



Что и требовалось
Доказать

Status Praesens

Для библиографических ссылок

• Ковригина Е.С., Раевская О.А., Лёгкий С.В. Стратегии профилактики атопического дерматита у детей с факторами риска. — Текст : электронный // StatusPraesens. Педиатрия. — 2026. — №1 (139). — С. 3–9. — URL: <https://praesens.ru/zhurnal/elektronnyy-zhurnal/sp-ped/>.



© Jiefeng Jiang / Essentials/Stock

пересборка подхода к атопическому дерматиту

Стратегии профилактики атопического дерматита у детей
с факторами риска



Авторы: Елена Семёновна Ковригина, канд. мед. наук, доц. кафедры педиатрии и школьной медицины ИНОПР Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова; Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва), Сергей Витальевич Лёгкий, StatusPraesens (Екатеринбург)

Копирайтинг: Дарья Яцышина

Атопический дерматит (АтД) — не просто болезнь кожи. Да, при нём возникает хроническое воспаление и нарушается барьерная функция эпидермиса, но страдает куда больше систем, чем кожный покров¹. Мучительный зуд не даёт спокойно спать — симптомы дополнительно усиливаются по ночам. Днём трудно сосредоточиться на работе или учёбе. Видимые высыпания осложняют общение со сверстниками, порождают тревогу и постепенно вытесняют ребёнка из привычной социальной жизни. Всё это касается не только самого пациента, но и его близких: АтД — болезнь, тревожащая семью целиком.

Генетически детерминированное воспалительное заболевание АтД отличается возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Оно доставляет не-

мало хлопот не только самим пациентам, но и лечащим врачам: подобрать терапию, позволяющую поддерживать ремиссию, зачастую непросто. Наружные гормональные и нестероидные про-

[Кожный барьер больных АтД серьёзно нарушен. Эпидермис, который в норме защищает от естественной потери влаги и проникновения потенциально вредных частиц, не справляется с этими задачами.]

[Учёные всего мира уже не одно десятилетие пытаются найти первопричину структурных изменений кожи у больных АтД, но пока, к сожалению, тщетно: существуют разные теории их возникновения.]

тивовоспалительные средства, селективные иммуносупрессоры, системные антигистаминные препараты и глюкокортикоиды — спектр применяемых стратегий для лечения довольно широк. Один из видов терапевтического и профилактического воздействия с высоким уровнем доказательности (2B) — **увлажняющие и смягчающие средства**. Этот базис необходим на любой стадии заболевания².

Нестойкий барьер

Кожа — крупнейший орган человеческого тела, не только обеспечивающий механическую защиту, но и выполняющий иммунологические, а также метаболические функции. Этот эволюционно сформированный барьер, **структурно сложный и динамичный**, предупреждает инвазию возбудителей инфекций, проникновение аллергенов, токсинов и других внешних раздражителей, поддерживает водно-электролитный и температурный баланс организма.

Учёные всего мира уже не одно десятилетие пытаются найти первопричину структурных изменений кожи при АтД, но пока, к сожалению, тщетно: существуют разные теории их возникновения³. Огромное значение придается **генетическим предпосылкам** — в настоящее время обнаружено порядка сотни локусов, ассоциированных с заболеванием (наиболее изучены мутации, ответственные за дефекты липидной межклеточной матрицы или белков цитоплазмы кератиноцитов)⁴. Помимо них в чрезвычайно сложном патогенезе переплетаются факторы окружающей среды (поллютанты, химические раздражители, чрезмерная жара или холод, недостаточная влажность воздуха), изменения микробиоценоза и иммунная дисрегуляция³.

Кожный барьер больных АтД **серьёзно нарушен**. Эпидермис, который в норме защищает от естественной по-

тери влаги и проникновения потенциально вредных частиц, не справляется с этими задачами. Клетки рогового слоя разрыхлены, а контакты между ними не прочные — через **многочисленные «бреши»** происходит **усиленная трансэпидермальная потеря воды (ТЭПВ)**⁵. В 2021 году исследователи продемонстрировали, что у здоровых людей на внутренней поверхности предплечья показатели ТЭПВ составляют в среднем 11,6 г/м²/ч, у пациентов с АтД в этой же области (без морфологических элементов заболевания) — 13,15, тогда как в экзематозных очагах — 28,68.

