

Профілактика та лікування atopічного дерматиту у дітей: сучасний погляд на проблему

Атопічний дерматит (АД) є одним з найбільш поширених хронічних запальних шкірних захворювань у дитячій популяції, частота виявлення якого істотно збільшилася протягом останніх 30 років (M. Oszukowska et al., 2015). Особливо високі показники поширеності АД характерні для розвинених країн: так, за даними епідеміологічних досліджень, у США на АД страждає приблизно 17% дітей. АД клінічно маніфестує вже у ранньому дитинстві, при цьому у 65% дітей – у віці до 18 місяців (J.M. Spergel, 2010). На жаль, перебіг АД не можна назвати сприятливим – майже у половині пацієнтів симптоми хвороби зберігаються і у дорослому віці, що вказує на хронічну природу захворювання. До того ж сьогодні відомо, що АД є одним з найбільш значущих факторів ризику розвитку такого серйозного алергічного захворювання, як бронхіальна астма, особливо в групі дітей з раннім початком та тяжкими проявами atopічного ураження шкіри. Все це зумовлює важливість первинної профілактики АД, яка має розпочинатися на етапі вагітності та продовжуватися після народження дитини, а також своєчасної діагностики та адекватного лікування дітей, у яких вже розвинулося це захворювання. Про сучасні погляди на первинну профілактику та лікування АД у дітей, які значно змінилися протягом останніх років, ми говорили з відомим вітчизняним експертом в галузі дитячої алергології, доктором медичних наук, професором кафедри педіатрії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького Лесею Василівною Беш.

— Шановна Лесю Василівно, наскільки поширеним захворюванням є АД у дітей в Україні?

— На жаль, складно навести достовірні дані щодо поширеності АД у дітей в Україні, оскільки ті цифри, що подає офіційна статистика, знаходяться на рівні 1% і зовсім не відображають реальної ситуації. Це зумовлено тим, що статистичні звіти формуються згідно з відповідною базою даних на підставі звернень пацієнтів за медичною допомогою. Але зрозуміло, що в реальному житті далеко не всі пацієнти, що хворіють на АД, звертаються по допомогу до лікаря. Однак достовірну картину поширеності АД, зокрема в дитячій популяції, можна отримати лише шляхом виконання якісних масштабних епідеміологічних досліджень, під час яких проводиться активне виявлення хвороби у дуже великих за чисельністю контингентах осіб, незалежно від того, зверталися вони з приводу цього захворювання до лікарів чи ні. В ході таких епідеміологічних досліджень проводиться скринінг та анкетування великої кількості дитячого населення, вивчається наявність подібної симптоматики у кожної дитини, проводиться поглиблене обстеження і встановлюється остаточний діагноз. Сучасні епідеміологічні дані щодо поширеності АД у дітей є в багатьох країнах Європи, в США, і, звісно, вони істотно відрізняються від даних офіційної статистики в Україні. Якщо орієнтуватися на європейські показники, які нам ближче, то на цей час поширеність АД у загальній дитячій популяції у європейських країнах становить 10-18%.

— Окрім генетичних факторів, що відіграють ключову та доведену роль у розвитку АД, чи відомі інші фактори ризику цього захворювання, які можна модифікувати?

— Таких факторів існує досить багато, але найважливішим із них, безперечно, є нерациональне та незбалансоване харчування, оскільки у значної кількості дітей АД починається саме як прояв харчової алергії (ХА). Тому правильна організація вигодовування (передусім грудного) дітей дає можливість впливати на частоту АД. Однак, хоча АД є одним з проявів ХА, між ними не можна ставити знак рівності, і далеко не завжди АД – це прояв виключно ХА. Суттєве значення у розвитку АД мають чинники навколишнього середовища та екологія житла. Сьогодні доведено, що чинники екології житла (зокрема, кліщі домашнього пороку) можуть зумовлювати прояви АД. Водночас треба відзначити, що так звана «атопічна хвороба» починається у дитини переважно з проявів ХА, до якої згодом приєднується алергія до інгаляційних алергенів і стартує респіраторний алергоз.

Крім того, до факторів, які збільшують ризик виникнення АД, належать патологічний перебіг вагітності, розродження шляхом кесаревого розтину, передчасні пологи, хвороби періоду новонародженості.

— Останніми роками відбулася зміна парадигми щодо первинної профілактики АД: була висловлена «гігієнічна» гіпотеза розвитку АД, а елімінаційні дієти в рамках первинної профілактики поступилися місцем методу індукції оральної толерантності. Як зараз практично підходять до первинної профілактики АД на етапі вагітності у жінок, що мають обтяжений спадковий анамнез, та у здорових дітей?

