

Актуальные вопросы лечения атопического дерматита

10-11 апреля в г. Одессе состоялась VI научно-практическая конференция с международным участием «Новые медицинские технологии в педиатрии и семейной медицине», посвященная памяти академика НАМН Украины Б.Я. Резника. В рамках мероприятия с докладом «Проблемы неэффективной терапии atopического дерматита у детей» выступила заведующая кафедрой педиатрии № 2 Украинской медицинской стоматологической академии (г. Полтава), доктор медицинских наук, профессор Татьяна Александровна Крючко.



Т.А. Крючко

— На протяжении 3 последних десятилетий отмечается рост распространенности синдрома atopической экземы / дерматита (AEDS) в развитых странах: данная патология диагностируется у 10-15% детей в возрасте до 5 лет и 15-20% школьников. Согласно рекомендациям Комиссии Номенклатурного комитета Всемирной организации по аллергии (EAACI), опубликованным в 2003 г., переходное понятие AEDS было заменено термином «экзема».

Следует отметить, что проблема своевременной и адекватной терапии atopического дерматита (AD) в настоящее время приобрела особую медицинскую и социальную значимость в связи с необходимостью разработки эффективных способов борьбы с выраженным негативным влиянием данного заболевания на качество жизни детей. Высокая распространенность, волнообразное течение, частые рецидивы болезни приводят к тому, что во многих случаях именно педиатр решает тактические задачи терапии AD у ребенка. При этом частота диагностических ошибок, связанных с трактовкой ряда патологических изменений кожных покровов в пользу AD (неонатальные или младенческие акне, младенческий себорейный дерматит, интертригиозная стрептодермия, ограниченный кандидоз кожи, чесотка и др.), по-прежнему остается достаточно высокой. Это имеет принципиальное значение, поскольку только дифференцированный подход к терапии AD у детей может обеспечить стойкую ремиссию заболевания.

Считается, что современная наружная терапия AD должна оказывать влияние на основные звенья патогенеза atopического воспаления кожи, а также способствовать устранению морфологических изменений кожи и восстановлению ее функционального состояния. Глобальная стратегия лечения пациентов с AD направлена на достижение клинической ремиссии (подавление признаков воспаления, таких как эритема, отек, зуд, в острую фазу болезни и купирование инфильтрации, лихенификации, зуда — в хронической), улучшение барьерной функции кожи, предупреждение и устранение вторичного инфицирования кожных покровов. Кроме того, эта стратегия включает профилактику развития тяжелых форм AD, респираторной аллергии и инвалидизации больных; нормализацию сна, физической и социальной активности, а также улучшение качества жизни больного и его семьи.

Сегодня в лечении AD во всем мире активно используются противовоспалительные препараты, лекарственные средства, обеспечивающие увлажнение и восстановление защитного барьера кожи, а также комплексные мероприятия по борьбе с факторами, вызывающими обострение заболевания (аллергенами и неспецифическими триггерами). Согласно международным рекомендациям по диагностике и лечению AD у детей и взрослых (2006) общепризнанным считается ступенчатый подход к терапии AD в зависимости от тяжести течения заболевания и степени контроля его симптомов. В частности, при наличии только сухости кожи, без признаков воспаления, наиболее целесообразно использовать методы базисной терапии: элиминацию триггеров, увлажняющие и смягчающие средства. В свою очередь, легкие или умеренные симптомы AD требуют назначения топических глюкокортикоидов (ГК) низкой и средней активности и/или ингибиторов кальциневрина. На фоне умеренных и выраженных клинических проявлений заболевания рекомендованы топические

ГК умеренной и высокой активности, а при стабилизации воспалительного процесса — ингибиторы кальциневрина. У пациентов с тяжелым AD, не поддающимся лечению, могут быть использованы системные иммуносупрессоры, а также фототерапевтические методы воздействия.

