

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: проф, д.м.н., Таранушенко Т.Е.

Проверил: доц, к.м.н., Педанова Е.А.

Реферат

На тему: «Диагностика атопического дерматита у детей раннего возраста»

Выполнил: врач-ординатор Попова Д.В.

г. Красноярск, 2018 год

С.П.
30.10.2018

З.П.
31.10.18
С.П.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Определение, этиология	4
Эпидемиология	5
Классификация.....	6
Диагностика	7
Клиническая картина	8
Оценка тяжести	11
Индекс SCORAD	12
Шкала SCORAD	14
Дополнительные исследования	15
Дифференциальная диагностика	16
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	20

ВВЕДЕНИЕ

Атопический дерматит (АтД) является самым ранним проявлением атопии у детей. Начало заболевания у большинства детей (60%) приходится на первый год жизни, при этом 38% всех случаев АтД наблюдается у детей до 3 мес., 45% – у детей до 6 мес. Наличие АтД выступает значимым фактором риска развития в последующем других аллергических заболеваний, и прежде всего бронхиальной астмы. По мнению J.M. Spengel, примерно у половины детей с АтД развивается бронхиальная астма в более старшем возрасте. Это изменение фенотипических свойств от младенчества до подросткового возраста известно как «атопический марш». Что касается течения самого АтД, то считается, что у 60% детей проявления болезни по мере взросления полностью исчезают, а у остальных рецидивы заболевания остаются и в старшем возрасте. Есть мнение, что дети, заболевшие на первом году жизни, имеют лучший прогноз заболевания. Однако чем раньше дебютирует и чем тяжелее протекает АтД, тем выше шанс его персистирующего течения. Хронический зуд как основной симптом АтД оказывает значительное влияние на качество жизни. У детей с АтД и членов их семей показатели качества жизни значительно снижены. Так, уровень стресса у родителей детей, страдающих АтД, значительно выше, чем у родителей, имеющих детей с сахарным диабетом. По степени влияния на качество жизни АтД превосходит псориаз. Дети с АтД находятся в группе риска по развитию тревожности, депрессии, суицидальных мыслей. Хронический рецидивирующий характер АтД диктует необходимость создания эффективных и безопасных режимов длительной патогенетической терапии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Атопический дерматит — мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Атопический дерматит (АтД) в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте, значительно нарушает качество жизни больного и членов его семьи. В большинстве случаев развивается у лиц с наследственной предрасположенностью и часто сочетается с другими формами аллергической патологии, такими как бронхиальная астма (БА), аллергический ринит (АР), аллергический конъюнктивит, пищевая аллергия (ПА).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В основе патогенеза атопического дерматита лежит иммунозависимое воспаление кожи на фоне активации Th2 клеток, что сопровождается повышением ее чувствительности к внешним и внутренним раздражителям. При хронизации процесса помимо сохраняющейся активности Th₂ клеток в воспалительный процесс включаются Th₁, Th₁₇ и Th₂₂ клетки.

При АтД установлено важное значение нарушений эпидермального барьера, увеличения сухости и трансэпидермальной потери воды, что создает возможность поступления аллергенов трансдермально с вовлечением механизмов, приводящих к повреждению кожи и способствующих ранней сенсibilизации организма и инициации воспаления. В патогенезе АтД имеет место генетически детерминированное повреждение кожного барьера, опосредованное нарушением процессов кератинизации, вследствие дефекта синтеза структурообразующих белков и изменения липидного состава кожи.

