

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.В. Кудрявцева, докт. мед. наук, К.Б. Видякина

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

E-mail: kudassia@gmail.com

Рассмотрены вопросы лечения и ухода за детьми и подростками с атопическим дерматитом. Особое внимание обращено на необходимость преемственности действий врача и медсестры для достижения большей эффективности терапии и правильного использования принципов наружного и системного лечения.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, стафилококк, лечение, глюкокортикостероиды.



Атопический дерматит (АтД) – хроническое аллергическое заболевание, имеющее непрерывно-рецидивирующее течение, основным проявлением которого является аллергическое воспаление кожных покровов. Число детей с АтД неуклонно растет, и в последнее время все чаще на прием к специалисту приходят пациенты с уже тяжелыми формами заболевания [1].

Причины роста числа заболевших АтД детей хорошо известны. Это загрязнение воздушной, водной среды и почвы, вызванное выбросами автомобильного транспорта, промышленного и сельскохозяйственного производства; широкое использование химических соединений в быту; частое неконтролируемое применение населением лекарственных препаратов [2]. Повышение частоты выявления АтД у детей в семьях, в которых ранее не было зарегистрировано каких-либо аллергических заболеваний, часто связано с переездом их из небольших городов в мегаполисы, когда не только ухудшается экологическая ситуация и меняется

климатическая зона, но и появляются высокие эмоциональные нагрузки [3]. По эпидемиологическим данным, частота АтД в городской черте выше, чем в сельской местности, в США, Германии, Финляндии, Швеции [4, 5]; такая же тенденция прослеживается и в России [6]. Изменение стиля и условий жизни семьи (отдых на море, переезд в другой регион, восстановление семейных отношений) может способствовать облегчению течения АтД, однако обстоятельства чаще всего не позволяют что-либо изменить и заболевание прогрессирует. Задача врачей и медицинских работников среднего звена – предотвратить ухудшение состояния ребенка и повысить качество жизни всех членов семьи путем слаженной и эффективной работы.

Как известно, патогенетической основой АтД является наличие дефекта кожного барьера, из-за чего он не способен предотвращать проникновение в глубокие слои кожи аллергенов и противостоять инфекции [7]. Проникающие в кожу аллергены приводят к сенсибилизации организма и формированию местного аллергического воспаления с участием таких иммунокомпетентных клеток, как дендритные клетки, кератиноциты, Т-лимфоциты, тучные клетки и эозинофилы.

Факторы, приводящие к снижению барьерной функции кожи, изучены хорошо. Это и трансэпидермальная потеря воды, и нарушения липидного и белкового обмена, и снижение потоотделения [8]. Все это приводит к развитию выраженной сухости кожи и инфицированию ее различными агентами. Большое значение сейчас придается колонизации кожи больных АтД золотистым стафилококком (ЗС). Многие исследования показали связь этой бактерии с более тяжелым течением АтД. Нами при исследовании токсигенных свойств ЗС выявлена прямая взаимосвязь между способностью стафилококка продуцировать токсины и тяжестью течения заболевания [9, 10].

АтД отличается выраженным клиническим полиморфизмом. В зависимости от преобладания тех или иных признаков и морфологических элементов выделяют следующие клинические формы заболевания, которые во многом определяются

возрастом больного, аллергической реактивностью, иммунными и нейроэндокринными факторами: экссудативную, эритематосквамозную, эритематосквамозную с лихенизацией, лихеноидную, пруригинозную [11]. Выделение клинико-морфологических форм АтД позволяет врачу назначать соответствующие виду патологии приемы наружной терапии и контролировать течение заболевания. Так, наличие экссудативных элементов у ребенка раннего возраста не позволяет использовать при его лечении мазевые формы препарата, а появление у больного с АтД лихеноидных элементов свидетельствует о прогрессировании заболевания и требует пересмотра назначенного лечения.

При обследовании детей с АтД особое внимание уделяют сбору аллергологического анамнеза. Для выявления причинно-значимых аллергенов используют аллергодиагностику *in vitro*, проводят общеклиническое обследование, в условиях стационара применяют провокационные пробы с аллергенами. Кожное тестирование целесообразно только в период клинической ремиссии; его не проводят больным с тяжелыми формами АтД.

Терапия АтД строится по определенному плану: назначение элиминационных диет; применение наружной и системной терапии и противоречивого лечения.

