

Заболевания кожи у детей младшей возрастной группы: дифференцированные подходы к лечению и профилактике

Высокая заболеваемость у детей младшей возрастной группы дерматологической патологией, ее волнообразное течение и частые рецидивы приводят к тому, что лечение и профилактика данных заболеваний являются непростой задачей для педиатра и часто требуют квалифицированного мнения специалиста-дерматолога. Особое место среди заболеваний кожи у детей занимает атопический дерматит (АД), что связано со сложностью патогенеза и частыми осложнениями. О современных принципах ведения детей с кожной патологией с акцентом на АД мы попросили рассказать заведующего кафедрой дерматовенерологии Ужгородского национального университета, доктора медицинских наук, профессора Юрия Владимировича Андрашко.

? Насколько распространены проблемы, связанные с заболеваниями кожи у детей?

— В настоящее время продолжается рост количества случаев заболеваний кожи в силу целого ряда объективных факторов современного мира, в первую очередь агрессивных внешних воздействий. Известно, что кожные покровы являются проекцией состояния всего организма, главным барьером между внешним миром и организмом человека и берут на себя первый удар от воздействия агрессивных факторов окружающей среды. К таковым можно отнести увеличение химизации в повседневной жизни и действие различных искусственно созданных материалов. Результатом их неблагоприятного влияния могут быть нетолерантность кожных покровов к инфекционной патологии и реакции в виде целого ряда патологических состояний. Кроме того, большинство заболеваний кожи являются генетически детерминированными, и из-за роста аллергопатологии у родителей формируется так называемая прогрессия, которая проявляется накоплением патологических генетических детерминант у детей. Отдельно следует выделить значительное возрастание психоэмоциональных нагрузок, которые с учетом того, что кожа с уверенностью можно назвать важным нейрорецепторным сегментом нервной системы, являются немаловажным компонентом в развитии патологии кожи, и не только психодерматозов.

? Какие основные принципы должны соблюдаться педиатром и дерматологом для эффективного контроля кожного заболевания у детей младшей возрастной группы?

— Необходимо прекратить спор между педиатрами и дерматологами, существующий уже на протяжении десятилетий, о том, кто более компетентен в лечении АД и состояний, сопутствующих ему. Между педиатром и дерматологом должно быть максимальное коллегиальное партнерство, основанное на компромиссных решениях как с одной, так и с другой стороны, ведь объектом такой работы является здоровье ребенка. Объективная оценка работы должна проводиться не по результатам быстрого исчезновения симптомов заболевания под воздействием какого-либо агрессивного лекарственного средства, а на основании обеспечения контроля состояния (уменьшения количества рецидивов) и длительности ремиссии. Такое

взаимодействие должно помочь отказаться от ряда негативных традиций, которые могут только навредить ребенку с заболеванием кожи, к примеру, купания в различного рода травах (что уже на протяжении нескольких десятилетий запрещено в развитых европейских странах), обтирания маслами (в ряде исследований было продемонстрировано, что даже оливковое масло у детей-атопиков может оказывать негативное влияние), так как, несмотря на кажущееся увлажнение, они вызывают еще больший ксероз. Со стороны педиатра важным условием успеха в осуществлении профилактики является проведение элиминационных мероприятий по месту проживания ребенка, ограничение контакта с основными аллергенными факторами (домашней пылью, шерстью животных и т.д.). Важна работа врача с родителями и обучение их основным правилам ухода за детьми с кожной патологией, такими как запрет на использование косметических и моющих средств (включая мыло), не рекомендованных дерматологом; исключение чрезмерного укутывания и перегревания ребенка; коррекция питания у детей, так как у них часто прослеживаются различного рода ферментопатии и непереносимость белков коровьего молока; по возможности максимальное сохранение грудного вскармливания с ограничением потребления женщинами различного рода продуктов, способных запускать аллергию у детей. Также должны осуществляться отсрочка (на 3-6 мес) и корректировка по введению прикорма, обязательным условием является соблюдение календаря прививок, в силу того что ограничения специфических профилактических мероприятий у детей-атопиков в последующем из-за нарушенных барьерных функций могут приводить к тяжелым проявлениям различных инфекционных заболеваний и усилению атопических реакций, формируя порочный круг.

