

Новый меморандум ETFAD/EADV по диагностике и лечению атопического дерматита у детей и взрослых

Эксперты Европейской специальной рабочей группы по атопическому дерматиту (ETFAД) и Европейской академии дерматологии и венерологии (EADV) опубликовали меморандум по диагностике и лечению атопического дерматита (АД) у взрослых и детей. Это уже третье издание документа, в нем представлена обновленная информация, касающаяся данного заболевания.

В публикации приводится краткий обзор основных положений меморандума, относящихся к общим рекомендациям и местному лечению. Также в основном тексте документа содержатся разделы, посвященные фототерапии, аллергенспецифической иммунной терапии, антибактериальному, противовирусному и противогрибковому лечению, системной противовоспалительной терапии (включая прием иммуносупрессантов и биопрепаратов), витаминам и пробиотикам, образовательным программам для пациентов и их родителей.

Введение и дефиниция

АД (атопическая экзема, экзема) представляет собой неконтагиозное воспалительное хронически рецидивирующее заболевание кожных покровов, сопровождающееся интенсивным зудом и развивающееся преимущественно в семьях, члены которых страдают какой-либо атопической патологией (АД, бронхиальной астмой и/или аллергическим риноконъюнктивитом).

В основе АД лежит эозинофильное воспаление кожи с типичными возрастными особенностями локализации и морфологии поражений. АД является одним из наиболее частых заболеваний кожных покровов: его распространенность колеблется от 2-5% у лиц молодого возраста до 20% у детей.

Появление желтоватых чешуек на коже головы в первые месяцы жизни ребенка, известное как себорейный дерматит новорожденных, может быть первым клиническим проявлением АД, которое хорошо поддается монотерапии эмолентами. У детей до 3-летнего возраста патологические высыпания локализируются

Таблица 1. Дефиниция описательных терминов, используемых при лечении АД	
Обострение	Острое, клинически значимое ухудшение симптомов АД, требующее терапевтического вмешательства
Непереносимость топической терапии	Мнение пациента, сформулированное по прошествии как минимум 2 нед терапии новым топическим препаратом и заключающееся в том, что проводимое лечение приводит к ухудшению и увеличению выраженности высыпаний либо имеются какие-либо сложности с аппликацией препарата (отказ от применения мази, боль, жжение, другое неприятное ощущение)
Параметры	Измеряемые проявления заболевания, к которым могут относиться любые признаки и/или симптомы
Проактивная терапия	Длительная прерывистая аппликация противовоспалительных средств на ранее пораженные участки кожи одновременно с продолжающимся лечением неповрежденных кожных покровов эмолентами
Ремиссия/контроль	Период без обострений, длящийся не менее 8 нед, без применения противовоспалительных средств (устранение контакта с ирритантами/аллергенами и использование эмолентов не учитывается). Полная ремиссия: на фоне только базисной терапии (элиминационные мероприятия, эмоленты). Неполная ремиссия: на фоне умеренного лечения, применения ТКС или ТИК в дозах <30 г/мес у детей и 60 г/мес у лиц старше 15 лет. Контроль: на фоне мощной терапии, включая фототерапию и/или использование иммуносупрессантов
Тяжесть заболевания	Общая выраженность признаков и симптомов АД, требующая оценки при помощи комбинированного индекса. Легкое течение: значения SCORAD <25 баллов Среднетяжелое течение: значения SCORAD ≥25 и <50 баллов Тяжелое течение: значения SCORAD ≥50 баллов
Резистентность к топической терапии	Мнение врача о ситуации, при которой тяжесть клинических проявлений не уменьшается или усиливается после 2 нед лечения с применением правильно подобранной терапии и использованием адекватных дозировок препаратов
Примечания: ТКС – топические кортикостероиды; ТИК – топические ингибиторы кальциневрина.	

