

Атопічний дерматит у дітей: що сьогодні потрібно знати педіатрам?

Атопічний дерматит (АД) являє собою хронічне алергічне захворювання, основними клінічними проявами якого є виражене свербіння та рецидивуючі екзематозні висипання на шкірі. На сучасному етапі встановлено, що наявність у дитини АД підвищує ризик розвитку в неї харчової алергії, бронхіальної астми (БА), алергічного риніту (АР) та інших імуноопосередкованих запальних захворювань (S. Weidinger, N. Novak, 2016), а також певних психічних порушень, зокрема розладів спектра аутизму (L. Billeci et al., 2015). У зарубіжних публікаціях зазначено, що на АД страждає до 20% дітей та до 3% дорослих осіб (S. Nuffen, 2015; E.R. Notaro, R. Sidbury, 2015). Проблема АД зараз перебуває у центрі уваги науковців і клініцистів. Слід зазначити, що за останні роки суттєво змінилися наші уявлення як про етіопатогенетичні механізми розвитку цього захворювання, так і про підходи до його лікування та профілактики. Що ж необхідно знати про АД кожному педіатру? Як уникнути помилок при веденні дітей з цим захворюванням, правильно призначити лікування, запобігти ускладненням та досягти стійкої ремісії? Як організувати навчальну роботу з батьками та які рекомендації їм надавати? Про ці та інші цікаві практичні аспекти цієї актуальної клінічної проблеми нам докладно розповіла авторитетний вітчизняний вчений та досвідчений лікар-практик, головний спеціаліст з дитячої алергології Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації, завідувач кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Леся Василівна Беш.



Л.В. Беш

? Шановна Лесю Василівно, що можна зараз сказати про реальну поширеність АД у дитячій популяції?

— Протягом останніх років у світі та в Україні спостерігається зростання значущості проблеми АД у дітей. При цьому поширеність АД суттєво відрізняється у різних країнах світу. Дуже цінні дані про справжню поширеність АД у дітей в різних країнах світу були отримані у результаті проведення безпрецедентного за своїми масштабами міжнародного дослідження ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), у ході якого було обстежено близько 2 млн дітей у 100 країнах світу. Згідно з отриманими даними, висока поширеність АД у дітей була відзначена, зокрема, у європейських країнах: в Австрії — 9,7-20%, у Латвії — 5,4-6,5%, у Польщі — 13,2%. На жаль, в Україні сьогодні не проводяться епідеміологічні дослідження з вивчення поширеності АД у дитячій популяції, а згідно з даними офіційної статистики показники поширеності АД у дітей у нашій країні становить лише 5-10 випадків на 1000 дитячого населення. Звичайно, це не відображає реального стану проблеми. Такі розбіжності зумовлені тим, що під час проведення масштабних епідеміологічних досліджень із вивчення поширеності АД спочатку здійснюється анкетування великих контингентів дітей, а потім — поглиблене діагностичне обстеження тих дітей, у котрих, можливо, є це захворювання. Офіційна ж статистика оперує даними про частоту встановлення діагнозу тільки стосовно тих дітей, батьки яких активно звертаються до лікарів із відповідними скаргами. Отже, досить велика частка дітей з АД залишається поза офіційною статистикою, оскільки їх батьки просто не звертаються за медичною допомогою. На мій погляд, можна досить впевнено говорити про те, що показники реальної поширеності АД у дітей в Україні сьогодні наближені до показників у країнах Європи.

? Що зумовлює сучасну тенденцію до зростання поширеності АД у дітей та які алергени зараз вважаються причинно-значимими у його розвитку?

— Зростання частоти алергічної патології, зокрема АД, зумовлено передусім істотними змінами у способі життя та харчуванні людей, адже змінюється саме середовище, яке нас оточує. Проведені протягом останніх років наукові дослідження змінили наші уявлення про ті чинники, які можуть спровокувати розвиток АД. Раніше вважалося, що основна роль у розвитку АД належить сенсibiлізації до харчових алергенів, а зараз вже доведено, що вони мають виключне етіологічне значення тільки у приблизно 30% дітей. У решти дітей, окрім харчових алергенів, у виникненні загострень АД велику роль відіграють побутові алергени, найпотужнішими з яких є кліщі домашнього порошку, пiр'я подушок, епiдерміс домашніх тварин, грибкові

алергени тощо. Крім того, у міру дорослішання дитини з АД спостерігається таке явище, як подальше розширення спектра причинно-значимих алергенів і формування полівалентної алергії. Отже, сьогодні вже не можна ставити знак рівності між АД та харчовою алергією.

