

**роспечать**  
ОСНОВАНО 9 АВГУСТА 1925 Г.

# ВЕСТНИК ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

I полугодие 2016 года

в каталоге агентства  
«Роспечать»

**«Газеты. Журналы»**

во всех отделениях  
связи России

Индекс  
подписки

**72082**

# АЭРОЗОЛИ для наружного применения



Информация только для специалистов

- Современная, удобная форма аэрозоля
- Отсутствие механического раздражения на коже
- Проникновение в труднодоступные места
- Низкая стоимость терапии

#### Аэрозоль:

Удобство использования, даже в труднодоступных местах	+
Отсутствие механического раздражения	+
Местное охлаждение и облегчение при зуде и жжении	+
Равномерное нанесение тонкого слоя	+
Стерильность продукта во время использования	+
Экономное расходование	+

Регистрационный номер: Оксикорт – П1N012434/01, дата регистрации 19.11.2007; Полькортолон ТС – П1N012544/01, дата регистрации 19.11.2007; Неомидин – П10-001197, дата регистрации 2011-11-11



#### Оксикорт (Oxycort)

Гидрокортизон + Окситетрациклин  
(*Oxytetracycline hydrochloridum + Hydrocortisonum*)  
– аэрозоль для наружного применения, 55 мл.

**Показания к применению:** аллергические заболевания кожи, осложненные вторичной бактериальной инфекцией (крапивница, экзема); заболевания кожи, вызванные чувствительными к окситетрациклину микроорганизмами, а также смешанные инфекции (импетиго, фурункулез, фолликулит, множественные абсцессы, рожистое воспаление и др.); ожоги и отморожения I степени; вторичные инфекции после укусов насекомых.



#### Полькортолон ТС (Polcortolon TC)

Тетрациклин + Триамцинолон  
(*Tetracycline + Triamcinolone*)  
– аэрозоль для наружного применения, 30 мл.

**Показания к применению:** аллергические заболевания кожи, осложненные вторичной бактериальной инфекцией (импетиго, фурункулез, фолликулит, гидраденит, рожистое воспаление и др.); заболевания кожи, вызванные чувствительными к тетрациклину микроорганизмами, а также смешанные инфекции (крапивница, atopический дерматит, экзема).



#### Неомицин (Neomycin)

Неомицин  
(*Neomycin*)  
– аэрозоль для наружного применения, 1,172%

**Показания к применению:** Инфекционно-воспалительные заболевания кожи, вызванные чувствительными к неомицину микроорганизмами (в т.ч. фурункулез, контактное импетиго); Инфицированные ожоги и обморожения I и II степени.

 POLFA TARCHOMIN S.A.

[www.polfa-tarchomin.com.pl](http://www.polfa-tarchomin.com.pl)

# КАРТАЛИН®

Крем «Карталин» нормализует липидный слой кожи, приводя его в состояние физиологической нормы, обладает корнеопротективным (восстанавливающим роговой слой кожи) действием. Оказывает выраженное противовоспалительное, кератолитическое, заживляющее и выравнивающее действие.

Под воздействием крема «Карталин» происходит нормализация процессов кератинизации за счет содержащегося в составе растительных масел большого количества жирных кислот, которые встраиваются в мембрану роговых клеток и смягчают ее, делая более пластичной, в результате чего повышается регенерационная способность эпидермиса, улучшается проникающая способность для других биологически активных веществ.

«Карталин» восстанавливает роговой слой кожи, вследствие этого процесса клетки эпидермиса не подвергаются обезвоживанию. Восстановление барьерного слоя эпидермиса уменьшает способность кератиноцитов вырабатывать цитокины, опосредующие возникновение и дальнейшее развитие воспалительной реакции и, как следствие, эпидермальной гиперплазии при дерматозах различного генеза.

Совокупность ингредиентов, входящих в состав крема «Карталин», обеспечивает высокий терапевтический эффект, не вызывая побочных явлений или осложнений, достаточно хорошо переносится пациентами, не оказывает кожно-раздражающего и сенсibilизирующего действия, что подтверждено научными работами и отзывами клинических кафедр.

Крем «Карталин» рекомендован к применению как эффективное средство в комплексной терапии дерматозов различного генеза, в том числе в качестве профилактики псориаза, что отмечено в издании «Клинические рекомендации «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ 2010», подготовленном Экспертным советом Российского общества дерматовенерологов.

Система качества предприятия сертифицирована на соответствие требований международных стандартов ISO 9001, ISO 14001, ISO 13485, OHSAS 18001.

Производство производится в соответствии с требованиями международного стандарта GMP.



#### РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ:

- псориазе
- atopическом дерматите
- нейродермите
- хронической экземе
- кератодермии
- аллергическом дерматите
- красном плоском лишае

Производитель: ООО «Астрофарма-Т». Телефон: 8-913-820-68-19, 8-913-820-68-59. e-mail: [info@astrofarma.ru](mailto:info@astrofarma.ru), [www.astrofarma.ru](http://www.astrofarma.ru)

# Надежный контроль псориаза и псориатического артрита

**Стелара®**  
(устекинумаб)  
100% человеческие  
моноклональные антитела

## Уникальный механизм действия

- Блокирование сразу двух ключевых регуляторных цитокинов (ИЛ-12 и ИЛ-23)<sup>1</sup>

## Высокая долгосрочная эффективность на все проявления псориаза и псориатического артрита

- устойчивое улучшение состояния кожи, ногтей, суставов, уменьшение проявлений энтезита, дактилита и симптомов поражения аксиальных структур<sup>2</sup>

## Доказано высокий профиль безопасности

- более 4 000 пациентов и 8 лет наблюдений в рамках международного регистра PSOLAR<sup>3</sup>
- 5 лет наблюдений в рамках клинических исследований<sup>4</sup>
- частота серьезных нежелательных явлений сопоставима с показателями в общей популяции пациентов с псориазом<sup>4</sup>

## Удобный режим применения

- подкожные инъекции 1 раз в 3 месяца\*<sup>1</sup>

\*После двух индукционных доз (на 0 и 4 недели) требуются поддерживающие инъекции препарата Стелара каждые 12 недель<sup>1</sup>

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Стелара® ЛП-001104
2. McInnes IB et al. Lancet 2013; 382:9894-780-789
3. Kalb R, et al. AAD 2014, P8159.
4. Papp KA, et al. Br J Dermatol. 2013 Jan 10.



## Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Стелара®

Регистрационный номер - ЛП-001104, ЛСР-006465/09

Торговое название - Стелара®

Международное непатентованное название (МНН) - устекинумаб

Лекарственная форма - раствор для подкожного введения

Фармакотерапевтическая группа - псориаза средство лечения

Показания

**Бляшечный псориаз**

Взрослые пациенты

Лечение детей в возрасте 18 лет со средней или тяжелой степенью бляшечного псориаза при отсутствии эффекта от лечения или при наличии противопоказаний, или при непереносимости других методов системной терапии или фототерапии.

**Псориатический артрит**

Лечение пациентов старше 18 лет с активным псориатическим артритом (ПСА) в качестве монотерапии или в комбинации с метотрексатом.

**Противопоказания**

- Клинически значимая повышенная чувствительность к устекинумабу или любому вспомогательному веществу препарата;

- Детский возраст до 12 лет (по показанию «бляшечный псориаз»);

- до 18 лет (по показанию «псориатический артрит»);

- Беременность и лактация;

- Серьезные инфекционные заболевания в острой фазе, в том числе туберкулез;

- Злокачественные новообразования.

**С осторожностью**

- Хронические или рецидивирующие паразитарные и инфекционные заболевания вирусной, грибковой или бактериальной природы;

- Злокачественные опухоли в анамнезе.

**Применение во время беременности и лактации**

Беременность

В ходе изучения препарата животным вводили дозу в 45 раз превышающую рекомендованную клиническую дозу для человека, при этом не было выявлено явлений тератогенности, врожденных аномалий или отставаний в развитии. Однако результаты исследований на животных не всегда применимы к человеку. Неизвестно, может ли устекинумаб при применении у беременных женщин привести к неблагоприятному влиянию на плод или повлиять на репродуктивную функцию. Адекватных и строго контролируемых исследований у беременных женщин не проводилось. Не рекомендуется применять препарат во время беременности, должны быть использованы эффективные методы

контрацепции во время и 15 недель после лечения препаратом.

**Лактация**

Исследования на обезьянах показали, что устекинумаб выделяется с грудным молоком. Неизвестно, абсорбируется ли препарат системно после всасывания. Поскольку многие препараты и иммуноглобулины выделяются с грудным молоком, и поскольку препарат Стелара® может вызывать неблагоприятные реакции у грудных детей, следует принять решение о прекращении грудного вскармливания в период приема препарата или об отмене терапии устекинумабом.

**Способ применения и дозы**

Препарат Стелара® предназначен для подкожных инъекций.

**Взрослые пациенты**

**Бляшечный псориаз**

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.

**Псориатический артрит**

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.

**Дети**

**Бляшечный псориаз**

Рекомендованная доза зависит от массы тела пациента, как показано в таблице 1. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель.

**Таблица 1. Рекомендованная доза препарата Стелара® у детей с бляшечным псориазом**

Масса тела	Рекомендованная доза	Форма выпуска
Менее 60 кг	0,75 мг/кг*	Флаконы
От 60 кг до 100 кг	45 мг	Шприцы, флаконы
Более 100 кг	90 мг	Шприцы, флаконы

\* - для расчета необходимого объема препарата (мл) для пациентов с массой тела менее 60 кг используется следующая формула: масса тела (кг) × 0,0083 (мл/кг). Рассчитанный объем препарата округляется до сотой доли мл (0,01 мл). Инъекция осуществляется градуированным шприцем вместимостью 1 мл. Для пациентов, которым необходима доза менее 45 мг, препарат Стелара® выпускается во флаконах с дозировкой 45 мг.

**Побочные эффекты**

**Побочные эффекты у взрослых пациентов**

Наиболее частыми неблагоприятными явлениями (> 5%) в контролируемых клинических исследованиях применения препарата при псориазе и псориатическом артрите были насморк, головная боль и инфекции верхних дыхательных путей. Большинство этих явлений были умеренно выраженными и не

требовали прекращения лечения.

**Инфекционные и паразитарные заболевания:** одноклеточные инфекции, инфекции верхних дыхательных путей, насморк, воспаление подкожной жировой клетчатки, опоясывающий лишай, вирусные инфекции верхних дыхательных путей. **Психические нарушения:** депрессия. **Нарушения со стороны нервной системы:** головкружение, головная боль, поражение лицевого нерва. **Нарушения со стороны дыхательной системы:** органов грудной клетки и средостения: бронхит, пневмония, боль, затруднение дыхания. **Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:** диарея, рвота, тошнота. **Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей:** зуд, шелушение кожи, экзема, крапивница, дерматит, пустулезный псориаз. **Нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани:** боль в спине, миалгия, артралгия. **Общие нарушения и реакции в месте введения препарата:** усталость, эритема в месте введения, боль в месте введения, реакция в месте введения (включая кровоподтеки, гематомы, уплотнение, припухлость и зуд). **Со стороны иммунной системы:** реакции гиперчувствительности (включая сыпь и крапивницу), серьезные реакции гиперчувствительности (включая анафилаксию и ангионевротический отек).

**Побочные эффекты у детей**

Безопасность и эффективность препарата Стелара® изучена у 110 пациентов в возрасте от 12 до 18 лет при длительности терапии до 60 недель. Нежелательные реакции, наблюдаемые у детей, сходны с таковыми у взрослых.

**Передозировка**

Во время проведения клинических исследований пациентами однократно внутривенно вводили дозы до 6 мг/кг без развития дозозимитирующей токсичности. В случае передозировки рекомендуется контролировать состояние больного для выявления признаков и симптомов побочных эффектов и при их развитии следует немедленно начинать соответствующую симптоматическую терапию.

**Особые указания**

**Инфекции**

Устекинумаб является селективным иммунодепрессантом и может повышать риск развития инфекций и реактивации инфекций, находившихся в латентной фазе. Устекинумаб не следует применять у больных с клинически значимыми активными инфекциями. Следует проявлять осторожность при применении препарата у больных с хроническими инфекциями или наличием рецидивирующих инфекций в анамнезе.

**Злокачественные новообразования**

Препарат Стелара® является селективным иммунодепрессантом. Иммунодепрессанты могут повышать риск развития злокачественных опухолей у некоторых больных, получавших устекинумаб в клинических исследованиях, наблюдалось возникновение злокачественных новообразований (кожных и нежных форм).