Повышенная проницаемость эпидермального барьера опосредует не только потерю влаги, но и проникновение **множества аллергенов из окружающей среды** — пищевых белков, частиц пылевых клещей и эпидермиса животных. В ответ на такую инвазию эпителиальные клетки выделяют различные сигнальные молекулы — тимический стромальный лимфопоэтин, а также интерлейкины (IL) 25 и 33. Эти медиаторы **запускают каскад** врождённых и адаптивных реакций, активируя незрелые дендритные и лимфоидные клетки 2-го типа.

В дальнейшем происходит миграция дендритных клеток в лимфатические узлы, дифференцировка Th2-лимфоцитов и активная продукция цитокинов IL-4 и IL-13, которые **«переключают»** В-клетки на синтез иммуноглобулина E. Сформированные элементы иммунологической памяти циркулируют по всему организму, создавая основу для **системной** аллергической реакции⁶.

Такой механизм лежит в основе так называемого **атопического марша** — последовательного развития заболеваний, связанных с иммунной дисрегуляцией. Обычно этот процесс начинается с **сухости кожи** уже в неонатальном периоде, затем в первые месяцы жизни манифестирует АтД. Позже могут **присоединяться** пищевая сенсibilизация, аллергический ринит и бронхиальная астма⁷.

Масштабные клинические наблюдения подтверждают эту связь. Так, в мельбурнском когортном исследовании (Melbourne atopy cohort study, MACS) АтД, возникший у младенцев, увеличивал риск бронхиальной астмы и аллергического ринита **примерно в 3 раза** по сравнению с более поздним дебютом заболевания (после 2 лет жизни)⁸. В других публикациях показано, что тяжёлое течение АтД у пациентов до 3-летнего возраста ассоциировано с бронхоспазмом **более чем у половины** детей⁹.

Сезон засухи

В норме содержание воды в роговом слое составляет около 10–20%. Падение уровня ниже этого порога сопровождается клиническими проявлениями **ксероза** — шероховатостью поверхности, шелушением, ощущением стянутости и зудом¹⁰. Интенсивный зуд порождает расчёсы, а **механическое повреждение** ещё больше усугубляет состояние кожного барьера. В результате происходит постоянный воспалительный процесс (уже невольно поддерживаемый самими пациентами) с формированием различных морфологических элементов АтД: эритематозных очагов, папул, чешуек, трещин, эксфолиаций и участков лихенификации.

Столетия назад у пациентов с зудом и сухостью кожи начали использовать средства, основу которых преимущественно составляли жиросодержащие составы. Позже их стали называть эмо-

[Повышенная проницаемость эпидермального барьера опосредует не только потерю влаги, но и проникновение аллергенов окружающей среды — пищевых белков, частиц пылевых клещей и эпидермиса животных.]

лентами (или эмоллиентами) — термин происходит от латинского слова *emollire*, что означает «смягчать».

Со временем эмоленды и другие увлажняющие средства стали базовым компонентом лечения АТД **независимо от степени тяжести** — сейчас их применение регламентировано всеми современными гайдлайнами и экспертными рекомендациями. Они способствуют улучшению гидролипидного барьера кожи, уменьшению ТЭПВ и снижению выраженности воспалительных процессов¹¹.

Согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ², всем пациентам с АТД показано **постоянное** применение эмолендов и увлажняющих средств (о терминологических нюансах — на плашке). Их следует наносить на всю поверхность кожи в достаточном количестве, как правило, **не менее 3–4 раз в сутки**, а также обязательно после водных процедур. При распространённых поражениях расход средств у ребёнка может достигать примерно **250 г в неделю**.

