

<https://doi.org/10.25208/vdv1335>



## Оценка степени тяжести атопического дерматита — стандартизованные индексы тяжести SCORAD и EASI

© Карамова А.Э., Чикин В.В., Знаменская Л.Ф.\*, Аулова К.М.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии  
107076, Россия, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

Атопический дерматит является одним из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний кожи, значимо нарушающих качество жизни пациентов. Для выбора адекватной терапии и оценки ее эффективности необходимо определение степени тяжести дерматоза. Гетерогенность и широкий диапазон тяжести возможных клинических проявлений, характерные для данного заболевания, делают затруднительной оценку степени тяжести атопического дерматита. В настоящее время разработано более 20 методов для оценки тяжести данного заболевания. Наиболее простыми и надежными методами, позволяющими относительно быстро и точно определить степень тяжести атопического дерматита, являются индексы SCORAD, oSCORAD и EASI. Каждый из трех методов оценки имеет свои особенности, дающие преимущество в определенных ситуациях и являющиеся недостатком в других.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, степень тяжести, EASI, SCORAD, объективный SCORAD.

**Конфликт интересов:** авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

**Источник финансирования:** рукопись подготовлена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.

**Для цитирования:** Карамова А.Э., Чикин В.В., Знаменская Л.Ф., Аулова К.М. Оценка степени тяжести атопического дерматита — стандартизованные индексы тяжести SCORAD и EASI. Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(3):53–60. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1335>



# Assessment of the severity of atopic dermatitis — SCORAD and EASI

© Arfenya E. Karamova, Vadim V. Chikin, Lyudmila F. Znamenskaya\*, Kseniya M. Aulova

State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology  
Korolenko str., 3, bldg 6, 107076, Moscow, Russia

Atopic dermatitis is one of the most prevalent chronic inflammatory skin diseases, which can vastly influence the patients' quality of life. Objective assessment of severity is required to select adequate therapy and evaluate its effectiveness. Heterogeneous clinical manifestations with greatly varying severity make it difficult to assess the severity of atopic dermatitis. More than twenty methods are developed for the assessment of this disease's severity. SCORAD, oSCORAD and EASI are the most elementary and reliable methods allowing to define the severity of atopic dermatitis relatively quickly and accurately. Each of these three methods has its own particularities, that could be advantages or disadvantages depending on circumstances.

**Keywords:** atopic dermatitis, severity, EASI, SCORAD, objective SCORAD.

**Conflict of interest:** the authors declare that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

**Source of funding:** the work was done and published through financing at the place of work of the authors.

**For citation:** Karamova AE, Chikin VV, Znamenskaya LF, Aulova KM. Assessment of the severity of atopic dermatitis — SCORAD and EASI. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2022;98(3):53–60.  
doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1335>



## Введение

Атопический дерматит — мультифакториальное, генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Дерматоз представляет собой одно из наиболее часто встречающихся заболеваний кожи, значимо нарушает качество жизни пациентов и является важной медико-социальной проблемой [1–8]. Согласно данным Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, распространенность атопического дерматита в 2020 г. составила 379,5 случая на 100 000 населения, а заболеваемость — 158,3 на 100 000. Оба показателя оказались наиболее высокими среди детского населения (распространенность среди детей от 0 до 14 лет составляет 1424,2 случая на 100 000 соответствующего населения, а заболеваемость — 660,4 случая на 100 000) [9].

Объективная оценка тяжести состояния пациента необходима не только для обоснованного назначения терапии, предназначенной для лечения больных атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести, но и для оценки ее эффективности.

Для определения степени тяжести атопического дерматита были созданы индексы, учитывающие как объективные, так и совокупность объективных и субъективных признаков.

В 2011 г. группа экспертов проекта The Harmonising Outcome Measures for Eczema (HOME) сформулировала четыре основополагающих принципа, которые должны учитываться при оценке степени тяжести атопического дерматита в дальнейших исследованиях и практической работе с больными:

- клинические признаки, оцениваемые врачом;
- симптомы, оцениваемые пациентом;
- качество жизни, связанное со здоровьем;
- мониторинг рецидивов (обострений) в долгосрочной перспективе [10].

