Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ»

ТАШКЕНТ 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. директора
РСНПМЦДВиК МЗ
РУз
Сабиров У.Ю.

«21» мая 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ»

ТАШКЕНТ 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ».

Ташкент 2025

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10/11:

L20	Атопический дерматит	EA80 Атопическая экзема
L20.8	Другие атопические дерматиты	EA80.0 Инфантильная атопическая экзема
L20.0	Почесуха Бенье	EA80.1 Атопическая экзема детства
L20.9	Атопический дерматит неуточненный	EA80.2 Взрослая атопическая экзема
https://icd.who.int/browse11/l-m/ru		9A06.70 Атопическая экзема век
		EA85.20 Атопическая экзема рук
		EA80.Y Другие уточненные формы атопической экземы
		https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабиров У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	РСНПМЦДВиК
2.	Мавлянова Ш.З.	Заведующая научной лабораторией по изучению проблем дерматозов	РСНПМЦДВиК
3.	Исмогилов А.И.	Заведующий 2 стационарным отделением дерматологии, к.м.н.	РСНПМЦДВиК
4.	Садиев Ш.Ф	Врач дерматовенеролог клиники, м.н.с	РСНПМЦДВиК
5.	Боходирова А.А.	Ученый секретарь , врач дерматовенеролог	РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

1. Махмудов Фарид Махмудович – заведующий кафедрой дерматовенерологии Азербайджанского медицинского университета, PhD, профессор
2. Рахматов Акрам Баратович – ведущий научный сотрудник РСНПМЦДВиК МЗ РУз, доктор медицинских наук, профессор, заведующий научной лабораторией по изучению проблем микозов.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной работе, главный врач клиники.

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здраввохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате 29 августа 2024года (протокол № 7).

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ»……5

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ»……..41

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ»…….45

Список сокращений

ИЛ	интерлейкин
ПУВА	терапия - облучение ультрафиолетовым излучением длиной волны 320—400 нм с применением фотосенсибилизирующих препаратов сочетанное применение фотосенсибилизаторов группы фурокумаринов и длинноволнового ультрафиолетового излучения 320-400 нм
УФА	длиноволновое ультрафиолетовое излучение 350-400 нм
УФВ	средневолновое ультрафиолетовое излучение 280-320 нм (селективная фототерапия)
УФВ-311 терапия	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (либо узкополосная (311 нм) средневолновая терапия)
ФНО	-фактор некроза опухоли
SCORAD	индекс оценки тяжести атопического дерматита (Scoring of Atopic Dermatitis)
IgE	иммуноглобуин Е
БА	бронхиальная астма
АР	аллергический ринит
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФлА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/м	Внутримышечно
в/в	Внутривенно
п/к	Подкожно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
нм	нанометр
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи аллергологи
5. Врачи лаборанты;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;

9. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения атопического дерматита в практику здравоохранения повсеместно.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины. Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

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

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

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

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2.Основная часть.

2.1.Введение

За последние десятилетия было отмечено увеличение роста заболеваемости аллергическими заболеваниями кожи. Согласно World Allergy organization (WAO) у 30-40% населения выявлено одно или несколько аллергических заболеваний [3]. Среди аллергических заболеваний кожи первое место занимает атопический дерматит (АД) [2,5]. Дерматоз является наиболее часто встречающимся кожным заболеванием, которым страдает до 20% детей и 3–10% взрослых. Согласно МКБ-10 атопический дерматит (АД) представляет группу аллергодерматозов, включающая диффузный и локализованный нейродермит, экзему, почесуху Бенье и другие аллергические заболевания кожи, в основе которого лежат иммунные механизмы, приводящее к повреждению кожи.

Атопический дерматит является одним из распространенных, генетически – детерминированных форм аллергических заболеваний кожи и остается важной медико-социальной проблемой здравоохранения, значимость которой определяется неуклонным ростом заболеваемости, поражающим 10-12% детей моложе 14 лет и регистрирующийся у 1,5-2% взрослого населения в общей популяции, варьируя в различных странах в зависимости от уровня урбанизации и состояния экологической чистоты жизненного пространство.

Наследственная предрасположенность, нарушения высшей и вегетативной нервной системы, расстройства деятельности внутренних органов, обменные, нейрогуморальные, нейро-сосудистые нарушения, аллергическое состояние организма, нерациональное питание, различные интоксикации, влияние неблагоприятных факторов окружающей среды - все это обусловливает возникновение и хроническое течение АД.

2.2 Определение

Атопический дерматит – мультифакториальное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, имеет стадийный характер с возрастными особенностями клинических проявлений, повышением уровня сывороточного Ig E и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям.

2.3Классификация

Согласно МКБ-10 в группу L-20-30 дерматит и экзема входят:

L20 Атопический дерматит

L20.0 Почесуха Бенье

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

L20.9 Атопический дерматит неуточненный

Общепринятой клинической классификации не существует.

1. Возрастные периоды болезни.
I возрастной период – младенческий (до 2 лет);
II возрастной период – детский (от 2 до 12 лет);
III возрастной период – подростковый и взрослый (от 13 лет и старше).
2. Стадии болезни:
- Стадия обострения (фаза выраженных клинических проявлений, фаза умеренных клинических проявлений);
- Стадия ремиссии (неполная и полная ремиссия).
3. Распространенность процесса:
- Ограниченно-локальный;
- Распространенный;
- Диффузный.
4. Степень тяжести процесса:
- Легкое течение;
- Средней тяжести;
- Тяжелое течение
В 45% случаев АД начинается у младенцев в возрасте до 6 мес, в течение 1-го года жизни – у 60% и после 5 лет – у 20%.

2.4Клиническая картина заболевания

Клиническая картина атопического дерматита характеризуется сильным зудом и клиническим полиморфизмом, определяющие разнообразие клинических форм заболевания, в связи, с чем возникают определенные трудности в диагностике заболевания. Зуд является постоянным симптомом заболевания во всех возрастных периодах [20].

В зависимости от характера кожно- патологического процесса:
* эритематозно- сквамозная форма
* эритематозно- сквамозная с лихенизацией
* экссудативная
* лихеноидная
* пруригинозная

по типу течения процесса (Кунгуров Н.В.):
* гиперергический;
* инфекционный;
* пролиферативный;
* неуточнённый.

При АД младенческого периода поражения чаще всего локализуются на лице, поражая кожу лба и щек, оставляя свободным носогубный треугольник. Вместе с тем постепенно появляются изменения на разгибательной поверхности голеней, плеч и предплечий. Нередко поражается кожа ягодиц и туловища. Поражения кожи носит острый экзематозный характер. Процесс представлен эритематозными, мокнущими очагами, покрытыми корочками. Одновременно с отечными бляшками появляются отечные папулы, папулоуртикарные и папуловезикулезные элементы. Заболевание в младенческой

фазе может осложняться пиогенной инфекцией, дрожжевыми поражениями, которым нередко сопутствует лимфаденит.

Детская фаза, или второй возрастной период, наблюдается с 2 лет. Высыпания локализуются преимущественно в локтевых и подколенных складках, а также сгибательной поверхности лучезапястных суставов, тыльной поверхности кистей и пальцев. На протяжении этого периода островоспалительные эпизоды встречаются реже. К характерным проявлениям относят воспалительные фолликулярные и лихеноидные папулы, эритематозные, эритематозно-сквамозные и лихеноидные очаги.

АД, развившийся после пубертатного возраста, или взрослая фаза заболевания, характеризуется инфильтративными поражениями лица (особенно лба, носогубного треугольника), шеи, верхней части туловища и верхних конечностях. У некоторых больных очаги остаются преимущественно на кистях и носят ограниченный характер. В течение заболевания на этой фазе менее заметны реакции на аллергические раздражители и менее выражена сезонность обострений.

Выделяя фазы АД, необходимо подчеркнуть, что не у всех больных заболевание протекает с закономерным чередованием клинических проявлений, оно может начинаться и со второй или третьей фазы.

Начальная стадия АД развивается, как правило, у детей первых месяцев жизни с экссудативно-катаральным типом конституции. Ранними и частыми симптомами поражения кожи являются гиперемия и отечность щек и ягодиц, сопровождающиеся легким шелушением. Особенностью этой стадии является ее обратимость при условии своевременно начатого лечения.

При несоблюдении этого развивается стадия выраженных изменений на коже, или период обострения. Заболевание в этой стадии чаще начинается у детей 3-5 мес или же в любом возрасте, включая взрослых. При этом практически всегда период обострения АД проходит острую и хроническую фазы своего развития. Прогноз у таких больных при своевременно начатой терапии относительно благоприятный; в 40-50% случаев заболевание может спонтанно излечиваться, у 20% заболевших может вновь появиться после длительной (в течение 2-5 лет) ремиссии. Чаще всего АД переходит в хроническую фазу.

Для удобства клинической интерпретации рекомендуется использование рабочей классификацией, представленной Маннановым А.М. и Гребенюк В.Н. (1987), согласно которой распределение больных проводится по клинической картине заболевания. Согласно этой классификацией выделяют следующие клинические формы АД: эритематозно-сквамозная форма, эритематозно-сквамозная с лихенификацией, экссудативная, лихеноидная, пруригинозная форма.

Экссудативная форма чаще встречается в младенческом возрасте. Проявляется яркой отечной эритемой, на фоне которой располагаются мелкие плоские папулы и микровезикулы. В очагах поражения отмечаются выраженная экссудация и чешуйчато-корковые наслоения. Процесс в начальном периоде локализуется на лице, в области щек, затем распространяется на другие участки различной интенсивности. Часто присоединяется вторичная инфекция.

Эритематозно-сквамозная форма наблюдается в период раннего детства, сопровождается появлением эритемы, чешуек, мелких папул, экскориаций, корочек. Субъективно отмечается зуд различной интенсивности. Очаги локализуются на сгибательной поверхности конечностей, передней и боковой поверхности шеи, тыльной стороне кистей.

Эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией обычно встречается в детском периоде. При этой форме на фоне эритематозно - сквамозного очага поражения отмечаются сильно зудящие лихеноидные папулы. Очаги лихенизированы, кожа сухая, покрыта мелкопластинчатыми чешуйками, имеются геморрагические корки, экскориации. Элементы сыпи локализуются на локтевых сгибах, на шее, лице, в подколенных ямках. Часто присоединяется вторичная инфекция.

Лихеноидная форма встречается в подростково - юношеском возрасте и имеет четкие очаги с выраженной лихенификацией и инфильтрацией, лихеноидные папулы с блестящей поверхностью, геморрагическими корками и экскориациями. Из-за мучительного зуда отмечаются нарушения сна, раздражительность и другие нейрологические расстройства. Очаги поражения локализуются на лице (вокруг глаз, век), шее, локтевых сгибах.

Пруригинозная форма характеризуется появлением на верхних и нижних конечностях, в области шеи, ягодично – крестцовой и поясничной областях изолированных зудящих папул размером с горошину на фоне лихенизации кожи.

В стадии обострения АД выражено мокнутие, гиперемия, корочки, сильный зуд. Высыпания локализуются симметрично, при ограниченных формах – на лице, затем появляются на разгибательной поверхности конечностей, нередко поражается кожа ягодиц и туловища. Один из важных клинических признаков обострения АД – наличие многочисленных быстро вскрывающихся мелких пузырьков с серозным содержимым. В хронической фазе выражена лихенизация, сухость кожных покровов, трещины, отек, папулы.

Ремиссия у больных АД может быть полной (отсутствие всех клинических проявлений заболевания) и неполной (сохраняется сухость кожи, ее утолщение и лихенизациия).

3.Методы, подходы и процедуры диагностики

3.1. Диагностические критерии:

Диагностика атопического дерматита проводится на основании наличия обязательных и дополнительных критериев, предложенных Hanifin и Rajka (1980).

Обязательные критерии:

1. Зуд кожных покровов
2. Типичная морфологическая локализация высыпаний (у детей экзематозные высыпания локализуются на лице и сибательных поверхностях конечностей; у взрослых – лихенизация и экскориации на сгибательных поверхностях конечностей);
3. Хроническое рецидивирующее течение;
4. Атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии.

Дополнительные критерии:

1. Ксероз кожи;
2. Ладонный ихтиоз;
3. Реакция немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами;
4. Локализация кожного процесса на кистях и стопах;
5. Экзема сосков;
6. Восприимчивость к инфекционным поражениям кожи, связанным с нарушением клеточного иммунитета;
7. Начало заболевания в раннем детском возрасте;
8. Эритродермия;
9. Рецидивирующий конъюнктивит;
10. Складки Денни-Моргана (суборбитальные складки);
11. Кератоконус (коническое выпячивание роговицы);
12. Передние субкапсулярные катаракты;
13. Высокий уровень IgE в сыворотке крови;
14. Хейлит;

15. Трещины за ушами;
16. Экзема лица;
17. Шелушение кожи без экземы;
18. Плантарный дерматоз.

Диагноз АД считается доказанным, если у больного выявляют по три и более основных и дополнительных признаков.

Учитывая, что диагноз «АД» устанавливается на основании клинических признаков, необходимо уделить внимание жалобам и сбору анамнеза.
Сбор анамнеза:
При сборе анамнеза требуется обращать внимание на следующие:
• наличие аллергических заболеваний у родителей и родственников 2-3й линии родства;
• возраст и начала первых клинических проявлений, локализация кожно-патологического процесса;
• длительность заболевания, частота обострения;
• сезонность обострения;
• наличие других аллергических симптомов (аллергический конъюнктивит, ринит, кашель, одышка, приступы удушья);
• связь ухудшения состояния пациента с введением новых продуктов, приемом медикаментов, переменой обстановки, связь обострения с проведением профилактических прививок в детском возрасте;
• эффективность ранее проводимой терапии;
• выяснение профессиональных факторов (у взрослых);
• жилищно-бытовые условия больного.

Для оценки степени тяжести кожного процесса при АД используется индекс SCORAD, обеспечивающий наиболее точную и единую оценку разнообразных клинических проявлений заболевания.

