

Л.В. Беш, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

# Атопічний дерматит у дітей: прості відповіді на складні запитання

**Наша сучасність характеризується винятково тривожною ситуацією щодо зростання частоти алергічної патології. Протягом останніх десятиліть кількість хворих на алергію у світі подвоїлася, в Україні її виявляють майже в кожній четвертій дитині [5, 8]. Тому сьогодні ми визнаємо правдивість слів нашого видатного співвітчизника академіка О.О. Богомольця, який багато років тому сказав, що «...прийде час і алергія буде на устах і в думках кожного клініциста». Такий час настав.**

Відомо, що першим проявом алергічної патології в дитячому організмі є харчова алергія, яка найчастіше проявляється атопічним дерматитом.

• Чи однозначно трактуємо ми його сьогодні?

• Чи правильно оцінюємо клінічні симптоми?

• І, нарешті, чи маємо сьогодні достатньо засобів для його лікування і чи правильно їх застосовуємо?

Такі питання найчастіше задають нам практичні лікарі, дописувачі журналу «Алергія у дитини». Наше бачення, наші відповіді на ці питання, сформовані на підставі багаторічного досвіду роботи кафебри і Львівського міського дитячого алергологічного центру, представляю у цій публікації.

Відомо, що проблеми атопічного дерматиту починаються з термінології. Сьогодні атопічний дерматит продовжують трактувати по-різному: «дитяча екзема», «конституційна екзема», «себорейний дерматит», «нейродерміт» тощо. Ці діагнози по суті відтворюють різні форми і стадії розвитку єдиного патологічного процесу – атопічного дерматиту. Більше того, у клінічній практиці й досі діагноз «атопічний дерматит» часто підмінюють дискусійним терміном «алергічний діатез». Перед практичними лікарями майже щодня постає питання: «Де проходить межа між діатезом – донозологічним станом й атопічним дерматитом – захворюванням?». З цього приводу дискутують науковці та практики. Ведеться гостра дискусія, у той час як практичний лікар потребує чітких рекомендацій. На мою думку, термін «алергічний діатез» доцільно застосовувати за умови відсутності типових клінічних ознак атопічного дерматиту у випадку доведеної сімейної схильності до атопії. Іншими словами, навіть мінімальні характерні для атопії зміни на шкірі треба трактувати як атопічний дерматит. Це дозволяє вчасно застосувати оптимальне лікування, іноді просто корекцію дієти, і запобігти розвитку важких атопічних захворювань. Підміна клінічного діагнозу атопічного дерматиту дискусійним терміном «алергічний діатез» призводить до несвоєчасного призначення адекватного лікування і сприяє прогресуванню «алергічного (атопічного) маршу», про який так багато говорять сьогодні науковці та практики [8]. Доведено, що харчова алергія може еволюціонувати в організмі дитини по-різному: або перші прояви поступово регресують, або настає трансформація за сценарієм так званого алергічного (атопічного) маршу, коли з віком приєднується підвищена чутливість до інгаляційних алергенів, що співпадає з дебютом респіраторних алергозів (рис.). Те, яким шляхом піде цей еволюційний процес, значною мірою залежить від нас – практикуючих педіатрів.

Атопічний дерматит – хронічне захворювання з дуже поліморфними змінами на шкірі, які іноді непросто однозначно трактувати. Чи завжди ми правильно оцінюємо клінічні симптоми атопічного дерматиту? Напевне, важко однозначно

відповісти на це питання, адже особливості трактування клінічних ознак атопічного дерматиту і сьогодні активно дискутуються. Загальновідомими залишаються діагностичні критерії, запропоновані ще у 1980 році J.M. Hanifin, G. Rajka. Згідно з цими рекомендаціями виділяють головні та додаткові критерії.

**Головні («великі») діагностичні критерії:**

- свербіж шкіри;
- типова морфологія і локалізація уражень шкіри: у дітей перших трьох років – висипання на обличчі та розгинальних поверхнях кінцівок, у старших – ліхеніфікація і розчухування на згинальних ділянках кінцівок;

- хронічний рецидивний перебіг;
- початок захворювання в ранньому дитячому віці (до двох років);

- атопія в анамнезі або спадкова схильність до атопії.

