Федеральное медико-биологическое агентство

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр «Институт иммунологии»
Федерального медико-биологического агентства
(ФГБУ "ГНЦ Институт иммунологии" ФМБА России)**

Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации

Группа 12. Требования к профилактике заболеваний, защите здоровья населения от повреждающих факторов, охране репродуктивного здоровья и оказанию медико-социальной помощи

РАЗРАБОТКА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ

Методические рекомендации

ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России МР 12. № 2 - 2025

Москва,
2025

Предисловие

1. Разработано:

1.1. В Федеральном государственном бюджетном учреждении «Государственный научный центр «Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства (ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России):

Директор - академик РАН, д-р. мед. наук, профессор Хаитов М.Р.

Заместитель директора по клинической работе, главный врач, д-р мед. наук, профессор Н.И. Ильина

2. Исполнители:

заведующий отделением аллергологии и иммунопатологии кожи – д-р мед. наук, профессор Е.С. Феденко

ведущий научный сотрудник отделения аллергологии и иммунопатологии кожи – д-р мед. наук О.Г. Елисютина

научный сотрудник отделения аллергологии и иммунопатологии кожи – Е.В. Смольников

научный сотрудник отделения аллергологии и иммунопатологии кожи – А.О. Литовкина

аспирант отделения аллергологии и иммунопатологии кожи – Д.Д. Чернушевич

3. В настоящем документе реализованы требования:

- Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.04.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 21-й Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве объекта исследования» (прин. 06.1964 18-й Генеральной ассамблеей ВМА, с попр. 2020);

4. Утверждено и введено в действие – с момента утверждения.

5. Введено впервые.

Содержание

Введение ……..4
1. Область применения……6
2. Нормативные ссылки……...7
3. Термины и определения, обозначения, сокращения……7
4. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ …… ……9
4.1. Общие сведения об АСИТ ……..……....9
4.2 Показания и противопоказания к проведению АСИТ у больных АтД на основании персонифицированных подходов ……..……9
4.2.1 Показания к проведению АСИТ у больных АтД……...10
4.2.2 Противопоказания к проведению АСИТ у больных АтД .....…...……10
4.3. Протокол проведения АСИТ у больных АтД……...11
4.3.1. Лечебные аллергены……11
4.3.2. Схемы АСИТ у больных АтД……12
4.4. Побочные реакции во время проведения АСИТ……..13
Библиография……..……..……..…...15
Приложение А (рекомендуемое). Алгоритм персонифицированного подхода к проведению АСИТ у пациентов с АтД на основании комплексного аллергологического обследования и молекулярной аллергодиагностики ……...19

Введение

Атопический дерматит (АтД) – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения [1–2]. Ключевым патогенетическим механизмом АтД является активация Т2-иммунного воспаления различными антигенами [3–5]. Многие исследователи выделяют группу больных с IgE-зависимым механизмом развития АтД, у которых заболевание протекает по сценарию атопического марша, то есть последовательного появления симптомов пищевой аллергии, АтД и респираторных аллергических заболеваний (АЗ) – аллергического ринита (АР) и бронхиальной астмы (БА) на протяжении жизни [6–8]. В большинстве случаев у больных с АтД развивается поливалентная сенсибилизация к широкому спектру аллергенов, однако не все аллергены являются патогенетически значимыми [9, 10]. По данным мировых исследований, наиболее важную роль в патогенезе АтД играет IgE-зависимая сенсибилизация к аллергенам клещей домашней пыли, пыльцевым и пищевым аллергенам [11–13]. Изучение связи IgE-сенсибилизации с клиническими проявлениями АтД и атопического марша является перспективным предметом изучения на пути к определению эндотипов заболевания и к разработке персонифицированных подходов к лечению. Современные подходы к терапии АтД основаны на поэтапном лечении в зависимости от степени тяжести заболевания. Наружная терапия с применением эмолентов, топических глюкокортикостероидов (ТГКС), топических ингибиторов кальциневрина (ТИК) используется на всех этапах лечения, однако не всегда бывает в полной мере эффективной. При среднетяжелом и тяжелом течении АтД, устойчивом к наружной терапии, показано назначение системной, в том числе таргетной терапии [2]. В настоящее время для системной терапии АтД применяют системные глюкокортикостероиды, циклоспорин А, метотрексат, азатиоприн, микофенолата мофетил, а также генно-инженерный биологический препарат дупилумаб и селективные ингибиторы янус-киназ [14–16]. Системную терапию АтД назначают с целью достижения и последующего поддержания контроля над заболеванием. Иммуносупрессивная системная терапия