Индекс объединяет в себе распространенность высыпаний, их интенсивность и выраженность субъективных ощущений. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)
Индекс рассчитывается по формуле:
SCORAD = A/5 + 7×B/2 + C,
где А – распространенность высыпаний,
В - интенсивность воспаления патологического процесса,
С – выраженность субъективных симптомов.
Под распространенностью подразумеваются только очаги острого или подострого воспаления с учетом того, что поверхность одной ладони составляет 1% всей поверхности тела человека. Интенсивность воспаления – то сумма оценок 6 наиболее характерных признаков АД: эритемы, отека, корок, экскориаций, лихенификаций, сухости кожи. Выраженность каждого признака оценивается в баллах: 0 – отсутствие признака, 1 – слабая выраженность, 2 – умеренная, 3- сильная. Субъективные признаки в виде зуда и нарушения сна оцениваются от 0 до 10 баллов. Соотношение баллов и процентов каждого признака таково:
SCORAD (0-103) = распространенность/5 (0-20; 19,4%) + 7 × интенсивность/2 (0-63; 61,2%) + субъективные симптомы (0-20; 19,4%) [16].
Индекс SCORAD при легком течении АД составляет менее 50 баллов, при среднетяжелом течении – от 50 до 80 баллов, при тяжелом – от 80 до 103 баллов.

Распространенность кожного процесса у детей оценивают по правилу «девяток», где за единицу принята площадь ладонной поверхности кисти. Одна ладонь ребенка в возрасте старше 2 лет составляет 1% от всей поверхности кожи.

При ограниченно-локализованном поражении высыпания локализуются главным образом в области складок, лица, шеи, а площадь поражения обычно не превышает 10% кожного покрова.

При распространенном процессе поражается кожа верхней части туловища, конечностей (локтевые, подколенные сгибы), а также другие участки (плечи, голени, бедра). Площадь поражения составляет 10-15% кожного покрова. Диффузное поражение кожи характеризуется вовлечением в патологический процесс более 50% кожного покрова.

Для определения степени тяжести рекомендуется программная диагностика ЭВМ DGU 20222915 для детского возраста и DGU 20222975 – для взрослых, где определяется индекс SCORAD (для детей: легкая степень – до 20 баллов, средняя степень – 21-40 баллов и тяжелая – более 40 баллов. Для взрослых: легкая степень - до 40, средняя степень – 41-70 баллов и тяжелая – более 70 баллов), также учитывается наличие или отсутствие наследственного фактора, давность и сезонность заболевания. [17,18].

Для оценки выраженности клинических проявлений дерматоза применяется индекс ДИШС (дерматологический индекс шкалы симптомов), расчет которого производится по 9 клиническим проявлениям: эритема, отек, мокнутие, лихенификация, папулы, сухость кожи, шелушение, трещины, зуд. Каждый признак оценивался от 0 до 3 баллов. ДИШС оценивался по трем степеням тяжести клинического проявления: лёгкая степень ДИШС оценивался - до 15 баллов, средняя степень - от16 до 25 баллов, тяжелая степень- более 25 баллов (от 26 до 36 баллов).

3. **Лабораторные исследования :**
   https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
   https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
   https://www.jaad.org/article/S0190-9622(13)01095-5/fulltext
   https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019096220303055X
   https://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2021/09/4_AP-010221-1050-No-Supplement.pdf
   https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

C5	Для оценки общего состояния больного для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии циклоспорином рекомендуется всем пациентам общий (клинический) анализ крови (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, тромбокрит, нейтрофилы палочкоядерные, нейтрофилы сегментоядерные, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, скорость оседания эритроцитов)

C5	Для оценки общего состояния пациента, для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии: анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, мочевина, билирубин общий, холестерин, триглицериды, натрий, калий, общий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза в крови

C5	Для оценки общего состояния пациента и выявления противопоказаний к системной терапии: общий (клинический) анализ мочи (цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция pH, глюкоза, белок, билирубин, уробилиноиды, реакция на кровь, кетоновые тела, нитраты, эпителий плоский, эпителий переходный, эпителий почечный, лейкоциты, эритроциты, цилиндры гиалиновые, цилиндры зернистые,

	цилиндры восковидные, цилиндры эпителиальные, цилиндры лейкоцитарные, цилиндры эритроцитарные, цилиндры пигментные, слизь, соли, бактерии)
С5	Рекомендуется в случае отсутствия достаточного для установления диагноза атопического дерматита числа диагностических критериев пациентам исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови [20].

С5	для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии биологическими препаратами определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови

С5	для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии биологическими препаратами определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови

С5	пациентам с атопическим дерматитом женского пола для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии селективными иммунодепрессантами исследование мочи на хорионический гонадотропин

Комментарии: *Биологические препараты не следует применять во время беременности. В связи с этим перед началом терапии женщинам детородного возраста необходимо получить отрицательный результат теста на беременность, в ходе ее проведении и, по меньшей мере, в течение 6 месяцев после ее окончания женщины детородного возраста должны использовать надежные методы контрацепции.*

С5	Рекомендуется гистологические исследование биопсийного (операционного) материала кожи для дифференциальной диагностики в случае наличия у пациента клинических признаков общих с другими заболеваниями кожи

С5	• Общий анализ кала • Кал на скрытую кровь

С5	• Иммунологические исследования • Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика • Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА • Выявление инфекций в крови и биосубстратах • Исследование IgG к Candida albicans в крови • исследование ФНО-альфа, IL 4.6 в крови • Исследование содержания гамма-глобулина в крови • Микробиологическое исследование биосубстратов организма с определением чувствительности к антибиотикам • Исследование целиакии • Проверка на инвазию гельминтов • Микологическое исследование биосубстратов организма (световая микроскопия и ПИФ • Молекулярно-генетические исследования • Исследование уровня ANA в крови • Исследование лампой Вуда • Генотипирование микроорганизмов • Исследование гормонов щитовидной железы

	• Коагулограмма • Исследование антигена Aspergillus fumigatus IgG в крови

C5	Рекомендуется проведение аллергологического обследования пациентам с атопическим дерматитом с семейным и/или личным анамнезом аллергических заболеваний – пищевой аллергии, аллергического ринита, бронхиальной астмы, а также с указанием на обострение заболевания при контакте с аллергенами • Аллерготест иммуноблотинг Polycheck Allergy • ALEX тест (молекулярная аллергодиагностика)

C5	Рекомендуется проведение накожных исследований реакции на аллергены с бытовыми, пыльцевыми, эпидермальными, грибковыми и пищевыми аллергенами для диагностики

1. **Инструментальные исследования:**
   https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16867052/
   https://raaci.ru/dat/pdf/project_AtD.pdf?ysclid=lyrjosleje647839847
   https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
   https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

C4	Корнеометрия — определение количества влаги в роговом слое.

C4	Диагностика состояния кожи

C4	Дерматоскопия

C5	Для выявления противопоказаний к системной терапии, физиотерапии и контроля безопасности системной терапии рекомендуется УЗИ внутренних органов.

C5	Ультразвуковое исследование кожи - с целью исследования изменений подкожного дна при тяжелых или осложненных формах заболевания.

2. **Дополнительное обследование**
   https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/

C5	Программа диагностики степени тяжести атопического дерматита у взрослых и детей.

C5	Рекомендуется микробиологические исследования кожи (культуральные) для оценки состояние микробиомы кожи у больных атопическим дерматитом. Исследования проводят в бактериологическом лаборатории врач-лаборант и специально обученная медицинская сестра. Проводят культуральные исследования кожных чешуек очагов поражения у больных атопическим дерматитом с определением вида микроорганизма и характера обсемененности, чувствительности к антибактериальным препаратам.

С5	Рекомендуется микологические исследования биосубстратов организма у больных атопическим дерматитом. Исследования проводят в микологическом лаборатории врач-лаборант и специально обученная медицинская сестра. Проводят микроскопические и культуральные исследования биосубстратов (кожные чешуйки, слизистых оболочек полсти рта, кал) у больных атопическим дерматитом с определением вида микроорганизма и характера обсемененности, чувствительности к антимикотическим препаратам.

Показания для консультации специалистов

https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis

С6	Рекомендуется консультация 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.

С6	Рекомендована консультация диетолога для составления и коррекции индивидуального рациона питания.

С6	Рекомендована консультация ЛОР-врача для выявления и санации очагов хронической инфекции, ранняя диагностика и своевременное купирование симптомов аллергического ринита.

С6	Рекомендована консультация психоневролога при выраженном зуде, поведенческих нарушениях.

С6	Рекомендована консультация медицинского психолога/психотерапевта для проведения психотерапевтического лечения, обучения технике релаксации, снятия стресса и модификации поведения.

С6	Рекомендована консультация терапевта для выявления и лечения сопутствующих заболеваний

С6	Рекомендована консультация педиатра для выявления и лечения сопутствующих заболеваний.

Дифференциальный диагноз:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis

Диагноз	**Обоснование для дифференциальной диагностики**

Себорейный дерматит	Эритематозные очаги в себорейных участках кожи, с жирными грязно-желтоватыми чешуйками на поверхности.
Эритродермия Лейнера	Диффузная эритема с обильным шелушением, диарея, плохая прибавка в весе. Слабый зуд.
Пеленочный дерматит	на коже промежности, ягодицы – эритема, отечность, уртикарии, везикулы. Слабый или отсутствует зуд.
Розовый лишай Жибера	На коже шеи, туловища розоватого цвета пятна с периферическим ростом, более крупные напоминают «медальоны». Самая крупная «материнская бляшка».
Чесотка	Паразитарное заболевание кожи, вызванное sarcoptes scabei. На коже отмечается зудящие папулы, везикулы, располагающиеся линейно, парно, характерные чесоточные ходы, расчесы. Выраженный зуд, особенно в ночное время.
Ихтиоз	Генодерматоз, фолликулярный гиперкератоз, сухость кожи, мелкопластинчатое и крупнопластинчатое шелушение, усиление складчатости ладони, ломкость ногтей и волос.
Микробная экзема	сенсибилизация к стрептококку и стафилококку. Эритематозные очаги с четкими границами, с насыщенными красного цвета.
Псориаз	чаще проявляется в подростковом или взрослом возрасте, хотя возможен и детский псориаз, но в более редких случаях, преимущественно поражает разгибательные поверхности (локти, колени), поясницу, волосистую часть головы, может затрагивать ногти, характерны чётко очерченные папулы и бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Высыпания могут быть симметричными, а зуд не всегда является основным симптомом. После удаления чешуек может наблюдаться точечное кровотечение (симптом Ауспитца)
Герпетиформный дерматит Дюрингга	Повышенная чувствительность к глютену и целиакия. На коже на фоне гиперемии мелкие напряженные пузырьки, склонные к группировки. Интенсивный зуд
Т-клеточная лимфома на ранних стадиях	Злокачественная опухоль лимфоидной ткани. На ранних стадиях в основном на коже туловища и конечностях отмечается пятно ярко – розовой окраски, отечные, шелушение, формируются бляшки и узлы.
Наследственные нарушения	Наследственное заболевание. На коже лица, туловища, на разгибательные поверхности

обмена триптофана	конечностей, ягодицы отмечается гиперемия, отечность, везикулы, экссудация, корки, папулы, экскориации, лихенификация.
Синдром Вискотта-Олдрича	Наследственное Х-сцепленное заболевание. На коже отмечается эритематозно-сквамозные высыпания, экскориации, экссудации.

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

https://nationaleczema.org/
https://www.mdpi.com/2077-0383/13/8/2185
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19137769/
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667026723000176
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785

4.1 Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях :

Немедикаментозное лечение:

- Стол №15 (ограничить: прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров) В пищу рекомендуется включить растительные масла, а также продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи). [25]
- Рекомендуется всем пациентам с АД независимо от степени тяжести: увлажняющие и смягчающие средства (эмоленты) наружно [27-37]. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) Комментарии: Эмоленты могут использоваться в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн.
- Пациентам с АД необходимо постоянно, часто и в больших количествах использовать увлажняющие и смягчающие средства (не менее 3-4 раз в день) как самостоятельно, так и после водных процедур [38-40]. Наиболее выраженный эффект увлажняющих и смягчающих препаратов наблюдается при их постоянном использовании в виде крема, мази, масла для ванны и заменителей мыла. Не рекомендуются ограничительные гипоаллергенные диеты в общей популяции [231]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5) Комментарии: Убедительных данных об эффективности гипоаллергенных или элиминационных диет в процессе беременности в отношении развития АД в общей популяции в настоящее время не получено [225]. Рекомендуется беременным, детям и взрослым с АД с целью контроля за факторами внешней среды исключение воздействия табачного дыма [232] Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) Комментарии: Курение недопустимо во время беременности и лактации; пассивное курение исключают с первых дней жизни ребенка. Рекомендуется пациентам с АД с целью контроля за факторами внешней среды поддержание низкой влажности и адекватной вентиляции в помещениях, где находится ребенок (исключение сырости) [233]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4) Рекомендуется элиминация или удаление причинно-значимых аллергенов. При установленной сенсибилизации к бытовым, эпидермальным, грибковым аллергенам

рекомендованы элиминационные мероприятия с целью уменьшения выраженности симптомов АД, снижения фармакологической нагрузки и профилактики обострений. При развитии симптомов пищевой аллергии, включая анафилаксию, что нередко наблюдается у детей и взрослых с сенсибилизацией к белкам пищевых аллергенов, установленной с помощью определения аллерген-специфических IgE антител в сыворотке крови, рекомендованы элиминационные диеты с исключением причинно-значимых аллергенов [255, 256]. Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Физиотерапевтические процедуры:**

Рекомендуется пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести ультрафиолетовое облучение кожи (фототерапия). Перед назначением фототерапии пациентам с атопическим дерматитом для выявления противопоказаний рекомендуется комплекс лабораторных исследований, включающий общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, консультация врача-терапевта или врача-педиатра, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин). По показаниям рекомендуют обследование у других специалистов [159-164].