Одна из наиболее **частых ошибок** — прекращение использования наружной терапии после улучшения состояния. Однако барьерная функция кожи у больных АТД требует постоянной поддержки. Авторы европейских руководств подчёркивают, что средства следует наносить ежедневно и **придерживаться такой тактики длительно** — не только во время обострений, но и в период ремиссии. Регулярное применение **снижает тяжесть АТД** и уменьшает потребность в топических противовоспалительных препаратах^{12,13}. Таким образом, использование увлажняющих средств — не просто вспомогательная, а **фундаментальная часть** менеджмента заболевания.

Внимание к деталям

Безусловно, в возникновении АТД значимое влияние имеет наследственная основа, но в то же время наличие определённых аллелей **не говорит** об обязательной реализации заболевания. Есть много триггеров, способных в определённый момент запустить патогенетические механизмы.

Почему так?

Эмоленды и увлажняющие средства иногда употребляют как **взаимоисключаемые слова**. Эту терминологическую путаницу необходимо прояснить. Существуют разные классы увлажняющих компонентов: эмоленды (в основном жиросодержащие формулы), хумектанты (вещества, притягивающие влагу), окклюзивы (масла и воски).

Как правило, современные косметические линии (например, «Эмолен-тум») содержат все эти классы, что позволяет **комплексно совладать** с причинами сухости. Например, триглицериды каприловой и каприновой кислот восполняют нехватку межклеточных липидов в толще эпидермиса и **ограничивают потерю воды** из внутренних слоёв кожи. Соли гиалуроновой кислоты помогают удерживать влагу, масла карите и макадамии — природные компоненты — способствуют восстановлению защитной липидной плёнки, предотвращая излишнюю потерю влаги, смягчают и придают коже эластичность.

[Со временем эмоленды и другие увлажняющие средства стали базовым компонентом лечения АТД независимо от степени тяжести — сейчас их применение регламентировано всеми современными гайдлайнами.]

Например, климат. В тропических зонах дебют АТД часто сдвигается к более раннему возрасту из-за усиленного воздействия температур, потоотделения, раздражения кожи и изменения микробного пейзажа на её поверхности¹⁴. На урбанизированных территориях свой негативный вклад вносят диоксид азота и частицы продуктов горения размером менее 2,5 мкм. Поллютанты вызывают окислительный стресс, нарушают микробиом кожи, прямо повреждают эпидермальную барьер, соответственно, увеличивают ТЭПВ и **усиливают сенсibilизацию** к аллергенам. Эпидемиологические данные подтверждают: как краткосрочное, так и длительное воздействие загрязнителей **провоцирует** манифестацию АТД и последующие обострения¹⁵.

Диета будущей матери и самого ребёнка существенно влияет на риск АТД: «нездоровые» пищевые привычки — чрезмерное потребление сахара, соли, переработанного мяса и дефицит цельных злаков — **повышают вероятность** атопической экземы через нарушение состава микробиоты и иммунный дисбаланс. Глобальный анализ бремени

заболевания показывает **чёткую связь** моделей питания с ростом частоты АТД в разных регионах, особенно социально и экономически развитых¹⁶.

«Подстегнуть» реализацию АТД способен неправильный уход за кожей. **Агрессивные компоненты** гигиенических средств — фталаты, парабены — разрушают липидный барьер, изменяют кожную микрофлору и усиливают проницаемость эпидермиса, **особенно в младенчестве**. Щелочные гели и мыла способны повышать уровень pH на поверхности тела и усиливать ксероз.

Наоборот, **предупредить первичный запуск** АТД помогают специальные увлажняющие средства¹⁷. Причём именно первые недели и месяцы жизни уже давно рассматривают как потенциальное «окно возможностей» для снижения риска заболевания у **предрасположенных к нему лиц**¹⁸.

В 2014 году в рандомизированном исследовании (n=118, Япония) родители 59 новорождённых с первой недели жизни и до 8 мес **регулярно использовали** эмоленды, нанося средство на всё тело ребёнка, кроме волосистой части головы. В это же время участники контрольной группы применяли ва-

зелен только на сухих участках кожи. К концу наблюдения в исследуемой группе АтД регистрировали реже на 32% ($p=0,012$)¹⁹.