? У дітей якої вікової групи АД найчастіше діагностується вперше та якими є його типові симптоми?

— У більшості дітей АД вперше клінічно маніфестує в перші три роки життя. Дуже часто перші прояви АД виникають вже у перші місяці життя дитини — як правило, це дуже характерні плямисто-папульозні висипання на шкірі (найчастіше локалізовані на щоках). Цілісність епiдермісу уражених ділянок шкіри порушується, внаслідок чого оголюються так звані екзематозні джерельця та спостерігається мокнуття. Дуже часто в цьому випадку педіатри говорять про наявність у дитини ексудативного діатезу, але слід чітко розуміти, що діатез — це не захворювання, а аномалія конституції. Через марні сподівання на те, що дитина «переросте» цю проблему, затягується своєчасне діагностування АД та не призначається адекватне лікування. Я переконана, що за наявності відповідної клінічної картини краще одразу встановити дитині діагноз АД і розпочати лікування. При цьому на ранніх стадіях АД для усунення шкірних симптомів може бути достатньо лише немедикаментозних заходів, що включають дотримання гіпоалергенної дієти, яку розробляють на підставі ведення матір'ю харчового щоденника.

? Як об'єктивно оцінити ступінь тяжкості АД у дитини? Наскільки часто зараз зустрічаються тяжкі форми АД?

— Сьогодні ступінь тяжкості АД визначається на підставі оцінки вираженості його клінічних проявів за спеціальною бальною шкалою SCORAD. За умов грамотного ведення дитини з АД з моменту дебюту захворювання тяжких його варіантів можна уникнути. Проте лікарі мають знати, що діти з тяжкими формами АД завжди потребують поглибленого діагностичного обстеження, оскільки їх розвиток може мати особливе етіопатогенетичне підґрунтя. Зокрема, тяжкий перебіг АД спостерігається на тлі синдрому мальабсорбції, що, у свою чергу, найчастіше є наслідком недіагностованої целиакії чи лактазної недостатності (ЛН). Встановлення діагнозу целиакії у дитини з АД є абсолютним показанням до призначення безглютенової дієти, дотримання якої у комплексі з відповідним лікуванням дозволяє досягти швидкої регресії шкірних симптомів. Посилювати прояви АД може непереносимість лактози, тому при виявленні у дитини ЛН також слід на певний час призначити відповідну дієту. В нашій клінічній практиці найчастіше спостерігається вторинна форма ЛН, пов'язана

з ушкодженням ентероцитів, яке призводить до зниження активності лактази. Водночас слід розуміти, що зниження активності лактази під час переходу на дорослий тип харчування є дуже типовим та генетично детермінованим явищем для всіх ссавців, у тому числі для людини. Ця закономірність перебуває в основі розвитку так званої конституційної ЛН, яку мають близько 60-70% осіб у нашій популяції.

Крім того, клінічне значення у разі тяжкого перебігу АД у дітей може мати недостатність ферменту діаміноксидази (ДАО), за якої в крові відзначається дуже високий рівень ендogenous гiстаміну і, відповідно, зберігаються стійкі висипання та виражене свербіння шкіри. Тому зараз ми також обстежуємо дітей з тяжким і рефрактерним до лікування перебігом АД на наявність недостатності ДАО та за умови підтвердження цього діагнозу компенсуємо дефіцит цього ферменту. Важливо відзначити, що на перебіг АД у дітей впливає психологічний клімат у сім'ї. Зокрема, у ході власного дослідження ми встановили, що у дітей з неповних сімей АД має більш тяжкий перебіг.

? Якими ускладненнями може характеризуватися перебіг АД у дітей?

— «Атопічна» шкіра є більш чутливою до інфекційних агентів; знижує її опірність до інфекцій застосування топічних стероїдів. Тому найчастіше у дітей з АД виникають ускладнення, зумовлені приєднанням інфекції: бактеріальної (стафіло-, стрептодермії та ін.), вірусної (зокрема, герпетичної), грибової. Крім того, у дітей з АД нерідко виявляється супутня короста — у цьому випадку свербіння шкіри стає настільки нестерпним (особливо вночі), що дитина буквально роздряпує її до ран. У цій клінічній ситуації оброблення шкіри спеціальними засобами, які використовуються для лікування корости, дає швидку позитивну динаміку.

