

Коньшко Н. А.¹, Матвеева Д. А.¹, Коньшко Г. С.², Волынец Л. И.^{2,3}, Коньшко А. С.⁴

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: ИСТОРИЯ ТЕОРИИ, ПРАКТИЧЕСКИХ ОСНОВ И КЛАССИФИКАЦИИ ОТ НАЧАЛА ЭРЫ ДО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, г. Смоленск;

³ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница», 214018, г. Смоленск;

⁴ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), 117513, г. Москва

Тревожная тенденция современной эпидемиологии atopического дерматита — повсеместный неуклонный рост его распространенности — делает проблему актуальной. Цель исследования — осветить исторические аспекты развития представлений об atopическом дерматите и различия классификационного подхода. Поиск статей проведен в интернет-базах научных публикаций Scopus, MedLine, eLibrary, Google Scholar по ключевым словам: atopический дерматит, патофизиология, история, классификация.

Изучение этиологии и патогенеза atopического дерматита на разных уровнях происходило на протяжении тысячелетий. Разработаны теории и понятия atopии и аллергии, открыт IgE и его ключевая роль в развитии иммуноопосредованных заболеваний, введен термин «atопический дерматит», предложены его диагностические критерии, классификация, выделены сопутствующие и не связанные с ним болезни. Дана дефиниция патологии: дерматит и экзема — это синонимы, с помощью которых можно описать картину воспалительной реакции в коже, гистологически характеризующуюся спонгиозом с различной степенью акантоза и наличием поверхностного периваскулярного лимфогистиоцитарного инфильтрата. Клинические признаки (зуд, покраснение, шелушение и папуло-везикулы кожи) развиваются у лиц под воздействием комбинации эндо- и экзогенных факторов, характеризуются рецидивирующим течением и ухудшают качество жизни пациентов. Дерматит и экзема требуют идентичных подходов к лечению и профилактике. Множество ученых, врачей, дерматологических школ за тысячелетия внесли свой вклад в описание патофизиологии и клинических проявлений данного заболевания, что важно изучить для понимания современной концепции и классификации.

Ключевые слова: atopический дерматит; патофизиология; история; классификация, обзор.

Для цитирования: Коньшко Н. А., Матвеева Д. А., Коньшко Г. С., Волынец Л. И., Коньшко А. С. Atопический дерматит: история теории, практических основ и классификации от начала эры до Международной классификации болезней (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):533—540. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-533-540>

Для корреспонденции: Коньшко Наталья Александровна, д-р мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики Института профессионального образования, e-mail: Nkonyshko@yandex.ru

Konyshko N. A.¹, Matveeva D. A.¹, Konyshko G. C.², Volynets L. I.^{2,3}, Konyshko A. C.⁴

THE ATOPIC DERMATITIS: HISTORY OF THEORY, PRACTICAL BASIS AND CLASSIFICATION FROM BEGINNING OF ERA TO INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES: PUBLICATIONS REVIEW

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Smolensk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 214019, Smolensk, Russia;

³The Oblast State Budget Institution “The Smolensk Oblast Clinical Hospital”, 214018, Smolensk, Russia;

⁴The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University)” of Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia

The alarming trend in modern epidemiology of atopic dermatitis is omnipresent steady increase in its prevalence making the problem relevant. The purpose of the study is to shed light on historical aspects of development of ideas about atopic dermatitis and differences in classification approach.

The search of publications was carried out in such Internet databases as Scopus, MedLine, eLibrary, Google Scholar according keywords atopic dermatitis, pathophysiology, history, classification.

The study of etiology and pathogenesis of atopic dermatitis at different levels took thousands years. The theories and concepts of atopy and allergy were developed. The IgE and its key role in development of immune mediated diseases was discovered. The term atopic dermatitis was introduced. including its diagnostic criteria and classification. The concomitant and unrelated diseases were identified. The definition of dermatitis and eczema as synonyms that can be used to describe picture of inflammatory reaction in skin, histologically characterized by spongiosis with different degrees of acanthosis and presence of superficial perivascular lymphohistiocytic infiltrate. The clinical signs (itching, redness, peeling and papulovesicles of the skin) are developed under influence of combination of endogenous and exogenous factors, characterized by recurrent course and worsen quality of life of patients. The dermatitis and eczema requires identical approaches to treatment and prevention. Over the millennia, many scientists, physicians and dermatological schools contributed into description of pathophysiology and clinic of this disease that is important to be studied in order to understand modern concept and classification.

Key words: atopic dermatitis; pathophysiology; history; classification; review.

For citation: Konyshko N. A., Matveeva D. A., Konyshko G. C., Volynets L. I., Konyshko A. C. The atopic dermatitis: history of theory, practical basis and classification from beginning of era to International Classification of Diseases: publications review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(3):533—540 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-533-540>

For correspondence: Konyshko N. A., doctor of medical sciences, professor of the Chair of General Medical Practice of the Institute of Professional Education of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education

“The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia (Sechenov University). e-mail: Nkonyshko@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 16.07.2024
Accepted 31.10.2024

Атопический дерматит (АД) — это генетически обусловленное заболевание кожи, характеризующееся первично возникающим зудом, хроническим рецидивирующим течением, наличием воспалительных папул и лихенификацией. На протяжении длительного времени АД остается одной из важнейших медико-социальных проблем во всем мире. Одной из тревожных тенденций современной эпидемиологии АД является повсеместный неуклонный рост его распространенности, характерный для разных групп населения, в том числе в России, что делает проблему актуальной [1—23].

