

Атопічний дерматит у дітей: що сьогодні потрібно знати педіатрам?



Л.В. Беш

Атопічний дерматит (АД) – це 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 (Weidinger S., Novak N., 2016), а також певних психічних порушень, зокрема розладів спектра аутизму (Billeci L. et al., 2015). У зарубіжних публікаціях зазначено, що на АД страждає близько 20% дітей та 3% дорослих (Nuttan S., 2015; Notaro E.R., Sidbury R., 2015). Проблема АД зараз перебуває в центрі уваги науковців і клініцистів. Слід зазначити, що за останні роки суттєво змінилося наше уявлення як щодо етіопатогенетичних механізмів розвитку цього захворювання, так і стосовно підходів до його лікування та профілактики. Що ж необхідно знати про АД кожному педіатру? Як уникнути помилок при веденні дітей із 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 практичні аспекти актуальної клінічної проблеми 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.

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 в різних країнах світу. Дуже цінні дані про справжню поширеність АД у дітей у різних країнах світу були отримані в результаті проведення безпрецедентного за своїми масштабами міжнародного дослідження ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), під час якого було обстежено близько 2 млн дітей у 100 країнах світу. Згідно з отриманими даними, висока поширеність АД у дітей була відзначена, зокрема, в 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; відповідно до даних офіційної статистики, показник поширеності АД у дітей у нашій країні становить лише 5-10 випадків на 1 тис. 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 їхні 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 в його розвитку?

— Зростання частоти алергічної патології, зокрема АД, зумовлено передусім істотними змінами в способі життя та харчуванні людей, адже змінюється саме середовище, яке нас оточує. Проведені протягом останніх років наукові дослідження змінили наше уявлення стосовно тих чинників, які можуть спровокувати розвиток АД. Раніше вважалося, що основна роль у розвитку АД належить сенсibiliзації до харчових алергенів, а зараз уже доведено, що вони мають винятково етіологічне значення тільки в приблизно 30% дітей. У решті дітей у виникненні загострень АД, окрім харчових алергенів, велику роль відіграють побутові алергени, найпотужнішими з яких є кліщі домашнього пороку, пир'я подушок, епідерміс домашніх тварин, грибкові алергени тощо. Крім того, у міру дорослішання дитини з АД окрім харчових алергенів, 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 уперше клінічно маніфестує в перші три роки життя. Дуже часто прояви АД виникають уже в перші місяці життя дитини — як правило, це дуже характерні плямисто-папульозні висипання на шкірі (найчастіше локалізовані на щокках). Цілісність епідермісу 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 умови грамотного ведення дитини з АД на момент 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 целіакії чи лактазної недостатності (ЛН). Встановлення діагнозу целіакії в дитини з АД є абсолютним показанням до призначення безглютенової дієти, дотримання якої в комплексі з відповідним лікуванням дозволяє досягти швидкої регресії шкірних симптомів. Посилювати прояви АД може непереносимість лактози, тому при виявленні в дитини ЛН також слід на певний час призначити відповідну дієту. У 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 в разі тяжкого перебігу АД у дітей може мати недостатність ферменту діаміноксидидази (ДАО), за якої в крові відзначається дуже високий рівень ендogenous гістаміну 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 вказаного ферменту. Важливо відзначити, що на перебіг АД у дітей впливає психологічний клімат у сім'ї. Зокрема, під час власного дослідження ми встановили, що в 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 в 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 нераціональне місцеве

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

Резини для ін'єкцій.
Діюча речовина — хлоропірамін. Фармакотерапевтична група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Код АТС R06A C03. Супрастин таблетки РП, № 10/25/50/100/101.
Супрастин ампули РП, № 10/25/50/100/101.
Умови відпуску ампул — за рецептом, таблетки — без рецепта.

Показання: алергічні захворювання (алергічний риніт, кропив'янка, дерматит, харчова, інсектна алергія, алергія на ліки) у складі комплексної терапії системних анафілактичних реакцій та ангіоневротичного набряку.

Побічні реакції: Седативний ефект, сонливість, запаморочення, головний біль, епіфарія, артеріальна гіпотензія, тахикардія, аритмія, біль та дискомфорт в епігастральній ділянці, сухість у роті, fotocутливість та ін.