В том же году исследователи из США и Великобритании опубликовали результаты сравнительного клинического исследования с участием 124 детей: у одних участников с 3-недельного возраста использовали эмоленты различной вязкости (крем, масло или

мазь), тогда как другие родители **не наносили** подобных увлажняющих средств на кожу. В результате кумулятивная заболеваемость АтД у первой группы в возрасте 6 мес была **ниже на 50%** (относительный риск 0,5; 95% ДИ 0,28–0,9; $p=0,017$)²⁰.

Чрезвычайно **важен состав** наносимого на кожу средства. Так, в многоцентровом исследовании эмоленты, применяемые для профилактики у мла-

денцев высокого риска АтД, содержали в основном жидкий парафин без добавления таких компонентов, как мочевины, гиалуронат натрия, природные масла²¹. В результате итоги, опубликованные в 2020 году, были неутешительны. Примерно равное количество детей (как использовавших специальные уходовые средства, так и нет) сформировали проявления АтД. Более поздняя публикация с подробным анализом этого феномена делает акцент **на низком комплаенсе** со стороны родителей и неодинаковой эффективности различных увлажняющих и смягчающих средств²².

В этом контексте уместно упомянуть систематический обзор и мета-анализ 2022 года, где авторы пришли к следующему заключению: профилактическое применение эмолентов, начатое в раннем младенческом возрасте, может предотвратить АтД, особенно у детей групп риска, но при **условии постоянного использования**¹⁸.

И, наконец, в 2023 году итоги одноцентрового рандомизированного исследования STOP-AD (Short-term Topical Application to Prevent Atopic Dermatitis) с участием 260 новорождённых продемонстрировали следующую результативность. В группе младенцев, которым наносили эмоленты 2 раза в день в течение первых 8 недель жизни, распространённость АтД к 12-месячному возрасту была ниже на 29% по сравнению с контрольной группой, в которой придерживались только общепринятых рекомендаций по гигиене²³.

Таким образом, именно **регулярное** нанесение увлажняющих средств на кожу всего тела можно рассматривать как превентивную стратегию у детей с **отягощённой наследственностью** по аллергическим заболеваниям.

[Именно регулярное нанесение увлажняющих средств на кожу всего тела можно рассматривать как превентивную стратегию у детей с отягощённой наследственностью по аллергическим заболеваниям.]

Кожа любит деликатность

Уход за кожей при АтД требует особой деликатности. Задача — очистить тело от загрязнений, выделений и патогенов, избежав агрессивного химического и механического воздействия, **сохраняя липидный барьер**. Именно поэтому в процессе гигиенических мероприятий у детей рекомендовано использовать не традиционное мыло, а выбирать «мягкие» средства с **нейтральным или слабокислым pH**.

Современные руководства предлагают синдеты* либо специальные средства, которые одновременно **очищают и смягчают** кожу. Такие средства содержат **липидные компоненты**, например жидкий парафин или эфиры жирных кислот, способствующие сохранению гидролипидного слоя²⁵. Дополнительное требование к препаратам для ухода — они должны иметь **минимально возможный состав ингредиентов** и не включать потенциальные раздражители. В числе последних — отдушки, красители или растительные белки, способные выступать **контактными аллергенами**²⁶.

Несмотря на распространённые опасения родителей, водные процедуры **не противопоказаны** пациентам с АтД. Напротив, кратковременные ванны или душ способствуют очищению кожи от аллергенов, микроорганизмов и продуктов воспаления. Однако имеет смысл соблюдать несколько правил.

Вода должна быть умеренно тёплой (примерно 27–37 °C в разных рекомендациях), а продолжительность процедуры — ограниченной, обычно **5–10 мин**²⁷. После купания кожу следует аккуратно промокнуть мягким полотенцем (не насухо!), избегая интенсивного трения, и сразу нанести уходовое увлажняющее средство. Такой подход помогает «запечатать» влагу в роговом слое и уменьшить ТЭПВ.

