

Атопический дерматит у детей: взгляд дерматолога

Аллергические заболевания – это глобальная проблема XXI века, от которой страдает около 35% жителей планеты. В педиатрической практике весьма распространенной аллергической патологией является атопический дерматит (АД). Это заболевание, по разным оценкам, отмечается у 3–10% детского населения. В структуре всех дерматозов на АД приходится около 20–50% случаев, и этот показатель продолжает расти. Хроническое течение АД, частые обострения и неприятные симптомы зачастую приводят к психологической дезадаптации ребенка. На научно-практической конференции с международным участием «Второй академический симпозиум по педиатрии», которая состоялась 1–3 марта 2018 года в г. Трускавец, с докладом «Конкретное обоснование применения топических кортикостероидов у детей (удачи и ошибки)» выступила известный отечественный эксперт в области дерматологии, заведующая кафедрой дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Лидия Денисовна Калужная. В своем выступлении она подчеркнула, что сегодня в Украине существует достаточно много проблем, связанных с диагностикой и лечением АД. Самолечение, некорректное назначение терапии врачами смежных специальностей при отсутствии обоснованного диагноза, установленного дерматологом, зачастую приводят к усугублению течения заболевания, а в ряде случаев – и к развитию тяжелых последствий. АД – это, безусловно, мультидисциплинарная проблема, однако ведущая роль в диагностике и лечении данного неинфекционного дерматоза все же принадлежит дерматологам.

– Согласно Европейскому руководству по диагностике и лечению атопического дерматита, он представляет собой воспалительное хроническое или хронически рецидивирующее заболевание кожи, сопровождающееся зудом, которое часто выявляется в семьях с другими атопическими заболеваниями (бронхиальной астмой и/или аллергическим риноконъюнктивитом). Данное кожное заболевание отмечается у 10–20% детей и 1–10% взрослых. Это свидетельствует о том, что у половины из тех пациентов, у которых АД дебютировал в детском возрасте, заболевание остается на всю жизнь. Если проанализировать статистические данные о распространенности АД, во всех странах отмечается тенденция к ее росту (например, в Великобритании с 1964 по 1999 г. заболеваемость детей в возрасте 9–12 лет выросла в 4 раза). Данные по Украине демонстрируют противоположную картину: заболеваемость АД у детей снижается (с 5,45 на 1000 населения в возрасте 0–14 лет в 1998 г. до 3,71 – в 2012 г.). Важно понимать, что такая противоречивая ситуация прежде всего объясняется отсутствием корректных данных об истинной заболеваемости АД в нашей стране.



У пациентов с АД часто обнаруживается отягощенный аллергологический анамнез: у 42% больных родственники первой линии также имеют АД, у 28% – респираторную аллергическую патологию. В основе этиопатогенеза АД лежит взаимодействие между генетическими факторами и факторами окружающей среды. Так, при АД возникают иммунные нарушения с постепенным увеличением продукции иммуноглобулина Е. Дефицит барьерной функции кожи («сухая кожа») ведет к изменениям липидного метаболизма и/или строения эпидермального протеина (мутация в гене филагтрина). В роли дополнительных патологических механизмов выступают аномальная колонизация кожи патогенными и условно-патогенными микроорганизмами с последующим повышением ее чувствительности и риска вторичного инфицирования, дисбаланс автономной нервной системы и увеличение продукции медиаторов различными воспалительными клетками в результате сильного воздействия психосоматических факторов, активация чувствительных немиелиновых нейронов с высвобождением нейромедиаторов и др. На возникновение АД у ребенка влияют внутриутробная сенсibilизация плода, возраст матери, характер гестации (длительность беременности более 41 недели), масса тела новорожденного и окружающая его среда. Дополнительными факторами риска развития АД являются нарушение вскармливания на первом году жизни, персистирующая микст-инфекция, длительная медикаментозная терапия, влияние домашней пыли, психотравмирующие ситуации в школе и семье, отсутствие взаимопонимания между врачом и семьей ребенка, неправильная оценка родителями состояния ребенка и самолечение.

В 1980 г. J. Hanifin и G. Rajka определили клинические критерии АД, которые до сих пор не утратили своей актуальности и активно используются во всем мире. Выделяют 6 основных (пруриго, типичная морфология и локализация очагов, наличие сгибательной лихенификации и линейности, поражение лица и конечностей у детей, хроническое течение и наличие атопии в личном или семейном анамнезе) и несколько дополнительных (ксероз, ихтиоз, ладонная гиперлинейность, волосая кератоз, повышенный уровень иммуноглобулина Е, манифестация в раннем возрасте, везикулярная экзема, конъюнктивит, кератоконус и др.) клинических критериев АД. На атопическую этиологию дерматита указывает наличие ≥3 основных и 3 дополнительных клинических критериев.

Существуют 4 клинические формы АД: эритемато-сквамозная (у детей до 2 лет), эритемато-сквамозная с лихенификацией (у детей от 2 лет до пубертатного возраста), лихеноидная и пруригоподобная (у взрослых).