(циклоспорин, системные глюкокортикостероиды) не может проводиться длительно из-за потенциальных нежелательных явлений. Таргетная терапия дупилумабом и ингибиторами янус-киназ позволяет эффективно контролировать симптомы заболевания при условии постоянного режима использования в течение длительного времени, однако при ее отмене симптомы АтД в большинстве случаев возобновляются [17, 18]. Ограничением для проведения таргетной терапии у ряда больных АтД являются коморбидные заболевания, нередко встречающиеся при этой патологии, такие как рецидивирующие вирусные и бактериальные инфекции, сопутствующие аутоимммунные заболевания, индивидуальная непереносимость, нарушение функции печени и почек [19–21]. Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) является единственным патогенетическим методом лечения, которая может предотвратить прогрессирование заболевания и развитие атопического марша. Механизмы действия АСИТ хорошо изучены и сводятся к снижению тканевой чувствительности к аллергену, снижению неспецифической тканевой гиперреактивности, уменьшению интенсивности аллергического воспаления, развитию толерантности, что свидетельствует в пользу перестройки клеточного ответа с Th2- на Th1-ответ с соответствующим изменением цитокинового профиля [22–26]. Накоплен клинический опыт использования АСИТ при АтД, в особенности у больных с сопутствующими аллергическими заболеваниями дыхательных путей. В международной литературе опубликованы научные исследования, свидетельствующие о высокой эффективности и безопасности АСИТ у больных АтД разной степени тяжести, сенсибилизированных к ингаляционным аллергенам, в частности к клещам домашней пыли и пыльцевым аллергенам [23, 27–32]. Этот метод внесен как в международные, так и в отечественные клинические рекомендации по лечению атопического дерматита [2]. Существующая доказательная база не позволяет сформулировать окончательные выводы о показаниях к проведению к АСИТ, выявление специфических аллергических молекулярных биомаркеров АтД с помощью молекулярной аллергодиагностки позволит глубже понимать механизмы АтД, выявить причинно-значимые аллергены и разрабатывать персонифицированные подходы к лечению, в том числе к назначению АСИТ.

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России

академик РАН, д.м.н., профессор

_____М.Р. Хаитов

«12» ноября 2025 г.

РАЗРАБОТКА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ

Методические рекомендации

ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России МР 12. № 2 - 2025

---

1. Область применения

1. Методические рекомендации распространяются на проблемы модифицирования естественного течения атопического дерматита у пациентов с различными фенотипами и эндотипами, аллерговакцинированных на основании новых персонифицированных подходов к аллерген-специфической иммунотерапии.

2. В документе устанавливаются новые персонифицированные подходы к аллерген-специфической иммунотерапии у больных с атопическим дерматитом.

3. Методические рекомендации могут применяться в работе врачей – аллергологов-иммунологов.

2. Нормативные ссылки

Настоящий документ разработан на основании рекомендаций и требований следующих нормативных правовых актов и нормативных документов:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 606н от 07.11.2012;
- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15.11.2012;
- ГОСТ Р 52379-2005. Национальный стандарт Российской Федерации «Надлежащая клиническая практика» (утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.09.2005 N 232-ст);
- Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56606-2015 «Контроль технического состояния и функционирования медицинских изделий. Основные положения» (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 05.10.2015 N 1451-ст);
- Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 57501-2017 «Техническое обслуживание медицинских изделий. Требования для государственных закупок» (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 08.06.2017 N 513-ст);
- Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 N 79 «Об утверждении Правил надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза».