Цель исследования — осветить исторические аспекты развития представлений об АД и различия классификационного подхода в Международной классификации болезней.

Материалы и методы

Поиск статей, согласно критериям включения в обзор, проведен в базах данных PubMed, Internet Archive, Google Scholar, eLibrary за неограниченный период по поисковым запросам с учетом морфологии: атопический дерматит, патогенез, патофизиология, история нозологии, классификация, Международная классификация болезней (atopic dermatitis, pathogenesis, pathophysiology, history of nosology, classification, International Classification of Diseases), а также их ближайшие по смыслу аналоги. Всего обнаружена 101 публикация, отобрана для анализа 31 полнотекстовая работа, в том числе монографии, тематические лекции, обзоры, исторические эссе, клинические рекомендации, Международные классификации болезней. Прежде всего исследователями были проанализированы заголовки и резюме. В случае дублирования публикаций в разных или одной базах данных в финальный анализ отбиралась одна. Критерии исключения: несоответствие опубликованного материала поисковым запросам, дублирование информации.

Результаты исследования

История определения клинических и патофизиологических основ атопического дерматита

Римский писатель, историк и естествоиспытатель, личный секретарь императора Адриана Гай Светоний Транквилл (Gaius Suetonius Tranquillus, 69—140 гг. н. э.) в книге «Жизнь двенадцати цезарей» («De vita Caesarum») одним из первых подробно описал клинические проявления кожного заболевания, идентичного АД, у древнеримского политического деятеля, основателя Римской империи Гая Юлия Цезаря Октавиана Августа (Octavianus

Augustus, 63 г. до н. э. — 14 г. н. э.). В труде отмечены симптомы, «сходные со стригущим лишаем: некоторое количество твердых, сухих пятен (бляшек) на коже, сопровождающихся зудом, характерна сезонность заболевания». Перед этими проявлениями больной ощущал «скованность диафрагмы; и когда удавалось выдыхать воздух порциями, начинался влажный кашель, катар» [1].

В 543 г. н. э. византийский врач Аэциос из Амил (греч. Αέτιος ο Αμιδηνός, 502—575) при описании проявлений атопии впервые использовал слово «экзема» в аспекте теории «гуморов тела» [2]. С древних времен данная доктрина была основой для понимания происхождения многих болезней и методов их лечения, согласно ей «выделение пены, кипение» при «внутреннем жаре, вытесняет гуморы из тела, как при выкипании жидкостей». Не сохранилось точное описание локальных проявлений при экземе, о которой писал Аэциос, возможно, он имел в виду фурункулез [3].

В Средние века, вслед за масштабным медицинским трудом «Канон врачебной науки» (араб. القانون في الطب Al-Qanun fi t-Tibb, не ранее 1023 г.) Ибн Сины (Авиценны; перс. ابو علي حسين بن عبدالله بن سينا — Abū ‘Alī Husein ibn ‘Abdallāh ibn Sīnā), начала формироваться европейская дерматологическая школа, разрабатывающая теоретические и клинические аспекты различных кожных заболеваний, включавших и хронические зудящие дерматозы. Итальянский врач Джеронимо Меркуриали (Hyeronimus Mercurialis, 1530—1606) в 1572 г. создал первый труд по дерматологии, в котором имеется наблюдение зудящего мокнущего заболевания кожи у грудных детей («achores») [4].

Подобные АД проявления были в дальнейшем неоднократно отмечены врачами в разных странах в XVII—XVIII вв. Английский хирург Дэниель Тернер (Daniel Turner, 1667—1740) в 1714 г. описал «зуд и корочки кожи» у детей [5]. Французский врач и ботаник Франсуа Буассье де Соваж де Лакруа (François Boissier de Sauvages de Lacroix, 1706—1767) в 1763 г. представил описание «млечного лишая» как сухое и шелушащееся состояние кожи. Основатель французской школы дерматологии Жан-Луи-Марк Алибер (Jean-Louis-Marc Alibert, 1768—1837) в 1806 г. выделил заболевание «катаральный опоясывающий лишай» («teigne muqueuse») как мокнущее состояние кожи у новорожденных, сопровождаемое зудом [4]. Некоторые из перечисленных заболеваний могут относиться к другим дерматитам, однако наличие кожного зуда в ряде случаев может указывать именно на АД [1].

В XIX в. наблюдался расцвет теоретической и практической дерматологии. Английскими врачами Робертом Уилланом (Robert Willan, 1757—1812) и Томасом Бейтманом (Thomas Bateman, 1778—1821) предложена новая классификация, в которой дерматологические заболевания группировались в зависимости от первичных кожных проявлений, однако в ней не всегда учитывались этиология и патология болезней. Авторы определили термин «экзема» как «высыпание мельчайших пузырьков, незаразных, локализованных вместе, которые после всасывания содержащейся в них жидкости формируют тонкие хлопья или корки; эта сыпь, как правило, является результатом раздражения каким-либо агентом, независимо от того, применяется он внутрь или наружно». Однако различия между острой и хронической формами экземы описаны в этот период не были [5, 6].