Есть работы, показывающие, что регулярность купания не влияет на течение АтД²⁸. Фундаментальных исследований с высокой степенью доказательности пока нет²⁹, как **нет чётко установленных нормативов**. Допускаются водные процедуры от 2 до 7 раз в неделю, однако частоту следует подбирать **индивидуально** с учётом выраженности сухости кожи и реакции пациента.

* Синдеты (synthetic detergent — «синтетический детергент») — очищающие средства нового поколения («мыло без мыла»), созданные на основе мягких поверхностно-активных веществ. Они имеют pH 5,5, соответствующий естественному уровню кожи, не содержат агрессивных компонентов.

Синергия компонентов

Существует принципиальное различие между сухой кожей из-за недостатка влаги (например, вследствие её низкого содержания в воздухе) и повреждённым эпидермисом при АтД²⁴. В первом случае достаточно «обычных», то есть

представленных в масс-маркете увлажняющих и смягчающих средств. Во втором нужны **специальные продукты**, содержащие три класса увлажняющих компонентов: эмоленты, хумектанты, окклюзивы.

- Эмоленты способствуют восстановлению кожного барьера, помогают успокоить, смягчить кожу и повысить уровень её влажности³⁰.
- Хумектанты представляют собой вещества, обладающие способностью **связывать воду** и удерживать её в роговом слое. Наиболее часто используемые ингредиенты этого класса — глицерин, сорбитол, гиалуроновая и молочная кислоты. Они увеличивают гидратацию кожи и улучшают её **эластичность**. Сочетание с окклюзивами обеспечивает более выраженный увлажняющий эффект³¹. К хумектантам относят также мочевины: в низких концентрациях (до 10%) она действует как гидратирующее средство³².
- Окклюзивы образуют на поверхности кожи **защитную плёнку**, которая уменьшает испарение воды и способствует сохранению влаги в роговом слое. К наиболее распространённым веществам этой группы относят вазелин, парафин, минеральные и различные растительные масла. Такие компоненты часто входят в состав средств для ухода, поскольку **эффективно снижают ТЭПВ и сухость**³³.

Современные профессиональные средства представляют собой композиции перечисленных компонентов. **Сочетанные формулы** улучшают барьерную функцию кожи, увлажняют её и уменьшают клинические проявления АТД³⁴. Причём с практической точки зрения важно, чтобы линейки по уходу были представлены различными формами: кремами для применения на небольшой поверхности **поражённой кожи**, эмульсиями для использования на обширных участках тела (для профилактики обо-

[**С практической точки зрения важно понимать: есть принципиальное различие между сухой кожей из-за недостатка влаги (например, вследствие её низкого содержания в воздухе) и повреждённым эпидермисом при АТД.**]

стрений атопических заболеваний необходимо нанесение увлажняющего средства на всё тело), а также эмульсиями для купания (для смягчения жёсткой воды и мягкого очищения сухой и чувствительной кожи).

Актуальные рекомендации подчёркивают важность **индивидуального подхода** с учётом предпочтений пользователя. Средство должно быть комфортным для регулярного применения, поскольку именно **приверженность к использованию** определяет эффективность¹².

Профессиональная линейка «Эмолентум» (в форме крема, эмульсии для купания, эмульсии для нанесения на тело, а также специального крема и специальной эмульсии) разработана для ухода за кожей с явлениями зуда, **повышенной сухостью** и шелушением. Все косметические продукты **разрешены с периода новорождённости** и предназначены в том числе для профилактики АТД или его обострений. Формулы сочетают обязательные для комплексных средств классы увлажняющих веществ — хумектанты, окклюзивы и эмоленты.