Також слід підкреслити, що до розвитку специфічних серйозних ускладнень може призводити й нерациональне місцеве лікування АД, зокрема необґрунтовано тривале застосування топічних стероїдів. Із цієї проблеми ми стикаємося не тільки при застосуванні офіційно дозволених препаратів, а й дедалі частіше при лікуванні тих пацієнтів, батьки яких звертаються по допомогу до «народних цілителів». Приготовані ними мазі на основі нібито виключно лікарських рослин інколи насправді містять гормональні препарати, а пацієнти безконтрольно протягом тривалого часу наносять їх на всі уражені ділянки шкіри, навіть не підозрюючи про значну небезпеку «чудодійного» засобу. Тому слід проводити з батьками роз'яснювальні бесіди щодо неприпустимості нанесення на дитячу шкіру жодних засобів із невідомим складом, «рекомендованих» особами без медичної освіти. У свою чергу, лікарі, які призначають топічні стероїди з метою лікування

загострення АД, мають обирати лише дозволені для застосування у педіатричній практиці препарати та докладно розповідати батькам про всі застереження при їх використанні, кратність нанесення, дозування і тривалість терапії. Педіатри також повинні пам'ятати, що при призначенні топічних стероїдів пацієнтам із великою площею уражень шкіри дуже ефективним є метод їх штрихового нанесення, а також почергове нанесення на різні уражені ділянки у різні дні.

? У чому суть сучасних принципових підходів до лікування АД у дітей?

— Слід наголосити, що першим кроком у лікуванні всіх дітей з АД не є медикаментозні заходи. Першочерговим є навчання пацієнтів та їх батьків. Ми повинні не тільки пояснити їм сутність захворювання і необхідність тривалого лікування, а й переконати батьків у ефективності запропонованих терапевтичних заходів. На жаль, АД є хронічним захворюванням, а отже, його наявність повинна стати потужним поштовхом для зміни самого способу життя. Наприклад, нанесення на шкіру засобів лікувальної косметики має стати для дитини з АД щоденною звичкою — такою самою, як чищення зубів уранці та ввечері. Це ж саме стосується елімінації причинно-значимих харчових алергенів (ведення харчового щоденника, дотримання гіпоалергенної дієти) та побутових алергенів (зменшення колекторів домашнього порошку, часте вологе прибирання, боротьба із пліснявою у помешканнях тощо). Батьки повинні вміти розпізнавати ознаки загострення АД, а також розуміти, які саме препарати та з якою метою призначаються дитині. Це дозволяє істотно підвищити прихильність до лікування, яка є головною запорукою його ефективності. До речі, на базі Львівського міського дитячого алергологічного центру ми маємо успішний досвід створення та функціонування «школи атопії», в якій проводять спеціальні заняття для дітей, хворих на АД, та їх батьків.

Одночасно із застосуванням зазначених вище немедикаментозних заходів дітям з АД призначають лікарські засоби — як місцеві, так і системні. При загостреннях АД, які практично завжди супроводжуються вираженим свербінням шкіри, насамперед призначають антигістамінні препарати (АГП) переважно II покоління. Однак слід зазначити, що у випадку тяжкого загострення АД, при якому нестерпне свербіння шкіри порушує спокій та сон дитини, ефективною є тактика початкового призначення на короткий час АГП I покоління, зокрема препарату Супрастин® (хлоропіраміну гідрохлорид). Оскільки, крім потужної антигістамінної активності, цей препарат чинить легку седативну дію, дитина швидше заспокоюється, покращується її нічний сон, що, звичайно, можна розглядати як сприятливий ефект при вираженому загостренні АД. Для педіатричної практики

