

Использование рекомендаций по ведению атопического дерматита в практике педиатра и семейного врача

В 2009-2011 гг. распространенность атопического дерматита (АД) в США у детей в возрасте до 17 лет превысила 12%; в 1997-1999 гг. этот показатель составлял около 7%. У большинства пациентов с АД (примерно 67%) заболевание протекает в легкой форме, и таких больных могут вести врачи первичного звена (педиатры, терапевты, семейные врачи). В то же время 85% педиатров направляют своих пациентов с легким АД к дерматологу и не назначают даже базисного ухода. Независимо от того, наблюдается пациент у дерматолога или нет, педиатры и семейные врачи продолжают играть центральную роль в ведении пациентов, поскольку именно они проводят регулярные обследования, оценивают эффективность поддерживающей терапии, осуществляют обучение пациентов и/или членов семьи, а также первыми узнают об обострениях и осложнениях, например о таком осложнении, как стафилококковая инфекция. Цель настоящей работы – на основании руководств по ведению АД Американской академии дерматологии (AAD), Американской коллегии аллергии, астмы и иммунологии (АСААИ), Американской академии аллергии, астмы и иммунологии (ААААИ), Европейской академии алергологии и клинической иммунологии (ЕААСИ) и Европейского дерматологического форума предоставить практические рекомендации по диагностике и лечению АД для педиатров и семейных врачей.

Диагностика АД

Учитывая отсутствие лабораторных исследований, специфичных для АД, диагноз устанавливают на основании комбинации клинических симптомов: хронический и/или рецидивирующий зудящий дерматит с характерным распределением (лицо, шея и экстензорные поверхности у детей; флексорные поверхности у пациентов любого возраста). Во многих случаях заболевание диагностируется в период обострения кожно-воспалительного процесса, характеризующегося интенсивно зудящими эритематозными папулами и пятнами, сухостью кожи (ксерозом), экскориациями и иногда серозным экссудатом. В таблице 1 приведены диагностические критерии АД, предложенные ААД. Следует подчеркнуть, что диагноз АД может устанавливаться только после исключения других состояний, которые могут проявляться схожими симптомами, в частности контактного дерматита (обусловленного раздражителем или аллергеном), псориаза, чесотки, вирусной экзантемы и др. Единой классификации АД по тяжести не разработано. Для легкого АД характерны поражение меньшей площади кожи, более ремиттирующее течение и менее выраженный зуд. Большинство пациентов, у которых можно контролировать заболевание с применением только базисного ухода, имеют легкий АД. Соответственно, у пациентов со среднетяжелым и тяжелым

Таблица 1. Диагностические критерии		
Необходимые признаки	Важные признаки	Дополнительные признаки
Должны присутствовать оба: 1. Зуд. 2. Экзема (острая, подострая, хроническая): А. Типичная морфология и возрастная паттерн • у детей: лицо, шея, экстензорные области • в любом возрасте: флексорные области (в настоящее время или в анамнезе) • свободные от очагов паховая и подмышечные области Б. Хроническое или рецидивирующее течение в анамнезе	Подтверждают диагноз, наблюдаются в большинстве случаев АД: 1. Начало в раннем возрасте. 2. Атопия: а) персональный и/или семейный анамнез; б) IgE-реактивность. 3. Ксероз	Могут указывать на АД, но мало-специфичны: 1. Атипичные сосудистые ответы (бледность лица, белый дермографизм, отсроченная извращенная реакция на внутрикожное введение ацетилхолина). 2. Фолликулярный кератоз/белый лишай/повышенная исчерченность ладоней/ихтиоз. 3. Глазные/периорбитальные изменения. 4. Другие регионарные симптомы (периоральные/околоушные изменения). 5. Перифолликулярная акцентуация/лихенификация/пруриго
Дифференциальная диагностика		
Диагноз АД требует исключения следующих заболеваний: - Чесотка - Псориаз - Ихтиозы - Себорейный дерматит - Контактный дерматит - Т-клеточная лимфома кожи - Фотоувствительные дерматозы - Иммунодефицитные состояния - Эритродермия другой этиологии		

АД поражается большая площадь кожи, отмечаются более интенсивный зуд и хроническое течение; такие больные, как правило, нуждаются в поддерживающей терапии.

Базисный уход

Независимо от тяжести заболевания все пациенты с АД должны применять базисный уход (рис. 1). Последний включает адекватный уход за кожей (гидратация

и нанесение увлажняющего средства на всю кожу), антисептические мероприятия (например, ванны с разбавленной белизной), избегание триггеров (раздражающих веществ, очень высоких и очень низких температур и т. д.) с назначением лечения для купирования обострений, т. е. резкого увеличения симптомов и воспаления кожи, требующего эскалации терапии и/или врачебной консультации.