**Додаткові («малі») діагностичні критерії:**

- ксероз;
- іхтіоз/підсилення рисунка на долонях;
- підвищений рівень сироваткового IgE;
- еозинфілія у крові;
- часті інфекційні ураження шкіри, в основному стафілококової, грибкової та герпетичної етіології;
- локалізація шкірного процесу на кистях і стопах;
- екзема сосків;
- рецидивний кон'юнктивіт;
- додаткові суборбітальні складки Денні-Моргана;
- періорбітальна гіперпігментація, темні кола під очима;
- еритродермія;
- білий дермографізм тощо.

Діагноз атопічного дерматиту встановлюється за наявності комбінації не менше трьох «великих» і трьох «малих» критеріїв за мінімальною тривалості збереження симптоматики не менше 6 тижнів [1].

Практикуючий лікар, працюючи з такими пацієнтами, мусить мати конкретні критерії, які можуть піддаватися моніторингу. І це ще одне складне питання у проблемі атопічного дерматиту, адже сьогодні для моніторингу застосовується лише шкала SCORAD (оцінка ступеня важкості атопічного дерматиту), запропонована Європейською групою експертів у 1992 році [9]. Вона досить складна, але

одночас поки що єдина з рекомендованих для практичного застосування в Україні.

Разом з тим треба пам'ятати, що атопічний дерматит – це не тільки ураження шкіри, а й системне захворювання з ушкодженням багатьох органів і систем, які по суті є шоківими, зокрема це стосується органів травлення. Гастроінтестинальна алергія виникає майже з перших днів і місяців життя дитини. Більше того, частота і вираженість клінічних проявів залежать від віку пацієнта. У дітей раннього віку характерними симптомами є неспокій після їди, біль в животі (кольки), метеоризм, зригування, блювота, диспепсичні прояви. Біль в животі носить переважно переймоподібний характер, з локалізацією в епігастрії або за ходом кишок, виникає зазвичай після їди. З віком на перший план виступають симптоми, характерні для ураження верхніх відділів травного каналу (гастрит, дуоденіт тощо) [3, 4]. Нерідко виявляються порушення гепатобіліарної системи, які проявляються аномаліями розвитку жовчного міхура, дискінезією жовчних шляхів, холециститом, холестазом, а іноді розвитком хронічного гепатиту [5].

Частою супутньою гастроентерологічною проблемою є порушення мікроекології кишок (дисбіоз). Зараз багато говорять про дисбіоз. Серед науковців і практиків активно дискутується питання: «Чи існує зв'язок алергії та дисбіозу кишок?». Я вважаю, що існує. Дисбіоз кишок може бути первинним і передувати виникненню алергії або носити вторинний характер і є результатом її гастроінтестинальних проявів.

Відомо, що нормальна мікрофлора травного каналу створює мікробну плівку на слизовій оболонці кишок і таким чином перешкоджає надходженню алергенів і токсинів до внутрішнього середовища організму [6]. Більше того, сьогодні доведено, що мікробний фактор визначає також кількість вільного гістаміну в біологічних середовищах і тканинах організму [7]. Отже, стан кишкової мікрофлори є одним із факторів, що визначають патогенез алергічних проявів. Незважаючи на вказані вище дані, варто визнати, що сьогодні не існує єдиних поглядів



Л.В. Беш

на роль мікрофлори у формуванні здоров'я і розвитку різноманітної, зокрема алергічної, патології, тому прослідковується неоднозначне ставлення до методів профілактики і лікування дисбіотичних розладів (відновлення ендомікробіологічного гомеостазу).

У більшості випадків атопічний анамнез і типова клініка захворювання дозволяють встановити діагноз і важкість перебігу атопічного дерматиту. Однак на цьому діагностичний пошук не закінчується. Наступним його етапом є визначення причин цього захворювання у кожної дитини. Це завдання вирішує специфічна алергодіагностика, ставлення до якої також є неоднозначним. Зокрема чимало запитань викликає така першочергова проблема, як специфічне алерготестування. Сьогодні немає однозначної відповіді на такі питання:

- Хто має проводити таке тестування?
- Коли його проводити і як?
- Якою мусить бути діагностична панель алергенів залежно від віку?

З одного боку, у багатьох країнах світу майже немає вікових обмежень щодо проведення шкірних алергічних проб. З іншого – в Україні така діагностика дозволена з трьохрічного віку. У такій складній і неоднозначній ситуації практичним лікарям важко зорієнтуватися. На мою думку, комплексний підхід до специфічної алергодіагностики має включати:

- вивчення алергологічного анамнезу (харчовий щоденник);
- шкірні тести (за умови можливості їх проведення);
- специфічну алергодіагностику in vitro.

Причому основою основ був, є і, напевне, буде алергологічний анамнез. Кожен лікар мусить ознайомити пацієнта з правилами ведення харчового щоденника. Більше того, можна розробити та роздрукувати прості в застосуванні варіанти щоденника і рекомендувати їх пацієнтам.

Однак треба визнати, що попри всі наведені вище діагностичні можливості перед лікарями нерідко постає дуже непросте питання диференціальної діагностики атопічного дерматиту з іншою патологією. У такій складній ситуації першими нашими порадами є дерматологи. У цьому контексті постає ще одне дуже дискусійне питання: «Хто повинен лікувати атопічний дерматит у дітей?». На мій погляд, це може бути і дерматолог, й алерголог, і педіатр, але лише за умови дотримання трьох основних принципів терапії: систематичність, комплексність та індивідуальний підхід.

Терапія у першу чергу має визначатися етіологічними факторами, патогенетичними механізмами, фазою захворювання і базуватися на індивідуально підібраних програмах. Сьогодні достатньо засобів для ефективного лікування атопічного дерматиту у дітей. Основні напрями лікування містять:

- дієтотерапію (елімінацію причинно-значущих харчових алергенів);

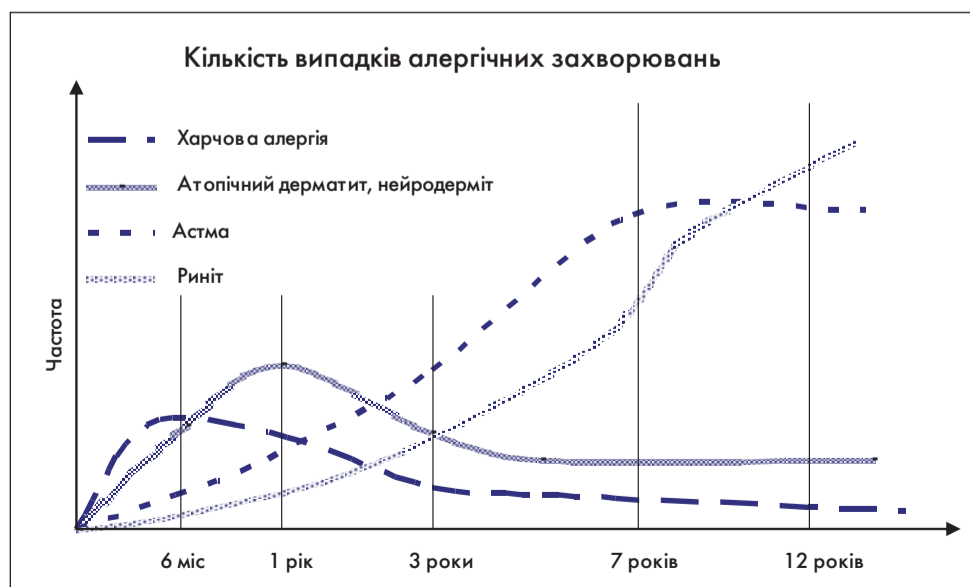


Рис. Структура алергічної патології у віковому аспекті

Продовження на стор. 22.

**Л.В. Беш, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр**

## Атопічний дерматит у дітей: прості відповіді на складні запитання

**Продовження. Початок на стор. 21.**

- контроль за довкіллям;
- фармакотерапію: системну і місцеву;
- реабілітаційне (проти рецидивне) лікування;
- навчальні програми для пацієнтів і членів їх сімей [10].

Безперечно, найефективнішою є етіотропна терапія, спрямована на усунення контакту з факторами, які спричиняють загострення захворювання. Це можуть бути алергени різного походження, лікарські засоби, харчові добавки, хімічні речовини і різноманітні інфекційні та фізичні чинники. Ще зовсім недавно традиційно вважали, що причиною атопічного дерматиту є винятково харчова алергія. Однак життя довело, що ситуація виглядає не так однозначно, а саме — атопічний дерматит лише у 30-40% дітей пов'язаний з харчовою алергією [2, 9, 11]. Поряд з цим досить часто говорять про зростання питомої ваги побутової, пилкової сенсibilізації у виникненні цієї патології [10]. Усунути або зменшити вплив причинно-значущих факторів можна за допомогою режиму максимального оберігання від контакту з ними. Методами його реалізації є:

— Індивідуальна гіпоалергенна дієта з виключенням причинно-значущих алергенів.

— Гіпоалергенні умови побуту, одягу, житла з метою виключити або зменшити вплив інгалаційних і контактних алергенів.

— Санация хронічних вогнищ інфекції в ЛОР-органах; дегельмінтизація хворого і членів його сім'ї [2].

Одним з основних напрямів є підбір індивідуального харчування. Правильно підібрана дієта не лише обмежує потрапляння в організм алергенів, а й чинить специфічний гіпосенсибілізуючий вплив і сприяє поліпшенню стану органів травлення, що, в свою чергу, підвищує толерантність організму до харчових алергенів.

У харчуванні дітей грудного віку основним завданням є забезпечити дитині природне вигодовування. З дієти матері-годувальниці слід виключити в першу чергу ті продукти, які провокують загострення проявів алергії у малюка. Варто відзначити, що дані анамнезу, спостереження матері під час ведення харчового щоденника, елімінаційно-провокаційні тести дозволили нам виявити причинно-значущі алергени у переважній більшості пацієнтів. На підставі цього ми змогли індивідуально підібрати елімінаційну дієту кожному малюку.

Якщо з різних причин природне вигодовування неможливе, треба ретельно і виважено підійти до підбору штучного вигодовування. Зрозуміло, що суміші, які містять гідролізат сироваткових білків або казеїну, значно менше сенсibilізують організм дитини, а високий ступінь гідролізу білка веде до майже цілковитої втрати здатності викликати алергічну реакцію. Львівський міський дитячий алергологічний центр має великий досвід роботи з різними сумішами, що дозволяє нам рекомендувати для харчування немовлят з проявами атопічного дерматиту гідролізат сироваткових білків АЛФАРЕ в комбінації з кисломолочними сумішами.

Для немовлят, які перебувають на штучному вигодовуванні, пропонуємо більш раннє введення підгодовування у вигляді овочевого пюре. Підбір овочів для приготування пюре мусить бути індивідуальним. Їх вводять поступово, почергово.

Під час введення всіх харчових продуктів (друге, третє підгодовування тощо) треба дотримуватися принципу індивідуального підбору, поступовості та почерговості. У разі введення до харчового раціону м'яса слід пам'ятати, що діти, хворі на атопічний дерматит, реагують на екстрактивні речовини, що містяться у м'ясі, тому необхідно виключити м'ясні бульйони. Відварене м'ясо у вигляді фаршу розводять овочевим відваром.

Соки дають лише свіжоприготовані. Перевагу надають сокам з яблук, слив, чорниці. Розробка індивідуальної дієти для дітей віком більше одного року — досить складне завдання. Важко підібрати таке харчування, ще важче його реалізувати. Діти стають більш самостійними, починають відвідувати організовані дитячі колективи, що суттєво ускладнює організацію дієтичного харчування. Однак існують певні правила, яких треба дотримуватися під час підбору дієти таким дітям. Перш за все до отримання результатів алергологічного тестування рекомендується призначати емпірично підібрану дієту, яка передбачає виключення причинно-значущих (обраних на підставі харчового щоденника) алергенів. Недопустимо захоплюватися виключенням з дієти всіх відомих облігатних алергенів, потрібно виявляти причинно-значущий алерген індивідуально і при цьому забезпечити його рівноцінну заміну, щоб зберегти повноцінний харчовий раціон дитини. Під час організації харчування наших пацієнтів показане обмеження продуктів з високою сенсibilізаційною активністю (табл. 1).

**Таблиця 1. Розподіл алергенів харчових продуктів за ступенем сенсibilізаційної активності [5, 8]**

Ступені сенсibilізаційної активності		
Висока (сильна)	Середня	Слабка
Коров'яче молоко, риба, яйця, куряче м'ясо, полуниця, малина, суниця, чорна смородина, ожина, виноград, ананас, диня, хурма, гранат, цитрусові, шоколад, кава, какао, горіхи, мед, гриби, гірчиця, помідори, морква, буряк, селера, пшениця, жито	Свинина, індичатина, кролятина, картопля, горох, персики, абрикоси, червона смородина, банани, зелений перець, кукурудза, гречка, журавлина, рис	Конина, баранина, кабачки, патисони, редька, гарбуз світлий кольорів, яблука зеленого і жовтого кольору, біла черешня, біла смородина, агрус, слива, кавун, мигдаль, огірок, капуста

Молочні продукти вводять у вигляді кефіру, сиру, сметани в об'ємі не більше 200-400 мл на добу. З жирів рекомендується вживати вершкове масло і рослинну олію. Смажені страви виключають, обробку продуктів проводять парою, тушкують або відварюють їх.

З дієти виключають жирні страви і прянощі (гірчиця, перець, оцет, гриби, томатна паста і кетчупи, майонез, консерви, копченості). Не слід вводити у харчовий раціон м'ясні бульйони.

Мати мусить ретельно вести харчовий щоденник, який дозволяє виявляти причинно-значущі алергени для кожної дитини індивідуально.

Хочу наголосити, що під час складання дієти необхідно враховувати той факт, що дитина має отримувати відповідну кількість різноманітних харчових інгредієнтів. Описана вище регламентація дієти дозволяє це зробити, для того щоб діти могли гармонійно фізично розвиватися.

Переводити дитину на звичайне харчування без суттєвих обмежень можна через 10-12 місяців після повного зникнення проявів атопічного дерматиту. Однак продукти, які підлягали виключенню, слід вводити поступово, почергово, повільно.

Поряд з раціональним харчуванням у лікуванні дітей, хворих на атопічний

дерматит, важливе значення має правильна організація побуту дитини і догляд за нею. Насамперед потрібно виключити або зменшити вплив на дитину інгалаційних і контактних алергенів. Приміщення, де мешкає дитина, потрібно часто провітрювати, двічі на день проводити вологе прибирання. Слід різко обмежити у квартирі кількість колекторів пилу (килимів, м'яких меблів). Недопустиме утримання у квартирі домашніх тварин, у тому числі риб.

Треба обмежити контакти дитини з подразниками (використання грубого вовняного чи синтетичного одягу, їдких засобів гігієни). Подразником може стати висока або низька температура, що провокує помірне потовиділення або різку сухість шкіри. Нігті на пальцях рук треба коротко підстригати, щоб зменшити ушкодження шкіри при розчухуванні; після душу чи ванни слід використовувати пом'якшувальні креми або олії.

Важливим моментом у лікуванні є санация хронічних вогнищ інфекції, які можуть стати причиною розвитку атопічного дерматиту і його загострень. Прояви дерматиту нерідко підсилюються на тлі глистної інвазії, тому важливе місце у комплексній терапії посідає вчасно і грамотно проведена дегельмінтизація [2].

З метою патогенетичної дії здебільшого застосовують антигістамінні препарати. Сьогодні не викликає сумніву той факт, що хронічна алергічна патологія, зокрема атопічний дерматит, потребує тривалого призначення антигістамінних препаратів. У таких випадках, безперечно, перевагу слід надавати антигістамінним препаратам другого покоління, які характеризуються високою специфічністю і спорідненістю до H<sub>1</sub>-рецепторів; значно меншим або відсутнім седативним ефектом; більшою тривалістю дії (до 24 год); відсутністю звикання у разі тривалого застосування (табл. 2). Доведено, що протиалергічна дія найновішої генерації цих препаратів

посів калу тощо). Особливу дискусію викликає лікування дисбіозу кишок. Чи не найбільшою помилкою сьогодні є намагання лікарів привести стан мікроекології кишок до норми. І це в той час, коли нормативні показники досить відносні. На жаль, сучасні методи діагностики дисбіозу не досконалі. Згідно з існуючими даними ми маємо справу з дією асоціації сотень різних мікроорганізмів на організм дитини, тобто з процесом, складним для оцінки. Таким чином, діагностика дисбіозу — складна проблема, причому найбільші труднощі полягають у неоднозначному трактуванні результатів бактеріологічних досліджень.

Неухильний ріст асортименту бакпрепаратів і їх широка реклама утруднюють орієнтацію спеціалістів у цих препаратах, що нерідко призводить до помилок під час лікування. Майже щодня ми стикаємося з проблемою вибору препарату. Відомо, що призначений курс бактеріотерапії призводить до штучної колонізації кишок мікрофлорою, яка міститься у препараті. Тому потрібно мати інформацію про абсолютну безпечність пробіотика, його корисний вплив на стан здоров'я та хороше виживання в кишках. До мікроорганізмів, які найбільше відповідають цим вимогам, належать лактобацили та бифідобактерії. Більше того, необхідно пам'ятати, що всі характеристики пробіотиків і перш за все їх ефективність та безпечність є строго штамспецифічними [7]. Вказана вище ситуація потребує дуже виваженого ставлення до вибору бакпрепаратів для лікування дітей, хворих на атопічний дерматит.

Необхідним елементом комплексної терапії хворих на атопічний дерматит є відновлення функціонального стану центральної та вегетативної нервової системи. У таких дітей часто порушується сон, трапляються приступи нестерпного свербіж, змінюється поведінка. Іноді розвиваються невротичні реакції та формуються психопатологічні риси особистості. Будь-які стресові ситуації, конфлікти у школі або в сім'ї, гнів, страх, тривога та інші стани нервового напруження призводять до підсилення свербіжів і загострення симптомів захворювання. Таким дітям слід якнайшвидше призначити фітотерапевтичні засоби седативної дії (валеріана, собача кропива, меліса). Якщо виникає потреба призначити снодійні чи психотропні препарати, треба порадитися з психіатром або психоневрологом.

Ще одна терапевтична проблема, яка неоднозначно трактується сьогодні, — це зовнішня терапія атопічного дерматиту. Вона має бути патогенетично обгрунтованою, і проводити її потрібно диференційовано, виходячи з оцінки патологічних змін на шкірі.

Зовнішня терапія насамперед спрямовується на:

- зменшення й усунення суб'єктивних відчуттів свербіж, болю, печіння шляхом призначення протизапальних, антигістамінних препаратів;
- підвищення бар'єрної функції шкіри, відновлення водно-ліпідної плівки епідермісу із застосуванням пом'якшувальних і живильних засобів, що значною мірою сприяє зменшенню і ліквідації сухості шкіри;
- лікування вторинної інфекції;
- елімінацію біологічно активних речовин і деструктивних субстанцій та захист шкіри від несприятливого впливу зовнішнього середовища шляхом призначення очищувальних і зволожувальних засобів [9, 11].

Перед застосуванням зовнішніх лікарських засобів треба очистити шкіру хворої дитини від гною, кірок, лусочок, залишків використаних препаратів, які подразнюють шкіру. Очищення шкіри сприяє тіснішому контакту з нею лікарських речовин і дозволяє досягти бажаного терапевтичного ефекту. Треба

Таблиця 2. Антигістамінні препарати другого покоління

Міжнародна непатентована назва	Торгові назви	Форми випуску
Лоратадин Дезлоратадин	Кларитин Еріус	Таблетки по 10 мг Таблетки по 5 мг
Фексофенадин	Телфаст	Таблетки по 30 мг, 120 мг і 180 мг
Цетиризин Левосетиризин	Зіртекс Ксизал	Таблетки по 10 мг Таблетки по 5 мг

дотримуватися певної послідовності використання і проведення зміни зовнішніх лікарських форм залежно від гостроти і динаміки шкірного процесу.

Часто дітям з atopічним дерматитом лікарі забороняють купатися, особливо під час загострення. Ми — прихильники щоденних гігієнічних ванн, які очищують і звожують шкіру, підсилюють проникнення зовнішніх препаратів, створюють відчуття комфорту, приносять задоволення дитині.

Сьогодні фармацевтичні компанії поставляють на український ринок великий арсенал протизапальних лікарських препаратів, які успішно використовують під час терапії atopічного дерматиту в дітей, але часто єдиним виходом у лікуванні його шкірних виявів є призначення топічних глюкокортикостероїдів (ГКС). Місцеве застосування ГКС базується на їх протизапальній, епідермостатичній, антиалергічній, місцевознеболювальній дії. Топічні ГКС характеризуються не лише різною силою терапевтичного впливу, а й різним профілем безпеки. Тому особливо актуальним є пошук препарату, який був би високоефективним і водночас максимально безпечним. Серед розмаїття топічних ГКС найкращим вибором сьогодні є застосування сучасних нефторованих ГКС, для яких притаманна висока ефективність і безпечність [11]. До таких препаратів належить Елоком (мометазону фураат). Цей топічний ГКС останнього покоління

є пріоритетним у педіатрії, оскільки його застосування не має вікових обмежень.

Після досягнення позитивного терапевтичного ефекту можна відійти від топічних стероїдів завдяки застосуванню нестероїдного імуномодуляційного препарату місцевої дії з вираженим протизапальним ефектом — пімекролімусу (Елідел — 1% крем).

Усі лікарі мусять пам'ятати, що стратегія зовнішньої терапії містить не лише протизапальну терапію і лікування вторинної інфекції, а й догляд за шкірою. Особливу увагу педіатрів сьогодні привертають нові засоби лікувальної дерматологічної косметики, які чинять протизапальний, очищувальний та звожувальний вплив (засоби лабораторії LA ROCHE-POSAY, серії косметики Декубель, Атопрел, А-DERMA, Біоскрин, Uriage). Постійний догляд за шкірою дітей — важливий аспект терапії, якому, на жаль, часто не приділяють достатньої уваги і часу, що сприяє прогресуванню atopічних змін на шкірі. Засоби лікувальної дерматологічної косметики ніжно й ефективно доглядають шкіру наших малят і при цьому не потребують великих затрат часу.

Аналізуючи ефективність зовнішньої терапії atopічного дерматиту в дітей, ми виявили низку стратегічних помилок. Перш за все треба визнати, що основна увага приділяється терапії загострення шкірного процесу, тоді як проблеми, пов'язані зі зміною структури, сухістю шкіри, дуже рідко вирішуються у потрібному

об'ємі. На цьому не акцентує увагу лікар, про це нічого не знає пацієнт і його родина. Досвід багатьох поколінь вітчизняних педіатрів і наші спостереження дозволили нам напрацювати своєрідний алгоритм покрокової лікарської тактики, яку потрібно застосовувати під час кожного візиту хворого в клініку. Перший крок — заспокоїти пацієнта і його родину. Спокій і психологічний комфорт є надзвичайно важливими. Треба переконати дитину і батьків, що ми знаємо як лікувати і віримо в успіх, якщо пацієнт буде чітко дотримуватися наших рекомендацій. Другий крок — в'ясувати ситуацію. Необхідно провести детальний збір анамнестичних і об'єктивних даних, доторкнутися до хворої шкіри, відчутти пальцями її структуру. У медицині працює золоте правило: успіх лікаря у його ретельності, навіть у скрупульозності. Третій крок — дати поради. Досвід роботи Львівського міського дитячого алергологічного центру доводить, що індивідуальна освітня робота з пацієнтами дозволяє виробити у них практичні навички постійного щоденного догляду за шкірою. Дитина і її сім'я мусять зрозуміти, що зволоження і живлення шкіри — це єдиний шлях до її оздоровлення. Водночас лікар мусять індивідуально підібрати засоби для зовнішнього догляду за шкірою і пояснити пацієнту, як часто і правильно їх застосовувати. Рекомендації мають бути чіткими, бажано у письмовій формі. Запропонована лікарська тактика є досить простою, але не завжди лікарі дотримуються такого алгоритму дій.

Таким чином, викладена вище ситуація дозволяє стверджувати, що сьогодні у вітчизняних лікарів достатньо ефективних засобів для лікування atopічного дерматиту в дітей. Більше того, лікарі призначають найефективніші з них. На жаль, хворі не завжди отримують ті ліки, які ми їм призначаємо. Щоб змінити ситуацію на краще, потрібно запроваджувати

навчальні програми для пацієнтів і членів їх сім'ї. Практикуючий лікар щодня знаходиться у пошуку, оскільки загальних, прийнятних для всіх без винятку пацієнтів рекомендацій не існує. Доведено, що головне завдання лікаря — сформувати хороші партнерські стосунки з хворим і його родиною. З цього приводу не існує однозначних рецептів, а успіх визначається вмінням працювати з пацієнтом.

Таким чином, окремі проблеми atopічного дерматиту в дітей сьогодні трактуються неоднозначно. Ця патологія потребує великої уваги лікаря, витримки батьків; її лікування мусять включати комплекс терапевтичних заходів й освітню роботу, які треба підбирати індивідуально та проводити систематично і тривалий час.

#### Література

1. Атопический дерматит в практике педиатра / Аряев Н.Л., Клименко В.А., Кожемяка А.И., Феклин В.А. — К., 2007. — 32 с.
2. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика / Пособие для врачей. — М., 2004. — 104 с.
3. Банадига Н.В. Атопический дерматит з позиції педіатра // Здоровье ребенка. — 2008. — № 4. — С. 86-89.
4. Зубаренко А.В., Портнова О.А. Атопический дерматит. Концепция эффективной терапии. — Здоровье ребенка. — 2009. — № 3. — С. 103-108.
5. Ласица О.Л., Ласица Т.С., Недільська С.М. Алергологія дитячого віку. — Київ «Книга плюс». — 2004. — С. 80-106.
6. Нетребенко О.К. Питание грудного ребенка и кишечная микрофлора // Педиатрия. — 2005. — № 3. — С. 53-67.
7. Нетребенко О.К. Обзор статей и материалов по механизмам действия и роли пробиотиков у детей (2007-2008 г.) // Современная педиатрия. — 2009. — № 4. — С. 129-133.
8. Охотникова Е.Н. Аллергический «марш»: связь поколений и эскалация аллергии у детей (лекция) // Современная педиатрия. — 2008. — № 4 (21). — С. 190-197.
9. Akdis C.A., Akdis M., Bieber T. et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report // Allergy. — 2006. — Vol. 61. — 969-987.
10. Bieber T. Atopic dermatitis // N Engl J Med. — 2008. — Vol. 358. — P. 1483-1494.
11. International consensus conference on atopic dermatitis II (ICAAD II): clinical update and current treatment strategies / C. Ellis, T. Luger, D. Abeck et al. — Br. J. Dermatol. — 2003. — Vol. 148 (suppl. 63). — P. 3-10.

## Анкета читателя

Здоров'я України  
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медицна газета «Здоров'я України»,  
ул. Народного ополчения, 1, г. Киев, 03151

Укажите сведения, необходимые для отправки  
тематического номера «Педиатрия. Акушерство.  
Гинекология»

Фамилия, имя, отчество .....

Специальность, место работы .....

Индекс .....

город .....

село .....

район ..... область .....

улица ..... дом .....

корпус ..... квартира .....

Телефон: дом .....

раб. ....

моб. ....

E-mail: .....

## Нам важно знать ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Педиатрия. Акушерство. Гинекология»? .....

Назовите три лучших материала номера .....

1. ....

2. ....

3. ....

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах? .....

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть? .....

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Педиатрия. Акушерство. Гинекология»? .....

На какую тему? .....

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении  
врачебной квалификации? .....