

Использование местных кремов-репарантов при чувствительной и атопичной коже у детей

Т.В. Ковалевская-Кучерявенко, <https://orcid.org/0000-0001-5938-9290>, kucheryavenkoTV@niikim.ru

Клиника иммунопатологии Научно-исследовательского института фундаментальной и клинической иммунологии; 630075, Россия, Новосибирск, ул. Залесского, д. 2/1

Резюме

В последние десятилетия отмечается значимый рост аллергопатологии среди детского населения. Каждый пятый ребенок на педиатрическом приеме имеет аллергическое заболевание, или обладаетотягощенным аллергологическим анамнезом, или проявлениями атопической конституции. Также в последние годы в медицинской литературе все чаще встречается термин «чувствительная кожа». Это независимый синдром, проявляющийся в двух формах: объективной, при которой наблюдается клиника синдрома параллельно с заболеванием кожи, и субъективной, когда проявления синдрома возникают на здоровой коже. Основные проявления синдрома чувствительной кожи – это ощущения жжения, зуда и покалывания, а также утолщение и сухость кожи в ответ на воздействие факторов окружающей среды. Нередко чувствительная кожа ассоциирована с самой частой патологией кожи детского возраста – атопическим дерматитом. Такая ассоциация обязывает использовать на практике комбинированную наружную терапию. Топические глюкокортикостероиды в виде монотерапии или в комбинации с антибактериальными и/или антигрибковыми средствами призваны контролировать динамику воспаления, приводить к достижению и пролонгации ремиссии. Однако сочетание противовоспалительных средств с кремами-репарантами является более эффективным, т.к. усиливает процессы заживления поврежденной (эксфолированной) кожи.

В статье описаны клинические примеры лечения кожи у детей, имеющихотягощенный аллергоанамнез, страдающих атопическим дерматитом и синдромом чувствительной кожи. В терапии использовали восстанавливающие средства дерматокосметики на примере мультивосстанавливающего средства крема-репаранта. Клинические примеры показали высокую эффективность комбинации местных противовоспалительных средств и крема-репаранта. Такое сочетание приводило к более быстрому уменьшению сухости и зуда, интенсивности воспаления, способствовало скорому восстановлению поврежденных кожных покровов, повышало приверженность пациентов и родителей пациентов к лечению.

Ключевые слова: чувствительная кожа, атопический дерматит, аллергический дерматит, контактный дерматит, крем-репарант, топические глюкокортикостероиды

Для цитирования: Ковалевская-Кучерявенко Т.В. Использование местных кремов-репарантов при чувствительной и атопичной коже у детей. *Медицинский совет.* 2021;(17):205–210. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-17-205-210>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Use of topical reparative creams for sensitive and atopic skin in children

Tatyana V. Kovalevskaya-Kucheryavenko, <https://orcid.org/0000-0001-5938-9290>, kucheryavenkoTV@niikim.ru

The Clinic of the Immunopathology, Scientific Research Institute of Clinical Immunology; 2/1, Zalessky St., Novosibirsk, 630075, Russia

Abstract

In recent decades, there has been a significant increase in allergy pathology among the pediatric population. One in five children at a pediatrician's consultation has an allergic disease or has a history of allergy, or manifestations of an atopic constitution. Also, in recent years, the term «sensitive skin» has become increasingly common in the medical literature. It is an independent syndrome that manifests itself in two forms: objective, in which the syndrome clinic is observed in parallel with the skin disease, and subjective when the manifestations of the syndrome occur in healthy skin. The main manifestations of sensitive skin syndrome are burning, itching, and tingling sensations, as well as thickening and dryness of the skin in response to environmental factors. Often, sensitive skin is associated with the most common skin pathology of childhood - atopic dermatitis. This association obliges the use of combined external therapy in practice. Topical glucocorticosteroids in the form of monotherapy or combination with antibacterial and/or antifungal agents are designed to control the dynamics of inflammation and lead to the achievement and prolongation of remission. However, the combination of anti-inflammatory agents with reparative creams is more effective because it enhances the healing processes of the damaged skin.

The article describes clinical cases of skin treatment in children with a history of allergies, atopic dermatitis, and sensitive skin syndrome. The therapy used restorative agents of dermocosmetics in the example of reparative cream. Clinical examples showed high efficacy of the combination of topical anti-inflammatory agents and reparative cream. This combination led to a more rapid reduction of dryness and itching, the intensity of inflammation, contributed to the rapid recovery of damaged skin, increased adherence to treatment by patients and patient's parents.

