

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

## Атопічний дерматит у дітей: аналіз діагностичних і тактичних помилок

Ми легко забуваємо свої помилки, якщо вони відомі лише нам самим.  
Франсуа Ларошфуко

Наша сучасність характеризується тривожною ситуацією щодо зростання частоти алергічної патології у дітей, першим дзвіночком якої, як правило, є харчова алергія, яка переважно проявляється атопічним дерматитом. Львівський міський дитячий алергологічний центр традиційно проводить дискусійні круглі столи, свого роду засідання дискусійного клубу, присвячені найактуальнішим і найскладнішим проблемам дитячої алергології. Особливо жвавою була дискусія під час обговорення діагностичних і тактичних помилок, яких припускаються лікарі, які працюють з дітьми, хворими на атопічний дерматит. Проблеми атопічного дерматиту починаються з термінології. У наш час його продовжують трактувати по-різному — як дитячу екзему, конституційну екзему, себорейний дерматит, нейродерміт тощо. Втім, ці діагнози, по суті, відтворюють різні форми і стадії розвитку єдиного патологічного процесу — атопічного дерматиту. Саме тому для практичного застосування рекомендовано один діагноз — атопічний дерматит (шифр МКХ-10 — клас XII, розділ L20). Більше того, у клінічній практиці і досі діагноз «атопічний дерматит» часто підміняють дискусійним терміном «алергічний діатез». Перед лікарями чи не щодня постає питання: де проходить межа між діатезом — донозологічним станом і атопічним дерматитом — захворюванням? Із цього приводу триває гостра дискусія, тоді як практичний лікар потребує чітких рекомендацій. На нашу думку, термін «алергічний діатез» доцільно застосовувати за відсутності типових клінічних ознак атопічного дерматиту у разі доведеної сімейної схильності до атопії. Іншими словами, навіть мінімальні, характерні для атопії, зміни на шкірі треба трактувати як атопічний дерматит. Це дає змогу вчасно розпочати оптимальне лікування (іноді буває достатньо корекції дієти) і запобігти розвитку важких варіантів атопічних захворювань (бронхіальної астми тощо). Підміна клінічного діагнозу атопічного дерматиту дискусійним терміном «алергічний діатез» призводить до відтермінування призначення адекватного лікування і зумовлює прогресування алергічного (атопічного) маршу.

Відомо, що підставою для фахових дій лікаря є діагноз, тобто точне розпізнавання хвороби. На думку талановитого клініциста академіка В.М. Виноградова, більшості діагностичних помилок припускаються на амбулаторному етапі, коли лікар самостійно вирішує питання первинної діагностики. Атопічний дерматит — хронічне захворювання з істотними поліморфними змінами на шкірі, які іноді непросто однозначно трактувати, саме тому лікарі-практики не завжди правильно оцінюють його клінічні симптоми. Ми співставили поліклінічні і клінічні діагнози 523 хворих, які зверталися до Львівського міського дитячого алергологічного центру у 2010–2011 рр. з діагнозом «атопічний дерматит», і виявили помилковий діагноз у 19,9% випадків. Найчастіше за діагнозом атопічного

дерматиту приховувалися інші захворювання шкіри, а саме контактний дерматит, пелюшковий дерматит, мікробна екзема, короста, псоріаз, рожевий лишай, іхтіоз тощо. Детально розібрати ці діагностичні помилки в одній публікації неможливо, але варто зупинитися на проблемі, з якою майже щодня зустрічається у своїй практичній діяльності алерголог.

Так, нерідко під маскою атопічного дерматиту ховається короста, діагностичними критеріями якої є:

- свербіж увечері і вночі;
- наявність коростяних ходів;
- типова локалізація і характер висипу;
- відсутність ефекту від призначення антигістамінних засобів;
- лабораторне (мікроскопічне) виявлення збудника.

Загалом лікар-практик має знати, що у разі вираженого свербіння на тлі плямисто-папулезного висипу завжди треба припускати наявність корости. Чому такі пацієнти потрапляють на прийом до алерголога мало не щодня і нерідко вже після огляду дерматолога? Питання, яке залишається без відповіді.