Если врачу удастся определить причину обострения АтД, он назначает больному индивидуальную элиминационную диету. В остальных случаях используют традиционные гипоаллергенные диеты: у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании, – лечебные смеси на основе полного гидролизата сывороточных белков или казеина; у старших детей – гипоаллергенную диету №5 с исключением причинно-значимых аллергенов. Важно знать, что детям 1-го года жизни сохраняют грудное вскармливание, назначая матери гипоаллергенную диету с исключением облигатных аллергенов. У всех больных рассчитывают ценность фактического питания для предупреждения развития алиментарного дефицита и пересматривают диетотерапию в течение года с учетом возрастающих потребностей ребенка в питании и изменения спектра сенсibilизации. Особенно необходимо в любом возрасте контролировать массу тела и рост ребенка с АтД для предупреждения формирования дефицитного состояния и исключения таких заболеваний, как, например, целиакия.

Основная задача лечения АтД – нормализация состояния кожных покровов: купирование аллергического воспаления и устранение сухости кожи. Для решения этой задачи назначают наружную терапию, в основном – глюкокортикостероиды (ГКС) с учетом возрастных ограничений и характера по-

ражения кожных покровов [12]. В зависимости от характера поражения кожи, возраста больного, тяжести течения заболевания и наличия осложнений врач назначает определенную лекарственную форму наружного препарата. Задача среднего медицинского персонала – соблюдать кратность нанесения лекарственного средства, оценивать площадь кожного покрова, на которую наносят препарат, и контролировать его расход.

Правила наружной терапии ГКС:

- обязательно проводить гигиенические мероприятия до начала наружной терапии и во время нее;
- использовать антисептические наружные средства до начала лечения ГКС в течение 3–4 дней (1% раствор метиленового синего, повидон-йод, раствор фукоцина);
- диагностировать клинико-морфологическую форму заболевания для определения лекарственной формы препарата;
- вначале наносить препарат на ограниченный участок кожи, чтобы оценить переносимость лечения;
- оценить поверхность кожного покрова, максимальную для лечения (не более 20% общей поверхности);
- правильно расходовать наружное лекарственное средство;
- помнить о возрастных ограничениях использования наружного препарата;
- пересмотреть тактику терапии в случае отсутствия эффекта от 5-дневного лечения.

На 1-м этапе лечения важно привести пораженные кожные покровы в состояние, которое позволит основному лекарственному средству проникнуть в те слои кожи, где локализуется патологический процесс. Как уже отмечалось, основная проблема больных с АтД – выраженная сухость кожных покровов, наличие на коже вторичных элементов и ее инфицированием ЗС. В связи с этим еще до начала терапии ГКС для очищения кожи от вторичных наслоений (чешуйки, корки, остатки использованных лекарственных веществ) проводят гигиенические мероприятия, которые назначает врач индивидуально каждому больному. Для эрадикации ЗС пораженную кожу обрабатывают антисептическими растворами, которые не только позволяют снизить степень ее колонизации стафилококком, не вызывая формирования у штаммов антибиотикорезистентности, но и повышают эффективность проводимой в дальнейшем наружной гормональной терапии [13].

При назначении ГКС на 2-м этапе лечения врачу необходимо оценить характер поражения кожи и переносимость лекарственного средства. Для этого он предлагает медсестре вначале нанести

препарат на ограниченный участок кожи и оценить характер реакции. Часто снижение эффективности наружного лечения связано с неправильным расходом препарата: с одной стороны, родители боятся использовать гормоны, а, с другой, – не знают основные правила нанесения препарата на кожу. В случае стационарного лечения неоценимую помощь в этой ситуации оказывают медсестры, которые знакомы с правилами проведения наружной терапии и умеют рационально использовать лекарственное средство (рис. 1).

В последнее время возможности наружной терапии АтД значительно расширились. В первую очередь это связано с появлением на фармацевтическом рынке препаратов, разрешенных к использованию у детей раннего возраста, новых лекарственных форм, с накоплением опыта лечения наружными ГКС. Успешно разрабатываются новые лекарственные средства лечения АтД, одно из которых – нестероидный противовоспалительный препарат для наружного применения такролимус мазь 0,003%, который наряду с ГКС уже вошел в группу основных противовоспалительных средств. Такролимус разрешен к использованию у детей старше 2 лет, пимекролимус (препарат из этой же группы) – с 3 мес [14].