Следует отметить, что сухость кожи приводит к повышению ее проницаемости, а также усиливает субъективную чувствительность. По мнению ряда авторов, наследуется не столько склонность к развитию аллергии, сколько ксеродермия, которая, в свою очередь, создает условия для возникновения аллергических реакций. Поэтому в лечении больных с AD огромное значение отводится базовому уходу за кожей с применением эмоленов — смягчающих средств, поддерживающих кожу в увлажненном состоянии и способствующих уменьшению зуда, — которые следует наносить регулярно, не менее 2 раз в день, в том числе после каждого мытья или купания, даже в те периоды, когда симптомы заболевания отсутствуют.

Таким образом, оптимальный подход к лечению AD включает назначение примочек, эмульсий топических ГК, анилиновых красителей в острой стадии заболевания с переходом на кремы топических ГК в сочетании с эмоленами при подостром течении дерматита. У пациентов с хроническими формами AD целесообразно использовать эмоленов и ингибиторы кальциневрина на кожу лица и шеи, а при присоединении вторичной инфекции — комбинированные лекарственные средства (топический ГК + противогрибковый и/или антибактериальный препарат).

Необходимо помнить о том, что одной из основных проблем в лечении воспалительных заболеваний кожи в педиатрической практике является необоснованное применение топических ГК, особенно при вторичном инфицировании. Ограничения, связанные с их использованием, вызваны возрастными особенностями, обуславливающими активное всасывание действующего вещества через кожные покровы, обширностью поражения, локализацией процесса (кожа лица и складок), а также способностью ГК вызывать снижение местного иммунитета и нарушения структуры кожи. Помимо этого, указанные лекарственные средства не должны назначаться на срок более 2-3 дней, следует избегать применения высокоактивных ГК у детей и использовать гормональные средства только в период выраженного обострения AD на наиболее пораженных участках кожи.

Повышение безопасности топического стероида практически всегда сопровождается снижением его клинической эффективности, а высокая активность ГК увеличивают риск развития побочных эффектов (стрий, угревых высыпаний, гирсутизма, инфекционных осложнений, атрофии кожи, телеангиэктазий, глаукомы, катаракты, гипопигментации и контактной сенсибилизации).

Ключевое значение в решении проблемы эффективного лечения AD играет вопрос инфекционных осложнений аллергического воспаления. Высокий уровень бактериальных инфекций кожи при AD в педиатрической популяции обусловлен некоторыми анатомо-физиологическими особенностями детского организма, в частности нежностью и рыхлостью эпидермиса; морфологической неполноценностью эластических и коллагеновых волокон; более высоким pH кожи по сравнению с таковым у взрослых; обилием поверхностно расположенных кровеносных сосудов в состоянии физиологической дилатации; активной секреторной деятельностью

потовых желез; повышением экстракренальной потери воды, ведущей к обильному потообразованию, расширению выводящих протоков потовых желез, формированию мелких ретенционных кист; повышением резорбционной функции и более легкой травматизацией кожи. Инфицирование в основном связано с дисфункциями клеточного и гуморального звеньев иммунитета, нарушением синтеза интерферона и функциональной активности естественных киллеров. Поражения кожи, ассоциированные со *S. aureus*, у больных AD вызывают явления ксеродермии, которая чаще всего бывает клинически представлена импетиго, фолликулитами, пустулами, фурункулами, петехиями. В свою очередь, микст-инфекции манифестируют в виде стрепто-стафилококкового или стрептококкового импетиго, ангулярного стоматита, эктимы, рожистого воспаления. Наиболее опасны смешанные грамотрицательные ассоциации, приводящие к развитию многоформной экссудативной эритемы, пиодермии, язвенно-некротического процесса. Они характеризуются значительным ухудшением общего состояния больного, а также серьезными осложнениями.

Следует учитывать, что поверхность кожи контаминирована большим количеством условно-патогенных микроорганизмов, которые при наличии хронического патологического процесса могут спровоцировать развитие воспалительной реакции. Нередко именно этот компонент микрофлоры кожи оказывает значительное влияние на хронизацию процесса. В настоящее время процесс размножения условно-патогенной флоры принято классифицировать как патологический при наличии гнойного отделяемого, пустул, фликтен или болезненности, отека, гиперемии, локального повышения температуры в сочетании как минимум с одним из соответствующих лабораторных показателей. К таковым относят положительный результат микробиологического исследования инфекционного материала или крови, выявление высокой степени обсеменения микроорганизмами, представляющими нормальную микрофлору кожи, диагностический титр антител к предполагаемому возбудителю.