? Каково место АД и стероидчувствительных дерматозов, включая инфицированные, в структуре других кожных заболеваний и каковы их первые клинические проявления?

— Все больше внимания со стороны ученых различных специальностей (дерматологов, аллергологов, педиатров) уделяется атопической конституции, так как понимание ее патогенетических механизмов выходит на новый уровень и позволяет осмыслить эту проблему

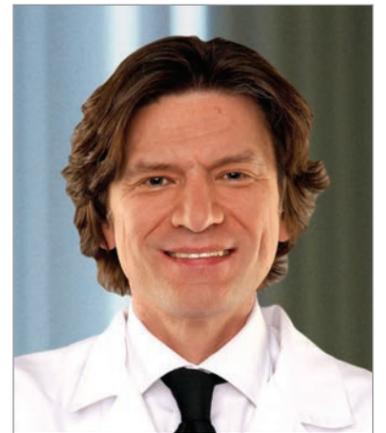
с новых научных позиций. Проблема с учетом всевозможных агрессивных факторов и триггеров многогранна, и кожа как один из главных иммунокомпетентных органов становится основным реципиентом влияния эндогенных и экзогенных факторов. При этом играют роль наследственная склонность к неадекватному иммунному ответу и ее реализация в жизни ребенка.

В настоящее время порядка 30% детей с большой вероятностью имеют атопическую конституцию, которая может реализоваться в разной степени под влиянием ряда указанных выше факторов. Педиатрам важно помнить, что кожа ребенка является первым и самым доступным для осмотра и обследования сигнальным органом, свидетельствующим о возможности развития атопии. Детей с предполагаемой атопией можно выявлять уже на пренатальных этапах. Известно, что атопия реализуется через наследственные механизмы. Если один из родителей имеет предрасположенность к АД, то вероятность таковой у ребенка составляет около 40%, а если оба — 80%.

Инициация аллергических механизмов часто возникает в младшем детском возрасте и клинически проявляется локализованной сухостью кожи, покраснением и воспалительной реакцией. На эти признаки необходимо обращать внимание родителей ребенка, склонного к атопии. Следует отметить, что нарушение иммунных механизмов кожи приводит не только к атопическим изменениям, но и к снижению защитных сил всего организма и возможному инфицированию очагов воспаления кожи, даже за счет сапрофитной микрофлоры. Поэтому в большинстве случаев как раз нарушения барьерной функции кожных покровов и являются основным предрасполагающим фактором к перманентной реализации условно патогенных возможностей целого ряда микроорганизмов.

? Какие трудности общей и дифференциальной диагностики АД и других стероидчувствительных дерматозов, включая инфицированные, можно было бы выделить, каковы принципы их терапии на начальных этапах?

— Вторичное инфицирование очагов АД за счет ассоциаций возбудителей как бактериального, так и грибкового происхождения может до неузнаваемости изменить клиническую картину, подменив представления о первичности истинного патологического процесса. Поэтому клинические проявления могут быть очень вариабельны. Кроме того, часто вследствие возрастных особенностей в течение АД, отсутствия налаженного контакта с родителями, сложностями со сбором анамнеза не всегда просто установить окончательный диагноз. Следовательно, на первом этапе (3-7 дней) необходим комплексный подход, чтобы стабилизировать клиническую ситуацию, разобраться в диагнозе и



Ю.В. Андрашко

прийти к пониманию дальнейших диагностических задач и тактики лечения.

АД относится к стероидчувствительным заболеваниям. Необходимо комбинировать возможности контроля с помощью современных комплексных препаратов, которые позволяют воздействовать на целый ряд причинных факторов (бактериальные факторы, грибки, воспаление), так как лечение инфекционного процесса без использования противовоспалительного, антибактериального и противогрибкового компонентов будет не эффективным. Таким образом, комбинированные препараты на первом этапе, когда недостаточно времени и возможностей для четкой верификации возбудителя, но при этом необходимо учесть все условия возникновения патологического состояния, дают возможность локализовать очаг воспаления и уменьшить выраженность клинических проявлений.