И такролимус, и пимекролимус относят к препаратам 2-й линии терапии. Их назначают только в случаях неэффективности проводимого ранее лечения наружными ГКС, которые врачи относят к препаратам 1-й линии. Медсестра может предупредить родителей о том, что при нанесении мази такролимус на кожу ребенка в остром периоде заболевания может возникнуть чувство жжения, которое со временем проходит. Целесообразно также обратить внимание на необходимость защиты кожных покровов во время наружного лечения этими препаратами от воздействия прямых солнечных лучей и исключить нанесение на кожу косметических препаратов, способных снижать эффективность терапии АтД такролимусом [15].

Если у больного диагностируется вторичное инфицирование кожи ЗС с формированием очагов пиодермии, назначают комбинированные наружные средства, в состав которых наряду с ГКС входят антибактериальные и противогрибковые препараты. Важно помнить, что многие из них относятся к лекарственным средствам с высоким уровнем биологической активности, в связи с чем их с осторожностью используют у детей раннего возраста. Обладая высокой активностью, они могут вызывать системные побочные эффекты, всасываясь через поврежденную кожу ребенка. Системная антибактериальная терапия проводится в случаях распространенной пиодермии



Зона	Ладонь	FTU
Лицо и шея	4	2
Туловище (грудь и живот)	7	3,5
Туловище (спина)	10	5
1 рука	5	2,5
1 нога	9	4,5

Рис. 1. Рациональное расходование лекарства. Наносят полоску лекарственного средства, уместающуюся на 1 фаланге пальца (fingertip unit – FTU), на площадь кожи, равную площади 2 ладоней взрослого человека; вотрите массирующими движениями и подождите 10 мин перед одеванием

с повышением температуры тела и наличием клинических знаков интоксикации. На появление этих клинических признаков обычно обращает внимание врача медсестра. Препаратами выбора в таких случаях являются усиленные клавулановой кислотой пенициллины или антибиотики из группы макролидов.

При колонизации пораженной кожи ЗС без развития элементов пиодермии (по данным литературы, частота инфицирования кожи стафилококком может достигать 90%) нет необходимости назначать наружные антибактериальные средства. По нашим данным и данным западных источников, использование наружных ГКС и косметических средств в дальнейшем позволяет не только значительно снизить степень инфицирования ЗС, но и предотвратить повторную колонизацию кожи уже после противовоспалительной терапии с увеличением сроков достигнутой ремиссии АтД (рис. 2) [16]. Эти сведения медсестра может донести до родителей больного ребенка, что предотвратит несанкционированное использование родителями антибактериальных препаратов.

На всех этапах наружного лечения очень многое зависит от работы среднего медицинского персонала. Так, нарушение правил лечения может вести к низкой эффективности терапии и развитию серьезных побочных эффектов, а их соблюдение – к улучшению состояния больного и достижению ремиссии АтД. Отсутствие положительной динамики в течение 5 дней лечения может побудить врача пересмотреть диагноз. В случаях неправильного использования наружных средств и недооценки этого факта врач может сделать неверный

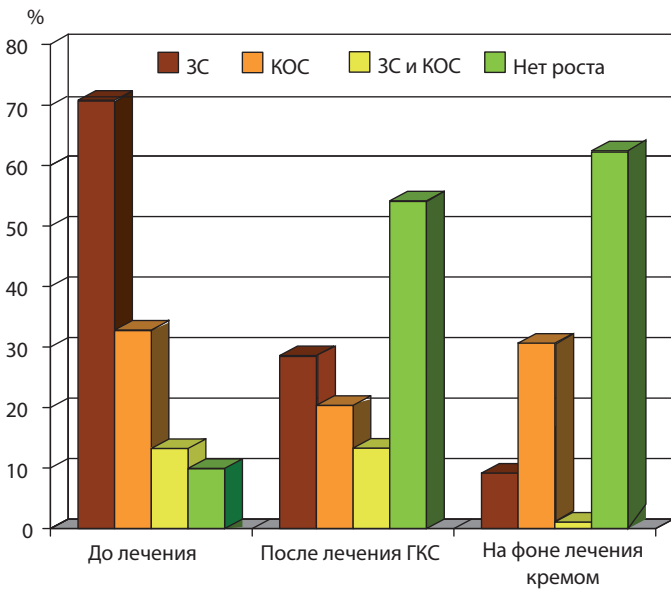


Рис. 2. Колонизация стафилококком пораженных кожных покровов детей с АТД; КОС – коагулазоотрицательные штаммы стафилококка

вывод, что в конечном счете приведет к прогрессированию заболевания.