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785

С4	Рекомендуются пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести: узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия UVB-311 терапия, с длиной волны 311 нм взрослым пациентам с атопическим дерматитом; UVB-311 терапия, с длиной волны 311 нм детям с атопическим дерматитом. начальная доза облучения составляет 50-70% от минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения, в зависимости от типа кожи и степени покраснения кожи пациента, облучение начинают с дозы 0,1-0,3 Дж/см2

Комментарии: *Данные о применении фототерапии в детском возрасте ограничены, ввиду чего необходимо соблюдать осторожность при использовании. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия назначается детям 5 лет и старше. При назначении узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии необходимо учитывать психоэмоциональные особенности ребенка, общее состояние, способность самостоятельного нахождения в кабине и выполнения требований медицинского персонала. Данные о применении фототерапии в детском возрасте ограничены.*

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785

В2	Рекомендуются пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести: Ультрафиолетовое облучение кожи 308 нм (эксимерным светом, при ограниченных формах дерматозов) Начинают с дозы облучения, равной 1 минимальной эритемной дозы, при выраженной инфильтрации очагов - с дозы, равной 2, при наличии плотных инфильтрированных бляшек - 3

В2	Рекомендуется при отсутствии эффекта от лечения другими методами фототерапии, а также наличии очагов поражения с выраженной инфильтрацией кожи взрослым: Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов

	(ПУВА). Для выявления противопоказаний к ПУВА-терапии следует провести комплекс лабораторных исследований, включающий общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-акушерагинеколога (для женщин). Многокурсовое применение метода ПУВА-терапии может повышать риск злокачественных новообразований кожи. ПУВА-терапия противопоказана лицам до 18 лет

С3	УФО терапия. Начальная доза облучения составляет 25-50% от минимальной эритемной дозы (МЭД). При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,05–0,2 Дж/см². На курс назначают 20-50 процедур

С4	Ультразвуковая терапия с применением средств для топического применения Пелоидотерапия

https://cyberleninka.ru/article/n/peloidoterapiya-zabolevaniy-
www.nmicrk.ru/upload/nauka/pdf/6kr.pdf
ttps://cyberleninka.ru/article/n/rol-topicheskih-steroidov-v-terapii-ostryh-i-hronicheskih-dermatozov-u-detey

С4	Бальнеотерапия с минеральными солями, смягчающе-увлажняющими лекарственными средствами и отварами трав

С5	Низкоуровневая фототерапия LLLT ИК-лазер Поляризованный полихроматический луч

С5	Плазмаферез НИЛИ Озонотерапия

Примечание: Физиотерапевтические процедуры назначаются с учётом формы, степени тяжести и площади поражения заболевания, а также имеющихся противопоказаний.

Выбор фотосенсибилизатора при фототерапии определяется лечащим врачом с учётом диагноза, механизма действия препарата и его доступности. Перед фототерапией определяют минимальную эритемную дозу (МЭД) или фототоксическую дозу (ФТД)

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Таблица-1

МНН лекарственного средства	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
Клобетазола пропионат: 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Бетаметазона дипропионат: 0,1%; 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Мометазона фуроат: 0,1%	наружно 1 раз в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Триамцинолона ацетонид: 0,5%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Метилпреднизолона ацепонат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Флуоцинонид: 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Триамцинолона ацетонид: 0,1%	наружно 2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Флуоцинолона ацетонид 0,025%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Бетаметазона валерат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Гидрокортизона бутират 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Аклометазона дипропионат 0,05%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.

		nlm.nih.gov/32412211/
Флуоцинола ацетонид 0,01%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Гидрокортизона бутират 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Гидрокортизона пробутат 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Флуоцинола ацетонид 0,01%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Дексаметазон 0,1%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Такролимус 0,03% и 0,1%	взрослым 0,03% мазь для наружного применения или 0,1% мазь для наружного применения, детям старше 2 лет – 0,03% мазь для наружного применения наносить 2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи, в течение 8–12 недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/0169301/
Пимекролимус 1%	2 раза в сутки взрослым и детям старше 3 месяцев наносить на пораженную поверхность тонким слоем, в течение 8–12 недель	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17935515/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15178928/
Мочевина (5,10,15%)	наружно 1–2 раза в сутки в течение 1–3–х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20367668/#:~:text=Conclusions%3A%20Both%20the%20new%205,over%20the%2010%25%20urea%20lotion.
Декспантенол	мазь для наружного применения 5 %. Мазь наносят 2-4 раза в сутки (при необходимости чаще).	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

Лоратадин	сироп, таблетки 10 мг, детям в возрасте от 2 до 12 лет с массой тела менее 30 кг – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально, при массе тела более 30 кг – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14-28 дней в возрасте от 2 до 12 лет – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально 1 раз в сутки в течение 14-18 дней	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8198236/
Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Цетиризин	капли для приема внутрь 10 мг/мл, таблетки 10 мг – детям в возрасте от 6 до 12 месяцев (только по назначению врача и под строгим медицинским контролем) – 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 1 года до 2 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 1-2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 6 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 2 раза в сутки или 5 мг (10 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14-28 дней	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8198236/
Левоцетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Мебгидролин	Внутрь (после еды). Взрослым и детям старше 10 лет — по 50–200 мг 1–2 раза в сутки; максимальные дозы: разовая — 300 мг, суточная — 600 мг; детям от 5 до 10 лет — 100–200 мг/сут, от 2 до 5 лет — 50–150	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

	мг/сут, до 2 лет — по 50–100 мг/сут.	
Кетотифен	Внутрь, во время еды, взрослым - по 1 мг 2 раза/сут утром и вечером. При необходимости дозу увеличивают до 2 мг 2 раза/сут. Детям от 3 лет и старше - 1 мг 2 раза/сут.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Тиосульфат натрия	В/в — 5–50 мл 30% раствора внутрь — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Глюконат кальция	В/в, в/в медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, взрослым — 5–10 мл 100 мг/мл раствора ежедневно, через день или через 2 дня. Детям — внутривенно медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, в зависимости от возраста, от 1 до 5 мл 100 мг/мл раствора каждые 2–3 дня.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

МНН лекарственного средства	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только	

	5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Оксиматрин	в/м по 600 мг , один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день Внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).	
Антраль	внутрь после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	
Адеметионин	Рекомендуемая доза составляет 10-25 мг адеметионина на 1 кг массы тела в сутки. Обычно суточная доза составляет 1-2 таблетки в сутки (от 400-800 мг адеметионина в сутки) и может быть увеличена до 4 таблеток в сутки (до 1600 мг адеметионина в сутки). Эффект обычно проявляется через 7-14 дней лечения и сохраняется при дальнейшем применении препарата.	
Меглюмина натрия сукцинат	В/в капельно, со скоростью 90 кап/мин (1-1.5 мл/мин) до 400 мл/сут. Курс лечения - 7-11 дней.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Меглюмина акридонацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Метоксален	Мазь 0.75%. Наносят на точно определенные участки витилиго за 30-60 минут до облучения длинноволновым	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

	ультрафиолетовым спектром (длина волны 320–400 нм) из соответствующего источника или солнечными лучами. Таблетки 10 мг. Внутрь. За 1,5-2 ч до сеанса УФ-облучения. Доза подбирается индивидуально, в зависимости от массы тела пациента, 0.6 мг/кг	
Преднизолон	Для взрослых пациентов 40 – 50 мг в день. После достижения клинического улучшения (регресса) начинают постепенную отмену препарата. Общая продолжительность лечения, в среднем, не более 2–3 недель.	(A) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901393/
Метилпреднизолон	Дозы глюкокортикоидов, в большинстве случаев, для взрослых составляют 40 – 50 мг в день в пересчете на преднизолон. После достижения положительного клинического результата – начинают постепенную отмену препарата. Общая продолжительность лечения глюкокортикостероидами обычно небольшая (в среднем, не более 2–3 недель).	
Бетаметазон	в/м в дозе от 1,0 до 2,0 мл каждые 2–4 недели.	
Эритромицин	0,5–1,0 г перорально 3 раза в сутки в течение 7-10 дней [3].	**(B)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
Кларитромицин	0,25–0,5 г перорально 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [2-3].	
Азитромицин	0,5 г перорально 1 раза в сутки в течение 3 дней [2-3].	
Цефтриаксон	1-2 г в день или 20 - 80 мг/кг в день, внутримышечно или внутривенно в течение 10 дней	
Левофлоксацин	Таб 250-500 мг перорально, ежедневно в течение 2 недель	
Амоксициллин + клавулановая кислота	взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг + 125 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки или 875 мг + 125 мг – по 1 таблетке 2	

	раза в сутки в течение 5-14 дней или таблетки диспергируемые взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) – по 500/125 мг 3 раза в сутки в течение 5-14 дней, детям от 2 до 12 лет или с массой тела менее 40 кг – по 125/31,25 мг или по 250/62,5 мг в дозах, не превышающих 2400/600 мг в сутки, в 3 приема в течение 5-14 дней	
Монтелукаст	Дети в возрасте от 6 до 14 лет 1 таблетка жевательная по 5 мг 1 раз/сут. Доза для взрослых и детей старше 15 лет составляет 10 мг монтелукаста в сутки.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
лактат натрия+ сорбитол+ хлорид калия+ MgCl2, NaCl, CaCl2	Взрослым в/в капельно со скоростью 40–60 капель в минуту. 6-7 мл/кг массы тела в течение 3-5 дней	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Циклоспорин 2,5; 5 мг/кг/сутка 10, 25, 50, 100 мг капсула, 100/1 мл флакон	Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29878606/
Метотрексат	У взрослых метотрексат назначается в дозе от 10 до 30 мг / нед. п/к, в/м или внутрь; у детей – 0,2–0,7 мг/кг/нед	
Фолиевая кислота (при применении метотрексата)	внутрь после еды взрослым по 1–2 мг (1–2 таблетки) 1–3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 5 мг (5 таблеток) Детям в возрасте старше 3 лет по 1 мг (1 таблетка) 1–2 раза в сутки Максимальная суточная доза — 2 мг (2 таблетки) Курс лечения составляет 20–30 дней	

Цианокобаламин (Витамин B12)	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38019566/
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин B6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	
Рибофлавина мононуклеотид (Витамин B2)	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес. В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	
Тиамина гидрохлорид (Витамин B1)	в/м (глубоко) Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы Взрослым назначают по 25–50 мг тиамина гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	
Альфа-липоевая кислота	в/в капельной инфузии взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут. Внутрь взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	
Альфа-токоферола ацетат (Витамин E)	Внутрь после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)	
Витамин A + E	внутрь после еды в дозировке витамин E по 100 мг + витамин A 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	

Аскорбиновая кислота (Витамин С)	внутрь, внутримышечно, внутривенно 250-1000 мг/сут	
Холекальциферол (Витамин D)	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(OH)D <20 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутрь Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(OH)D ≥20 и <30 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь - 200 000 МЕ однократно внутрь - 150 000 МЕ однократно внутрь - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутрь Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутрь - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутрь	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/
Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Тимопентин	• внутримышечная инъекция разведение стерильной водой для инъекций 1 мл; • внутривенное капельное вливание растворение в 250 мл 0,9% инъекционного раствора натрия хлорида. Препарат применяют следуя рекомендациям. Профилактика и лечение иммунодефицитных состояний	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

	по 1-2 флакона 2 раза в день. Курс лечения 15-30 дней;	
Гидроксизин	Таблетки 25 мг. Начальная доза составляет 25 мг, в случае необходимости доза может быть увеличена в 4 раза (по 25 мг 4 раза в сутки).	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Валераны экстракт	Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Адонис-бром	Внутрь, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Дупилумаб 150, 175 мг раствор для подкожного введения	Для пациентов с массой тела от 15 до < 30 кг: начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 4 недели; для пациентов с массой тела от 30 до < 60 кг: начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели; для пациентов с массой тела 60 кг и более начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 2 недели	(A) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6989562/
Тралокинумаб 150 мг раствор для подкожного введения	Начальная доза: Разделить дозу на несколько мест. 600 мг 1 раз в день. Дальнейшая обработка Возможность распределения дозы по нескольким местам. Соблюдайте двухнедельный интервал с предыдущим этапом. Лечение следует прекратить, если нет ответа через 16 недель. 300 мг 1 раз сегодня каждые 2 недели Вес < 100 кг. Атопический дерматит средней и тяжелой степени, лечение второй линии Возможна дальнейшая обработка В случае: Пациента, чья кожа обесцвечена или почти белая.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37543792/

	Возможность распределения дозы по нескольким местам. 300 мг 1 раз сегодня каждые 4 недели	
Устекинумаб 45 мг/0.5мл, 90мг/1.0мл шприце	Рекомендованная доза составляет 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель. У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг. При неэффективности терапии в течение 28 недель рекомендуется рассмотреть целесообразность применения препарата.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164954/
Лебрикизумаб 250мг	Рекомендуемая доза лебрикизумаба составляет 500 мг (две инъекции по 250 мг) на 0-й и 2-й неделе, с последующим введением 250 мг подкожно каждые две недели до 16-й недели. Достигнут клинический ответ, рекомендуемая поддерживающая доза лебрикизумаба составляет 250 мг каждую неделю. четыре недели.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29353026/
Омализумаб	вводят только п/к (в/м и в/в вводить нельзя) в область дельтовидной мышцы или переднелатеральную область бедра по 150—375 мг 1 раз в 2-4 нед. Доза зависит от исходной концентрации IgE (МЕ/мл) и массы тела пациента (кг) , измеренной до начала лечения, а также массы тела пациента (кг). Дозу следует корректировать при значительных изменениях массы тела.	(А) https://www.medscape.com/viewarticle/921848
Барицитиниб	Внутрь. Рекомендуемая доза составляет 4 мг 1 раз/сут.	(А)

		https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09546634.2023.2216322
Упадацитиниб	Доза составляет 15-45 мг 1 раз/сут.	(A) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572088/
Аброцитиниб	Рекомендованная доза для взрослых и подростков (в возрасте 12 лет и старше) составляет 100 мг или 200 мг 1 раз/сут, исходя из оценки врачом целей лечения и клинического состояния пациента.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37667972/

