	Алклометазон 0,05% мазь, крем
Класс 7 (слабые)	Гидрокортизон, 0,5%, 1%, 2,5% мазь Преднизолон 0,5% мазь Флуметазон 0,02% крем, мазь

Общие рекомендации по применению топических глюкокортикостероидных препаратов:

- При назначении тГКС необходимо учитывать степень активности препарата и лекарственную форму.
- Не рекомендуется смешивать топические глюкокортикостероидные препараты с другими препаратами наружной терапии.
- Наружные глюкокортикостероидные препараты наносят на пораженные участки кожи от 1 до 3 раз в сутки, в зависимости от выбранного препарата и тяжести воспалительного процесса. При легком течении атопического дерматита достаточно небольшого количества тГКС 2–3 раза в неделю в сочетании с использованием эмолиентов.
- Необходимо избегать использования тГКС высокой активности на кожу лица, область гениталий и интертригинозные участки. Для этих областей обычно рекомендуются тГКС с минимальным атрофогенным эффектом (мометазон, метилпреднизолон, гидрокортизон).
- Во избежание резкого обострения заболевания дозу тГКС следует снижать постепенно. Это возможно путем перехода к тГКС меньшей степени активности с сохранением ежедневного использования или путем продолжения использования сильного тГКС, но со снижением частоты аппликаций (интермиттирующий режим).
- Зуд можно рассматривать в качестве ключевого симптома при оценке эффективности проводимой терапии, поэтому не следует снижать дозу тГКС до исчезновения зуда у пациентов с атопическим дерматитом.

Противопоказания/ограничения к применению топических глюкокортикостероидных препаратов:

- бактериальные, грибковые, вирусные инфекции кожи;
- розацеа, периоральный дерматит, акне;
- местные реакции на вакцинацию;
- гиперчувствительность;
- значительные трофические изменения кожи.

Побочные эффекты при применении топических глюкокортикостероидных препаратов.

Побочные эффекты возникают в случаях неконтролируемого длительного применения глюкокортикостероидных препаратов без учета локализации очагов поражения и проявляются в виде локальных изменений (атрофии кожи, стрии, стероидных акне, гирсутизм, инфекционных осложнений, периорального дерматита, розацеа, телеангиэктазий, нарушений пигментации), а при нанесении на обширные участки кожи наблюдается системное действие в виде подавления функции оси «гипоталамус-гипофиз-надпочечники» в результате трансдермальной абсорбции препаратов.

Таблица 12 - Глюкокортикостероидные препараты, рекомендуемые для лечения атопического дерматита

Формы	Действующее вещество
Лосьон, крем, мазь	Гидрокортизон, флутиказона пропионат
Мазь	Мометазон
Эмульсия, крем, мазь, жирная мазь	Гидрокортизон, флутиказона пропионат

3.1.2. Ингибиторы кальциневрина для наружного применения

Ингибиторы кальциневрина для наружного применения являются альтернативой топическим глюкокортикостероидным препаратам и являются препаратами выбора при лечении атопического дерматита на чувствительных участках тела (лицо, шея, кожные складки). Также применение этих препаратов рекомендуется в тех случаях, когда у пациента отсутствует эффект от наружной терапии с использованием глюкокортикостероидных средств (стероидорезистентность). Ингибиторы кальциневрина могут использоваться в качестве базисной терапии с длительным применением.

Пимекролимус используется в наружной терапии легкого и среднетяжелого атопического дерматита на очаги поражения кратковременно или в течение длительного времени у подростков и детей в возрасте старше 2-х лет.

Топические ингибиторы кальциневрина являются нестероидными иммуномодуляторами и обладают выраженным эффектом в сравнении с плацебо как при краткосрочном, так и при длительном использовании (А), и особенно показаны для использования в проблемных зонах (лицо, складки, аногенитальная область) (А). Проактивная терапия с использованием мазей ингибиторов кальциневрина 2 раза в неделю снижает вероятность обострения заболевания (А). Топические ингибиторы кальциневрина могут быть рекомендованы для снижения зуда у больных АД [29–68].

Общие рекомендации по применению топических ингибиторов кальциневрина:

- Такролимус применяется в виде 0,03% мази 2 раза в сутки детям с 3-х месяцев и старше. Продолжительность лечения по данной схеме не должна превышать 3 нед. В дальнейшем частота применения уменьшается до 1 раза в сутки, лечение продолжается до полного очищения очагов поражения.
- Пимекролимус применяется в виде мази 0,03% у детей в возрасте от 2 лет и старше.
- Препараты блокаторов кальциневрина наносят тонким слоем на пораженную поверхность 2 раза в сутки.
- Ингибиторы кальциневрина можно использовать для поддерживающей терапии атопического дерматита (средней степени тяжести и тяжелых форм) 2 раза в неделю (например, в понедельник и четверг), с нанесением на участки кожи, на которых наиболее часто возникают очаги поражения, у пациентов с частыми обострениями (свыше 4 эпизодов в год) с целью предупреждения новых обострений и продления периода ремиссии. Данная терапия показана только тем пациентам, у которых ранее лечение ингибиторами кальциневрина привело к

полному или почти полному разрешению кожного процесса при применении препарата по схеме 2 раза в день продолжительностью не более 6 недель.

- Через 12 месяцев поддерживающей терапии необходимо оценить динамику клинических проявлений и решить вопрос о целесообразности продолжения использования ингибиторов кальциневрина.
- Лечение местными ингибиторами кальциневрина не вызывает атрофию кожи, поэтому может назначаться на участки, где длительное применение глюкокортикостероидных препаратов нежелательно (лицо, интертригинозные зоны).
- Не следует наносить препараты на слизистые оболочки и под окклюзионные повязки.
- Не рекомендуется назначать топические ингибиторы кальциневрина при бактериальной и/или вирусной инфекции.
- В период лечения ингибиторами кальциневрина следует избегать искусственного или избыточного естественного ультрафиолетового облучения кожи.
- Топические ингибиторы кальциневрина нельзя использовать у больных с врожденными или приобретенными иммунодефицитами или у пациентов, которые принимают иммуносупрессивные препараты.
- Несмотря на то, что клинический эффект топических ингибиторов кальциневрина развивается медленнее, чем при применении топических глюкокортикостероидов, препараты этих групп сопоставимы по противовоспалительному действию.
- При сохранении выраженности симптомов заболевания в течение 6 недель применения препаратов необходима повторная консультация врача-дерматовенеролога для уточнения диагноза атопического дерматита.

Противопоказания/ограничения к применению топических ингибиторов кальциневрина:

- гиперчувствительность;
- детский возраст (для такролимуса – до 3 месяцев, для пимекролимуса – до 2 лет);
- острые вирусные, бактериальные и грибковые инфекции кожи;
- учитывая возможный риск повышения системной абсорбции препарата, ингибиторы кальциневрина не рекомендуется применять у больных с синдромом Нетертона или при атопической эритродермии;
- не рекомендуется нанесение на область введения вакцины до тех пор, пока полностью не исчезнут местные проявления поствакцинальной реакции.

Побочные реакции при применении топических ингибиторов кальциневрина.

- Наиболее частыми побочными реакциями являются симптомы раздражения кожи (ощущение жжения и зуда, покраснение) в местах нанесения. Эти явления возникают в первые дни лечения через 5 минут после аппликации, длятся до 1 часа и, как правило, к концу первой недели существенно уменьшаются или исчезают.
- У пациентов, применяющих топические ингибиторы кальциневрина, иногда (менее 1% случаев) отмечается ухудшение течения атопического дерматита,

развитие вирусной (простой герпес, контагиозный моллюск, папилломы) или бактериальной инфекции (фолликулиты, фурункулы), а также местные реакции (боль, парестезии, шелушение, сухость).

3.1.3. Активированный пиритион цинка

Активированный пиритион цинка (аэрозоль 0,2%, крем 0,2% и шампунь 1%) является нестероидным препаратом, обладающим широким спектром фармакологических эффектов. Препарат снижает колонизацию кожи *Malassezia furfur*, другими грибами, а также *S. aureus*, участвующими в патогенезе атопического дерматита. Его применение сопровождается уменьшением выраженности кожного зуда, уменьшением степени тяжести и активности кожного процесса, снижением потребности в использовании топических и антигистаминных препаратов (С) [69–71].

Крем наносят 2 раза в сутки, возможно применение под окклюзионную повязку. Аэрозоль используют в случаях выраженного мокнутия, распыляют с расстояния 15 см 2–3 раза в сутки.

Препарат обладает хорошим профилем безопасности, практически не всасывается с поверхности кожи, не оказывает цитостатического эффекта и не воздействует на синтез ДНК.

Может применяться у детей от 1 года, допускается использование на всех участках тела без ограничений по площади. В связи с возможностью снижения эффективности не рекомендуется терапия препаратом в течении длительного времени.

3.1.4. Другие наружные средства.

