

# Клинические проявления и дифференциальный диагноз атопического дерматита у детей раннего возраста

А.С. Боткина, М.И. Дубровская, А.Б. Моисеев, Е.Е. Вартапетова

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

## Clinical manifestations and differential diagnosis of atopic dermatitis in young children

A.S. Botkina, M.I. Dubrovskaya, A.B. Moiseev, E.E. Vartapetova

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Атопический дерматит — одно из наиболее распространенных дерматологических заболеваний детей грудного и раннего детского возраста. Заболевание имеет хроническое рецидивирующее течение и характеризуется зудом, эритемой, лихенификацией и шелушением. В типичных случаях диагноз устанавливается клинически на основании имеющихся диагностических критериев. Однако аналогичные клинические проявления встречаются и при ряде других заболеваний, которые могут имитировать, сопутствовать или осложнять течение атопического дерматита. К ним относятся воспалительные состояния кожи, инфекции, паразитарные заболевания, генодерматозы, иммунодефициты и злокачественные новообразования, а также нарушения питания, болезнь трансплантат против хозяина и лекарственная болезнь. Знание спектра этих заболеваний и их отличительных особенностей имеет решающее значение для правильной и своевременной диагностики атопического дерматита, подбора оптимального лечения.

**Ключевые слова:** дети, атопический дерматит, дифференциальный диагноз, ранний детский возраст.

**Для цитирования:** Боткина А.С., Дубровская М.И., Моисеев А.Б., Вартапетова Е.Е. Клинические проявления и дифференциальный диагноз атопического дерматита у детей раннего возраста. Рос вестн перинатол и педиатр 2021; 66:(5): 141–149. DOI: 10.21508/1027-4065-2021-66-5-141-149

Atopic dermatitis is one of the most common dermatological diseases in infants and young children. The disease is characterized by a chronic recurrent course with itching, erythema, lichenification and desquamation. Typical cases are diagnosed on the clinically available diagnostic criteria. However, similar clinical manifestations are found in a number of other diseases that can simulate, accompany or complicate the course of atopic dermatitis. They include inflammatory skin conditions, infections, parasitic diseases, genodermatoses, immunodeficiencies and malignancies, as well as nutritional disorders, graft-versus-host disease, and drug disease. Knowledge of the spectrum of these diseases and their distinctive features is crucial for the correct and timely diagnosis of atopic dermatitis, the selection of the optimal treatment.

**Key words:** children, atopic dermatitis, differential diagnosis, early childhood.

**For citation:** Botkina A.S., Dubrovskaya M.I., Moiseev A.B., Vartapetova E.E. Clinical manifestations and differential diagnosis of atopic dermatitis in young children. Ros Vestn Perinatol i PEDIATR 2021; 66:(5): 141–149 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2021-66-5-141-149

**А**ллергические заболевания у детей, распространенность которых в настоящее время не имеет тенденции к снижению, представляет актуальную проблему педиатрии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения они занимают третье

место в мире после сердечно-сосудистой и онкологической патологий. Значительный рост частоты аллергических заболеваний связан с ухудшением экологической обстановки, изменением характера питания, появлением новых аллергенов, а также уменьшением инфекционного бремени [1].

Заболеваемость атопическим дерматитом в последние годы также неуклонно растет: он регистрируется более чем у 20% детского и 2–10% взрослого населения планеты [2, 3]. Помимо увеличения количества, меняется и профиль больных с атопическим дерматитом — отмечается увеличение тяжелых форм заболевания, что в сочетании с недостаточной эффективностью существующих методов лечения делает проблему особенно острой [4].

Согласно современным понятиям атопический дерматит — это хроническое зудящее заболевание кожи с рецидивирующим течением, часть атопического синдрома (рис. 1) [5]. В большинстве случаев атопический дерматит выступает в качестве первого заболевания в рамках атопического марша, заключающегося в определенной последовательности разви-

© Коллектив авторов, 2021

**Адрес для корреспонденции:** Боткина Александра Сергеевна — к.м.н., доц. кафедры госпитальной педиатрии им. акад. В.А. Таболина педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, ORCID: 0000-0001-6890-2041 e-mail: botkina@gmail.com

Дубровская Мария Игоревна — д.м.н., проф. кафедры госпитальной педиатрии им. акад. В.А. Таболина педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, ORCID: 0000-0002-3487-2451

Моисеев Анатолий Борисович — д.м.н., зав. кафедрой пропедевтики детских болезней педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, ORCID: 0000-0002-1704-2456.

