# Менеджмент інфекційних ускладнень атопічного дерматиту з позиції алерголога та дерматолога

Ю.А. Бісюк

Б.В. Литвиненко

**Близько 150 млн населення Європейського союзу страждає на хронічні алергічні захворювання. За прогнозами експертів, у 2025 році алергічні порушення діагностуватимуться в кожного другого мешканця регіону. Приблизно третина пацієнтів з алергопатологією – хворі на атопічний дерматит (АД). Існує висока ймовірність їх звернення не лише до алергологів, а й до дерматологів, педіатрів, терапевтів, сімейних лікарів, що вимагає від цих фахівців глибокої обізнаності стосовно діагностики й сучасних можливостей лікування АД.**

Цікавий діалог, присвячений менеджменту АД, відбувся в рамках другого дня 17-х Київських дерматологічних днів (11-12 листопада, м. Київ). До розмови долучилися **Юрій Анатолійович Бісюк, доктор медичних наук, професор кафедри клінічної, лабораторної імунології та алергології Національного університету охорони здоров'я України (НУОЗУ) ім. П.Л. Шупика (м. Київ), науковий керівник Medical Knowledge Hub Allergology & Immunology**, та **Богдан Вікторович Литвиненко, кандидат медичних наук, асистент кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології НУОЗУ ім. П.Л. Шупика (м. Київ), головний лікар клініки персоналізованої медицини EuroDerm, співзасновник Medical Knowledge Hub.**

«АД часто йде «в комплекті» з бронхіальною астмою (БА) й алергічним ринітом (АР). Таке поєднання називають атопічною тріадою. Четверо з 5 дітей з АД мають супутню патологію – БА/АР, 10-20% – харчову кропивницю/анафілаксію (для порівняння: в загальній популяції їх частота складає 1-3%). Класичний атопічний марш являє собою розвиток АД із подальшим приєднанням АР, а згодом й БА, тому надзвичайно важливо вчасно помітити перші прояви, зокрема, здавалося б, такий банальний симптом, як закладеність носа в малюка. У 40% дітей з АР у подальшому виникає БА», – наголосив Ю.А. Бісюк.

За словами спікера, в основі АД лежить алергічне запалення (дегрануляція мастоцитів, продукція гістаміну, що запускає запальний каскад), тому слід скеровувати зусилля на контроль синтезу цього медіатора. Патогенез АД – хибне коло, до якого залучені порушення цілісності епідермісу; активація Th-опосередкованої імунної відповіді; дисфункція нервової системи; мікроорганізми.

Характерні ознаки АД – сезонність і часта сенсибілізація до пилку рослин (береза, амброзія, тимофіївка, дуб, полин), що зумовлює загострення у квітні (пилок дерев), травні/червні (пилок лугових трав) та серпні (пилок бур'янів). «З власного досвіду я зробив такий висновок: поширеність сенсибілізації до пилку рослин серед хворих на АД сягає 60%; більшість з них також страждають на АР. Персистуючий АР асоційований з алергенами пилу, шерсті домашніх тварин, спорами грибів, наприклад *Alternaria alternata*, які ростуть під листям дерев і зустрічаються навіть у великих містах (спори не поширюються лише в зимовий період). Менеджмент пацієнтів з АД повинен включати антигістамінні препарати (АГП), наприклад дезлоратадин», – зауважив доповідач.

**На українському ринку з'явився новий препарат дезлоратадину від компанії Дарниця – Ерідез®, таблетки, які диспергуються в ротовій порожнині.**

Дезлоратадин блокує $H_1$-рецептори; пригнічує медіатори ранньої фази запалення (гістамін, триптазу, лейкотрієни, простагландини), запобігаючи їхнім ефектам – появі ринореї, набряку слизової оболонки носа, чхання, свербіння; також блокує дію медіаторів пізньої фази запалення (цитокінів, хемокінів, молекул адгезії, клітин алергічного запалення), які провокують хронічну назальну обструкцію.

У масштабному дослідженні C. Bachert і співавт. (2010) за участю майже 78 тис. хворих на АР дезлоратадин продемонстрував найкращу ефективність стосовно назальних, очних і шкірних симптомів алергії порівняно з попереднім лікуванням цетиризином, фексофенадином, лоратадином: ефект дезлоратадину виявився вираженішим і розвивався швидше.