В теоретическом и практическом трактате о кожных заболеваниях французский врач Пьер-Франсуа Олив Райер (Pierre François Olive Rayer, 1793—1867) описал экзему и три ее формы: простую (*simplex*), эритематозную (*rubrum*), инфекционно-воспалительную (*impetiginodes*). Ученый «видел, как болезнь исчезала и рецидивировала от 12 до 14 раз в течение нескольких месяцев», по течению он выделил экзему хроническую рецидивирующую и ремиттирующую. Термин «экзема» часто использовался для определения болезней кожи, возникающих при воздействии солнца, ртути, токсичных химических веществ и раздражителей. До описания Райера не было определено различий между контактными и атопическими дерматитами. Именно этот исследователь заявил, что экзему не следует путать с другими везикулярными высыпаниями, например с «искусственно вызванными солнечными лучами» [7].

Сэр Уильям Джеймс Эразмус Уилсон (Sir William James Erasmus Wilson, 1809—1884) признан величайшим дерматологом своего времени. Он прокомментировал различия между острой и хронической экземой: «Если бы меня спросили, как мне следует отличать острую экзему от хронической, я бы сказал, что острая стадия обозначалась эритематозной — застойные явления и влажные выделения, а хроническая стадия характеризуется инфильтрацией и шелушением, инфильтрация приводит к утолщению и уплотнению кожи». Уилсон обозначил хроническую стадию экземы как псориаз и отрубевидный лишай, поэтому неясно, выделял ли он хроническую экзему как отдельную от острой экземы нозологию. Уилсон часто упоминал об экземе в своих многочисленных лекциях в Королевском колледже хирургов Англии (Royal College of Surgeons of England) в 1871 г. [8, 9]. Автор предположил, что различные проявления при экземе (т. е. пузырьки и чешуйки) могут быть связаны с продолжительностью заболевания и прочими факторами. Уилсон подробно описал детскую экзему, при которой, в отличие от экземы взрослых, могут наблюдаться везикулы, папулы и другие первичные проявления. Ученый описал клиническое течение и лечение экземы, ча-

сто сопутствующие ей заболевания. Уилсон прокомментировал связь между кожными поражениями при экземе и респираторными симптомами: «Бронхит и катар дыхательных путей являются проявлением экземы их слизистых оболочек» [9].

Фердинанд Карл Риттер фон Хебра (Ferdinand Karl Franz Schwarzzmann, Ritter von Hebra, 1816—1880) был опытным врачом, в 1860 г. он основал Венскую школу дерматологии в Германии, которая считалась «наиболее передовой в немецкоязычной части Европы». Он опубликовал описание АД, которое наиболее соответствует современному. Хебра представил отчет о поражении кожи, похожем на АД. Заболевание стало известно как пруриго фон Хебры — хроническое заболевание новорожденных и детей младшего возраста, которое, как полагали, первоначально проявляется крапивницей и в дальнейшем — зудящими папулами на туловище и конечностях [4]. В литературе представлено несколько случаев чесотки Хебры, в которых подробно описаны тяжесть и длительность зуда у 7-летнего ребенка: «Ребенок разрывал себе кожу, пытаясь облегчить страдания, временами его сон был невозможен, состояние ухудшалось зимой и улучшалось летом». Образец биопсии пруриго фон Хебры также был описан как «отежная структура» и «гиперплазия клеток», все части кожи, особенно сосочки, были «инфильтрованы клеточными элементами» [9—11].

Французский дерматолог Эрнест Беснье (Ernest Besnier, 1831—1909) наиболее известен тем, что ввел термин «биопсия» и ее массовое использование для постановки диагноза. Беснье впервые выделил заболевание «диатезное пруриго», которое сегодня называют предшественником детской экземы. Теория диатезного пруриго Беснье оказалась значительным достижением в исследовании атопии и экземы. Ученый подчеркивал важную роль следующих факторов в развитии заболевания: наследственной предрасположенности, «чувствительности к компонентам пищи» и «респираторных симптомов», которые развивались с течением времени [12]. Беснье впервые описал ассоциацию атопии и респираторных проявлений спустя семь столетий после аналогичной характеристики Светониуса. Понимание природы дерматологических заболеваний значительно улучшилось, особенно на рубеже XIX и XX вв., однако этиология АД не была установлена.

В 1890 г. Пауль Герсон Унна (Paul Gerson Unna, 1850—1929) утверждал, что этиология экземы обусловлена «внедрением микроба» [13]. Его взгляды нам известны по публикациям Луи Адольфа Дюринга (Louis Adolphus Duhring, 1854—1913), который писал, что Унна считал «этот микроб растительным по происхождению, размножение его возможно только в эпидермальных структурах, при определенном состоянии кожи, подходящем для его приема и развития». Экзема была определена как «хронический паразитарный катар кожи, сопровождающийся шелушением, зудом и склонностью реагировать на раздражение экссудацией и хорошо выраженным воспалением». Учитывая это утвержде-

ние, Унна полагал, что «местное лечение должно быть направлено на уничтожение каждого отдельного микроба в глубине эпидермиса» [13]. Спустя почти 125 лет появились убедительные доказательства роли золотистого стафилококка при АД, что делает теорию Унна отчасти достоверной.

L. Brocq и L. Jacquet в 1891 г. из обширной группы дерматозов, сопровождающихся папулезными высыпаниями, утолщением кожи и подчеркнутым ее рельефом, выделили самостоятельное заболевание кожи, развивающееся в результате расчесов на местах первичного зуда, и обозначили его термином «нейродермит» [4].