Keywords: sensitive skin, atopic dermatitis, allergic dermatitis, contact dermatitis, reparative cream, topical glucocorticosteroids

For citation: Kovalevskaya-Kucheryavenko T.V. Use of topical reparative creams for sensitive and atopic skin in children. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(17):205–210. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-17-205-210>.

Conflict of interest: the author declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из частых причин для обращения на прием к педиатру и аллергологу являются кожные высыпания. У детей с неотягощенным аллергологическим анамнезом причиной высыпаний зачастую является инфекция как самой кожи, так и системная – грибковая, вирусная, бактериальная или паразитарная. У детей-аллергиков высыпания чаще обусловлены неспецифическими раздражителями, контактными реакциями, сухостью и нарушением структуры кожных покровов.

Проблема сухой кожи и кожи, склонной к атопическим заболеваниям, ведущим из которых на сегодняшний день является атопический дерматит, является как никогда актуальной.

Атопический дерматит встречается во всех странах, у лиц обоего пола, среди детей распространенность составляет до 20% [1]. Кожа детей, страдающих атопическим дерматитом, отличается выраженной сухостью, неспецифической гиперреактивностью на действие триггерных раздражителей, повышенной восприимчивостью к различным микроорганизмам [2, 3].

Важно помнить, что кожа ребенка-атопика всегда имеет снижение барьерных функций, связанных с увеличением проницаемости эпидермального барьера, и характеризуется изменением структуры и состава липидного матрикса рогового слоя, снижением концентрации компонентов натурального увлажняющего фактора (NMF) и увеличением pH как в самом роговом слое, так и на поверхности кожи [4]. Все вышеуказанные особенности приводят к тому, что атопичная и сухая кожа склонна к частому раздражению и повреждению. Нередко дети с атопией демонстрируют синдром чувствительной кожи, который все чаще рассматривается как состояние возникновения неприятных ощущений (жжение, боль, зуд и покалывание; часть экспертов относит также и покраснение) в ответ на раздражители, которые обычно не должны провоцировать такие ощущения. Такими банальными стимулами являются температурные воздействия, ультрафиолет, ветер, моющие средства, трение. Чувствительная кожа может выглядеть нормально или сопровождаться эритемой [5]. Чувствительными могут быть все участки тела, но особенно лицо. Часть экспертов считает, что эритема не характерна для чувствительной кожи, а является проявлением основного дерматоза. Чувствительная кожа – это самостоятельный синдром, но он может быть связан с бронхиальной астмой и атопической предрасположенностью. Чувствительная кожа связана с увеличением проницаемости рогового слоя эпидермиса, транс-

эпидермальной потерей воды и снижением уровня керамидов [6].

В статье мы делимся собственным опытом применения восстанавливающих препаратов для лечения дерматозов у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом, синдромом чувствительной кожи и атопическим дерматитом на примере гаммы Цикапласт В5.

В состав средств входят: пантенол 5%, мадекассосид, комплекс медь – цинк – марганец, масло карите, глицерин, термальная вода La Roche-Posay.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

Пациент Р., 6 мес. **Жалобы:** кожные высыпания, зуд, повышенная чувствительность кожи при контакте с пищевыми продуктами, от трения с одеждой, ветра.

Anamnesis morbi. Пациент страдает атопическим дерматитом с возраста 2 мес. Диагноз верифицирован в стационаре, куда поступил в состоянии средней степени тяжести с обширными кожными высыпаниями, осложненными вторичным инфицированием. В терапии получал глюкокортикостероиды, антибактериальные и антигистаминные препараты системно, инфузионную терапию, местно комбинированные сложные мази. После выписки из стационара амбулаторно наблюдался у аллерголога. Проведено аллергообследование: уровень специфических IgE (метод ImmunoCap) к коровьему молоку – 9,63 kU/l, казеину – 11,2 kU/l, бета-лактоглобулину – 1,18 kU/l, яичному белку – 47,4 kU/l, пшенице – 24,1 kU/l.

В качестве проактивной терапии с 2 мес. и до настоящего времени местно использует крем метилпреднизолона ацепонат, эмоленты по потребности, соблюдает элиминационную лечебную диету.

Мама ребенка стала отмечать зуд, усиление покраснения и шелушения кожи в месте контакта кожи ребенка с едой, с одеждой и после прогулок. На этих же участках впоследствии обостряются очаги атопического дерматита.