**Развитие гиперчувствительности**

В постригистрационном применении препарата Стелара® известны случаи возникновения серьезных реакций гиперчувствительности, включая ангионевротический отек и анафилаксию. При развитии анафилактических и других серьезных реакций гиперчувствительности применение устекинумаба следует немедленно прекратить, и следует назначить соответствующее лечение.

**Вакцинация**

Не следует проводить вакцинацию пациента живыми вакцинами в период лечения препаратом Стелара®, а также в период 15 недель до вакцинации (после приема последней дозы препарата Стелара®) и 2 недели после вакцинации. Длительное лечение препаратом Стелара® не подавляет гуморальный иммунный ответ на вакцины, содержащие инактивированный полисахарид, и противостолбнячную вакцину. Вместе с устекинумабом можно применять вакцины, содержащие инактивированные микроорганизмы, однако индуцированный иммунный ответ может быть недостаточным, чтобы предотвратить заболевание.

**Сопутствующая иммуносупрессивная терапия**

Безопасность и эффективность применения препарата Стелара® в комбинации с иммунодепрессантами (метотрексатом и фототерапией) не изучалась в исследованиях у пациентов с псориазом. В ходе исследований у пациентов с псориатическим артритом совместное применение с метотрексатом не влияло на безопасность и эффективность препарата Стелара®. Следует проявлять осторожность при рассмотрении возможности одновременного применения других иммунодепрессантов и устекинумаба, а также при переходе с терапии другими противопсориазными биологическими препаратами на терапию устекинумабом.

**Иммунизация**

Безопасность и эффективность применения препарата Стелара® у пациентов, прошедших иммунизацию аллергическими заболеваниями не установлена. Следует соблюдать осторожность у пациентов, получающих в настоящее время или прошедших иммунизацию аллергическими заболеваниями, особенно анафилактическими состояниями.

**Общие**

Защитный колпачок для иглы содержит в своем составе натуральную резину (производное латекса) и при наличии гиперчувствительности к латексу может вызвать аллергические реакции.

**Влияние на способность управлять транспортными средствами и механизмами:** исследования не проводились.

**Условия хранения:** Хранить в оригинальной упаковке в защищенном от света месте при температуре от 2 до 8 °C. Не замораживать. Не встряхивать. Хранить в недоступном для детей месте. **Условия отпуска:** отпускается по рецепту.

**Держатель регистрационного удостоверения и организация, принимающая претензии:** ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, 17/2; тел.: (495) 755-83-57; факс: (495) 755-83-58

Информация для специалистов здравоохранения. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению

PHRU/STE/0815/0001

**Janssen**  
фармацевтический концерн  
о Johnson & Johnson





# КЕРАВОРТ

## Оставьте кондиломы в прошлом

  
**glenmark**

\*при комбинированной терапии (лазер + имихимод)<sup>1</sup>

**Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Кераворт**  
**Регистрационный номер:** ЛП – 002245. **МНН:** Имихимод.

05-15-RUS-004-KWT

**Показания к применению:** лечение наружных остроконечных кондилом в месте локализации на наружных половых органах или в перianальной области у взрослых. **Противопоказания:** крем Кераворт противопоказан лицам с гиперчувствительностью к имихимоду или другим компонентам крема; детский возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных). **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** применение при беременности возможно по строгим показаниям, в случае, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. При необходимости применения препарата в период лактации грудное вскармливание следует прекратить. **Побочное действие:** см. полную медицинскую инструкцию по применению препарата Кераворт. **Условия отпуска:** по рецепту.

1. Рандомизированное, сравнительное исследование долгосрочной эффективности 5% крема имихимод и обычных методов абляционной терапии при лечении наружных аногенитальных бородавок». Европейский Журнал Дерматологии 2006, ноябрь-декабрь; 16(6):642-8.

**Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.**

ООО «Гленмарк Импэкс»

Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, д.2 стр.3, Бизнес-центр «Вивальди Плаза», эт. 2

Тел.: +7 (499) 951-00-00, Факс: +7 (499) 951-00-00 доб. 7702/7703; [www.glenmarkpharma.com](http://www.glenmarkpharma.com); [www.glenmark-pharma.com](http://www.glenmark-pharma.com)

ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

www.sam-expo.ru  
www.cosmopress.ru



*Юбилейный*  
**МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ  
ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ**

**SAM** / 15  
**SYMPOSIUM**

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ  
ВЫСТАВКА**

**SAM**  
EXPO

20-22 ЯНВАРЯ 2016 ГОДА • МОСКВА, ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛИ НА КРАСНОЙ ПРЕСНЕ

## В ПРОГРАММЕ:

КОординатор научной  
программы -  
Ирина Жукова,  
к.м.н., главный редактор  
журнала «Эстетическая  
медицина»



### СИМПОЗИУМ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

#### ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КЛУБ «ФОРУМ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ ГОРОДА МОСКВЫ»

проводится совместно  
с Департаментом  
здравоохранения  
города Москвы  
(главный внештатный  
специалист Департамента  
здравоохранения Москвы  
по пластической хирургии  
Мантурова Н.Е.,  
доктор  
медицинских наук)



#### КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ANTI-AGE МЕДИЦИНЕ

#### ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КУРС «ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»



#### АССАМБЛЕЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ И РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИК И ЦЕНТРОВ КРАСОТЫ BEAUTY TOP MEETING



#### СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА, МАСТЕР-КЛАССЫ, САТЕЛЛИТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

**ПРОДАЖА БИЛЕТОВ:**  
Ольга Емельяненко  
emel@cosmopress.ru  
+7 (495) 228-70-71/72/73/74  
**ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ:**  
8-800-200-8500  
**УЧАСТИЕ В ВЫСТАВКЕ:**  
Юлия Венедиктова  
sam-expo@cosmopress.ru  
www.cosmopress.ru

ОРГАНИЗАТОРЫ



Эстетическая  
Медицина

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПАРТНЕР



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР

Академия Научной Красоты

ЗОЛОТОЙ  
СПОНСОР



СЕРЕБРЯНЫЙ  
СПОНСОР



ПАРТНЕР



СПОНСОР





## XV МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

20 ЯНВАРЯ

- **Контурная пластика – “золотой стандарт” терапевтической косметологии.** Выбор препарата, схемы введения, эстетический подход к коррекции возрастных изменений лица. Новые аспекты применения – неоперативная ринопластика, гинекология и др. Демонстрация авторских методик.  
*Модератор: Шарова А.Л., к.м.н.*
- **NEW! ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДУЭТ:** Альп Мамак (Турция) и Андреа Алессандрини (Италия) Сесиль Винтер и Денис Кушурель (Франция)
- **Возможности и проблемы аппаратной косметологии.** Лазерные, радиочастотные, крио и ультразвуковые методы– физика, биология и клиника аппаратной косметологии.  
*Модератор: Брагина И.Ю.*