на лице (как правило, средняя часть лица свободна от сыпи), разгибательных поверхностях рук и ног, иногда сопровождаются мокнутием и образованием корочек. В старшем возрасте экзематозные поражения появляются на сгибательных поверхностях суставов (преимущественно поражаются шея и руки) и характеризуются выраженной сухостью кожи. Нарушение барьерной функции кожи проявляется увеличением трансдермальных потерь воды. Следствием расчесывания элементов сыпи, особенно в ночное время, является лихенификация. У взрослых больных встречается пруригоподобная форма АД, для которой типичны узловые поражения кожи с эксфолиацией и лихенификацией. Обострения заболевания часто начинаются с появления зуда без видимых поражений кожных покровов, впоследствии присоединяются эритема, папулы, инфильтрация.

В отсутствие специфических диагностических лабораторных маркеров диагноз АД устанавливается на основании клинических проявлений. Диагностические критерии Hanifin и Rajka включают зуд, типичную

морфологию и локализацию, хроническое или рецидивирующее течение, отягощенный в отношении атопии индивидуальный либо семейный анамнез (для диагностики АД необходимо 3 из 4 больших критериев или 3 из 21 малого).

Лечение обострения АД представляет собой терапевтическую задачу, подразумевающую достижение быстрого и эффективного контроля над острыми симптомами заболевания без нарушения общего плана лечения, направленного на длительную стабилизацию, профилактику обострений и предупреждение побочных реакций. Обострение иногда может помочь выявить факторы, провоцирующие развитие заболевания (аллергию, инфекцию), поэтому в ходе первоначального обследования необходимо провести детальный расспрос об обстоятельствах появления сыпи и тщательное дерматологическое обследование, включая пальпацию лимфатических узлов и осмотр естественных отверстий, кожных складок. Профессиональный подход к оценке обострения создает предпосылки для формирования хорошей приверженности к лечению в дальнейшем. Пациент часто имеет собственное мнение о причине, вызвавшей обострение заболевания, поэтому пренебрежительные замечания врача могут вызвать у него или его родителей неудовлетворенность качеством медицинской помощи. Опасения больных по поводу появления побочных действий должны быть обязательно учтены.

Дефиниции лечебных стратегий

Длительная ремиссия без поражения кожных покровов и необходимости проведения медикаментозного лечения обычно считается синонимом излечения, при этом временные рамки промежутка, при котором терапевтическое вмешательство не требуется, все еще окончательно не определены. Ремиссия, достигнутая посредством устранения контакта с ирритантами/аллергенами и монотерапии эмолентами, не сопоставима с таковой, достигнутой при помощи приема иммуносупрессивных или биологических препаратов (табл. 1).

Базисная терапия и уход за кожей

АД – это хроническое заболевание, поэтому лечение данной патологии должно планироваться с долгосрочной перспективой и при условии тщательного анализа безопасности длительной терапии.

Очищение

Очищать кожные покровы следует тщательно, но в то же время бережно и осторожно, чтобы удалить корочки и механически устранить бактериальное загрязнение в случае бактериальной суперинфекции. Для этой цели могут использоваться гипоаллергенные очищающие средства с антисептиком или без такового, не раздражающие кожные покровы; они выпускаются в различных галеновых формах (синтетические моющие средства, водные растворы).

Лечение АД: взрослые

- В каждой фазе лечения предусмотрены дополнительные терапевтические возможности
- Добавить антисептики/антибиотики в случае суперинфекции
- При неэффективности терапии подтвердить правильность клинического диагноза и оценить приверженность к лечению

Тяжелое течение: SCORAD >50 или персистирующая экзема
Госпитализация, системная иммуносупрессия: короткий курс пероральных кортикостероидов, циклоспорина А, метотрексата, азатиоприна, мофетила микофенолата, ПУВА, алитретиноина

Среднетяжелое течение: SCORAD 25-50 или рецидивирующая экзема
Проактивная терапия с топическим такролимусом или кортикостероидами II-III класса, влажные обертывания, фототерапия (ультрафиолет спектра В 311 нм, спектра А в средних дозах), психосоматическое консультирование, бальнеотерапия