— Слід чітко розрізняти підходи до первинної профілактики та до лікування АД. Щодо первинної профілактики АД наші уявлення протягом останніх років дійсно дуже змінилися. Було встановлено, що елімінація з дієти вагітної жінки якихось конкретних високоалергенних продуктів не дозволила досягти істотного результату у профілактиці ХА та АД у дитини. Тому зараз ми говоримо про те, що вагітна жінка може їсти практично все, звичайно, у рамках здорового, адекватного харчування. Сьогодні введення до раціону вагітної навіть високоалергенних продуктів розглядається як чинник, який сприяє розвитку оральної толерантності до харчових алергенів та зменшує ризик алергічної патології у дитини. Те саме стосується здорових дітей, які не мають АД та інших алергічних захворювань: до їх раціону можна та навіть потрібно вводити ті продукти, які традиційно вважались високоалергенними. Здорову дитину не треба якимось чином обмежувати у їжі, звичайно, тому що це дозволяє індукувати оральну толерантність до харчових алергенів та зменшити частоту виникнення алергічної патології. Але, підкреслюю, все це стосується контингенту здорових дітей, тобто первинної профілактики.

Якщо дитина вже має прояви АД і ми говоримо про дієтологічні підходи у рамках її лікування, то, звичайно, слід виключати з раціону ті продукти, які зумовлюють прояви ХА. Визначити ці продукти можна перш за все на підставі харчового щоденника, який веде мати і в якому вона записує всі продукти, що дає дитині кожного дня та які їсть сама, якщо годувати дитину грудним молоком. Потім вона аналізує зв'язок особливостей харчування з шкірними проявами АД та визначає «винні» продукти, що провокують висип саме у її дитини. Крім того, з метою виявлення причинно-значущих харчових алергенів застосовуються методи специфічної діагностики *in vivo* (шкірні тести) або *in vitro* – визначення специфічних антитіл до конкретних алергенів чи їх компонентів у крові. До речі, через певний проміжок часу «винні» алергени можна обережно та поступово знову вводити до раціону дитини, стимулюючи таким чином вироблення імунологічної толерантності. Загалом, такий підхід є подібним до відомого методу лікування алергічної патології – алерген-специфічної імунотерапії.

— Лесю Василівно, уточніть, будь-ласка, сучасну позицію дитячих алергологів щодо грудного вигодовування дітей, які вже мають прояви АД. Якою повинна бути його оптимальна тривалість?

— Ми вважаємо, і це зафіксовано у відповідних національних узгоджувальних документах, що грудне вигодовування незамінне та критично необхідне дитині з atopією як мінімум до 6 міс, а бажано до 1 року.

— Щодо встановлення діагнозу АД: зараз він є переважно клінічним діагнозом, який базується на даних анамнезу та огляду дитини, чи є діагностичні тести, що дозволяють його верифікувати?

— Шкірні прояви АД дійсно дуже поліморфні, але кваліфікований та досвідчений клініцист, який добре знає клінічні особливості цього захворювання, переважно розпізнає його під час детального об'єктивного огляду. Водночас бувають випадки, коли діагностичний

пошук є складним, особливо якщо на змінену atopією шкіру нашаровуються інфекції (бактеріальні, грибкові, вірусні). В процесі діагностичного пошуку лікар обов'язково проводить специфічну алергодіагностику, з'ясовує тривалість проявів алергії у дитини, наявність алергічної патології у родині, а також проводить специфічні шкірні прик-тести та тести *in vitro*. При цьому хоча наголосити, що ці тести можна проводити лише в періоди ремісії захворювання.

— Чи існують вікові обмеження щодо проведення шкірних тестів у дітей з АД?

— В клінічній практиці ми рідко проводимо шкірні прик-тести у дітей віком до 3 років, однак зараз готується новий протокол, який повинен зняти ці вікові обмеження щодо проведення тестування. Водночас у наймолодших дітей ми широко застосовуємо алергодіагностику *in vitro*, визначаючи специфічні антитіла до конкретних алергенів або до окремих їх компонентів (мажорних або міночних). Визначення антитіл до окремих компонентів алергенів, так звана молекулярна діагностика, є найновішою методикою діагностики алергії. Молекулярна діагностика алергії сьогодні доступна і в Україні, однак проводиться вона лише в приватних лабораторіях.

— У середовищі науковців існує думка, що АД – це не тільки і не стільки хвороба шкіри, скільки системне алергічне захворювання, так звана «атопічна хвороба», яка є одним з етапів «атопічного маршу». Якщо розглядати АД у цьому розрізі, яка роль належить системному лікуванню?