В настоящее время в лечении больных атопическим дерматитом используются эмоленты на основе филагринола, различные эмоленты на основе термальной воды с церамидами, мадекассосидами, микроэлементами, витаминами.

Применяются также препараты нафталана (D), дегтя, ихтиола в различных лекарственных формах: пасты, кремы, мази, которые в условиях стационара могут использоваться в качестве симптоматического лечения. Концентрация действующего вещества зависит от остроты и степени выраженности клинических проявлений заболевания. Доказательность эффективности данной группы препаратов отсутствует, не существует сведений о результативности лечения.

3.2. Системная терапия.

3.2.1. Циклоспорин

Длительная поддерживающая терапия циклоспорином позволяет пациентам поддерживать состояние ремиссии. После прекращения приема препарата возможно обострение заболевания в течение следующих 8 недель, но выраженность клинических симптомов заболевания обычно не достигает той степени, которая отмечалась до начала терапии.

Общие рекомендации по применению циклоспорина

- Циклоспорин рекомендуется назначать только при тяжелом течении атопического дерматита.
- Лечение рекомендуется начинать с наиболее низкой эффективной дозы на короткий период времени в связи с тем, что частота развития нежелательных явлений находится в прямой зависимости от дозы и длительности приема препарата.
- Начальная доза циклоспорина составляет 3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки – в зависимости от индивидуального состояния пациента. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.
- В процессе лечения циклоспорином показан систематический контроль функционального состояния почек и печени, контроль артериального давления, калия и магния в плазме (особенно у пациентов с нарушением функции почек), концентрации мочевины, креатинина, мочевой кислоты, билирубина, «печеночных» ферментов, амилазы и липидов в сыворотке крови.
- При назначении циклоспорина необходимо установить концентрацию креатинина сыворотки крови как минимум в двух измерениях до начала лечения. Концентрацию креатинина следует контролировать с двухнедельными интервалами на протяжении первых трех месяцев терапии. В дальнейшем, если концентрация креатинина остается стабильной, измерение следует проводить ежемесячно.
- Если уровень сывороточного креатинина увеличивается на 30–50% (даже в пределах нормы), то дозу циклоспорина снижают на 25% и повторно определяют уровень креатинина в течение 30 дней. Если он остается повышенным на 30% и более, циклоспорин отменяют.
- Если уровень креатинина увеличивается более чем на 50%, то дозу снижают, по крайней мере, в два раза. Концентрацию креатинина определяют в течение 30 дней. Если она остается повышенной, по крайней мере, на 30% по сравнению с исходной, лечение циклоспорином прекращают.
- В случае развития артериальной гипертензии необходимо начать гипотензивное лечение. Необходимо снижение дозы циклоспорина на 25–50% пациентам, у которых на фоне лечения отмечается повышение артериального давления. При невозможности проведения контроля побочных эффектов или в случае тяжелого нарушения состояния препарат отменяют.

Противопоказания/ограничения к применению циклоспорина

Гиперчувствительность (в т.ч. к полиоксиэтилированному касторовому маслу), злокачественные новообразования, предраковые заболевания кожи, беременность, период лактации.

Побочные реакции при применении циклоспорина

При лечении циклоспорином могут наблюдаться: гиперплазия десен, снижение аппетита, тошнота, рвота, диарея, боль в животе, гепатотоксичность (повышение активности трансаминаз, билирубина), гиперлипидемия, повышение артериального давления (часто бессимптомное), нефропатия (часто

бессимптомная; интерстициальный фиброз с клубочковой атрофией, гематурия), гипомagneмия, гиперкалиемия, отеки, гипертрихоз, тремор, головная боль, парестезии, миопатия, повышенное чувство усталости, жжение в кистях рук и ступнях ног, нарушение менструального цикла у женщин, анафилактические реакции.

Из-за развития возможных побочных эффектов, в частности нефротоксичности, использование циклоспорина должно быть ограничено у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

При лечении циклоспорином повышается риск развития лимфопролиферативных заболеваний и других злокачественных опухолей, особенно кожи. Частота их развития, в первую очередь, зависит от степени и длительности сопутствующей и предыдущей иммуносупрессии (например, фототерапия).

Таблица 13 - Контроль лабораторных показателей во время лечения циклоспорином

Лабораторные методы / показатели	Интервалы в неделях					
	До	2	4	8	12	16
Общий анализ крови ¹	X	X	X	X	X	X
Показатели функции печени ²	X	X	X	X	X	X
Электролиты ³	X	X	X	X	X	X
Сывороточный креатинин	X	X	X	X	X	X
Мочевина	X	X	X	X	X	X
Анализ мочи	X		X	X	X	X
Мочевая кислота	X		X	X	X	X
Анализ мочи на беременность	X		X		X	
Холестерин, триглицериды ⁴	X		X		X	
Магний ⁵	X					

Примечание. ¹Эритроциты, лейкоциты, тромбоциты. ²Аминотрансферазы, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин. ³Натрий, калий. ⁴Рекомендуется определять за 2 нед. до лечения и в день назначения терапии (натошак). ⁵ Только при наличии показаний (судороги в мышцах).

Особые ситуации

Особенности применения

Циклоспорин назначают детям редко, в случае тяжелого течения атопического дерматита и неэффективности других методов лечения в дозе 2,5–5 мг на кг массы тела в сутки в два приема. Продолжительность курса лечения - от 8 недель до 3–12 месяцев.

Проводимая в период иммуносупрессивной терапии вакцинация детей может быть неэффективна, поэтому рекомендуется прекратить прием препарата за 2 недели до вакцинации и возобновить – через 4–6 недель после вакцинации.

3.2.2. Системные глюкокортикостероидные препараты.

Системные глюкокортикостероидные препараты используют в терапии больных атопическим дерматитом только для купирования обострений при тяжелом течении заболевания. Такая тактика назначения связана, в первую очередь, с возможностью развития обострения заболевания после отмены препарата. Также при длительном приеме системных глюкокортикостероидных препаратов повышается вероятность развития побочных эффектов.

Общие рекомендации по применению системных глюкокортикостероидных препаратов.

- При купировании обострений атопического дерматита способ введения и режим дозирования системных глюкокортикостероидных препаратов определяется индивидуально и зависит от степени тяжести заболевания.
- При назначении пероральных форм системных глюкокортикостероидных препаратов необходимо учитывать циркадный ритм продукции кортизола.
- Для купирования обострения назначают внутривенное введение преднизолона по следующей схеме: 1 день/первые два дня – 90 мг в первой половине дня, два последующих дня – 60 мг в первой половине дня, затем при необходимости возможно введение преднизолона в дозе 30 мг еще в течение 2–3 дней с последующей отменой.
- Возможно назначение системных глюкокортикостероидных препаратов перорально по следующей схеме: бетаметазон 2–2,5 мг в течение первых 2–3 дней или метилпреднизолон 16–20 мг 1 раз в сутки после завтрака или преднизолон 20–25 мг после завтрака и 5 мг после обеда -
- далее бетаметазон 1,5 мг, или метилпреднизолон 12 мг, или преднизолон 15 мг 1 раз в сутки после завтрака в течение последующих 2–3 дней;
- далее бетаметазон 1 мг, или метилпреднизолон 8 мг, или преднизолон 10 мг 1 раз в сутки после завтрака в течение последующих 2–3 дней;
- далее бетаметазон 0,5 мг, или метилпреднизолон 4 мг, или преднизолон 5 мг 1 раз в сутки после завтрака с последующей отменой препарата;
- при необходимости прием системных глюкокортикостероидов можно продолжить еще в течение 2–3 дней: бетаметазон 0,25 мг, или метилпреднизолон 2 мг, или преднизолон 2,5 мг 1 раз в день после завтрака.
- В исключительных случаях могут быть использованы препараты пролонгированного действия в инъекционных формах (бетаметазон и триамцинолон).

Побочные реакции при применении системных глюкокортикостероидных препаратов

- со стороны эндокринной системы: синдром Иценко-Кушинга, «стероидный» сахарный диабет или манифестация латентного сахарного диабета, угнетение функции надпочечников, задержка полового развития у детей;
- со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, панкреатит, «стероидная» язва и перфорация желудка и 12-перстной кишки, эрозивный эзофагит;
- со стороны нервной системы: эйфория, маниакально-депрессивный психоз, депрессия, бессонница;

- со стороны обмена веществ: гипокальциемия, гипернатриемия;
- со стороны опорно-двигательного аппарата: замедление роста и процессов окостенения у детей, остеопороз, «стероидная» миопатия;
- со стороны кожных покровов и слизистых оболочек: истончение кожи, стероидные угри, стрии, склонность к развитию пиодермии и кандидоза.

Особые ситуации

Особенности применения системных глюкокортикостероидных препаратов у детей

Системные глюкокортикостероидные препараты показаны только при тяжелых формах атопического дерматита и/или универсальном поражении кожи. Препараты применяют из расчета по преднизолону 0,5–1 мг на кг массы тела в сутки совместно с препаратами калия (D).

