

Ведення atopічного дерматиту в практиці сімейного лікаря

Атопічним дерматитом (АД), або atopічною екземою, називають хронічне рецидивуюче запальне захворювання шкіри, що супроводжується свербіжем. У більшості випадків АД розвивається в ранньому дитинстві та може тривати до зрілого віку. Поширеність цього захворювання постійно зростає й у деяких країнах уже сягає 20%. АД має різноманітні клінічні прояви в різних вікових групах, що нерідко спричиняє помилки в діагностиці та лікуванні, особливо в умовах первинної ланки медичної допомоги. Саме тому надзвичайно важливою є розробка доказових клінічних рекомендацій із ведення пацієнтів з АД для лікарів загальної практики, до котрих насамперед звертаються такі хворі.

Клінічна картина

Клінічні прояви АД можна розподілити на гострі та хронічні. Для хронічної екземи характерні ліхенізація (стовщення епідермісу й посилення його рисунка) та сухість шкіри (ксероз). Загострення АД проявляється еритемою, набряком, папуло-везикулярним висипом, мокнуттям, екскоріаціями.

Діагностика

Діагноз АД встановлюється винятково за клінічною картиною без залучення лабораторних досліджень.

Діагностичні критерії АД, розроблені Британською робочою групою (UK Working Party)

Для встановлення діагнозу АД пацієнт обов'язково повинен мати свербіж шкіри (або ж батьки повідомляють про те, що дитина розчісує чи тре шкіру) та ≥ 3 із таких додаткових ознак:

- наявність в анамнезі уражень шкірних складок, зокрема ліктювих згинів, підколінних ямок, згинальної поверхні щиколоток, шиї, а також у дітей до 10 років – щік;
- наявність в особистому анамнезі астми або алергічного риніту (чи наявність atopічного захворювання в родичів першого ступеня спорідненості в дітей до 4 років);
- дифузна сухість шкіри за останній рік;
- видима екзема на згинальних поверхнях кінцівок (або екзема на щоках/лобі та зовнішніх поверхнях кінцівок у дітей до 4 років);
- початок захворювання у віці до 2 років (не застосовується, якщо вік дитини менш ніж 4 роки).

Оцінка тяжкості захворювання

Для правильного ведення пацієнтів з АД необхідні визначення тяжкості захворювання й оцінка впливу на якість життя.

Інструмент для діагностики

Шкала IGA	
0	чиста шкіра: немає запальних ознак
1	майже чиста шкіра: ледь помітні еритема й інфільтрація/папули
2	легкий ступінь: легка еритема й інфільтрація/папули
3	помірний ступінь: помірна еритема й інфільтрація/папули
4	тяжкий ступінь: виражена еритема й інфільтрація/папули
5	дуже тяжкий ступінь: сильна еритема й інфільтрація/папули з мокнуттям/кірочками

- глобальна оцінка дослідника (Investigator's Global Assessment, IGA);
- дерматологічний індекс якості життя (Dermatology Life Quality Index) або дитячий дерматологічний індекс якості життя (Children's Dermatology Life Quality Index).

Обтяжувальні/тригерні фактори

До факторів, які можуть погіршувати перебіг АД і зумовлювати його загострення, належать:

- аероалергени (кліщі домашнього пилу, луна тварин);
- фізичні подразники (нейлон, шерсть, мийні засоби, піт);
- фактори навколишнього середовища (екстремальна температура);
- мікробна колонізація / інфекція (золотистий стафілокок);
- особливі стани пацієнта (вагітність, стрес);
- харчування.

Вплив харчової алергії на клінічний перебіг АД залишається незрозумілим. Їжа може погіршувати перебіг АД у дітей віком до 2 років, особливо молоко, яйця й арахіс. Для профілактики АД при вигодовуванні немовлят не слід використовувати гідролізовані суміші, якщо можливе грудне вигодовування.

Топічне лікування

Місцева терапія є основою лікування АД; вона включає пом'якшувальні засоби

(емоменти), протизапальні й антисептичні/антимікробні препарати.