XX век ознаменован радикальными изменениями номенклатуры и диагностики АД. Ученые и клиницисты проанализировали описанные ранее заболевания, их теории и продолжили исследования, чтобы разработать концепцию патофизиологии и классификации АД. Этому способствовали разработка теорий аллергии (термин означал «измененная реактивность») Клеменса фон Пирке (Clemens von Pirquet, 1874—1929) в 1906 г. и атопии (термин произошел от греческого слова «atopia», означающего «без места») Артура Кока (Arthur F. Coca, 1875—1959) и Роберта Кука (Robert Cooke) в 1923 г. [4, 14]. Указанные суждения стали ключевыми моментами, направленными на углубление понимания этиопатогенеза аллергических проявлений.

Фред Уайз (Fred Wise) и Марион Сульцбергер (Marion Sulzberger) в 1933 г. впервые предложили термин «атопический дерматит». Эта концепция охватывала следующие заболевания: детскую экзему, локализованную преимущественно на коже лица и сгибательных поверхностей, возникающую у лиц с семейным анамнезом atopических расстройств [15]. Важно отметить, что Сульцбергер и Уайз использовали этот термин, чтобы выделить АД из гетерогенной смеси кожных заболеваний, сопровождаемых зудом, отличающихся по этиологии от психогенных и неврологических дерматитов («нейродермитов») [16, 17]. Позже Кока и Сульцбергер добавили этот термин к группе аллергических состояний с генетической предрасположенностью. Кока развил идею аллергических процессов, отметил роль «реакций на пищевые продукты» в развитии атопии и лекарственной непереносимости [15]. Сульцбергер также первоначально полагал, что пищевые аллергены играют определенную роль в патогенезе АД, но после проведения экспериментов по облучению и элиминации пришел к выводу, что в патогенезе атопии важное значение имеют дополнительные факторы [15, 18].

Гуннар Йоханссон (Gunnar Johansson, 1911—1998) и Ханс Бенних (Hans Bennich) в 1967 г. открыли иммуноглобулин Е (IgE) с последующей демонстрацией связи его уровней в сыворотке крови с течением бронхиальной астмы [20]. Аналогичная взаимосвязь была прослежена у пациентов с АД. Бруно Вютрих (Bruno Wüthrich) в 1978 г. опубликовал результаты наблюдений, демонстрирующие, что пациенты с АД имели в среднем более высокие уровни

IgE в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой, что было согласовано с несколькими предыдущими исследованиями. Вютрих был уверен, что IgE играет важную роль в возникновении изменений кожи при АД; однако значение этого открытия в патогенезе АД остается даже по сей день не до конца ясным. Анализ сывороточного IgE в качестве биомаркера для прогноза течения и исходов АД, а также исследования, оценивающие эффективность анти-IgE-терапии (омализумаб), заслуживают внимания в современных условиях. Данный лабораторный параметр включен в качестве второстепенного диагностического критерия АД [19—21].

Долгое время считалось, что ключевым пусковым моментом развития АД, особенно у детей, является пищевая аллергия, обусловленная IgE- и не-IgE-опосредованными механизмами, была доказана роль пищевой сенсibilизации при АД в формировании сенсibilизации к аэроаллергенам и взаимосвязь с респираторными аллергическими заболеваниями. Полученные данные послужили одной из предпосылок возникновения гипотезы «атопического (аллергического) марша», предложенной Мах Кjelлман в 1980-х годах и принятой научным мировым сообществом. «Атопический марш» предполагал естественное течение atopического процесса с временной последовательностью формирования аллергической сенсibilизации и клинических проявлений, объясняемых ассоциацией между АД, IgE-опосредованной пищевой аллергией, бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, при отягощенном семейном анамнезе по атопии. Позже в ходе клинических, генетических экспериментальных исследований были уточнены механизмы данного процесса: подтвердился факт, что АД является начальной ступенью реализации atopического марша, приводящего к последующему расширению аллергической сенсibilизации и присоединению других atopических симптомов, в том числе респираторной аллергии [6].

В 1980 г. Джон Ханифин (Jon Hanifin) и Георг Райка (Georg Rajka) впервые предложили широко используемый в настоящее время перечень диагностических критериев для АД [22]. Критерии включали четыре основных признака (зуд, характерную морфологию и локализацию, хроническое течение и личный или семейный анамнез атопии), а также множество второстепенных признаков, таких как ранний возраст начала заболевания, ксеродерма, гиперлинейные ладони, повышенный уровень IgE и складки Денни—Моргана (подглазничные линии). Диагноз АД требует наличия трех или более основных признаков, а также трех или более второстепенных. Ханифин и Райка также указали на несколько синонимов АД, таких как atopическая экзема, пруриго Беснье и детская экзема. Критерии АД будут пересматриваться в последующие годы несколько раз. В 1997 г. Уильямс (Williams) и его британские коллеги предложили шесть «наиболее важных» диагностических критериев для АД [23]. Критерии были аналогичны тем, которые описаны Ханифином и

Райкой, однако они были упрощены и включали зуд характерно измененных кожных покровов, бронхиальную астму, ксеродерму, диагностированный дерматит на сгибательных поверхностях в анамнезе и начало в возрасте до 2 лет. Уильямсоном и соавторами было высказано предположение, что добавление других критериев, вероятно, не улучшит диагностику заболевания для клиницистов [24, 25].