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Лечение осложненного атопического дерматита

МНН ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Активированный пиритион цинка	наносят 2 раза в сутки в течение 4–6 недель. Аэрозоль распыляют с расстояния 15 см 2–3 раза в сутки в течение недели. Лекарственное средство для наружного применения наносится на влажные волосы с последующим массажем кожи головы, далее необходимо промыть волосы, повторно нанести и оставить средство для наружного применения на голове в течение 5 минут, затем тщательно промыть волосы большим количеством воды.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/

	Применять 2–3 раза в неделю; курс лечения — 5 недель. В период ремиссии может использоваться 1–2 раза в неделю в качестве средства профилактики рецидивов.	
фузидовая кислота, 2% крем для наружного применения или 2% мазь для наружного применения	наносить на инфицированные очаги поражения 3 раза в сутки в течение 7 -14 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
бацитрацин + неомицин 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг	наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки в течение 7-14 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
мупироцин 2% мазь для наружного применения	наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки не более 10 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
эритромицин мазь для наружного применения (10000 ЕД/г)	наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2-3 раза в сутки 7-14 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
сульфатиазол серебра крем	наружного применения 2% наносить на инфицированные для очаги поражения 2-3 раза в сутки 7-14 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
гидрокортизон + окситетрациклин мазь, аэрозоль	наружно на инфицированные очаги поражения 1-3 раза в сутки в течение 7 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
тетрациклин + триамцинолон аэрозоль	для наружного применения – орошать струей аэрозоля инфицированные очаги поражения 1-3 раза в сутки, держа баллон в вертикальном положении, на расстоянии 15-20 см от кожи, в течение 7-10 дней	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
бетаметазон + гентамицин + клотримазол крем	для наружного применения, мазь для наружного применения наружно на инфицированные очаги поражения 2 раза в сутки взрослым и детям в возрасте 2	**(С)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/

	лет и старше в течение 7-14 дней	

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Для наружного лечения детей предпочтительными являются лекарственные формы в виде крема и монокомпонентные наружные средства: глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии, препараты для лечения дерматита, Многокомпонентные наружные лекарственные препараты – глюкокортикоиды в комбинации с антибиотиками или глюкокортикоиды в комбинации с другими препаратами показаны только при клиническом и/или лабораторном подтверждении бактериальной и/или грибковой инфекции. Необоснованное применение многокомпонентных наружных препаратов может способствовать развитию у детей дополнительной сенсибилизации к компонентам топического лекарственного средства.

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Рекомендуется пациентам с дефектами кожи (трещины, экскориации) с целью устранения вторичного инфицирования на местах экскориаций и трещин, особенно у детей, антисептики и дезинфицирующие средства или другие лечебные средства	борная кислота + резорцин + фенол + фуксин раствор наносят с помощью тампона или	для наружного применения стеклянной палочки на пораженные участки кожи 2-4 раза в сутки. После высыхания жидкости на обработанный участок можно наносить мази и пасты	(С) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend
	метилтиониния хлорид 1% раствор	для местного и наружного применения, [водный] взрослым и детям с момента рождения раствор наносят с помощью тампона или стеклянной пораженные	(С) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend/atopic_dermatitis

		участки 2-3 раза в сутки палочки на	
Рекомендуются антибактериальные препараты системного действия для лечения рецидивирующей или распространенной бактериальной инфекции:	амоксициллин + клавулановая кислота	взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг + 125 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки или 875 мг + 125 мг – по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 5-14 дней или таблетки диспергируемые взрослым и детям старше 12 лет (массой 40 кг и более) – по 500/125 мг 3 раза в сутки в течение 5-14 дней, детям от 2 до 12 лет или с массой тела менее 40 кг – по 125/31,25 мг или по 250/62,5 мг в дозах, не превышающих 2400/600 мг в сутки, в 3 приема в течение 5-14 дней	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18557929/
	цефуроксим – по 250 мг	перорально 2 раза в сутки взрослым и детям в возрасте 3 лет и старше в течение 5-10 дней	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20109729/
	цефтриаксон – по 1-2 г	в сутки внутримышечно или внутривенно детям старше 12 лет (желательно в 2 введения через 12 часов), новорожденным до 2 нед – 20-50 мг/кг/сут, детям от 3 нед до 12 лет – 20-80	(С) https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-vybora-antibakterialnyh-preparatov

		мг/кг/сут в 2 введения	
Рекомендуются в случае развития у пациентов с атопическим дерматитом герпетической экземы Калоши противовирусные препараты прямого действия	Ацикловир таблетки 200 мг	взрослым и детям от 3 лет внутрь 5 раз в сутки. Курс лечения составляет 5 дней, но может быть продлен при тяжелых инфекциях.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22433376/
Рекомендуются в случае развития у пациентов с атопическим дерматитом инвазивных форм микотических поражений слизистых оболочек полости рта и кишечника антимикотические препараты системного действия	флуконазол 50 мг/100 мг 1 раз в день с учетом возраста больного	детям по 50 мг 1 раз в день внурть после еды в течение 4-7 дней ; взрослым по 100 мг 1 раз в день в течение 7-14 дней после еды	(С) https://journaldoctor.ru/catalog/dermatologiya/puti-usovershenstvovaniya-terapii
Рекомендуются в случае развития у пациентов с атопическим дерматитом эндогенной интоксикации энтеросорбенты, иммуносорбенты	лигнин гидролизный + лактулоза таблетки	внутрь 3 раза в день детям от 3 до 5 лет по 1 табл. 3 раза в день; а детям от 2-х до 3 лет по 1\2 табл. 3 раза в день. Длительность курса приема – 2 недели.	(С) https://umedp.ru/articles/enterosorbenty_v_kompleksnoy_terapii_atopicheskogo_dermatita_u_detey.html
	активированный глауконит 300 мг внутрь	Взрослым по 1 капсуле 3 раза в сутки во время еды (суточная доза 1,8 г). Капсулу запивать водой комнатной температуры. Продолжительность приема 30 дней. Детям от 8 до 12 лет препарат назначают по 1 капсуле 1 раза в день, в возрасте от	(С) www.museonaturalistico.it/index.php/journal/article

		13 до 18 лет по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7-10 дней за 30-минут до еды или 1 час после еды. Курс лечения при острых заболеваниях составляет 5 дней, при аллергии и хронических заболеваниях — до 10 дней. Повторный курс — через 2 недели по рекомендации врача.	

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

До назначения антибактериальных препаратов системного действия следует провести микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и с целью идентификации возбудителя и микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам. 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 комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, цефалоспорины первого или второго поколения, макролиды, у взрослых лиц – фторхинолоны.

1. Иное лечение

   Пациентам с наличием сенсибилизации к аллергенам клещей домашней пыли и пыльцевым аллергенам, контакт с которыми вызывает обострение атопического

дерматита и/или респираторные проявления – аллергический ринит, бронхиальная астма, рекомендуется аллерген-специфическая иммунотерапия аллергенами клещей домашней пыли [6, 213-223]: аллергены бытовые раствор для накожного скарификационного нанесения, прик-теста и подкожного введения [215-220] или аллергены бытовые суспензия для подкожного введения [216], или аллергены бытовые капли подъязычные [221-223]. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1) Комментарии: Показания выбор метода и противопоказания к аллерген-специфической иммунотерапии определяет врач-аллерголог-иммунолог. Аллерген-специфическую иммунотерапию назначают только после купирования обострения атопического дерматита с помощью адекватной наружной терапии, а также санации очагов хронической инфекции и лечения сопутствующих заболеваний. Проводится врачом-аллергологом-иммунологом в условиях аллергологического кабинета или стационара. Продолжительность и схема аллерген-специфической иммунотерапии определяется индивидуально.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ»

Ташкент-2025

Введение

За последние десятилетия было отмечено увеличение роста заболеваемости аллергическими заболеваниями кожи. Согласно World Allergy organization (WAO) у 30-40% населения выявлено одно или несколько аллергических заболеваний [3]. Среди аллергических заболеваний кожи первое место занимает атопический дерматит (АД) [2,5]. Дерматоз является наиболее часто встречающимся кожным заболеванием, которым страдает до 20% детей и 3–10% взрослых. Согласно МКБ-10 атопический дерматит (АД) представляет группу аллергодерматозов, включающая диффузный и локализованный нейродермит, экзему, почесуху Бенье и другие аллергические заболевания кожи, в основе которого лежат иммунные механизмы, приводящее к повреждению кожи.

Атопический дерматит является одним из распространенных, генетически – детерминированных форм аллергических заболеваний кожи и остается важной медико-социальной проблемой здравоохранения, значимость которой определяется неуклонным ростом заболеваемости, поражающим 10-12% детей моложе 14 лет и регистрирующийся у 1,5-2% взрослого населения в общей популяции, варьируя в различных странах в зависимости от уровня урбанизации и состояния экологической чистоты жизненного пространство.

Наследственная предрасположенность, нарушения высшей и вегетативной нервной системы, расстройства деятельности внутренних органов, обменные, нейрогуморальные, нейро-сосудистые нарушения, аллергическое состояние организма, нерациональное питание, различные интоксикации, влияние неблагоприятных факторов окружающей среды - все это обусловливает возникновение и хроническое течение АД.

Определение

Атопический дерматит – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, имеет стадийный характер с возрастными особенностями клинических проявлений, повышением уровня сывороточного Ig E и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям.

С4	Пациентам при атопическом дерматите легкой, средней и тяжелой степени тяжести рекомендуется наружная терапия: глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов При легком течении атопического дерматита предпочтительно применение низко- и умеренно-активных глюкокортикоидов, применяемых в дерматологии, а при среднетяжелом и тяжелом течении атопического дерматита целесообразно применение активных и высокоактивных глюкокортикоидов, применяемых в дерматологии, в минимальных эффективных дозах Для быстрого лечения обострения атопического дерматита возможно использование средств для наружной терапии и эмолентов с применением влажных повязок. Сначала на пораженные участки кожи наносят наружные средства (глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии и/или эмоленты), затем накладывают влажную хлопчатобумажную или марлевую салфетку, а затем сухую наружную повязку Следует соблюдать осторожность при использовании глюкокортикоидов, применяемых в дерматологии, средней и высокой силы действия с применением влажных повязок в связи с риском угнетения функции надпочечников

A1	Рекомендуется пациентам детского возраста в возрасте от 6 лет и старше при АД средней и тяжелой степени тяжести и при отсутствии противопоказаний Противопоказанием к назначению дупилумаба является детский возраст до 6 лет. Рекомендуется взрослым пациентам при атопическом дерматите средней и тяжелой степени тяжести и при отсутствии противопоказаний: дупилумаб 300 мг раствор для подкожного введения в начальной дозе – 600 мг (2 инъекции по 300 мг в разные места для инъекций), далее – по 300 мг каждые 2 недели. В зависимости от индивидуального терапевтического ответа доза может быть увеличена до 300 мг еженедельно Дупилумаб может применяться в монотерапии или одновременно с топическими лекарственными препаратами. Инъекцию препарата может делать себе либо сам пациент, либо лицо, ухаживающее за ним. Необходимо до начала применения дупилумаба обучить пациентов и/или ухаживающих за ними лиц подготовке и проведению инъекции препарата, согласно указаниям в инструкции по медицинскому применению. Дупилумаб также может применяться у пациентов с сочетанием среднетяжелого и тяжелого атопического дерматита с тяжелой бронхиальной астмой. Эффективность дупилумаба в лечении пациентов с атопическим дерматитом подтверждена результатами клинических исследований SOLO 1, SOLO 2, CHRONOS uCAFE. Тяжесть атопического дерматита, оценивавшаяся по индексу EASI (Eczema Area and Severity Index), на фоне терапии дупилумабом в режиме 1 инъекция каждые 2 недели на 16-ой неделе уменьшилась на 75% и более (EASI75) у 44-51% пациентов, не получавших наружную терапию. В случае, если терапия дупилумабом в режиме 1 инъекция каждые 2 недели сопровождалась наружной терапией глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, то эффективность лечения была еще на 10-20% выше, чем монотерапия дупилумабом и на 16-ой неделе лечения тяжесть атопического дерматита по EASI уменьшилась на 75% и более (EASI75) у 69% пациентов с атопическим дерматитом, получавших лечение дупилумабом и глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии. Уменьшение зуда у пациентов отмечалось уже на 2-ой неделе терапии, и на 16-ой неделе терапии отмечено уменьшение зуда в среднем на 53,9%. К 52-ой неделе терапии эффект сохранялся, и уменьшение тяжести атопического дерматита на 75% и более по сравнению с исходным уровнем (EASI75) отмечено у 65% пациентов с атопическим дерматитом, получавших дупилумаб** 1 инъекцию каждые 2 недели и наружную терапию глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии

A1	Степень тяжести атопического дерматита уменьшается на 50% через 6-8 недель непрерывного лечения циклоспорином. У пациентов, которые получают более высокую начальную дозу препарата (4-5 мг/кг/сут), наступает более быстрое улучшение – через 2 недели (снижение тяжести на 40%), чем у пациентов, получавших более низкую начальную дозу (2,5-3 мг/кг/сут; снижение тяжести на 22%). Однако через 6-8 недель терапии циклоспорином не было разницы в ответе между пациентами, получавшими препарат в более высоких и в более низких дозах, однако те пациенты, кто получал более высокую дозу препарата, сообщали о большем количестве побочных эффектов, связанных с циклоспорином. Длительность непрерывной терапии циклоспорином предлагается ограничить 2 годами.

A1	Пациентам с тяжелым течением атопического дерматита рекомендуются кортикостероиды системного действия перорально по схеме – в течение первых 2-3 дней При необходимости прием кортикостероидов системного действия можно продолжить еще в течение 2-3 дней 1 раз в день после завтрака: метилпреднизолон 2 мг или преднизолон 2,5 мг.