Легкое течение: SCORAD <25 или транзиторная экзема
Реактивная терапия с ТКС или, в зависимости от локальных кофакторов, ТИК, антисептиками, включая серебро, нижнее белье из специальной ткани AEGIS

При любом течении: базисная терапия
Очищение, эмоленты, масла для принятия ванн, элиминация клинически значимых аллергенов (чехлы – при положительных кожных тестах)

Лечение АД: дети

- В каждой фазе лечения предусмотрены дополнительные терапевтические возможности
- Добавить антисептики/антибиотики в случае суперинфекции
- При неэффективности терапии подтвердить правильность клинического диагноза и оценить приверженность к лечению

Тяжелое течение: SCORAD >50 или персистирующая экзема
Госпитализация, системная иммуносупрессия: циклоспорин А, метотрексат, азатиоприн, мофетила микофенолат

Среднетяжелое течение: SCORAD 25-50 или рецидивирующая экзема
Проактивная терапия с топическим такролимусом или кортикостероидами II-III класса, влажные обертывания, фототерапия (ультрафиолет спектра В 311 нм), психосоматическое консультирование, бальнеотерапия

Легкое течение: SCORAD <25 или транзиторная экзема
Реактивная терапия с ТКС или, в зависимости от локальных кофакторов, ТИК, антисептиками, включая серебро, нижнее белье из специальной ткани AEGIS

При любом течении: базисная терапия
Очищающие программы, эмоленты, масла для принятия ванн, элиминация клинически значимых аллергенов (чехлы – при положительных кожных тестах)

Рис. Терапия АД

Примечания: ПУВА – псорален и ультрафиолет спектра А; AEGIS – антимикробная технология обработки ткани.

Учитывая кратковременность действия некоторых антисептиков, большое значение отводится механическому очищению. Уровень pH кожи следует поддерживать в физиологическом диапазоне (в пределах 5-6). У детей раннего возраста легче выполнить первую стадию деликатного очищения кожи при помощи подгузника на пеленке, а не непосредственно в ванне. Дальнейшее очищение при помощи быстрого ополаскивания проводится в чуть теплой ванне. Сокращенная длительность купания (только 5 мин) и использование специальных масел для ванны (на протяжении 2 последних минут купания) направлены на предотвращение дегидратации эпидермиса. Европейские эксперты рекомендуют принимать ванну, особенно новорожденным, не чаще 3 раз в неделю, но последние проспективные исследования, в которых сравнивались различные режимы купания (2 раза vs 1 раз в неделю), доказали, что частота и длительность гигиенических процедур не оказывают значимого влияния на степень увлажнения кожи. Как правило, топические эмоленты наносят после ванны/душа и последующего деликатного высушивания кожи, оставляющего последнюю немного влажной.

Терапия эмолентами

АД ассоциирован с нарушением барьерной функции кожи, что облегчает проникновение аллергена вглубь кожных покровов, а также повышает предрасположенность к раздражению и последующему кожному воспалению. Стоимость высококачественных гипоаллергенных эмолентов достаточно высока; данный факт значительно ограничивает их широкое применение. Терапия эмолентами является безрецептурной и требует ежедневного применения больших доз препаратов (30 г/сут, или 1 кг/мес, для взрослых). Аппликация эмолентов на воспаленную кожу плохо переносится, поэтому они применяются после купирования обострения заболевания. Наиболее оптимальным считается нанесение защитных мазей, которые также могут использоваться в качестве масел для ванн или геля для душа (рис.).