Атопический дерматит в Международной классификации болезней 9, 10 и 11-го пересмотров

В течение нескольких веков дерматологическими школами мира рассматривались теории этиологии и патогенеза АД, описаны различные формы заболевания, предложено большое количество классификаций. В названии дерматоза авторы отражали свои взгляды на патофизиологию и клинику: астма-экзема Ядассона, астма-пруриго Бенье, экзематоз Дарье, конституциональный нейродермит Борелли и др. Термин «атопический дерматит», предложенный в 1933—1935 гг. М. S. Sulzberger, согласно Международной классификации болезней 9-го пересмотра, применялся для обозначения поражений кожи, возникающих в результате наследственно обусловленной болезни всего организма — атопии. Атопия — генетически закрепленное состояние повышенной чувствительности организма, характеризующееся наличием в крови повышенного количества IgE. Атопическими страданиями были определены: аллергический дерматит и диффузный нейродермит, ангионевротический отек Квинке, поллиноз (сенная лихорадка), крапивница. Целесообразность такого объединения была продиктована наличием у этих заболеваний общих признаков: периодичности, продолжительного и рецидивирующего течения, сочетания у пациента кожных и респираторных клинических проявлений атопии [22, 26].

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 10-го пересмотра (МКБ-10), термины «дерматит» и «экзема» (L20—L30) используются как взаимозаменяемые синонимы и включают следующие нозологические формы: L20 Атопический дерматит (исключен: ограниченный нейродерматит (L28.0)); L21 Себорейный дерматит (исключен: инфекционный дерматит (L30.3)); L22 Пеленочный дерматит (Пеленочная: эритема, сыпь, Псориазоподобное высыпание, вызванное пеленками); L23 Аллергический контактный дерматит; L24 Простой раздражительный [irritant] контактный дерматит; L25 Контактный дерматит неуточненный; L26 Эксфолиативный дерматит (Питириаз Гебры); L27 Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь; L28 Простой хронический лишай и почесуха; L29 Зуд; L30 Другие дерматиты [27—30].

В МКБ-10 в разделе Атопический дерматит выделяют следующие виды заболевания: L20 Атопический дерматит; L20.0 Почесуха Бенье; L20.8 Другие атопические дерматиты: экзема (сгибательная, дет-

ская острая, хроническая, эндогенная (аллергическая)), нейродерматит атопический (локализованный), диффузный; L20.9 Атопический дерматит неуточненный. Общепринятой клинической классификации не существует [27].

Всемирная аллергологическая организация в последние десятилетия внесла изменения в научную терминологию, предложив разделение АД на атопический (экзогенный, «extrinsic»), связанный преимущественно с аллергическими механизмами и гиперпродукцией IgE, и неатопический (эндогенный, «intrinsic»), в патогенезе которого преобладают неаллергические механизмы. Тем не менее, несмотря на некоторые различия в иммунопатогенезе и течении заболевания, оба варианта АД имеют общие типичные клинические проявления, развиваются у лиц с генетической предрасположенностью под воздействием комбинации генетических и средовых факторов, характеризуются рецидивирующим течением и значительно нарушают качество жизни пациентов и членов их семей [28]. Поэтому в настоящее время они рассматриваются как одна нозологическая форма и требуют единых подходов к лечению и профилактике.

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра (МКБ-11) воспалительные дерматозы определены как большая группа заболеваний кожи, при которых важную роль играет воспаление. В эту группу включен раздел «Дерматит и экзема». Дана следующая дефиниция патологии: дерматит и экзема — это синонимы, с помощью которых можно описать картину воспалительной реакции в коже, гистологически характеризующуюся спонгиозом с различной степенью акантоза и наличием поверхностного периваскулярного лимфогистиоцитарного инфильтрата. Клинические признаки могут включать зуд, покраснение, шелушение кожи и скопление папуло-везикул. Это состояние может быть вызвано широким спектром внешних и внутренних факторов, действующих по отдельности или в сочетании. Из раздела исключены: Герпетиформный дерматит (E844), Периорифициальный дерматит (E90.1), Церкариальный дерматит (I86.4) [31].

Раздел содержит 24 уточняющих диагноза: 1. E80 — Атопическая экзема (включено: Атопический дерматит); 2. E81 — Себорейный дерматит и связанные с ним состояния (исключено: Себорея (E91.2)); 3. E82 — Нуммулярный дерматит; 4. E83 — Простой лишай или лихенификация; 5. E84 — Астеатозная экзема; 6. E85 — Дерматит или экзема кистей и стоп (включено: Экзема кистей и стоп, Дерматит кистей и стоп); 7. E86 — Дерматит и экзема голеней; 8. E87 — Дерматит или экзема аногенитальной области; 9. E88 — Различные уточненные экзематозные дерматозы; 10. E89 — Генерализованный экзематозный дерматит неуточненного типа; 11. K00 — Аллергический контактный дерматит; 12. EK01 — Фотоаллергический контактный дерматит; 13. EK02 — Простой раздражи-

тельный контактный дерматит; 14. EG40 — Контактный дерматит наружного уха; 15. 9A06.72 — Аллергический контактный блефароконъюнктивит; 16. EK02.11 — Ирритантный контактный блефароконъюнктивит; 17. DA02.3 — контактный гингивостоматит; 18. EK02.12 — Простой раздражительный контактный дерматит кистей (включено: Ирритантный дерматит кистей); 19. EK02.13 — Простой раздражительный контактный дерматит вульвы (включено: Простой раздражительный контактный дерматит, вызывающий раздражение вульвы); 20. 9A06.7 — Дерматит или экзема век; 21. Дерматит или экзема наружного уха (EG40 — Контактный дерматит наружного уха, AA10 — Себорейный наружный отит); 22. EE13.5 — Экзематозная дистрофия ногтя; 23. EA8Y — Другие уточненные экзематозные дерматиты; 24. EA8Z — Дерматит или экзема, неуточненные [31].

