

Л.В. Гречанская, к.м.н., кафедра военной общей практики – семейной медицины с курсом дерматологии и венерологии Украинской военно-медицинской академии, г. Киев; С.П. Остапенко, главный дерматовенеролог МО Украины, Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии Вооруженных сил Украины, г. Ирпень

# Атопический дерматит: четыре составляющие эффективной топической терапии

Атопический дерматит (АтД) – одно из самых распространенных дерматологических заболеваний, которому последние несколько десятилетий медики уделяют пристальное внимание, стремясь подобрать наиболее эффективное и безопасное лечение. Современные особенности диагностики и лечения АтД в странах Европейского региона регламентирует недавно опубликованный консенсус по лечению атопической экземы (атопического дерматита) у взрослых и детей (Wollenberg A. et al., 2018). В этом согласительном документе подчеркивается высокая распространенность АтД в мире: по данным экспертов, в глобальном масштабе этой патологией страдает 20% детского и 2-8% взрослого населения.

Первоначально АтД считался исключительно педиатрической проблемой, которая возникает почти у 50% детей первого года жизни и в 95% случаев манифестирует до достижения 5-летнего возраста. Следует отметить, что некоторые педиатры все еще используют в клинической практике такие устаревшие термины, как «аллергический диатез», «экссудативно-катаральный диатез», «детская экзема», «аллергический дерматит». Вместе с тем нынешняя действительность диктует необходимость отказа от подобного обилия синонимов АтД, большей частью имеющих историческую, а не диагностическую ценность, как не соответствующих ни современным знаниям об этиопатогенетической сущности заболевания, ни насущным потребностям практической педиатрии и официальной медицинской статистики. Для устранения терминологической путаницы в настоящее время в качестве основного нозологического диагноза рекомендован термин «атопический дерматит», поскольку именно этот термин используется в отечественных нормативных документах («Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги. Атопічний дерматит», 2016).

В настоящее время терапию АтД условно подразделяют на базисную, направленную на очищение и увлажнение кожных покровов (проведение гигиенических процедур и применение эмолентов); топическую и системную противовоспалительную. Успешность каждого вида лечения определяет эффективность терапии АтД в целом, при этом результативность топического вмешательства, по мнению европейских экспертов, обусловлена соблюдением нескольких фундаментальных принципов. Рассмотрим их подробнее.

## Диагностика АтД

В настоящее время не существует специфического теста для диагностики АтД, поэтому диагноз основывается на анализе имеющихся клинических проявлений и анамнестических данных. Согласно диагностическим критериям, сформулированным экспертами Американской академии дерматологии (AAD; Eichenfield L. et al., 2014), Американской академии аллергии, астмы и иммунологии (AAAAI; Schneider L. et al., 2013), основными признаками АтД являются зуд и хронические/рецидивирующие экзематозные поражения, которые имеют возрастные особенности морфологии и локализации кожных поражений (рис. 1).



Рис. 1. Типичные проявления АтД в различных возрастных группах: у детей первого года жизни (А); у детей старше 5 лет (Б); у подростков и взрослых (В)

У самых маленьких пациентов (в возрасте 3 мес – 2 года) высыпания на коже носят острый характер и локализуются преимущественно на лице, разгибательных поверхностях нижних конечностей, туловище. АтД у детей 2-12 лет характеризуется острыми и хроническими поражениями кожных покровов, которые, как правило, локализуются в сгибательных поверхностях и на коже периоральной и периорбитальной областей. В старшей возрастной подгруппе – у подростков и взрослых (12-60 лет) – поражения кожи имеют выраженный и распространенный характер, сопровождаются лихенификацией (утолщением), эскориациями, имеют типичную локализацию (область лица, особенно периорбитальная зона, задняя поверхность шеи, сгибательные поверхности (складки), а также на кистях рук). Течение АтД у пожилых (>60 лет) сопряжено с выраженным кожным зудом, а обширные поражения кожных покровов чаще локализуются на сгибательных поверхностях.

## Современная терапия АтД

Характерной особенностью двух недавно опубликованных руководств, представленных авторитетными международными обществами – ААД (2014) и Японским обществом аллергологии (2018), – а также вышеупомянутого Европейского консенсуса (2018) является полное согласие экспертов в отношении дефиниции заболевания: специалисты единодушно подчеркивают воспалительный характер повреждения кожных покровов, наличие интенсивного зуда и острых, подострых или хронических экзематозных поражений кожи. Это единодушие в определении АтД определяет сопоставимость рекомендаций относительно назначения базисной и местной противовоспалительной терапии в виде применения топических кортикостероидов (ТКС) и топических ингибиторов кальциневрина (ТИК).

Базисная терапия АтД предполагает активное использование гигиенических процедур и применение увлажняющих средств с целью улучшения защитной функции и восстановления целостности кожных покровов; при недостаточной эффективности базисных мероприятий необходимо назначение топических противовоспалительных средств – ТКС/ТИК. ТКС, препятствующие представлению антигена и высвобождению провоспалительных цитокинов в иммунных клетках, являются первой линией противовоспалительной терапии. Препаратами второй линии считаются ТИК, которые тормозят кальциневрин-зависимую активацию Т-клеток. При неэффективности топических средств, а также при резистентном или тяжелом течении заболевания предусматривается назначение системных препаратов (иммунодепрессантов, пероральных кортикостероидов).