21 ЯНВАРЯ

- **Новые аспекты классики.** Совершенствование техник, новые возможности инъекционных методов.  
*Модератор: Жукова И.К., к.м.н.*
- **Нитевые методы в практике дерматокосметолога.** Виды нитей, показания, клинические результаты. Осложнения: методы профилактики и лечения.  
*Модератор: Карлова Е.И., д.м.н.*
- **NEW! ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ:** Осложнения в практике дерматокосметолога. Тактика выбора косметологических методов, фармакологических препаратов, физиотерапии. Когда хирург необходим?

22 ЯНВАРЯ

- **Мезотерапия. Биоревитализация.** Новые ингредиенты, пептиды в косметологии, комбинированные методы и препараты.
- **PRP- терапия: вопросы и ответы.**
- **Дерматология и косметология.** Современные подходы к терапии акне, розацеа, алопеции, рубцы и т.д. Клиническая фармакология в эстетической медицине.  
*Модератор: Ковалева С.В.*
- **NEW! ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ:** Гиалуроновая кислота в косметологии. Оценка препаратов для биоревитализации кожи.

*Докладчики: Ахмедов Р.Р., д.м.н., проф., Бранская С.А., Сесиль Винтер (Франция), Воробьева К. (Италия), Воронцов Е.А., Рафаэль Галвес (Испания), Григорян А.А., Данилова-Склянная С.В., к.м.н., Жукова И.К., к.м.н., Забиченкова О.В., Сабина Зенкер (Германия), к.м.н., Каджая А.А., к.м.н., Карлова Е.И., д.м.н., Ковалева С.В., Коган Л.С., Корнеева Р.В., к.м.н., Короткова О.И., Крауцман П.В., Денис Кушурель (Франция), Джулия Ласина (Словакия), Макарова О.Б., Мингазова Л.Р., к.м.н., Михайлов А.Г., к.м.н., Молчанский С.В., к.м.н., Давид Мор-Йозеф (Израиль), Морозов С.Г., д.м.н., проф., Пьер Николау, (Франция), Поповкина М.В., Райцева С.С., к.м.н., Радченко И.Б. (Украина), Сокол И.В., Туркевич А.Ю. (Украина), Федякова Е.В., к.м.н., Черкова О.А., Шагов Е., к.м.н. (Украина), Шарова А.А., к.м.н., Юдина Д.Н.*

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ:



## Профессиональный клуб «ФОРУМ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ ГОРОДА МОСКВЫ»



20 ЯНВАРЯ

- **Актуальные проблемы деятельности пластических хирургов г. Москвы и пути их решения**
- **Омоложение лица**
- **Технические модификации и тактические алгоритмы неструктурной ринопластики из закрытого доступа**
- **SMAS лифтинг лица и шеи: в чем логика успеха?**
- **Реконструктивные операции молочных желез с использованием липофилинга**
- **Сложные случаи первичной увеличивающей маммопластики**
- **Асимметрия молочных желез**
- **Красивый нос или хорошее дыхание?**
- **Двухэтапная абдоминопластика. Показания и преимущества**
- **Оморфиопластика**
- **Фетграфтинг ягодиц**
- **Комплексный подход в эстетической коррекции ног**

*Докладчики: Баровиков А.М., проф., д.м.н., Брагилев В.А., к.м.н., Древецкий А.Л., Захаров А.И., Липский К.Б., к.м.н., Мариничева И.Г., д.м.н., Пшениснов К.Л., проф., д.м.н., Саруханов Г.М., к.м.н., Сидоренков Д.А., проф., д.м.н., Стайсупов В.Ю., Шаробаро В.И., проф., д.м.н., Швырев С.П.*

## Образовательный курс «ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

20 ЯНВАРЯ

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В КОСМЕТОЛОГИИ



*Организаторы: ЭкспоМедиаГруппа «Старая крепость», Министерство здравоохранения Московской области, Институт ДПО – Институт пластической хирургии и фундаментальной косметологии – РАЕН. Спикеры курса: Якушина Т. В., к.м.н., Карасев Е. А., к.м.н., Некрасова-Штайн Л. В., Маракиши Ю. К. Выдается удостоверение государственного образца о повышении квалификации (18 часов).*

## Конференция «ВОЗМОЖНОСТИ КОСМЕТОЛОГА В ANTI-AGE МЕДИЦИНЕ»

21 ЯНВАРЯ

УПРАВЛЕНИЕ МАССОЙ ТЕЛА: ДИАЛОГ СПЕЦИАЛИСТОВ  
*Модератор: Ф.Х. Дзгоева, к.м.н.*

- Современный взгляд на этиологию развития полноты, и наиболее эффективные способы борьбы с ней
- Коррекция избыточной массы тела и ожирения: кто, когда и как должен решать проблему?
- Менопаузальный синдром у женщин с нарушением углеводного обмена. Эволюция МГТ.
- Программа снижения веса в клинике эстетической медицины.
- Саркопеническое ожирение. Проблема 21 века.
- Новые возможности (применение плацентарного экстракта) в лечении синдрома преждевременного истощения яичников, симптомов перименопаузального периода.
- Новые возможности андрогенной терапии у мужчин с ожирением.
- Роль микробиоты в развитии избыточной массы тела и ожирения.
- Бариастрическая хирургия: за и против

*Докладчики: Григорян О. Р., д.м.н., Дзгоева Ф. Х., к.м.н., Ершова Е. В., Калинин С. Ю., д.м.н., Ковальков А.В., д.м.н., проф. Лялькова Г.Б., Мойсенок Р.В., к.м.н., Рыжованов Р. В., д.м.н., Царегородцева М.В., д.м.н., Яцкова Ю.И., д.м.н.*

## BEAUTY TOP MEETING. V Ассамблея владельцев и руководителей медицинских клиник и центров красоты

20 ЯНВАРЯ

КЛИНИКА ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ: ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В КРИЗИС. РЕКОМЕНДАЦИИ ЭКСПЕРТОВ И УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ПРАКТИКОВ