Таким чином, атопічний дерматит у дітей характеризується поліморфними змінами на шкірі, що, безперечно, ускладнює процес діагностичного пошуку. Шлях до встановлення діагнозу атопічного дерматиту починається з детального аналізу анамнезу й об'єктивного обстеження. Визначальними клінічними ознаками є висип, який супроводжується свербінням, та рецидивний характер перебігу захворювання з ремісіями в літній період. У процесі діагностики треба завжди пам'ятати про те, що атопічний дерматит часто ускладнюється на шаруванням вторинної інфекції. Постійне тертя і розчухування шкіри призводять до порушення її бар'єрної функції і приєднання інфекції, найчастіше бактеріальної (стафілокок, стрептокок), вірусної (герпес) чи грибкової. У таких складних ситуаціях діагностичний пошук вимагає проведення додаткових досліджень (мікроскопія та культуральне дослідження лусочок шкіри на патогенні гриби, бактеріологічне дослідження пустул на флору та чутливість до антибіотиків тощо).

Тривалі спостереження і багаторічний досвід роботи Львівського міського дитячого алергологічного центру дають змогу стверджувати, що атопічний дерматит часто помилково трактують як виключно ураження шкіри, забуваючи про те, що це системне захворювання з пошкодженням багатьох органів і систем, зокрема органів травлення, які по суті є шоковими. Прояви гастроінтестинальної алергії дуже часто супроводжують висип на шкірі. Їх частота і ступінь вираження значною мірою визначаються віком пацієнта. У дітей раннього віку характерними симптомами є неспокій після їди, біль у животі (кольки), метеоризм, зригування, блювання, диспепсичні прояви. Біль у животі переважно має переймоподібний характер з локалізацією в епігастрії або за ходом

кишок, виникає, як правило, після вживання їжі. З віком переважають симптоми, що вказують на ураження верхніх відділів травного каналу (гастрит, дуоденіт тощо). Нерідко виникають порушення гепатобіліарної системи, проявами яких є аномалії розвитку жовчного міхура, дискінезія жовчних шляхів, холецистит, холестаза, а іноді — розвиток хронічного гепатиту.

Поширеною супутньою гастроентерологічною проблемою є порушення мікроекології кишок. Нині багато пишуть про дисбактеріоз кишечника. Серед науковців і практиків активно дискутується питання про те, чи існує зв'язок між алергією й дисбактеріозом. Безперечно, існує, і він є неоднозначним. Дисбактеріоз кишечника може бути первинним і передувати виникненню алергії або носити вторинний характер і розвиватися внаслідок її гастроінтестинальних проявів.

Відомо, що нормальна мікрофлора травного каналу створює мікробну плівку на поверхні кишок і тим самим перешкоджає надходженню алергенів і токсинів до внутрішнього середовища організму. Більше того, у наш час доведено, що з мікробним фактором пов'язана також кількість вільного гістаміну в біологічних середовищах і тканинах організму. Отже, стан кишкової мікрофлори є одним із факторів, які визначають патогенез алергічних проявів. Незважаючи на ці дані, треба визнати, що нині не існує єдиного погляду щодо ролі мікрофлори у формуванні здоров'я і розвитку різноманітної, зокрема алергічної, патології, а отже, простежується неоднозначне ставлення до методів профілактики і лікування дисбіотичних розладів (відновлення ендомікробіологічного гомеостазу).

У більшості випадків атопічний анамнез і типова клінічна картина захворювання дають змогу встановити діагноз і важкість перебігу атопічного дерматиту. Однак діагностичні помилки все-таки трапляються. Більше того, помилитися може кожен лікар, навіть найдосвідченіший. У цьому контексті справедливими є слова відомого академіка І.В. Давидовського, який неодноразово повторював, що кількість діагностичних помилок збільшується із підвищенням кваліфікації лікаря. Безперечно, це значною мірою пояснюється тим, що висококваліфіковані лікарі частіше мають справу з особливо складними для діагностики й лікування випадками.

Атопічний дерматит, як і будь-яка інша алергічна патологія, потребує розширення діагностичного пошуку шляхом проведення специфічної алергодіагностики, завданням якої є виявлення причинно-значущого алергену. Ставлення до неї сьогодні також є неоднозначним. Зокрема, багато запитань пов'язано з такою першочерговою проблемою, як специфічне алерготестування. Нині немає однозначної відповіді на питання щодо того, хто повинен проводити тестування, коли його проводити і як, якою має бути діагностична панель алергенів залежно від віку.

З одного боку, в багатьох країнах світу майже немає вікових обмежень щодо

проведення шкірного тестування, з іншого — в Україні таку діагностику дозволено з трирічного віку. У такій складній і неоднозначній ситуації практичним лікарям важко зорієнтуватися. Тому доречним буде рекомендувати комплексний підхід до специфічної алергодіагностики, який має включати:

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

Причому основою основ був, є і, напевно, буде алергологічний анамнез. Кожен лікар, працюючи з пацієнтом, повинен пояснити правила ведення харчового щоденника. Більше того, можна розробити та роздрукувати прості в застосуванні варіанти щоденника і рекомендувати їх хворим.

Неоднозначною у наш час є і думка щодо лікування атопічного дерматиту. Крім того, нині в Україні активно дискутується питання про те, хто повинен лікувати атопічний дерматит у дітей. Це може бути і дерматолог, і алерголог, і педіатр, і сімейний лікар, але лише за умови існування доброзичливого робочого тандему між цими спеціалістами та дотримання трьох основних принципів терапії: систематичність, комплексність та індивідуальність. Зрештою, не ми вирішуємо, хто повинен лікувати хвору дитину, — свій вибір завжди має право зробити сам пацієнт і його родина.

Лікувальна тактика у разі розвитку атопічного дерматиту визначається етіологічними факторами, патогенетичними механізмами, фазою захворювання і базується на індивідуально підібраних програмах. У цьому контексті постає питання: чи достатньо у наш час засобів для ефективного лікування атопічного дерматиту у дітей? Так, безперечно. Основні напрями терапії включають:

- дієтотерапію (елімінацію причинно-значущих харчових алергенів);
- контроль над станом довкілля;
- фармакотерапію — системну й місцеву;
- реабілітаційне (протирецидивне) лікування;
- навчальні програми для пацієнтів і членів їхніх родин.

Безперечно, найефективнішою є етіотропна терапія, спрямована на усунення контакту з факторами, які спричиняють загострення захворювання. На цьому етапі через хибні уявлення лікарі іноді спрацьовують не повною мірою, адже ще зовсім недавно було прийнято вважати, що причина атопічного дерматиту — виключно харчова алергія. Однак з часом з'ясувалося, що ситуація виглядає не так однозначно — атопічний дерматит лише у 30–40% дітей пов'язаний тільки з харчовою алергією. Дедалі частіше звучать підтвердження зростаючої ролі побутової та пилкової сенсibiliзації у виникненні цієї патології. 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 побутові умови, зокрема щодо одягу й помешкання, з метою усунути або зменшити контакт з інгаляційними й контактними алергенами;
- санація хронічних вогнищ інфекції в ЛОР-органах, дегельмінтизація хворого і членів його родини.

Одним з основних напрямів і нині є підбір індивідуального харчування.

Правильно розроблена дієта не лише обмежує надходження алергенів до організму, а й має специфічний гіпосенсибілізуючий вплив і сприяє покращенню стану органів травлення, що, у свою чергу, підвищує толерантність організму до харчових алергенів.

У харчуванні дітей грудного віку основним завданням є забезпечення природного вигодовування. З дієти матері-годувальниці необхідно виключити насамперед ті продукти, які провокують загострення проявів алергії у малюка. Треба зазначити, що дані анамнезу, спостережливість матері під час ведення харчового щоденника, елімінаційно-провокаційні тести дають змогу виявити причинно-значущі алергени у переважній більшості пацієнтів. Це сприяє збереженню грудного вигодовування дитини, хворої на atopічний дерматит. Чи не найбільшою терапевтичною помилкою є позбавлення таких дітей грудного молока. Провина за відміну природного вигодовування в таких випадках лягає важким тягарем на плечі лікаря, який припустився цієї помилки. Грудне вигодовування необхідно зберегти у дітей, хворих на atopічний дерматит, уже хоча б тому, що материнське молоко є єдиним харчовим продуктом, який не містить чужорідних для дитини алергенів, сприяє формуванню харчової толерантності і має істотні переваги перед сумішами з огляду на поживні, імунологічні та психологічні аспекти.

Якщо з різних причин природне вигодовування неможливе, слід ретельно і виважено підійти до підбору штучного. Зрозуміло, що суміші, які містять гідролізат сироваткових білків або казеїну, значно менше сенсифікують організм дитини, а високий ступінь гідролізу білка зумовлює майже цілковиту втрату здатності викликати алергічну реакцію.

Стосовно всіх харчових продуктів (перше, друге, третє підгодовування тощо) необхідно дотримуватися принципів індивідуального підбору, поступовості й черговості. У разі введення до харчового раціону м'яса слід пам'ятати, що діти, хворі на atopічний дерматит, реагують на екстрактивні речовини, які містяться у м'ясі, тому протипоказані м'ясні бульйони. Варене м'ясо у вигляді фаршу розводять овочевим відваром.

Соки дозволено лише свіжовижати. Перевагу надають сокам з яблук, слив, чорниць. Розробка індивідуальної дієти для дітей, старших одного року, є складним завданням. Таке харчування не просто підібрати і ще важче – реалізувати. Діти стають більш самостійними, починають відвідувати організовані дитячі колективи, що суттєво ускладнює дотримання дієти. Однак існують певні правила, яких необхідно дотримуватися під час підбору раціону для таких дітей у кожному конкретному випадку. Перш за все до отримання результатів алергологічного тестування рекомендовано призначити емпірично підбрану дієту, яка передбачає виключення причинно-значущих (обраних на підставі харчового щоденника) алергенів. Нерідко лікарі захоплюються широким вилученням з дієти всіх відомих облігатних алергенів, що абсолютно неприпустимо. Необхідно виявляти «винний» алерген індивідуально і при цьому забезпечити йому рівноцінну заміну з метою збереження повноцінного харчового раціону дитини.

В організації раціонального харчування дітей, хворих на atopічний дерматит, активно дискутується ще одне питання: якою має бути тривалість елімінаційних дієт? Нині доведено, що продукт, до якого виявлено гіперчутливість, необхідно вилучити з раціону

не менше, ніж на один-два роки (третина дітей втрачає гіперчутливість до алергену у разі його елімінації протягом саме такого періоду). У разі гіперчутливості до яєць, горіхів, бобових і морепродуктів тривалість заборони на вживання останніх становить не менше двох років.

Поряд з раціональним харчуванням у лікуванні дітей, хворих на atopічний дерматит, важливе значення має правильна організація побуту дитини і догляд за нею. Насамперед потрібно усунути або мінімізувати контакти дитини з інгаляційними і контактними алергенами. Приміщення, у якому проживає дитина, необхідно часто провітрювати, двічі на день робити вологе прибирання. Слід різко обмежити кількість колекторів пилу у квартирі (килимів, м'яких меблів тощо). Недопустиме утримання у квартирі домашніх тварин, риби.

Важливим моментом у лікуванні є санація хронічних вогнищ інфекції, оскільки остання може спричинити розвиток atopічного дерматиту і його загострень. Прояви дерматиту нерідко підсилюються на тлі глистяної інвазії, тому важливе місце у комплексній терапії належить вчасно і грамотно проведеної дегельмінтизації.

Пріоритетним напрямом тривалого терапії atopічного дерматиту як хронічної патології є превентивна стратегія, мета якої – забезпечення контролю над захворюванням шляхом профілактики рецидивів. У першу чергу особливо важливо інформувати пацієнта і його родину про хворобу і можливості її лікування. Як засоби патогенетичної дії здебільшого застосовують антигістамінні препарати. Нині не викликає сумніву той факт, що хронічна алергічна патологія, зокрема atopічний дерматит, диктує потребу у тривалому призначенні антигістамінних препаратів. І в таких випадках, безперечно, перевагу слід надавати антигістамінним засобам II покоління, яким властиві висока специфічність і висока спорідненість до  $H_1$ -рецепторів; значно менший седативний ефект або його відсутність; більша тривалість дії (до 24 год); відсутність звикання у разі тривалого застосування (табл.). У наш час доведено, що протигергічна дія найновішої генерації цих препаратів виявляється не лише у блоkadі  $H_1$ -рецепторів, а й у пригніченні активності інших клітин, які призводять до алергічного запалення (зокрема еозинофілів). Саме тому на сторінках спеціальної літератури, у рамках конференцій і симпозіумів різного рівня, присвячених проблемам дитячої алергології, ведеться жвава дискусія про те, чи дійсно ці лікарські засоби мають право називатися антигістамінними препаратами III генерації. Сьогодні можна було б навести цитати з багатьох праць, одні з яких дають ствердну, а інші – заперечну відповідь на це питання. Але для лікаря важливим є не те, як їх назвуть, а те, що ці препарати є найефективнішими і, що надзвичайно важливо, найбезпечнішими.

Потребує відповіді ще одне питання: як довго можна застосовувати з метою протирецидивного лікування антигістамінні препарати II генерації? Відповісти однозначно неможливо –

в кожному окремому випадку треба вирішувати індивідуально.

У період загострення atopічного дерматиту залишаються незамінними для надання невідкладної допомоги антигістамінні препарати I покоління, оскільки тільки вони випускаються в ін'єкційних формах і дають змогу отримати швидкий седативний ефект, необхідний для заспокоєння дитини.

Неоднозначно трактується нині й потреба лікування дисбактеріозу кишечника у дітей, хворих на atopічний дерматит. Чи не найбільшою помилкою є намагання лікарів нормалізувати стан мікроекології кишечника – і це тоді, коли питання нормативних показників є дуже відносним. Та й чи досконалі сучасні методи діагностики дисбактеріозу? На жаль, ні. 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 дисбактеріозу – проблема складна, причому найбільші труднощі зумовлені неоднозначним трактуванням результатів бактеріологічних досліджень.

Неухильне зростання асортименту бактеріальних препаратів і їх широка реклама утруднюють орієнтування лікарів, що нерідко призводить до помилок у виборі засобів терапії. Відомо, що призначення курсу бактеріальної терапії призводить до штучної колонізації кишечника мікрофлорою, яку містить препарат. Тому важливо мати інформацію про абсолютну безпечність пробіотика, його корисний вплив на стан здоров'я та добре виживання у кишечнику. До мікроорганізмів, які найповніше відповідають цим вимогам, належать лактобацили та біфідобактерії. Більше того, необхідно пам'ятати, що всі характеристики пробіотиків і насамперед їх ефективність та безпечність є строго штамспецифічними. Така ситуація диктує потребу в дуже виваженому ставленні до вибору бактеріальних препаратів для лікування дітей, хворих на atopічний дерматит.

Проведений нами аналіз помилок у лікуванні atopічного дерматиту дав змогу виявити серйозні проблеми, що стосуються зовнішньої терапії. Зокрема, лікарі часто забувають, що перед застосуванням зовнішніх лікарських засобів необхідно очистити шкіру хворої дитини від гною, кірок, лусочок, залишків використаних препаратів, які подразнюють шкіру. Поширеною помилкою лікарів є заборона таким дітям купатися, особливо під час загострення. Ми прихильники щоденних гігієнічних ванн, які очищують і зволожують шкіру, підсилюють проникнення зовнішніх препаратів, створюють відчуття комфорту, приносять дитині задоволення. Після купання шкіру необхідно промокнути (не терти!) й одразу нанести пом'якшувальні та зволожувальні засоби.

Під час аналізу ефективності зовнішньої терапії atopічного дерматиту у дітей було виявлено 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 в необхідному обсязі. На цьому не акцентує увагу лікар, про це нічого не знають пацієнт і його родина. Дитина і її сім'я мають зрозуміти, що зволоження і живлення шкіри – це єдиний шлях до її оздоровлення. Водночас лікар повинен індивідуально підібрати засоби для зовнішнього лікування та догляду за шкірою і надати чіткі пояснення

пацієнту щодо частоти і правил їх застосування.

Нині фармацевтичні компанії постачають на український ринок великий арсенал протизапальних лікарських препаратів, які успішно використовуються для лікування atopічного дерматиту у дітей, але нерідко єдиним виходом у лікуванні його шкірних виявів є призначення топічних глюкокортикоїдів. Досвід провідних вітчизняних алергологів і наші власні спостереження дають змогу стверджувати, що лікарі нерідко починають застосовувати топічні стероїди запізно або призначають ці препарати у недостатніх дозах через стероїдофобію і побоювання розвитку побічних ефектів. Водночас зареєстровано випадки невинуватого призначення цих засобів, коли можна було б обмежитися лише корекцією дієти і правильним доглядом за шкірою. Окрім того, нерідко лікарі застосовують фторвісні кортикостероїди, призначають ці препарати тривалими курсами (більше 5-7 днів) на значній площі поверхні тіла (понад 20% загальної площі) і ділянках з чутливою шкірою (обличчя, природні складки). Така тактика, безперечно, є помилковою. Неправильним також є розведення топічних стероїдів різноманітними кремами, адже невідомо, як при цьому може змінитися якість препарату.

Таким чином, окремі питання щодо atopічного дерматиту у дітей далеко не завжди трактуються однозначно, і це не дивно, адже постійно змінюються наші уявлення про сутність, діагностичні критерії і можливості лікування зазначеної патології. Загалом алергічні захворювання у XXI ст. за багатьма клінічними параметрами істотно відрізняються від тих, з якими мали справу лікарі ще навіть 10-20 років тому. Щоб не розгубитися в такій мінливій ситуації, треба приділяти час самоосвіті, аналізувати, використовуючи всі доступні джерела інформації.

Нині на сторінках спеціальної літератури дедалі частіше можна зустріти посилення на досвід закордонних колег. Усе більше лікарів-практиків застосовують у своїй роботі західний стиль медицини. Чи погано це? Однозначну відповідь на це питання дати важко, але наша педіатрична й алергологічна школа також має чудові традиції. Тому у своїй практичній і науковій діяльності лікарям, напевно, слід керуватися геніальними настановами Т.Г. Шевченка: «І чужому навчаються, і свого не цурайтесь».

Протягом останніх років ми все більше прагнемо наблизити медицину до точних наук. Цьому сприяє широке впровадження засад доказової медицини, яка передбачає застосування на практиці лише тих методів лікування і діагностики, ефективність яких доведено у результаті грамотно організованих клінічних досліджень. Однак як би ми не намагалися змінити ситуацію, медицина – не математика, медицина – це швидше мистецтво. І кожен лікар повинен оволодіти цим мистецтвом, пізнати його правила, і водночас кожен має право на свій почерк, який спирається на базові знання і власний досвід. Саме тому у практичній медицині застосовуються різні алгоритми діагностики та лікування і трапляються тактичні помилки. Не помиляється тільки той, хто нічого не робить. У такій ситуації надзвичайно важливими є спроможність лікаря визнати свою помилку і прагнення та вміння вчитися.

Список літератури знаходиться в редакції.

Міжнародна назва	Форми випуску
Лоратадин	Таблетки по 10 мг
Дезлоратадин	Таблетки по 5 мг
Фексофенадин	Таблетки по 30, 120 і 180 мг
Цетиризин	Таблетки по 10 мг
Левосетиризин	Таблетки по 5 мг