Емоменти

Емоменти є наріжним каменем у лікуванні АД у всіх вікових групах пацієнтів і на всіх стадіях захворювання (від легкої до тяжкої); вони покращують епідермальну бар'єрну функцію та зменшують сухість шкіри, що зумовлює зменшення свербіжу. Застосування емоментів зменшує використання топічних кортикостероїдів.

Пом'якшувальні засоби випускаються в різних лікарських формах (мазі, креми, лосьйони, гелі та спреї). Мазі мають жирну основу та триваліший ефект. У кремах і лосьйонах носієм є вода, тому зазвичай вони зручніші та прийнятніші в косметичному сенсі. Певні креми, лосьйони та гелі можуть містити консерванти для захисту від мікробного забруднення, що обов'язково слід урахувати при АД, оскільки вони можуть стати причиною рецидивів захворювання.

На сьогодні немає надійних доказів того, що якісь емоменти є ефективнішими за інші.

Зазвичай пом'якшувальні засоби безпечно використовувати при АД будь-якого віку. До речі, в немовлят із родичами першого ступеня спорідненості з atopією щоденне застосування емоменту значно зменшує ризик розвитку АД.

Топічні кортикостероїди

Кортикостероїди для місцевого застосування є протизапальними засобами першої лінії для лікування АД у дітей і дорослих; їх слід використовувати при загостренні АД. Вибір топічного кортикостероїду залежить від таких факторів:

- вік пацієнта;
- локалізація ураження шкіри;
- інтенсивність запалення;
- хронізація процесу.

Моніторинг ефективності та переносимості топічних кортикостероїдів варто проводити кожні 3-6 міс.

Кортикостероїди для місцевого застосування поділяють на 4 класи відповідно до їхньої потужності:

- клас IV – дуже потужні; наприклад, клобетазолу пропіонат (Кловейт® крем і Кловейт® мазь);
- клас III – потужні; мометазону фураат (Момедерм®), бетаметазону дипропіонат (Бетадерм® мазь), бетаметазону валерат, флутиказону пропіонат, флуоцинолону ацетонід (Флуцинар® гель і Флуцинар® мазь);
- клас II – помірно потужні; наприклад, флуметазону півалат (Лоринден® А мазь, Лоринден® С мазь), клобетазону бутират;
- клас I – м'які; гідрокортизону ацетат.

Практичні рекомендації щодо застосування топічних кортикостероїдів при АД

- Топічні кортикостероїди слід застосовувати одночасно з пом'якшувальними засобами.
- Фалангу пальця можна використовувати як орієнтир щодо кількості препарату, необхідної для ураженої ділянки.
- Вибір лікарської форми залежить від уражених ділянок (гель для шкіри, вкритої волоссям; крем для обличчя,