В результате происходит нарушение формирования нормального рогового слоя, что клинически проявляется выраженной сухостью. Несомненно, что в развитии воспаления при АтД определенную роль играют нейропептиды и провоспалительные цитокины, высвобождающиеся из кератиноцитов в результате зуда кожи. Проведенные генетические исследования показали, что АтД развивается у 82% детей, если оба родителя страдают аллергией, преимущественно на первом году жизни ребенка; у 59% — если только один из родителей имеет АтД, а другой имеет аллергическую патологию дыхательных путей, у 56% — если только один родитель страдает аллергией, у 42% — если родственники первой линии имеют симптомы АтД.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

АтД встречается во всех странах, у лиц обоего пола, в разных возрастных группах. К настоящему времени распространенность АтД в детской популяции США достигла 17,2%, у детей в Европе — 15,6%, в Японии — 24%, что отражает неуклонный рост частоты выявления АтД в течение последних трех десятилетий. Частота АтД значительно выше у жителей экономически развитых стран, заболеваемость АтД существенно повышается у мигрантов из неблагополучных территорий. Распространенность симптомов АтД в различных регионах Российской Федерации (РФ), по результатам стандартизированного эпидемиологического исследования в рамках программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood, Международное исследование астмы и аллергии у детей), составила от 6,2 до 15,5%. Повторные (через 5 лет) исследования распространенности симптоматики АтД демонстрируют увеличение данного показателя в 1,9 раза в детской популяции РФ. Комитетом экспертов по астме и аллергии Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения в последние годы была разработана программа «Глобальная сеть по аллергии и астме в Европе» (Global Allergy and Asthma European Network, GA2LEN). Исследование GA2LEN по распространенности аллергических болезней среди

15–18-летних пациентов позволило аккумулировать наиболее достоверные данные по проблеме у российских детей подросткового возраста. В Москве и Томске было проведено одномоментное параллельно-групповое исследование в сплошной выборке детей в возрасте от 15 до 18 лет. Наличие симптомов болезни, по данным исследования, было выявлено у 33,35% подростков, распространенность атопического дерматита, по результатам анкет, составила 9,9%, диагноз верифицирован у 6,9% участников исследования. Среди респондентов с текущей заболеваемостью АД доля девочек была в 1,6 раз выше по сравнению с лицами мужского пола ($p = 0,039$). Результаты наблюдения свидетельствуют о значительных расхождениях с данными официальной статистики по АД в детской популяции (на 2008 г. официальная заболеваемость АД в Москве составляла 1,3% — в 5 раз меньше, чем показало исследование).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Таблица 1 - Рабочая классификация атопического дерматита у детей

Возрастные периоды	Младенческая (с 1 мес до 1 г. 11 мес.)
	Детская (с 2 лет до 11 лет 11 мес.)
	Подростковая (старше 12 лет)
Стадии	Обострение
	Ремиссия неполная
	Ремиссия
Клинические формы	Экссудативная
	Эритематозно-сквамозная
	Эритематозно-сквамозная с лихенификацией
	Лихеноидная
	Пруригинозная
Тяжесть течения	Легкое течение
	Среднетяжелое
	Тяжелое
Распространенность процесса	Ограниченный
	Распространенный
	Диффузный
Клинико-этиологические варианты	С пищевой сенсibilизацией
	С грибковой сенсibilизацией
	С клещевой/бытовой сенсibilизацией
	С пыльцевой сенсibilизацией

ДИАГНОСТИКА

Диагностика АТД основывается преимущественно на клинических данных. Объективных диагностических тестов, позволяющих подтвердить диагноз, в настоящее время не существует. Обследование включает тщательный сбор аллергоанамнеза, оценку распространенности и тяжести кожного процесса, а также аллергологическое обследование.

Диагностические критерии АТД

Основные критерии:

- зуд кожи;
- типичная морфология высыпаний и локализация: — дети первых лет жизни: эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей; — дети старшего возраста: папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей;
- ранняя манифестация первых симптомов;
- хроническое рецидивирующее течение;
- наследственная отягощенность по атопии.

Дополнительные критерии (помогают заподозрить АТД, но являются неспецифическими):

- ксероз;
- реакции немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами;
- ладонная гиперлинейность и усиление рисунка («атопические» ладони);
- стойкий белый дермографизм;
- экзема сосков;

- рецидивирующий конъюнктивит;
- продольная суборбитальная складка (линия Денни– Моргана);
- периорбитальная гиперпигментация;
- кератоконус (коническое выпячивание роговицы в ее центре).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Обычно АтД у детей манифестирует на первом году жизни. Заболевание проходит в своем развитии три стадии, которые могут быть разделены периодами ремиссии или переходить одна в другую.