Отечественные дерматологи уже несколько лет с успехом применяют стратегию постоянного и качественного увлажнения с помощью этой линии средств как в качестве самостоятельного лечения, так и в совокупности с местной глюкокортикоидной терапией^{35,36}. В частности, использование крема (в составе: триглицериды каприловой и каприновой кислот [4%], масло карите [4%], масло макадамии [3%], мочевины [3%], гиалуронат натрия [1%], парафиновое масло [5%]), лимитирующего ТЭПВ, позволило эффективно **ку-**

пировать обострение, восстановить водно-липидный баланс и функции кожного барьера. У всех пациентов отмечали значительное снижение сухости, зуда, чувства стягивания кожи, улучшения эпителизации экскориаций, значимо низкий риск вторичной бактериальной инфекции и хорошую переносимость средства³⁶.

Результаты исследований^{37,38} свидетельствуют: использование профессиональных увлажняющих средств снижает вероятность возникновения АТД в группах **высокого риска**, уменьшает частоту и выраженность обострения при уже реализовавшемся заболевании, потребность в топических глюкокортикоидах и улучшает оценку по шкале SCORAD*. **Регулярное применение** повышает гидратацию кожи у новорождённых. В случае локализованных участков сухости и шелушения эффект наступал уже **через 4 дня**, при большой площади поражения кожи и выраженных проявлениях требовалось 7–14 дней³⁹.



У АТД, как и у **любого заболевания**, есть модифицируемые и немодифицируемые триггеры. Безусловно, нельзя повлиять на генетический фон или уровень пылевого загрязнения воздуха в глобальном или местном масштабе, и в большинстве случаев семьям достаточно сложно поменять место жительства. Тем не менее вполне реально организовать **правильный уход за кожей**. Это, пожалуй, одна из доступных превентивных стратегий, результативность которой продемонстрирована многими исследователями. **SP**

* Шкала SCORAD (scoring of atopic dermatitis) — международный инструмент для количественной оценки тяжести АТД. Оценивает распространённость, интенсивность и субъективные симптомы.

[**Одна из наиболее распространённых ошибок — прекращение использования уходовых средств после улучшения состояния кожи, однако её барьерная функция у больных АТД требует постоянной поддержки.**]