3.2.3. Антигистаминные препараты.

Терапевтическая ценность антигистаминных препаратов первого поколения заключается, главным образом, в их седативных свойствах за счет нормализации ночного сна и уменьшения интенсивности зуда (таблицы 14).

Таблица 14 - Дозы и схемы применения препаратов блокаторов H1-гистаминовых рецепторов у детей

Международное непатентованное наименование	Пероральное применение	Парентеральное применение	Длительность применения	Уровень доказательности [47-48]
Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов 1-го поколения				
Мекгидролин	В возрасте до 2 лет – 50–100 мг в сутки, от 2 до 5 лет – 50–150 мг в сутки, от 5 до 10 лет – 100–200 мг в сутки, старше 10 лет – 100–300 мг в сутки	–	7–10 дней	C
Клемастин	В возрасте от 1 года до 3 лет – 2–2,5 мл (200–250 мкг) 2 раза в сутки, от 3 до 6 лет – 5 мл (500 мкг) 2 раза в сутки, от 6 до 12 лет 5–10 мл (500 мкг–1 мг) 2 раза в сутки, детям старше 12 лет и 1 мг 2–3 раза в сутки	25 мг на кг массы тела в сутки	7–10 дней	C
Хлоропирамин	В возрасте от 1 месяца до 1 года – 6,25 мг (1/4 таблетки) 2–3 раза в сутки,	в возрасте от 1 месяца до 1 года – 5 мг (0,25	7–10 дней	C

	от 1 года до 6 лет – 8,3 мг (1/3 таблетки) 2–3 раза в сутки, от 6 до 14 лет – 12,5 мг (1/2 таблетки) 2–3 раза в сутки, старше 14 лет – 25 мг 1–2 раза в сутки	мл раствора), от 1 года до 6 лет – 10 мг (0,5 мл раствора), от 6 до 14 лет 10–20 мг (0,5–1 мл раствора), старше 14 лет 20–40 мг 1 раз в сутки.		
Хифенадин	В возрасте до 3 лет – 5 мг в сутки, с 3 до 7 лет – 10–15 мг 2–3 раза в сутки, старше 7 лет – 25–50 мг 2–3 раза в сутки	–	7–10 дней	С
Ципрогептадин	В возрасте от 6 месяцев до 2 лет (с осторожностью только в особых случаях) – до 0,4 мг на кг массы тела в сутки, от 2 до 6 лет – 6 мг в сутки, от 6 до 14 лет – 12 мг в сутки.	–	7–10 дней	С
Диметинден	В возрасте от 1 месяца до 1 года – 5–10 капель 2–3 раза в сутки, от 1 до 3 лет – 10–15 капель 2–3 раза в сутки, от 3 до 10 лет – 15–20 капель 2–3 раза в сутки, старше 10 лет – 20 капель 3 раза в сутки.	–	7–10 дней	С
Дифенгидрамин	до 1 года — по 2 - 5 мг, от 2 до 5 лет — по 5 - 15 мг, от 6 до 12 лет по 15 – 30 мг на приём, старше 12 лет 30—50 мг 1—3 раза в сутки	Внутримышечно – в дозах 10-50 мг.	10-15 дней	С
Прометазин	Детям в возрасте от 1 до 2 лет внутрь - по 5-10 мг 1-2 раза/сут; от 2 до 5 лет - по 5-10 мг 1-3 раза/сут; от 5 до 10 лет - по 5-15 мг 1-3 раза/сут; старше	При в/м введении доза составляет 0.5-1 мг/кг, кратность	7–10 дней	С

	10 лет и подросткам по 5-20 мг 1-3 раза/сут.	введения - 3-5 раз/сут. В экстренных случаях (астматический статус, ложный круп) доза может быть повышена до 1-2 мг/кг. При в/в введении (обычно в качестве составной части литического коктейля) доза составляет 1/3 от дозы для в/м введения.		
Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения [47-48]				
Акривастин	В возрасте старше 12 лет – 8 мг 3 раза в сутки.	–	1–18 недель	A
Фексофенадин	В возрасте от 3 до 5 лет – 15 мг 2 раза в сутки, от 6 до 12 лет – 30 мг 2 раза в сутки, старше 12 лет – 60 мг 2 раза или 120 мг 1 раз в сутки	–	1–18 недель	A
Лоратадин	В возрасте от 2 до 12 лет – 5 мг (1/2 таблетки или 1 чайная ложка сиропа) 1 раз в сутки, старше 12 лет или при массе тела более 30 кг – 10 мг 1 раз в сутки	–	1–18 недель	A
Дезлоратадин	подросткам от 12 лет по 1 таблетке (5 мг) 1 раз/сут	-	1–18 недель	A
Цетиризин	В возрасте 6–12 месяцев – 2,5 мг 1 раз в сутки, от 1 до 2 лет – 2,5 мг 2 раза в сутки,			A

	от 2 до 6 лет – 5 мг 1 раз в сутки или 2,5 мг 2 раза в сутки (в зависимости от тяжести состояния или ответной реакции), старше 6 лет – 10 мг 1 раз в сутки или 5 мг 2 раза в сутки	–	1–18 недель	
Левацитеризин	дети старше 6 лет: суточная доза составляет 5 мг. Дети в возрасте от 2 до 6 лет: по 1.25 мг (5 капель) 2 раза/сут; суточная доза - 2.5 мг (10 капель).	-	1–18 недель	А
Биластин	12 лет и старше 20 мг 1 раз в сутки	-	1–18 недель	А
Эбастин	Дети от 6-ти до 12 лет: 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки. Дети от 12-ти до 15 лет: 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки. Детям старше 15 лет назначают 10-20 мг (10-20 мл) 1 раз в сутки.	-	1–18 недель	А

3.2.4. Биологические препараты [1-3, 23,24]:

Показанием к назначению терапии с применением биологических препаратов являются тяжелые формы АтД, резистентные к местному и системному лечению (УД - С).

Перспективным в лечении АтД среди биологических препаратов можно отнести блокатор субъединицы I -рецептора ИЛ-4 α – дупилумаб.

Дупилумаб рекомендуется в качестве варианта лечения АтД средней и тяжелой степени у детей старше 12 лет, только если: заболевание не отвечает по крайней мере на 1 другую системную терапию, такую как циклоспорин, метотрексат, азатиоприн и микофенолат мофетил, или они противопоказаны или не переносятся.

3.1 Хирургическое вмешательство: нет.

3.2 Дальнейшее ведение:

Диспансерное наблюдение по месту жительства у аллерголога-иммунолога, в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, осуществление постоянного базового ухода за кожей, элиминация провоцирующих факторов.

3.3 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- разрешение высыпаний на коже;
- отсутствие появления новых высыпаний;
- эпителизация эрозий;

- достижение ремиссии процесса на коже;
- повышение качества жизни.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- тяжелое обострение атопического дерматита;
- тяжелое вторичное инфицирование;
- комплексное обследование при наличии сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, других органов и систем.

4.2 Показания для экстренной госпитализации: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

При госпитализации пациента с АтД в стационар, в зависимости от тяжести клинических проявлений, назначается адекватный объем лечения с использованием ступенчатого подхода (см. Раздел 3, таблица 9).

На стационарное лечение направляются при тяжелом неконтролируемом течении АтД, а также при вторичном инфицировании АтД.

5.1. Лечение атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией

Системная антибактериальная терапия назначается при распространенном вторичном инфицировании очагов поражения при АтД (В) [44-46].

Признаками бактериальной инфекции являются:

- появление серозно-гнойных корок, пустулизация;
- увеличенные болезненные лимфатические узлы;
- внезапное ухудшение общего состояния больного.

Антибактериальные препараты для наружного применения

Антибактериальные препараты для наружного применения используются для лечения локализованных форм вторичной инфекции.

Топические комбинированные препараты, содержащие глюкокортикостероидные средства в сочетании с антибактериальными, антисептическими, противогрибковыми препаратами, могут использоваться короткими курсами (обычно в течение 1 недели) при наличии признаков вторичного инфицирования кожи.

Антимикробные препараты для наружного применения наносятся на пораженные участки кожи 1–4 раза в сутки продолжительностью до 2 недель с учетом клинических проявлений.

С целью предупреждения и устранения вторичного инфицирования на местах эскориаций и трещин, особенно у детей, применяют анилиновые красители:

фулорцин, 1–2% водный раствор метиленового синего (метилтиониния хлорид). Кратность применения 1–2 раза в сутки в течение 5–10 дней.

Системные антибактериальные препараты

Показания для назначения системной антибактериальной терапии:

- повышение температуры тела;
- регионарный лимфаденит;
- наличие иммунодефицитного состояния;
- распространенные формы вторичного инфицирования.