3.Термины и определения, обозначения, сокращения

В настоящем документы применены следующие термины с соответствующими им определениями:

атопический дерматит: Мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим

рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения [1];

аллерген-специфическая иммунотерапия: Один из основных методов патогенетического лечения аллергических заболеваний, связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергии, заключающийся во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного больного [1].

В настоящем документе используются следующие специальные термины и их сокращения:

АЗ	–	аллергические заболевания
АР	–	аллергический ринит
АСИТ	–	аллерген-специфическая иммунотерапия
АтД	–	атопический дерматит
БА	–	бронхиальная астма
ГКС	–	глюкокортикостероиды
ИР	–	индекс реактивности
КДП	–	клещ домашней пыли
МА	–	молекулярная аллергодиагностика
МАО	–	моноаминооксидаза
ТГКС	–	топические глюкокортикостероиды
ТИК	–	топический ингибитор кальциневрина
IgE	–	иммуноглобулин Е
Ig	–	иммуноглобулин
IGA	–	Investigator's Global Assessment – исследовательская глобальная оценка
PNU	–	единица белкового азота
SCORAD	–	Scoring of Atopic Dermatitis – шкала для оценки степени тяжести АтД
Th	–	Т-хелпер

4. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АСИТ

АСИТ – один из основных методов лечения аллергических заболеваний, который воздействует на все патогенетически значимые звенья аллергического процесса [32]. В результате АСИТ формируется снижение тканевой чувствительности к аллергену, снижается неспецифическая тканевая гиперреактивность, уменьшается интенсивность аллергического воспаления, что свидетельствует в пользу перестройки клеточного ответа с Th2- на Th1-ответ с соответствующим изменением цитокинового профиля [19, 22]. АСИТ способствует генерации регуляторных Т-лимфоцитов, индуцирующих иммунологическую толерантность в отношении причинно-значимых аллергенов [32].

Эффективность АСИТ выражается в уменьшении или полном отсутствии клинических симптомов при естественной экспозиции аллергена. После проведения АСИТ отмечается уменьшение продолжительности обострения, снижение потребности в медикаментах как базисной, так и симптоматической терапии АР и БА. Проведение АСИТ позволяет предупреждать прогрессирование заболевания и развитие атопического марша [33].

Доказательная база позволяет рекомендовать АСИТ для лечения пациентов с АтД с доказанной сенсибилизацией к клещам домашней пыли и/или пыльцевым аллергенам (уровень достоверности доказательств и убедительности рекомендаций – 2а, В) [34].

4.2. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ АСИТ У БОЛЬНЫХ АтД НА ОСНОВАНИИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ

Выбор метода АСИТ осуществляется только обученными специалистами (врачами аллергологами), имеющими опыт проведения этого лечения, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по проведению аллерген-специфической иммунотерапии [33].

Персонифицированный подход к проведению АСИТ у пациентов с АтД на основании комплексного аллергологического обследования и молекулярной

аллергодиагностики, позволяет установить связь с клинически проявлениями АтД и сенсибилизацией, и определить необходимость в проведении АСИТ причинно-значимыми аллергенами (Приложение А).

4.2.1. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ АСИТ У БОЛЬНЫХ АтД

Назначение АСИТ пациентам с АтД проводится при выполнении всех следующих персонифицированных условий и только вне периода цветения причинно-значимых аллергенных растений (деревьев, злаковых трав) [35,36]:

- подтвержденный диагноз АтД любой степени тяжести в соответствии с общепринятыми международными критериями [2];
- доказанная IgE-зависимая природа заболевания (выявлена сенсибилизация к аллергенам клещей домашней пыли и/или аллергенам пыльцы деревьев, злаковых, сорных трав на основании результатов прик-тестов, определения уровня специфических IgE к экстрактам аллергенов и результатов молекулярной аллергодиагностики);
- подтвержденная связь между развитием клинических проявлений заболевания и сенсибилизацией к конкретным аллергенам (данные анамнеза свидетельствуют об обострении заболевания при контакте с аллергенами домашней пыли и/или пыльцой растений, положительные результаты провокационных тестов);
- доказанная сенсибилизация к главным аллергенам пыльцы растений и/или клещей домашней пыли: Bet v 1, Phl p 1, Der p 1, Der f 1, Der p 2, Der f 2;
- до начала лечения проведены возможные элиминационные мероприятия;
- до начала АСИТ проведено лечение обострения АтД: достижение значения индекса SCORAD 40 и менее баллов, индекса IGA 2 балла;
- назначение наружной терапии (эмоленты; ТГКС и/или ТИК);
- должны быть учтены и, при необходимости, пролечены потенциальные обострения интеркуррентных болезней.