В таких условиях может быть задействован препарат Пимафукорт, основой которого является микронизированный гидрокортизон, комфортный кортикостероид с точки зрения безопасности. Также препарат содержит антибиотик неомицин и антимикотик натамицин с широким антибактериальным и противогрибковым спектром, что позволяет учесть все возможные разбалансированные составляющие на поверхности кожных покровов, которые необходимо взять под контроль в первую очередь. Лекарственное средство наряду с достаточной активностью и быстрым (1-2 ч) достижением терапевтического эффекта обладает минимальным риском развития осложнений, в том числе обусловленных резорбцией препарата. Это делает его предпочтительным в детской дерматологической практике, а также у взрослых при локализации патологического процесса в местах тонкой кожи (лицо, складки, половые органы). Врач может смоделировать и задать правильный алгоритм лечения пациента с первого «аккорда» терапии, и в первую очередь при пиогенных и микогенных осложнениях.

При отсутствии инфекционного воспаления применять комбинированные средства нецелесообразно, поэтому следует использовать монокомпонентные препараты, действующие четко на патологические звенья заболевания. В дебюте острых процессов при АД актуальным является старт с топических кортикостероидов, например с гидрокортизона бутаирата (Локоид Крело), эффективность и безопасность которого доказаны в исследованиях и условиях реальной

“ Если один из родителей имеет предрасположенность к АД, то вероятность таковой у ребенка составляет около 40%, а если оба — 80%.

”

клинической практики как в отечественной, так и европейской дерматологии. Различные формы данного препарата представляют уникальные возможности в лечении заболевания и позволяют учитывать не только зону поражения (например, лосьон для волосистой части головы), но и выраженность воспалительной реакции.

Современные подходы к лечению кожных заболеваний, для которых характерны тенденции к рецидивам, кроме привычного для дерматологов раннего применения топических кортикостероидов для получения максимального эффекта должны включать пролонгированную терапию, направленную на поддержание длительной ремиссии. Лечащий врач должен составить программу, обязательным компонентом которой является обучение и работа с родителями больного АД ребенка. Это важная составляющая лечения, необходимо не только купировать обострение, но и грамотно реализовать задачу по дальнейшему контролю заболевания.

Таким образом, подходу дифференцированно к лечению различных форм АД, можно избежать негативного влияния лекарственного препарата, привыкания к нему (оставляя его потенциал на будущее). Следовательно, разумное и обоснованное назначение кортикостероидов позволяет в целом эффективно лечить заболевание и в дальнейшем осуществить переход на нестероидные лекарственные средства — так называемый проактивный этап терапии.

? Как проводится лечение АД в период ремиссии (проактивная терапия)?

— В период ремиссии сложность состояния заключается в том, что видимые изменения кожных покровов отсутствуют. Но в глубоких слоях процесс продолжается и субклиническое иммунное воспаление требует непрерывного контроля. Поэтому после кратковременного (до 7 дней) воздействия топическими кортикостероидами и успешного купирования острых проявлений заболевания можно осуществлять переход на пролонгированные виды терапии аллергического воспаления, к которым в первую очередь относятся топические ингибиторы кальциневрина (протеина, регулирующего образование и высвобождение различных провоспалительных цитокинов, ответственных за формирование иммунного ответа). Таковым является такролимус (Протопик), который выпускается в форме мази 0,1% и 0,03%. Мазь такролимуса не влияет на синтез коллагена и поэтому не вызывает атрофии кожи, что является одним из главных негативных эффектов лечения кортикостероидами. Существует возможность менее резкого перехода со стероидов на Протопик, чередуя уменьшение применения стероидов с постепенным введением препарата. Данная схема оправдывает себя в том, что резкое отвыкание от стероидной терапии может приводить к ряду негативных проявлений со стороны кожи, в то же время не во всех случаях кожа адекватно реагирует на ингибитор кальциневрина. При резком переходе на него могут проявляться различные реакции в виде идиосинкразии и дискомфорта (зуд). Поэтому для соблюдения комплаенса и полноценного вовлечения пациента в процесс лечения необходим постепенный переход с одного препарата на другой, замещая топический кортикостероид препаратом Протопик. В дальнейшем Протопик применяется ежедневно при наличии клинических проявлений