- Стратегия изменений на предприятиях малого и среднего бизнеса: делать сейчас или отложить на потом?
- Современные требования к образованию врачей-косметологов.
- Самые перспективные и рентабельные процедуры и технологии в области эстетической медицины в сложный экономический период. Аналитический доклад.
- CRM-система и аналитические сервисы Yandex как инструмент контроля эффективности рекламных каналов и увеличения прибыли в клинике эстетической медицины. Клинический стандарт услуги. Опросник: алгоритм составления и применения.
- Безопасность медицинских процессов в клинике эстетической медицины. Обращение с медицинскими отходами.
- Безопасность услуг в эстетической медицине. Причины конфликтов с пациентами. Роль судебной медицины в решении спорных вопросов.
- Косметологическое оборудование: двигатель бизнеса или памятник напрасно потраченному деньгам?
- Оптимистическая история-2015. Опыт создания клиники эстетической медицины в условиях экономической нестабильности. Выступление руководителей-практиков.

*Докладчики: Барнина Е.Х., к.м.н., Голубова Т.В., к.м.н., Жабова С.Л., к.м.н., Зорито В.В., Кубанов А.А., д.м.н., проф., Лобанова Я.Д., Назаров Б.Ф., к.м.н., Пузырев К.А., Савченко И.В., к.м.н., Чекина С.К., к.м.н., Шарова А.А., к.м.н.*



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

**11-13**  
**февраля**  
**2016**  
**ЭКСПОФОРУМ**

- Профессиональная косметика
  - Лечебная косметика
- Косметологическое оборудование
  - Аппаратная косметология
  - Инъекционная косметология
    - Эстетическая медицина
    - Лазерная косметология
- Anti-age: профилактика и коррекция возрастных изменений
  - Трихология
- Оборудование и препараты для перманентного макияжа
  - Ароматерапия
  - Расходные материалы

**Премьера!**  
**Открытый конгресс**  
**INTERCHARM professional**  
**Санкт-Петербург**

Организатор:

 Reed Exhibitions



Санкт-Петербург

**INTERCHARM**

**professional**

II ВЫСТАВКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОСМЕТИКИ И  
ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ КЛИНИК И САЛОНОВ КРАСОТЫ

**РЕГИСТРАЦИЯ НА САЙТЕ**

**[www.intercharmspb.ru](http://www.intercharmspb.ru)**



# Рекомендации по лечению атопического дерматита (атопической экземы) Американской академии дерматологии, Европейской академии дерматовенерологии и Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

## Мнение экспертов

А.В. Самцов<sup>1</sup>, Е.В. Соколовский<sup>2</sup>, Е.А. Аравийская<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ  
194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 2

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России  
197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8

Атопический дерматит (АД) — часто встречающийся дерматоз, интересующий специалистов во всем мире. Рекомендации по ведению и лечению АД были сформулированы за последние 3 года Американской академией дерматологии, Европейской академией дерматовенерологии и Российским обществом дерматовенерологов и косметологов. В статье сравниваются европейские, американские и российские рекомендации. Определение болезни, эпидемиология, патофизиология, особенности клинической картины, критерии постановки диагноза и факторы риска были последовательно сопоставлены. Анализ указанных разделов рекомендаций показал, что они не имеют каких-либо противоречий, принципиальных различий, а в определенной степени дополняют друг друга.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, определение, эпидемиология, патофизиология, клиническая картина, критерии диагностики, факторы риска.

Контактная информация: avsamstov@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (6): 11—16.

# Guidelines for treatment of atopic dermatitis (atopic eczema) from American Academy of Dermatology, European Academy of Dermatology and Venereology and Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists. Expert's opinion

A.V. Samtsov<sup>1</sup>, E.V. Sokolovsky<sup>2</sup>, E.A. Araviiskaia<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Military Medical Academy named after S.M. Kirov Ministry of Defense of the Russian Federation  
Academic Lebedev str., 2, St. Petersburg, 194044, Russia

<sup>2</sup> The First Pavlov State Medical University  
L. Tolstogo str., 6—8, St. Petersburg, 197022, Russia

Atopic dermatitis (AD) is a common skin condition treated by dermatologists all over the world. Guidelines for management and treatment of AD have appeared in Europe, USA and Russia recently. The paper contains comparison of European, American and Russian guidelines. Definition of AD, epidemiology, pathophysiology of the disease, clinical features, diagnostic criteria, and risk factors are consistently matched. The analysis demonstrated that guidelines do not contain serious contradictions and principal differences thus stressing their supplementation of each other.

**Key words:** atopic dermatitis, definition, epidemiology, pathophysiology, clinical features, diagnostic criteria, risk factors.

Corresponding author: avsamstov@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 6: 11—16.



■ В 2012 г. в *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* в двух номерах было опубликовано руководство по лечению атопической экземы (АЭ)/атопического дерматита (АД). В 2014 г. в *Journal of the American Academy of Dermatology* в четырех номерах группа авторов представила новое руководство по лечению атопического дерматита. В 2013 г. вышли Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК).

В связи с этим редакция журнала «Вестник дерматологии и венерологии» приняла решение опубликовать основные положения зарубежных рекомендаций и попытаться выявить определенные особенности, отличающие их друг от друга и от отечественных.

Согласно определению Американской академии дерматологии (ААД), атопический дерматит (АД) — хроническое зудящее воспалительное кожное заболевание, которое наиболее часто встречается у детей, хотя также поражает и многих взрослых. АД имеет рецидивирующее течение, часто ассоциирован с повышением концентрации сывороточного IgE и наличием в клиническом или семейном анамнезе гиперчувствительности I типа, аллергического ринита и астмы. Термин «атопическая экзема» является синонимом термина «атопический дерматит».

В рекомендациях Европейской академии дерматовенерологии (ЕАДВ) приводится следующее определение. Атопическая экзема (атопический дерматит, экзема, «нейродермит» в немецкоговорящих странах, эндогенная экзема) — воспалительное зудящее хроническое или периодически рецидивирующее кожное заболевание, которое часто встречается в семьях вместе с другими атопическими заболеваниями (бронхиальная астма и/или аллергический риноконъюнктивит).

Для сравнения мы приводим определение, данное в рекомендациях РОДВК и опубликованное на сайте Минздрава. Атопический дерматит (АД) — мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.