4.2.2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ АСИТ У БОЛЬНЫХ АтД

Противопоказания к проведению АСИТ у больных АтД следующие [33, 35]:

- тяжелые иммунопатологические состояния и иммунодефициты;

- онкологические заболевания;
- тяжелые психические расстройства;
- лечение β-блокаторами, включая топические формы;
- прием ингибиторов МАО в комбинации с симпатомиметиками;
- невозможность соблюдения пациентом схемы назначенного лечения;
- отсутствие контроля бронхиальной астмы (FEV1 менее 70% на фоне адекватной фармакотерапии, в том числе тяжелая форма бронхиальной астмы);
- сердечно-сосудистые заболевания, при которых возможны осложнения при использовании адреналина (эпинефрина);
- наличие в анамнезе анафилактического шока при проведении АСИТ (для подкожной АСИТ);
- возраст до 18 лет;
- беременность, грудное вскармливание;
- весенне-летний период цветения причинно-значимых аллергенных растений (деревьев, злаковых трав).

4.3. ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ АСИТ У БОЛЬНЫХ АтД

Проведение АСИТ у больных АтД включает два этапа [33, 35]:

- 1 этап – этап достижения максимальной терапевтической дозы;
- 2 этап – этап поддерживающей терапии (фаза основной терапии).

При АСИТ аллерген вводится в организм двумя основными путями: подкожно (инъекции) или сублингвально (под язык).

4.3.1. ЛЕЧЕБНЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ

Для проведения подкожной АСИТ применяются водно-солевые аллергены производства АО «НПО «Микроген», Россия:

- микст-аллерген из пыльцы деревьев;
- микст-аллерген из пыльцы луговых трав;
- микст-аллерген из пыльцы сорных трав и подсолнечника.

Для проведения неинъекционной АСИТ применяются экстракты аллергенов для сублингвального применения, производства «Stallergenes», Франция:

- Сталораль «Аллерген пыльцы березы» капли подъязычные 10 и 300 ИР/мл;
- Сталораль «Аллерген клещей», капли подъязычные, 10 и 300 ИР/мл;
- Оралейр «Аллергена из смеси пыльцы трав», таблетки подъязычные, 10 и 300 ИР.

4.3.2. СХЕМЫ АСИТ У БОЛЬНЫХ АтД

Инъекционный метод

АСИТ проводится больным АтД в период клинической или медикаментозной ремиссии ускоренным методом в условиях стационара по ранее разработанной схеме, утвержденной в инструкции по медицинскому применению лекарственных препаратов (таблица 1).

Таблица 1 – Схема ускоренной АСИТ водно-солевыми аллергенами

День лечения	№ инъекции	Разведение аллергена	Доза в мл	PNU в дозе
1	1 2 3	10^{-6}	0,2 0,4 0,8	0,002 0,004 0,008
2	4 5 6	10^{-5}	0,2 0,4 0,8	0,02 0,04 0,08
3	7 8 9	10^{-4}	0,2 0,4 0,8	0,2 0,4 0,8
4	10 11 12	10^{-3}	0,2 0,4 0,8	2 4 8
5	13 14 15	10^{-2}	0,2 0,3 0,4	20 30 40
6	16 17 18	10^{-2}	0,5 0,6 0,7	50 60 70
7	19 20 21	10^{-2} 10^{-1}	0,8 0,9 0,1	80 90 100
8	22 23 24	10^{-1}	0,2 0,3 0,4	200 300 400
9	25 26 27	10^{-1}	0,5 0,6 0,7	500 600 700
10	28	10^{-1}	0,8	800

	29 30		0,9 1,0	900 1000
			Всего	5976

Неинъекционный метод

Сублингвальная АСИТ проводится больным АтД в период клинической или медикаментозной ремиссии по протоколу в соответствии с инструкцией по медицинскому применению лекарственных препаратов.