Лечение воспалительных осложнений AD включает соблюдение режима питания, использование медикаментозных средств и методов физиотерапевтического воздействия. В этих случаях в составе местной терапии применяются препараты с антисептическим, дезинфицирующим и противовоспалительным действием. Учитывая широкую распространенность пиодермий именно в детском возрасте и возрастающую значимость проблемы антибиотикорезистентности, крайне важно рационально подобрать адекватный препарат для местного лечения с высоким профилем безопасности/эффективности. Кроме того, не следует забывать о сложностях, ассоциированных с лечением AD системными антибактериальными препаратами. Бесконтрольное применение антибиотиков ассоциируется с изменением биологических свойств возбудителей инфекционных заболеваний кожи, увеличением числа полирезистентных штаммов, побочными эффектами (в т. ч. формированием аллергических реакций).

Многие топические препараты, используемые при лечении бактериальных осложнений AD, угнетают реактивность и иммунную защиту макроорганизма, усиливая вирулентность и активность сапрофитных микроорганизмов. Резидентная микрофлора начинает

принимать активное участие в качестве фонового или болезнетворного фактора, который оказывает существенное влияние на развитие и течение многих заболеваний. В связи с этим приоритетную значимость в лечении данной группы больных приобретает правильный выбор местного антибактериального препарата.

В настоящее время в наружном лечении воспалительных дерматозов широко применяются лекарственные препараты на основе фузидиевой кислоты, пользующиеся популярностью благодаря широкому спектру антимикробного действия, возможности создания высокой локальной бактерицидной концентрации антисептика, способности действовать через интактную кожу, а также незначительному уровню системной адсорбции при местном применении. При этом фузидиевая кислота хорошо переносится пациентами, отличается низким уровнем бактериальной устойчивости и отсутствием перекрестной резистентности с другими антимикробными веществами.

Одним из современных высококачественных препаратов фузидиевой кислоты является Фузидерм®, представленный на украинском фармацевтическом рынке компанией «Мегаком». Благодаря применению Фузидерма в наружной терапии бактериальных инфекций кожи удается создать условия для влияния антибиотика непосредственно на очаг поражения с достижением максимальной интенсивности локального воздействия. При этом Фузидерм® характеризуется незначительным системным действием, минимальным риском развития побочных эффектов, проявляет слабую иммуномодулирующую активность, связанную с подавлением продукции и секреции цитокинов, особенно интерлейкинов и фактора некроза опухоли. Основные показания к применению Фузидерма — инфекции кожи и мягких тканей, угревая сыпь, микробная и истинная экзема, а также дерматозы неинфекционной природы, осложненные пиодермией. Фузидерм® может назначаться детям в возрасте старше 1 мес путем нанесения тонким слоем на измененные участки кожных покровов с интервалом 8-12 ч на протяжении 7 дней и более.

Наряду с Фузидермом в составе местной терапии инфекционных осложнений AD широко используется Фузидерм®-Б — комбинированный препарат, сочетающий мощное антибактериальное действие фузидиевой кислоты и местное противовоспалительное влияние бетаметазона. Фузидиевая кислота нарушает синтез белка в микробной клетке, действуя в зависимости от дозы бактериостатически или бактерицидно. Бетаметазон является топическим ГК с выраженными противовоспалительными, жаропонижающими, противоаллергическими и антиэкссудативными свойствами. Также бетаметазон обладает способностью уменьшать выраженность зуда и замедлять синтез коллагена.

В заключение необходимо отметить, что важнейшая роль в лечении пациентов с AD отводится комплексу мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов заболевания. Это достигается путем элиминации причинно-значимых аллергенов, соблюдения диетических рекомендаций, использования препаратов превентивного лечения, коррекции сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, санации очагов хронической инфекции ЛОР-органов, иммунофармакотерапии и местного лечения.

Подготовил **Антон Пройдак**