Серед переваг дезлоратадину – висока афінність до $H_1$-рецепторів (можливо використовувати менші дози активної речовини); швидке настання ефекту (покращення відзначається вже через 30 хвилин, тоді як при прийомі лоратадину – протягом 1-3 годин); тривале блокування ефекту (приблизно 24 годин, для лоратадину – 8 годин). Окрім цього, дезлоратадин характеризується кращим профілем безпеки. Препарат не проникає через гематоенцефалічний бар'єр, практично не провокує сонливості, не викликає звикання, не подовжує інтервал QT і не впливає на інші параметри серцевої провідності. Фармакологічні ефекти дезлоратадину не залежать від прийому їжі, зокрема грейпфрутового соку й жирних страв. Застосування високих (що в 9-10 разів перевищували терапевтичні) доз дезлоратадину не спричинило негативної дії на ЦНС і роботу серця.

Препарат **Ерідез®** представлений у формі таблеток, що диспергуються у порожнині рота. Таблетка містить 5 мг дезлоратадину, забезпечує швидку дію. **Ерідез®** призначений для усунення симптомів, пов'язаних з АР, кропив'янкою. Режим застосування – 1 таблетка на день. Лікарський засіб призначений для застосування дітям віком від 12 років. Непотребує розжовування, запивання водою, має комфортні органолептичні властивості, швидку (через 30 хвилин) й тривалу (протягом доби) дію.

**Завершуючи виступ, Ю.А. Бісюк зазначив: «Навіть у пацієнтів, які звертаються з метою алергенспецифічної імунотерапії, за появи патологічних симптомів використовують препарат Ерідез®, який розчиняється в роті, як то кажуть, «на очах» та надає тривалий ефект.**

Продовжуючи розгляд теми АД, **Б.В. Литвиненко** зупинився на інфекційних ускладненнях цього захворювання.

Найпоширеніші з них:

- стрепто- та стафілодермії (імпетиго, фолікуліти, пустули, фурункули);
- ангулярний стоматит;
- ектима;
- бешиха;
- ураження, зумовлені грамнегативними мікроорганізмами (виразково-некротичні ураження, багатоформна ексудативна еритема, сепсис);
- кандидоз шкіри та слизових оболонок;
- герпетиформна екзема Капоші;
- ускладнення, пов'язані з герпесвірусами, вірусом Епштейна-Барр, Коксакі.

У патогенезі АД надзвичайно важливу роль відіграють *Staphylococcus aureus* й ендотоксини, які він продукує: останні підвищують проникність епідермісу, призводять до незалежної активації Т-лімфоцитів, стимулюють продукцію факторів запалення і спричиняють кортикостероїдну резистентність. Поява резистентності до кортикостероїдів (КС) у пацієнтів з АД може асоціюватися з вторинним обсіменінням *S. aureus*.

Серед імунних порушень, характерних для АД, – підвищення рівня IgE, перехід у Th2-опосередковану відповідь, стимуляція Th17- і Th22-шляхів, зміна функції дендритних клітин. Вони порушують імунологічний гомеостаз у поверхневих шарах шкіри, створюють умови для вторинного інфікування.

Сучасний погляд на патогенез розвитку інфекційних ускладнень при АД є таким: ризик інфікування зростає внаслідок дефектів шкірного бар'єра, пригнічення вродженого імунітету шкіри через Th2-опосередковане запалення, колонізацію *S. aureus* і дисбіоз шкіри. Шкірні інфекції при АД асоціюються зі збільшенням ймовірності небезпечних для життя системних інфекцій.

Суть профілактики інфекційних ускладнень АД – нормалізувати функцію

**Чи доцільне використання АГП, зокрема дезлоратадину, в пацієнтів з АКД?**

**Ю.А. Бісюк**: «За наявності АКД першочергово проводимо елімінацію провокуючих факторів. Якщо це складно чи неможливо (приміром, у разі алергії на нікель, яка практично не піддається корекції), пацієнту призначаються АГП, наприклад дезлоратадин».

шкірного бар'єра, призначати адекватну протизапальну терапію, знижувати ймовірність колонізації шкіри *S. aureus* і мінімізувати використання системних антибіотиків.