Так как терапия проводится в домашней обстановке, должны быть приняты следующие меры предосторожности:

- пациенту должны быть предоставлены четкие письменные инструкции о действиях в случае развития нежелательной реакции;
- капли/таблетки аллергена должны храниться в безопасном, недоступном для детей месте, в соответствии с температурными условиями хранения;
- необходимо обучить пациента правильной технике приема препарата;
- важно, чтобы пациент посещал врача как минимум три раза в год для подтверждения эффективности лечения и выявления возможных нежелательных эффектов.

4.4. ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ АСИТ

АСИТ сопряжена с определенным риском развития прогнозируемых и непрогнозируемых нежелательных явлений, о которых должен быть информирован каждый пациент до начала проведения АСИТ. При проведении АСИТ в ответ на введение аллергена могут развиваться нежелательные побочные эффекты в виде местных или системных реакций. Местные реакции отмечаются у большинства больных, в случае проведения подкожной АСИТ, в виде покраснения, кожного зуда, отека в месте инъекции аллергена. Как правило, местные реакции разрешаются самостоятельно в течение суток. При наличии выраженных местных реакций возможно изменение схемы введения аллергена, путем увеличения промежутков между очередными инъекциями и, дополнительного назначения Н1-антигистаминных препаратов 2 поколения (цетиризин, левоцетиризин, лоратадин, дезлоратадин, эбастин, биластин и др.), применение которых не влияет на

эффективность АСИТ. Системные реакции развиваются в течение нескольких минут после инъекции аллергена и в редких случаях – спустя 30 минут. По степени тяжести системные реакции разделяют на те, которые не угрожают жизни пациента (легкие и средней тяжести) и угрожающие жизни (тяжелые). Легкие системные реакции могут выражаться риноконъюнктивальными симптомами; реакции средней тяжести могут выражаться затруднением дыхания, появлением кожного зуда и высыпаний по всему телу. К тяжелым реакциям при АСИТ относят выраженный бронхоспазм, генерализованную крапивницу, отек гортани, анафилактический шок. При развитии угрожающих жизни реакций необходимо немедленно прекратить введение аллергена, обеспечить проходимость дыхательных путей и начать экстренную терапию, включающую внутримышечное введение адреналина (0,01 мг/кг в среднюю треть наружной поверхности бедра), ингаляционные бета-2-агонисты при бронхоспазме, системные Н1-антигистаминные препараты 2-го поколения и ГКС. Все случаи тяжелых системных реакций требуют проведения интенсивной терапии и обязательного стационарного наблюдения в течение не менее 24 часов для мониторинга возможной бифазной анафилаксии. После стабилизации неотложного состояния необходима консультация врача-аллерголога для пересмотра протокола АСИТ, рассмотрения вопроса о снижении дозы или полном прекращении терапии. При сублингвальной АСИТ местные реакции выражаются в виде орофарингеальных симптомов, как правило, проходят самостоятельно в течение 15 минут после приема аллергена. Частота системных реакций очень низкая [33].

Библиография

[1] Хаитов, Р.М. Иммунология / Р.М. Хаитов. – 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 496 с.

[2] Wollenberg, A. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children/ A. Wollenberg, et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2020. – V. 34, № 12. – P. 2717–2744.

[3] Ständer, S. Atopic Dermatitis / S. Ständer // N. Engl. J. Med. – 2021. – V. 384, № 12. – P. 1136–1143.

[4] Li, H. Update on the Pathogenesis and Therapy of Atopic Dermatitis/ H. Li et al. // Clin Rev Allergy Immunol. – 2021. – V. 61, № 3. – P. 324–338.

[5] Sabat, R. et al. T cell pathology in skin inflammation / R. Sabat, et al. // Semin Immunopathol. – 2019. –V. 41, № 3. – P. 359–377.