Основная цель лечения атопического дерматита заключается в максимальном уменьшении количества обострений и обеспечении приемлемого качества жизни пациентов. В основе рационального базисного лечения АД лежит применение эмолентов. В современной дерматологической практике эмоленты признаны высокоэффективными средствами, незаменимыми при ведении пациентов с сухой, склонной к гиперкератозу и десквамации кожей. Клобаз (производитель – Фармзавод «Ельфа АТ», Польша) – жирный липофильный крем по типу водножировой эмульсии. Клобаз увлажняет, смягчает кожу, насыщает ее жировыми компонентами, восстанавливает эстетический вид. Крем не содержит ароматических веществ и консервантов, что снижает риск развития аллергических реакций. Крем Клобаз также можно использовать в качестве дополнительного средства при применении местных форм топических кортикостероидов.

Основную роль в патогенетическом лечении АД играют противовоспалительные средства: топические кортикостероиды, топические ингибиторы кальциневрина. Эти препараты могут применяться в форме кремов, мазей, а также входить в состав компрессов и обертываний. Равным образом важно соблюдать базисные рекомендации по модификации образа жизни (элиминационная диета, уход за кожей, в том числе с использованием средств для «атопической» кожи). Второстепенное значение имеет системная терапия. Возможно также применение дополнительных и альтернативных методов лечения.

Значительным достижением фармакологии, которое упростило лечение многих дерматологических заболеваний, без преувеличения является создание топических кортикостероидов. В зависимости от силы действия (т.е. эффективности в уменьшении воспаления) топические кортикостероиды делятся на четыре категории: с мягким, умеренным, сильным и очень сильным действием, и у каждого есть конкретная ниша для применения. Основные задачи местного лечения АД – это устранение признаков воспаления кожи и связанных с ними симптомов, а также восстановление поврежденного эпителия.

Среди внушительного перечня топических кортикостероидов, представленных сегодня на фармацевтическом рынке Украины, особого внимания практикующих врачей заслуживает препарат Кловейт® (производитель – Фармзавод «Ельфа», Польша), который применяется при тяжелом течении АД кратким курсом (3–7 дней). В 1 г мази содержится 0,5 г клобетазола пропионата – очень сильного синтетического кортикостероида для местного использования. Препарат обладает выраженным противовоспалительным и противоаллергическим действием, быстро устраняет наиболее неприятный симптом АД – кожный зуд. Большое

преимущество лекарственного средства Кловейт® – это возможность его применения у детей уже с 1-го года жизни.

После начала отчетливого регресса воспалительной симптоматики необходимо рекомендовать переход на местное применение препарата Момедерм® (производитель – Фармзавод «Ельфа», Польша) с возможным последующим уменьшением кратности его нанесения на кожу. Мометазона фурурат – действующее вещество крема и мази Момедерм® – это современный топический кортикостероид, широко применяемый в дерматологии. Новая молекулярная структура действующего вещества (наличие атомов хлора и фурурата – сложного эфира двойной фуранилкарбоновой кислоты) позволяет препарату удерживаться в верхних слоях эпидермиса. Показатель системной абсорбции препарата при этом не превышает 0,7%. Крем и мазь Момедерм® можно наносить на все участки кожи, включая лицо. Мометазона фурурат обладает противовоспалительным, антиэкссудативным, сосудосуживающим эффектами, что позволяет быстро устранить основные симптомы АД. Этот препарат показан для применения у детей с 2 лет и может использоваться всего 1 раз в сутки.

У многих детей с АД существенно меняется состав микрофлоры пораженной кожи, в основном за счет *Staphylococcus aureus* (54%), *Micrococcus* spp. (21%), *Staphylococcus epidermidis* (14%), *Bacillus* spp. (4%) и других микроорганизмов (4%). В таких случаях рассматривается вопрос о включении в схему лечения топических антибактериальных средств. Именно с целью коррекции дисбиотических нарушений со стороны кожи при АД применяется двухкомпонентное лекарственное средство Бетадерм® (производитель – Фармзавод «Ельфа», Польша). В его состав включен активный топический кортикостероид бетаметазона дипропионат в комбинации с аминогликозидным антибиотиком гентамицином. Бетаметазона дипропионат – это высоколипофильный диэфир, который является пролекарством. С помощью эстераз кожи в его молекулу расщепляются эфирные связи, что приводит к активации кортикостероида в месте его применения. При этом уровень эстераз в очаге поражения определяет интенсивность воспаления, т.е. чем более выражено воспаление кожи, тем более быстрое и мощное действие будет оказывать препарат Бетадерм®.

Таким образом, АД представляет собой весьма сложное заболевание, лечение которого требует комплексного и дифференцированного подхода. Ввиду того, что болезнь дебютирует уже в детском возрасте, данная проблема приобретает междисциплинарный статус. Терапии пациентам с АД следует назначать только после подтверждения диагноза дерматологом. Стартовое лечение АД включает препараты для местного применения, в частности топические кортикостероиды (Кловейт®, Момедерм®), топические антибактериальные средства в комбинации с кортикостероидами (Бетадерм®) и средства, улучшающие барьерную функцию кожи (Клобаз®).

Подготовила Илона Цюпа



Медицина складается
з науки і мистецтва...
Гуго Глязер'

ПОВНА ГАМА ТОПІЧНИХ ГКС² ТА ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ В ДЕРМАТОЛОГІЇ ВІД КОМПАНІЇ ВАЛЕАНТ

1. Три Тарас (1981–1979), Австрійський публіцист, громадський діяч, професор. Засновник медичного факультету Віденського університету. Автор книг «Фрагменти медичної. Дистанція лікарів та соція», «Про мистецтво в медицині», «Достягнення людського тіла від Платона до Діалекса». 2. Ілюстрація: Ірина Савченко.