важливо, що Супрастин® у формі розчину для ін'єкцій можна призначати дітям вже з першого місяця життя, а у таблетках — із 3 років. Найчастіше Супрастин® застосовують внутрішньовенно на етапі стаціонарного лікування дітей з тяжкими проявами АД, але цей препарат також може бути призначений на кілька днів під час амбулаторного лікування. Оскільки АД є хронічним захворюванням, з метою тривалого лікування використовують АГП II покоління, зокрема препарати з групи активних метаболітів. Саме таким лікарським засобом є левоцетиризин (Алерзин), який являє собою активний метаболіт АГП II покоління цетиризину. На відміну від останнього, левоцетиризин має вдвічі вищу спорідненість до H1-гістамінових рецепторів. При цьому препарат Алерзин пригнічує всі переваги сучасного АГП II покоління: він впливає на гістамінозалежну стадію розвитку алергічних реакцій, пригнічує вивільнення медіаторів запалення, зменшує міграцію еозинофілів та судинну проникність. Завдяки цим властивостям Алерзин демонструє у дітей з АД виражений протисвербіжний, протизапальний та антиексудативний клінічний ефект. При цьому він не викликає седативності та розвитку тахіфілаксії, тому Алерзин можна призначати тривалими курсами (навіть на кілька місяців). На підставі нашого клінічного досвіду ми можемо констатувати високу ефективність препарату Алерзин у лікуванні дітей з АД: на тлі його прийому вдається швидко усунути свербіння шкіри, досягти регресії висипань та пригнічення алергічного запалення.

Окрім таблетованої форми, Алерзин також доступний у формі крапель для перорального прийому. Чи має ця лікарська форма які-небудь переваги у лікуванні дітей з алергічною патологією, зокрема порівняно з АГП II покоління у формі сиропів?

— Краплі — це дуже зручна лікарська форма для застосування саме у педіатричній практиці, зокрема у дітей раннього віку. Краплі Алерзин можна призначати дітям починаючи вже з 6 міс. Щодо переваг цієї лікарської форми, то, по-перше, вона дозволяє легко і точно дозувати препарат. У дітей віком 6-12 міс рекомендована доза препарату Алерзин складає 5 крапель 1 р/добу, 1-6 років — 5 крапель 2 р/добу, 6-12 років — 20 крапель 1 р/добу. Краплі Алерзин можна розчиняти у невеликій кількості води та приймати відразу після розведення. По-друге, саме у алергологічній практиці є дуже важливим те, що краплі Алерзин не містять жодних барвників, а саме ці допоміжні речовини у складі рідких лікарських форм можуть викликати алергічні реакції. По-третє, на відміну від таблетованих форм АГП, краплі Алерзин не містять лактози, що також уможливорює їх застосування у дітей з алергічною патологією на тлі ЛН, яка, як вже наголошувалося, досить часто виявляється у дітей з АД та являє собою додатковий фактор, який погіршує його перебіг.

Яким є прогноз перебігу АД у дітей? Що можна зробити для того, щоб збільшити частку дітей, у яких у дорослому віці буде досягнуто стійкої ремісії цього захворювання та не відбудеться прогресування «атопічного маршу»?

— У перебігу АД та його прогнозі велику роль відіграють генетичні фактори, на які ми не можемо впливати. Але за умови вчасного встановлення діагнозу та проведення адекватного лікування можна досягти стійкої ремісії АД, яка може тривати протягом усього життя. Сучасна терапія АД при її грамотному застосуванні дає можливість повністю усунути шкірні прояви atopії практично у всіх пацієнтів — саме в цьому полягає мистецтво

лікування і наше основне завдання. Водночас навіть тривала багаторічна повна ремісія АД та відсутність будь-яких шкірних проявів, на жаль, ще не гарантують того, що у дитини з atopічною конституцією не розвинеться, наприклад, АР чи БА. Тому ми радимо батькам усіх наших пацієнтів назавжди закріпити у дитини правильний спосіб життя та харчування, а також уникати у подальшому вибору певних професій, пов'язаних із високим ризиком додаткової алергізації. Це дійсно може певною мірою зменшити ризик захворювання на БА у дитини з генетичною схильністю до atopії. Більше того, сучасні наукові дані свідчать про те, що попередити розвиток БА у дітей з АД, сенситізованих до кліщів домашнього пороку, може призначення алергенспецифічної імунотерапії.

Щодо первинної профілактики АД у родинах з обтяженим алергологічним анамнезом — чи можна вжити заходів для зниження ризику розвитку у дітей цього захворювання?