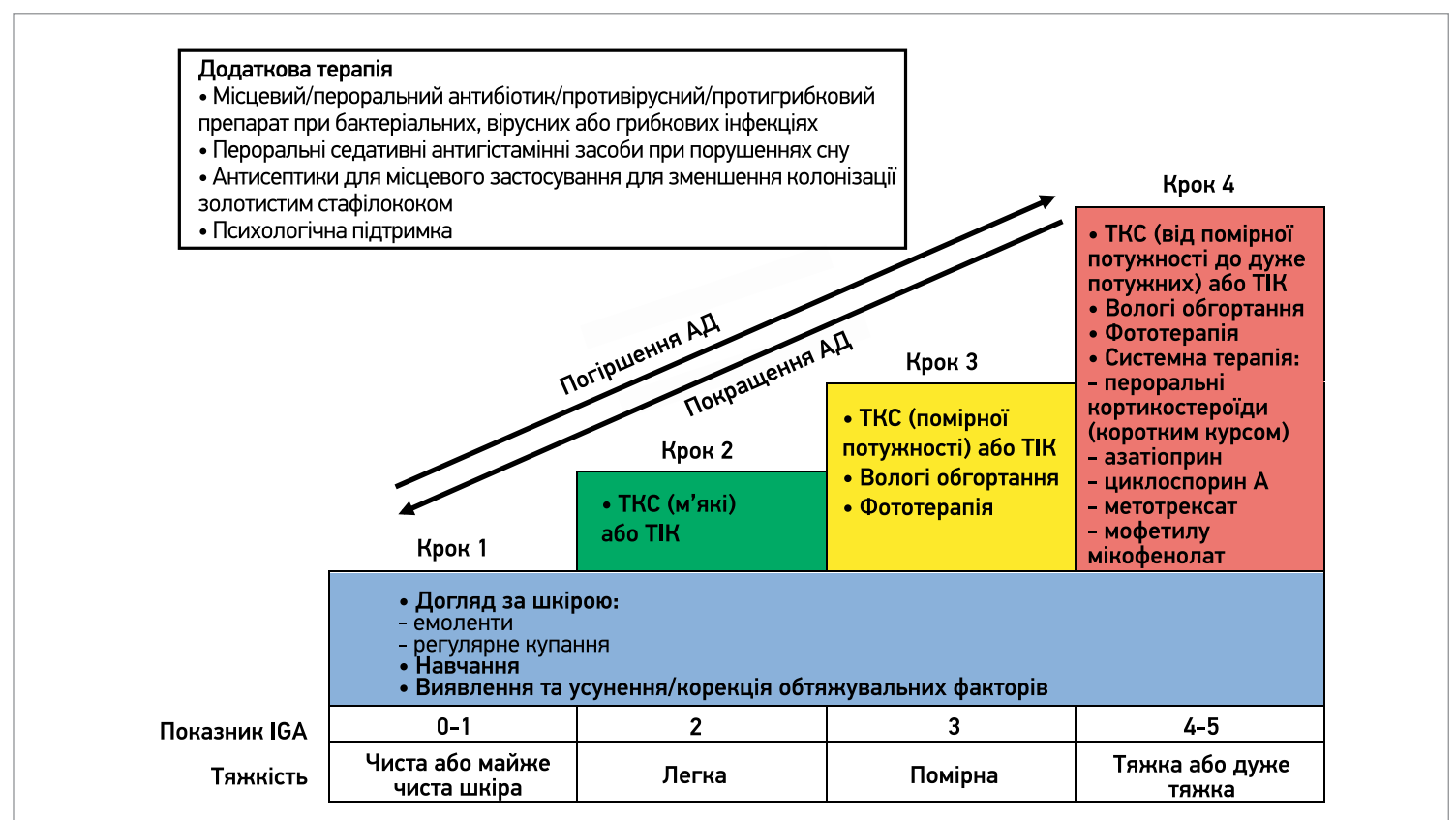


Рис. Алгоритм лікування АД

Примітки: ТКС – топічні кортикостероїди; ТІК – топічні інгібітори кальциневрину.

статевих органів, згинальних повер-хонь кінцівок; мазь для долонь і стоп).

• Вибір потужності препарату залежить від клінічної тяжкості захворювання.

• Після усунення загострення АД припиняти застосування слід поступово, щоб уникнути рецидиву (спочатку 2 р/день, потім 1 р/день, згодом 1-3 р/тиж до повного припинення прийому).

• Після усунення загострення для підтримання ремісії можна використовувати проактивну тактику (м'які топічні кортикостероїди періодично 1 або 2 р/тиж) у поєднанні зі зволожуючими засобами.

Ринок топічних кортикостероїдів України різноманітний, чільне місце на ньому посідають відомі та перевірені часом лікарські засоби Флуцинар® і Лоринден®. Ці препарати виробляються на Фармзаводі «Ельфа А.Т.» – одному з найбільших у Східній Європі підприємств із виготовлення м'яких лікарських форм. Лінійка лікарських засобів Флуцинар® дозволяє індивідуально підійти до лікування кожного пацієнта. Діюча речовина – флуоцинолону ацетонід належить до стероїдів III класу активності. **Флуцинар® мазь** підійде для короткотривалого лікування гострих і тяжких **неінфекційних запальних захворювань шкіри** (без ексудації), що супроводжуються стійким свербіжем або гіперкератозом, зокрема для лікування АД. Якщо запальний процес триває не один день і з'являються **ознаки вторинного інфікування**, засобом вибору стане **Флуцинар® N** – комбінація флуоцинолону ацетоніду та неоміцину сульфату. Особливої уваги у виборі топічної форми потребують випадки, локалізовані на шкірі, вкритій волоссям. Анатомічні особливості накладають обмеження для застосування кремових і мазевих форм. **Флуцинар®** гель є препаратом вибору для **лікування дерматозів шкіри, вкритої волоссям**, та у хворих, які погано переносять основу мазей і кремів. Уніфікована схема лікування: 1-2 рази на добу, не довше ніж 2 тиж, у пацієнтів віком понад 2 роки; лікувальний процес має проходити під наглядом лікаря.