## Топическая терапия: три условия успеха

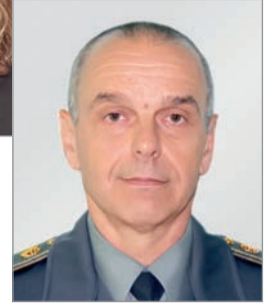
Согласно положениям Европейского консенсуса, залогом эффективности топической терапии является одновременное использование трех фундаментальных принципов: достаточная сила, достаточная доза и корректное нанесение медикаментов. Эксперты подчеркивают, что препаратами первой линии в лечении острого АтД являются ТКС.

Характеризуя спектр ТКС, применяемых при АтД в качестве терапии первой линии, специалисты рекомендуют отдавать предпочтение препаратам средней активности в лечении АтД легкой степени тяжести и кортикостероидам высокой активности для купирования проявлений заболевания средней степени тяжести (табл. 1).

Следующим важным условием успеха в ведении больных АтД является достаточная доза топического препарата, которая определяется согласно правилу фаланги пальца (finger tip unit (FTU) – единица, равная кончику пальца). Количество FTU зависит от возраста пациента, тяжести течения АтД. Одна доза FTU – это такое количество мази, которое выдавливается из тубы диаметром 5 мм на дистальную



Л.В. Гречанская



С.П. Остапенко

## Положения относительно использования ТКС (Европейский консенсус по лечению АтД у взрослых и детей, 2018)

- ТКС являются важными противовоспалительными препаратами, которые используются в лечении АтД, особенно в острой фазе.
- В лечении АтД рекомендуется использовать ТКС с улучшенным профилем «польза/риск».
- Разбавленные ТКС могут использоваться для кратковременных влажных обертываний при остром АтД с целью повышения эффективности терапии.
- Проактивная терапия или двукратная аппликация противовоспалительных препаратов на протяжении 1 нед в условиях длительного динамического наблюдения может уменьшить вероятность рецидивов.
- Проактивная терапия ТКС может быть безопасной на протяжении как минимум 20 нед, что соответствует самому продолжительному периоду наблюдения в клинических исследованиях.
- Следует своевременно выявлять страх пациентов перед побочными действиями кортикостероидов (кортикофобия), адекватно корректировать его с целью повышения приверженности к лечению и предотвращения отказа от терапии.

ладонную поверхность указательного пальца взрослого (приблизительно 0,5 г). Одна доза FTU может покрыть две ладони взрослого (2% площади поверхности тела). Чтобы покрыть мазью все тело, необходимо 50 FTU, или 25 г.

Третьей составляющей успеха считается корректное нанесение препарата на пораженные участки кожи. Здесь подразумевается использование традиционной и проактивной терапии. Под традиционным (реактивным) способом применения топических противовоспалительных средств понимают нанесение препарата исключительно в острой фазе и только на поврежденные кожные покровы; терапию прекращают либо уменьшают частоту нанесения медикамента по мере исчезновения видимых элементов сыпи. Обновленные положения Европейского консенсуса рекомендуют отказаться от реактивного подхода, заменив его на альтернативную терапию, получившую известность под названием «проактивное лечение».

Европейские специалисты дают следующее определение проактивной терапии: «Это комбинация предварительно определенного длительного противовоспалительного лечения, при котором аппликация препаратов на ранее пораженные области кожи осуществляется, как правило, 2 раза в неделю, в сочетании с обильным использованием эмолентов на всю поверхность тела и обязательным посещением врача для клинического осмотра согласно четкому графику». Проактивный режим нанесения медикаментов стартует непосредственно после заживления всех повреждений кожи, достигнутого благодаря ежедневному применению ТКС или ТИК. Для проактивной терапии могут использоваться как ТКС, так и ТИК.

Для эффективной терапии АтД не менее важна приверженность пациентов к проводимому лечению. В ряде

Таблица 1. Относительная активность топических кортикостероидов (American Academy of Dermatology, 2014)

Класс	Препарат
<b>I. Препараты очень сильного действия</b>	• усиленный бетаметазона дипропионат (мазь, 0,05%) • клобетазола пропионат (крем, пена, мазь, 0,05%)
<b>II. Высокоактивные препараты</b>	• амцинонид (крем, лосьон, мазь, 0,1%) • усиленный бетаметазона дипропионат (крем, пена, мазь, раствор, 0,05%) • бетаметазона дипропионат (крем, пена, мазь, раствор, 0,05%) • флуоцинонид (крем, гель, мазь, раствор, 0,05%) • мометазона фуруат (мазь, 0,1%)
<b>III-IV. Препараты средней силы действия</b>	• бетаметазона валерат (крем, пена, лосьон, мазь, 0,1%) • флуоцинолона ацетонид (крем, мазь, 0,025%) • флутиказона пропионат (крем, 0,05%) • флутиказона пропионат (мазь, 0,005%) • мометазона фуруат (крем, 0,1%)
<b>V. Препараты пониженной средней силы действия</b>	• гидрокортизона бутират (крем, мазь, раствор, 0,1%) • гидрокортизона пробуатат (крем, 0,1%) • гидрокортизона валерат • предниксарбат (крем, 0,1%)
<b>VI. Препараты слабой силы действия</b>	• алклометазона дипропионат (крем, мазь, 0,05%) • дезонид (крем, гель, пена, мазь, 0,05%) • флуоцинолона ацетонид (крем, раствор, 0,01%)
<b>VII. Препараты самой низкой активности</b>	• дексаметазон (крем, 0,1%) • гидрокортизон (крем, лосьон, мазь, раствор 0,25%, 0,5%, 1%) • гидрокортизона ацетат (крем, мазь, 0,5-1%)