З метою контролю патогенної мікрофлори й усунення в пацієнта з АД клінічних проявів вторинних ускладнень (імпетиго або піодермії) необхідно призначати комбіновані топічні препарати, які, крім протизапальних агентів (КС), містять антибактеріальні засоби та/або протигрибкові сполуки.

Монотерапія топічними КС зумовлює локальний імунодефіцит і може підвищувати ймовірність розвитку бактеріальних ускладнень. Навіть за відсутності очевидних симптомів вторинного інфікування слід припускати наявність у вогнищі *S. aureus*, *Malassezia furfur*.

Б.В. Литвиненко нагадав, що на фармацевтичному ринку представлений **Тримістин®-Дарниця** – унікальний комбінований топічний препарат (мазь гелеподібної консистенції), який містить тріамцинолону ацетонід та мірамістин. Препарат рекомендується до застосування в разі запальних захворювань шкіри, в тому числі ускладнених бактеріальними та грибковими інфекціями: АД, екземи, нейродерміту, псоріазу в прогресуючій та ексудативній формах, АКД, себорейного дерматиту та ін.

1 г мазі містить 0,25 мг тріамцинолону, 5 мг мірамістину й гіперосмолярну мазеву основу (мазь гелеподібної консистенції). Тріамцинолону ацетонід є КС із помірною біологічною активністю (2 клас), чинить протизапальну, протиалергічну та протиексудативну дію, а мірамістин забезпечує антибактеріальний і протигрибковий ефекти. Спектр впливу мірамістину широкий: він активний щодо грампозитивних (у тому числі стафілококів, стрептококів, ін.) і грамнегативних патогенів (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, ін.), щодо збудників інфекцій, які передаються статевим шляхом, а також щодо вірусів герпесу, імунодефіциту людини; чинить протигрибковий ефект на гриби роду *Aspergillus* і *Penicillium*, на дріжджові й дріжджоподібні гриби, дерматофіти й ін. Під дією мірамістину знижується стійкість мікроорганізмів до системних антибіотиків. А спеціальна мазева основа гелеподібної консистенції препарату **Тримістин®-Дарниця** характеризується сорбційними властивостями, перешкоджає системному всмоктуванню препарату, активує неспецифічну захисну реакцію в тканинах.

**Тримістин®-Дарниця – унікальна комбінація глюкокортикоїда тріамцинолону та мірамістину з потрійною дією: протизапальною, протиалергічною та антисептичною – з можливістю тривалого застосування при сприятливому профілі безпеки.**

**Як довго дозволяється використовувати препарат Тримістин®-Дарниця в разі бактеріальних ускладнень у пацієнта з АД?**

**Б.В. Литвиненко**: «У більшості випадків достатньо 2-тижневого курсу, щоб стабілізувати ситуацію. Згодом можна перейти на інші засоби (інгібітори кальциневрину) з використанням фототерапії і т. ін. Інколи виникає потреба в призначенні системних антибіотиків, що, однак, не виключає використання топічних комбінованих засобів, зокрема й препарату **Тримістин®-Дарниця»**.

*Підготувала* ***Олександра Марченко***

# НОВИНИ МОЗ

## До Верховної Ради внесено законопроєкт, яким посилюється правовий захист працівників екстреної медичної допомоги

У Верховній Раді зареєстровано законопроєкт № 6423, який має на меті вдосконалення правового захисту працівників екстреної медичної допомоги під час виконання службових обов'язків. З початку 2021 року було зафіксовано до сотні нападів на медпрацівників під час виконання ними службових обов'язків. Два медики загинули. За фактами нападів були відкриті кримінальні провадження.

У разі ухвалення проєкту закону до Кримінального кодексу України буде додано окрему статтю 350-1 «Погроза або насильство щодо працівника системи екстреної медичної допомоги, який входить до складу бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги», що посилить відповідальність за напади.

Законопроєкт передбачає:

• за погрозу вбивством, заподіяння тяжких тілесних ушкоджень по відношенню до працівника екстреної медичної допомоги під час виконання ним службових обов'язків винуватець каратиметься арештом на строк до 6 міс або обмеженням волі терміном до 3 років;

• за умисне нанесення побоїв, легких чи середніх тілесних ушкоджень працівнику бригади швидкої допомоги буде встановлено покарання у вигляді обмеження волі на строк від 3 до 5 років або позбавлення волі на той самий термін;

• за умисне заподіяння тяжкого тілесного ушкодження працівнику екстреної медичної допомоги передбачається позбавлення волі на строк від 5 до 12 років.