Литература и источники

1. Безмельнищина Л.Ю., Бесстрашнова Я.К., Золотарёв П.Н. и др. Бремя атопического дерматита в современных условиях // Менеджер здравоохранения. 2022. №7. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bremya-atopicheskogo-dermatita-v-sovremennyh-usloviyah>.
2. Атопический дерматит: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. М., 2024. — URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/265_3.
3. Afshari M., Kolackova M., Rosecka M. et al. Unraveling the skin: A comprehensive review of atopic dermatitis, current understanding, and approaches // Front. Immunol. 2024. Vol. 15. P. 1361005. [PMID: 38500882]
4. Meledathu S., Naidu M.P., Brunner P.M. Update on atopic dermatitis // J. Allergy Clin. Immunol. 2025. Vol. 155. №4. P. 1124–1132. [PMID: 39855361]
5. Montero-Vilchez T., Segura-Fernández-Nogueras M.V., Pérez-Rodríguez I. et al. Skin barrier function in psoriasis and atopic dermatitis: transepidermal water loss and temperature as useful tools to assess disease severity // J. Clin. Med. 2021. Vol. 10. №2. P. 359. [PMID: 33477944]
6. Yue C., Zhou H., Wang X. et al. Atopic dermatitis: pathogenesis and therapeutic intervention // MedComm. (2020). 2024. Vol. 5. №12. P. e70029. [PMID: 39654684]
7. Tsuge M., Ikeda M., Matsumoto N. et al. Current insights into atopic march // Children (Basel). 2021. Vol. 8. №11. P. 1067. [PMID: 34828780]
8. Lowe A.J., Angelica B., Su J. et al. Age at onset and persistence of eczema are related to subsequent risk of asthma and hay fever from birth to 18 years of age // Pediatr. Allergy Immunol. 2017. Vol. 28. №4. P. 384–390. [PMID: 28301056]
9. Mrkić Kobal I., Plavec D., Vlašić Lončarić Ž. et al. Atopic march or atopic multimorbidity: Overview of current research // Medicina (Kaunas). 2023. Vol. 60. №1. P. 21. [PMID: 38256282]
10. Purnamawati S., Indrastuti N., Danarti R., Saefudin T. The role of moisturizers in addressing various kinds of dermatitis: A review // Clin. Med. Res. 2017. Vol. 15. №3–4. P. 75–87. [PMID: 29229630]
11. Van Halewijn K.F., Lahnstein T., Bohnen A.M. et al. Recommendations for emollients, bathing and topical corticosteroids for the treatment of atopic dermatitis: A systematic review of guidelines // Eur. J. Dermatol. 2022. Vol. 32. №1. P. 113–123. [PMID: 35188464]
12. Wollenberg A., Kinberger M., Arents B. et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: Living update // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2025. Vol. 39. №9. P. 1537–1566. [PMID: 40317496]
13. Argenziano G., Cusano F., Corazza M. et al. Italian S3-guideline on the treatment of atopic eczema. Part 1. Systemic therapy, adapted from EuroGuiDerm by the Italian society of dermatology and STD (SIDEMAST), the Italian association of hospital dermatologists (ADOI) and the Italian society of allergological and environmental dermatology (SIDAPA) // Ital. J. Dermatol. Venerol. 2024. Vol. 159. №3. P. 223–250. [PMID: 38727633]
14. Wang S.P., Stefanovic N., Orfali R.L. et al. Impact of climate change on atopic dermatitis: A review by the International eczema council // Allergy. 2024. Vol. 79. №6. P. 1455–1469. [PMID: 38265114]
15. Pan Z., Dai Y., Akar-Ghibrii N. et al. Impact of air pollution on atopic dermatitis: A comprehensive review // Clin. Rev. Allergy Immunol. 2023. Vol. 65. №2. P. 121–135. [PMID: 36853525]
16. Xiao Y., Chen Y., Yao X. et al. Global trends and modifiable risk factors for atopic dermatitis incidence: Insights from GBD 2021 // J. Allergy Clin. Immunol. Glob. 2025. Vol. 4. №4. P. 100532. [PMID: 40740413]
17. Elias P.M. Optimizing emollient therapy for skin barrier repair in atopic dermatitis // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2022. Vol. 128. №5. P. 505–511. [PMID: 35065300]
18. Zhong Y., Samuel M., Van Bever H., Tham E.H. Emollients in infancy to prevent atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis // Allergy. 2022. Vol. 77. №6. P. 1685–1699. [PMID: 34591995]
19. Horimukai K., Morita K., Narita M. et al. Application of moisturizer to neonates prevents development of atopic dermatitis // J. Allergy Clin. Immunol. 2014. Vol. 134. №4. P. 824–830.e6. [PMID: 25282564]
20. Simpson E.L., Chalmers J.R., Hanifin J.M. et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention // J. Allergy Clin. Immunol. 2014. Vol. 134. №4. P. 818–823. [PMID: 25282563]
21. Chalmers J.R., Haines R.H., Bradshaw L.E. et al. Daily emollient during infancy for prevention of eczema: the BEEP randomised controlled trial // Lancet. 2020. Vol. 395. №10228. P. 962–972. [PMID: 32087126]