В МКБ-11 дана дефиниция атопической экземы — это хронический воспалительный генетически детерминированный экзематозный дерматоз, связанный с атопией (повышенным уровнем циркулирующего IgE, аллергией I типа, астмой и аллергическим ринитом). Мутации филагтрина, которые приводят к нарушению функции эпидермального барьера, являются основой патогенеза заболевания. Атопическая экзема проявляется сильным зудом, экссудацией, образованием корок, эскориациями и лихенификацией. У младенцев часто поражаются лицо и кожа не только сгибательной поверхности конечностей; вовлечение сгибателей встречается в любом возрасте. Обычно атопическая экзема ограничена по распространенности и продолжительности, однако может быть генерализованной и продолжаться на протяжении всей жизни [31].

Диагноз включает одну позицию: EA80 Атопический дерматит, который содержит 6 уточняющих диагнозов: EA80.0 — Младенческая атопическая экзема; EA80.1 — Детская атопическая экзема; EA80.2 — Атопическая экзема взрослых; 9A06.70 — Атопическая экзема век; EA85.20 — Атопическая экзема кистей; EA80.Y — Другие уточненные формы атопической экземы.

Диагноз EA80 Атопическая экзема входит в другие подклассы в МКБ-11: Аллергические заболевания или состояния гиперчувствительности, с поражением кожи и слизистой #103792; Атопическая экзема #103851, атопическая экзема век (9A06.70); Атопическая экзема кистей (EA85.20) [23]. Коду EA80 (Атопическая экзема) в МКБ-11 соответствуют в МКБ-10 коды L20 Атопический дерматит; L20.8 Другие атопические дерматиты; L20.9 Атопический дерматит неуточненный [31].

Заключение

История изучения АД обширна, истоки найдены в древних манускриптах историков и целителей. Множество ученых, врачей, дерматологических школ за несколько столетий внесли свой вклад в описание патофизиологии и клинических проявлений данного заболевания, что привело к формиро-

ванию современной концепции и классификации. Наиболее глубокое изучение этиологии и патогенеза АД на молекулярном и субклеточном уровнях происходило в последнее столетие. XX век был весьма плодотворным: разработаны теории и понятия атопии и аллергии, ученые открыли IgE и его ключевую роль в развитии иммуноопосредованных заболеваний, введен термин «атопический дерматит», предложены четкая система его диагностических критериев, классификация, выделены сопутствующие и не взаимосвязанные с АД болезни. В связи с новейшими научными исследованиями проводится ревизия концепций и вносятся изменения в теоретические и практические нормативы, что отразилось в Международной классификации болезней и в клинических рекомендациях.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гай Светоний Транквилл. Жизнь двенадцати цезарей. Пер. В. Алексеева. СПб.; 1904. 466 с. Режим доступа: <http://militera.lib.ru/bio/0/pdf/suetonius.pdf> (дата обращения 01.06.2024).
2. Mier P. D. Earliest description of the atopic syndrome? *Br. Med. J.* 1975;92(3):359.
3. MacCormac H. Pathologie und Therapie des Ekzems by Unna, Paul Gerson, 1850—1929. Royal College of Physicians of London; 1903. 565 p. Режим доступа: <https://archive.org/details/b23984466/page/2/mode/2up>
4. Ruzicka T., Ring J., Przybilla B. Handbook of Atopic Eczema: Berlin, Germany: Springer; 1991. 504 p. Режим доступа: <https://archive.org/details/handbookofatopic0000unse> (дата обращения 01.06.2024).
5. Turner D. De morbis cutaneis. A treatise of diseases incident to the skin. London; 1726. 716 p. Режим доступа: <https://archive.org/details/demorbiscutaneis00turn/page/n9/mode/2up>
6. Rudikoff D., Scheinfeld N. Atopic Dermatitis and Eczematous Disorders. CRC Press; 2014. 456p. doi: 10.1201/b16138
7. Rayer P. F. O. A Theoretical and Practical Treatise on the Diseases of the Skin. Philadelphia: Carey and Hart, for G. N. Loomis; 1845. 494 p. Режим доступа: https://archive.org/details/b29330166_0002/page/n5/mode/2up
8. Hadley R. M. The life and works of Sir William James Erasmus Wilson 1809—84. *Med. Hist.* 1959;(3):215—47. doi: 10.1017/s0025727300024637
9. Boenning H. C. A case of prurigo. In: Philadelphia Medical Times (1871—1889). *American Periodicals.* 1882;12:519. Режим доступа: https://archive.org/details/sim_medical-times-and-register_1871-1872_2_index
10. Little E. G. Prurigo of Hebra. *Proc. R Soc. Med.* 1908;1:181—2.
11. Torres Zavaleta A., Mom A. M. Prurigo of Herba. *Arch. Derm. Syphilol.* 1948;57(6):998—1008. doi: 10.1001/arch-derm.1948.01520190077010
12. Besnier's Prurigo. *Lancet.* 1952;259:406—7. doi: 10.1016/S0140-6736(52)90015-9
13. Stelwagon L. Prurigo Infantum; Psoriasis-Eczema; Primary Pigmented Sarcoma of the Skin; Xeroderma Pigmentosum; Dermatitis Herpetiformis. On the nature and treatment of eczema. *Am. J. Med. Sci.* 1891;101:95—6.
14. Coca A. F., Cooke R. A. On classification of the phenomena of hypersensitiveness. *J. Immunol.* 1923;10:445. doi: 10.4049/jimmunol.8.3.163
15. Wise F., Sulzberger M. B. The 1933 Year Book of Dermatology and Syphilology. Chicago: Year Book Publishers Inc.; 1933;(7)27:665. doi: 10.1097/00007611-193407000-00037