Лечение обострений

В зависимости от предпочтений пациента и врача ведение обострений может проводиться путем назначения топических кортикостероидов (ТКС) различной активности (табл. 2), при этом ТКС средней активности (III-IV класса) обычно применяются на протяжении нескольких дней или недель. Последующая поддерживающая терапия зависит от тяжести заболевания, а также сохранения симптомов и признаков АД.

Поддерживающая терапия при легком АД

После купирования обострения большинство пациентов с легким АД могут контролировать заболевание с помощью одного лишь базисного ухода, при необходимости применяя ТКС в интермиттирующем режиме. У пациентов, у которых на базисном уходе симптомы не контролируются, АД следует считать среднетяжелым или тяжелым.

Поддерживающая терапия при среднетяжелом и тяжелом АД

Пациенты с АД средней степени тяжести или тяжелым АД могут нуждаться в так называемой проактивной (т. е. упреждающей) поддерживающей терапии, которая используется регулярно на склонной к поражению внешне здоровой коже и/или при первых признаках воспаления. С этой целью применяются топические ингибиторы кальциневрина (ТИК) такролимус и пимекролимус или ТКС средней активности (III-IV класса) за исключением лица и глаз). Несмотря на отсутствие данных клинических исследований, многие пациенты для поддержания контроля заболевания используют ТКС низкой активности (V-VII класса) с нанесением 1-2 раза в день на предрасположенные области кожи. Выбор между ТКС и ТИК в качестве поддерживающей терапии зависит от предпочтений пациента и врача, доступности препаратов (с учетом рецептурного статуса и стоимости), локализации очагов (применение ТКС в чувствительных зонах, таких как лицо и глаза, должно быть ограниченным), а также эффективности и переносимости препарата у конкретного больного. Кроме того, при долгосрочной терапии важно применять ТКС самой низкой активности, проявляющие эффект, с целью минимизации риска негативных реакций (атрофии кожи, появления телеангиэктазий, стрий, глаукомы, синдрома рикошета, привыкания, тахифилаксии, болезни Кушинга, супрессии коры надпочечников, сниженной скорости роста). Это особенно важно для чувствительных участков кожи, таких как лицо, шея и т. н. подгузниковая область. В то же время при неадекватном подавлении кожно-воспалительного процесса сохраняются дискомфорт, зуд и повышается риск присоединения инфекции.

Оптимизация индивидуального плана лечения

При разработке индивидуального плана лечения необходимо учитывать следующие моменты: возраст пациента; неэффективность терапии в анамнезе; кто осуществляет уход (для детей); локализация очагов; наличие медицинской страховки и финансовые возможности для приобретения препаратов и средств по уходу за кожей; образ жизни пациента и его семьи (например, наличие времени и возможности для принятия ванн, нанесения увлажняющих и топических противовоспалительных средств),



Рис. 1. Алгоритм лечения АД для педиатров и семейных врачей

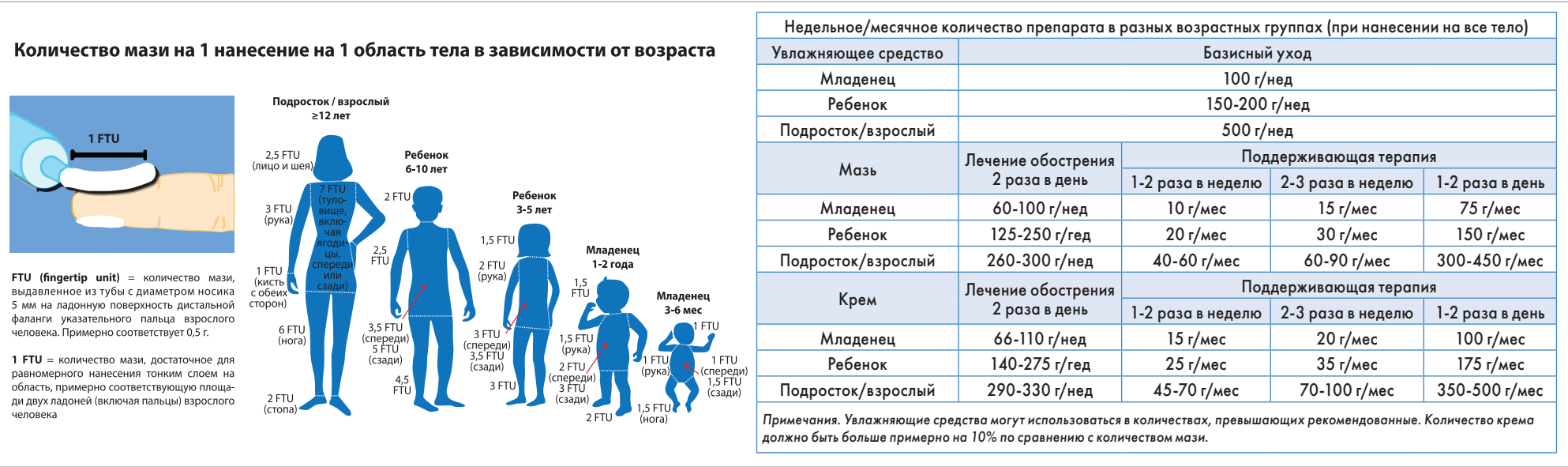


Рис. 2. Нанесение топических препаратов

Таблица 2. Топические кортикостероиды: сила и лекарственные формы							
Класс / препарат	Сила, %	Доступные лекарственные формы					
		Мазь	Крем	Лосьон	Пена	Раствор	Гель
I. Очень высокая активность							
Аугментированный бетаметазона дипропионат	0,05	●					
Клобетазола пропионат	0,05	●	●		●	●	
Дифлоразона диацетат	0,05	●					
Галобетазола пропионат	0,05	●	●				
II. Высокая активность							
Амцинонид	0,1	●	●	●			
Аугментированный бетаметазона дипропионат	0,05		●				
Бетаметазона дипропионат	0,05	●	●		●	●	
Дезоксиметазон		0,25	0,25				0,05
Дифлоразона диацетат	0,05		●				
Флуоцинонид	0,05	●	●			●	●
Галцинонид	0,1	●	●				
Мометазона фураат	0,1	●					
Триамцинолона ацетонид	0,5	●	●				
III-IV. Средняя активность							
Бетаметазона валерат	0,1	●	●	●	●		
Крокортолона пивалат	0,1		●				
Дезоксиметазон	0,05		●				
Флуоцинолона ацетонид	0,025	●	●				
Флурандренолид	0,05	●	●				
Флутиказона пропионат		0,005	0,05				
Мометазона фураат	0,1		●				
Триамцинолона ацетонид	0,1	●	●				
V. Активность ниже средней							
Гидрокортизона бутират	0,1	●	●			●	
Гидрокортизона пробутат	0,1		●				
Гидрокортизона валерат	0,2	●	●				
Предникарбат	0,1		●				
VI. Низкая активность							
Алкометазона дипропионат	0,05	●	●				
Дезонид	0,05	●	●		●		●
Флуоцинолона ацетонид	0,01		●			●	
VII. Самая низкая активность							
Дексаметазон	0,1		●				
Гидрокортизон	0,25; 0,5; 1	●	●	●		●	
Гидрокортизона ацетат	0,5-1	●	●				

а также предпочтения пациента (например, ощущения и внешний вид кожи при использовании крема vs мази). Предпочтения пациента или ухаживающих за ним членов семьи имеет особое значение при выборе увлажняющего средства, поскольку ксероз является ключевой особенностью АД. Лосьоны содержат консерванты, отдушки и другие химические вещества, которые могут вызывать раздражение или аллергические реакции. Кроме того, лосьоны с повышенным содержанием воды могут сушить кожу, особенно у пациентов с тяжелым ксерозом; в таких случаях может быть более предпочтительным использование увлажняющих мазей с высоким содержанием масел.

При выборе увлажняющего средства также следует принимать во внимание переносимость окклюзивности мазей

и масел по сравнению с кремами и лосьонами. Аналогично с учетом предпочтений пациента осуществляется и выбор топических противовоспалительных препаратов. Необходимо помнить, что различные лекарственные формы одного и того же ТКС, даже в одинаковой концентрации, могут принадлежать к разным классам активности; например, мометазона фураат 0,1% в форме мази имеет высокую активность (II класс), а мометазона фураат 0,1% в форме крема – среднюю активность (III-IV класс).

Непростой задачей является идентификация пациентспецифических триггеров АД. Однако если их идентифицировать и впоследствии избегать, можно значительно увеличить безрецидивные интервалы, а в некоторых случаях – достичь полной ремиссии. Неспецифическими триггерами могут быть: жесткое мыло,

детергенты, вещи из шерсти и других абразивных тканей, плотно облегающая одежда, некоторые химические вещества (формальдегид, использующийся в спреях для придания одежде формы), аэроирританты (табачный дым и т. п.), экстремальные холод и жара, резкая смена температуры, низкая или высокая влажность воздуха. В редких случаях триггерами дерматита могут стать аллергические реакции. В частности, у детей с АД аллергия на пищевые продукты и аллергены внешней среды наблюдается чаще, чем у детей без АД.

Сенсибилизация к пищевым аллергенам и аллергенам внешней среды может быть выявлена с помощью кожного прик-теста или обнаружения специфических IgE; контактную аллергию подтверждают посредством патч-теста. Однако рутинное тестирование для поиска «причин» АД не рекомендуется, поскольку предиктивная ценность положительных тестов низкая, и во многих случаях истинные клинические аллергии не являются триггерами АД (могут вызывать крапивницу или зуд, не обостряя течение АД). «Значимые» аллергены различаются в разных возрастных группах; у детей младшего возраста чаще наблюдается аллергия на пищевые продукты, для детей старшего возраста и взрослых более характерна чувствительность к аэроаллергенам.

У многих пациентов с АД наблюдаются проблемы со сном, которые не только негативно отражаются на качестве жизни, но и могут повышать риск гиперактивности, импульсивности и других нарушений поведения. Установлены положительные ассоциации между АД и дефицитом внимания с гиперреактивностью, тревожными расстройствами, депрессией, расстройствами спектра аутизма. У пациентов с бессонницей или наличием факторов риска одного и более из вышеуказанных психических расстройств может быть целесообразным назначение антигистаминных препаратов (гидроксизин, доксепин), топических противовоспалительных препаратов, эмолиентов, гипнотерпии и/или ограничения сенсорных стимулов.

Индивидуальный план лечения должен включать график наблюдения (по телефону, визиты в клинику), оптимально – в пределах 1-2 нед после первичного визита, для оценки комплайнса, а также уровня удовлетворенности и комфорта пациента и членов его семьи. Раннее контрольное наблюдение может повысить приверженность к лечению и улучшить его результаты.

Имплементация плана лечения. Коммуницирование с пациентом и членами его семьи

Для долгосрочной приверженности к лечению важнейшее значение имеют письменные инструкции относительно того, как и когда наносить увлажняющие средства и топические препараты; в каких случаях повышать, а в каких – снижать интенсивность лечения; когда обращаться к врачу; каких триггеров избегать и т. д. Эти инструкции также можно предоставить пациенту в электронном виде.

Пациентам и ухаживающим за ним членам семьи следует разъяснить, что АД имеет хроническое рецидивирующее-ремиттирующее течение. Кроме того, необходимо убедиться в том, что им полностью понятен план лечения, в частности как ухаживать за кожей, каким образом использовать антисептические средства, как правильно применять лекарственные препараты, избегать триггеров и т. д. Процесс обучения пациента и его семьи должен начинаться во время первичного визита и продолжаться на всех последующих визитах, в особенности при модификации лечения.

Уход за кожей подразумевает теплые ванны или душ с использованием щадящих моющих средств, при этом сразу после водной процедуры еще на мокрую кожу следует наносить увлажняющее средство в достаточных количествах. Кроме того, было продемонстрировано, что принятие 2 раза в неделю ванны с добавлением небольшого количества белизны (гипохлорита натрия; примерно 1/2 стакана на 150 л, или 1 мл/л воды) уменьшает тяжесть АД. Больным с тяжелым течением заболевания такие ванны можно принимать ежедневно.

Влажные повязки (с ТКС или без них) также могут уменьшать тяжесть АД, особенно в периоды обострений. Техника их наложения следующая: не тесные, увлажненные (опустить в теплую воду, затем отжать до слегка влажного состояния) тубулярные биндажи, марлю или хлопковое белье накладывают на ТКС или увлажняющее средство и затем покрывают сверху сухим слоем такого же материала (запрещается применять пластик). Эти повязки можно носить до 24 ч и повторять на протяжении нескольких дней (до 2 нед). При использовании влажных повязок следует проявлять осторожность, особенно если применяются ТКС средней и высокой активности, вследствие повышенного риска пенетрации ТКС и развития инфекции.

Особое внимание необходимо уделить разъяснению правильной техники нанесения увлажняющих средств и топических лекарственных препаратов. Пациент и/или его родители должны контролировать количество препарата при каждом нанесении, а также суммарное количество, расходуемое за неделю и за месяц. Правильно определить необходимое количество препарата помогает единица FTU (fingertip unit) = количество мази, выдавленное из тубы с диаметром носика 5 мм на ладонную поверхность дистальной фаланги указательного пальца взрослого человека. 1 FTU соответствует примерно 0,5 г мази или количеству мази, достаточному для равномерного нанесения тонким слоем на область, примерно соответствующую площади двух ладоней (включая пальцы) взрослого человека.

Список литературы находится в редакции. Статья печатается в сокращении.

Eichenfield L.F. et al. Translating Atopic Dermatitis Management Guidelines Into Practice for Primary Care Providers. Pediatrics. 2015 Sep; 136 (3): 554-565.

Перевел с англ. **Алексей Терещенко**