При разработке принципов учитывались интересы пациентов, врачей-клиницистов, представителей фармацевтической промышленности и научных сотрудников.

К настоящему времени для оценки тяжести атопического дерматита разработано более 20 методов (ADAM, ADASI, ADSI, BCSS, EASI, FSSS, IGADA, Leicester index, NESS, OSAAD, POEM, RL score, SA-EASI, SASSAD, SCORAD, oSCORAD, SIS, SSS, TBSA, TISS, WAZ-S), однако они включают в себя различные сочетания клинических признаков и симптомов атопического дерматита, что затрудняет сравнение результатов различных исследований, выполнение метаанализа и, соответственно, принятие клинических решений [10–12].

Наиболее часто используемыми методами оценки тяжести атопического дерматита оказались SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD) и Eczema Area and Severity Index (EASI) [10]. Их главное различие состоит в том, что EASI учитывает только объективные клинические признаки, а индекс SCORAD — и клинические, и субъективные.

## Индекс SCORAD

Индекс SCORAD разработан экспертами Европейской специальной рабочей группы по атопическому дерматиту (ETFAD) в 1993 г. [13, 14]. Его осново-

положниками считаются Alain Taïeb и Jean-François Stalder, однако более 20 дерматологов из различных стран мира приняли участие в его совершенствовании [14].

Для расчета индекса SCORAD принимаются во внимание три условных показателя: распространенность патологического кожного процесса («А»), выраженность клинических проявлений («В») и субъективная оценка пациентом своего состояния («С»).

Показатель «А» определяется путем суммирования площади пораженных зон. Для вычисления показателя распространенности кожного процесса используется правило «девятка» [14, 15]. Согласно правилу «девятка», площадь поверхности головы и шеи взрослого человека составляет 9%, одной верхней конечности — 9%, передней поверхности туловища — 18%, задней поверхности туловища — 18%, одной нижней конечности — 18%, а промежности и наружных половых органов — 1% всей поверхности тела.

Для удобства расчетов площадь передней и задней областей головы и шеи, а также передней и задней поверхностей верхней конечности принимаются за 4,5% от общей площади кожного покрова; передняя и задняя поверхности туловища — за 18%; область гениталий — за 1%; передняя и задняя поверхности нижней конечности — за 9% [1, 14, 16] (рисунок).

Показатель «В» определяется как сумма оценок 6 клинических проявлений (эритемы, отек/папул, эксфолиаций, мокнутия/корок, лихенификации и ксероза свободной от высыпаний кожи). Расчет при этом осуществляется по шкале от 0 до 3, где 0 — отсутствие проявлений, 1 — легкие проявления, 2 — умеренные проявления и 3 — тяжелые проявления того или иного признака [1, 14, 16]. Для оценки каждого из признаков выбирается репрезентативный участок кожи с проявлениями «средней выраженности», при этом недопустима оценка по наиболее тяжелому из имеющихся высыпаний [16]. Стоит отметить, что выраженность эксфолиаций следует, по возможности, оценивать на участках нелихенифицированной кожи [16]. Под лихенификацией понимают утолщение эпидермиса в участках хронического воспаления с грубым подчеркнутым кожным рисунком, зачастую ромбовидной формы, со слегка блестящей поверхностью, с коричневатым или сероватым оттенком [16]. Ксероз оценивается без предварительного использования эмолиентов на участках, находящихся на некотором расстоянии от воспалительных элементов, т.е. на видо здоровой коже [16].

Показатель «С» соответствует сумме субъективно оцененных пациентом по цифровой аналоговой шкале (значения от 0 до 10) показателей зуда и нарушения сна, при этом принимается усредненное значение признаков за последние трое суток [1, 14, 16].