Anamnesis vitae. Ребенок от 1-й беременности, 1-х самопроизвольных срочных родов. Вскармливание естественное. Наследственность отягощена: у бабушки по линии матери атопический дерматит в детском и подростковом возрасте, у матери – фотодерматит, у отца – атмосферный дерматит кожи кистей, лица.

Status localis: кожный процесс симметричный, локализованный в области лица, преимущественно на щеках и подбородке, в виде эритематозных очагов с нечеткими контурами и минимальным шелушением, а также единичных светло-розовых папул. Отмечается общая сухость кожных покровов.

Diagnosis: Атопический дерматит, младенческий период, стадия минимальных клинических проявлений, состояние на фоне поддерживающей терапии наружными препаратами. Простой раздражительный контактный дерматит. Синдром чувствительной кожи. Пищевая аллергия к белкам коровьего молока, куриного яйца, пшенице (рис. 1).

В терапии: крем метилпреднизолона ацепонат один раз в сутки на основные очаги поражения, в качестве сопутствующей терапии Цикапласт Бальзам В5 минимум 2 раза в сутки и дополнительное нанесение перед едой и прогулками на улице. Маме рекомендовано исключить трение (высокий ворот, шлемы), при повышенном слюноотделении предпочитать умывания с эмолентами, а не протирание кожи салфетками или текстилем. На 5-е сутки терапии топический стероид отменен ввиду полного купирования гиперемии. Поддерживающая терапия до чистой кожи препаратом Цикапласт Бальзам В5 с хорошим эффектом (рис. 2).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

Пациент П., 7 лет. **Жалобы:** кожные высыпания вокруг рта, жжение, ощущение стянутости.

Anamnesis morbi. Страдает атопическим дерматитом с раннего возраста, имел аллергию к белкам коровьего молока, полная толерантность сформировалась к возрасту 3 лет. Кожный процесс носил распространенный характер, локализовался в области волосистой части головы, туловища, локтевых сгибов, подколенных ямок. Обострения 3–4 раза в год, лечение в условиях стационара до 0–1 раза в год с использованием системных глюкокортикостероидов. Спонтанная ремиссия с возраста 5 лет, когда высыпания значительно уменьшились, сконцентрировались в области кистей и лица. Также в возрасте 5 лет дебют сезонного аллергического риноконъюнктивита в сезон пыления деревьев. Имеет оральный аллергический синдром на яблоки и косточковые фрукты.

Настоящее обострение в течение 7–10 дней. Мама ребенка связывает высыпания со стрессовым фактором (начал посещать 1-й класс общеобразовательной школы – сосет нижнюю губу) и воздействием низких температур (резкое похолодание). В лечении самостоятельно использовали цинковую пасту, без эффекта.

Anamnesis vitae. Ребенок от 3-й беременности, 1-х самопроизвольных срочных родов. Вскармливание искусственное лечебными смесями с переходом от аминокислот до сывороточного гидролизата до 1 года 2 мес. Наследственность отягощена: у матери бронхиальная астма, у младшей сестры бронхиальная астма.

Status localis: кожный процесс несимметричный, локализованный в области под нижней губой и крас-

ной каймы губ в виде эритематозно-эрозивных очагов с четкими контурами, обилием корочек, в т. ч. медового оттенка, а также единичных трещин. Отмечается сухость кожи тыла кистей.

Diagnosis: Атопический дерматит, детский период, ограниченно-локализованный, стадия минимальных клинических проявлений. Хейлит. Синдром чувствительной кожи. Аллергический ринит, среднетяжелого течения, сенсibilизация к пыльце деревьев, стадия межсезонной ремиссии. Оральный аллергический синдром: яблоки, косточковые (рис. 3).

Терапия: в течение 7 дней на кожу вокруг рта, за исключением красной каймы губ, – комбинированный крем гидрокортизона, неомицина и натамицина, первые трое суток до 4 раз в день, в последующем 2 раза в сутки. Между нанесением лечебного крема на красную кайму губ назначен Цикапласт В5 бальзам для губ 2 раза в сутки, использовал в течение 14 дней, с хорошим эффектом. Далее использование препарата Цикапласт В5 бальзам для губ рекомендовано в качестве индивидуального стика перед выходом на улицу (рис. 4).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 3

Пациентка А., 12 лет. **Жалобы:** кожные высыпания с зудом, ощущение сухости, болезненности, жжения в области кистей.