B 3	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза

C 5	УФО терапия Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (УФБ - 311) с длиной волны 311 нм Ультрафиолетовое облучение кожи 308 нм (эксимерным светом, при ограниченных формах дерматозов) Фотохимиотерапия с использованием фотосенсибилизаторов внутрь (ПУВА) НИЛИ Озонотерапия Поляризованный полихроматический луч Инфракрасный лазер Ультразвуковая терапия с применением средств для топического применения Бальнеотерапия с минеральными солями, смягчающе-увлажняющими лекарственными средствами и отварами трав

Хирургическое вмешательство: Не требуется

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ».

Ташкент-2025

Введение

За последние десятилетия было отмечено увеличение роста заболеваемости аллергическими заболеваниями кожи. Согласно World Allergy organization (WAO) у 30-40% населения выявлено одно или несколько аллергических заболеваний [3]. Среди аллергических заболеваний кожи первое место занимает атопический дерматит (АД) [2,5]. Дерматоз является наиболее часто встречающимся кожным заболеванием, которым страдает до 20% детей и 3–10% взрослых. Согласно МКБ-10 атопический дерматит (АД) представляет группу аллергодерматозов, включающая диффузный и локализованный нейродермит, экзему, почесуху Бенье и другие аллергические заболевания кожи, в основе которого лежат иммунные механизмы, приводящее к повреждению кожи.

Атопический дерматит является одним из распространенных, генетически – детерминированных форм аллергических заболеваний кожи и остается важной медико-социальной проблемой здравоохранения, значимость которой определяется неуклонным ростом заболеваемости, поражающим 10-12% детей моложе 14 лет и регистрирующийся у 1,5-2% взрослого населения в общей популяции, варьируя в различных странах в зависимости от уровня урбанизации и состояния экологической чистоты жизненного пространство.

Наследственная предрасположенность, нарушения высшей и вегетативной нервной системы, расстройства деятельности внутренних органов, обменные, нейрогуморальные, нейро-сосудистые нарушения, аллергическое состояние организма, нерациональное питание, различные интоксикации, влияние неблагоприятных факторов окружающей среды - все это обусловливает возникновение и хроническое течение АД.

Определение

Атопический дерматит – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, имеет стадийный характер с возрастными особенностями клинических проявлений, повышением уровня сывороточного Ig E и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям.

Осложнения

Вторичное инфицирование участков кожного покрова
Осложнения - проявления побочных действий лекарственных препаратов (как правило, возникают при длительном бесконтрольном использовании)

Показания к госпитализации:

- обострение АтД, сопровождающееся нарушением общего состояния;
- распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием;
- рецидивирующие кожные инфекции;
- необходимость использования физиотерапевтических методов лечения;
- необходимость проведения поддерживающей терапии селективными иммунодепрессантами (биологические препараты, глюкокортикостероды и др)

Исходы и прогноз

Первые симптомы АтД обычно появляются в раннем возрасте, а в 50% случаев диагноз устанавливают к 1-му году жизни. Атопический дерматит имеет волнообразное

рецидивирующее течение: у 60% детей симптомы со временем полностью исчезают, а у остальных сохраняются или рецидивируют в течение всей жизни.
Предположительно, дети, заболевшие атопическим дерматитом на 1-м году жизни, имеют лучший прогноз заболевания. Тем не менее, в целом, чем раньше дебют и чем тяжелее протекает заболевание, тем выше шанс его персистирующего течения, особенно в случаях сочетания АтД с другой аллергической патологией. Доказано наличие патофизиологической связи между тяжелым атопическим дерматитом, БА и аллергическим ринитом, при этом АтД рассматривается как основной предиктор формирования астмы у детей.
Негативное влияние АтД на качество жизни детей сопоставимо с такими тяжелыми хроническими заболеваниями как псориаз, сахарный диабет и др.

Организация оказания медицинской помощи

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики при выявлении у больных высыпаний на коже, симптомов или признаков атопического дерматита направляют больного в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.
При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.
Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-дерматовенерологами в стационарных условиях.
Показания к выписке пациента из медицинской организации:
- регресс высыпаний и/или уменьшение клинических проявлений.[3]

Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие свежих элементов на коже и регресс высыпаний на коже (уменьшение индекса SCORAD);
- длительность ремиссии;
- улучшение качества жизни

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

Пациенты детской возрастной категории с АтД должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением педиатра, консультации специалистов (аллерголога-иммунолога, дерматолога) в зависимости от состояния и тяжести процесса проводятся 1 раз в 2-6 мес.
Комплексное обследование с динамическим контролем состояния, определением изменений спектра и степени сенсибилизации, проводятся детям в зависимости от степени тяжести и характера течения процесса по показаниям амбулаторно / в дневном стационаре.

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности

Рекомендуется для использованию средств, восстанавливающих липидный состав эпидермиса	эмоленты кремнисто-ланолиновый крем	взрослым и детям для наружного назначения 2 раза в день в течение 2-6 месяцев	(С) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	кремнисто-дексапантеноловый крем	детям для наружного назначения 2 раза в день в течение 2 – 4 месяцев	(С) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis

Дальнейшее ведение:

Динамическое наблюдение по месту жительства у дерматолога, в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, осуществление постоянного базового ухода за кожей, элиминация провоцирующих факторов.[3]

Список литературы:

1. Palmer C.N., Irvine A.D., Terron-KwiatkowskiA. etal. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. Nat. Genet. 2006; 38: 441-446.
2. McGirt L.Y., Beck L.A. Innate immune defects in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2006; 118: 202-208.
3. Bao L., Zhang H., Chan L.S. The involvement of the JAK-STAT signaling pathway in chronic inflammatory skin disease atopic dermatitis. JAKSTAT. 2013; 2(3) e24137.

Клинические рекомендации – Атопический дерматит – 2021-2022-2023 (26.08.2021) – Утверждены Минздравом РФ Улучшенную вёрстку от http://disuria.ru/ представляет аптека "Семейная" https://аптека-омск.рф/ 26 из 49
4. Gandhi N.A., Pirozzi G., Graham N.M. Commonality of the IL-4/IL-13 pathway in atopic diseases. Expert Rev Clin Immunol. 2017; 13(5): 425-437.
5. Werfel T., Allam J.P., Biedermann T. et al. Cellular and molecular immunologic mechanisms in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2016; 138: 336-349.
6. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I.J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32(5): 657-682.
7. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю дерматовенерология в Российской Федерации. Итоги 2018 года. Вестник дерматологии и венерологии. 2019; 95 (4): 8-23.
8. Schneider L., Hanifin J., Boguniewicz M. et al. Study of the atopic march: development of atopic comorbidities. Pediatr Dermatol. 2016; 33(4): 388-398.
9. Bieber T. Atopic dermatitis 2.0: from the clinical phenotype to the molecular taxonomy and stratified medicine. Allergy. 2012; 67 (12); 1475-1482.
10. van der Hulst A.E., Klip H., Brand P.L. Risk of developing asthma in young children with atopic eczema: a systematic review. J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 565-569.
11. Eckert L., Gupta S., Amand C. et al. The burden of atopic dermatitis in US adults: Health care resource utilization data from the 2013 National Health and Wellness Survey. J AmAcadDermatol 2018; 78: 54-61.
12. Illi S., von Mutius E., Lau S. et al. The pattern of atopic sensitization is associated with the development of asthma in childhood. J Allergy Clin Immunol. 2001; 108: 709-714.
13. Aw M., Penn J., Gauvreau G.M. et al. Atopic March: Collegium Internationale Allergologicum Update 2020. 1nt Arch Allergy Immunol. 2020; 181(1): 1-10.
14. Spergel J.M. Epidemiology of atopic dermatitis and atopic march in children. Immunol Allergy Clin N Am. 2010; 30: 269-280.
15. Hill D.A., Spergel J.M. The atopic march: Critical evidence and clinical relevance. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018; 120(2): 131-137.
16. Williams H., Flohr C. How epidemiology has challenged 3 prevailing concepts about atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2006; 118: 209-213.
17. Мавлянова Ш.З., Шакаров А., Есионова Е.В. ЭВМ DGU 20222915 « Болаларда атопик дерматитнинг огилик даражасини ташхислаш дастури» - Ташкент. 2022.
18. Мавлянова Ш.З., Шакаров А., Мирзакулова Ш.Н. DGU 20222975 « Катта ешдаги беморларда атопик дерматитнинг огирлик даражасини ташхислаш усули». – Ташкент-2022 .
19. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol. 1980; 92(Suppl): 44-47.
20. Eichenfield L.F., Tom W.L., Chamlin S.L. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014; 70(2): 338-351.
21. Ryan C., Amor K.T., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: part II.J Am Acad Dermatol. 2010; 63(6): 949-972.
22. Arbes S.J. Jr. Gergen P.J., Elliott L., Zeldin D.C. Prevalences of positive skin test responses to 10 common allergens in the US population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. J Allergy Clin Immunol. 2005; 116: 377-383.
23. Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – т. II. – 928 с.
24. Futamura M., Leshem Y.A., Thomas K.S. et al. A systematic review of Investigator Global Assessment (IGA) in atopic dermatitis (AD) trials: Many options, no standards. J Am Acad Dermatol. 2016; 74(2): 288-294.

25. Schram M.E., Spuls P.I., Leeflang M.M. et al. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. Allergy. 2012; 67: 99- 106.
26. Giam Y.C., Hebert A.A., Dizon M.V. A review on the role of moisturizers for atopic dermatitis. Asia Pac Allergy. 2016; 6(2): 120-128.
27. Breternitz M., Kowatzki D., Langenauer M. et al. Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. Skin Pharmacol Physiol. 2008; 21: 39-45.
28. Verallo-Rowell V.M., Dillague K.M., Syah-Tjundawan B.S. Novel antibacterial and emollient effects of coconut and virgin olive oils in adult atopic dermatitis. Dermatitis. 2008; 19(6):308-315.
29. Simpson E., Dutronc Y. A new body moisturizer increases skin hydration and improves atopic dermatitis symptoms among children and adults. J Drugs Dermatol. 2011; 10: 744-749.
30. Lindh J.D., Bradley M. Clinical effectiveness of moisturizers in atopic dermatitis and related disorders: a systematic review. Am J Clin Dermatol. 2015; 16: 341-359.
31. Miller D.W., Koch S.B., Yentzer B.A. et al. An over-the-counter moisturizer is as clinically effective as, and more cost-effective than, prescription barrier creams in the treatment of children with mild-to-moderate atopic dermatitis: a randomized, controlled trial. J Drugs Dermatol. 2011; 10: 531-537.
32. Grimalt R., Mengeaud V., Cambazard F. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. Dermatology. 2007; 214 (1): 61-67.
33. Msika P., De Belilovsky C., Piccardi N. et al. New emollient with topical corticosteroidsparing effect in treatment of childhood atopic dermatitis: SCORAD and quality of life improvement. Pediatr Dermatol. 2008; 25 (6): 606-612.
34. Lucky A.W., Leach A.D., Laskarzewski P., Wenck H. Use of an emollient as a steroidsparing agent in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis in children. Pediatr Dermatol.1997; 14 (4): 321-324.
35. Eberlein B., Eicke C., Reinhardt H.W., Ring J. Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008; 22 (1): 73-82.
36. Sugarman J.L., Parish L.C. Efficacy of a lipid-based barrier repair formulation in moderate-to-severe pediatric atopic dermatitis. J Drugs Dermatol. 2009; 8 (12): 1106-1111.
37. Mavlynova Sh Z, Ismagilov A I, Mavlyanov PN, Mavlyanova NN**. Activated silica solutions in external therapy in patients with allergic dermatosis.//** International Aesthetic Dermatology Symposium of Korean Dermatologists -2019 – Seoul, Korea. - Abstracts –p.173. www.koreaderma.org
38. Darsow U., Wollenberg A., Simon D. et al. ETFAD/EADV Eczema Task Force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010; 24 (3): 317-328.
39. Chiang C., Eichenfield L.F. Quantitative assessment of combination bathing and moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis. PediatrDermatol. 2009; 26 (3): 273-278.
40. Мавлянова Ш.З., Ибрагимова Г.Р., Джафаров Х.М. Инновационный способ базисной наружной терапии у детей с атопическим дерматитом. // Методические рекомендации . – Ташкент. 2023.-22с.
41. Dabade T.S., Davis D.M., Wetter D.A. et al. Wet dressing therapy in conjunction with topical corticosteroids is effective for rapid control of severe pediatric atopic dermatitis: experience with 218 patients over 30 years at Mayo Clinic. J Am Acad Dermatol. 2012; 67 (1): 100-106.