Гидратация кожи взрослых, как правило, достигается посредством 2-кратной аппликации (в течение суток) увлажняющих средств, содержащих глицерол, а при условии хорошей переносимости — препаратов с концентрацией мочевины 5%. Эмульсии, мицеллярные растворы, а также масла для ванн помогают купировать обострение заболевания. Использование эмолентов уменьшает сухость и зуд во время лечения АД, а также улучшает барьерную функцию кожи. Существуют данные доказательной медицины относительно применения эмолентов для предотвращения развития АД в группах риска, уменьшения объема терапии ТКС и снижения сухости кожи. Следует избегать использования эмолентов, содержащих потенциально аллергические белки растительного происхождения (арахис, овес, пшеница) в наиболее уязвимых группах — у детей в возрасте до 2 лет.

Элиминационные стратегии

АД ассоциирован с реакциями гиперчувствительности немедленного и замедленного типа к аллергенам окружающей среды, в том числе к пище и веществам для ингаляции. Развитие АД чаще всего связывают с такими пищевыми аллергенами, как коровье молоко, куриные яйца, пшеница, соя, фундук, арахис. У детей старшего возраста, подростков и взрослых необходимо учитывать вероятность развития перекрестной пищевой аллергии. Течение заболевания могут осложнять различные раздражители, в том числе химические вещества и физические факторы.

Пищевая аллергия

Примерно у трети детей со среднетяжелым и тяжелым течением АД имеет место пищевая аллергия. Распространенное представление о том, что пищевая аллергия является частой причиной АД, ошибочно. Родителей следует предупреждать о том, что общие элиминационные диеты не рекомендуются, поскольку могут оказывать неблагоприятное влияние. Основным способом лечения детей, страдающих АД и имеющих доказанную пищевую аллергию, является тщательный уход за кожей, а определению и элиминации триггерных факторов отводится менее значимая роль.

Аэроаллергены

Результаты клинических и экспериментальных исследований убедительно доказывают, что

аэроаллергены являются значимыми триггерными факторами АД. Описаны случаи обострения экзематозных поражений кожи после контакта аэроаллергенов с кожей или их ингаляций, но испытания элиминационных стратегий демонстрируют противоречивые результаты. Рутинное диагностическое обследование при подозрении на аллергию к аэроаллергенам включает определение уровня специфического IgE при помощи кожных скарификационных тестов или исследования in vitro, однако оба этих метода имеют низкую прогностическую значимость. Учитывая, что в настоящее время отсутствует стандартная провокационная проба для больных с аэроаллергенопосредованным АД, целесообразность применения специфических элиминационных стратегий следует рассматривать у пациентов с высоким уровнем сенсibilизации и хроническим среднетяжелым и тяжелым течением заболевания (табл. 2).

Контактная аллергия

Контактная аллергия диагностируется у 40-65% больных АД и является причиной ухудшения состояния кожных покровов. Исследование при помощи патч-тестов рекомендуется больным с упорным течением заболевания, атипичной локализацией высыпаний, ухудшением состояния без видимой причины, а также пациентам, которым, вероятно, будут

назначены системные препараты. Чаще всего необходимо исследовать эмульгаторы, ароматизаторы, консерванты, кортикостероиды и другие компоненты топических препаратов. Детям с длительно текущим дерматитом кистей рук и стоп рекомендуется проведение скарификационных тестов для выявления контактной аллергии и диагностики аллергического контактного дерматита.

Больным АД свойствен высок риск развития профессионального контактного дерматита. Атопия усиливает действие раздражителей и аллергенов, воздействующих на парикмахеров, уборщиц, рабочих металлообрабатывающей промышленности, механиков, медицинских сестер; среди представителей перечисленных профессий экзема кистей рук является чрезвычайно распространенным заболеванием.

Топическая противовоспалительная терапия

Эффективность топической терапии зависит от 3 фундаментальных принципов: достаточной силы используемого препарата, адекватной дозировки и корректной аппликации. Топические препараты, особенно мазь, всегда следует наносить на увлажненную кожу. Если эмоленты и противовоспалительные топические средства необходимо использовать

Продолжение на стр. 26.