Необходимость системной фармакотерапии АТД постоянно обсуждается. В последнее время много внимания уделяется вопросу целесообразности использования при этом заболевании антигистаминных препаратов. И, если назначение препаратов нового поколения (кларитин, зиртек, эриус и др.) не оспаривается, к препаратам старого поколения (тавегил, супрастин, фенкарол) предъявляются претензии. Так, наличие у них таких побочных эффектов, как сонливость, нарушение когнитивных функций, атропиноподобных эффектов, ограничивает их применение у детей школьного возраста. В то же время назначение их детям раннего возраста, страдающих от мучительного зуда, позволяет быстро нормализовать сон ребенка и справиться с тяжелыми обострениями заболевания. Только препараты этой группы имеют форму для парентерального введения. Мы часто используем введение разовой дозы препаратов этой группы в вечернее время при тяжелом обострении АТД в условиях стационара. Не снижается также эффективность широко известного мембраностабилизатора кетотифена, который специалисты назначают на продолжительное время (до 6 мес) детям дошкольного возраста с целью противорецидивного лечения. Его использование сроком до 2 нед нецелесообразно, так как максимальный эффект от лечения отмечается только на 2-й неделе терапии [11]. Таким образом, решение о необходимости назначения больному с АТД антигистаминных препаратов для купирования зуда в ка-

ждом конкретном случае принимает врач. Именно такие рекомендации по диагностике АТД дают и международные эксперты [17].

Вопрос о необходимости системной терапии ГКС решается только в условиях стационара консилиумом врачей. Больным с тяжелым обострением АТД при поражении более 20% поверхности кожных покровов системные ГКС вводят парентерально внутримышечно в дозе от 1 до 1,5 мг/кг однократно в утренние часы не более 5–7 дней. Важно помнить, что больным с тяжелым течением АТД системные ГКС не назначают внутривенно. Связано это в первую очередь с тем, что дети и подростки с тяжелыми формами АТД не относятся к группе реанимационных больных. Важно также помнить, что аллергическое воспаление кожи часто сопровождается колонизацией высокотоксигенными штаммами ЗС и случаи развития у детей септических состояний на фоне осложнений катетеризации периферической вены не единичны. С большой осторожностью принимают решение о целесообразности использования пероральных курсов ГКС. При резистентном течении заболевания чаще проводят иммуносупрессивное лечение препаратом циклоспорин А.

Для предупреждения очередного обострения АТД применяют противорецидивную терапию, включающую в себя антигистаминные препараты II поколения, мембраностабилизаторы, витамины и косметические средства. Косметические средства используют постоянно, так как прекращение мероприятий по увлажнению кожи приводит к возникновению сухости кожи и риску развития очередного обострения. Среди основных средств наружной косметики выделяют следующие кремы: Трикзера +, Локобейз, Атодерм, Липикар, Лостерин, Бепантен и др.

Совместные действия врача и медсестер, направленные на улучшение состояния больных с АТД, позволяют быстрее достигнуть ремиссии болезни и продлить ее длительность, что способствует улучшению эмоционального климата в семье.

Литература

1. Flohr C., Mann J. New insights into the epidemiology of childhood atopic dermatitis // *Allergy*. – 2013; 69: 3–16.
2. Гусева С.В., Корюкина И.П. Особенности формирования атопических заболеваний в условиях техногенного загрязнения атмосферного воздуха // *Пермский медицинский журнал*. – 2004; Т. XXI (2): 5–17.
3. Burren-L-Morris C., Williams H.C. Atopic dermatitis in migrant population. Atopic dermatitis. The epidemiology, causes and prevention of atopic eczema // Cambridge, MA. – 2000. – 228 p.
4. Laughter D., Istvan J.A. et al. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon schoolchildren // *J. Amer. Acad. Dermatol.* – 2000; 43: 649–55.

5. Posa I., Korppi M. et.al. Asthma, allergic rhinitis and atopic eczema in Finnish children and adolescents // *Allergy*. – 1991; 46: 161–65.

6. Мачарадзе Д.Ш., Тарасова С.В. Динамика распространенности симптомов аллергических заболеваний по данным ISAAC (1997–2000 гг., М.) // *Аллергология и иммунология*. – 2002; 3: 300–2.

