Атопический дерматит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L20 · Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Атопический дерматит — мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи с зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Рекомендация описывает диагностику у пациентов всех возрастов, базисный уход, наружную и системную терапию, ведение инфекции и показания к госпитализации.

Главное

- Диагноз основывается на сочетании трёх основных и не менее трёх дополнительных критериев Hanifin–Rajka; кожный зуд относится к основным диагностическим критериям.
- Заболевание обычно начинается до 2 лет, протекает хронически с обострениями и ремиссиями; локализация и морфология очагов меняются с возрастом.
- Площадь поражения: ограниченно-локализованная — не более 10% кожи, распространённая — от 10% до 50%, диффузная — более 50%.
- По SCORAD лёгкая степень соответствует значению менее 25, средняя — от 25 до 50, тяжёлая — более 50.
- Эмоленты рекомендуются всем пациентам независимо от степени тяжести (УУР В, УДД 2). Их необходимо постоянно, часто и в больших количествах использовать не менее 3–4 раз в сутки, в том числе сразу после водных процедур.
- Наружная лекарственная терапия проводится при лёгком, среднем и тяжёлом течении. Системные препараты и фототерапию назначают при среднетяжёлом и тяжёлом атопическом дерматите.
- При распространённой бактериальной инфекции нужны системные антибиотики; перед их назначением проводят микробиологическое исследование отделяемого и определяют чувствительность, а обычная продолжительность лечения составляет 7–10 дней.
- Диспансерное наблюдение показано при среднетяжёлом и тяжёлом течении. Атопический дерматит сам по себе не является противопоказанием к плановой вакцинации, но вакцинацию не проводят в период обострения.

Диагностика

1. Собрать анамнез: уточнить сроки начала и характер течения заболевания, сезонность обострений, провоцирующие факторы, личный и семейный анамнез атопии, а также склонность пациента к развитию бактериальных, вирусных и грибковых инфекций кожи (УУР С, УДД 5).
2. Провести визуальный осмотр кожных покровов пациента; проявления заболевания подробно описаны в разделе «Клиническая картина».
3. Сопоставить данные с критериями Hanifin–Rajka: необходимо сочетание трёх основных критериев — зуда, типичной морфологии и локализации, хронического рецидивирующего течения, наличия атопических заболеваний у пациента или родственников — и не менее трёх дополнительных (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить общий анализ крови; при планировании или проведении системной терапии также контролировать биохимический анализ крови, а при терапии циклоспорином — общий анализ мочи (УУР С, УДД 5).
5. В случае отсутствия достаточного для установления диагноза числа диагностических критериев исследовать уровень общего IgE в крови (УУР С, УДД 5).
6. Для выявления сенсибилизации использовать кожные тесты; при противопоказаниях, сомнительных результатах или расхождении с анамнезом исследовать аллерген-специфические IgE в крови (УУР А, УДД 2).
7. При наличии клинических признаков, общих с другими заболеваниями кожи, выполнить биопсию кожи с патолого-анатомическим исследованием; тяжесть при необходимости количественно оценить по IGA или SCORAD.

Лечение

- Эмоленты рекомендуются всем пациентам независимо от степени тяжести (УУР B, УДД 2). Их следует использовать не менее 3–4 раз в сутки и сразу после водных процедур. При распространённом поражении расход может составлять до 600 г в неделю у взрослого и до 250 г в неделю у ребёнка.
- Наружную терапию проводят при любой тяжести. При лёгком течении предпочтительны глюкокортикоиды групп I–II, при среднем и тяжёлом — групп III–IV в минимальной эффективной дозе; эффективность нового наружного средства оценивают через 2 недели (УУР C, УДД 5).
- Пимекролимус 1% наносят 2 раза в сутки взрослым и детям старше 3 месяцев при лёгком и среднетяжёлом течении; такролимус наносят 2 раза в сутки при среднетяжёлом и тяжёлом течении: взрослым — 0,03% или 0,1%, детям старше 2 лет — 0,03% (оба препарата: УУР A, УДД 1).
- При зуде системные антигистаминные средства не следует применять у детей рутинно; их используют при недостаточном противозудном эффекте наружной терапии. Предпочтительны препараты II поколения. Например, лоратадин назначают детям 2–12 лет по 5 или 10 мг 1 раз в сутки в зависимости от массы тела, детям старше 12 лет и взрослым — по 10 мг 1 раз в сутки в течение 14–28 дней (УУР B, УДД 2).
- При среднетяжёлом и тяжёлом течении возможны системные препараты: аброцитиниб 100 или 200 мг 1 раз в сутки взрослым и детям с 12 лет (УУР A, УДД 2); упадацитиниб — 15 мг 1 раз в сутки с 12 лет, взрослым — 15 или 30 мг 1 раз в сутки (УУР A, УДД 1–2).
- Дупилумаб: взрослым начально 600 мг, затем 300 мг каждые 2 недели; детям с 6 лет доза зависит от массы тела — при 15–<30 кг 600 мг, затем 300 мг каждые 4 недели; при 30–<60 кг 400 мг, затем 200 мг каждые 2 недели; при массе 60 кг и более — 600 мг, затем 300 мг каждые 2 недели (УУР A, УДД 1–2).
- При тяжёлом течении у взрослых циклоспорин начинают с 2,5–3 мг/кг/сут в 2 приёма; при необходимости повышают до 5 мг/кг/сут, после улучшения постепенно снижают до отмены. Непрерывную терапию предлагают ограничивать 2 годами (УУР A, УДД 2).
- При локализованной вторичной инфекции применяют местные противомикробные средства, например фузидовую кислоту 2% 3 раза в сутки в течение 7–14 дней. При распространённой или рецидивирующей бактериальной инфекции используют системные антибиотики; при герпетической экземе Капоши — противовирусные препараты, а при диссеминированном процессе с лихорадкой и интоксикацией требуется госпитализация.

Когда направить и как наблюдать

- При высыпаниях и кожном зуде участковый терапевт, педиатр или врач общей практики направляет пациента в дерматовенерологическую организацию или к аллергологу-иммунологу.
- Дневной стационар показан при недостаточной эффективности амбулаторного лечения у пациента с ограниченными высыпаниями.
- Плановая госпитализация в стационар нужна при отсутствии эффекта амбулаторного лечения, тяжёлом течении с потребностью в системной терапии или фототерапии, вторичной инфекции, не купируемой амбулаторно, а также при герпетической экземе Капоши.
- При диссеминированной герпетической экземе Капоши с температурой и тяжёлой интоксикацией госпитализация проводится в стационар с боксированным отделением и внутривенным введением ацикловира.
- Выписка возможна при частичном или полном регрессе высыпаний.

Частые вопросы

Какие критерии нужны для постановки диагноза атопического дерматита?

По Hanifin–Rajka нужны три основных и не менее трёх дополнительных критериев. К основным относятся зуд, типичная морфология и локализация, хроническое рецидивирование и атопические заболевания у пациента или родственников.

Нужно ли выполнять аллергологическое обследование каждому пациенту?

Его проводят при личном или семейном анамнезе аллергии либо при указании на обострение после контакта с аллергеном. Используют кожные тесты, а при противопоказаниях или сомнительных результатах — аллерген-специфические IgE в крови.

Как оценить тяжесть атопического дерматита?

Для количественной оценки используют IGA или SCORAD. По SCORAD лёгкая степень — менее 25, средняя — от 25 до 50, тяжёлая — более 50.

Когда начинать системную терапию?

Системную терапию назначают при среднетяжёлом и тяжёлом атопическом дерматите. При тяжёлом течении у взрослых возможен циклоспорин, а также применяются аброцитиниб, дупилумаб, барицитиниб или упадацитиниб с учётом возраста и противопоказаний.

Когда при инфекции достаточно наружного лечения, а когда нужны антибиотики системного действия?

При локализованной вторичной инфекции используют наружные антибиотики, противомикробные средства и/или антисептики. При распространённом бактериальном поражении нужны системные антибиотики; до их назначения проводят микробиологическое исследование отделяемого.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/265-atopicheskij-dermatit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/265_3