В связи с вышеизложенным необходимо прежде всего обратить внимание на терминологию. Хорошо известно, что в англоязычных странах применяли в основном термин «атопический дерматит», который был предложен Wise и Sulzberger в 1933 г., в то время как в немецкоговорящих регионах преобладал термин «атопическая экзема». В связи с последними определениями, в том числе и ААД, можно утвердительно сказать, что сегодня общепризнаны два термина — «атопический дерматит» и «атопическая экзема», которые являются синонимами.

Определения АД, приведенные выше, по сути не отличаются друг от друга: они указывают на хроническое течение дерматоза, что необходимо учитывать при лечении, которое должно быть длительным и постоянным, отмечают генетическую предрасположенность (хотя и в различных формулировках) и выделяют основные признаки АД — воспаление и зуд. В связи с этим необходимо обратить внимание на то, что первично. Согласно мнению Besnier, который, как известно, внес очень большой вклад в изучение АД, зуд при этом заболевании первичен, что более четко отражено в рекомендациях ААД. Следует также отметить, что определение АД, принятое российскими специалистами, отличается от американского отсутствием упоминания об IgE-опосредованной чувствительности, что, по-видимому, оправданно, поскольку в дебюте заболевания в раннем детском возрасте у пациентов может не отмечаться повышение уровня IgE.

Эпидемиологические данные, указанные в определениях, практически полностью совпадают: АД страдают 20% (ЕАДВ), 25% (ААД) детей и 1—3% взрослых. При этом в рекомендациях ААД отмечают, что наиболее типичный возраст манифестации АД — 3—6 мес. жизни, у 60% пациентов заболевание развивается в возрасте до 1 года, у 90% — до 5 лет. У большинства пациентов заболевание спонтанно разрешается к взрослому возрасту, однако у 10—30% этого не происходит, и лишь у незначительного числа больных дерматоз проявляется во взрослом возрасте. Распространенность АД в Российской Федерации в 2012 г. составила 244,5 на 100 000 населения.

В руководствах ААД, ЕАДВ и РОДВК приводятся очень краткие данные по патофизиологии АД, что, на наш взгляд, совершенно оправданно, учитывая цели и задачи руководств. Так, АД, согласно ААД, имеет сложный патогенез, включающий генетические, иммунологические и средовые факторы, которые приводят к нарушению функции кожного барьера и дисрегуляции иммунной системы. ЕАДВ отмечает, что в этиопатофизиологии АЭ следует учитывать ряд аспектов. Помимо сильного генетического влияния (сходство 80% у монозиготных и 20% у гетерозиготных близнецов) имеются следующие отличительные признаки в плане патофизиологии: иммунное отклонение в сторону Th2-типа на начальном этапе с последующим увеличением продукции IgE; недостаточность барьерной функции кожи (сухая кожа) вследствие нарушений липидного обмена и/или формирования структурного белка в эпидермисе (мутация филагрина, дефицит ингибитора протеазы и т. д.); аномальная микробная колонизация патогенными организмами, включая золотистый стафилококк или *Malassezia furfur* (по сравнению с золотистым стафилококком у здоровых людей) и последующий рост восприимчивости к инфекциям кожи. Очевидно сильное психосоматическое влияние с дисбалансом вегетативной нервной системы и с по-

следующим ростом выработки медиаторов в различных воспалительных клетках (например, эозинофильных лейкоцитах). При этом комитет ЕАДВ по разработке руководства принял решение уделить основное внимание режимам лечения без включения объемных разделов, посвященных нозологической форме, диагностике или патофизиологии заболевания.

Клиническая картина в рекомендациях ААД изложена предельно кратко — перечисляются лишь морфологические элементы кожной сыпи. В федеральных рекомендациях клинические проявления дерматоза описаны очень подробно. По-видимому, целесообразность выделения такого большого раздела может вызвать дискуссии — с одной стороны, данные о клинической картине АД изложены во многих руководствах, книгах, учебниках и пр., и они не подвергаются каким-либо изменениям, с другой стороны, их отражение в одном документе создает целостное представление о дерматозе и облегчает тем самым работу практических врачей. Справедливости ради следует отметить, что в современной зарубежной литературе не выделяют многочисленные клинические варианты АД, указанные в отечественных рекомендациях.

Вместе с тем диагностике АД в рекомендациях ААД уделяется большое внимание. Приводятся различные хорошо известные диагностические критерии, используемые с 1980 г., и в заключение делается следующий важный вывод: каких-либо специфических биомаркеров, которые могли бы быть рекомендованы для диагностики или определения степени тяжести АД, не существует; мониторинг уровня IgE для оценки тяжести течения АД в рутинной клинической практике проводить не следует. Аналогичный подход отмечается и в рекомендациях ЕАДВ, при этом авторы выделяют «эндогенный» АД (IgE-неассоциированный) и «экзогенный» (IgE-ассоциированный).

ААД предлагает следующие критерии, на которые необходимо обратить внимание при диагностике АД.

**ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ** (должны присутствовать):

- зуд;
- экзема (острая, подострая, хроническая);
- типичная морфология и распространенность высыпаний в соответствии с возрастом пациента\*;
- хроническое или рецидивирующее заболевание.

\* Включая:

- 1) вовлечение лица, шеи и разгибательной поверхности конечностей у младенцев и детей;
- 2) существующие или ранее существовавшие высыпания на сгибательных поверхностях конечностей в любой возрастной группе;
- 3) отсутствие поражений в паховой и подмышечных областях.

**ВАЖНЫЕ КРИТЕРИИ** (встречаются в большинстве случаев и подтверждают диагноз):

- ранний возраст возникновения заболевания;

- атопия:

в анамнезе у пациента или родственников реактивность иммуноглобулина E;

- ксероз.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ** (клинические признаки, которые помогают предположить диагноз АД, но являются слишком неспецифичными, чтобы быть использованными для научных или эпидемиологических исследований):

- атипичные сосудистые реакции (например, бледность лица, белый дермографизм, замедленное побеление кожи при нажатии);
- фолликулярный кератоз/белый pityриаз/усиление рисунка ладоней/ихтиоз;
- поражения глаз и периорбитальной области;
- другие региональные изменения (например, поражения периоральной и периаурикулярной области);
- перифолликулярная акцентуация («гусиная кожа»)/лихенификация/пруригоподобные поражения.