Крім того, будуть внесені зміни й до Кодексу України про адміністративні правопорушення: буде посилена відповідальність за хибні виклики бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

## В Україні виявили штам «омікрон»

18 грудня в Центрі громадського здоров'я України за результатами повногеномного секвенування виявлено перший в країні випадок зараження коронавірусом штаму «омікрон» (B.1.1.529-like). Пацієнт, інфікований цим штамом коронавірусу, повернувся з Об'єднаних Арабських Еміратів, де мав контакт із хворими на COVID-19. Наразі він продовжує перебувати на лікуванні; проводиться епідеміологічне розслідування цього випадку та додаткове обстеження кола контактних осіб пацієнта.

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України радить уникати поїздок до країн, де поширений коронавірус штаму «омікрон».

Зараз в Україні діє система моніторингу поширення різних штамів коронавірусної хвороби. Також діє система направлення на секвенування зразків із так званих кластерів, тобто тих районів, де фіксуються значні спалахи захворюваності. Це зразки, отримані в осіб, які повернулися з-за кордону, і тих, хто має атиповий перебіг захворювання. Отже, держава має всі потужності для виявлення штаму «омікрон».

Від 3 грудня Україна запровадила обов'язкову самоізоляцію для осіб, які повернулись із країн, де стрімко поширюється новий штам коронавірусу «омікрон». Йдеться про Південно-Африканську Республіку, Республіку Ботсвана, Зімбабве, Намібію, Королівство Лесото, Королівство Есватіні, Республіку Мозамбік, Республіку Малаві.

## Віктор Ляшко: «Держава хоче почути думку спільноти задля створення біокластеру»

17 грудня в Інноваційному парку UNIT.City розпочався Ідеатон на тему «Створення біокластеру для розвитку медичних біотехнологій в Україні». У церемонії відкриття взяли участь міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко та заступниця керівника офісу Президента України Юлія Соколовська.

Біокластер – це група взаємопов'язаних організацій, які спільно працюють для впровадження наукових інновацій медичного, фармацевтичного, біотехнологічного напрямків. Створення біокластеру – це успішна міжнародна практика, мета якої – започаткування біотехнологічного виробництва в країні.

Віктор Ляшко відзначив, що це вперше, коли держава зібрала представників наукових інститутів, стартапів, фармкомпаній, міжнародних партнерів для того, щоб напрацювати ідеї для створення біокластеру.

«Ми хочемо почути, що потрібно для розвитку біотехнологій, та створити екосистему, сприятливу для інновацій, де можна протестувати наукову ідею, знайти однодумців, провести дослідження, лабораторні експерименти, а головне – вивести розробки на ринок. Біокластер зможе стати тим самим майданчиком для проведення досліджень та випробувань, якого зараз не вистачає нашим науковцям», – наголосив Віктор Ляшко.

Юлія Соколовська подякувала всім за участь у розвитку біотехнологій та зауважила, що держава готова підтримувати розвиток медичних біотехнологій, адже це вимога часу. Заступниця керівника офісу Президента наголосила на важливості реалізації всіх ідей та думок, які будуть випрацьовані під час Ідеатону.

Програма заходу передбачає роботу в командах щодо місії та цінностей біокластеру, створення ланцюжка цінності для кожного зі стейкхолдерів, презентацію закордонних практик створення біокластерів тощо. Результати напрацювань у рамках Ідеатону будуть використані для створення біокластеру в Україні.

За результатами конкурсу наукових розробок у 2021 році, визначено перелік переможців, які розроблятимуть тест-системи. Зокрема, йдеться про розробку набору реагентів для серологічної діагностики бруцельозу, діагностичної тест-системи для виявлення антитіл класу IgM до вірусу кору методом ІФА, імуноферментної тест-системи для виявлення антитіл класу IgG до Borrelia burgdorferi в сироватці чи плазмі крові людини, мультиплексної тест-системи для визначення варіації вірусу SARS-CoV-2 на основі методу ПЛР та тест-системи для визначення вірусів роду Orthohantavirus на основі ПЛР-методу.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: https://moz.gov.ua