История медицины

16. Pascher F. Sulzberger on atopic dermatitis. *Int. J. Dermatol.* 1977;16:376–9. doi: 10.1111/j.1365-4362.1977.tb00757.x
17. Tanei R., Hasegawa Y. Immunological Pathomechanisms of Spongiotic Dermatitis in Skin Lesions of Atopic Dermatitis. *Int. J. Mol. Sci.* 2022;23(12):6682. doi: 10.3390/ijms23126682
18. Bhattacharya T., Strom M. A., Lio P. A. Historical Perspectives on Atopic Dermatitis: Eczema Through the Ages. *Pediatr. Dermatol.* 2016;33(4):375–9. doi: 10.1111/pde.12853
19. Johansson S. G. Raised levels of a new immunoglobulin class (IgND) in asthma. *Lancet.* 1967;2:951–3. doi: 10.1016/s0140-6736(67)90792-1
20. Matricardi P. M. The Very Low IgE Producer: Allergology, Genetics, Immunodeficiencies, and Oncology. *Biomedicines.* 2023;11(5):1378. doi: 10.3390/biomedicines11051378
21. Durham S. R., Shamji M. H. Allergen immunotherapy: past, present and future. *Nat. Rev. Immunol.* 2023;23(5):317–28. doi: 10.1038/s41577-022-00786-1
22. Hanifin J. M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatovenereol. Suppl.* 1980;92:44–7. doi: 10.2340/00015555924447
23. Williams H. C., Burney P. G., Hay R. J. The U. K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.* 1994;131:383–96. doi: 10.1111/j.1365-2133.1994.tb08530.x
24. Wang A., Fulton R., Hwang S., Margolis D. J., Mowery D. L. Patient Phenotyping for Atopic Dermatitis with Transformers and Machine Learning. *Med. Rxiv.* 2023;4:08.23294636. doi: 10.1101/2023.08.25.23294636
25. Lim J. J., Reginald K., Say Y. H., Liu M. H., Chew F. T. A dietary pattern of frequent plant-based foods intake reduced the associated risks for atopic dermatitis exacerbation: Insights from the Singapore/Malaysia cross-sectional genetics epidemiology cohort. *BMC Public Health.* 2023;23(1):1818. doi: 10.1186/s12889-023-16736-y
26. Кубанов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Хаитов Р. М., Ильина Н. И., Алексеева Е. А., Амбарян Э. Т. Клинические рекомендации Атопический дерматит. 2021. 49 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/265_2?ysclid=lr0gfm63s857253030 (дата обращения 01.06.2024).
27. МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Режим доступа: <https://mkb-10.com/index.php?pid=11068&ysclid=lr0h6gpk3318536599> (дата обращения 01.06.2024).
28. Breninkmeijer E. E., Spuls P. I., Legierse C. M., Lindeboom R., Smitt H. S., Bos J. D. Clinical differences between atopic and atopic-form dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2008;58(3):407–14. doi: 10.1016/j.jaad.2007.12.002.23
29. Коломийченко М. Е., Вайсман Д. Ш. Качество кодирования медицинской информации как элемент системы управления качеством медицинской деятельности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(5):975–80. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-975-980
30. Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Совершенствование модели кодирования диагноза посредством внедрения автоматизированной системы поддержки кодирования результат функционально-стоимостного анализа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2022;30(1):123–8. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-123-128
31. МКБ-11 — Международная классификация болезней 11-го пересмотра. Режим доступа: <https://mkb11.online/115550> (дата обращения 01.06.2024).
32. MacCormac H. Pathologie und Therapie des Ekzems by Unna, Paul Gerson, 1850–1929. Royal College of Physicians of London; 1903. 565 p. Available at: <https://archive.org/details/b23984466/page/21mode/2up> (accessed 01.06.2024).
33. Ruzicka T., Ring J., Przybilla B. Handbook of Atopic Eczema. Berlin, Germany: Springer; 1991. 504 p. Available at: <https://archive.org/details/handbookofatopic0000unse> (accessed 01.06.2024).
34. Turner D. De morbis cutaneis. A treatise of diseases incident to the skin. London; 1726. 716 p. Available at: <https://archive.org/details/demorbiscutaneis00turn/page/n91mode/2up> (accessed 01.06.2024).
35. Rudikoff D., Scheinfeld N. Atopic Dermatitis and Eczematous Disorders. CRC Press; 2014. 456p. doi: 10.1201/b16138
36. Rayer P. F. O. A Theoretical and Practical Treatise on the Diseases of the Skin. Philadelphia: Carey and Hart, for G. N. Loomis; 1845. 494 p. Available at: 01.06.2024 https://archive.org/details/b29330166_0002/page/n51mode/2up
37. Hadley R. M. The life and works of Sir William James Erasmus Wilson 1809–84. *Med. Hist.* 1959;(3):215–47. doi: 10.1017/s0025727300024637
38. Boenning H. C. A case of prurigo. In: Philadelphia Medical Times (1871–1889). *American Periodicals.* 1882;12:519. Available at: https://archive.org/details/sim_medical-times-and-register_1871-1872_2_index (accessed 01.06.2024).
39. Little E. G. Prurigo of Hebra. *Proc. R Soc. Med.* 1908;1:181–2.
40. Torres Zavaleta A., Mom A. M. Prurigo of Herba. *Arch. Derm. Syphilol.* 1948;57(6):998–1008. doi: 10.1001/arch-derm.1948.01520190077010
41. Besnier's Prurigo. *Lancet.* 1952;259:406–7. doi: 10.1016/S0140-6736(52)90015-9
42. Stelwagon L. Prurigo Infantum; Psoriasis-Eczema; Primary Pigmented Sarcoma of the Skin; Xeroderma Pigmentosum; Dermatitis Herpetiformis. On the nature and treatment of eczema. *Am. J. Med. Sci.* 1891;101:95–6.
43. Coca A. F., Cooke R. A. On classification of the phenomena of hypersensitiveness. *J. Immunol.* 1923;10:445. doi: 10.4049/jimmunol.8.3.163
44. Wise F., Sulzberger M. B. The 1933 Year Book of Dermatology and Syphilology. Chicago: Year Book Publishers Inc.; 1933;(7)27:665. doi: 10.1097/00007611-193407000-00037
45. Pascher F. Sulzberger on atopic dermatitis. *Int. J. Dermatol.* 1977;16:376–9. doi: 10.1111/j.1365-4362.1977.tb00757.x
46. Tanei R., Hasegawa Y. Immunological Pathomechanisms of Spongiotic Dermatitis in Skin Lesions of Atopic Dermatitis. *Int. J. Mol. Sci.* 2022;23(12):6682. doi: 10.3390/ijms23126682
47. Bhattacharya T., Strom M. A., Lio P. A. Historical Perspectives on Atopic Dermatitis: Eczema Through the Ages. *Pediatr. Dermatol.* 2016;33(4):375–9. doi: 10.1111/pde.12853
48. Johansson S. G. Raised levels of a new immunoglobulin class (IgND) in asthma. *Lancet.* 1967;2:951–3. doi: 10.1016/s0140-6736(67)90792-1
49. Matricardi P. M. The Very Low IgE Producer: Allergology, Genetics, Immunodeficiencies, and Oncology. *Biomedicines.* 2023;11(5):1378. doi: 10.3390/biomedicines11051378
50. Durham S. R., Shamji M. H. Allergen immunotherapy: past, present and future. *Nat. Rev. Immunol.* 2023;23(5):317–28. doi: 10.1038/s41577-022-00786-1
51. Hanifin J. M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatovenereol. Suppl.* 1980;92:44–7. doi: 10.2340/00015555924447
52. Williams H. C., Burney P. G., Hay R. J. The U. K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.* 1994;131:383–96. doi: 10.1111/j.1365-2133.1994.tb08530.x
53. Wang A., Fulton R., Hwang S., Margolis D. J., Mowery D. L. Patient Phenotyping for Atopic Dermatitis with Transformers and Machine Learning. *Med. Rxiv.* 2023;4:08.23294636. doi: 10.1101/2023.08.25.23294636
54. Lim J. J., Reginald K., Say Y. H., Liu M. H., Chew F. T. A dietary pattern of frequent plant-based foods intake reduced the associated risks for atopic dermatitis exacerbation: Insights from the Singa-