По нашему мнению, следует подчеркнуть, что АД диагностируется прежде всего клинически. В ряде случаев с целью дифференциальной диагностики проводят дополнительные исследования, например биопсию. Они имеют практический смысл, когда речь идет о возможности перехода у взрослых пациентов АД в лимфому кожи. Однако, по мнению авторитетных ученых, изучающих лимфомы, такая трансформация исключается, а описываемые ранее подобные случаи при проверке оказались изначально неправильно диагностируемой лимфомой кожи. И, несомненно, важным положением является признание отсутствия специфических биомаркеров, которые могут быть рекомендованы для диагностики или определения степени тяжести АД. Это положение, естественно, не вызывает никаких возражений.

На наш взгляд, заслуживают особого внимания данные, приводимые в рекомендациях ААД, которые свидетельствуют о том, что повышение уровня IgE не является надежным биомаркером:

- повышение уровня общего или аллергенспецифического IgE не отмечается у 20% пациентов с АД;
- имеющиеся на сегодня данные о нарушениях эпидермального барьера при АД и чрескожной сенсибилизации позволяют предположить, что повышение содержания IgE является вторичным феноменом;
- повышение уровня аллергенспецифического IgE является неспецифическим и отмечается у 55% общей популяции в США;
- повышение уровня IgE может быть связано с паразитарной инвазией, а также некоторыми онкологическими и аутоиммунными заболеваниями.

Нельзя обойти вниманием важное положение, касающееся работы в основном практических врачей. Согласно мнению ААД, в рутинной клинической практике при ведении пациентов с АД использование



существующих шкал для оценки тяжести заболевания (SCORAD, EASI, IGA, SASSAD и т. д.) не рекомендуется, так как они разрабатывались с иной целью (проведение клинических, эпидемиологических, фармакоэкономических и прочих исследований). Существующие шкалы для оценки качества жизни при АД (DLQI, CDLQI, DFI и т. д.) также не предназначены для использования в рутинной клинической практике, так как разрабатывались с исследовательской целью. Клиницисту рекомендовано задавать пациенту вопросы общего характера, касающиеся зуда, сна, влияния АД на повседневную активность; вышеуказанные опросники могут использоваться в отдельных случаях, когда это целесообразно. Тем не менее в документах ЕАДВ и РОДВК сохраняется определение SCORAD в рутинной практике. По-видимому, это положение требует отдельного обсуждения. К сожалению, для практического здравоохранения пока еще не создана удобная и легкоприменимая система оценки тяжести течения АД. Это задача на ближайшие годы.

В связи с тем что в основе развития АД лежит генетическая предрасположенность, большое значение имеет знание факторов риска развития дерматоза, тем более что представления о них периодически меняются.

К доказанным факторам риска развития АД, согласно рекомендациям ААД, относятся наличие атопии в семейном анамнезе и мутации с потерей функции гена *FLG*.

Атопические заболевания имеются в семейном анамнезе примерно у 70% пациентов с АД. Риск развития АД у ребенка выше в 2—3 раза при наличии атопии у одного из родителей и в 3—5 раз — при наличии заболевания у обоих родителей. Атопия у матери играет большую роль. Нуль-мутации гена предрасполагают к раннему началу и более тяжелому течению АД, а также большей предрасположенности к *eczema herpeticum*. В то же время у значительного количества пациентов с АД мутаций гена *FLG* не отмечается, а у примерно 40% лиц с нулевыми аллелями *FLG* АД не развивается.

К недоказанным факторам риска развития АД относятся следующие:

- способ родоразрешения (кесарево сечение или вагинальный путь);
- грудное или искусственное вскармливание, срок введения прикорма. Положительный эффект гипоаллергенной диеты не доказан;
- ранний прием антибиотиков;
- курение (в том числе пассивное);
- жизнь в мегаполисе — риск АД выше у городских жителей, чем у сельских, но конкретные факторы окружающей среды, влияющие на этот показатель, не идентифицированы;
- высокий образовательный ценз — риск АД выше у лиц с высоким образовательным цензом, однако роль социально-экономических факторов не изучена;

- аллергены клещей домашней пыли — важный фактор риска для бронхиальной астмы; для АД релевантность сенсibilизации не ясна;
- наличие в доме кошки (но не собаки) повышает риск развития АД у пациентов с мутациями гена филаггрина;
- по данным последнего систематического обзора, дают определенный протективный эффект (снижают риск развития АД) контакты в раннем возрасте с эндотоксинами, сельскохозяйственными животными и собаками;
- протективный эффект также может проявляться при приеме непастеризованного молока и гелиминтной инвазии, но они не рекомендуются в связи с сопутствующими рисками для здоровья.

В Европейских рекомендациях также уделяется большое внимание провоцирующим факторам, поскольку информация о неспецифических раздражителях и их роли в обострении АД является важной предпосылкой для долгосрочного ведения пациентов.

Авторы считают, что существует множество факторов окружающей среды и веществ, способных раздражать чувствительную кожу пациентов с АД и провоцировать обострения экземы. К ним относятся физические раздражители, включая механические (например, шерсть), химические (кислоты, отбеливатели, растворители и вода) или биологические. Следует отметить негативное влияние атмосферных загрязнений на развитие и лечение АЭ, включая табачный дым или летучие органические соединения, присутствующие в воздухе внутри помещений и в выхлопных газах на улицах. По результатам эпидемиологических исследований были получены данные о том, что воздействие таких химикатов, как формальдегид, внутри помещений способствует нарушению барьерной функции кожи. Показано, что воздействие выхлопных газов связано с повышенным риском развития АЭ у детей дошкольного возраста. Воздействие табачного дыма в окружающей среде, измеряемое в виде соотношения между котинином и креатинином, связано со значительно более высоким риском развития АД, который особо выражен у детей, имеющих родителей с атопическими заболеваниями.

**Аэроаллергены.** Установлено, что аэроаллергены вызывают экзематозные поражения кожи. Источником большинства ингаляционных аллергенов, вызывающих экзему, являются клещи домашней пыли видов *Dermatophagoides pteronyssinus* и *D. farinae*. Плесень во влажных помещениях также повышает риск возникновения экземы.