[6] Yang, L. Research Progress in Atopic March / L. Yang, J. Fu, Y. Zhou // Front Immunol. – 2020. – V. 11. – P. 1907.

[7] Paller, A. Major Comorbidities of Atopic Dermatitis: Beyond Allergic Disorders / A. Paller, et al. // Am J Clin Dermatol. – 2018. – V. 19, № 6. – P. 821–838.

[8] Roduit, C. et al. Phenotypes of Atopic Dermatitis Depending on the Timing of Onset and Progression in Childhood / C. Roduit, et al. // JAMA Pediatr. – 2017. –V. 171, № 7. – P. 655–662.

[9] Weidinger, S. Atopic dermatitis / S. Weidinger, N. Novak // Lancet. – 2016. – V. 387, № 10023. – P. 1109–1122.

[10] Boothe, D.W. Atopic Dermatitis: Pathophysiology/ D.W. Boothe, J.A. Tarbox, M.B. Tarbox // Adv Exp Med Biol.– 2017.–V. 1027. – P. 21–37.

[11] Pyper, S.M. House dust mite sensitization is associated with food sensitization in early-onset atopic dermatitis / S.M. Pyper et al. // Clin Exp Allergy. – 2021. – V. 51, № 12. – P. 1634–1636.

[12] Tamagawa-Mineoka, R. Atopic Dermatitis: Identification and Management of Complicating Factors / R. Tamagawa-Mineoka, N. Katoh // Int J Mol Sci. – 2020. – V. 21, № 8. – P. 2671.

[13] Dai, Y.-S. Allergens in atopic dermatitis / Y.-S. Dai // Clin Rev Allergy Immunol. 2007. –V. 33, № 3. – P. 157–166.

[14] Seegräber, M. Dupilumab for treatment of atopic dermatitis / M. Seegräber, et al. // Expert Rev Clin Pharmacol. – 2018. – V. 11, № 5. – P. 467–474.

[15] Nezamololama, N. Emerging systemic JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis: a review of abrocitinib, baricitinib, and Upadacitinib / N. Nezamololama, et al. // Drugs Context. – 2020. – V. 9. – P. 2020-8–5.

[16] Ferreira, S., Guttman-Yassky, E., Torres, T. Selective JAK1 Inhibitors for the Treatment of Atopic Dermatitis: Focus on Upadacitinib and Abrocitinib / S. Ferreira, E. Guttman-Yassky, T. Torres // Am J Clin Dermatol. – 2020. – V. 21, № 6. – P. 783–798.

[17] Simpson, E.L. Two Phase 3 Trials of Dupilumab versus Placebo in Atopic Dermatitis / E.L. Simpson, et al. // N Engl J Med. – 2016. – V. 375, № 24. – P. 2335–2348.

[18] Traidl, S. Eczema herpeticum in atopic dermatitis / S. Traidl, et al. // Allergy. – 2021. – V. 76, № 10. – P. 3017–3027.

[19] Traidl, S. Janus kinase inhibitors for the therapy of atopic dermatitis / S. Traidl, S. Freimooser, T. Werfel // Allergol Select. – 2021.–V. 5.– P. 293–304.

[20] Silverberg, J.I. Comparative efficacy and safety of systemic therapies used in moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic literature review and network meta-analysis / J.I. Silverberg, et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2021. –V. 35, № 9. – P. 1797–1810.

[21] Paller, A.S. The atopic march and atopic multimorbidity: Many trajectories, many pathways / A.S. Paller, et al. // J Allergy Clin Immunol. – 2019. – V. 143, № 1. – P. 46–55.

[22] Traidl, S. Allergen immunotherapy for atopic dermatitis / S. Traidl, T. Werfel // Hautarzt. – 2021. –V. 72, № 12. – P. 1103–1112.

[23] Lee, J. Specific immunotherapy in atopic dermatitis / J. Lee, C.O. Park, K.H. Lee // Allergy Asthma Immunol Res. – 2015. –V. 7, № 3. – P. 221–229.