Общие принципы назначения системной антибактериальной терапии:

- Системные антибактериальные препараты используются в лечении рецидивирующей или распространенной бактериальной инфекции.
- До назначения системных антибактериальных препаратов рекомендовано проведение микробиологического исследования с целью идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибактериальным препаратам.
- До получения результатов микробиологического исследования в большинстве случаев начинают лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия, активными в отношении наиболее часто встречающихся возбудителей, в первую очередь, *S.aureus*. С высокой эффективностью применяются ингибиторозащищенные пенициллины, цефалоспорины первого или второго поколения, макролиды.
- Продолжительность системной антибактериальной терапии составляет 7–10 дней.
- Недопустимо проводить поддерживающую терапию системными антибактериальными препаратами в связи с возможностью развития устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Системные противовирусные препараты

Одним из тяжелых и жизнеугрожающих осложнений атопического дерматита является развитие герпетической экземы Капоши при инфицировании кожи вирусом простого герпеса I типа, которое требует назначения системной противовирусной терапии с использованием ацикловира или других противовирусных препаратов.

Особенности терапии системными противовирусными препаратами у детей

- Для лечения герпетической экземы Капоши у детей рекомендуется назначение системного противовирусного препарата – ацикловир (таблица 8).
- В случае диссеминированного процесса, сопровождающегося общими явлениями (повышение температуры тела, явления тяжелой интоксикации), необходима госпитализация ребенка в стационар с наличием боксированного

отделения. В условиях стационара рекомендовано внутривенное введение ацикловира. Наружная терапия заключается в использовании антисептических средств (фукорцин, 1% водный раствор метиленового синего и др.).

– В случае поражения глаз рекомендовано применять глазную мазь ацикловира, которая закладывается в нижний конъюнктивальный мешок 5 раз в день. Лечение продолжают на протяжении не менее 3 дней после купирования симптомов.

Таблица 15 - Дозы и схемы применения ацикловира

Международное непатентованное наименование	Пероральное применение	Внутривенное введение	Длительность применения	Уровень доказательности [49]
Ацикловир	200 мг 5 раз в сутки детям старше 2 лет, по 100 мг 5 раз в сутки детям младше 2 лет	5–10мг на кг массы тела в сутки каждые 8 часов	в течение 10 дней	A

Меры профилактики вторичного инфицирования:

- избегать длительного применения антибактериальных препаратов для наружного применения с целью исключения развития бактериальной резистентности;
- избегать загрязнения препаратов для наружного применения;
- тубы с мазями не должны храниться открытыми;
- при нанесении кремов необходимо соблюдать гигиенические процедуры – использование чистых спонжей, удаление остатков крема с поверхности банки.

5.1 Хирургическое вмешательство: нет

5.2 Дальнейшее ведение:

5.2.1. Устранение провоцирующих факторов.

- Устранение домашнего пылевого клеща и горный климат улучшают состояние больных АтД (С) [12–15].
- Больные АтД должны соблюдать диету с исключением тех продуктов питания, которые вызывают раннюю или позднюю клиническую реакцию при проведении контролируемых провокационных исследований (В) [16].

5.2.2. Требования к результатам лечения

- Клиническая ремиссия заболевания;
- Восстановление утраченной трудоспособности;
- Улучшение качества жизни пациентов с АтД.

5.2.3. Тактика при отсутствии эффекта от лечения

- Дополнительное обследование для подтверждения правильности диагноза;
- Выявление наиболее значимых для пациента триггерных факторов.

5.2.4. Профилактика

- Постоянный базовый уход за кожей;

- Элиминация провоцирующих факторов;
- Назначение пробиотиков дополнительно к основному питанию матерей сотягощенным аллергологическим анамнезом (в последние недели беременности) и/или новорожденным с риском развития атопии в течение первых месяцев жизни (А) [42-46].

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1. Испаева Жанат Бахитовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой аллергологии и клинической иммунологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».
2. Моренко Марина Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор заведующая кафедрой детских болезней №1 НАО «Медицинский университет Астана»
3. Тусупбекова Галия Марксовна – кандидат медицинских наук, PhD. Руководитель аллергологической службы и Центра аллергологии РГП «Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан» на ПХВ.
4. Давлетова Ботагоз Маликовна – врач аллерголог-иммунолог высшей категории Центра аллергологии РГП «Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан» на ПХВ.
5. Макалкина Лариса Геннадьевна – врач клинический фармаколог, кандидат медицинских наук, PhD, доцент кафедры клинической фармакологии НАО «Медицинский университет Астана».

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты: Изтлеуова Гульмира Маратовна – кандидат медицинских наук, заведующая курсом дерматовенерологии при кафедре фтизиатрии и дерматовенерологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

1. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2019
2. A. Wollenberg, S. Barbarot, T. Bieber et al. GUIDELINES Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I-II // JEADV 2018; DOI: 10.1111/jdv.14891.
3. Ring J, Alomar A, Bieber T et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26: 1176–1193. 3. Ring J, Alomar A, Bieber T et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26: 1045–1060.

4. Клинические рекомендации: Атопический дерматит у детей. Москва – 2016.-с. – 60.
5. Global atlas of allergy. Editors: Cezmi A. Akdis, Ioana Agache. Published by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. 2014. 388 p.
6. Аллергология и иммунология. Практические рекомендации для педиатров под общей редакцией Л.С. Намазовой-Барановой, А.А. Баранова, Р.М. Хаитова // Москва - Педиатр. – 2020.-511с.
7. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology, American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. PRACTALL Consensus Report / C.A. Akdis, M.Akdis, T. Bieber [et al.] // Allergy. - 2006. - Vol. 61. - P.969-987.
8. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2016; 30: 729–747.
9. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. – М. – 2015.- 768 с.
10. Wollenberg A., Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis - an emerging concept. Allergy 2009; 64: 276-278.
11. Wollenberg A., Frank R., Kroth J. et al. Proactive therapy of atopic eczema -an evidence-based concept with a behavioral background. J Dtsch Dermatol Ges 2009; 7: 117-121.
12. Wollenberg A., Reitamo S., Girolomoni G. et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0.1% tacrolimus ointment. Allergy 2008; 63: 742-750.
13. Thaci D., Reitamo S., Gonzalez Ensenat M. A. et al. Proactive disease management with 0.03% tacrolimus ointment for children with atopic dermatitis: results of a randomized, multicentre, comparative study. Br J Dermatol 2008; 159: 1348-1356.
14. Chen S. L., Yan J., Wang F. S. Two topical calcineurin inhibitors for the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients: a meta-analysis of randomized clinical trials. J Dermatolog Treat 2010; 21: 144-156.
15. Schmitt J, Schakel K, Folster-Holst R, Bauer A, Oertel R, Augustin M, et al. Prednisolone vs cyclosporin for severe adult eczema: an investigator-initiated double-blind placebo-controlled multicenter trial. Br J Dermatol 2010; 162:661-8.
16. Schram ME, Roekevisch E, Leeftang MM, Bos JD, Schmitt J, Spuls PI. A randomized trial of methotrexate versus azathioprine for severe atopic eczema. J Allergy Clin Immunol 2011;128:353-9.
17. Haeck IM, Knol MJ, Ten Berge O, van Velsen SG, de Bruin-Weller MS, Bruijnzeel-Koomen CA. Enteric-coated mycophenolate sodium versus cyclosporin A as long-term treatment in adult patients with severe atopic dermatitis: a randomized controlled trial. J Am Acad Dermatol 2011;64: 1074-84.
18. Schmitt J, Schakel K, Folster-Holst R, Bauer A, Oertel R, Augustin M, et al. Prednisolone vs cyclosporin for severe adult eczema: an investigator-initiated double-blind placebo-controlled multicenter trial. Br J Dermatol 2010; 162:661-8.
19. Caufield M, Tom WL. Oral azathioprine for recalcitrant pediatric atopic dermatitis: clinical response and thiopurine monitoring. J Am Acad Dermatol 2013;68:29-35.