Anamnesis morbi. Страдает атопическим дерматитом с возраста 5 лет. Мама ребенка связывает дебют заболевания с разводом родителей и началом посещения детского дошкольного учреждения (изменился тип питания). Аллергообследование проводилось неоднократно – сенсibilизации не выявлено. Мама имеет приверженность к гомеопатическому лечению, народным средствам. Кожный процесс в течение предшествующих 2 лет носит распространенный характер. Обострения до 3–4 раз в год, преимущественно в осенне-зимний период, прово-

● **Рисунок 1.** Клинический пример 1. Пациент Р., 6 мес., атопический дерматит, до лечения

● **Figure 1.** Clinical case 1. Patient R., 6 months old, atopic dermatitis, before treatment



● **Рисунок 2.** Клинический пример 1. Пациент Р., 6 мес., атопический дерматит, после лечения

● **Figure 2.** Clinical case 1. Patient R., 6 months old, atopic dermatitis, after treatment



● **Рисунок 3.** Клинический пример 2. Пациент П., 7 лет., atopический дерматит, хейлит, до лечения

● **Figure 3.** Clinical case 2. Patient P., 7 years old, atopic dermatitis, cheilitis, before treatment



● **Рисунок 4.** Клинический пример 2. Пациент П., 7 лет, atopический дерматит, хейлит, после лечения

● **Figure 4.** Clinical case 2. Patient P., 7 years old, atopic dermatitis, cheilitis, after treatment



щинами. Больше всего трещин и корочек в области кистей. Отмечается стойкий белый дермографизм.

Diagnosis: Атопический дерматит, подростковый период, распространенный, стадия выраженных клинических проявлений, вялотекущее обострение (рис. 5).

Терапия: на участки высыпаний – тонкий слой крема мометазона фуроата 0,1% ежедневно в течение 14 дней, далее через день в течение 10 дней, далее в режиме проактивной терапии 2 раза в неделю, до 3 мес. Увлажнение и очищение кожи эмолендами. Для кожи кистей в качестве поддерживающей терапии рекомендован Цикапласт В5 крем-барьер для рук 2 раза в сутки. Также даны рекомендации по использованию крема-барьера для рук под хлопчатобумажные перчатки при

цируются стрессовыми факторами, повышенным употреблением в пищу либераторов гистамина, контактом с синтетическими моющими средствами, во время течения острых респираторных заболеваний.

Настоящее обострение длится около 1 мес., с прогрессивным ухудшением. В лечении самостоятельно использовали антигистаминные препараты 1-го поколения, энтеросорбенты, ванны с травами и крахмалом, с минимальным эффектом.

Anamnesis vitae. Ребенок от 1-й беременности, 1-х самопроизвольных срочных родов. Вскармливание смешанное, в докорме получала обычную молочную смесь до 1,5 лет. Наследственность отягощена: у бабушки, тети по линии отца и у отца – сезонный аллергический ринит.

Status localis: патологический кожный процесс распространенный, симметричный, локализованный в области лица, задней поверхности шеи, локтевых и подколенных ямках, ягодичах, кистей. Высыпания представлены эритематозно-папулезными элементами, эрозиями, корочками, очаговой лихенизацией, шелушением и тре-

зании домашними делами, контакте с водой, бытовой химией. На места корочек, расчесов, помимо эмолендов, назначен Цикапласт Бальзам В5, 2 раза в сутки, на кожу кистей – Цикапласт крем-барьер для рук, после мытья рук и на ночь под хлопчатобумажные перчатки. Использовала комплексное лечение с хорошим эффектом (рис. 6).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 4

Пациент Л., 2 года 8 мес. **Жалобы:** покраснение и шелушение кожи век, зуд.

Anamnesis morbi. В возрасте до года демонстрировал кожные высыпания в области лица при вводе продуктов во время прикорма. Настоящее обострение в течение 2 дней, с течением времени высыпания усиливаются. Мама связывает острое возникновение высыпаний с употреблением рыбы в детском саду. Самостоятельного лечения не было.

Anamnesis vitae. Ребенок от 2-й беременности, 2-х срочных оперативных родов.

● **Рисунок 5.** Клинический пример 3. Пациентка А., 12 лет, atopический дерматит, до лечения

● **Figure 5.** Clinical case 3. Patient A., 12 years old, atopic dermatitis, before treatment



- **Рисунок 6.** Клинический пример 3. Пациентка А., 12 лет, atopический дерматит, после лечения
 ● **Figure 6.** Clinical case 3. Patient A., 12 years old, atopic dermatitis, after treatment



Вскармливание естественное. Наследственность отягощена: у отца экзема кистей, у старшей сестры контактный дерматит на металлы, аллергический ринит при контакте с животными. *Status localis*: кожный процесс симметричный, локализованный в области век, больше верхних, в виде эритематозных очагов с нечеткими контурами и минимальным шелушением.

Diagnosis: Острый аллергический дерматит кожи век (рис. 7).

Терапия: ввиду локализации в терапии местно только крем-репарат Цикапласт Бальзам В5 2 раза в сутки, в течение 7 дней, внутрь антигистаминные препараты 2-го поколения в виде капель 2 раза в сутки, с полным регрессом симптомов к 7-м суткам (рис. 8).

- **Рисунок 7.** Клинический пример 4. Пациент Л., 2 года 8 мес., аллергический дерматит кожи век, до лечения
 ● **Figure 7.** Clinical case 4. Patient L., 2 years 8-month old, allergic dermatitis of the eyelid skin, before treatment



- **Рисунок 8.** Клинический пример 4. Пациент Л., 2 года 8 мес., аллергический дерматит кожи век, после лечения
 ● **Figure 8.** Clinical case 4. Patient L., 2 years 8-month old, allergic dermatitis of the eyelid skin, after treatment



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 5

Пациентка К., 14 лет. *Жалобы*: высыпания в области нижних век, небольшой зуд, болезненность.

Anamnesis morbi: девочка активно пользуется декоративной и уходовой косметикой масс-маркета. Около недели назад после начала использования новых патчей для глаз корейского производства с экстрактом улитки стала замечать покраснение в области нанесения патчей. При продолжении использования высыпания на коже нарастали, появился зуд. Также отмечает покраснение и шелушение кожи лица в осенне-зимний период, при посещении бассейна, нервном перенапряжении.

- **Рисунок 9.** Клинический пример 5. Пациентка К., 14 лет, контактный дерматит, до лечения
 ● **Figure 9.** Clinical case 5. Patient K., 14 years old, contact dermatitis, before treatment



- **Рисунок 10.** Клинический пример 5. Пациентка К., 14 лет, контактный дерматит, после лечения
 ● **Figure 10.** Clinical case 5. Patient K., 14 years old, contact dermatitis, after treatment



Anamnesis vitae. Ребенок от 1-й беременности, 1-х оперативных срочных родов. Вскармливание естественное до возраста 2 лет. С 1,5 лет до 5-летнего возраста страдала atopическим дерматитом среднетяжелого течения, далее в длительной ремиссии. С возраста 9 лет и до настоящего времени страдает аллергическим ринитом, аллергия к шерсти животных, пыльце деревьев и сорных трав.

Status localis: высыпания носят симметричный характер, локализуются преимущественно в области нижних век, представлены эритематозно-сквамозными элементами, небольшое утолщение кожного рисунка. Также на лице имеются очаги гиперпигментации и шелушения.

Diagnosis: Простой контактный аллергический дерматит. Аллергический ринит, средней степени тяжести, сенсibilизация эпидермальная, пыльцевая, вне обострения. Синдром чувствительной кожи (рис. 9).

Терапия: крем с пиритионом цинка 2 раза в сутки и Цикапласт Бальзам В5 также 2 раза в сутки на очаги поражения, в течение 10 дней с хорошим эффектом. Рекомендован полный отказ от использования патчей. Даны рекомендации по использованию перед выходом на улицу препарата Цикапласт Бальзам В5 с SPF 50 (рис. 10).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стоит отметить, что все средства гаммы Цикапласт В5 показали высокую эффективность при ссадинах, трещинах, шелушении, расчесах. Все пациенты из разных возрастных групп отмечали хорошую переносимость, приятный запах, текстуру, соотношение цены и качества средств из указанной гаммы.

Безусловно, atopический дерматит и синдром чувствительной кожи, часто ассоциированный с ним, существенно снижают качество жизни пациентов вследствие поражения кожи, зуда и дисфункции сна, что в итоге приводит к нарушениям социальной адаптации и работоспособности [2]. Очень важным является использование местных средств с успокаивающим, увлажняющим, противовоспалительным действием, ускоряющих регенерацию поврежденной кожи. Поэтому использование мультисоставляющих средств, таких как Цикапласт Бальзам В5, которые безопасны как для младенцев, детей, так и для взрослых, является наиболее эффективным.