[24] Głobińska, A. Mechanisms of allergen-specific immunotherapy: Diverse mechanisms of immune tolerance to allergens / A. Głobińska, et al. // Ann Allergy Asthma Immunol. – 2018. – V. 121, № 3. – P. 306–312.

[25] Halken, S. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: Prevention of allergy / S. Halken, et al. // Pediatr Allergy Immunol. – 2017. – V. 28, № 8. – P. 728–745.

[26] Гущин, И.С. Аллерген-специфическая иммунотерапия атопических заболеваний: пособие для врачей / И.С. Гущин, О.М. Курбачева. – М., 2002. – 32 с.

[27] Novak, N. Allergen specific immunotherapy for atopic dermatitis/ N. Novak // Curr Opin Allergy Clin Immunol. – 2007. –V. 7, № 6. – P. 542–546.

[28] Zhong, H. Immunological changes after ASIT in AD allergen-specific immunotherapy and their potential correlation with clinical response in patients with atopic dermatitis patients sensitized to house dust mite/ H. Zhong, et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2015. – V. 29, № 7. – P. 1318–1324.

[29] Hajdu, K. Improvement of clinical and immunological parameters after allergen-specific immunotherapy in atopic dermatitis / K. Hajdu, et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2021. – V. 35, № 6. – P. 1357–1361.

[30] Kiatiwat, P. Successful treatment of atopic dermatitis with house dust mite sublingual immunotherapy tablets / P. Kiatiwat, et al. // Asian Pac J Allergy Immunol. 2021.

[31] Eichenfield, L.F. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis / L.F. Eichenfield, et al. // J Am Acad Dermatol. – 2014. – V. 70, № 2. – P. 338–351.

[32] Jutel, M. International consensus on allergy immunotherapy / M. Jutel, et al. // J Allergy Clin Immunol.– 2015. – V. 136, № 3. – P. 556–568.

[33] Курбачева, О.М. Федеральные Клинические Рекомендации. Аллерген-Специфическая Иммунотерапия / О.М. Курбачева, К.С. Павлова // Российский Аллергологический Журнал. – 2016. – № 4–5. – P. 55–61.

[34] Wollenberg, A. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I / A. Wollenberg, et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2018. – Vol. 32, № 5. – P. 657–682.

[35] Атопический дерматит. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов,