20. Haeck IM, Knol MJ, ten Berge O, van Velsen SGA, de Bruin-Weller MS, Bruijnzeel-Koomen CAFM. Enteric-coated mycophenolate sodium versus cyclo-sporine A as long-term treatment in adult patients within severe atopic dermatitis a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: 1074–1084.
21. Ruzicka T, Lynde CW, Jemec GB et al. Efficacy and safety of oral alitretinoin (9-cis retinoic acid) in patients with severe chronic hand eczema refractory to topical corticosteroids: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-centre trial. *Br J Dermatol* 2008; 158: 808–817.
22. Grahovac M, Molin S, Prinz JC, Ruzicka T, Wollenberg A. Treatment of atopic eczema with oral alitretinoin. *Br J Dermatol* 2010; 162: 217–218.
23. Fernández-Antón Martínez M. C., Leis-Dosil V., AlfagemeRoldán F. et al. Omalizumab for the treatment of atopic dermatitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(7):624–628.75.
24. Iyengar S. R., Hoyte E. G., Loza A. et al. Immunologic effects of omalizumab in children with severe refractory atopic dermatitis: A randomized, placebo-controlled clinical trial. *Int Arch Allergy Immunol*. 2013;162(1):89–93.
25. Tam HH, Calderon MA, Manikam L, et al. Specific allergen immunotherapy for the treatment of atopic eczema: a Cochrane systematic review. *Allergy*. 2016;71(9):1345–1356. doi: 10.1111/all.12932.
26. Artik S, Ruzicka T. Complementary therapy for atopic eczema and other allergic skin diseases. *Dermatol Ther* 2003; 16: 150–163.
27. Bielory L. Complementary medicine for the allergist. *Allergy Asthma Proc* 2001; 22: 33–37. 82 Fisher P, Ward A. Complementary.
28. Folster-Holst R, Müller F, Schnopp N et al. Prospective, randomized controlled trial on *Lactobacillus rhamnosus* in infants with moderate to severe atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2006; 155: 1256–1261.
29. Rosenfeldt V, Benfeldt E, Nielsen SD et al. Effect of probiotic *Lactobacillus* strains in children with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111: 389–395.
30. Gruber C. Probiotics and prebiotics in allergy prevention and treatment: future prospects. *Exp Rev Clin Immunol* 2012; 8: 17–19.
31. Cuello-Garcia CA, Brozek JL, Fiocchi A et al. Probiotics for the prevention of allergy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 136: 952–961.
32. A. Wollenberg, S. Barbarot, T. Bieber et al. GUIDELINES Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I-II // *JEADV* 2018; DOI: 10.1111/jdv.14891.
33. Ring J, Alomar A, Bieber T et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26: 1176–1193.
34. Ring J, Alomar A, Bieber T et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26: 1045–1060.
35. E.L. Simpson, T. Bieber, E. Guttman-Yassky et al. Efficacy and Safety of Dupilumab in Adolescents With Uncontrolled Moderate to Severe Atopic Dermatitis A Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol*. 2020;156(1):44-56.

36. Авдиенко И.Н., Кубанов А.А. Эффективность дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии у больных атопическим дерматитом. Вестник дерматологии и венерологии 2009; 3: 61–63.
37. Czech W., Brautigam M., Weidinger G., Schöpf E. Body weight independent dosing regimen of cyclosporine microemulsion is effective in severe atopic dermatitis and improves the quality of life. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 653–659.
38. Harper J.I., Ahmed I., Barclay G. et al. Cyclosporin for severe childhood atopic dermatitis: short course versus continuous therapy. Br J Dermatol 2000; 142: 52
39. Granlund H., Erkkö P., Remitz A. et al. Comparison of cyclosporin and UVAB phototherapy for intermittent one-year treatment of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol 2001; 81: 22–27
40. Zurbriggen B., Wuthrich B., Cachelin A.B. et al. Comparison of two formulations of cyclosporin A in the treatment of severe atopic dermatitis. A double-blind, single-centre, cross-over pilot study. Dermatology 1999; 198: 56–60.
41. Darabi K., Hostetler S.G., Bechtel M.A., Zirwas M. The role of Malassezia in atopic dermatitis affecting the head and neck of adults. J Am Acad Dermatol 2009; 60: 125–136.
42. Lintu P., Savolainen J., Kortekangas-Savolainen O., Kalimo K. Systemic ketoconazole is an effective treatment of atopic dermatitis with IgE-mediated hypersensitivity to yeasts. Allergy 2001; 56: 512–517.
43. Mayser P., Kupfer J., Nemetz D. et al. Treatment of head and neck dermatitis with ciclopiroxolamine cream – results of a double-blind, placebo-controlled study. Skin Pharmacol Physiol 2006; 19: 153–159.
44. Panduru M., Panduru N.M., Sălăvăstru C.M., Tiplica G.S. Probiotics and primary prevention of atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled studies. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology Volume 29, Issue 2, pages 232–242, February 2015
45. Dotterud C.K., Storro O., Johnsen R., Oien T. Probiotics in pregnant women to prevent allergic disease: a randomized, double-blind trial. Br J Dermatol 2010; 163: 616–623.
46. Kim J.Y., Kwon, J.H., Ahn, S.H. et al. Effect of probiotic mix (Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium lactis, Lactobacillus acidophilus) in the primary prevention of eczema: a doubleblind, randomized, placebocontrolled trial. Pediat Allergy Immunol 2010; 21: 386–393.
47. Hiroyuki Mizuguchi¹., Shohei Ono¹., Masashi Hattori¹., Hiroyuki Fukui¹. Inverse Agonistic Activity of Antihistamines and Suppression of Histamine H₁ Receptor Gene Expression // J Pharmacol Sci. 2012. Vol. 118. P. 117–121
48. Golightly L.K., Greos L.S: Second-generation antihistamines: actions and efficacy in the management of allergic disorders // Drugs 2005. Vol. 65. P. 341–384.
49. Кравченко Л. В. Оптимизация терапии герпетической инфекции 1-го и 2-го типов у грудных детей / Л. В. Кравченко // Педиатрия. — 2012. — Т. 91., № 1. — С. 58 — 62.

Информация для пациентов

Гипоаллергенный режим

Уменьшение контакта с аллергеном является первым и необходимым шагом в лечении больных с атопией. В большинстве случаев добиться полного исключения контакта с аллергеном невозможно, но в результате выполнения рекомендаций контакт с ним существенно ограничивается, а значит, облегчается течение болезни, снижается потребность в фармакотерапии.

Обязательно выполнение следующих рекомендаций:

регулярно стирать постельное белье (1–2 раза в неделю) при температуре более 56°C для уничтожения клещей (стирка холодной водой уменьшает содержание клещевых аллергенов на 90%, а стирка горячей водой уничтожает клещей);

- стирать подушки и одеяла горячей водой более 56°C и матрасники (чехлы) из непроницаемой для клещей ткани;
- помнить, что хорошая вентиляция жилища уменьшает влажность, снижение влажности в доме до 40% важно для контроля над количеством клещей и грибов. Дополнительно использовать для уборки жилища вакуумные пылесосы (желательно с HEPA фильтром);
- использовать специальные салфетки для уборки пыли;
- для обеспечения лучших условий для чистки желательно заменить ковры и ковровые покрытия на линолеум или паркет;
- гардины и занавеси в спальне лучше поменять на моющиеся жалюзи;
- заменить мебель с тканевым покрытием на кожаную или виниловую;
- мягкие игрушки убрать из спальни, при необходимости их можно стирать в горячей воде (более 56°C) или замораживать в морозильной камере домашнего холодильника для уничтожения клещей;
- учитывая, что клещи домашней пыли чувствительны к прямому действию солнечных лучей, можно высушивать на солнце не менее 3 часов матрасы, ковры, пледы (с учетом региональных особенностей).

Кроме того, могут использоваться специальные средства для уничтожения клещей домашней пыли - чистящие салфетки, аэрозоли, противоклещевое постельное белье, спреи, стиральные порошки, противоклещевые средства для чистки ковров (на основе бензилбензоата — акарициды), противоклещевые средства для чистки пылесосов и т. п. Для достижения должного результата важен комплексный подход, так как большинство мероприятий по элиминации, применяющихся по отдельности, оказываются нерентабельными и неэффективными.

NB! Необходимо помнить, что гипоаллергенных животных не существует. Лучше принять радикальные меры - расстаться с домашними животными и не заводить новых. После удаления животного из квартиры необходимо провести неоднократную тщательную уборку помещения для полного удаления следов слюны, экскрементов, перхоти, шерсти животного. Аллергены кошки сохраняются в жилом помещении даже после удаления животного в течение длительного времени (около 6 мес.).

Кроме того: ковры, матрасы, покрытия подвергать регулярной вакуумной чистке; сменить одежду при выходе из дома, если был контакт с домашним животным;

- не посещать цирк, зоопарк и дома, где есть животные;
- не пользоваться одеждой из шерсти, меха животных.

Необходимо также:

- максимально ограничивать контакт с факторами внешней среды, вызывающими обострение заболевания: обеспечить оптимальную влажность помещения (40%); сохранять комфортную температуру воздуха; в жаркую погоду пользоваться кондиционером для воздуха в помещении; не использовать синтетические ткани, одежду из шерсти, предпочтение хлопчатобумажным тканям; обеспечить спокойную обстановку в школе и дома; коротко стричь ногти; в период обострения спать в хлопчатобумажных носках и перчатках; не запрещать купания; не использовать горячую воду для душа и/или ванны; водные процедуры должны быть кратковременными (5–10 мин) с использованием теплой воды (32–35°C);
- использовать специальные средства для ухода за кожей при АтД;
- для стирки использовать жидкие, а не порошковые моющие средства;
- свести к минимуму контакт с аллергенами, вызывающими обострение заболевания, а также с раздражающими веществами;
- в солнечную погоду пользоваться солнцезащитными кремами, не вызывающими контактного раздражения кожи;
- после плавания в бассейне необходимо принять душ и нанести увлажняющий крем;
- полностью выполнять назначения лечащего врача.

Пациентам не следует:

- использовать спиртосодержащие средства гигиены;
- использовать средства с антимикробными компонентами без рекомендации лечащего врача;
- участвовать в спортивных состязаниях, так как это вызывает интенсивное потоотделение и сопровождается тесным контактом кожи с одеждой;
- слишком часто принимать водные процедуры;
- во время мытья интенсивно тереть кожу и использовать для мытья приспособления более жесткие, чем мочалка из махровой ткани.

Общие принципы лечебного питания больных с пищевой аллергией:

1. Отказ от продуктов, вызывающих аллергические реакции.
2. При необходимости дополнительное исключение продуктов, способных вызвать перекрестную пищевую аллергию.
3. Обязательное изучение состава продуктов и добавок, содержащихся в покупаемых готовых блюдах и полуфабрикатах. Поскольку состав любого продукта может быть изменен, необходимо изучать упаковку даже употреблявшихся ранее продуктов.
4. Использование свежих продуктов, не подвергшихся длительному хранению и/или консервации.
5. Отказ от употребления неизвестных продуктов и блюд из них.
6. Не использовать сложные блюда, состоящие из смеси нескольких продуктов, в том числе соусы, приправы. Желательно употреблять простую пищу с меньшим содержанием различных ингредиентов на один прием.
7. Разнообразие меню в течение дня, чтобы избежать употребления одного и того же продукта, который может оказать сенсибилизирующее действие.
8. По возможности включение в рацион блюд домашнего приготовления, не использовать полуфабрикаты.
9. Приготовление пищи из свежих продуктов, хранящихся в холодильнике не более суток, и свежзамороженных. Блюда не рекомендуется оставлять на длительное хранение.
10. Проведение относительно жесткой термической обработки продуктов (нагревание до 120 °С в течение 30 мин, длительное кипячение), что снижает их аллергенные свойства.
11. Ограничение соли и простых углеводов (сахара, меда, варенья и др.). Это способствует уменьшению гидрофильности тканей, активности воспалительной реакции. Ограничиваются острые блюда, пряности, специи.
12. Избегать избытка белков в рационе, даже при аллергии к продуктам растительного происхождения.
13. При проведении белковой коррекции лечебного рациона включать специализированные продукты лечебного питания смеси белковые композитные сухие в качестве компонента приготовления готовых блюд, только если данный продукт прошел в установленном порядке клинические исследования, доказавшие его эффективность и возможность использования в диетическом лечебном питании в качестве компонента приготовления готовых блюд и соответствует требованиям ГОСТ Р 53861-2010 «Продукты диетического (лечебного и профилактического) питания» и у пациента отсутствует аллергия к компонентам специализированного продукта.
14. Ограничение экстрактивных веществ, пуринов, пряностей, острых и соленых блюд, жареных блюд.
15. Исключение алкоголя, который повышает проницаемость кишечного-печеночного барьера для аллергенов.

16. Следует помнить, что причинный аллерген может входить в состав не только пищи, но и лекарственных препаратов (например, казеин) или встречаться в быту (входить в состав косметических средств и т. п.).

В рационе рекомендуется использовать определенные продукты питания (за исключением аллергенных продуктов для конкретного больного):

- Творог, говядину, мясо кролика и цыплят, имеющие белки с повышенным содержанием серосодержащих аминокислот, но с относительно низким содержанием таких аминокислот, как гистидин и триптофан.
- Печень, сердце, нерафинированное растительное масло с высоким содержанием фосфолипидов, в особенности лецитина.
- Продукты, богатые витаминами С, РР, Р, К, Е, А. В зимне-весенний период целесообразно дополнительное обогащение рациона витаминами в небольших количествах в естественных продуктах, за исключением витаминов В1 и В6.
- Кисломолочные продукты, столовые минеральные воды (гидрокарбонатно-сульфатно-кальциево-магниевые, с высоким содержанием солей магния, кальция и серы).
- Овощи, фрукты, ягоды, богатые пектинами и органическими кислотами.

В рационе ограничиваются:

- щавель, шпинат, ревень и другие продукты, богатые щавелевой кислотой;
- продукты со значительным содержанием натрия и хлора, а также острые блюда, яйца, треска, рыбы семейства скумбриевых (скумбрия, тунец, королевская макрель и др.), семейство лососевых, соленая и маринованная рыба, дрожжевые экстракты, бананы, цитрусовые, алкоголь в любом виде.

Аллергия к белку молока

При пищевой аллергии к белку коровьего молока из рациона необходимо исключить коровье молоко и содержащие его продукты. Несмотря на то что коровье и козье молоко сходны по антигенному составу, некоторые больные с аллергией к коровьему молоку переносят козье.

Основные продукты, содержащие белок коровьего молока:

- молоко и молочнокислые продукты;
- сухое молоко и сухое обезжиренное молоко;
- сливочное масло, маргарин;
- молочная сыворотка;
- творог;
- мороженое;
- сыр;
- лактоза;
- казеин, гидролизат казеина.

Таблица 1 - Элиминационные диеты при аллергии к коровьему молоку

Продукты, блюда	Разрешены	Запрещены
Молочные продукты	Соевое молоко и другие соевые аналоги. При переносимости — козье молоко и изделия на основе его.	Молоко, кисломолочные продукты, сыр, сливочное масло.
Специализированные продукты лечебного питания	Смесь белковая композитная сухая, которая не содержит казеин.	При наличии аллергии к компонентам смеси.
Супы	Бульоны, отвары, консоме.	Супы на основе или с добавлением молока, сливок, сметаны.
Мясо, птица, рыба	Мясопродукты, субпродукты, ветчина, консервы.	Колбасные изделия с возможным добавлением молока (сосиски). Мясо и рыба под белым соусом, панированные сухарями, приготовленные в тесте, в сыре.
Яйца	Яйца.	Заменители яиц, омлеты с добавлением молока.
Гарниры	Картофель, макаронные изделия, рис, бобовые и др.	Макароны с сыром, картофельное пюре и другие продукты, содержащие молоко и его компоненты.
Блюда из круп	Молочные каши	Каши на воде и соевом молоке.
Овощи	Любые овощи и блюда из них.	Овощные продукты с добавлением молока и его компонентов (пюре, тушеные с добавлением сметаны).
Фрукты	Любые фрукты и блюда из них.	Фрукты со сливками.

Хлебобулочные изделия	Ржаной хлеб, некоторые сорта пшеничного хлеба.	Большинство сортов пшеничного хлеба, блины и оладьи, пончики, вафли, рулеты, сдобные сухари, бисквиты, сухое печенье и др.
Сладкие блюда	Бисквит из муки, сахара и взбитых белков, взбитые белки с фруктами, желе, меренги, черный шоколад, сахар, мед, домашние сладкие блюда (пироги, печенье), не содержащие молока.	Любые сладкие блюда, содержащие молоко или его компоненты, готовые пироги, торты, печенье, пудинги, мороженое, шербеты, йогурты, сухие смеси, молочный и низкокачественный шоколад.
Напитки	Вода, чай, соки, газированные напитки.	Напитки (кофе, чай) с добавлением молока, какао, молочные коктейли, напитки из соков с дополнением компонентов молока (коктейли), алкогольные напитки со сливками.
Жиры	Растительное масло.	Сливочное масло, большинство маргаринов.
Соусы	Соусы на основе уксуса, растительного масла, кетчуп, горчица и некоторые другие, не содержащие компонентов молока, майонезы домашнего приготовления.	Майонезы, белые соусы, бешамель.
Разрешенные продукты, при приготовлении блюд	Продукты, приготовленные на растительном масле.	Продукты, приготовленные на сливочном масле, панированные сухарями, запеченные с сыром, в тесте.

Аллергия на яичный белок

При пищевой аллергии на яичный белок из рациона исключают яйца и продукты, содержащие их, либо яичный порошок, яичный альбумин. Необходимо помнить, что некоторые виды вакцин (против кори и свинки), изготавливаемые на культурах куриных эмбрионов, могут вызывать развитие аллергических реакций у людей с непереносимостью яичного белка.

Таблица 2 - Элиминационные диеты при аллергии к яйцам

Продукты, блюда	Разрешены	Запрещены
Яйца	—	Яйца и блюда из них, яичная масса, некоторые заменители яиц.
Молочные продукты	Молоко, кисломолочные продукты, творог, сыр (при их переносимости).	Творожная масса, сырки, молочные коктейли, содержащие яйца.
Специализированные продукты лечебного питания	Смесь белковая композитная сухая, которая не содержит казеин).	При наличии аллергии к компонентам смеси.
Супы	Бульоны, отвары, супы-пюре.	Супы с яичной лапшой, с добавлением вареных яиц, крепкие бульоны, осветленные яйцом.
Мясо, птица, рыба	Мясопродукты, субпродукты, ветчина, рыба, птица (допускается обжаривание в сухарях без яиц).	Колбасные изделия, изделия из рубленого мяса (тефтели, гамбургеры, фрикадельки), продукты в панировке, содержащей яйца, в кляре, суфле, мясо, запеченное в горшочке.
Гарниры	Картофель, рис, макаронные изделия, бобовые, не содержащие яиц.	Запеканки, котлеты, пирожки из картофеля, яичная лапша.
Овощи	Любые овощи.	Салаты из овощей под майонезом, суфле из овощей, котлеты, овощи в панировке.
Фрукты	Любые фрукты.	Фрукты с заварным кремом и взбитыми белками.