с последующим интермиттирующим использованием (через день или два дня). При частом рецидивирующем течении (более 4 рецидивов за период), тяжелом и среднетяжелом АД применяется поддерживающая проактивная терапия для контроля над субклиническим воспалением на протяжении 6-12 мес. Доказано, что длительное лечение с использованием Протопика позволяет контролировать течение заболевания на глобальном уровне и снизить частоту возникновения рецидивов. Отмечается, что за годы применения препарата при его назначении все больше увеличивается диапазон комфорта у пациента. Протопик не проникает через базальную мембрану кожи и не оказывает системного действия, поэтому его можно применять на протяжении

длительного периода времени, о чем свидетельствует многолетний европейский и отечественный опыт. Таким образом, можно констатировать, что началась новая эра в контроле за атопическими проявлениями, которая заключается в правильной комбинации лекарственных средств и умении грамотно чередовать препараты.

? Расскажите о важности ухода за кожей ребенка, склонного к атопии.

— Хотелось бы еще раз подчеркнуть важность работы с родителями, как это и происходит в условиях «школы атопического дерматита», когда не только на словах, но и визуально родители могут изучить правила использования наружной терапии, под контролем медицинского

работника обменяться опытом лечения своего ребенка с другими родителями, обучиться основным приемам ухода за кожей с помощью лечебной косметики, в первую очередь эмолиентов. Применение последних является важным компонентом поддерживающей терапии, так как дефицит увлажняющих факторов и сухость кожи присущи кожным поражениям атопического синдрома. Максимально комплементарными к активным лекарственным средствам зарекомендовали себя эмолиенты Локобейз и Локобейз Рипеа, действующие на верхние слои кожи, улучшая ее барьерные и эластичные свойства, приводя к полноценному здоровому состоянию.

Подготовил Владимир Савченко



Сильне, але лагідне місцеве лікування
Сильний в дії, лагідний за природою. Використовувати
Локоїд означає досягти високій ефективності в лікуванні
стероїдчутливих дерматозів при профілю безпеки м'якого
гідрокортизону.^{1,2}

ЛОКОІД®
ГІДРОКОРТИЗОНУ 17-БУТИРАТ



astellas
Світло, що веде до життя

Представництво Астеллас Фарма Юроп в Україні; 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 13, корп.7-В, оф. 41, тел. (044)490 6825, факс (044) 490 6826

Література:

1. Дані MDI за 2011 рік (рейтинг препаратів за випискою серед дерматовенерологів)
2. 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.
3. 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.

Інформація про лікарські засоби. Тільки для спеціалістів в галузі охорони здоров'я

ЛОКОІД® (LOCOID®). Діюча речовина: гідрокортизону 17-бутират. Фармакологічна група: Кортикостероїди для застосування у дерматології. Код АТС D07A B02.

Побічні реакції. Ріпса (<1/10 000, <1/1000). Порушення з боку шкіри та підшкірної клітковини: дерматит, екзема, контактний дерматит, атрофія шкіри, часто незворотно, що супроводжується потоншенням епідермісу, телеангіоектазіями, купулою та стріями; дегідратація, гіпертрихоз, розовувальний та періоральний дерматит, що супроводжується або на супроводжується атрофією шкіри; «ефект римошету», що може призвести до стероїдної залежності; сповільнене загоєння ран. **Ендокринні порушення:** адренкортикальна супресія. **Дуже рідко (<1/10 000, включючи окремі повідомлення).** Порушення з боку органа зору: підвищення внутрішньочинного тиску та ризику виникнення катаракти (при систематичному попаданні препарату на кон'юнктиву). Порушення з боку імунної системи: реакції гіперчутливості. **Передозування.** У випадку хронічного передозування або невідповідного застосування можуть виникнути побічні ефекти, описані у розділі «Побічні реакції». У випадку, якщо спостерігаються симптоми гіперкортицизму, лікування слід припинити.

Повну інформацію щодо застережень, характеристик, особливостей, схем застосування та ін, дивись в затверджених інструкціях: р.л. № UA/4471/04/01 від 11.12.2007; UA/4471/02/01 від 21.10.2011; UA/4471/01/01 від 28.01.2011; UA/4471/03/01 від 18.10.2007.

UA-LOC-001-12