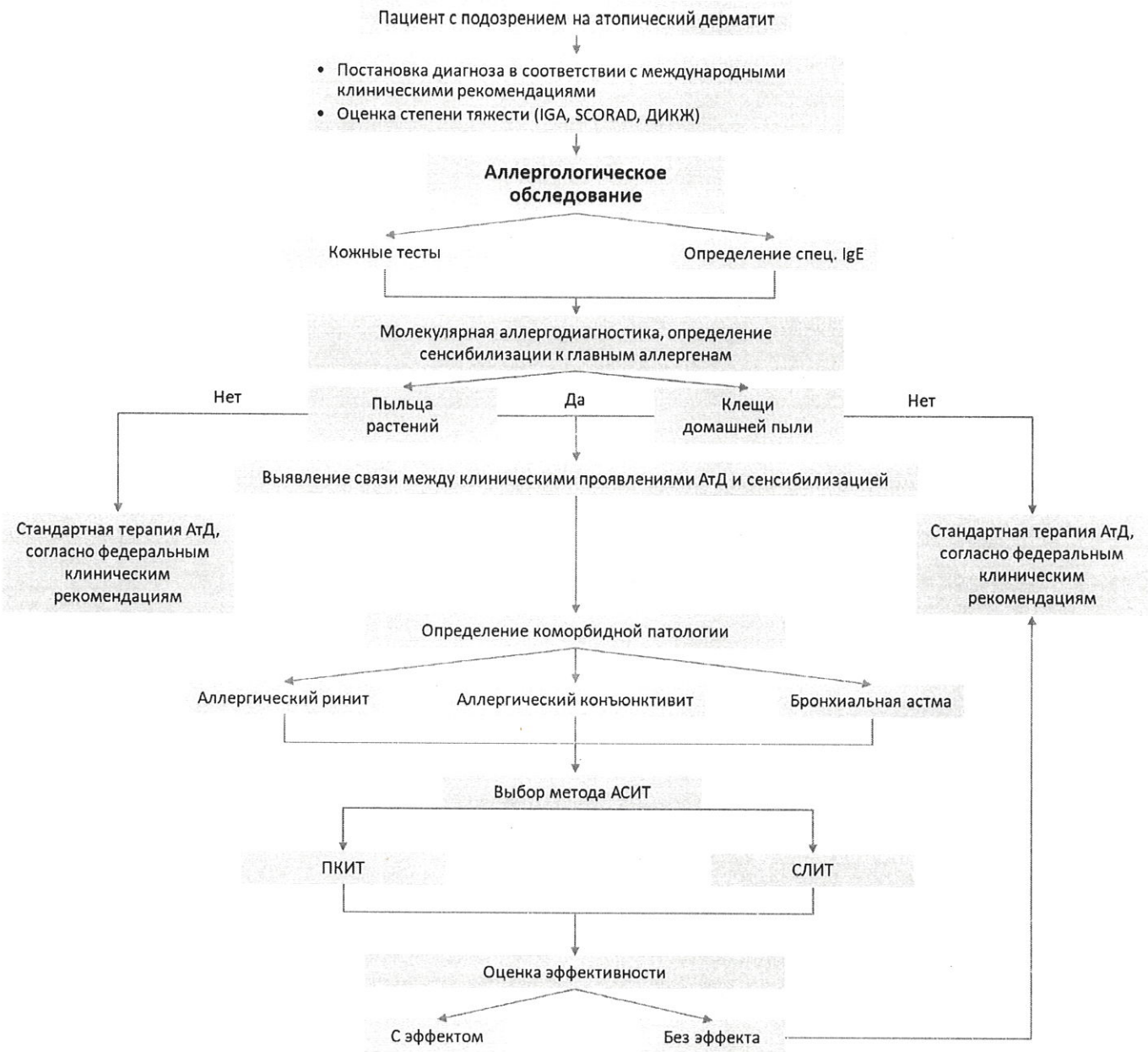
Союз педиатров России, 2021 г. Дата размещения 12.10.2023. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/265_2.

[36] Атопический дерматит. Клинические рекомендации. ID 265_3 в рубрикаторе клинических рекомендаций ЦЭКК МП Минздрава РФ. Год утверждения 2024. Год окончания действия 2026. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ, 27.06.2024. Дата размещения 18.05.2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/265_3.

Приложение А

(рекомендуемое)

Алгоритм персонифицированного подхода к проведению АСИТ у пациентов с АтД на основании комплексного аллергологического обследования и молекулярной аллергодиагностики



Библиографические данные

УДК 615.2.03 МКС 11.020

Ключевые слова: атопический дерматит, молекулярная аллергодиагностика, персонифицированные подходы, аллерген-специфическая иммунотерапия, аллергены клещей домашней пыли, пыльцевые аллергены.

Список исполнителей

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр «Институт иммунологии»
Федерального медико-биологического агентства
(ФГБУ "ГНЦ Институт иммунологии" ФМБА России)

Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации

Группа 12. Требования к профилактике заболеваний, защите здоровья населения от повреждающих факторов, охране репродуктивного здоровья и оказанию медико-социальной помощи

РАЗРАБОТКА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ

Методические рекомендации

ФГБУ "ГНЦ Институт иммунологии" ФМБА России МР 12. № 2 -2025

Заместитель директора по клинической работе, главный врач, д-р мед. наук, профессор — Н.И. Ильина

Исполнители:

заведующий отделением аллергологии и иммунопатологии кожи д-р мед. наук, профессор — Е.С. Феденко

ведущий научный сотрудник отделения аллергологии и иммунопатологии кожи д-р мед. наук — О.Г. Елисютина

научный сотрудник отделения аллергологии и иммунопатологии кожи — Е.В. Смольников

научный сотрудник отделения аллергологии и иммунопатологии кожи — А.О. Литовкина

аспирант отделения аллергологии и иммунопатологии кожи — Д.Д. Чернушевич