Мазь **Лоринден® С** – це раціональне поєднання топічного стероїду й антисептика. **Кліохінол** активний щодо грампозитивних і грамнегативних бактерій, дерматофітів і дріжджових грибів. Показаний для місцевого лікування уражень шкіри без ексудації, ускладнених бактеріальною інфекцією, що супроводжуються свербіжем і гіперкератозом.

Властивості мазі **Лоринден® А** зумовлені поєднаною дією **флуметазону півалату та саліцилової кислоти**. Саліцилова кислота в концентрації, наявній у препараті, має слабку кератолітичну дію та полегшує проникнення топічного стероїду через ороговілий епідерміс. **Лоринден® А** прийнятно застосовувати для лікування запальних процесів шкіри без ознак бактеріального інфікування, що супроводжуються **вираженим гіперкератозом**.

Місцеві інгібітори кальциневрину

Місцеві інгібітори кальциневрину (наприклад, такролімус і пімекролімус) є нестероїдними імуномодулювальними засобами та можуть розглядатися

для лікування загострень АД у дітей віком понад 2 роки та в дорослих.

Системна терапія

Системна терапія АД включає допоміжне (антигістамінні препарати й системні антибіотики) та специфічне лікування (імуномодулювальні засоби). Специфічні системні методи слід застосовувати лише в тяжких випадках АД, коли інші варіанти лікування виявляються невдалими чи недоречними та коли АД має значний вплив на якість життя.

Антигістамінні препарати

Свербіж є основним симптомом при АД, тому седативні антигістамінні препарати можуть розглядатися як короточасний захід у хворих на АД з порушенням сну. Антигістамінні засоби не можуть бути заміною місцевої терапії при АД.

Імуномодулювальні засоби

Системні кортикостероїди, циклоспорин А, метотрексат, азатиоприн, мофетилу мікофенолат, внутрішньовенний імуноглобулін і гамма-інтерферон можуть застосовуватися при середньотяжкому та тяжкому перебігу АД, що не контролюється після оптимізації місцевого лікування та/або фототерапії. Призначення специфічної терапії здійснює дерматолог.

Протимікробна терапія

Постійне використання місцевих і системних протимікробних препаратів у пацієнтів із неускладненим АД не рекомендується; їх застосовують, коли є клінічні докази інфекції. Антисептики у відповідних розведеннях (наприклад, перманганат калію, триклозан або хлоргексидин) можуть застосовуватися як допоміжна терапія для зменшення бактеріального навантаження в пацієнтів, які мають рецидиви інфекційних ускладнень АД.

Навчання пацієнтів

Навчання та психологічна підтримка є важливими доповненнями до звичайної терапії АД. Використання письмового плану дій (табл.) допомагає пацієнтам краще розуміти своє захворювання та ліпше керувати ним, що зменшує частоту й тяжкість загострень.

Направлення до вузького спеціаліста

У деяких випадках лікар загальної практики повинен направляти пацієнтів з АД до дерматолога. Терміновість направлення залежить від низки факторів.

Термінове (протягом 24 год) направлення до вузького спеціаліста необхідне в таких випадках АД:

- клінічна підозра на герпетичну екзему (екзема з дисемінованою герпетичною інфекцією);
- тяжка бактеріальна інфекція шкіри, що потребує внутрішньовенного введення антибіотиків;
- гостра еритродермія, коли екзема вражає понад 80% площі поверхні тіла.