Формула для расчета индекса SCORAD выглядит следующим образом:

$$\text{SCORAD} = A/5 + 7B/2 + C.$$

Максимально возможный результат соответствует 103 баллам [14]. В соответствии с принятыми клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов, легкая степень тяжести атопического дерматита коррелирует со значениями менее 25 баллов, средняя — от 25 до 50 баллов, а тяжелая —

## Индекс SCORAD

Европейская целевая группа по atopическому дерматиту

Фамилия

Имя

значения в круглых скобках  
используются для детей  
младше двух лет

---

**A: Распространенность**

**B: Выраженность**

**C: Субъективные симптомы  
зуд + нарушение сна**

**A/5 + 7B/2 + C**

Критерии	Выраженность
Эритема	
Отек/папулы	
Мокнутие/корки	
Экскориации	
Лихенификация	
Сухость*	

\*сухость оценивается на непопавшей коже

**Метод оценки**

**Выраженность признака**  
(на репрезентативном участке)

0 – отсутствие проявлений  
1 – слабые проявления  
2 – умеренные проявления  
3 – тяжелые проявления

Визуально-аналоговая шкала (показатели определяются как среднее значение за последние три дня/ночи)

**Зуд** (0 to 10)

**Нарушение сна** (0 to 10)

0 10

Рисунок. Расчет индекса SCORAD [16]

Figure. Calculation of the SCORAD index [16]

более 50 баллов, что согласуется с данными, указанными в меморандуме ETFAD/EADV, опубликованном в 2020 г. (табл. 2) [7, 17].

Стоит, однако, учитывать, что в связи с индивидуальными психологическими особенностями субъективная оценка пациента не всегда соответствует объективному состоянию кожи, при этом делая значимый вклад в общую сумму признаков (табл. 1) [10].

Для исключения влияния субъективных факторов был предложен объективный SCORAD-индекс (oSCORAD), который определяется по формуле: oSCORAD = A/5 + 7B/2, при этом максимальное количество баллов при таком подсчете равняется 83

[10, 14]. Легкая степень тяжести atopического дерматита соответствует значениям менее 15 баллов по шкале oSCORAD, средняя степень тяжести — значениям от 15 до 40 баллов, а тяжелая степень тяжести — более 40 баллов (см. табл. 2) [18].

Для оценки интенсивности зуда возможно использование дополнительной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) или цифровой рейтинговой шкалы (NRS-11) с оценкой пиковой интенсивности зуда за последние 24 часа по шкале от 0 до 10, где 0 означает отсутствие зуда, а 10 — «настолько нестерпимый зуд, насколько возможно представить», то есть зуд наиболее высокой интенсивности [19].

Таблица 1. Вклад признаков в общий результат оценки при использовании SCORAD, oSCORAD  
Table 1. Signs' contributions to the common result of the assessment by using SCORAD, oSCORAD

Признак	SCORAD, %	oSCORAD, %
Площадь поражения	19,4	24
Эритема	10,2	12,7
Образование папул/отек	10,2	12,7
Лихенификация	10,2	12,7
Экскориации	10,2	12,7
Мокнутие/корки	10,2	12,7
Сухость кожи (на непораженных участках)	10,2	12,7
Сумма объективных признаков	61,2	76
Нарушение сна	9,7	—
Зуд	9,7	—
Сумма субъективных признаков (нарушение сна/зуд)	19,4	—

### Индекс EASI

Другим способом объективной оценки состояния больного является EASI. Для его расчета необходимо сначала определить площадь пораженной кожи, при этом каждая из четырех анатомических областей (голова/шея, туловище, верхние конечности и нижние конечности) условно принимается за 100%.

Площадь кожи лица, волосистой части головы и шеи составляет по 33%, при этом на переднюю и заднюю поверхности шеи, а также на левую и правую стороны лица приходится по 17%; передняя часть туловища (включая гениталии) занимает 55%, а задняя — 45%; передние и задние поверхности верхних конечностей включают по 25% каждая; передние и задние (за исключением ягодиц) поверхности нижних конечностей занимают по 22,5%, ягодицы — 10% [20].