42. Devillers A.C., Oranje A.P. Efficacy and safety of "wet-wrap" dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature. Br J Dermatol. 2006; 154 (4): 579-585.
43. Devillers A.C., de Waard-van der Spek F.B., Mulder P.G., Oranje A.P. Treatment of refractory atopic dermatitis using "wet-wrap" dressings and diluted corticosteroids: results of standardized treatment in both children and adults. Dermatology. 2002; 204: 50-55.
44. Goodyear H.M., Spowart K., Harper J.I. "Wet-wrap" dressings for the treatment of atopic eczema in children. Br J Dermatol. 1991; 125 (6): 604.
45. Brenninkmeijer E.E., Spuls P.I., Lindeboom R. et al. Excimer laser vs. clobetasol propionate 0.05% ointment in prurigo form of atopic dermatitis: a randomized controlled trial, a pilot. Br J Dermatol. 2010; 163 (4): 823-831.
46. Pels R., Sterry W., Lademann J. Clobetasol propionate – where, when, why? Drugs Today (Bare). 2008; 44 (7): 547-557.
47. Breneman D., Fleischer A.B. Jr, Kaplan D. et al. Clobetasol propionate 0.05% lotion in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis: a randomized evaluation versus clobetasol propionate emollient cream. J Drugs Dermatol. 2005; 4 (3): 330-336.
48. Thomsen S.F. Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. ISRN Allergy. 2014. DOI: 10.1155/2014/354250
49. Feldman S.R. Relative efficacy and interchangeability of various clobetasol propionate vehicles in the management of steroid-responsive dermatoses. CurrTher Res ClinExp. 2005; 66 (3):154-171.
50. Datz B., Yawalkar S. A double-blind, multicenter trial of 0.05% halobetasol propionate ointment and 0.05% clobetasol 17-propionate ointment in the treatment of patients with chronic, localized atopic dermatitis or lichen simplex chronicus. J Am Acad Dermatol. 1991; 25 (6Pt 2):1157-1160.
51. Viglioglia P., Jones M.L., Peets E.A. Once-daily 0.1% mometasone furoate cream versus twice-daily 0.1% betamethasone valerate cream in the treatment of a variety of dermatoses. J Int Med Res. 1990; 18 (6): 460-467.
52. Vanderploeg D.E. Betamethasone dipropionate ointment in the treatment of psoriasis and atopic dermatitis: a double-blind study. South Med J. 1976; 69 (7): 862-863.
53. Oueille C., Pommarede R., Saurat J.H. Efficacy versus systemic effects of six topical steroids in the treatment of atopic dermatitis of childhood. Pediatr Dermatol. 1984; 1 (3): 246-253.
54. Cabrera M.E. Treatment of severe or resistant corticosteroid-responsive dermatoses with Diprolene cream. J Int Med Res. 1984; 12 (3): 163-169.
55. Lodolo J.C. Diprolene cream in the treatment of severe or resistant corticosteroidresponsive dermatoses. J Int Med Res. 1984; 12 (2): 114-120.
56. Peterkin G.A., Morley W.N., Chalmers D. Triamcinolone and fluocinolone acetonide ointments in atopic eczema. BrMed J. 1962; 1 (5289): 1392.
57. Hanifin J.M. Atopic dermatitis. Special clinical complications. Postgrad Med. 1983; 74(3):188-193, 196-199.
58. Cadmus S.D., Sebastian K.R., Warren D. et al. Efficacy and patient opinion of wet-wrap dressings using 0.1% triamcinolone acetonide ointment vs cream in the treatment of pediatric atopic dermatitis: A randomized split-body control study. PediatrDermatol. 2019; 36 (4): 437-441.
59. Wolkerstorfer A., Strobos M.A., Glazenburg E.J. et al. Fluticasone propionate 0.05% cream once daily versus clobetasone butyrate 0.05% cream twice daily in children with atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 1998; 39 (2 Pt 1): 226-231.
60. Bleehen S.S., Chu A.C., Hamann I. et al. Fluticasone propionate 0.05% cream in the treatment of atopic eczema: a multicentre study comparing once-daily treatment and once-daily vehicle cream application versus twice-daily treatment. Br J Dermatol. 1995; 133 (4): 592-597.
61. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Опыт применения флутиказона пропионата (Кутивейт) в терапии псориаза, экземы и атопического дерматита. Эффективная

фармакотерапия. 2010; 9: 24-29.
62. Prakash A., Benfield P. Topical mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. Drugs. 1998; 55(1): 145-163.
63. Vernon H.J., Lane A.T., Weston W. Comparison of mometasone furoate 0.1% cream and hydrocortisone 1.0% cream in the treatment of childhood atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 1991; 24 (4): 603-607.
64. Lebwohl M. A comparison of once-daily application of mometasone furoate 0.1% cream compared with twice-daily hydrocortisone valerate 0.2% cream in pediatric atopic dermatitis patients who failed to respond to hydrocortisone: mometasone furoate study group. Int J Dermatol. 1999; 38 (8): 604-606.
65. Томилова А.Ю., Торшхоева Р.М., Геворкян А.К., Вознесенская Н.И. Эффективность и безопасность применения мометазонафуроата при атопическом дерматите у детей. Педиатрическая фармакология 2009; 6 (4): 123-127.
66. Шаипов Т.С., Мазитова Л.П. Применение мометазонафуроата при лечении атопического дерматита у детей. Педиатрическая фармакология. 2007; 4 (5): 41-44.
67. Ненашева Н.М. Особенности атопического дерматита у взрослых пациентов Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология. 2012; (3): 6-15.
68. Lane A.T. Efficacy and safety of topical steroids in paediatric atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1997; 8: S24-S27.
69. Faergemann J., Christensen O., Sjovall P. et al. An open study of efficacy and safety of long-term treatment with mometasone furoate fatty cream in the treatment of adult patients with atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2000; 14 (5): 393-396.
70. Haneke E. The treatment of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponate (MPA), a new topical corticosteroid. J DermatolTreatm. 1992; 3 (Suppl.2): 13-15.
71. Luger T.A. Balancing efficacy and safety in the management of atopic dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate. J EurAcadDermatolVenereol. 2011; 25 (3): 251-258.
72. Bieber T., Vick K., Folster-Holst R. et al. Efficacy and safety of methylprednisolone aceponate ointment 0.1% compared to tacrolimus 0.03% in children and adolescents with an acute flare of severe atopic dermatitis. Allergy. 2007; 62 (2): 184-189.
73. Кондратьева Ю.С., Кархова В.В. Опыт применения 0,1% метилпреднизолонаацепоната в комплексной терапии стероидчувствительных дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии 2016; 1: 93-98.
74. Чикин В.В. Метилпреднизолонаацепонат и декспантенол в топической терапии больных атопическим дерматитом. Вестник дерматологии и венерологии 2014; 5: 112-116.
75. Lassus A. Alclometasone dipropionate cream 0.05% versus clobetasone butyrate cream 0.5%. A controlled clinical comparison in the treatment of atopic dermatitis in children. Int J Dermatol. 1984; 23 (8): 565-566.
76. Panja S.K., Gangopadhaya A.K., Sharma S.D. A randomised, double-blind comparison of alclometasone dipropionate 0.05% cream in atopic dermatitis and other dermatoses. Indian J Dermatol. 1988; 33 (1): 1-4.
77. Макарова И.В., Гайдук И.М., Жиглинская О.В. и др. Применение 0,05% крема алклометазонадипропионата в терапии атопического дерматита у детей раннего возраста. Вопросы современной педиатрии. 2004; 3 (4): 84-87.
78. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Оценка клинической эффективности современного стероида алклометазонадипропионата (Афлодерма) в наружной терапии атопического дерматита у детей. Клиническая дерматология и венерология. 2007; 6: 24-31.
79. Торопова Н.П., Черкасова Л.А., Платонова И.Н. и др. Опыт применения препарата "Афлодерм" (алклометазонадипропионат) в детской дерматологической практике. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; 3: 39-40.

80. Veien N.K., Hattel T., Justesen O. et al. Hydrocortisone 17-butyrate (Locoid) 0.1% cream versus hydrocortisone (Uniderm) 1% cream in the treatment of children suffering from atopic dermatitis. J Int Med Res. 1984; 12 (5): 310-313.
81. T. Rajka G., Verjans H.L. Hydrocortisone 17-butyrate (Locoid) 0.1% fatty cream versus desonide (Apolar) 0.1% ointment in the treatment of patients suffering from atopic dermatitis. J Int Med Res. 1986; 14 (2): 85-90.
82. Abramovits A, Oquendo M. Hydrocortisone butyrate 0.1% lipocream in pediatric patients with atopic dermatitis. SKINmed. 2010; 8: 72-79.
83. Koopmans B., Lasthein Andersen B., Mork N.J. et al. Multicentre randomized doubleblind study of locoidlipocream fatty cream twice daily versus locoidlipocream once daily and locobase once daily. J Dermatol Treat. 1995; 6 (2): 103-106.
84. Saki N, Jowkar F, Alyaseen S. et al. Comparison of sertaconazole 2% cream versus hydrocortisone 1% ointment in the treatment of atopic dermatitis. J Dermatolog Treat. 2013; 24 (6):447-449.
85. Reitamo S., Rustin M., Ruzicka T. et al. Efficacy and safety of tacrolimus ointment compared with that of hydrocortisone butyrate ointment in adult patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2002; 109 (3): 547-555.
86. Matheson R., Kempers S., Breneman D. et al. Hydrocortisone butyrate 0.1% lotion in the treatment of atopic dermatitis in pediatric subjects. J Drugs Dermatol. 2008; 7 (3): 266-271.
87. Sears H.W., Bailer J.W., Yeadon A. Efficacy and safety of hydrocortisone buteprate 0.1% cream in patients with atopic dermatitis. Clin Ther. 1997; 19 (4): 710-719.
88. Игнатьев Д.В., Кочергин Н.Г. Местные кортикостероиды в практике врачадерматолога. Особенности гидрокортизона бутирата (локоида). Дерматология. Приложение к журналу ConsiliumMedicum. 2007; 1: 50-54.
89. Udompataikul M., Limpa-o-Vart D. Comparative trial of 5% dexpanthenol in water-in-oil formulation with 1% hydrocortisone ointment in the treatment of childhood atopic dermatitis: a pilot study. J Drugs Dermatol. 2012; 11 (3): 366-374.
90. Udompataikul M., Srisatwaja W. Comparative trial of moisturizer containing licochalcone A vs. hydrocortisone lotion in the treatment of childhood atopic dermatitis: a pilot study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011; 25 (6): 660-665.
91. Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Новиков Д.К. и др. Атопический дерматит: современная диагностика и лечение. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2001; 4: 39-63.
92. Ashcroft D.M., Dimmock R, Garside R. et al. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopic dermatitis: meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ. 2005; 330 (7490): 516.
93. Ruzicka T., Bieber T., Schopf E. et al. A short-term trial of tacrolimus ointment for atopic dermatitis. N Engl J Med. 1997; 337 (12): 816-821.
94. Reitamo S., Wollenberg A., Schopf E. et al. Safety and efficacy of 1 year of tacrolimus ointment monotherapy in adults with atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2000; 136 (8): 999-1006.
95. 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 DermatologTreat. 2010; 21 (3): 144-156.
96. Bornhovd E.C., Burgdorf W.H., Wollenberg A. Immunomodulatory macrolactams for topical treatment of inflammatory skin diseases. Curr Opin Investig Drugs. 2002; 3 (5): 708-712.
97. Lubbe J. Klinische Erfahrungen mit topischen Calcineurininhibitoren in der Praxis. Hautarzt. 2003; 54 (5): 432-439.
98. Reitamo S., Ortonne J.P., Sand C. et al. A multicentre, randomized, double-blind, controlled study of long-term treatment with 0.1% tacrolimus ointment in adults with moderate to severe atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2005; 152 (6): 1282-1289.
99. Patel R.R., Vander Straten M.R., Korman N.J. The safety and efficacy of tacrolimus therapy in patients younger than 2 years with atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2003; 139 (9): 1184-1186.

100. Wollenberg A., Sidhu M.K., Odeyemi I. et al. Economic evaluation of maintenance treatment with tacrolimus 0.1% ointment in adults with moderate to severe atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2008; 159 (6): 1322-1330.
101. Healy E., Bentley A., Fidler C., Chambers C. Cost-effectiveness of tacrolimus ointment in adults and children with moderate and severe atopic dermatitis: twice-weekly maintenance treatment vs. standard twice-daily reactive treatment of exacerbations from a third party payer (U.K. National Health Service) perspective. Br J Dermatol 2011; 164 (2): 387-395.
102. Reitamo S., Mandelin J., Rubins A. et al. The pharmacokinetics of tacrolimus after first and repeated dosing with 0.03% ointment in infants with atopic dermatitis. Int J Dermatol. 2009; 48 (4): 348-355.
103. Reitamo S., Rustin M., Harper J. et al. A 4-year follow-up study of atopic dermatitis therapy with 0.1% tacrolimus ointment in children and adult patients. Br J Dermatol. 2008; 159 (4):942-951.
104. Mandelin J.M., Remitz A., Virtanen H.M. et al. A 10-year open follow-up of eczema and respiratory symptoms in patients with atopic dermatitis treated with topical tacrolimus for the first 4 years. J Dermatolog Treat. 2010; 21 (3): 167-170.
105. Mandelin J., Remitz A., Virtanen H.M. et al. One-year treatment with 0.1% tacrolimus ointment versus a corticosteroid regimen in adults with moderate to severe atopic dermatitis: a randomized, double-blind, comparative trial. Acta Derm Venereol. 2010; 90 (2): 170-174.
106. Boguniewicz M., Fiedler V.C., Raimer S. et al. A randomized, vehicle-controlled trial of tacrolimus ointment for treatment of atopic dermatitis in children. Pediatric Tacrolimus Study Group. J Allergy Clin Immunol 1998; 102: 637-644.
107. Елисютина О.Г., Феденко Е.С., Штырбул О.В., Ниязов Д.Д. Применение такролимуса у больных атопическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения. Первый клинический опыт в России. Российский аллергологический журнал 2011; 6: 68-76.
108. Прошутинская Д.В., Бутарева М.М., Иноятова Л.А. Новые возможности терапии атопического дерматита у детей и взрослых. Вестник дерматологии и венерологии 2013; 3: 78-82.
109. Самцов А.В., Сухарев А.В., Патрушев А.В., Бондарь О.И. Клиническая эффективность, безопасность и переносимость 0,1% мази такролимус при лечении атопического дерматита средней и тяжелой степени тяжести. Вестник дерматологии и венерологии 2012; 2: 71-77.
110. Самцов А.В., Сухарев А.В., Патрушев А.В. Лечение атопического дерматита: преимущества такролимуса перед топическими кортикостероидами. Эффективная фармакотерапия 2014; 19: 4-10.
111. Van Leent E.J., Graber M., Thurston M. et al. Effectiveness of the ascomycin macrolactam SDZ ASM 981 in the topical treatment of atopic dermatitis. Arch Dermatol 1998; 134 (7): 805-809.
112. Meurer M., Folster-Holst R., Wozel G. et al. Pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in adults: a six-month study. Dermatology 2002; 205 (3): 271-277.
113. Wahn U., Bos J., Goodfield M. et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream in the longterm management of atopic dermatitis in children. Pediatrics. 2002; 110 (1 Pt 1): 1-8.
114. Ho V.C., Gupta A., Kaufmann R. et al. Safety and efficacy of nonsteroid pimecrolimus cream 1% in the treatment of atopic dermatitis in infants. J Pediatr 2003; 142 (2): 155-162.
115. Eichenfield L.F., Lucky A.W., Boguniewicz M. et al. Safety and efficacy of pimecrolimus (ASM 981) cream 1% in the treatment of mild and moderate atopic dermatitis in children and adolescents. J Am Acad Dermatol. 2002; 46 (4): 495-504.
116. Langley R.G., Eichenfield L.F., Lucky A.W. et al. Sustained efficacy and safety of pimecrolimus cream 1% when used long-term (up to 26 weeks) to treat children withatopic dermatitis. Pediatr Dermatol. 2008; 25 (3): 301-307.