Нетермінове направлення до дерматолога необхідне в таких ситуаціях:

- діагностична невизначеність;
- тяжкий / дуже тяжкий або неконтрольований перебіг: необхідність використання потужних і дуже потужних топічних кортикостероїдів, часті інфекції, поганий сон або надмірне

Таблиця. Письмовий план дій при АД

ЗЕЛЕНИЙ: використовуйте профілактичні заходи ЖОВТИЙ: використовуйте ліки з меншою потужністю ЧЕРВОНИЙ: використовуйте потужніші ліки та проконсультуйтеся зі своїм лікарем	
ЗЕЛЕНИЙ 	АД під контролем Регулярний щоденний догляд за шкірою: 1. Купайтеся 2 р/день з м'яким мийним засобом менше 10 хв. 2. Нанесіть зволожувальний крем на всі частини тіла відразу після купання. 3. Застосуйте зволожувальний крем на всі частини тіла мінімум 3 р/день. 4. Купайтеся та зволожуйте шкіру перед сном. 5. Використовуйте відповідний одяг / піжаму (бажано бавовняну) для сну
ЖОВТИЙ 	Погіршення контролю АД 1. Продовжуйте регулярний догляд за шкірою із ЗЕЛЕНОЇ фази. 2. Використовуйте протизапальні креми, поки ознаки екземи не минуть. 2а. Обличчя: застосуйте гідрокортизон 1% 2 р/день протягом 5-7 днів, потім – 1 р/день протягом 5-7 днів, поки ознаки екземи не минуть. 2б. Тіло: застосуйте ТС класу III бетаметазон (1:4) 2 р/день протягом 5-7 днів, потім – 1 р/день протягом 5-7 днів, поки екзема не мине. 3. Прийміть антигістамінний засіб (засіб проти свербіжу) за призначенням лікаря за півгодини до сну. 4. Якщо стан покращився, поверніться до ЗЕЛЕНОЇ фази. 5. Якщо екзема не реагує на лікування протягом 3 днів або посилюється, перейдіть до ЧЕРВОНОЇ фази
ЧЕРВОНИЙ 	Загострення 1. Продовжуйте регулярний догляд за шкірою із ЗЕЛЕНОЇ фази. 2. Купайтеся щодня з антисептичним засобом протягом 5-7 днів. 3. Використовуйте протизапальні креми, поки ознаки екземи не минуть. 3а. Обличчя: застосуйте бетаметазон (1:8) 2 р/день протягом 5-7 днів, потім – 1 р/день протягом 5-7 днів, поки ознаки екземи не минуть. 3б. Тіло: застосуйте ТС класу III бетаметазон (1:2) 2 р/день протягом 5-7 днів, потім – 1 р/день протягом 5-7 днів, поки ознаки екземи не минуть. 4. Прийміть антигістамінний засіб (ліки проти свербіжу) за призначенням лікаря за півгодини до сну. 5. Якщо стан покращується, поверніться до ЖОВТОЇ фази, а потім – до ЗЕЛЕНОЇ. 6. Якщо екзема не реагує на лікування протягом 3 днів або посилюється, проконсультуйтеся з лікарем.

розчісування шкіри, неефективність адекватної місцевої терапії;

- занепокоєність батьків;
- потреба в навчанні контролю захворювання;
- ураження ділянок шкіри, котрі складно піддаються лікуванню;
- психологічні розлади в пацієнта чи членів його сім'ї.

Алгоритм лікування АД підсумовано на рисунку.

Azizan N.Z., Ambrose D., Sabeera B.K.I. et al. Management of atopic eczema in primary care. Clinical Practice Guidelines. Malays. Fam. Physician. 2020; 15 (1): 39-43.

Переклала з англ. **Наталія Александрук**



Клобаза



ЗАХИЩАЄ ШКІРУ¹
• від надмірного висушування
• від шкідливих зовнішніх факторів

ЗАБЕЗПЕЧУЄ ШКІРУ¹
• необхідне зволоження
• пом'якшення

ПРИБИРАЄ ЗІ ШКІРУ¹
• відчуття стягненості
• лущення

СКЛАД КЛОБАЗИ:²

- ланолін Меділан™
- білий бджолиний віск
- вазелін та ін.

BAUSCH Health

1. Листок-вкладши. Інформація для споживача.
2. Повна інформація про склад засобу Клобаза міститься в листку-вкладши.
Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з інформацією для споживача.
Рекомендована консультація з лікарем. Косметичний засіб Клобаза. Висновок ДСЄ: №12.2-18-3/28788
Затверджено до друку: ВР/С/О/І/2011-202-01/18.06.2020