После оценки распространенности, в зависимости от итоговой суммы площади поражения, каждой из областей присваивается определенное количество баллов (оценка распространенности (OP)): 0% — 0 баллов; 1–9% — 1 балл; 10–29% — 2 балла; 30–49% — 3 балла; 50–69% — 4 балла; 70–89% — 5 баллов; 90–100% — 6 баллов [20].

Интенсивность высыпаний оценивается для 4 клинических проявлений для каждой из 4 анатомических областей в отдельности (эритемы, индурации/папул, эксскориаций и лихенификации): 0 — отсутствие проявлений, 1 — легкие проявления, 2 — проявления средней тяжести и 3 — тяжелые проявления. Далее баллы, полученные за все признаки, суммируются для каждой области в отдельности с получением оценки тяжести [20].

Для облегчения интерпретации клинического признака используются следующие определения.

1. Эритема: 0 (отсутствие) — эритемы нет, возможна остаточная дисхромия (поствоспалительная гипер- и/или гипопигментация); 1 (слабая) — эритема от светло-розового до светло-красного цвета; 2 (умеренная) — эритема красного цвета; 3 (тяжелая) — эритема насыщенного темно-красного цвета.

2. Индурация/папулы: 0 (отсутствие) — индурации/папул нет; 1 (слабые) — незначительно выраженное утолщение кожи и/или папулы; 2 (умеренные) — уме-

ренно выраженное утолщение кожи и/или папулы; 3 (тяжелые) — значительно выраженное утолщение кожи и/или папулы.

3. Экскориации: 0 (отсутствие) — эксскориаций нет; 1 (слабые) — единичные поверхностные линейные и/или точечные эксскориации; 2 (умеренные) — умеренно выраженные линейные и/или точечные эксскориации; 3 (тяжелые) — глубокие множественные линейные и/или точечные эксскориации.

4. Лихенификация: 0 (отсутствие) — лихенификации нет; 1 (слабые) — едва/незначительно выраженное утолщение кожи, усиление кожного рисунка; 2 (умеренные) — умеренно выраженное утолщение кожи, грубый кожный рисунок; 3 (тяжелые) — значительно выраженное утолщение кожи, очень грубый кожный рисунок.

Для окончательного расчета EASI необходимо вычисление баллов для каждой анатомической области посредством умножения оценки распространенности (OP) на показатель оценки тяжести (OT) и на стандартизированный коэффициент конкретной области с последующим их суммированием:

1) голова/шея:  $OT(г/ш) \times OP(г/ш) \times 0,1$  (для детей до 7 лет коэффициент равен 0,2);

2) туловище:  $OT(т) \times OP(т) \times 0,3$ ;

3) верхние конечности:  $OT(в/к) \times OP(в/к) \times 0,2$ ;

4) нижние конечности:  $OT(н/к) \times OP(н/к) \times 0,4$  (для детей до 7 лет коэффициент равен 0,3) [20].

Итоговая формула выглядит следующим образом:

$$EASI = OT(г/ш) \times OP(г/ш) \times 0,1 + OT(т) \times OP(т) \times 0,3 + OT(в/к) \times OP(в/к) \times 0,2 + OT(н/к) \times OP(н/к) \times 0,4.$$

Максимальное количество баллов по EASI равняется 72. В отличие от индекса SCORAD для EASI не существует общепризнанной интерпретации результатов. В 2015 г. Leshem и соавт. предложили считать значения менее 7 баллов по индексу EASI соответствующими легкой степени тяжести атопического дерматита, от 7 до 21 — средней степени тяжести, а от 21 и более — тяжелой степени тяжести [21]. В 2017 г. Chopra и соавт. опубликовали модифицированную градацию, в которой значения менее 6 баллов соответствуют легкой степени тяжести атопического дерматита, от 6 до 22,9 —



Таблица 2. Градация степени тяжести атопического дерматита в зависимости от количества баллов для SCORAD, oSCORAD, EASI  
Table 2. Defining of the severity of atopic dermatitis according to the number of points for SCORAD, oSCORAD and EASI

Используемый индекс	Чистая кожа/легкая степень тяжести, баллы	Средняя степень тяжести, баллы	Тяжелая степень тяжести, баллы
SCORAD	< 25 [17, 23]	25–50 [17, 23]	50–103 [17, 23]
oSCORAD	< 15 [18]	15–40 [18]	40–83 [18]
EASI	< 6 [22]	6–22,9 [22]	23–72 [22]
	< 7 [21]	7–21 [21]	21–72 [21]

средней степени тяжести, а от 23 и более — тяжелой степени тяжести (см. табл. 2) [22]. Необходимы дополнительные исследования в этой области для выбора наиболее рационального интерпретирования результатов.

### Обсуждение

Индексы EASI, SCORAD и объективный SCORAD учитывают выраженность эритемы, отека/папул, экскориаций, лихенификации, позволяют оценить интенсивность признаков и распространенность патологического процесса и заполняются специалистом [10]. В отличие от EASI в SCORAD и oSCORAD весь кожный покров приравнивается к 100%, а в EASI за 100% принимается одна из 4 анатомических зон (голова/шея, туловище, верхние конечности и нижние конечности).

Помимо этого, в EASI используются коэффициенты, соответствующие каждой анатомической зоне. Учитывая, что эти коэффициенты рассчитывались стандартизированно, исходя из среднестатистического вклада каждой части тела в общую площадь, результат индекса EASI может быть неточным для мужчин и женщин с нетипичным телосложением или инвалидностью (например, при утрате конечности).

Преимущество SCORAD и oSCORAD перед EASI состоит в возможности оценить такие симптомы, как мокнутие/корки, поскольку эти признаки значимо нарушают качество жизни, а также вносят вклад в оценку степени тяжести пациентов младенческого возраста, для которых наиболее характерны экссудативные проявления. Однако, с другой стороны, оба эти индекса оценивают сухость кожи непораженных участков, что может снижать чувствительность оценки, поскольку ксероз, зачастую беспокоящий пациента даже при отсутствии активных воспалительных проявлений заболевания, не позволяет проведение адекватной оценки из-за сложности даже временной отмены эмолиентов [24].

Коэффициент согласия наблюдателей (степень идентичности результатов при применении шкалы разными исследователями) и коэффициент устойчивости (степень идентичности результата при повторной оценке шкалы одним и тем же исследователем) при оценке EASI определяются как надежные, а валидность и чувствительность — как достаточные [10]. Достоверные данные по коэффициенту устойчивости для oSCORAD в настоящее время отсутствуют, однако этот метод оценки имеет удовлетворительную валидность, чувствительность и надежный коэффициент согласия наблюдателей [10]. Индекс SCORAD имеет адекватный коэффициент согласия наблюдателей и не дает смещения оценок к крайним значениям шкалы [25].

Экспертами проекта The Harmonising Outcome Measures for Eczema (HOME) определено, что исполь-

зование EASI предпочтительнее oSCORAD-индекса (из-за включения в EASI лишь 4 необходимых показателей) и точнее в сравнении со SCORAD, учитывает распространенность патологического процесса [10]. В исследовании, проведенном Leshem и соавт. (2015), показано, что EASI имеет статистически значимую корреляцию с методом оценки Investigator Global Assessment (IGA), относительно прост в использовании, не требует специальных инструментов и не занимает много времени (среднее время, затраченное на оценку, равнялось примерно 6 минутам, для сравнения: среднее время подсчета индекса SCORAD равняется 5–10 минутам) [14, 21]. Преимуществом метода EASI является также оценка интенсивности поражений в разных областях тела в отдельности, в отличие от SCORAD, при котором данная оценка проводится на одном репрезентативном участке кожи [25]. Однако у EASI есть некоторые недостатки, которые стоит принимать во внимание при выборе метода оценки: меньшая чувствительность при градации локализованных поражений, игнорирование таких признаков, как мокнутие и ксероз, а также отсутствие возможности рассчитать примерный вклад показателей (таких как распространенность патологического процесса и выраженность каждого из симптомов) в общий результат [10, 14, 24, 26]. Отсутствие оценки субъективных симптомов можно расценивать и с положительной точки зрения, поскольку данная особенность исключает влияние неадекватной оценки пациентом собственного состояния на итоговый результат, и с отрицательной, т. к., несмотря на все индивидуальные психологические особенности, большинство пациентов (54,4%), согласно данным Silverberg и соавт., определяют зуд как наиболее мучительный и обременяющий симптом атопического дерматита [3].

### Заключение

Для определения показателей, определяющих необходимость назначения системной терапии, оценки эффективности лечения и проведения стандартизированных исследований с возможностью последующего их объединения в метаанализе, необходим унифицированный индекс, одновременно учитывающий распространенность заболевания, объективные признаки и/или субъективные симптомы.

Методы оценки с использованием EASI, SCORAD и oSCORAD достаточно просты в исполнении, дают надежные результаты, а также занимают относительно малый промежуток времени при использовании опытным исследователем, особенно в случае легкой или средней тяжести болезни. В клинических рекомендациях Российского общества дерматовенерологов и косметологов для дополнительной количественной оценки степени

тяжести атопического дерматита рекомендовано использование индекса SCORAD [7]. oSCORAD представляет собой модернизированную и лишённую влияния субъективного восприятия пациентом собственного состояния версию SCORAD, которая может применяться для объективной оценки атопического дерматита.

Поскольку EASI является достаточно надёжным, относительно быстрым и простым в оценке методом, возможно его использование наряду с индексами SCORAD и oSCORAD. Таким образом, все три индекса имеют свои преимущества и недостатки и могут использоваться в зависимости от конкретной ситуации. ■

## Литература/References

1. Кубанов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Алексеева Е.А., Амбарчян Э.Т., и др. Атопический дерматит. Российский Аллергологический Журнал. 2021;18(3):44–92. [Kubanov AA, Namazova-Baranova LS, Haitov RM, Il'ina NI, Alekseeva EA, Ambarchjan JeT, et al. Atopicheskij dermatit. Rossijskij Allergologicheskij Zhurnal. 2021;18(3):44–92 (In Russ.)]. doi: 10.36691/RJA1474
2. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. European Dermatology Forum (EDF), the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA), the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP), the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) and the European Union of Medical Specialists (UEMS). 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. doi: 10.1111/jdv.14891 Erratum in: *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33(7):1436.
3. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH, et al. Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults: A population-based cross-sectional study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018;121(3):340–347. doi: 10.1016/j.anai.2018.07.006
4. Dawn A, Papoiu AD, Chan YH, Rapp SR, Rassette N, Yosipovitch G. Itch characteristics in atopic dermatitis: results of a web-based questionnaire. *Br J Dermatol*. 2009;160(3):642–644. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08941.x
5. Ahn C, Huang W. Clinical Presentation of Atopic Dermatitis. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1027:39–46. doi: 10.1007/978-3-319-64804-0\_4
6. Хаитов Р.М., Балаболкин И.И., Гуцин И.С., Кубанова А.А., Астафьева Н.Г., Гребенюк В.Н., и др. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Под общей редакцией академика РАМН Р.М. Хаитова и члена-корреспондента РАМН, профессора А.А. Кубановой. Москва: «Фармарус Принт»; 2002. С. 5–6. [Haitov RM, Balabolkin II, Gushhin IS, Kubanova AA, Astaf'eva NG, Grebenjuk VN, et al. Atopicheskij dermatit: rekomendacii dlja prakticheskikh vrachej. Pod obshhej redakciej akademika RAMN R.M. Haitova i chlena-korrespondenta RAMN, professora AA Kubanovoj. Moscow: "Farmarus Print"; 2002. P. 5–6 (In Russ.)]
7. Клинические рекомендации «Атопический дерматит». Год утверждения: 2021. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»; Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов; Союз педиатров России; Союз «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов». Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. [Klinicheskie rekomendacii "Atopicheskij dermatit". God utverzhenija: 2021. Razrabotchik klinicheskoj rekomendacii: Obshherossijskaja obshhestvennaja organizacija "Rossijskoe obshhestvo dermatovenerologov i kosmetologov"; Rossijskaja asociacija allergologov i klinicheskikh immunologov; Sojuz pediatrov Rossii; Sojuz "Nacional'nyj al'jans dermatovenerologov i kosmetologov". Odobreno Nauchno-prakticheskim Sovetom Minzdrava RF (In Russ.)]
8. Wittkowski A, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. Illness perception in individuals with atopic dermatitis. *Psychol Health Med*. 2007;12(4):433–444. doi: 10.1080/13548500601073928
9. Стародубов В.И., Александрова Г.А., Богданова Е.В., Голубев Н.А., Мелехина Л.Е., Огрызко Е.В., и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2019–2020 гг. Статистические материалы. М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, 2021. Доступно по: Медицинская статистика (mednet.ru). [Starodubov VI, Alexandrova GA, Bogdanova EV, Golubev NA, Melekhina LE, Ogryzko EV, et al. Resources and performance of dermatovenerologicalmedicalorganizations. The incidence of sexually transmitted infections, infectious skin diseases and skin diseases in 2019–2020. Statistical materials. Moscow: Department of Monitoring, Analysis and Strategic Development of Healthcare of the Ministry of Health of Russia, Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute for Organization and Informatization of Healthcare" of the Ministry of Health of Russia, Federal State Budgetary Institution "State Scientific Center for Dermatovenerology and Cosmetology" of the Ministry of Health of Russia, 2021. Available at: Medicinskaja statistika (mednet.ru) (In Russ.)]
10. Schmitt J, Spuls PI, Thomas KS, Simpson E, Furue M, Deckert S, et al. HOME initiative collaborators. The Harmonising Outcome Measures for Eczema (HOME) statement to assess clinical signs of atopic eczema in trials. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;134(4):800–807. doi: 10.1016/j.jaci.2014.07.043
11. Charman C, Chambers C, Williams H. Measuring atopic dermatitis severity in randomized controlled clinical trials: what exactly are we measuring? *J Invest Dermatol*. 2003;120(6):932–941. doi: 10.1046/j.1523-1747.2003.12251.x
12. Schmitt J, Langan S, Williams HC. European Dermatology Epidemiology Network. What are the best outcome measurements for atopic eczema? A systematic review. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(6):1389–1398. doi: 10.1016/j.jaci.2007.08.011
13. Rehal B, Armstrong AW. Health outcome measures in atopic dermatitis: a systematic review of trends in disease severity and quality-of-life instruments 1985–2010. *PLoS One*. 2011;13(6(4)):17520. doi: 10.1371/journal.pone.0017520 Erratum in: *PLoS One*. 2011;6(6):10.1371/annotation/6d5e99c5-bd8f-4cef-b77a-fbb795633da0. Armstrong, April [Corrected to Armstrong, April W]
14. Oranje AP. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: SCORAD Index, objective SCORAD, patient-oriented SCORAD and Three-Item Severity score. *Curr Probl Dermatol*. 2011;41:149–155. doi: 10.1159/000323308
15. Oranje AP, Stalder JF, Taieb A, Tasset C, de Longueville M. Scoring of atopic dermatitis by SCORAD using a training atlas by investigators from different disciplines. ETAC Study Group. *Early*

Treatment of the Atopic Child. *Pediatr Allergy Immunol.* 1997;8(1):28–34. doi: 10.1111/j.1399-3038.1997.tb00139.x

16. European Task Force on Atopic Dermatitis: Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index — consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1993;186:23–31.

17. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al. European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(12):2717–2744. doi: 10.1111/jdv.16892

18. Kunz B, Oranje AP, Labrèze L, Stalder JF, Ring J, Taieb A. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology.* 1997;195(1):10–19. doi: 10.1159/000245677

19. Thomas KS, Apfelbacher CA, Chalmers JR, Simpson E, Spuls PI, Gerbens LAA, et al. Recommended core outcome instruments for health-related quality of life, long-term control and itch intensity in atopic eczema trials: results of the HOME VII consensus meeting. *Br J Dermatol.* 2020. doi: 10.1111/bjd.19673

20. Oakley A. EASI score. <https://dermnetz.org/topics/easi-score> (2015)

21. Leshem YA, Hajar T, Hanifiñ JM, Simpson EL. What the Eczema Area and Severity Index score tells us about the severity of atopic dermatitis: an interpretability study. *Br J Dermatol.* 2015;172(5):1353–1357. doi: 10.1111/bjd.13662

22. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2017;177(5):1316–1321. doi: 10.1111/bjd.15641

23. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, Szalai Z, Kunz B, et al. European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(5):729–747. doi: 10.1111/jdv.13599

24. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, et al. Relationship between EASI and SCORAD severity assessments for atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140(6):1708–1710.e1. doi: 10.1016/j.jaci.2017.04.052

25. Schmitt J, Langan S, Deckert S, Svensson A, von Kobyletzki L, Thomas K, et al. Harmonising Outcome Measures for Atopic Dermatitis (HOME) Initiative. Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: a systematic review and recommendation. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;132(6):1337–1347. doi: 10.1016/j.jaci.2013.07.008

26. Chopra R, Silverberg JI. Assessing the severity of atopic dermatitis in clinical trials and practice. *Clin Dermatol.* 2018;36(5):606–615. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.05.012

**Участие авторов:** окончательное утверждение на представление рукописи — А.Э. Карамова; разработка концепции и дизайна, анализ и интерпретация данных — В.В. Чикин; проверка интеллектуального содержания — Л.Ф. Знаменская; подбор литературы — К.М. Аулова.

**Authors' participation:** final approval for submission of the manuscript — Arfenya E. Karamova; concept and design development, data analysis and interpretation — Vadim V. Chikin; checking critically for important intellectual content — Lyudmila F. Znamenskaya; literature analysis — Kseniya M. Aulova.

## Информация об авторах

\*Знаменская Людмила Федоровна — д.м.н. адрес: Россия, 107076, г. Москва, улица Короленко, д. 3, стр. 6; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2553-0484>; eLibrary SPIN: 9552-7850; e-mail: [znaml@cnikvi.ru](mailto:znaml@cnikvi.ru)

Карамова Арфеня Эдуардовна — к.м.н.; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3805-8489>; eLibrary SPIN: 3604-6491; e-mail: [karamova@cnikvi.ru](mailto:karamova@cnikvi.ru)

Чикин Вадим Викторович — д.м.н.; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9688-2727>; eLibrary SPIN: 3385-4723; e-mail: [chikin@cnikvi.ru](mailto:chikin@cnikvi.ru)

Аулова Ксения Максимовна — клинический ординатор; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3129-0050>; eLibrarySPIN: 8334-2890; e-mail: [aulovaksenia@mail.ru](mailto:aulovaksenia@mail.ru)

## Information about the authors

\*Lyudmila F. Znamenskaya — MD, Dr. Sci. (Med.); address: 3 bldg 6 Korolenko street, 107076, Moscow, Russia; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2553-0484>; eLibrary SPIN: 9552-7850; e-mail: [znaml@cnikvi.ru](mailto:znaml@cnikvi.ru)

Arfenya E. Karamova — MD, Cand. Sci. (Med.); ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3805-8489>; eLibrary SPIN: 3604-6491; e-mail: [karamova@cnikvi.ru](mailto:karamova@cnikvi.ru)

Vadim V. Chikin — MD, Dr. Sci. (Med.); ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9688-2727>; eLibrary SPIN: 3385-4723; e-mail: [chikin@cnikvi.ru](mailto:chikin@cnikvi.ru)

Kseniya M. Aulova — medical resident; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3129-0050>; eLibrarySPIN: 8334-2890; e-mail: [aulovaksenia@mail.ru](mailto:aulovaksenia@mail.ru)

Статья поступила в редакцию: 26.05.2022

Принята к публикации: 05.06.2022

Дата публикации: 15.06.2022

Submitted: 26.05.2022

Accepted: 05.06.2022

Published: 15.06.2022