117. Luger T., van Leent E.J., Graeber M. et al. SDZ ASM 981: an emerging safe and effective treatment for atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2001; 144 (4): 788-794.
118. Eichenfield L.F., Thaci D., de Prost Y. et al. Clinical management of atopic eczema with pimecrolimus cream 1% (Elidel) in paediatric patients. Dermatology 2007; 11: 3-17.
119. Reda A.M., Elgendi A., Ebraheem A.I, et al. A practical algorithm for topical treatment of atopic dermatitis in the Middle East emphasizing the importance of sensitive skin areas. J Dermatolog Treat. 2019; 30 (4): 366-373.
120. Кубанов А.А., Петровский Ф.И. Активированный пиритион цинка (Скин-кап). Механизмы действия. Клиническое применение. Вестник дерматологии и венерологии, 2009; 5: 35-42.
121. Фассахов Р.С., Пампура А.Н., Коростовцев Д.С. и др. Скин-Кап в терапии атопического дерматита у детей (по результатам Российского многоцентрового исследования КАДЕТ). Российский Аллергологический Журнал 2007; 2: 75-81.
122. Фассахов Р.С., Пампура А.Н., Коростовцев Д.С. и др. Эффективность и безопасность активированного цинк пиритиона (скин-кап) в лечении атопического дерматита у детей (результаты Российского многоцентрового исследования). Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии 2006; 3 (6): 28-31.
123. Нейродерматозы. В кн.: Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. и доп. – Т. 2 / Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева, – М.: Медицина, 1999. – С. 9-49.
124. Yoshida H., Niimura M., Ueda H. et al. Clinical evaluation of ketotifen syrup on atopic dermatitis: a comparative multicenter double-blind study of ketotifen and clemastine. Ann Allergy. 1989; 62 (6): 507-512.
125. Григорьева И., Сергеев А., Манина И., Кудрявцева Е. Иммунопатология и биохимические основы атопических состояний. Врач. 2012; 4: 86-91.
126. Морозова С.В., Лусс Л.В. Хлоропирамин: современные аспекты применения. Вопросы современной педиатрии. 2007; 6 (1): 137-140.
127. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Хлоропирамин: клинические аспекты применения. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 24: 1785-1789.
128. Петрова К.С., Петрова Г.А. Хлоропирамин (Супрастин) – современные аспекты применения в терапии аллергодерматозов. Русский медицинский журнал. Фармакотерапия. 2014; 8: 617-620.
129. Ревякина В.А. Антигистаминные препараты в клинической практике. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 11: 854-856.
130. Behrendt H., Ring J. Histamine, antihistamines and atopic eczema. Clin Exp Allergy. 1990; 20 (Suppl 4): 25-30.
131. Langeland T., Fagertun H.E., Larsen S. Therapeutic effect of loratadine on pruritus in patients with atopic dermatitis. A multi-crossover-designed study. Allergy. 1994; 49 (1): 22-26.
132. Monroe E.W. Relative efficacy and safety of loratadine, hydroxyzine, and placebo in chronic idiopathic urticaria and atopic dermatitis. Clin Ther. 1992; 14 (1): 17-21.
133. Попова И.С., Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В. Двойное слепое плацебоконтролируемое исследование эффективности и переносимости кларотадина при атопическом дерматите. Русс. Мед. Журн. Дерматология, Венерология. 2001; 9 (4): 477-483.
134. Hannuksela M., Kalimo K., Lammintausta K. et al. Dose ranging study: cetirizine in the treatment of atopic dermatitis in adults. Ann Allergy. 1993; 70 (2): 127-133.
135. La Rosa M., Ranno C., Musarra I. et al. Double-blind study of cetirizine in atopic eczema in children. Ann Allergy 1994; 73 (2): 117-122.
136. Павлова О.В. Опыт применения цетиризина (аллертека) в терапии больных атопическим дерматитом и экземой. Вестник дерматологии и венерологии 2005; (4): 41-43.

137. Макарова И.В., Жиглинская О.В., Михайлова Е.А., Сухорукова В.Г. Сравнительная эффективность препаратов цетиризина дженерика (производство Эгис, Венгрия) и оригинального в форме капель в комплексной терапии атопического дерматита у детей раннего возраста. Вопросы современной педиатрии. 2007; 6 (3): 8-88.
138. Самсыгина Г.А. Аллергические болезни у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
139. Делягин В.М., Уразбагамбетов А. Применение Супрастинекса (левоцетиризина) при атопии у детей и подростков. Русский медицинский журнал. Педиатрия 2012; (16): 828-830.
140. Елисютина О.Г., Феденко Е.С., Федоскова Т.Г., Лусс Л.В. Эффективность терапии левоцетиризином больных с аллергодерматозами. Росс. Аллергол. Журнал, 2012, 5: 69-75.
141. Тамразова О.Б. Патогенетическая терапия детей, страдающих тяжелыми формами атопического дерматита. Русский медицинский журнал. Педиатрия. 2013; (2): 108-114.
142. Нажмутдинова Д.К., Швец О.И. Левоцетиризин: перезагрузка. Русский медицинский журнал. Дерматология. 2011; 21: 1324-1326.
143. Камаев А.В., Трусова О.В., Камаева И.А. Зуд при атопическом дерматите у детей: известные механизмы и возможности его долгосрочного контроля. Русский медицинский журнал. 2015; 3: 142-146.
144. Монахов С.А., Коржачкина Н.Б., Олисова О.Ю. Узковолновая фототерапия 311 нм в лечении больных атопическим дерматитом. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 3: 25-27.
145. Majoie I.M., Oldhoff J.M., van Weelden H. et al. Narrowband ultraviolet B and mediumdose ultraviolet A1 are equally effective in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2009; 60: 77-84.
146. Reynolds N.J., Franklin V., Gray J.C. et al. Narrow-band ultraviolet B and broad-band ultraviolet A phototherapy in adult atopic eczema: a randomised controlled trial. Lancet. 2001; 357 (9273): 2012-2016.
147. Clayton T.H., Clark S.M., Turner D., Goulden V. The treatment of severe atopic dermatitis in childhood with narrowband ultraviolet B phototherapy. Clin Exp Dermatol. 2007; 32(1): 28-33.
148. Seccombe L., Wynne M.D., Clancy C. et al. A retrospective review of phototherapy in children, at a tertiary paediatric dermatology unit. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2021;
37 (1): 34-38.
149. Gambichler T., Othlinghaus N., Tomi N.S. et al. Medium-dose ultraviolet (UV) A1 vs. narrowband UVB phototherapy in atopic eczema: a randomized crossover study. Br J Dermatol 2009; 160 (3): 652-658.
150. Bogaczewicz J., Malinowska K., Sysa-Jedrzejowska A., Wozniacka A. Medium-dose ultraviolet A1 phototherapy improves SCORAD index and increases mRNA expression of interleukin-4 without direct effect on human β defensin-1, interleukin-10, and interleukin-31. Int J Dermatol. 2016; 55 (7): e380-e385.
151. Tzaneva S., Seeber A., Schwaiger M. et al. High-dose versus medium-dose UVA1phototherapy for patients with severe generalized atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2001; 45: 503-507.
152. Malinowska K., Wozniacka A., Bogaczewicz J. The impact of medium dose UVA1 phototherapy on pruritus, DLQI and SCORAD index in patients with atopic dermatitis. Postepy Dermatol Alergol. 2020; 37 (6): 962-967.
153. Abeck D., Schmidt T., Fesq H. et al. Long-term efficacy of medium-dose UVA1 phototherapy in atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2000; 42 (2 Pt 1): 254-257.
154. Pugashetti R., Lim H.W., Koo J. Broadband UVB revisited: is the narrowband UVB fad limiting our therapeutic options? J DermatologTreat. 2010; 21 (6): 326-330.

155. Tzaneva S., Kittler H., Holzer G. et al. 5-Methoxypsoralen plus ultraviolet (UV) A is superior to medium-dose UVA1 in the treatment of severe atopic dermatitis: a randomized crossover trial. Br J Dermatol. 2010; 162 (3): 655-660.
156. Garritsen F.M., Brouwer M.W., Limpens J., Spuls P.I. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with implications for practice and research. Br J Dermatol. 2014; 170 (3): 501-513.
157. Perez-Ferriols A., Aranegui B., Pujol-Montcusi J.A. et al. Phototherapy in atopic dermatitis: a systematic review of the literature. Actas Dermosifiliogr. 2015; 106 (5): 387-401.
158. Uetsu N., Horio T. Treatment of persistent severe atopic dermatitis in 113 Japanese patients with oral psoralen photo-chemotherapy. J Dermatol. 2003; 30 (6): 450-457.
159. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство. / Под ред. Г.Н. Пономаренко., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. 688 с.
160. Частная физиотерапия: Учебное пособие / Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2005, 744 с.
161. Patrizi A., Raone B., Ravaioli G.M. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015; 8: 511-520.
162. Dogra S., Mahajan R.; Indian Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists. Phototherapy for atopic dermatitis. Indian J Dermatol VenereolLeprol. 2015; 81 (1): 10-15.
163. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Волнухин В.А. и др. Терапия больных псориазом, атопическим дерматитом и витилиго узкополосным средневолновым ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм. Медицинская технология N ФС-2006/250 от 15 августа 2006 года. Вестник дерматологии и венерологии 2008: 3: 17-20.
164. Thompson K.G., Kim N. Distinguishing myth from fact: photocarcinogenesis and phototherapy. DermatolClin. 2020; 38 (1): 25-35.
165. Paller A.S., Siegfried E.C., Thagi D. et al. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis: A randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. J Am Acad Dermatol. 2020; 83 (5): 1282-1293.
166. Paller A.S., Bansal A., Simpson E.L. et al. Clinically meaningful responses to dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: Post-hoc analyses from a randomized clinical trial. Am J Clin Dermatol. 2020; 21 (1): 119-131.
167. Simpson E.L., Paller A.S., Siegfried E.C. 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.
168. Cork M.J., Thaci D., Eichenfield L.F. et al. Dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: results from a phase IIa open-label trial and subsequent phase III open-label extension. Br J Dermatol. 2020; 182 (1): 85-96.
169. Simpson E.L., Bieber T., Guttman-Yassky E. et al. Two phase 3 trials of dupilumab versus placebo in atopic dermatitis. N Engl J Med. 2016; 375 (24): 2335-2348.
170. Blauvelt A., de Bruin-Weller M., Gooderham M. et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet 2017; 389 (10086): 2287-2303.
171. de Bruin-Weller M., Thagi D., Smith C.H. et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFE). Br J Dermatol. 2018; 178(5): 1083-1101.
172. Thaci D., L Simpson E., Deleuran M. et al. Efficacy and safety of dupilumab

monotherapy in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a pooled analysis of two phase 3 randomized trials (LIBERTY AD SOLO 1 and LIBERTY AD SOLO 2). J Dermatol Sci. 2019; 94 (2): 266-275.
173. Cork M.J., Eckert L., Simpson E.L. et al. Dupilumab improves patient-reported symptoms of atopic dermatitis, symptoms of anxiety and depression, and health-related quality of life in moderate-to-severe atopic dermatitis: analysis of pooled data from the randomized trials SOLO 1 and SOLO 2. J Dermatolog Treat. 2019 Jun 9: 1-9.
174. Snast I., Reiter O., Hodak E. et al. Are biologies efficacious in atopic dermatitis? asystematic review and meta-analysis. Am J Clin Dermatol. 2018; 19 (2): 145-165.
175. Wang F.R, Tang X.J., Wei C.O. et al. Dupilumab treatment in moderate-to-severe atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. J Dermatol Sci. 2018; 90 (2): 190-198.
176. Czech W., Brautigam M., Weidinger G., Schopf 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.
177. 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: 52-58.
178. Granlund H., Erkko R, Remitz A. et al. Comparison of cyclosporin and UVAB phototherapy for intermittent one-year treatment of atopic dermatitis. Acta DermVenereol 2001; 81: 22-27.
179. 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.
180. Hijnen D.J., ten Berge O., Timmer-de Mik L.et al. Efficacy and safety of long-term treatment with cyclosporin A for atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21: 85-89.
181. Schmitt J., Schmitt N., Meurer M. Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21 (5): 606- 619.
182. Amor K.T., Ryan K., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: Part I. J Am Acad Dermatol 2010; 63 (6): 925-946.
183. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. JEur AcadDermatol Venereol 2018; 32 (6): 850-878.
184. Шамов Б.А. Атопический дерматит: клинические проявления и лечение. Дневник Казанской медицинской школы. 2014; 1 (4): 63-65.
185. Jung M.Y., Chung J.Y., Lee H.Y. et al. Antibiotic susceptibility of Staphylococcus aureus in atopic dermatitis: current prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Korea and treatment strategies. Ann Dermatol. 2015; 27 (4): 398-403.
186. Lubbe J. Secondary infections in patients with atopic dermatitis. Am J ClinDermatol 2003; 4 (9): 641-654.
187. Масюкова С.А., Гладько Е.В., Тарасенко Г.Н. и др. Фузидиевая кислота в лечении пиодермитов и аллергодерматозов, осложненных бактериальной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2007; 6: 54-57.
188. Дворянкова Е.В., Корсунская И.М., Захарова А.Б., Жуковский Р.О. Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией: подходы к терапии. Эффективная фармакотерапия. 2011; 26: 74-76.
189. Ларькова И.А. Эффективная терапия атопического дерматита у детей, осложненного вторичной инфекцией. Медицинский совет. 2016; 1: 162-167.
190. Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В. Атопический дерматит в практике врачадерматовенеролога: рациональный выбор терапии. Русский медицинский журнал. 2013; 21(8): 410-412.