Сильне, але лагідне місцеве лікування
Сильний в дії, лагідний за природою. Використання Локкоїду допоможе ефективно лікувати стероїд-чутливі дерматози при профілю безпеки м'якого гідрокортизону^{1,2}

ЛОКОІД®
ГІДРОКОРТИЗОНУ 17-БУТИРАТ



Локкоід ліпокрем UA/4471/02/01 від 21.10.2011
Локкоід крем UA/4471/04/01 від 30.11.2012
Локкоід кремо UA/4471/01/01 від 11.01.2016

astellas
Світло, що веде до життя

ТОВ «Астеллас Фарма»: 04050, м. Київ, вул. Миколи Пимоненка, 13, корп. 7-В, оф. 41, тел. (044) 490-68-25, факс (044) 490-68-26

Література:
1. Beurey J., Weber M., Galand C. et al. Comparative study of 17-butyrate hydrocortisone 0,1% (LOCOID Lipocream) and betamethasone di-propionate ointment in treatment of sub acute and chronic eczema. Journal International de Medecine (JIM) 1988; 107:68-70.
2. Saarni H. et al. Effect of five anti-inflammatory steroids on collagen and glycoaminoglycan synthesis in vitro. Br.J. of Dermatol., 1980; 103: 17-73.

Коротка інформація про лікарські засоби ЛОКОІД® (крем), ЛОКОІД® (мазь), ЛОКОІД ЛІПОКРЕМ (крем), ЛОКОІД КРЕМО (емульсія на шкірні).
Склад. Діюча речовина: гідрокортизону 17-бутират. 1 г крему/мазі/емульсії містить 1 мг гідрокортизону 17-бутирату. Лікарська форма. Крем (ЛОКОІД®, ЛОКОІД ЛІПОКРЕМ), мазь (ЛОКОІД®), емульсія на шкірні (ЛОКОІД КРЕМО).
Фармакотерапевтична група. Кортикостероїди для застосування у дерматології. Код АТХ D07A B02. Показання. Поверхневі неінфіковані дерматози, що лікуються місцевими кортикостероїдами (екзема, алергічний та контактний дерматит, нейродерміт, псоріаз). Продовження лікування або підтримуюча терапія дерматозів, для лікування яких у минулому застосовувалися сильніші кортикостероїди. Протипоказання. Пошкодження шкіри, спричинені бактеріальними інфекціями (наприклад, підодерма, сифілітичні або туберкульозні ураження), вірусними інфекціями (наприклад, вітряна віспа, простий герпес, опіорезувальний герпес, бородавка звичайна, бородавка плоска, конділома, контактичний моллюск), інфекції, спричинені грибами та дріжджами, паразитарні інфекції (наприклад, короста), виразкова ураження шкіри, рани, псоріаз, алергічні реакції, спричинені кортикостероїдами (наприклад, періоральний дерматит, стрій), імпетиго, ювенільний підошовний дерматоз, вульгарні вугрі, розацеа, ламкість судин шкіри, атрофія шкіри, алергічні реакції гіперчутливості на компоненти препарату або кортикостероїди (останні виникають рідко); новоутворення шкіри. Спосіб застосування та дози. Препарат наносити у невеликій кількості на шкіру 1-3 рази на добу. При поліпшенні стану, як правило, достатньо застосування препарату 1 раз на добу або 2-3 рази на тиждень. Загальна курсова доза не має перевищувати 30-60 г на тиждень. Для поліпшення проникнення наносити рівномірним тонким шаром на уражені ділянки шкіри масажними рухами. Для забезпечення кращого терапевтичного ефекту можна накладати окклюзійну пов'язку (Локкоід ЛІПОКРЕМ, Локкоід, мазь). У разі мочушечного ураження шкіри не завжди доцільно застосовувати ЛОКОІД® (крем) під окклюзійну пов'язку. Тривалість курсу лікування визначає лікар. Діти. ЛОКОІД® (мазь), ЛОКОІД ЛІПОКРЕМ (крем), ЛОКОІД КРЕМО (емульсія на шкірні) застосовувати дітям з 3 місяців. ЛОКОІД® (крем) — застосовувати дітям з 6 місяців. Побічні реакції. Гіперчутливість, аденокортицизм, супресія, підвищення внутрішньочерепного тиску, підвищення ризику виникнення катаракти (при місцевому застосуванні), контактна алергія, пустульозне акне, атрофія шкіри, часто необоротна, що супроводжується потоншенням епідермісу, телеангіоектазіями, пурпурою та стріями; депігментація; розацеалоподібний та періоральний дерматит, що супроводжується або не супроводжується атрофією шкіри; «ефект рикошету», що може призвести до стероїдної залежності; дерматит, екзема, включаючи контактний дерматит, уповільнене загоєння ран; гіпертрихоз; інфекція шкіри, почервоніння, подразнення, печіння, висипи, свербіж, сухість шкіри, фолікуліт, птілія, акне, мадерія; синдром Кушінга, гіперлікемія, глюкозурія, затримка росту та внутрішньочерепна гіпертензія. Системні побічні реакції при місцевому застосуванні кортикостероїдів у дорослих виникають рідко, але можуть бути серйозними. Особливо це стосується аденокортицистичної супресії при тривалому застосуванні препарату. Протипоказання. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України на <http://www.difz.kiev.ua/>

LOC/2016/0001/UA

Новый меморандум ETFAD/EADV по диагностике и лечению атопического дерматита у детей и взрослых

Продолжение. Начало на стр. 24.

на одном и том же участке, то сначала следует провести аппликацию крема, а затем (через 15 мин) нанести мазь. Даже без применения влажного обертывания топическая терапия занимает много времени: пациентам следует планировать длительность одного сеанса в пределах 30 мин. Обычно в течение суток достаточно проведения одной хорошо организованной процедуры; при наличии мокнутий может потребоваться более интенсивное лечение на протяжении нескольких дней.

Влажные обертывания

Дети и взрослые с острой фазой заболевания, мокнутием и эрозивными повреждениями кожи иногда плохо переносят стандартную топическую терапию; в таких случаях могут использоваться влажные обертывания вплоть до прекращения мокнутия. Влажные повязки с растворами ТКС применяются на протяжении более 14 дней (обычно более 3 дней), это безопасный вариант экстренного вмешательства, которое временно увеличивает системную биоактивность кортикостероидов. Необходимо наблюдение специализированной медицинской сестры для мониторинга течения заболевания и обучения пациентов и их родителей.

Кортикостероиды

ТКС — широко применяющиеся противовоспалительные препараты, которые наносятся на кожные покровы при наличии показаний (зуд, бессонница, рецидив высыпаний). В соответствии с классификацией Niedner ТКС ранжируются по силе действия: от слабых (класс I) до очень сильных (класс IV). Сильные и очень сильные ТКС (соответственно класс III и IV) чаще угнетают функцию надпочечников по сравнению с представителями I (слабые) и II (умеренно сильные) классов; но их системное действие может стремительно уменьшаться, что обусловлено быстрым восстановлением барьерной функции кожи. Врачам следует знать не только эту классификацию, но и американскую, которая предусматривает распределение ТКС на семь групп: от VII (самые слабые) до I (самые сильные). Не рекомендуется использовать очень сильные ТКС для лечения АД, особенно у детей. Риск развития побочных эффектов ниже при использовании

относительно новых ТКС с коротким периодом полувыведения, таких как предникарбат, флутиказон и мометазон. Хорошо спланированное системное лечение АД может быть более безопасным и целесообразным, чем длительное применение очень сильных ТКС. Для рутинной терапии обострения заболевания, как правило, достаточно однократной аппликации сильного ТКС в течение 3–6 дней. При легком течении заболевания небольшое количество ТКС, наносимое 2–3 р/нед (месячное количество для новорожденных — 15 г, для детей школьного возраста — 30 г, для подростков и взрослых — 60–90 г), ассоциированное с применением эмолентов по собственному усмотрению, позволяет поддерживать значения индекса SCORAD в пределах 15–20. Использование подобных количеств даже сильных ТКС обычно не приводит к развитию системных и локальных побочных эффектов. Самый эффективный путь снижения суммарной дозы ТКС и профилактики возникновения стероидассоциированных побочных действий заключается не в уменьшении их дозировки во время обострения заболевания, а в постоянном применении эмолентов в комбинации с ранним назначением противовоспалительных средств для стабилизации течения заболевания и профилактики развития обострения, требующего интенсивного лечения.

Зуд является ключевым симптомом, используемым для оценки ответа на проводимую терапию; не следует начинать уменьшать дозу ТКС до полного исчезновения зуда. Алгоритм перехода от ежедневного применения препаратов к поддерживающей фазе лечения не стандартизирован. Некоторые эксперты предпочитают постепенно уменьшать дозу ТКС во избежание появления синдрома отмены. Эта стратегия предполагает переход на более слабый ТКС или продолжение применения более сильного ТКС с уменьшением частоты нанесения.

Топические ингибиторы кальциневрина

ТИК характеризуются высокой противовоспалительной и противозудной активностью и небольшим спектром побочных действий, свойственных ТКС (атрофия кожи). Выбор класса ТИК следует проводить индивидуально, учитывая чувствительность пораженной кожи, вероятность развития побочных эффектов, а также экономические аспекты терапии. Для местной терапии АД разрешены два ТИК, не содержащие

кортикостероидов: мазь такролимуса и крем пимекролимуса. Противовоспалительное действие этих препаратов обусловлено ингибированием продукции провоспалительных цитокинов Т-клетками, а противозудное действие опосредовано ингибированием дегрануляции тучных клеток. Противовоспалительное действие 0,1% мази такролимуса сопоставимо с таковым ТКС средней степени активности, тогда как у 1,0% крема пимекролимуса оно намного ниже. Безопасность такролимуса и пимекролимуса доказана в ходе различных клинических исследований, подтвердивших отсутствие негативных проявлений при применении этих препаратов в рутинной клинической практике. Наиболее частым побочным эффектом при нанесении ТИК является транзиторное чувство жара и жжения в месте аппликации на протяжении первых нескольких дней лечения. Оно появляется через 5 мин после аппликации ТИК и может сохраняться более часа, но интенсивность и длительность неприятных ощущений обычно уже через неделю уменьшаются (при условии 2-кратной аппликации в течение суток). Несколько дней инициальной терапии ТКС перед началом лечения ТИК могут уменьшить неприятное чувство жжения, поэтому следует рекомендовать перекрестное использование препаратов в течение 1-й недели. У пациентов, принимающих ТИК, может возникать транзиторное чувство жжения после употребления алкоголя, но это неприятное ощущение можно нивелировать посредством приема перед этим 500 мг ацетилсалициловой кислоты. Ни один из ТИК не вызывает атрофии кожных покровов, поэтому на деликатных участках (периорбитальная, периоральная и подмышечные области, гениталии, паховые складки) применение ТИК более целесообразно, чем использование ТКС. Также эти препараты показаны для проведения длительной топической терапии.

Данные доклинических и клинических исследований не подтверждают увеличения риска развития лимфомы, других видов неоплазий или фотомутагенности, но длительный пероральный прием такого ингибитора кальциневрина, как циклоспорин, ассоциирован с возрастанием риска фотомутагенности у пациентов, перенесших трансплантацию солидных органов. Поэтому больным, получающим ТИК, следует рекомендовать пользоваться солнцезащитными средствами.

Эффективность длительной монотерапии такролимусом подтверждена у детей и взрослых; данные доказательной медицины, освещающие безопасность его применения у детей младше 2 лет, немногочисленны. Безопасность крема пимекролимуса изучалась у новорожденных и детей раннего возраста в комбинации с ТКС, причем последний назначался только при обострении заболевания. Оба ТИК разрешены к применению в ЕС уже более 2 лет.

Проактивная терапия

Традиционно топическая противовоспалительная терапия назначается только при наличии высыпаний; лечение этими препаратами прекращается при исчезновении видимых кожных повреждений. Этот традиционный реактивный подход в последнее десятилетие был дополнен концепцией проактивной терапии, которая определяется как комбинация предопределенного длительного низкодозового противовоспалительного лечения, наносимого на ранее поврежденные участки кожи, в сочетании с аппликацией эмолентов на всю поверхность тела и регулярными контрольными клиническими осмотрами. При проактивной терапии топический препарат наносится обычно 2 р/нед на ранее пораженные участки кожи, лечение начинается только после полного исчезновения всех видимых высыпаний. При этом эмоленты продолжают ежедневно наноситься как на ранее поврежденные участки кожных покровов, так и на интактную кожу. Имеющиеся клинические данные свидетельствуют, что стероиды, такие как метилпреднизолон ацепонат и флутиказон пропионат, могут применяться на протяжении 3 мес, а мазь такролимуса — в течение года.

Статья печатается в сокращении.

Wollenberg A. ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. JEADV 2016; 30: 729-747.

Перевела с англ. Лада Матвеева



Таблица 2. Перечень факторов, усугубляющих течение АД, и советы пациентам с АД

Одежда: избегать контакта кожи с раздражающими веществами (шерсть, ткани из грубых волокон), не носить облегающую и теплую одежду с целью исключения чрезмерного потоотделения. В настоящее время исследуются новые, не раздражающие кожу типы тканей, предназначенные для детей, больных АД
Табак: избегать употребления
Поддерживать прохладную температуру в спальне, не пользоваться слишком теплыми одеялами
В холодную погоду чаще использовать эмоленты
Избегать контакта с лицами с герпетическими высыпаниями. Срочно обратиться к врачу, если высыпания приобретают необычный характер
Вакцинация: обычный график, включая пациентов с аллергией на куриные яйца, инъекции проводятся в неповрежденные участки кожи
Солнечное облучение: нет специфических ограничений при осторожном пребывании на солнце. Обычно улучшает течение заболевания, так как оказывает противовоспалительное действие и укрепляет эпидермальный барьер. Приветствуется летний отдых в горах или на море
Физические упражнения, спорт: без ограничений. Если потоотделение вызывает обострение АД, следует использовать постепенную адаптацию к физической нагрузке. После плавания в бассейне принять душ и нанести эмоленты
Пищевая аллергия: - по возможности поддерживать грудное вскармливание до достижения ребенком возраста 4 мес; постепенно вводить пищевые продукты в соответствии со стандартными рекомендациями; соблюдать обычную диету, за исключением случаев с доказанной необходимостью отказа от специфической пищи
Аэроаллергены в домашней обстановке (клещи домашней пыли): адекватная вентиляция жилища, хорошо проветривать комнаты даже зимой; избегать сплошных ковровых покрытий; вытирать пыль с помощью влажной губки; еженедельная уборка, включающая очищение пола и обивки мягкой мебели при помощи пылесоса с адекватным фильтром; стирать постельное белье при температуре >55 °C каждые 10 дней; использовать наматрасники и подушки из Goretex или сходного с ним материала
Пушные животные: избегать контакта с кошками, но не собаками. Если аллергия к домашним животным подтверждается, принять меры по исключению контакта
Пыльца: сенсibilизированным лицам закрывать окна во время сезона пыления, в теплую сухую погоду по возможности ограничивать пребывание на открытом воздухе. Проветривать помещение ночью, утром, а также в дождливую погоду. Избегать воздействия провоцирующих факторов (стрижка газонов); в машине пользоваться воздушными фильтрами. Аэроаллергены, в том числе пыльца, могут переноситься на одежде и шерсти домашних животных