7. Cork M.J., Robinson D.A. New perspectives on epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis: Gene-environment interactions // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2006; 118: 3–21.

8. Meyer M.W., Thyssen J.P. Filaggrin gene mutations are frequent and increase the risk of skin disease // *Ugeskr Laeger*. – 2011; 173 (43): 2705–8.

9. D.Y. M. LEUNG. The role of Staphylococcus aureus in atopic eczema // *Acta Derm. Venereol.* – 2008; 216: 21–7.

10. Кудрявцева А.В., Флуер Ф.С., Балаболкин И.И., Катосова Л.К., Лазарева А.В., Прохоров В.Я. Зависимость тяжести течения atopического дерматита у детей от токсинпродуцирующих свойств штаммов золотистого стафилококка // *Российский педиатрический журнал*. – 2009; 3: 31–7.

11. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. – М.: Медицина, 1999, – 240 с.

12. Miller J.A., Munro D.D. TCS: clinical pharmacology and therapeutic use // *Drugs*. – 1980; 19: 119–134.

13. Кудрявцева А.В., Морозова О.А., Саввина Ю.А. Влияние антисептических растворов на колонизацию стафилококком пораженных кожных покровов у детей с atopическим дерматитом // *Педиатрия им. Сперанского*. – 2014; 1: 83–8.

14. Pallen A.S., Lebwohl M., Fleischer A.B. et al. Tacrolimus ointment is more effective than pimecrolimus cream with a similar safety profile in the treatment of atopic dermatitis: Results from 3 randomized, comparative studies // *J. Amer. Acad. Dermatol.* – 2005; 52 (5): 810–22.

15. Arellano F.M., Wentworth C.E., Arana A. et al. Risk of lymphoma following exposure to calcineurin inhibitors and topical steroids in patients with atopic dermatitis // *J. Invest. Dermatol.* – 2007; 127 (4): 808–16.

16. Кудрявцева А.В., Морозова О.А. Колонизация стафилококком кожных покровов детей с atopическим дерматитом как критерий эффективности наружного лечения // *Практическая медицина*. – 2012; 9 (65): 279–83.

17. Herman S.M., Vender R.B. Antihistamines in the treatment of dermatitis // *J. Cutan. Med. Surg.* – 2003; 7 (6): 467–473.

CURRENT TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

A.V. Kudryavtseva, MD; K.B. Vidyakina
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper considers the issues of treatment for atopic dermatitis in children and adolescents. Particular emphasis is laid on the need for the sequence of actions of a physician and a nurse to achieve the higher efficiency of therapy and to correctly use topical and systemic treatment principles.

Key words: atopic dermatitis, children, staphylococcus, treatment, glucocorticosteroids.

ИНФОРМАЦИЯ

Как правильно позаботиться о себе в случае заболевания ОРВИ



(Начало – см. с. 8)

Если Вы заболели

Оставшись дома, надо принять первые лечебные меры: эффективность лечения гриппа и ОРВИ зависит от того, насколько быстро оно начато, в идеале его следует начать в первые 48 ч. Бойтесь, что сразу к врачу не попадете? Можно принять соответствующие безрецептурные препараты.

«Неправильные» взрослые не думают о профилактике, даже если в семье заболел ребенок

Свидетельство тому – ежегодная вторая волна гриппа и ОРВИ среди взрослых, которая следует сразу за первым всплеском заболеваемости у детей дошкольного и школьного возраста. А все потому, что мамы и папы, бабушки и дедушки, которые ухаживают дома за заболевшими детьми, о собственной профилактике не заботятся.

Средства профилактики

Дети, посещающие детские сады или школы, проходят ежегодную вакцинацию от гриппа. От всех респираторных вирусов она не защищает, но от самого опасного – вируса гриппа – с высокой долей вероятности. В некоторых образовательных учреждениях дети получают кислородные коктейли и средства для укрепления иммунитета.

Взрослым, как и детям, помимо прививок, накануне эпидемического сезона рекомендуется курсовой прием средств для укрепления иммунитета: на основе эхинацеи, элеутерококка, женьшеня (иммунал, настойка эхинацеи). Принимать их нужно на протяжении месяца. В течение эпидемического сезона и особенно в периоды, когда вокруг растет число заболевших, можно принимать и специальные лекарства для профилактики, в идеале – на натуральной основе (растительного происхождения).