Виробник: Фармацевтичний завод Егіс.

Представництво «ЕГІС ФАРМАСЮТАКАЛ СПС» в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-1. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

Супрастин®

хлоропірамін

ПОЛЕГШУЄ СИМПТОМИ АЛЕРГІЇ

максимум терапевтичного ефекту
в межах першої години після прийому

виражена протисвербіжна дія

Дітям
від
1 місяця

лікування АД, зокрема необґрунтовано тривале застосування топічних стероїдів. Із цієї проблемою 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 лише 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 будь-яких 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 в 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 ефективними є метод штрихового нанесення, а також почергове нанесення на різні уражені ділянки в 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 в 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 стосується і елімінації причинно-значимих харчових алергенів (ведення харчового щоденника, дотримання гіпоалергенної дієти) та побутових алергенів (зменшення колекторів домашнього порошку, часте вологе прибирання, боротьба з пліснявою в 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 atopії», в якій проводять спеціальні

заняття для дітей, хворих на АД, та їхніх 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) першого покоління. Однак слід зазначити, що у випадку важкого загострення АД, при якому нестерпне свербіння шкіри порушує спокій та сон дитини, ефективною є тактика початкового призначення на нетривалий 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 уже з першого місяця життя, а в 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 є активним метаболітом АГП II покоління цетиризину. На відміну від останнього, левоцетиризин має вдвічі вищу спорідненість до H1-гістамінових рецепторів. При цьому препарат Алерзин притаманні 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 в дітей з АД виражений протисвербінний, 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 в лікуванні дітей з алергічною патологією, зокрема

порівняно з АГП II покоління у формі сиропів?

— Краплі — це дуже зручна лікарська форма для застосування саме в педіатричній практиці, приміром 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 рекомендується доза препарату Алерзин становить 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 в невеликій кількості води та приймати відразу після розведення. По-друге, саме в 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 уможливило їх застосування в дітей з алергічною патологією на тлі ЛН, яка, як уже наголошувалося, досить часто виявляється в дітей з АД та є додатковим фактором, який погіршує його перебіг.

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

— 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 в усіх 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 в дитини з atopічною конституцією не розвинеться, наприклад, АР чи БА. Тому ми радимо батькам усіх наших пацієнтів назавжди закріпити в дитини правильний спосіб життя та харчування, а також уникати в подальшому вибору певних професій, пов'язаних із високим ризиком додаткової алергізації. Це дійсно може певною мірою зменшити ризик захворювання на БА в дитини з генетичною схильністю до atopії. Крім того, сучасні наукові дані свідчать про те, що попередити розвиток БА в дітей з АД, сенсibiлізованих до кліщів домашнього порошку, може призначення алергенспецифічної імунотерапії.

Щодо первинної профілактики АД у родинах з обтяженим алергологічним анамнезом, чи можна

вжити заходів для зниження ризику розвитку в дітей цього захворювання?

— Стосовно такого цікавого питання, 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 ante- і неонатальному періодах 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 переведення на «доросле харчування». Донедавна вважалося, що раннє введення твердої їжі асоціюється з розвитком алергічних хвороб, зокрема АД. Тепер 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 не потрібні.

Підготувала **Олена Терещенко**



Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин: таблетки, краплі. У 50% хворих на АД препарат розвивається через 12 хв. після прийому однієї дози, а у 95% — через 0,5–1 годину. Дорослим і дітям старше 6 років приймати 1 таблетку або 20 крапель (5 мг) 1 раз на добу. При хронічних захворюваннях (хронічний алергічний риніт, хронічна кропив'янка) тривалість лікування становить до 1 року. Детальна інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Додаткова інформація міститься в інструкції для медичного застосування. **Побічні реакції.** Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інш. **РЛ № UA/0862/01/01, № UA/0862/02/01. Умови відпуску:** без рецепта. **Виробник:** Фармацевтичний завод ЕГІС. **Представництво «ЕГІС ФАРМС» ТОВ «ЛІС» в Україні:** 04119, Київ, вул. Дегтярська, 27-Г. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

Алерзин

левоцетиризин

- **полегшує перебіг алергічних реакцій**
- **приймати 1 раз на добу**
- **тривалість лікування до 1 року¹**