Вартапетова Екатерина Евгеньевна — к.м.н., доц. кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, ORCID: 0000-0002-9999-7634

117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1

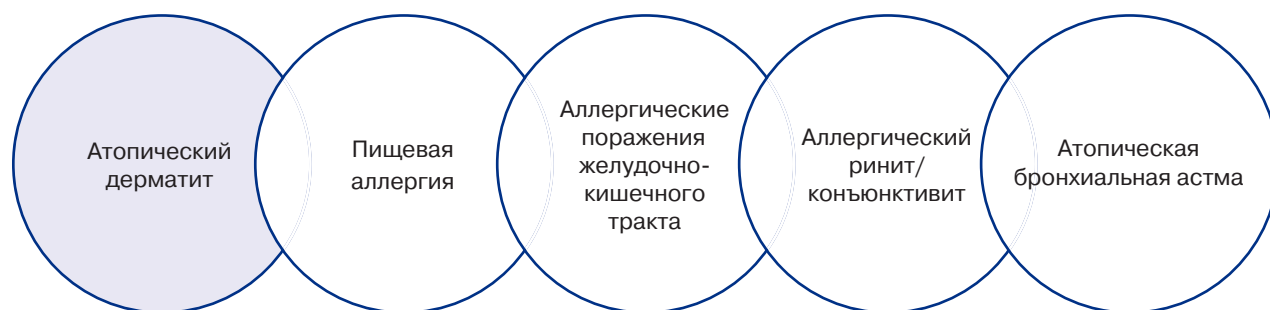


Рис. 1. Составляющие атопического синдрома.  
Fig. 1. Components of atopic syndrome.

тия клинических симптомов атопического синдрома (рис. 2) [6, 7]. В основе данного феномена лежит эпикутанная сенсibilизация, возникающая из-за сопутствующего нарушения барьерных структур кожного покрова у детей с атопическим дерматитом, приводящая впоследствии к аллергическому поражению бронхолегочной и пищеварительной систем.

Одной из характерных особенностей атопического дерматита является клинический полиморфизм, обусловленный морфологическими и функциональными различиями кожи в разные возрастные периоды [8]. В течении атопического дерматита выделяют три клинические формы — младенческую, детскую и подростковую/взрослую, для каждой из которых характерны своя морфология и локализация высыпаний (табл. 1). Недавно была отдельно описана форма атопического дерматита с началом в пожилом возрасте ( $\geq 60$  лет), поэтому атопический дерматит можно рассматривать как пожизненное заболевание [9].

Младенческая форма атопического дерматита возникает обычно не ранее 2-го месяца жизни и проявляется острыми и подостро-воспалительными изменениями кожи с экссудативным компонентом.

Высыпания локализуются на коже лица, разгибательных поверхностях конечностей и туловище [10]. Характерная особенность состоит в отсутствии высыпаний в области носогубного треугольника, которое называют «симптомом освещения сверху» (рис. 3). Характерно отсутствие высыпаний в области подгузника, которое помогает отличить атопический дерматит от себорейного и пеленочного дерматита [11, 12]. Эффект обусловлен наличием повышенной влажности в области подгузника, так называемый эффект влажного тропического леса. Кроме того, памперс осуществляет барьерную функцию, защищая кожу от расчесов.

Первичный морфологический элемент при младенческой форме атопического дерматита представлен микровезикулой или папуло-везикулой, которые расположены на гиперемизированном и отечном фоне, часто отмечаются экссудация и образование серозных и серозно-геморрагических корок. Высыпания всегда сопровождаются зудом, часто не коррелирующим с тяжестью кожного процесса. Зуд сопровождается появлением экскориаций и лихенификации. Интенсивный зуд в области волосистой части головы

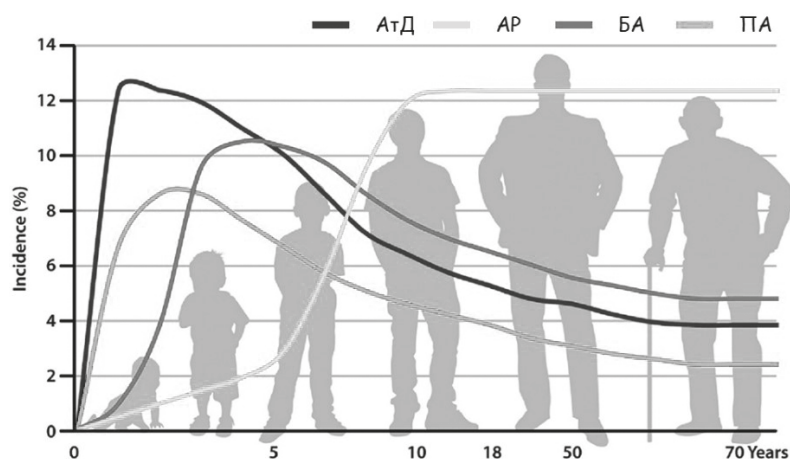


Рис. 2. Атопический марш: АтД — атопический дерматит; АР — аллергический ринит; БА — бронхиальная астма; ПА — пищевая аллергия [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7395647].

Fig. 2. Atopic march: AD — atopic dermatitis; AR — allergic rhinitis; BA — bronchial asthma; PA — food allergy [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7395647].

Таблица 1. Формы atopического дерматита  
Table 1. Forms of atopical dermatitis

Форма	Возраст	Морфологические элементы	Типичная локализация
Младенческая форма	От 2 мес до 2 лет	Микровезикула Папуловезикула	Волосистая часть головы; лицо: щеки, лоб; разгибательные поверхности конечностей; туловище; пальцы рук
Детская форма	От 2 до 11 лет	Папула: милиарная, лихеноидная	Лицо: лоб, веки; заушная область; шея; сгибательные поверхности конечностей; кисти
Подростковая/взрослая форма	От 12 лет	Лихеноидная папула	Лицо: лоб; шея, зона декольте, сгибательные поверхности конечностей кисти

может сопровождаться очаговым выпадением волос, лица — к латеральному поредению бровей — признак Хертога, возникновению трещин у основания мочки и за ушами. Поражение кожи век приводит к формированию акцентуации инфраорбитальных складок, называемых складками Денни—Моргана [13].

Диагноз atopического дерматита устанавливается только клинически и в типичных случаях достаточно просто. Еще в 1980 г. J.M. Hanifin и С. Rajka [15] разработали диагностические критерии atopического дерматита, включающие большие и малые признаки; для постановки диагноза atopического дерматита необходимо наличие не менее 3 больших и 3 малых критериев, после чего диагноз может быть выставлен [14]. В 2003 г. Американская академия дерматологии несколько модифицировала диагностические критерии J.M. Hanifin и С. Rajka, сделав их более удобными для практического использования (рис. 4).

Однако у детей раннего возраста atopический дерматит нередко протекает нетипично, что требует исключения целого ряда заболеваний. Дифференциально-диагностический поиск разнообразен. Все заболевания, от которых приходится дифференцировать atopический дерматит, для удобства можно подразделить на 4 группы: наиболее вероятные, возможные, редкие, встречаемые преимущественно в детском возрасте и редкие, встречаемые в подростковом/взрослом возрасте заболевания (табл. 2).

Наиболее часто atopический дерматит у детей раннего возраста приходится дифференцировать от себорейного дерматита, псориазом, контактными дерматитами, монетовидной экземой, чесоткой и моллюсковым дерматитом.

**Себорейный дерматит.** Классический младенческий себорейный дерматит, в отличие от atopического, практически всегда начинается на первом месяце жизни ребенка. Симптомы заболевания прогрессируют постепенно, в отли-

чие от таковых при atopическом дерматите. Клинические проявления представлены эритемой лососевого цвета и шелушением, которые обычно группируются на волосистой части головы, в области бровей и носогубного треугольника, области крупных складок. Сгибательные поверхности могут поражаться при обоих заболеваниях, но при atopическом дерматите высыпания в области подгузника обычно отсутствуют (табл. 3).

Субъективно высыпания ребенка не беспокоят, что служит важным отличием от интенсивно зудящих высыпаний при atopическом дерматите. К важным дифференциальным признакам относится отсутствие связи обострения с действием тех или иных аллергенов, atopии в анамнезе. Заболевание течет подостро и, как правило, регрессирует самостоятельно к концу первого года жизни, в отличие от atopического дерматита, который имеет длительное рецидивирующее течение. Однако в ряде случаев себорейный и atopический дерматиты могут существовать одновременно, что вносит дополнительные трудности при проведении дифференциальной диагностики [16].



Рис. 3. Младенческая форма atopического дерматита: типичная локализация высыпаний (собственные данные).  
Fig. 3. Infant atopical dermatitis: typical localization of lesions (own data).



Рис. 4. Диагностические критерии атопического дерматита (AAD, 2003).

Fig. 4. Diagnostic criteria for atopic dermatitis (AAD, 2003).

Таблица 2. Дифференциальный диагноз атопического дерматита

Table 2. Differential diagnosis of atopic dermatitis

Группа	Заболевания
Наиболее вероятные	Себорейный дерматит Аллергический контактный дерматит Ирритантный контактный дерматит Псориаз Чесотка Монетовидная экзема Дерматофитии Вульгарный ихтиоз Дерматит при контактировании с моллюсками
Возможные	Красный волосной лишай Розовый лишай Строфулюс Периоральный дерматит Фотодерматиты Токсидермии
Редкие, встречаемые преимущественно в детском возрасте	Метаболические заболевания (фенилкетонурия, энтеропатический акродерматит) Первичные иммунодефициты (синдром Вискотта—Олдрича, синдром Йова, синдром Оменна, синдром Ди Джорджа, синдром атаксии-телеангиоэктазии) Генетические заболевания (синдром Нетертона, мукополисахаридоз I типа) Аутоиммунные заболевания (дерматит Дюринга, неонатальная красная волчанка) Пролиферативные заболевания (гистиоцитоз Лангерганса)
Редкие, встречаемые в подростковом/взрослом возрасте	Кожная Т-клеточная лимфома Красная волчанка Дерматомиозит Реакция трансплантат против хозяина Порфирии



Таблица 3. Дифференциальная диагностика высыпаний при себорейном и атопическом дерматите  
Table 3. Differential diagnosis of rashes in seborrheic and atopic dermatitis

Признак	Атопический дерматит	Себорейный дерматит
Эритема	Ярко-розовая	Лососевая
Поражение носогубного треугольника	Не поражается	Обычно поражается
Поражение крупных складок	Обычно отсутствует	Всегда поражается
Поражение волосистой части головы	Часто поражается	Всегда поражается
Зуд	Выраженный	Отсутствует или легкий

**Псориаз.** Заболевание достаточно трудно диагностировать у детей раннего возраста. Проявляется у детей первых 2 лет жизни в виде высыпаний в области подгузника, которые имеет торпидное течение с тенденцией к распространению на другие участки кожного покрова. При псориазе в отличие от атопического дерматита очаги поражения имеют более четкие границы и классические серебристые чешуйки, напоминающие слюду. При поскабливании зачастую удается выявить псориатическую триаду, которая включает три последовательных феномена:

- стеаринового пятна: обильное шелушение серебристо-белыми чешуйками;
- терминальной пленки: появление после удаление чешуек влажной блестящей поверхности;
- кровавой росы: появление капелек крови при дальнейшем поскабливании.

Важный момент — положительный генеалогический анамнез по псориазу, который выявляется у преобладающего большинства детей с псориазом.

**Монетовидная экзема.** Монетовидная экзема, или нумулярный дерматит, относительно редко встречается у детей раннего возраста. Заболевание обычно начинается в возрасте около 5 лет, чаще у мальчиков [17]. В основе дерматоза лежит sensibilization к бактериальным агентам из хронического очага инфекции (в носоглотке, мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, кожи). Процесс имеет островоспалительный характер и чаще начинается как ассиметричный с локализацией на любом участке кожного покрова, за исключением лица. Наиболее типичны высыпания на дистальных отделах конечностей: тыле кистей и стоп, области голеностопного сустава, предплечьях и голених.

Дерматоз проявляется монетовидными (отсюда и название) четко очерченными очагами, размерами от 1 до 5 см, с бахромой отслаивающегося эпидермиса по периферии. При слиянии высыпаний образуются обширные бляшки с экссудацией и корками на поверхности, выраженной контактной кровоточивостью. Сыпь истинно полиморфна, основные морфологические элементы представлены микровезикулами и мелкими фолликулярными папулами. Субъективно — умеренный зуд. У больных с монетовидной экземой ксероз обычно отсутствует, и разрешение эфлоресценций наступает к пубертатному периоду.

**Вульгарный ихтиоз.** Это наиболее распространенный вариант ихтиоза, встречается с частотой 1:250 человек. Заболевание, как и атопический дерматит, манифестирует в грудном возрасте и имеет схожую локализацию высыпаний [18, 19]. Патологический кожный процесс носит распространенный симметричный характер, оставляя свободными сгибательные области. В отличие от атопического дерматита первичным морфологическим элементом при ихтиозе служит тонкая плотно прилегающая в центре чешуйка с трещинками на поверхности. Характерны гиперлинераность и гиперкератоз ладоней и подошв. Зуд умеренный и обусловлен исключительно сухостью кожи.

**Ирритативный контактный дерматит.** Связан с прямым воздействием химического или фотохимического фактора на кожу и последующей активацией врожденного иммунитета. У младенцев и детей раннего возраста ирритативный контактный дерматит чаще всего развивается при контакте с жидкостями организма — мочой и калом в подгузниках (пеленочный дерматит) или слюной при облизывании губ. При пеленочном дерматите высыпания локализуются только в области подгузника и представлены отеочной эритемой, папулами, пустулами и эрозиями [20]. Кожа вне очагов поражения интакта, что отличает пеленочный дерматит от атопического дерматита. Диагноз обычно не представляет сложностей и ставится клинически. Течение и прогноз благоприятные: при нормализации ухода заболевание разрешается за 3–5 дней.

**Дерматофития.** Локализованные формы атопического дерматита могут имитировать микозы гладкой кожи и наоборот, распространенные дерматофитии могут быть ошибочно расценены как проявления атопического дерматита. Высыпания при микозе могут локализоваться на любом участке кожного покрова и носят ассиметричный характер. Классическим проявлением дерматофитии служит кольцевидный или округлый очаг с четким ползущим краем (рис. 5).

Край очага приподнят над окружающей кожей, прерывист, представлен отеочной эритемой, везикулами, корочками. Отмечается регресс высыпаний в центре очага, что придает ему неравномерный цвет — светлее по центру и интенсивнее к периферии. Характерной чертой также является наличие отсло-



Рис. 5. Трихофития (собственные данные).  
Fig. 5. Trichophytosis (own data).



Рис. 6. Энтеропатический акродерматит (собственные данные).  
Fig. 6. Enteropathic acrodermatitis (own data).

енного эпидермиса по периферии. Зуд незначительный или отсутствует. Диагноз поверхностной дерматофитии можно подтвердить при микроскопическом исследовании с гидроксидом калия или с помощью культурального исследования.

**Чесотка.** У детей раннего возраста чесотка может быть очень похожа на атопический дерматит, особенно по интенсивности зуда. Однако при чесотке зуд усиливается в тепле и вечернее и/или ночное время, что обусловлено возрастающей активностью клещей. Высыпания у детей грудного и раннего возраста могут локализоваться не только в типичных местах — межпальцевых промежутках, запястьях, области гениталий, ягодицах, животе, подмышечных впадинах, локтях, но также и на ладонях, подошвах, лице и волосистой части головы. Высыпания представлены множеством зудящих папул, везикулами и пустулами [21]. Типичные для взрослых чесоточные ходы выявляются крайне редко, что обусловлено тонкостью рогового слоя эпидермиса. Обычно выявляется положительный эпидемиологический анамнез — аналогичные высыпания у других членов семьи ребенка.

**Энтеропатический акродерматит.** Синоним: синдром Брандта. Редкое аутосомно-рецессивное заболевание, вызванное мутацией гена *SLC39A4* (8q24.3), который кодирует белок — транспортер цинка Zip4, приводя к серьезному дефициту цинка в организме. Заболевание манифестирует в грудном возрасте, обычно после прекращения грудного вскармливания и может быть ошибочно принято за атопический дерматит из-за эритемоквамозных высыпаний в периоральной области и области подгузника, хотя при атопическом дерматите поражение интертригинозных областей нехарактерно [22]. При энтеропатическом акродерматите высыпания группируются вокруг естественных отверстий, области крупных складок и акральных отделов конечностей (рис. 6).

Эфлюоресценции полиморфны, представлены папулами, везикулами, пустулами и эрозиями, сливаются в обширные очаги с мокнутием и обильными серозно-гнойными корками на поверхности. Постоянный спутник заболевания — алопеция разной степени выраженности и паронихии. Кроме того, могут наблюдаться ангулярный хейлит, конъюнктивит, глоссит. Одновременно с изменениями на коже появляется диарейный синдром, отличающийся торпидным течением. Отсутствие эффекта от традиционной терапии приводит к задержке физического и нервно-психического развития. Течение заболевания длительное, и без специфического лечения больные умирают от истощения и интеркуррентных заболеваний. При мягком течении в период полового созревания возможно некоторое смягчение симптоматики [23]. Диагноз подтверждается с помощью определения уровня цинка в крови. Поскольку при дефиците цинка снижается содержание цинкзависимого фермента щелочной фосфатазы, измерение ее уровня в сыворотке крови можно использовать в качестве быстрого скринингового теста для выявления дефицита цинка.

**Болезнь Леттерера—Сиве.** Представляет собой злокачественную форму гистиоцитоза из клеток Лангерганса (гистиозитоз X), и в начале часто ошибочно принимается за атопический дерматит. Заболевание характеризуется клональной пролиферацией клеток Лангерганса с последующей инфильтрацией ими кожи, слизистых оболочек, костей и внутренних органов. Первые признаки гистиоцитоза X обычно появляются в грудном возрасте, в 2 раза чаще у мальчиков. Высыпания чаще всего локализуется на волосистой части головы, заушных и интертригинозных зонах, ладонях и стопах. Эфлюоресценции истинно полиморфны — от отечной эритемы до себорейно-подобного дерматита с геморрагическим компонентом. Зуд нехарактерен, что отличает гистиоцитоз от сильно зудящего атопического дерматита [24]. При наличии торпидных незудящих высыпаний с геморрагическим компонентом всегда необходимо проведение морфологического и иммуногистохимического исследования кожи для исключения гистиоцитоза X.

**Т-клеточная лимфома кожи.** Кожная Т-клеточная лимфома редко встречается у детей; обычно пик заболеваемости приходится на возраст 50 лет и старше. Однако в последнее время ряд авторов сообщают о росте заболеваемости в педиатрической популяции [25]. На ранних стадиях Т-клеточная лимфома не имеет специфических проявлений и часто имитирует другие дерматозы — atopический дерматит, псориаз, дерматофитию, что приводит к неправильной и поздней диагностике. На ранней стадии Т-клеточная лимфома проявляется шелушащимися эритематозными пятнами, локализованными на коже туловища, ягодиц, конечностей. Цвет элементов может варьировать от оранжевого до кирпично-красного либо высыпания могут быть гипопигментированными. Контуры элементов обычно нечеткие, «размытые», с возможной незначительной атрофией эпидермиса. Отсутствие положительного анамнеза по atopии, начало у взрослых и наличие общих симптомов в виде

недомогания, снижения массы тела, интоксикации являются ключевыми для дифференциальной диагностики, подтверждается заболевание обязательным мифологическим исследованием кожи [26].

## Заключение

Таким образом, дифференцировать atopический дерматит от других потенциальных диагнозов может быть сложно. Существуют не только ряд «имитаторов» с похожими клиническими симптомами, но и заболевания, которые сосуществуют или осложняют течение atopического дерматита. Однозначного лабораторного теста для постановки диагноза atopического дерматита нет, диагноз и в настоящее время выставляется клинически на основании действующих диагностических критериев. Для дифференциальной диагностики atopического дерматита необходимы правильная оценка морфологии и локализации высыпаний, а также тщательно собранный анамнез.

## ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Pawankar R., Canonica G.W., Holgate S.T., Richard F.L. On behalf of the World Allergy Organization (WAO), the authors of the WAO White Book on Allergy 2011–2012: Executive Summary express their gratitude to the charity, Asthma, Allergy, and Inflammation Research (AAIR) for support in the production of this publication. United States of America, 2012; 220
2. Невожинская З.А., Плиева К.Т., Корсунская И.М. Возможности контроля над течением atopического дерматита. Consilium Medicum. Дерматология 2016; 1: 49–54. [Nevozhinskaya Z.A., Plieva K.T., Korsunskaya I.M. Possibilities of controlling the course of atopical dermatitis. Consilium Medicum. Dermatologiya 2016; 1: 49–54. (in Russ.)]
3. Barbarot S., Auziere S., Gadkari A., Girolomoni G., Puig L., Simpson E. L. et al. Epidemiology of atopical dermatitis in adults: results from an international survey. Allergy 2018; 73: 1284–1293. DOI: 10.1111/all.13401
4. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Таганов А.В., Моисеенко А.В. Atopический дерматит у детей. Руководство для врачей. Тверь: Триада, 2003; 238. [Korotkiy N.G., Tikhomirov A.A., Taganov A.V., Moiseenko A.V. Atopical dermatitis in children. A guide for doctors. Tver: Triada, 2003; 238. (in Russ.)]
5. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний. Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти. М.: МЕДпресс-информ, 2009; 724. [European guidelines for the treatment of dermatological diseases. Ed. by A.D. Katsambas, T.M. Lotti. M.: MEDpress-inform, 2009; 724. (in Russ.)]
6. Czarnowicki T., Krueger J.G., Guttman-Yassky E. Novel concepts of prevention and treatment of atopical dermatitis through barrier and immune manipulations with implications for the atopical march. J Allergy Clin Immunol 2017; 139: 1723–1734. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.04.004
7. Tran M.M., Lefebvre D.L., Dharma C., Dai D., Lou W.Y.W., Subbarao P. et al. Canadian Healthy Infant Longitudinal Development Study investigators. Predicting the atopical march: results from the Canadian Healthy Infant Longitudinal Development Study. J Allergy Clin Immunol 2018; 141: 601–607. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.08.024
8. Bieber T., D'Erme A.M., Akdis C.A., Traidl-Hoffmann C., Lauener R., Schäppi G., Schmid-Grendelmeier P. Clinical phenotypes and endophenotypes of atopical dermatitis: where are we, and where should we go? J Allergy Clin Immunol 2017; 139: S58–S64. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.01.008
9. Chello C., Carnicelli G., Sernicola A., Gagliostro N., Paolino G., Fraia M.D. et al. Atopical dermatitis in the elderly Caucasian population: diagnostic clinical criteria and review of the literature. Int J Dermatol 2020; 59: 716–721. DOI: 10.1111/ijd.14891
10. Song H.S., Jung S-E., Kim Y.C., Lee E.-S. Nipple eczema, an indicative manifestation of atopical dermatitis? A clinical, histological, and immunohistochemical study. Am J Dermatopathol 2015; 37: 284–288. DOI: 10.1097/DAD.0000000000000195
11. Kellen R., Silverberg N.B. Pediatric periorificial dermatitis. Cutis 2017; 100: 385–388
12. Yew Y.W., Thyssen J.P., Silverberg J.I. A systematic review and meta-analysis of the regional and age-related differences in atopical dermatitis clinical characteristics. J Am Acad Dermatol 2019; 80: 390–401. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.09.035
13. Govind K., Whang K., Khanna R., Scott A.W., Kwatra S.G. Atopical dermatitis is associated with increased prevalence of multiple ocular comorbidities. J Allergy Clin Immunol Pract 2019; 7: 298–299. DOI: 10.1016/j.jaip.2018.10.009
14. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopical dermatitis. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1980; 92: 44–47
15. Eichenfield L.F., Hanifin J.M., Luger T.A., Stevens S.R., Pride H.B. Consensus conference on pediatric atopical dermatitis. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 1088–1095. DOI: 10.1016/s0190-9622(03)02539-8
16. Alexopoulos A., Kakourou T., Orfanou I., Xaidara A., Chrousos G. Retrospective analysis of the relationship between infantile seborrheic dermatitis and atopical dermatitis. Pediatr Dermatol 2014; 31: 125–130. DOI: 10.1111/pde.12216
17. Krol A., Krafchik B. The differential diagnosis of atopical dermatitis in childhood. Dermatol Ther 2006; 19: 73–82. DOI: 10.1111/j.1529-8019.2006.00058.x
18. Traupe H., Fischer J., Oji V. Nonsyndromic types of ichthyoses — An update. J Dtsch Dermatol Ges 2014; 12: 109–121. DOI: 10.1111/ddg.12229
19. Bremner S.F., Hanifin J.M., Simpson E.L. Clinical detection of ichthyosis vulgaris in an atopical dermatitis clinic: Implications

- tions for allergic respiratory disease and prognosis. J Am Acad Dermatol 2008; 59: 72–78. DOI: 10.1016/j.jaad.2008.03.029
20. Suebsarakam P., Chaiyarit J., Techasatian L. Diaper Dermatitis: Prevalence and Associated Factors in 2 University Daycare Centers. J Prim Care Community Health 2020; 11:2150132719898924. DOI: 10.1177/2150132719898924
  21. Orrico J.A., Krause-Parello C.A. Facts, fiction, and figures of the *Sarcoptes scabiei* infection. J Sch Nurs 2010; 26: 260–266. DOI: org/10.1177/1059840510375413
  22. Lebsing S., Chaiyarit J., Techasatian L. Diaper rashes can indicate systemic conditions other than diaper dermatitis. BMC Dermatol 2020; 20: 7. DOI: 10.1186/s12895-020-00104-z
  23. Ricci G., Ferrari S., Calamelli E., Ricci L., Neri I., Patrizi A. Heterogeneity in the genetic alterations and in the clinical presentation of acrodermatitis enteropathica: Case report and review of the literature. Int J Immunopathol Pharmacol 2016; 29(2): 274–279. DOI: 10.1177/0394632015606845
  24. Jezierska M., Stefanowicz J., Romanowicz G., Kosiak W., Lange M. Langerhans cell histiocytosis in children – a disease with many faces. Recent advances in pathogenesis, diagnostic examinations and treatment. Postepy Dermatol Alergol 2018; 35(1): 6–17. DOI: 10.5114/pdia.2017.67095
  25. Pope E., Weitzman S., Ngan B., Walsh S., Morel K., Williams J. et al. Mycosis fungoides in the pediatric population: Report from an international Childhood Registry of Cutaneous Lymphoma. J Cutan Med Surg 2010; 14: 1–6. DOI: 10.2310/7750.2009.08091
  26. Weisshaar E., Weiss M., Mettang T., Yosipovitch G., Zyllicz Z. Special Interest Group of the International Forum on the Study of Itch. Paraneoplastic itch: an expert position statement from the Special Interest Group (SIG) of the International Forum on the Study of Itch (IFSI). Acta Derm Venereol 2015; 95: 261–265. DOI: 10.2340/00015555-1959

Поступила: 18.08.21

Received on: 2021.08.18

*Исследование выполнено при финансовой поддержке АО «ПРОГРЕСС» «ФрутоНяня».*

*The research was carried out with the financial support of JSC “PROGRESS” “FrutoNyanya”.*

*Конфликт интересов:*

*Conflict of interest:*

*Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов о которых необходимо сообщить.*

*The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest which should be reported.*



## **УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!**

XVIII Российский конгресс с международным участием  
«Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе»  
состоится 24-26 ноября 2021 г. в Казани  
Мероприятие, ставшее традиционным, проводится в 18-й раз и впервые  
в on-line режиме с центром трансляции из Казани.

### **ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:**

- Министерство здравоохранения Республики Татарстан;
- Союз педиатров России;
- ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России;
- ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ РМАНПО Минздрава России;
- ГАУЗ Детская республиканская клиническая больница Минздрава Татарстана;
- НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;
- РОО «Землячество Татарстана в Москве» при посредстве Республики Татарстан

### **ОНЛАЙН ПЛОЩАДКА КОНГРЕССА:**

Платформа для участия: [pediatria-kzn.ru](http://pediatria-kzn.ru)

Платформа для спикеров: [webinar.ru](http://webinar.ru)

Штаб конгресса и студии для лекторов в г. Казань  
в дни проведения мероприятия будут располагаться по адресу:  
«Гранд Отель Казань», ул. Петербургская, д.1

### **КОНТАКТЫ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОРГКОМИТЕТА:**

#### **Анохин Владимир Алексеевич**

Заведующий кафедрой детских инфекций ФГБОУ ВО Казанский ГМУ  
Минздрава России, главный внештатный специалист по инфекционным  
заболеваниям у детей МЗ РТ, д.м.н., профессор, (г. Казань)  
[anokhin56@mail.ru](mailto:anokhin56@mail.ru)

#### **Яшанин Дмитрий Анатольевич**

Представитель тех.организатора по вопросам участия  
+7 917 274 37 44  
[dir@mfv.ru](mailto:dir@mfv.ru)

#### **Шарафутдинова Чулпан Ильдаровна**

Представитель тех.организатора по вопросам партнерского и спонсорского  
взаимодействия  
+7 927 035 53 25  
[chulpan-reklama@yandex.ru](mailto:chulpan-reklama@yandex.ru)