22. Ohya Y. Prevention of atopic dermatitis: what are we missing? // Allergy Asthma Immunol. Res. 2025. Vol. 17. №4. P. 433–446. [PMID: 40736773]
23. Ni Chaomh C., Lad D., Nico C. et al. Early initiation of short-term emollient use for the prevention of atopic dermatitis in high-risk infants: the STOP-AD randomised controlled trial // Allergy. 2023. Vol. 78. №4. P. 984–994. [PMID: 35997592]
24. Nicol N.H., Rippke F., Weber T.M., Hebert A.A. Daily moisturization for atopic dermatitis: importance, recommendations, and moisturizer choices // J. Nurse Pract. 2021. Vol. 17. P. 920–925.
25. Kowalska M.K., Orłowska S.M., Bednarczyk Ł. Applied research on atopic dermatitis with special emphasis on the role of emollients in this disorder: A review // Applied sciences. 2024. Vol. 14. №18. P. 8315.
26. Lovold Berents T.V., Dotterud C., Faleide E.A. et al. Harmonised topical treatment procedures for children with atopic dermatitis // Tidsskr. Nor. Laegeforen. 2024. Vol. 144. №7. [PMID: 38832604]
27. Pagliaro M., Pecoraro L., Stefani C. et al. Bathing in atopic dermatitis in pediatric age: why, how and when // Pediatr. Rep. 2024. Vol. 16. №1. P. 57–68. [PMID: 38251315]
28. Koutroulis I., Petrova K., Kratimenos P., Gaughan J. Frequency of bathing in the management of atopic dermatitis: to bathe or not to bathe? // Clin. Pediatr. (Phila.). 2014. Vol. 53. №7. P. 677–681. [PMID: 24634423]
29. Fong W.C.G., Howells L., Muller I. et al. The eczema bathing study: weekly versus daily bathing for people with eczema? Protocol of an online, randomised controlled trial // NIHR Open Res. 2025. Vol. 4. P. 63. [PMID: 39927124]
30. Emollient use in skin conditions / The British association of dermatologists. — URL: <https://www.bad.org.uk/pils/emollient-use-in-skin-conditions>.
31. Madhani N., Deo J., Dalal K. et al. Revitalizing the skin: Exploring the role of barrier repair moisturizers // J. Cosmet. Dermatol. 2024. Vol. 23. №5. P. 1533–1540. [PMID: 38214440]
32. Piquero-Casals J., Morgado-Carrasco D., Granger C. et al. Urea in dermatology: A review of its emollient, moisturizing, keratolytic, skin barrier enhancing and antimicrobial properties // Dermatol. Ther. (Heidelb.). 2021. Vol. 11. №6. P. 1905–1915. [PMID: 34596890]
33. Maden S. Current approach to moisturizer and emollient utilization in atopic dermatitis: A review // Explor. Asthma Allergy. 2024. Vol. 2. P. 441–449.
34. Araviiskaia E., Pincelli C., Sparavigna A., Luger T. The role of a novel generation of emollients, «emollients plus», in atopic dermatitis // Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. 2022. Vol. 15. P. 2705–2719. [PMID: 36545500]
35. Монахов К.М., Соколовский Е.В., Домбровская Д.К. Интермиттирующая терапия местными глюкокортикостероидами больных атопическим дерматитом // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2010. №5. С. 60–64.
36. Ермошина Н.П., Головач Н.А. Применение крема «Эмолиум» для ухода за кожей детей с атопическим дерматитом // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2012. Т. 91. №6. С. 155–156.
37. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Рациональный выбор средств базового ухода у больных алергодерматозами // Клиническая дерматология и венерология. 2013. Т. 11. №2. С. 45–51.
38. Знаменская Л.Ф., Текучёва Л.В. Эффективность применения наружных средств косметической линии «Эмолиум» в комплексной терапии детей, больных атопическим дерматитом // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2011. Т. 90. №3. С. 110–114.
39. Одинаева Н.Д., Яцык Г.В., Беляева И.А. Коррекция сухости кожи у новорождённых детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2011. Т. 90. №2. С. 75–79.

ДЛЯ СУХОЙ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ КОЖИ, СКЛОННОЙ К АТОПИИ

ЭМОПЕНТУМ®



Средство,
увлажняющее
профессионально



СРАЗУ ПОСЛЕ НАНЕСЕНИЯ

уменьшает ощущение стянутости

В ТЕЧЕНИЕ 15-30 МИНУТ

кожа разглаживается*

ЧЕРЕЗ 8 ДНЕЙ

достоверное улучшение состояния
кожи при регулярном применении
2 раза в день**

75 мл

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Листок-вкладыш Эмоментум.

*за счёт содержания эмоментов

**Тихомиров А. А., с соавт. Рациональная наружная терапия атопического дерматита у детей с применением современных эмоментов // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2011. №6.

sopharma

ООО «Софарма Рус» 127030, г. Москва,
вн. тер. г. муниципальный округ Тверской,
ул. Новослободская, д. 31, стр. 4.