Поступила / Received 15.09.2021

Поступила после рецензирования / Revised 02.10.2021

Принята в печать / Accepted 05.10.2021

Список литературы

1. Кубанов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Алексеева Е.А., Амбарчян Э.Т. и др. *Атопический дерматит: клинические рекомендации*. М.; 2020. 75 с. Режим доступа: https://raaci.ru/dat/pdf/KR/atopic_dermatitis_2020.pdf.
2. Смолин Ю.С., Масальский С.С., Смолина О.Ю. Вопросы применения биологической терапии при atopическом дерматите: акцент на дупилумаб. *Аллергология и иммунология в педиатрии*. 2020;61(2):27–40. <https://doi.org/10.24411/2500-1175-2020-10005>.
3. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н., Короткий В.Н. Современные инновационные средства лечебно-профилактического ухода за сухой и atopической кожей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2012;4(1):121–126. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-innovatsionnye-sredstva-lechebno-profilakticheskogo-uhoda-za-suhoy-i-atopicheskoy-kozhey>.
4. Ishikawa J., Narita H., Kondo N., Hotta M., Takagi Y., Masukawa Y. et al. Changes in the ceramide profile of atopie dermatitis patients. *J Invest Dermatol*. 2010;130(10):2511–2514. <https://doi.org/10.1038/jid.2010.161>.
5. Misery L., Stander S., Szepletowski J.C., Reich A., Wallengren J., Evers A.W. et al. Definition of sensitive skin: an expert position paper from the special interest group on sensitive skin of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(1):4–6. <https://doi.org/10.2340/00015555-2397>.
6. Мурашкин Н.Н., Епишев Р.В., Федоров Д.В., Материкин А.И., Амбарчян Э.Т., Опрятин Л.А. и др. Синдром чувствительной кожи при atopическом дерматите у детей: особенности патогенеза и терапевтической тактики. *Вопросы современной педиатрии*. 2019;18(4):285–293. <https://doi.org/10.15690/vsp.v18i4.2046>.

References

1. Kubanov A.A., Namazova-Baranova L.S., Khaïtov R.M., Il'ina N.I., Alekseeva E.A., Ambarchyan E.H. et al. *Atopic dermatitis: clinical recommendations*. Moscow; 2020. 75 p. (In Russ.) Available at: https://raaci.ru/dat/pdf/KR/atopic_dermatitis_2020.pdf.
2. Smolkin Y.S., Masalskiy S.S., Smolkina O.Y. The application of the biological treatment in atopie dermatitis: focus on dupilumab. *Allergologiya i Immunologiya v pediatrii = Allergology and Immunology in Pediatrics*. 2020;61(2):27–40. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/2500-1175-2020-10005>.
3. Korotkiy N.G., Tikhomirov A.A., Gamayunov B.N., Korotkiy V.N. Modern innovative means of therapeutic and preventive care for dry and atopie skin. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii = Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2012;4(1):121–126. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-innovatsionnye-sredstva-lechebno-profilakticheskogo-uhoda-za-suhoy-i-atopicheskoy-kozhey>.
4. Ishikawa J., Narita H., Kondo N., Hotta M., Takagi Y., Masukawa Y. et al. Changes in the ceramide profile of atopie dermatitis patients. *J Invest Dermatol*. 2010;130(10):2511–2514. <https://doi.org/10.1038/jid.2010.161>.
5. Misery L., Stander S., Szepletowski J.C., Reich A., Wallengren J., Evers A.W. et al. Definition of sensitive skin: an expert position paper from the special interest group on sensitive skin of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(1):4–6. <https://doi.org/10.2340/00015555-2397>.
6. Murashkin N.N., Epishev R.V., Fedorov D.V., Materikin A.I., Ambarchyan E.T., Opryatn L.A. et al. Sensitive Skin Syndrome in Children with Atopic Dermatitis: Pathogenesis and Management Features. *Voprosy sovremennoj pediatrii = Current Pediatrics*. 2019;18(4):285–293. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v18i4.2046>.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих личных данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторе:

Ковалевская-Кучерявенко Татьяна Владимировна, врач аллерголог-иммунолог научно-консультативного отделения, Клиника иммунопатологии, Научно-исследовательский институт фундаментальной и клинической иммунологии; 630075, Россия, Новосибирск, ул. Залесского 2/1; kucheryavenkoTV@niikim.ru

Information about the author:

Tatyana V. Kovalevskaya-Kucheryavenko, Allergist-Immunologist of the Scientific-Consulting Department of The Clinic of the Immunopathology, Scientific Research Institute of Clinical Immunology; 2/1, Zalesky St., Novosibirsk, 630075, Russia; kucheryavenkoTV@niikim.ru