Клещи домашней пыли живут в сложной экосистеме, включающей влажность воздуха, температуру и наличие органического материала. Они сосуществуют с людьми и чаще всего находятся в пыли от матрасов или на полу спален. Обычная уборка лишь отчасти эффективна для снижения уровня аллергенов, вырабатываемых клещами домашней пыли, которые присутству-

ют в помещении. Чехлы для матрасов и постельное белье помогают защищать людей от клещей, живущих в матрасах. Также существуют пижамы, защищающие от клещей (халаты при экземе). Имеется ряд исследований, в которых была показана явная польза от снижения контактов с клещами домашней пыли.

Пыльца в окружающем воздухе также может провоцировать вспышки АД, как было показано в одном когортном исследовании типа «случай — контроль», проведенном у детей дошкольного возраста. В повседневных условиях в большинстве стран Европы очень сложно не допускать контакта с пылью, за исключением возможности использования кондиционеров с фильтрами для пыли внутри помещений. В высокогорном климате количество пыли обычно ниже, чем в среднем в жилых районах.

**Эпителй животных.** Многим пациентам известно, что контакт с животными приводит к ухудшению кожных симптомов. Несмотря на то что ранее профилактика контактов с животными являлась основным положением в рамках рекомендаций по первичной профилактике атопии, рекомендации были пересмотрены следующим образом: большинство авторов рассматривают эпителий кошек в качестве фактора риска, поэтому этот фактор следует избегать. Нет данных о том, что собаки повышают риск развития АД у детей. Если пациент сенсibilизирован и имеет аллергию на домашнее животное, то настоятельно рекомендуется исключить контакт с животным.

**Одежда и ткани.** Рекомендуется ношение гладкой одежды без раздражающих кожу тканей и волокон. Необходимо избегать слишком обтягивающей одежды, которая приводит к повышению температуры. Установлено, что прокалывание ушей в раннем возрасте и использование ювелирных изделий, выделяющих никель, связано с существенно повышенным риском аллергии при контакте с никелем у маленьких девочек. В рамках отдельных программ консультирования должны предоставляться специальные рекомендации в отношении выбора профессии. Существует общее мнение о том, что пациентам с АЭ следует избегать специальностей, сопряженных с заметными повреждениями кожных покровов или с контактом с сильными сенсibilизирующими веществами (таблица).

Таблица

Классификация настоятельности рекомендаций

Настоятельность рекомендации	Качество данных
A	1a, 1b
B	2a, 2b, 3a, 3b
C	4
D	Экспертное заключение

Имеются данные о том, что стратегии по предотвращению контакта с клещами домашней пыли (в частности, путем использования чехлов) могут снижать уровень аллергенов в воздухе помещений, вырабатываемых клещами домашней пыли и содержащихся в домашней пыли, и таким образом улучшать самочувствие при АЭ. Последнее утверждение является спорным, поскольку в ряде рандомизированных клинических исследований такой эффект не был выявлен (2b, B).

Имеются данные о том, что профилактика контакта с клещами домашней пыли и высокогорный климат могут быть полезны для пациентов, страдающих АЭ (2b, 3b, B).

Имеется обоснование для использования защитной одежды (халаты при экземе), хотя надлежащие исследования не были проведены (–, D).

В весенний и летний периоды пыльца может обострять течение АД на участках кожи, открытых для доступа воздуха; рекомендуется избегать воздействия пыли (–, D).

В случае положительного результата классической аппликационной кожной пробы следует исключить соответствующие контактные аллергены (–, D).

**Пищевые аллергены.** Такие пищевые аллергены, как коровье молоко, куриные яйца, пшеница, соя, лесные орехи и арахис, чаще всего вызывают экзему или ее обострение у младенцев. У детей старшего возраста, подростков и взрослых следует принимать во внимание пищевую аллергию, связанную с пылью.

Различные типы клинических реакций на пищу описаны у пациентов с АД. Первые реакции, включая крапивницу, желудочно-кишечные или респираторные симптомы, наступают в течение 120 мин с момента взаимодействия с аллергенами. Последующие реакции, проявляющиеся в форме экзematозных очагов, наступают через 2—48 ч или через несколько дней. Немедленные и отсроченные реакции после пероральной пищевой провокации наблюдались почти у 50% детей с АД, реагирующих на продукты питания, а у 15% детей наблюдалось только обострение экземы. Анамнез жизни часто не позволяет прогнозировать замедленные реакции на пищу, обеспечивая прогностическую ценность на уровне только 30% по сравнению с 80% в случае немедленных реакций.

К сожалению, влияние мер в области питания на течение АД было изучено к настоящему моменту только в ходе нескольких контролируемых исследований.

Таким образом, пациенты с умеренной и тяжелой формами АД должны соблюдать диету с исключением продуктов питания, которые вызывали ранние или замедленные клинические реакции в ходе контролируемых пероральных провокационных испытаний (2b, B).



Следует отметить, что в рекомендациях ЕАДВ подробно описывают различные тесты для определения повышенной чувствительности к пище *in vivo* (skin prick tests — SPT, prick-prick tests) и *in vitro* (специфический IgE в сыворотке), кожную пробу на атопию, которую проводят на основе самостоятельно подготовленного пищевого материала. При этом следует отметить, что пищевые атопические кожные пробы не стандартизованы для повседневного использования. До сих пор они демонстрировали гипердиагностику аллергии на коровье молоко, яйца, злаки и арахис у пациентов с АЭ. К тому же кожные пробы не могут заменить пищевую провокацию.

Двойная слепая плацебо-контролируемая пищевая провокация считается «золотым стандартом» при диагностике пищевой аллергии. При АД оценка замедлен-

ных реакций специально обученным персоналом через 24—48 ч является обязательной процедурой в соответствии с недавно выпущенной докладной запиской Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии. В отечественной дерматологической практике, как известно, указанные выше различные тесты не используются, поэтому совершенно оправданно отсутствие указаний на их применение в рекомендациях РОДВК, тем более что основные тесты предлагает Европейская академия аллергологии и иммунологии.

Таким образом, анализ разделов американских, европейских и российских рекомендаций, посвященных этиопатофизиологии, клинике и диагностике АД, показал, что они не имеют каких-либо противоречий, принципиальных различий, а в определенной степени дополняют друг друга. ■

---

об авторах: ▶

А.В. Самцов — д.м.н., профессор, зав. кафедрой кожных и венерических болезней ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Е.В. Соколовский — д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии с клиникой ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России

Е.Р. Аравийская — д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой ГБОУ ВПО СПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России

#### **Конфликт интересов**

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье