

# Состояние кожи как индикатор здоровья всего организма

**Состояние кожи – это зеркальное отражение состояния здоровья человека. И даже неприметная, на первый взгляд, сыпь может быть первым признаком серьезной патологии. В этом случае задача врача состоит в том, чтобы своевременно распознать кожное заболевание, составить правильный «маршрут» дальнейшего обследования пациента и назначить корректное лечение. Многие кожные заболевания дебютируют в детском возрасте, поэтому ключевые аспекты дифференциальной диагностики дерматологической патологии обязан знать каждый врач первичного звена оказания медицинской помощи, и в первую очередь – педиатр. Атопический дерматит (АД) – одна из тех проблем, которыми занимаются разные направления медицины. Раннее начало заболевания, полиморфизм клинической картины в разные возрастные периоды и возможность трансформации кожных проявлений аллергии в более тяжелые варианты являются предпосылками к тому, что АД перестал быть прерогативой исключительно дерматологов. Важная роль в ведении таких пациентов также отведена педиатрам, семейным врачам, аллергологам и иммунологам, врачам лабораторной диагностики и даже психиатрам.**



Главный принцип современной медицины – это мультидисциплинарный подход к каждому пациенту. Эта идея стала объединяющей для участников научно-практической конференции «Междисциплинарные подходы в диагностике и лечении дерматологической патологии», состоявшейся 14 сентября 2018 года в г. Киеве, в рамках которой ведущие отечественные специалисты представили исчерпывающие и интересные доклады, раскрывающие различные аспекты диагностики, лечения и профилактики кожных заболеваний.



О патофизиологии, лечении и профилактике АД подробно рассказала академик Академии наук высшего образования Украины и Международной академии образования и науки, член Европейской и Американской академий дерматологии и венерологии, вице-президент Украинской ассоциации врачей-дерматовенерологов и косметологов, заслуженный врач Украины, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Витальевна Проценко.

– В структуре общей заболеваемости населения аллергические болезни уже на протяжении длительного времени занимают лидирующие позиции. Особая ниша среди аллергической патологии принадлежит аллергическим дерматозам – заболеваниям со многими неизвестными. И от изначального алгоритма ведения такого пациента после его первого визита к врачу зависит дальнейший прогноз и достижение возможной стойкой ремиссии. По данным различных исследований, аллергический дерматит имеют от 4–8 до 20% населения мира, чаще – дети и лица молодого возраста, у лиц пожилого возраста аллергические дерматозы развиваются крайне редко вследствие возрастной инволюции их иммунной системы. К наиболее распространенным аллергическим дерматозам относятся аллергический контактный дерматит, атопический дерматит (в различных клинических формах у детей и взрослых), экзема (В.Л. Мельников и соавт., 2014).

Атопические заболевания имеют около 1/5 населения земли (M. Cork et al., 2003). Особое внимание следует уделить АД – заболеванию, которое при отсутствии адекватного лечения может в отдельных случаях привести даже к инвалидизации пациента. И только своевременная верификация диагноза и назначение корректной терапии позволяют контролировать течение болезни и достичь стойкой ремиссии. В рамках междисциплинарного взаимодействия существуют конкретные клинические проблемы, связанные с ведением пациентов с АД: ошибки в выборе тактики лечения и профилактики из-за неправильной трактовки поражений кожи и слизистых оболочек в различные возрастные периоды; недооценка или неадекватный выбор методик лабораторной диагностики для выявления триггерных факторов и/или соматической фоновой патологии; запуск «аллергического марша» в результате нерациональной лечебной тактики. Несмотря на то что АД – это патология преимущественно педиатрическая, пато- и морфогенез поражений кожи и слизистых оболочек при данном заболевании является единым как у детей, так и у взрослых.

Принципиально важный вопрос, на который должен ответить каждый врач при первом обращении пациента с жалобами со стороны кожи, состоит в том, чем именно вызваны поражения кожи у конкретного больного:

дерматитом или токсикодермией? Дерматит характеризуется универсальной воспалительной реакцией кожи исключительно на внешние раздражители, в то время как токсикодермия – это неспецифическое воспаление кожи вследствие воздействия эндогенных и экзогенных факторов с резорбтивным эффектом. Следующий этап дифференциальной диагностики – различить простой контактный дерматит и аллергический контактный дерматит. Общим признаком обеих нозологий является наличие контакта с провоцирующим фактором. Для простого контактного дерматита – это преимущественно химические вещества (щелочи, кислоты, детергенты и др.), физические факторы (ультрафиолетовое излучение, высокая или низкая температура, радиация), биологические причины (растения и животные). Поражение кожи при простом контактном дерматите развивается сразу после контакта с облигатным раздражителем в результате его повреждающего действия на кератиноциты у каждого больного, площадь патологического очага (зачастую асимметричной формы) совпадает с площадью контакта, а выраженность воспаления пропорциональна силе раздражителя. Аллергический контактный дерматит провоцируют косметические средства, синтетические чистящие и моющие средства, металлы, лакокрасочные материалы, резиновые изделия. Заболевание развивается у склонных к аллергии лиц. В основе патогенеза аллергического дерматита лежит аллергическая реакция замедленного типа. При первом попадании антигена на кожу происходит сенсибилизация организма при участии Т-лимфоцитов. При последующих контактах с тем же антигеном активируется синтез цитокинов Т-лимфоцитами и другими клетками, что и является патогенетической основой аллергического контактного дерматита. Поэтому кожные элементы появляются не сразу, а после продромального периода (1–45 дней), площадь очага превышает площадь контакта раздражителя с кожей, высыпания симметричны, а выраженность воспаления не зависит от силы раздражителя. При постоянной или длительной антигенной стимуляции воспалительный процесс может трансформироваться в хроническую экзему. Если говорить конкретно об АД, то очевидно, что эта нозология больше, чем аллергический дерматит, требует особой тактики лечения и взаимодействия разных специалистов.

АД (код по МКБ-10 – L20) – это наследственно обусловленное хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание (кожно-слизистый синдром), которое характеризуется первично возникающим зудом, возрастной эволюцией локализации и морфологии сыпи и гиперчувствительностью к иммунным и неиммунным стимулам. Недавние научные исследования в сфере аллергологии кардинально изменили представление врачей об аллергии. Сегодня принято считать, что все атопические заболевания взаимосвязаны и являются составляющими единого патогенетического механизма – «атопического марша». Этим термином обозначают последовательное возраст-ассоциированное развитие симптомов аллергии, часто связанное с повышенным уровнем IgE-антител к наиболее распространенным пищевым аллергенам и аллергенам окружающей среды. Поэтому раннее начало АД ассоциировано с высоким риском развития аллергического ринита и бронхиальной астмы в старшем возрасте.

Особенностью АД является то, что в разные возрастные периоды заболевание проявляется по-разному. Выделяют три последовательных возрастных стадии АД: младенческая (от 2 мес до 2 лет), детская (с 2 лет

до пубертатного периода) и АД пубертатного и взрослого возраста. Младенческая АД протекает в трех формах – эритематозной («красные щечки»), эритематозно-сквамозной, экзема. К детским формам АД относятся: эритематозно-сквамозная с лихенификацией, детская складчатая экзема, почесуха Бенъе, вульгарная почесуха, строфулюс. К 3-й возрастной стадии АД относятся: лихеноидная или пруригоподобная форма, нейродермит (диффузный, ограниченный), хроническая экзема (кистей, стоп), диффузный атопический дерматит (атопическая эритродермия).

Для диагностики АД во всем мире используют критерии Ханифина – Райка (Hanifin – Rajka). Выделяют 4 основных диагностических критерия:

- зуд кожи;
- характерная морфология и локализация сыпи;
- хроническое рецидивирующее течение;
- АД в индивидуальном или семейном анамнезе.

Наряду с перечисленными используют также 23 дополнительных диагностических критерия: ксероз, ихтиоз, реакция гиперчувствительности немедленного типа при кожных тестах с аллергенами, экзема кистей и стоп, хейлит, экзема сосков, склонность к инфекционным воспалениям кожи, дебют заболевания в раннем возрасте, эритродермия, рецидивирующий конъюнктивит, инфраорбитальная складка Денни – Моргана, кератоконус, передние субкапсулярные катаракты, трещины за ушами, высокий уровень IgE крови, темные круги под глазами, бледность или эритема лица, белый лишай, непереносимость пищи, шерсти и растворителей жиров, перифолликулярная локализация высыпаний, влияние эмоциональных факторов на течение болезни, белый дермографизм. Для установления диагноза АД необходимо наличие 3 основных и 3 дополнительных диагностических критериев. Безусловно, основные диагностические критерии всегда у врача на вооружении, но не следует упускать из виду и дополнительные критерии, которые могут превалировать в клинической картине конкретного пациента с АД.

Одним из важнейших дополнительных диагностических критериев является сухость кожи. Данный признак является генетически обусловленным дефектом кожного барьера, который лежит в основе развития АД. Нарушение кожного барьера приводит к повышению проницаемости кожи для микробов и аллергенов, которые в свою очередь активируют процесс сенсибилизации организма и развитие Т-хелпер-2-иммуннозависимого воспаления у генетически предрасположенных лиц (в 60% случаев). Данный дефект также сопровождается чрезмерной микробной колонизацией кожи и, соответственно, микробной сенсибилизацией (в основном за счет патогенных стафилококков). На заключительном этапе образуются IgE аутоантитела к кератиноцитам и эндотелию, которые и запускают «атопический марш». Поэтому восстановление поврежденного кожного барьера еще до наступления сенсибилизации организма дает возможность остановить патологический процесс и предупредить развитие иммунного воспаления.

Выделяют три варианта развития хронических дерматозов (в том числе АД): 1-й – инфекция как первопричина дерматоза + сенсибилизация; 2-й – дерматоз + вторичное инфицирование; 3-й – инфекция, которая является триггером дерматоза (Н. Волкова и соавт., 2011). Вариант развития заболевания определяет применение комбинированных препаратов с противовоспалительным и противомикробным



действием. Еще одним предрасполагающим фактором развития АД является нарушение функции Toll-подобных рецепторов (TLR) кератиноцитов – клеток, которые представляют собой первую линию защиты врожденной иммунной системы. Функция TLR – связывание с бактериальными, вирусными, грибковыми антигенами и активация синтеза противомикробных пептидов. При нарушении их функции усиливается бактериальная колонизация кожи.

Следовательно, сухость кожи является хоть и дополнительным, но важным диагностическим критерием АД, который является многофакторным синдромом, характеризующимся повышенной чувствительностью к раздражителям иммунного и неиммунного генеза, снижением порога для возникновения зуда, нарушением барьерной функции кожи и повышенной склонностью к аллергическим реакциям. Наряду с сухостью кожи не следует забывать и о сухости слизистых оболочек (синдром сухих глаз, сухость слизистой оболочки уретры и влагалища с последующими дисбиотическими изменениями).

Подводя итоги, мы предлагаем упрощенный пошаговый алгоритм ведения пациентов с АД:

- осмотр пациента и сбор анамнеза;
- оценка клинических симптомов и признаков (по критериям Ханифина – Райка, дифференциальный диагноз);
- оценка степени тяжести заболевания по системе SCORAD с определением объема терапии;
- выявление триггерных факторов и оценка соматического состояния больного;
- последующая коррекция лечения.

Важным аспектом правильного ведения пациента является грамотная формулировка диагноза, который имеет следующую структуру: диагноз по МКБ-10 (L20. Атопический дерматит), клиническая форма заболевания на момент осмотра, тяжесть течения, активность процесса.

С одной стороны, АД – это хроническое аллергическое заболевание, которое при отсутствии адекватной терапии может привести к снижению качества жизни пациента и даже к его инвалидизации. С другой стороны, медикаментозное лечение обеспечивает ослабление или полное купирование зуда, уменьшение признаков воспаления, устранение вторичного инфицирования, восстановление кожного барьера и пролонгирование ремиссии.

В лечении АД применяется ступенчатый подход, который зависит от тяжести заболевания. Для удобства восприятия алгоритм терапии АД изображают в виде пирамиды. Основой пирамиды (4-я степень) является базисная терапия, используемая для лечения АД легкой формы. 3-я степень (слабые или средней силы топические кортикостероиды (ТКС) и/или топические ингибиторы кальциневрина (ТИК) + базисная терапия) и 2-я степень (средней силы и сильные ТКС и/или ТИК + базисная терапия) применимы к пациентам с легкой и среднетяжелой формой АД (J. Akdis, 2006). Тяжелые формы АД и рефрактерные к терапии случаи вместе с активным наружным лечением требуют назначения системных кортикостероидов (КС), фототерапии (1-я степень). Применение базисной терапии, ТКС, ТИК основывается на данных доказательной медицины, которыми сегодня руководствуются врачи во всем мире.

Препаратами первой линии в лечении обострений при среднетяжелой форме АД являются ТКС. Однако стероидофобия, которая присутствует не только среди пациентов, но и у некоторых врачей, существенно тормозит лечебный процесс, что в итоге может привести к прогрессированию патологии. Важно понимать, что польза от правильного использования ТКС гораздо выше, чем риск возможных побочных эффектов. Вместе с тем применение ТКС должно быть ограничено купированием обострения, и они не должны использоваться для длительной терапии (Noag et al., 2000; Goossens et al., 2008). Существуют два альтернативных подхода к гормональной терапии при АД: step-down терапия – начало лечения с использованием ТКС высокой активности с переходом на препарат меньшей активности по мере снижения выраженности симптомов или применение КС наименьшей активности, который обеспечивает ответ на лечение.

Заслуженное доверие врачей-дерматологов завоевала продукция фармацевтической компании «Валеант

Фармасьютикалз», которая позволяет применять разные схемы местной гормональной терапии как у взрослых, так и у детей. Такими препаратами являются Кловейт® (клобетазола пропионат) – ультраактивный топический стероид для купирования разлитого воспалительного процесса и Момедерм® – умеренно сильный нефторированный стероид в виде мази или крема. Последний может применяться для лечения патологического очага на лице у детей с 2 лет. Если в патологическом процессе важную роль играет микробный компонент, следует отдавать предпочтение комбинированному лекарственному средству Бетадерм® (бетаметазона дипропионат), который является пролекарством. Активность препарата зависит от степени воспаления: чем больше в очаге провоспалительных ферментов, тем более выраженный ответ на лечение. Гентамицин, который входит в его состав, дополнительно оказывает антибактериальный эффект. Для устранения чрезмерной трансдермальной потери воды, проявлений раздражения кожи, а также для ее восстановления рекомендуется использовать липофильный крем по типу водно-жировой эмульсии Клобаза, который одновременно уменьшает трансдермальную потерю воды и снижает стероидную нагрузку.

При АД наряду с терапией наружными гормональными препаратами важное значение имеет лечебный уход за кожей, основная цель которого – устранение сухости кожи и восстановление кожного барьера. При выборе средства для увлажнения и смягчения кожи нужно учитывать особенности строения и функции кожи. Для обеспечения надлежащего ухода за кожей оптимально подходит крем Зиналфат. Оксид цинка, который входит в его состав, бережно подсушивает кожу и устраняет воспаление, в то время как сукральфат и аллантоин создают на ее поверхности «защитную повязку», т.е. оптимальные условия для заживления раневых поверхностей.

Таким образом, АД – это заболевание, течение которого можно контролировать. Фармацевтическая компания «Валеант Фармасьютикалз» разработала целую линейку продуктов (Кловейт®, Момедерм®, Бетадерм®, Клобаза, Зиналфат), применение которых позволяет реализовать международные стандарты лечения, достичь результата и обеспечить высокое качество жизни пациента.

Подготовила **Илона Цюпа**

RAF DER-UA1810-242-01

Согласовано в печать октябрь 2018



**BAUSCH+Health**

Медицина складається з науки і мистецтва...  
*Гуго Глязер<sup>1</sup>*

**ПОВНА ГАМА ТОПІЧНИХ ГКС<sup>2</sup>  
ТА ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ  
ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ  
В ДЕРМАТОЛОГІЇ  
ВІД КОМПАНІЇ  
ВАЛЕАНТ**

1. Гуго Глязер (1881–1979). Австрійський публіцист, громадський діяч, професор. Закінчив медичний факультет Віденського університету. Автор книг «Драматична медицина. Досліди лікарів на собі», «Про мислення в медицині», «Дослідження людського тіла від Гіппократа до Пастера», «2. Пленкоклістероїди». Інформація про лікарський засіб ЛОРИНДЕН® А, ЛОРИНДЕН® А мазь РП. №УА/1717/01/01 від 01.08.2014 до 01.08.2019. Виробник: Фармацевт Ельфа А.Т., Польща. Інформація про лікарський засіб ЛОРИНДЕН® С, ЛОРИНДЕН® С мазь РП. №УА/1718/01/01. Виробник: Фармацевт Ельфа А.Т., Польща. Інформація про лікарський засіб БЕТАДЕРМ®, БЕТАДЕРМ® мазь РП. №УА/3511/02/01. Виробник: Фармацевт Ельфа А.Т., Польща. Інформація про лікарський засіб ФЛУЦИНАР®, ФЛУЦИНАР® мазь РП. №УА/1720/01/01; ФЛУЦИНАР® гель РП. №УА/2878/01/01; ФЛУЦИНАР® N мазь РП. №УА/2879/01/01. Виробник: Фармацевт Ельфа А.Т., Польща. Інформація про лікарський засіб МОМЕДЕРМ®, МОМЕДЕРМ® мазь РП. №УА/10968/01/01; МОМЕДЕРМ® крем РП. №УА/10968/02/01. Виробник: Фармацевт Ельфа А.Т., Польща. Інформація про лікарський засіб КЛОВЕЙТ®, КЛОВЕЙТ® мазь РП. №УА/3512/02/01. КЛОВЕЙТ® крем РП. №УА/3512/01/01. Виробник: Фармацевт Ельфа А.Т., Польща. Інформація про лікарський засіб АРГОСУЛЬФАН®, АРГОСУЛЬФАН® крем РП. №УА/1031/01/01. Виробник: Фармацевт Ельфа А.Т., Польща. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препаратів ЛОРИНДЕН® А, ЛОРИНДЕН® С, ФЛУЦИНАР®, ФЛУЦИНАР® N, БЕТАДЕРМ®, МОМЕДЕРМ®, КЛОВЕЙТ®, АРГОСУЛЬФАН®. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування та проконсультуватися з лікарем. КЛОБАЗА. Листок-вкладки. Інформація для споживача щодо застосування косметичного засобу КЛОБАЗА. Висновок ДСЕ № 602-123-3/7211. ЗІНАЛФАТ. Листок-вкладки. Інформація для споживача щодо застосування косметичного засобу ЗІНАЛФАТ. Висновок ДСЕ № 05.03.02-03/19143. Повна інформація міститься в листках-вкладках косметичних засобів КЛОБАЗА і ЗІНАЛФАТ. Інформація призначена для професіоналів сфери охорони здоров'я. ТОВ «ВАЛЕАНТ ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ» - Україна, 01103, м. Київ, вул. Професора Підкоцького, 6-8. Тел./факс: +38 044 459 04 84 (74).