— Якщо говорити про системні прояви АД, то найчастіше вони відзначаються з боку травного каналу. Зокрема, у дітей раннього віку спостерігаються неспокій після їжі, коліки, зригування, блювання та диспепсія, а у дітей старшого віку – гастродуоденіт, порушення з боку гепатобіліарної системи, закрепи. Якщо говорити про системне лікування фармацевтичними препаратами, то в цьому контексті провідне місце займають антигістамінні препарати (АГП), які діють на ключові механізми патогенезу алергічної реакції і використовуються практично у всіх пацієнтів, що хворіють на АД. Зараз переважно використовуються АГП II покоління, які мають високу специфічність та афінність до H1-рецепторів. АГП II покоління мають істотні клінічні переваги перед АГП I покоління: їх можна призначати тривалий час, вони не проникають через гематоенцефалічний бар'єр, мають тривалість дії до 24 год за умови прийому лише один раз на добу, не викликають седативного ефекту та тахіфілаксії. АГП II покоління можна застосовувати стільки часу, скільки потрібно з урахуванням наявності у хворого клінічної симптоматики. Водночас слід зазначити, що не втратили своєї актуальності і АГП I покоління, які застосовуються коротким курсом (5-7 днів) в умовах стаціонару при потребі швидкого внутрішньовенного введення препарату у разі розвитку тяжкого загострення АД зі значно вираженим свербіжем. Однак при проведенні тривалої базисної пероральної терапії перевагу віддають найсучаснішим препаратам, які представляють собою активні метаболіти попередньо синтезованих АГП II покоління (так звані нові АГП II покоління). Саме таким препаратом є оригінальний дезлоратадин



Л.В. Беш

(Еріус), який являє собою активний метаболіт лоратадину. Він має всі без винятку сприятливі фармакологічні та клінічні характеристики, які властиві новим АГП II покоління як класу лікарських засобів. При цьому найбільш важливою перевагою оригінального дезлоратадину (Еріус), що зумовлює довіру до нього і серед лікарів, і серед пацієнтів та є переконливим аргументом на користь його вибору, на мою думку, є солідна доказова база, масштаби якої дійсно вражають – сьогодні ефективність цього препарату переконливо доведена у 192 клінічних дослідженнях, участь у котрих взяли загалом більш ніж 500 тис. пацієнтів з багатьох країн світу.

Також слід зазначити, що оригінальні препарати (зокрема, оригінальний препарат дезлоратадину Еріус) мають беззаперечні переваги перед генериками. Фармацевтичні компанії вкладають у їх розробку сотні мільйонів доларів, і лівова частка цих витрат йде саме на проведення масштабних доклінічних та клінічних досліджень, у ході яких всебічно вивчається ефективність та безпека лікарського засобу. При реєстрації генеричних препаратів вимагається лише довести їх біоеквівалентність оригінальним, а масштабні клінічні випробування не проводяться. До того ж слід враховувати, що оригінальний препарат та генерик містять одну й ту саму діючу речовину, але склад допоміжних речовин у їх лікарських формах може суттєво відрізнятися. Це питання особливо актуальне при призначенні лікарських препаратів у формі сиропів, адже у пацієнта може розвинутися алергічна реакція не на діючу речовину, а на будь-який барвник або консервант у його складі. Тому для алергологів дуже важливо, що сироп Еріус пройшов усі етапи масштабних клінічних досліджень з вивчення його безпеки, у яких вона була переконливо доведена – як для діючої речовини дезлоратадину, так і для всіх допоміжних компонентів сиропу.

— А які результати продемонструвало застосування препарату Еріус у вашій клінічній практиці?

— Вже багато років на базі Львівського міського дитячого алергологічного центру ми застосовуємо Еріус у щоденній клінічній практиці. На мою думку, з позиції клінічної ефективності та безпеки це один з найкращих активних метаболітів АГП II покоління, який застосовується для лікування не тільки АД, а й інших видів алергічної патології (кропив'янки, алергічного риніту тощо). Еріус добре переноситься дітьми та характеризується хорошою комплаєнтністю при тривалому лікуванні. Батьки наших маленьких пацієнтів висловлюють задоволення результатами терапії цим препаратом. Для нас дуже важливо, що окрім таблеток Еріус випускається також у вигляді сиропу, застосування якого дуже зручне саме у педіатричній практиці.

— З якого віку можна призначати Еріус дітям з АД?

— Еріус можна призначати починаючи вже з 6 міс. У дітей цієї вікової групи він також характеризується високим профілем безпеки та доброю переносимістю. Безперечно, це ще один вагомий аргумент на користь широкого та впевненого застосування сиропу Еріус педіатрами та дитячими алергологами у лікуванні АД у дітей грудного віку.

— Дякую за цікаву бесіду!

Підготувала Олена Терещенко



Оригінальний дезлоратадин

ЕРІУС®

НАУКА ПРОТИ АЛЕРГІЇ



ІННОВАЦІЙНА ФОРМУЛА¹
усуває різні симптоми алергії



ПОТРІЙНА ДІЯ¹
протиалергійна, протизапальна, антигістамінна



ЛИШЕ 1 РАЗ НА ДОБУ¹
активний протягом 27 годин

¹ Інструкція для медичного застосування препарату «Еріус», затверджена наказом МОЗУ №46 від 25.01.12. Р.п.: таблетки – наказ МОЗ України №46 від 25.01.2012 №UA/5827/01/01; сироп – наказ МОЗ України №77 від 01.02.2013 №UA/5827/02/01. Інформація, яка розміщується у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. ТОВ «Байер», 04071, Київ, вул. Верхній Вал, 4-Б, тел.: +38(044) 220-33-00, факс: +38(044)230-33-01. www.bayer.ua.
Реклама лікарського засобу. Інформація призначена для медичних установ та медичних або фармацевтичних представників.