Поступила 16.07.2024
Принята 31.10.2024

REFERENCES

1. Gay Suetonius Tranquille. The Life of the Twelve Caesars. Transl. V. Alekseev. St. Petersburg; 1904. 466 p. Available at: 01.06.2024 <http://militera.lib.ru/bio/0/pdf/suetonius.pdf> (in Russian).
2. Mier P. D. Earliest description of the atopic syndrome? *Br. Med. J.* 1975;92(3):359.

- pore/Malaysia cross-sectional genetics epidemiology cohort. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1818. doi: 10.1186/s12889-023-16736-y
26. Kubanov A. A., Namazova-Baranova L. S., Khaitov R. M., Ilyina N. I., Alekseeva E. A., Ambaryan E. T. Clinical recommendations Atopic dermatitis. 2021. 49 p. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/265_2?ysclid=lrogfm63s857253030 (accessed 01.06.2024) (in Russian).
27. ICD 10 — the International Classification of Diseases of the 10th revision. Available at: <https://mkb-10.com/index.php?pid=11068&ysclid=lroh6gpk3318536599> (accessed 01.06.2024).
28. Breninkmeijer E. E., Spuls P. I., Legierse C. M., Lindeboom R., Smitt H. S., Bos J. D. Clinical differences between atopic and atopic-form dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2008;58(3):407–14. doi: 10.1016/j.jaad.2007.12.002.23
29. Kolomiychenko M. E., Vaisman D. S. The quality of coding medical information as component of system of management of medical activities quality. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2020;28(5):975–80. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-975-980 (in Russian).
30. Berseneva E. A., Mikhaylov D. Y. The development of diagnosis coding model by means of implementing automated system of coding support: The results of functional and cost analysis. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2022;30(1):123–8. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-123-128 (in Russian).
31. ICD-11 — International Classification of Diseases of the 11th revision. Available at: <https://mkb11.online/115550> (accessed 01.06.2024).