191. Gong J.O., Lin L., Lin T. et al. Skin colonization by Staphylococcus aureus in patients with eczema and atopic dermatitis and relevant combined topical therapy: a double-blind multicentre randomized controlled trial. Br J Dermatol 2006; 155: 680-687.
192. Lever R, Hadley K, Downey D, Mackie R. Staphylococcal colonization in atopic dermatitis and the effect of topical mupirocin therapy. Br J Dermatol 1988; 119: 189-198.
193. Альбанова В. Наружное лечение атопического дерматита. Врач. 2006; 2: 76-78.
194. Батыршина С.В., Хаертдинова Л.А. Концепция местной терапии больных атопическим дерматитом. Практическая медицина. 2009; 35 (3): 41-45.
195. Wachs G.N., Maibach H.I. Co-operative double-blind trial of an antibiotic/corticoid combination in impetiginized atopic dermatitis. Br J Dermatol 1976; 95: 323-328.
196. Schuttelaar M.L., Coenraads P.J. A randomized, double-blind study to assess the efficacy of addition of tetracycline to triamcinolone acetonide in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis. J EurAcadDermatolVenereol 2008; 22: 1076-1082.
197. Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. Применение Полькортолона ТС для лечения зудящих дерматозов, осложненных вторичной инфекцией. Русский медицинский журнал 2013; 21 (22): 1096-1098.
198. Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В. Опыт применения аэрозолей оксикорт и полькортолон ТС в лечении аллергических дерматозов, осложненных пиодермией. Вестник дерматологии и венерологии. 2004; 1: 42-43.
199. Ramsay C., Savoie J., Gilbert M. et al. The treatment of atopic dermatitis with topical fusidic acid and hydrocortisone acetate. J Eur Acad Dermatol Venereol 1996; 7 (Suppl. 1): S 15-22.
200. Hjorth N., Schmidt H., Thomsen K. Fusidic acid plus betamethasone in infected or potentially infected eczema. Pharmatherapeutica 1985; 4: 126-131.
201. Тарасова М.В., Марина Т.В., Сорокина Е.А. и др. Целесообразность применения комбинированных топических глюкокортикостероидов в комплексной терапии атопического дерматита. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2008; 10(3): 383.
202. Кубанова А.А. Прошутинская Д.В., Текучева Л.В., Авдиенко И.Н. Интегральный подход к наружной терапии больных атопическим дерматитом. Вестник дерматологии и венерологии. 2010; 1: 20-26.
203. Ненашева Н.М. Особенности местной (наружной) терапии осложненного инфекцией атопического дерматита. РМЖ. 2015; 23(19): 1159-1165.
204. Кунгуров Н.В., Кениксфест Ю.В., Кохан М.М. и др. Комбинированная наружная терапия осложненных дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2005; 2: 33-37.
205. Niebuhr M., Mai U., Kapp A., Werfel T. Antibiotic treatment of cutaneous infections with Staphylococcus aureus in patients with atopic dermatitis: current antimicrobial resistances and susceptibilities. ExpDermatol. 2008; 17 (11): 953-957.
206. Boguniewicz M., Sampson H., Leung S. et al. Effects of cefuroxime axetil on Staphylococcus aureus colonizing and superantigen production in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2001; 108: 651-652.
207. Тренева М.С., Пампура А.Н. Стратегия выбора антибактериальных препаратов у детей с микробным инфицированием атопического дерматита. Практическая медицина. 2011; 3 (51): 136-139.
208. Boguniewicz M., Leung D.Y. Recent insights into atopic dermatitis and implications for management of infectious complications. J AllergyClinImmunol. 2010; 125 (1): 4-13.
209. Tognetti L., Martinelli C., Berti S. et al. Bacterial skin and soft tissue infections: review of the epidemiology, microbiology, aetiopathogenesis and treatment: a collaboration between dermatologists and infectivologists. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; 26 (8): 931-941.
210. Petry V., Bessa G.R., Poziomczyck C.S. et al. Bacterial skin colonization and infections in patients with atopic dermatitis. An Bras Dermatol. 2012; 87 (5): 729-734.

211. Wollenberg A. Eczema herpeticum. Chem Immunol Allergy. 2012; 96: 89-95.
212. Niimura M., Nishikawa T. Treatment of eczema herpeticum with oral acyclovir. Am J Med. 1988; 85 (2A): 49-52.
213. Bussmann C., Bockenhoff A., Henke H. et al. Does allergen-specific immunotherapy represent a therapeutic option for patients with atopic dermatitis? J Allergy Clin Immunol 2006; 118: 1292-1298.
214. Darsow U., Forer I., Ring J. Allergen-specific immunotherapy in atopic eczema. Curr Allergy Asthma Rep 2011; 11: 277-283.
215. Bae J.M., Choi Y.Y., Park C.O. et al. Efficacy of allergen-specific immunotherapy for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Allergy Clin Immunol 2013; 132: 110-117.
216. Ring J. Successful hyposensitization treatment in atopic eczema: results of a trial in monozygotic twins. Br J Dermatol 1982; 107: 597-602.
217. Winfred Frazier, Namita Bhardwaj. Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment. 2020 May 15;101(10):590-598.
218. Zachariae H., Cramers M., Herlin T.etal. Non-specific immunotherapy and specific hyposensitization in severe atopic dermatitis. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1985; 114: 48-54.
219. Елисютина О.Г., Феденко Е.С. Место специфической иммунотерапии в лечении больных атопическим дерматитом, осложненным рецидивирующей пиодермией. Физиология и патология иммунной системы. Физиология и патология иммунной системы. 2006; (8): С. 15.
220. Novak N., Bieber T., Hoffmann M. et al. Efficacy and safety of subcutaneous allergenspecific immunotherapy with depigmented polymerized mite extract in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2012; 130: 925-931 e4.
221. Pajno G.B., Caminiti L., Vita D. et al. Sublingual immunotherapy in mite-sensitized children with atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 164-170.
222. Oin Y.E., Mao J.R., Sang Y.C., Li W.X. Clinical efficacy and compliance of sublingual immunotherapy with Dermatophagoidesfarinae drops in patients with atopic dermatitis. Int J Dermatol 2014; 53: 650-655.
223. Liu L., Guo D., Liang O. et al. The efficacy of sublingual immunotherapy with Dermatophagoidesfarinae vaccine in a murine atopic dermatitis model. Clin Exp Allergy 2015; 45: 815-822.
224. Roduit C., Frei R., Loss G. et al. Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. J Allergy Clin Immunol 2012; 130: 130-136 e5.
225. Perkin M.R., Logan K., Tseng A. et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. N Engl J Med 2016; 374: 1733-1743.
226. Prell C., Koletzko B. Breastfeeding and Complementary Feeding. DtschArztebl Int. 2016; 113(25): 435-444.
227. Vandenplas Y., Al-Hussaini B., Al-Mannaei K. et al. Prevention of Allergic Sensitization and Treatment of Cow's Milk Protein Allergy in Early Life: The Middle-East Step-Down Consensus. Nutrients. 2019 Jun 26; 11(7).
228. Gruber C. Probiotics and prebiotics in allergy prevention and treatment: future prospects. Exp Rev Clin Immunol 2012; 8: 17-19.
229. Cuello-Garcia C.A., Brozek J.L., 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.
230. Panduru M., Panduru N.M., Salavastru C.M., Tiplica G.S. Probiotics and primary prevention of atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled studies. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015; 29 (2): 232-242.
231. Muraro A., Halken S., Arshad S.H. et al. EAACI food allergy and anaphylaxis

guidelines. Primary prevention of food allergy. Allergy 2014; 69: 590-601.
232. Kantor R., Kim A., Thyssen J.P., Silverberg J.I. Association of atopic dermatitis with smoking: a systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol 2016; 75: 1119-1125 el.
233. Kathuria P., Silverberg J.I. Association of pollution and climate with atopic eczema in US children. Pediatr Allergy Immunol 2016; 27: 478-485.
234. Morgenstern V., Zutavern A., Cyrys J. et al. Atopic diseases, allergic sensitization, and exposure to traffic-related air pollution in children. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177: 1331-1337.
235. Hidaka T., Ogawa E., Kobayashi E.H. et al. The aryl hydrocarbon receptor AhR links atopic dermatitis and air pollution via induction of the neurotrophic factor artemin. Nat Immunol 2017; 18: 64-73.
236. Ricci G., Bendandi B., Aiazzi R.et al. Three years of Italian experience of an educational program for parents of young children affected by atopic dermatitis: improving knowledge produces lower anxiety levels in parents of children with atopic dermatitis. Pediatr Dermatol. 2009; 26: 1-5.
237. Staab D., Diepgen T.L., Fartasch M. et al. Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. BMJ. 2006; 332: 933-938.
238. Lambert J., Bostoen J., Geusens B. et al. A novel multidisciplinary educational programme for patients with chronic skin diseases: Ghent pilot project and first results. Arch Dermatol Res. 2011; 303: 57-63.
239. Kupfer J., Gieler U., Diepgen T.L. et al. Structured education program improves the coping with atopic dermatitis in children and their parents-a multicenter, randomized controlled trial. J PsychosomRes. 2010; 68 (4): 353-358.
240. Staab D., von Rueden U., Kehrt R. et al. Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. Pediatr Allergy Immunol. 2002; 13: 84-90.
241. Kiriyama T., Sugiura H., Uehara M. Residual washing detergent in cotton clothes: a factor of winter deterioration of dry skin in atopic dermatitis. J Dermatol. 2003; 30: 708-712.
242. Schmid-Wendtner M.H., Korting H.C. The pH of the skin surface and its impact on the barrier function. Skin Pharmacol Physiol. 2006; 19: 296-302.
243. Simpson E., Trookman N.S., Rizer R.L. et al. Safety and tolerability of a body wash and moisturizer when applied to infants and toddlers with a history of atopic dermatitis: results from an open-label study. Pediatr Dermatol. 2012; 29: 590-597.
244. Bath-Hextall F., Delamere F., Williams H. Dietary exclusions for improving established atopic eczema in adults and children systematic review. Allergy 2009; 64: 258-264.
245. [Аллергология и иммунология: национальное руководство / Под ред. Хаитова Р.М., Ильиной Н.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
246. Campana R., Dzoro S., Mittermann I. et al. Molecular aspects of allergens in atopic dermatitis. CurrOpin Allergy Clin Immunol. 2017; 17(4): 269-277.
247. Cartledge N, Chan S. Atopic Dermatitis and Food Allergy: A Paediatric Approach. CurrPediatr Rev. 2018; 14(3): 171-179. doi:10.2174/1573396314666180613083616. PMID:29895253.
248. Darsow U., Laifaoui J., Kerschenlohr K. et al. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema: A European multicenter study. Allergy. 2004; 59: 1318-1325.
249. Tamagawa-Mineoka R., Katoh N. Atopic Dermatitis: Identification and Management of Complicating Factors. Int J Mol Sci. 2020; 21 (8): 2671.
250. Werfel T., Heratizadeh A., Niebuhr M. et al. Exacerbation of atopic dermatitis on grass pollen exposure in an environmental challenge chamber. J Allergy Clin Immunol. 2015; 136(1): 96-103. e9.
251. A. Caut C., Leach M., Steel A. Dietary guideline adherence during preconception and pregnancy: A systematic review. Matern Child Nutr. 2020; 16(2): el2916.

252. Sugita K., Akdis C.A. Recent developments and advances in atopic dermatitis and food allergy. Allergol Int. 2020; 69 (2): 204-214.
253. Fedenko E., Elisyutina O., Shtyrbul O. et al. Microarray-based IgE serology improves management of severe atopic dermatitis in two children. Pediatr Allergy Immunol. 2016; 27(6): 645-649.
254. Niggemann B., Reibel S., Wahn U. The atopy patch test (APT)-a useful tool for the diagnosis of food allergy in children with atopic dermatitis // Allergy. – 2000. – T. 55. – N. 3. – C. 281-285.
255. Roehr C.C. et al. Atopy patch tests, together with determination of specific IgE levels, reduce the need for oral food challenges in children with atopic dermatitis // Journal of allergy and clinical immunology. – 2001. – T. 107. – N. 3. – C. 548-553.
256. Mavlyanova S, Ismagilov I, Burkhonov A. To the results of the study of endogenous intoxication in patients with anantolytic pemphigus. EADV Symposium Sevillia, 2023, 18-20 May.
257.Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Махсудов М.Р., Мирзакулова Ш.Н. Диагностические критерии оценки состояние микробиоты кожи у больных кожными заболеваниями. // Методические рекомендации. – ташкент – 26с.
258. Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В. Критерии диагностики и лечения микогенной сенсибилизации у больных атопическим дерматитом. // Методические рекомендации. – ташкент- 2023 – 29с.

https://icd.who.int/browse11/l-m/ru
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://www.jaad.org/article/S0190-9622(13)01095-5/fulltext
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019096220303055X
https://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2021/09/4_AP-010221-1050-No-Supplement.pdf
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16867052/
https://raaci.ru/dat/pdf/project_AtD.pdf?ysclid=lyrjosleje647839847
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/
https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis
https://nationaleczema.org/
https://www.mdpi.com/2077-0383/13/8/2185
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19137769/
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667026723000176
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://cyberleninka.ru/article/n/peloidoterapiya-zabolevaniy-
www.nmicrk.ru/upload/nauka/pdf/6kr.pdf
https://cyberleninka.ru/article/n/rol-topicheskih-steroidov-v-terapii-ostryh-i-hronicheskih-dermatozov-u-detey