Младенческая стадия АтД.

Экссудативная форма АтД проявляется у детей с периода новорожденности до 2 лет и характеризуется острым воспалением кожи с высыпаниями папул и микровезикул с выраженной экссудацией и мокнутием. Локализация высыпаний — преимущественно на лице, реже на голени и бедрах. При этом на фоне гиперемии и экссудации, инфильтрации и отека отдельных участков кожи выявляются микровезикулы с серозным содержимым, вялой покрывкой, быстро вскрывающиеся с образованием «экзематозных колодцев». Экзематозные папулы и микровезикулы — проявления острого воспалительного процесса — представляют собой бесполостные ограниченные образования в виде мелких узелков (до 1 мм), слегка возвышающихся над уровнем кожи, округлой конфигурации, мягкой консистенции, обычно фокусные, иногда сгруппированные и быстро эволюционирующие. Кроме того, отмечаются выраженный зуд и жжение кожи, болезненность и чувство напряжения. Больной ребенок расчесывает кожу, вследствие чего очаги покрываются серозно-кровянистыми, а при присоединении вторичной инфекции — серозно-кровянисто-гнойными корочками. Расположение очагов поражения кожи симметричное.

При **ограниченных формах** подобные высыпания локализуются чаще на лице в области щек, лба и подбородка, за исключением носогубного треугольника, и симметрично на кистях рук.

При **распространенных (диссеминированных)** формах АТД отмечается поражение кожи туловища, конечностей, преимущественно их разгибательных поверхностей. Для 30% больных АТД при **эритематозно-сквамозной форме** болезни характерны гиперемия, инфильтрация и легкое шелушение кожи без экссудации. Эритематозные пятна и папулы в типичных случаях сначала появляются на щеках, лбу и волосистой части головы и сопровождаются зудом. Обычно эритема усиливается вечером и почти не определяется в утренние часы.

Детская стадия АТД формируется у детей в возрасте от 2 до 12 лет, может следовать за младенческой стадией без перерыва, продолжается обычно до подросткового возраста. При этом на коже менее выражены экссудативные очаги, характерные для младенческой фазы, отмечается значительная гиперемия кожной ткани, ее выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, утолщение складок и гиперкератоз. Наличие складчатого характера поражений свидетельствует об **эритематозно-сквамозной форме АТД с лихенизацией**. В дальнейшем на поверхности кожи преобладают лихеноидные папулы и очаги лихенификации с типичной локализацией в складках кожи. Высыпания локализуются чаще всего в локтевых, подколенных, ягодичных складках, на коже сгибательных поверхностей локтевых и лучезапястных суставов, тыльной поверхности шеи, кистей и стоп. При этом отмечаются высыпания в виде лихеноидных папул, обильное шелушение, множественные расчесы и трещины кожи — такие проявления определяют как **лихеноидную форму АТД**. В этой стадии АТД наблюдается характерное поражение кожи лица, определяемое как «атопическое лицо»: гиперпигментация век с подчеркнутыми складками, шелушение кожи век,

вычесывание бровей. У пациентов отмечается упорный и мучительный зуд кожи, особенно выраженный по ночам.

Подростковая стадия АтД наблюдается у детей в возрасте старше 12 лет и характеризуется резко выраженной лихенизацией, сухостью и шелушением, преимущественным поражением кожи лица и верхней части туловища и непрерывно рецидивирующим течением. Эта стадия начинается в период полового созревания и часто продолжается в зрелом возрасте. Преобладает поражение сгибательных поверхностей в области естественных складок, лица и шеи, плеч и спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног. Высыпания характеризуются сухими, шелушащимися эритематозными папулами и бляшками и образованием больших лихенифицированных бляшек при хронических очагах поражения кожи. Значительно чаще, чем в детской группе (от 2 до 12 лет), наблюдаются поражения кожи лица и верхней части туловища.

У подростков может наблюдаться *пруригинозная форма АтД*, которая характеризуется сильнейшим зудом и множественными фолликулярными папулами плотной консистенции, шаровидной формы с многочисленными рассеянными эксфолиациями на поверхности папул. Такие высыпания, локализующиеся типично для этого возраста на сгибательных поверхностях конечностей, сочетаются с выраженной лихенизацией.

По распространенности воспалительного процесса на коже различают:

- АтД ограниченный (локализация преимущественно на лице, площадь поражения кожи — не более 5–10%);
- АтД распространенный (площадь поражения — от 10 до 50%);
- АтД диффузный (обширное поражение — более 50% поверхности кожных покровов).

По стадиям течения АтД выделяют:

- обострение;
- неполную ремиссию;
- ремиссию.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Оценка тяжести АтД у детей с учетом клинических проявлений представлена в табл. 2. Оценку тяжести клинических проявлений АтД проводят по шкалам SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis, Шкала атопического дерматита), EASY (Eczema Area and Severity Index, Индекс распространенности и тяжести поражения при экземе), SASSAD (Six Area Six Sign Atopic Dermatitis Severity Score, Шесть степеней тяжести атопического дерматита).

Шкала SCORAD В России наиболее широкое распространение получила шкала SCORAD (рис. 1), которая используется специалистами для оценки эффективности лечения и динамики клинических проявлений АтД.

Параметр А. Распространенность кожного процесса — площадь пораженной кожи (%), которую рассчитывают по правилу «девятки» (см. рис. 1). Для оценки также можно использовать правило «ладони» (площадь ладонной поверхности кисти принимают равной 1% всей поверхности кожи).

Параметр В. Для определения интенсивности клинических проявлений подсчитывают выраженность 6 признаков (эритема, отек/папулы, корки/мокнутые, эскориации, лихенификация, сухость кожи). Каждый признак оценивают от 0 до 3 баллов, где 0 — отсутствует, 1 — слабо выражен, 2 — выражен умеренно, 3 — выражен резко (дробные значения не допускаются). Оценку симптомов проводят на участке кожи, где они максимально выражены. Общая сумма баллов может быть от 0 (кожные

поражения отсутствуют) до 18 (максимальная интенсивность всех 6 симптомов). Один и тот же участок пораженной кожи можно использовать для оценки выраженности любого количества симптомов.

Субъективные симптомы — зуд кожных покровов и нарушения сна — оценивают только у детей старше 7 лет. Пациенту или его родителям предлагается указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, соответствующую, по их мнению, степени выраженности зуда и нарушений сна, усредненную за последние 3 сут. Сумма баллов субъективных симптомов может колебаться от 0 до 20.

Как рассчитать индекс SCORAD

Общую оценку рассчитывают по формуле: $A/5 + 7B/2 + C$. Общая сумма баллов по шкале SCORAD может составлять от 0 (клинические проявления поражения кожи отсутствуют) до 103 (максимально выраженные проявления атопического дерматита). При значении индекса SCORAD до 20 баллов течение АД определяются как легкое, от 20 до 40 баллов — как средней тяжести, выше 40 баллов — как тяжелое.

Как оценить выраженность клинических проявлений у детей в возрасте до 7 лет

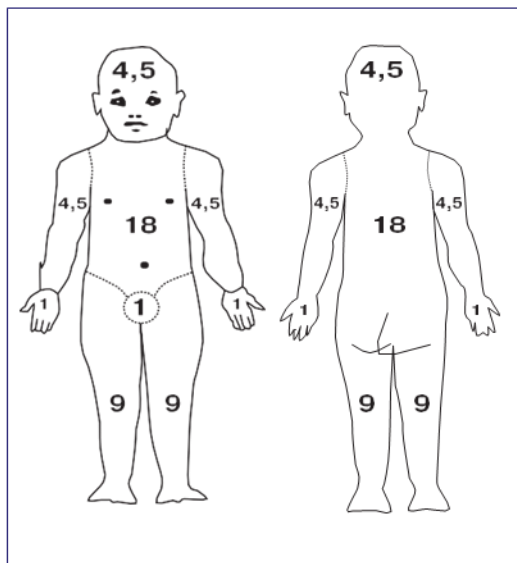
Для определения интенсивности клинических проявлений может быть использован модифицированный индекс SCORAD — TIS (Three Item Severity Score, Три элемента оценки тяжести), который определяется по аналогичным SCORAD параметрам А и В и рассчитывается по формуле: $A/5 + 7B/2$.

Оценку симптомов следует проводить на участке кожи, где они максимально выражены. Один и тот же участок пораженной кожи можно использовать для оценки выраженности любого количества симптомов. Параметр С у детей в возрасте до 7 лет не определяют, учитывая малый возраст обследуемых, а

следовательно, отсутствие возможности оценить степень субъективных ощущений самим пациентом.

Таблица 2. Оценка тяжести атопического дерматита по степени выраженности клинических проявлений.

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



Участки тела	Площадь поражения
Передняя поверхность головы (4,5%)	
Задняя поверхность головы (4,5%)	
Передняя поверхность туловища (18%)	
Задняя поверхность туловища (18%)	
Гениталии (1%)	
Передняя поверхность левой руки (4,5%)	
Задняя поверхность левой руки (4,5%)	
Передняя поверхность правой руки (4,5%)	
Задняя поверхность правой руки (4,5%)	
Передняя поверхность левой ноги (9%)	
Задняя поверхность левой ноги (9%)	
Передняя поверхность правой ноги (9%)	
Задняя поверхность правой ноги (9%)	
Итого	

Показатель А = _____

Клинические проявления

- Эритема
- Отек или папулезность
- Мокнутие/корки
- Расчесы
- Лихенификация
- Сухость
- Итого

Оценка в баллах

Способ оценки:

- 0 = отсутствие проявлений
- 1 = легкие проявления
- 2 = умеренные проявления
- 3 = тяжелые проявления

Показатель В = _____

Отсутствие зуда

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Очень сильный зуд



Отсутствие нарушения сна

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Очень сильное нарушение сна



Показатель С = _____

Рис. 1. Шкала оценки тяжести клинических проявлений SCORAD

Лабораторные и инструментальные исследования

- Клинический анализ крови (неспецифическим признаком может быть наличие эозинофилии, в случае присоединения кожного инфекционного процесса возможен нейтрофильный лейкоцитоз).
- Кожные тесты с аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы) выявляют IgE-опосредованные аллергические реакции; проводятся аллергологом при отсутствии у ребенка острых проявлений АтД. Прием антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов и нейролептиков снижает чувствительность кожных рецепторов и может привести к ложноотрицательным результатам, поэтому их необходимо отменить за 3 (антигистаминные препараты), 7 (трициклические антидепрессанты) и 30 (нейролептики) суток до предполагаемого срока исследования.
- Определение концентрации общего IgE в сыворотке крови имеет низкую диагностическую ценность (низкий уровень общего IgE не указывает на отсутствие атопии и не является критерием исключения диагноза АтД).
- Элиминационная диета, а также диагностическое введение продукта обычно назначается специалистами (врачами аллергологами, диетологами) для подтверждения/исключения пищевой аллергии (особенно в случаях сенсibilизации к злаковым и белкам коровьего молока)¹. Диагностическая эффективность элиминационной диеты оценивается в динамике, обычно спустя 2–4 нед после строгого выполнения диетических рекомендаций. Это обусловлено патогенезом атопического дерматита и скоростью разрешения основных его проявлений. Провокация пищевыми аллергенами (диагностическое введение продукта) нужна для подтверждения диагноза и в динамике (для оценки формирования толерантности), и после этапа десенсibilизации к аллергенам.

- Диагностика *in vitro* также проводится по направлению аллерголога и включает определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови, которое предпочтительно для детей: — с распространенными кожными проявлениями АТД; — при невозможности отмены принимаемых антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов, нейролептиков; — с сомнительными результатами кожных тестов или при отсутствии корреляции клинических проявлений и результатов кожных тестов; — с высоким риском развития анафилактических реакций на определенный аллерген при проведении кожного тестирования; — грудного возраста; — в отсутствии аллергенов для проведения кожного тестирования, при наличии таковых — для диагностики *in vitro*.

NB! Эксперты США и Европы в согласительном документе по АТД не рекомендуют определение уровня IgG и его субклассов при обследовании таких больных.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Атопический дерматит необходимо дифференцировать с чесоткой, себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, ихтиозом, псориазом, иммунодефицитными состояниями (синдром Вискотта–Олдрича, синдром гипериммуноглобулинемии E; табл. 3).

Таблица 3. Дифференциальная диагностика атопического дерматита у детей

Заболевание	Этиология	Характер высыпаний	Локализация	Зуд	Начало заболевания
Себорейный дерматит	<i>Pityrosporum ovale</i>	Эритематозные участки с фестончатыми краями, скопление желтых жирных чешуек	Волосистая часть головы, носогубные складки, паховые складки	Слабый или отсутствует	Первые недели жизни, реже подростковый возраст
Эритродермия Лейнера	Нарушения фагоцитоза	Диффузная эритема с обильным шелушением, диарея, плохая прибавка в весе	На всей поверхности туловища, конечности, лицо	Слабый или отсутствует	У детей грудного возраста
Пеленочный дерматит	Недостаточный уход за ребенком	Эритема, отечность, уртикарная сыпь, везикулы	Промежность, ягодицы, бедра	Отсутствует	У детей раннего возраста
Чесотка	Паразитарное заболевание кожи, вызванное <i>Sarcoptes scabiei</i>	Зудящие папулы и везикулы, располагающиеся линейно, попарно, характерные чесоточные ходы, расчесы	Межпальцевые складки, сгибательные поверхности конечностей, паховая область, живот, ладони, подошвы. У детей раннего возраста — спина и подмышечные впадины	Выраженный	Любой возраст
Розовый лишай Жибера	Вирусная инфекция, весенне-осенний период	Материнская бляшка в виде розового пятна с четкими очертаниями, последующими обильными высыпаниями небольших розовых пятен с незначительным шелушением в центре	Боковая поверхность туловища, спина, плечи, бедра	Слабо выражен	Старший подростковый возраст

Заболевание	Этиология	Характер высыпаний	Локализация	Зуд	Начало заболевания
Наследственные нарушения обмена триптофана	Наследственное заболевание	Гиперемия, отечность, везикулы, экссудация, корки. В старшем возрасте — гиперемия, папулы, лихенификация, эскориации	Лицо, разгибательные поверхности конечностей, туловище, ягодицы. В старшем возрасте — область шеи, суставов, сгибательные поверхности конечностей, периорбитальная и перианальная локализация	Сильный зуд различной интенсивности	Ранний возраст. Сопутствующая неврологическая симптоматика — мозжечковая атаксия, панкреатит
Синдром Вискотта–Олдрича	Наследственное X-сцепленное рецессивное заболевание	Дерматит, напоминающий АД: упорные эритематозно-сквамозные высыпания, эскориации, экссудация	Лицо, кисти	Выраженный	С рождения, с наличием тромбцитопении и рецидивирующей инфекции
Ихтиоз	Генодерматоз	Фолликулярный гиперкератоз, сухость кожи, мелко- и крупнопластинчатое шелушение, усиление складчатости ладоней, ломкость ногтей и волос	Туловище, верхние и нижние конечности, ладони, ногти, волосы	Слабо выражен	Первые месяцы жизни

Микробная экзема	Сенсибилизация к стрептококку и стафилококку	Эритематозные очаги с четкими границами (1–3 см) насыщенного красного цвета	Чаще асимметричная на голени, или распространенный характер	Умеренный; жжение, болезненность	В любом возрасте
Псориаз	Мультифакториальный дерматоз с наследственной предрасположенностью, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме	Папулы с быстрым образованием бляшек, покрытых серебристыми чешуйками	Волосистая часть головы, разгибательная поверхность локтевых и коленных суставов, а также на любых других участках кожного покрова	Слабый	В любом возрасте
Герпетиформный дерматит Дюринга	Имеют значение повышенная чувствительность к глютену и целиакия	Мелкие напряженные пузырьки на эритематозном фоне, склонные к группировке	Кожа туловища, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы	Сильный; жжение кожи	Старший возраст
Т-клеточная лимфома кожи на ранних стадиях	Злокачественная опухоль лимфоидной ткани	Наранних стадиях — отечные пятна яркорозовой окраски с шелушением, затем формируются бляшки и узлы	На туловище и конечностях	Сильный, мучительный	В любом возрасте

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИЯМ СПЕЦИАЛИСТОВ

Аллерголог: аллергологическое обследование; назначение элиминационной диеты; установление причинно-значимых аллергенов; подбор и коррекция терапии; диагностика сопутствующих аллергических заболеваний; обучение пациента; профилактика развития респираторной аллергии.

Дерматолог: установление диагноза; проведение дифференциальной диагностики с другими кожными заболеваниями; подбор и коррекция терапии; обучение пациента. Повторные консультации дерматолога и аллерголога также необходимы в случае плохого ответа на лечение местными глюкокортикостероидами (мГКС) или антигистаминными препаратами, наличия осложнений, тяжелого или персистирующего течения заболевания: длительное или частое применение сильных мГКС, обширное поражение кожи (20% площади тела или 10% с вовлечением кожи век, кистей рук, промежности), наличие у пациента рецидивирующих инфекций, эритродермии или распространенных эксфолиативных очагов.

Диетолог: составление и коррекция индивидуального рациона питания.

ЛОР: выявление и санация очагов хронической инфекции, ранняя диагностика и своевременное купирование симптомов аллергического ринита.

Психоневролог: при выраженном зуде, поведенческих нарушениях.

Медицинский психолог: проведение психотерапевтического лечения, обучение технике релаксации, снятие стресса и модификация поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зайцева С.В. Атопический дерматит у детей //Лечащий врач. - 2012. - №4.- С. 16-19.
2. Клинические рекомендации «Атопический дерматит у детей» Союз педиатров России, Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2016 год.
3. Мачарадзе Д. Ш. Атопический дерматит: современные методы диагностики и терапии. Уч.-метод. пос. М.: РПК «Линия-Принт». 2012. 75 с.
4. Намазова-Баранова Л. С., Баранов А. А., Кубанова А. А., Ильина Н. И., Курбачёва О. М., Вишнёва Е. А., Новик Г. А., Петровский Ф. И., Макарова С. Г., Мурашкин Н. Н., Алексеева А. А., Селимзянова Л. Р., Левина Ю. Г., Эфендиева К. Е., Вознесенская Н. И. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии. Вопросы современной педиатрии. 2016;
5. Особенности клинического течения атопического дерматита у детей раннего возраста. Э.В. Дудникова, Н.Н. Кобзева, Е.С. Приходская, Е.А. Беседи. Журнал «Медицинский вестник Юга России», 2015 год.
6. Saavedra J., Boguniewicz M., Chamlin S., Lake A., Nedorost S., Czerkies L., Patel V., Botteman M., Horodniceanu E. Patterns of clinical management of atopic dermatitis in infants and toddlers: A survey of three physician specialities in the United States. J. Pediatr. 2013; 14: 168–171