— У такому цікавому питанні, як первинна профілактика алергічних захворювань, у сучасній алергології відбулися безперебійні революційні зміни. Якщо раніше вважали, що в таких сім'ях потрібно обмежувати контакти майбутньої матері з алергенами від самого початку вагітності, зокрема дотримуватися гіпоалергенних дієт, то зараз доведено, що це не має жодного сенсу. Дедалі більше прихильників сьогодні знаходить запропонована ще наприкінці 1980-х рр. «гігієнічна гіпотеза», яка у своєрідний спосіб пояснює зростання частоти алергічної патології у світі. Відповідно до цієї гіпотези зниження мікробного антигенного навантаження у зв'язку з малочисельністю сім'ї та покращенням умов життя (такий собі «західний стиль життя») зменшує можливість переключення сформованої в антен-і неонатальному періоді Th2-імунної відповіді на Th1-клітинну відповідь, що, у свою чергу, сприяє розбалансованості між Th2- і Th1-відповіддю і розвитку алергічних реакцій. Доведено, що в багатодітних родинах, де не завжди дотримуються цивілізованих вимог гігієни, випадків алергічної патології значно менше. Тому дітей із сімей з обтяженим алергічним анамнезом не слід штучно «оберігати» від ігор надворі, відвідування дитячих садочків чи спілкування з іншими дітьми.

Основою профілактики алергічних захворювань у дітей, зокрема АД, безперечно, є грудне вигодовування. У період лактації матір має дотримуватися принципів здорового харчування, без жорстких штучних обмежень.

Сьогодні також існують нові рекомендації щодо введення прикормів та переходу на «доросле харчування». Донедавна вважалося, що раннє введення твердої їжі асоціюється з розвитком алергічних хвороб, зокрема АД. Сьогодні ситуація докорінно змінилася: відбулася «зміна парадигми». Наявні дані підтверджують те, що виключення твердих продуктів, особливо високоалергенних, збільшує ризик розвитку харчової алергії. Отримано докази стосовно доцільності раннього введення в раціон дітей деяких, особливо високоалергенних, харчових продуктів (риби, яєць), які потенційно можуть змінити направленість розвитку імунної толерантності та зменшити ризик розвитку алергії.

Таким чином, педіатри мають чітко розуміти: якщо при лікуванні вже діагностованого АД дійсно необхідно уникати впливу причинно-значимих алергенів (передусім харчових та побутових), то для первинної профілактики алергічної патології елімінаційні заходи непотрібні.

Підготувала **Олена Терещенко**



Супрастин®

хлоропірамін

ПОЛЕГШУЄ СИМПТОМИ АЛЕРГІЇ



ХАРЧОВА
АЛЕРГІЯ



МЕДИКАМЕНТОЗНА
АЛЕРГІЯ



ІНСЕКТНА АЛЕРГІЯ



АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ,
СВЕРБІЖ



**максимум терапевтичного ефекту
в межах першої години після прийому**



виражена протисвербіжна дія



Дітям
від
1 місяця*



ПОКАЗАННЯ:

- Алергічні захворювання (алергічний риніт, кропив'янка, дерматит, харчова, інсектна алергія, алергія на ліки);
- У складі комплексної терапії системних анафілактичних реакцій та ангіоневротичного набряку.

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ

Діти 1–12 міс:	¼ ампули (0,25 мл)
Діти 1–3 років:	½ ампули (0,5 мл)
Діти 3–6 років:	½ ампули (0,5 мл); ½ таб. 2 рази на добу
Діти 6–14 років:	½–1 ампула (0,5–1 мл); ½ таб. 2–3 рази на добу
Дорослі:	1–2 амп. (1–2 мл); 1 таб. 3–4 рази на добу

Дозу можна підвищувати в залежності від реакції пацієнта.
Добова доза не повинна перевищувати 2 мг/кг маси тіла.
Максимальна добова доза 100 мг.

*Розчин для ін'єкцій. Супрастин® вводиться **внутрішньом'язово**. При гострих, тяжких алергічних реакціях рекомендовано розпочинати лікування з **внутрішньовенного** введення Супрастину®, потім переходити на внутрішньом'язове або **пероральний** прийом таблеток.

Діюча речовина — хлоропірамін.
Фармакотерапевтична група. Антигістамінні засоби для системного застосування.
Код АТС R06A C03. Супрастин таблетки Р.П. № UA/9251/01/01, Супрастин ампули Р.П. № UA/0322/01/01
Умови відпуску: ампули — за рецептом, таблетки — без рецепта.
Побічні реакції. Седативний ефект, стомленість, запаморочення, головний біль, ейфорія, артеріальна гіпотензія, тахікардія, аритмія, біль та дискомфорт в епігастральній ділянці, сухість у роті, фоточутливість та ін.
Виробник. Фармацевтичний завод ЕГІС.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів.
Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Представництво «ЕГІС ФАРМАС'ЮТІКАЛС ПЛС» в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