Блюда из круп	Любые.	Запеканки из круп, содержащие яйца, гречка с яйцом и т. п.
Хлебобулочные изделия	Несдобный пшеничный и ржаной хлеб, хрустящие ржаные хлебцы, некоторые виды печенья, не содержащие яиц, яичного белка.	Готовые кексы, блины, тосты, бублики, пончики, вафли и начинки для них, некоторые виды печенья.
Жиры	Сливочное масло, маргарин, сливки.	—
Соусы	На основе уксуса, растительного масла, томатной пасты, сливок.	Майонез, готовые заправки для салата.
Сладости	Сахарная глазурь, сахар, мед, патока, варенья, конфитюры, мармелад, кокосовая твердая карамель.	Меренги, изделия с заварным кремом и взбитыми белками, зефир, мороженое, «восточные» сладости, некоторые готовые конфеты.
Напитки	Вода, соки, газированные напитки, чай.	Алкогольные напитки с добавлением взбитых яиц, кофе и алкогольные напитки, осветленные яичным белком или скорлупой, шипучие напитки с добавлением яиц в качестве пенообразователя.

Аллергия к пшенице

Если у больного выявлена аллергия к пшенице, то из его рациона необходимо исключить пшеницу и содержащие ее продукты

Для расширения рациона используют муку из других продуктов. Для введения в рецептуру других блюд используют (в пересчете на 1 стакан пшеничной муки):

- 0,5 стакана ячменной муки;
- 1 стакан кукурузной муки;
- 0,75 стакана овсяной муки грубого помола;
- 0,6 стакана картофельной муки;

- 0,9 стакана рисовой муки;
- 1,25 стакана ржаной муки;
- 1,3 стакана молотых овсяных хлопьев.

Блюда получаются более вкусными, если вместо пшеничной муки использовать не один сорт муки, а несколько, например:

- 0,5 стакана ржаной муки + 0,5 стакана картофельной муки;
- 0,6 стакана рисовой муки + 0,3 стакана ржаной муки;
- 1 стакан соевой муки + 0,75 стакана картофельной муки.

Для панировки используют молотые рисовые и кукурузные хлопья.

Таблица 3 - Элиминационные диеты при аллергии к пшенице

Продукты, блюда	Разрешены	Запрещены
Супы	Бульоны, отвары, консоме, супы- пюре (в качестве загустителя — крахмал или рисовая мука).	Супы с макаронными изделиями, клецками, в которых загустителем служит пшеничная мука.
Молочные продукты	Молоко, кисломолочные продукты, творог, сыр (при их переносимости).	—
Специализированные продукты лечебного питания	Смесь белковая композитная сухая (не содержит казеин).	При наличии аллергии к компонентам смеси.
Мясо, птица, рыба	Мясо, субпродукты, ветчина, рыба, птица (допускается обжаривание в сухарях без яиц).	Панированное и обвалянное в муке мясо, рыба, птица, колбасные изделия, консервы, мясные продукты с наполнителями, некоторые рубленые изделия.
Гарниры	Картофель, рис.	Макаронные изделия, гарниры, приготовленные с добавлением пшеничной муки (картофельные котлеты).

Овощи	Любые овощи, приготовленные без пшеничной муки.	Любые овощи, приготовленные с добавлением пшеничной муки.
Фрукты	Любые фрукты.	Прессованные фрукты с добавлением пшеницы.
Хлебобулочные изделия	Приготовленные из кукурузной, рисовой, ржаной, ячменной, овсяной, картофельной муки.	Пшеничный хлеб, панировочные сухари, сухое печенье, маца, пончики, рулеты, печенье, блины, оладьи, гренки, ржаной и кукурузный хлеб с добавлением пшеничной муки.
Блюда из круп	Блюда из круп (кукурузы, овса, риса), не содержащие пшеницы.	Пшеница и изготовленные на ее основе крупы (манная и т. п.), мюсли.
Жиры	Сливочное масло, маргарин, сливки, растительное масло.	—
Соусы	Соусы с крахмалом.	Готовые соусы и заправки для салатов, содержащие пшеничную муку, некоторые майонезы, кетчупы, соевые соусы.
Сладости	Сахар, мед, заварные кремы, не содержащие пшеничной муки, пудинги из риса и кукурузного крахмала, пироги, торты, печенье из заменителей пшеничной муки.	Блюда, приготовленные из пшеничной муки: пироги, печенье, торты, пирожные, готовое мороженое, глазурь. Кондитерские изделия с добавлением пшеничной муки (многие конфеты с начинкой, шоколад), некоторые сорта дрожжей.
Напитки	Вода, чай, соки, газированные напитки.	Заменители кофе на основе пшеницы, пиво, виски, пшеничная водка.

Аллергия к сое

При аллергии к сое сложности в питании больных связаны с тем, что соевые белки часто входят в состав готовых продуктов и полуфабрикатов. К сожалению,

производители продуктов питания не всегда указывают на упаковке информацию о содержании соевых белков, вместо этого обычно пишут: «растительный белок». Источником аллергенов сои могут быть также лецитин, соевая мука и растительное масло. Если причина пищевой аллергии не установлена, можно придерживаться неспецифической гипоаллергенной диеты.

Таблица 4 - Элиминационные диеты при аллергии к сое

Продукты, блюда	Разрешены	Запрещены
Супы	Бульоны, отвары, консоме, супы-пюре, не содержащие сою.	Некоторые готовые супы, супы быстрого приготовления, бульонные кубики.
Молочные продукты	Молоко и кисломолочные продукты, сыр.	Соевое молоко, тофу, готовые молочные коктейли.
Мясо, птица, рыба, яйца	Мясо, птица, рыба, яйца.	Готовые рубленые мясные изделия (в т. ч. гамбургеры), мясорастительные и многие мясные консервы, большинство колбасных изделий, мясопродукты и рыба, приготовленные или консервированные на соевом масле, имитации мясных изделий («соевое мясо»), готовые мясные и рыбные блюда восточной кухни.
Гарниры	Картофель, макаронные изделия, рис.	Макаронные изделия из соевой муки, блюда, приготовленные на соевом масле.
Овощи	Любые овощи и блюда из них, приготовленные без использования сои.	Блюда из овощей, приготовленные с использованием соевого масла, соуса, бобов и побегов (блюда восточной кухни).
Фрукты	Любые фрукты.	—
Хлебобулочные изделия	Любые, не содержащие соевых продуктов (муки, масла.)	Соевый хлеб, кукурузный хлеб (с добавлением соевой муки), изделия, приготовленные на соевом масле.

Блюда из круп	Крупы и готовые крупяные изделия, не содержащие сои.	Крупы и готовые крупяные изделия, содержащие соевую муку, соевое масло и растительный белок.
Жиры	Сливочное масло, бекон, оливковое, подсолнечное, кукурузное масло, маргарин (не содержащие сои).	Соевое масло, растительное масло (из смеси масел), некоторые маргарины.
Соусы	Горчица, кетчуп и др. соусы без добавления сои, маринады.	Соевый соус, некоторые майонезы, готовые соусы, заправки для салатов.
Сладости	Сахар, мед, конфитюры, сиропы, шоколад, желе, заварные кремы, домашняя выпечка и печенье.	Готовая выпечка, конфеты, карамель.
Напитки	Вода, чай, соки, газированные напитки, кофе.	Молочные коктейли.

Таблица 5 - Общая неспецифическая гипоаллергенная диета по А. Д. Адо

Не рекомендуется употреблять	Можно употреблять
Яйца. Орехи (фундук, миндаль, арахис и др.). Грибы.	Супы: крупяные, овощные на вторичном говяжьем бульоне, вегетарианские. Масло сливочное, оливковое, подсолнечное. Картофель отварной. Каши: гречневая, геркулесовая, рисовая.
Молоко.	Молочнокислые продукты — однодневные (творог, кефир, простокваша).
Птица и изделия из нее. Рыба и рыбные продукты. Копченые изделия.	Мясо говяжье нежирное, отварное.

Томаты, баклажаны. Хрен, редис, редька.	Огурцы свежие, петрушка, укроп.
Цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты и др.). Клубника, земляника, дыня, ананас.	Яблоки печеные, арбуз.
Мед, шоколад и шоколадные изделия.	Сахар. Уксус, горчица, майонез и прочие специи.
Сдобное тесто.	Белый несдобный хлеб.
Кофе. Категорически запрещаются все алкогольные напитки.	Чай. Компоты из яблок, сливы, смородины, вишни, сухофруктов.

Принципы составления диет

Вопрос о длительности диетических ограничений окончательно не решен. При соблюдении строгой элиминационной диеты может исчезнуть аллергия на яйца, молоко, пшеницу и сою. Такие продукты, как арахис, рыба, лесные орехи и ракообразные, обычно вызывают пожизненную аллергию.

Если реакции не очень тяжелые, а продукт принадлежит к основным продуктам в пищевом рационе, то после годичного исключения возможно проведение провокационной пробы. То же касается пищевых продуктов с недоказанной в кожных или иных тестах аллергенностью. В таких случаях вероятна не аллергия, а пищевая непереносимость. В случае пищевой непереносимости лечение воспалительных изменений желудочно-кишечного тракта может привести к исчезновению реакции на продукт.

Существует так называемый вращательный принцип составления диеты: каждый продукт, подозреваемый на аллергенность, употребляется не чаще, чем 1 раз в 5–7 дней. Во многих случаях это позволяет избежать сенсибилизации организма. Следует учитывать принадлежность продуктов к различным группам, так как среди продуктов одной группы чаще встречаются общие антигены. Например, яблоки и груши относятся к одному семейству, поэтому каждый из них можно включить в меню 1 раз в неделю (если на этой неделе больной съел яблоко, то на следующей неделе может съесть грушу).

Приведенная ниже классификация пищевых продуктов облегчит составление элиминационной диеты, поскольку часто приходится исключать не один продукт, но и родственные, например, все цитрусовые, или тресковые, или карповые рыбные продукты.

Классификация пищевых продуктов (для элиминационной диеты)

- Зерновые, хлебобулочные продукты
- Хлебные злаки (пшеница, рожь, овес, кукуруза, просо, рис, сорго).
- Гречневые (гречиха).
- Бобовые (горох, фасоль, бобы, чечевица, соя и др.).

Овощи, плоды, фрукты и ягоды

Вегетативные овощи:

- Клубнеплоды (картофель, батат, топинамбур).
- Корнеплоды (морковь, свекла, редис, редька, репа, брюква, петрушка, пастернак, сельдерей).
- Капустные овощи (капуста белокочанная, цветная, брюссельская, кольраби).
- Луковые (лук репчатый, лук- порей, чеснок).
- Салатно-шпинатные (салат, шпинат, щавель).
- Десертные (спаржа, ревень, артишок).
- Пряные (укроп, хрен, базилик и др.).

Плодовые овощи:

- Тыквенные (огурцы, арбузы, дыни, кабачки, тыква, патиссоны).
- Томатные (томаты, баклажаны, перец и др.).
- Бобовые (горох, фасоль, бобы).

Плоды:

- Семечковые (яблоки, груши, айва, рябина).
- Косточковые (вишня, черешня, слива, алыча, абрикос, персик).
- Орехоплодные (грецкий орех, миндаль, каштаны и др.).
- Цитрусовые (лимон, апельсин, мандарин, грейпфрут).
- Субтропические и тропические (маслины, инжир, гранат, банан, ананас и др.).
- Ягоды (земляника, клубника, малина, смородина, крыжовник и др.).

Сахар, крахмал, мед, кондитерские изделия, шоколад

Вкусовые продукты

- Пряности, приправы, пищевые кислоты, чай, кофе, алкогольные и безалкогольные напитки.

Мясо и мясопродукты

- Говядина, телятина, конина, баранина, козлятина.
- Свинина, крольчатина и др.

- Мясные полуфабрикаты, консервы, колбасные изделия.

Рыба и рыбные продукты

- Осетровые (белуга, осетр, стерлядь, севрюга и др.).
- Лососевые (кета, горбуша, семга, форель, омуль и др.).
- Сельдевые (атлантические, тихоокеанские, беломорские, каспийские, салака, сардинелла, килька, тюлька и др.).
- Карповые (сазан, карп, лещ, вобла, тарань, чехонь, рыбец, карась, красноперка, толстолобик, усач, амур и др.).
- Окуневые (судак, окунь, ерш, берш и др.).
- Камбаловые (камбала, палтус).
- Ставридовые (ставрида, вомер, сернорелла и др.).
- Скумбриевые (скорпеловые, макрусовые, нототениевые, луфаревые, горбулевые и др.).
- Рыбные консервы, полуфабрикаты и изделия.
- Икра (осетровых, лососевых, частиковых рыб).
- Морепродукты (ракообразные, моллюски, водоросли и др.).

Молоко и молочные продукты

- Молоко коровье, кобылье, овечье, козье, оленье, буйволовое.
- Кисломолочные продукты (сметана, творог, простокваша, кефир, кумыс, ацидофильные продукты).
- Мороженое.
- Сыры.
- Масло сливочное и топленое.

Яйца и яичные продукты

- Яйца (куриные, гусиные, утиные, индюшиные и др.).
- Яичные порошки.

Жиры

- Животные топленые.
- Растительные (подсолнечное, соевое, хлопковое, оливковое, арахисовое, кукурузное, горчичное и др.).
- Маргарины и кондитерские жиры

Общая характеристика гипоаллергенной базисной диеты

Рацион диеты физиологически полноценный, содержит нормальное количество белков, жиров и углеводов; химически щадящий. Число приемов пищи — 6 раз в день, порции небольшие по объему, рекомендуется тщательное пережевывание

пищи. Соль ограничена до 6–8 г/сут, ограничены простые углеводы до 20–30 г/сут. Количество потребляемой жидкости в свободном виде до 1,5 литра, при отеке Квинке — 600 мл.

Кулинарная обработка. Блюда готовят в отварном виде с трехкратной сменой бульона при варке мяса, курицы, рыбы, без соли. Яйца обрабатывают термически не менее 15 минут. Овощи не пассеруются. Блюда изменяют по показаниям.

Температура блюд: холодных не ниже 15 °С, горячих — не выше 62 °С.

Химический состав гипоаллергенной диеты: белков 80–90 г (из них растительных — 40 г), жиров 70–80 г (из них 40 г — растительных), углеводов 420 г (из них простых — до 30 г).

Особенности диеты

Расширение гипоаллергенной базисной диеты проводится только в пределах рекомендуемых блюд и продуктов. Важно соблюдать принцип постепенности как в отношении новых продуктов, так и их количества. Новый продукт вводится, начиная с минимального количества, увеличивая ежедневно до полного объема. Параллельно нельзя пробовать несколько разных продуктов. Строгая элиминационная диета (базисная) применяется 7–10 дней, после этого составляется индивидуальная гипоаллергенная диета с введением белковых ингредиентов, которые пациент хорошо переносит. В таком варианте можно вводить в блюда молоко, яйца, крупяные изделия, белый хлеб.

Разрешается замена одних продуктов другими с сохранением пищевой ценности рациона. Коровье молоко можно заменить козьим, кобыльим, сухой молочной смесью, соевым молоком, смесью белковой композитной сухой, например, белки животного происхождения (рыба, курица, яичный белок) заменяют белками бобовых, включают сою, творог.

Ограничиваются блюда из рыбы, курицы, яйца, молока, при непереносимости — белый хлеб, сыр, многокомпонентные блюда, сахар, варенье, овощные и фруктовые соки. Исключаются изделия из сдобного теста, мясные, рыбные, куриные, грибные бульоны, жареные блюда, соленья, копчения, маринады, специи, консервы, копчености, колбасы, сосиски, икра, жир в натуральном виде и в составе блюд, алкоголь, газированные напитки, лимонад, кетчуп, шоколад, кофе, какао, орехи, цитрусовые, клубника, земляника, овощи и фрукты оранжевого и красного цвета, редис, лук, редька.

Несколько слов о профилактике

Профилактика пищевой аллергии должна начинаться с правильного питания беременных женщин и детей, особенно в семьях с аллергическими заболеваниями. Начинать профилактику следует еще до рождения ребенка, помня о том, как тесно связаны здоровье матери и здоровье ребенка.

Болезни желудочно-кишечного тракта, токсикозы и нефропатии, перенесенные во время беременности, могут вызывать пищевую аллергию у детей. В этот период женщины должны очень осторожно принимать лекарства и использовать их только

в случаях крайней необходимости. Беременные женщины должны исключительно внимательно относиться к своему питанию. Пища будущей матери должна быть разнообразной, богатой витаминами, но «малоаллергичной». Также очень важно не перекармливать детей, особенно сладостями, цитрусовыми, орехами, медом. В раннем детстве питание должно быть разнообразным с исключением избыточного потребления рыбы, шоколада, цитрусовых, орехов и меда.

Все продукты питания должны быть свежими или с небольшим сроком хранения. Рекомендуется ограничить продукты, содержащие простые углеводы (сахар, мед, конфеты, пирожные и т. д.), поскольку на этом фоне усиливается «готовность» организма к проявлению пищевой непереносимости. Запрещается алкоголь. Даже минимальное его количество усиливает степень аллергической реакции. Большое значение в профилактике пищевой непереносимости имеет раннее и систематическое лечение острых и хронических заболеваний пищеварительного тракта.