

# ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

аллерголог-иммунолог высшей категории,  
педиатр, к.м.н.

Будалина С.В.

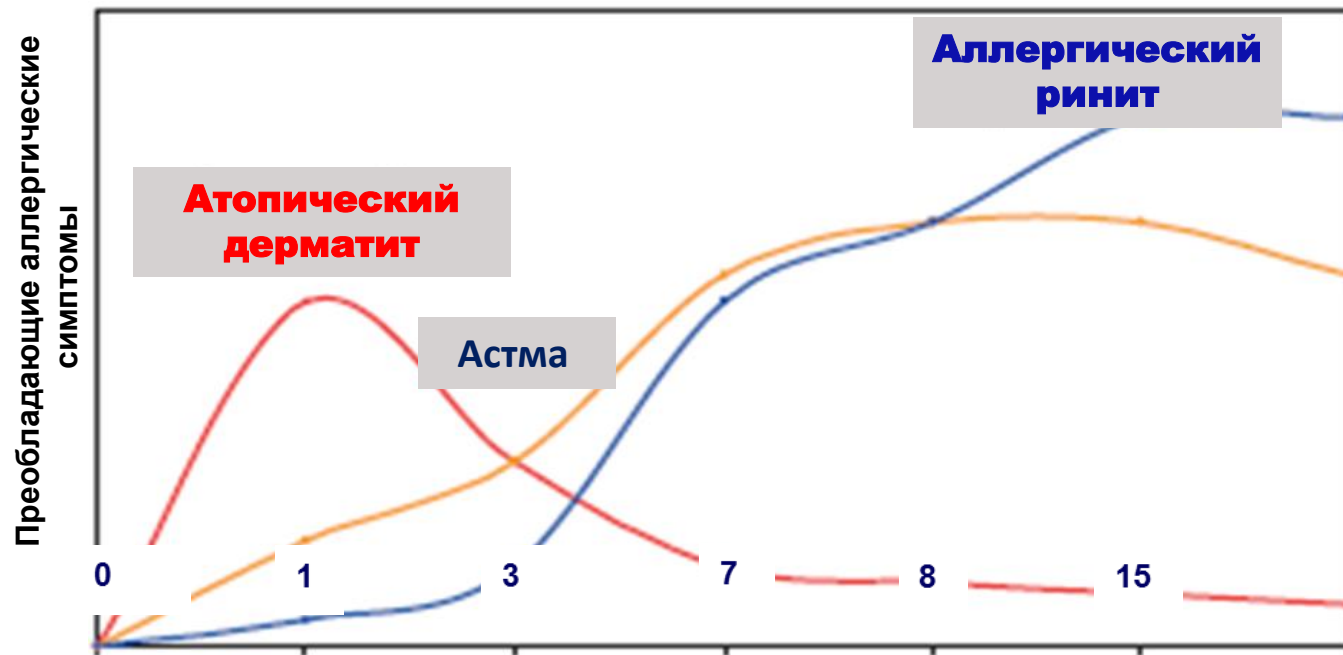
МАУ ДГП 13, г. Екатеринбург

# Определение АТД.

## Распространенность

- Хронический зудящий дерматоз, возникающий на фоне иммунологического воспаления, часто этиологически связанный с сенсibilизацией к аллергенам и возникающий на фоне генетической патологии кожи
- Заболеваемость АТД в мире достигает 15 и более случаев на 1000 населения и имеет тенденцию к росту. По данным ВОЗ, ежегодно АТД заболевает до 1 млн. человек.

# «Атопический марш»: последовательное развитие атопической болезни дебютирует с атопического дерматита



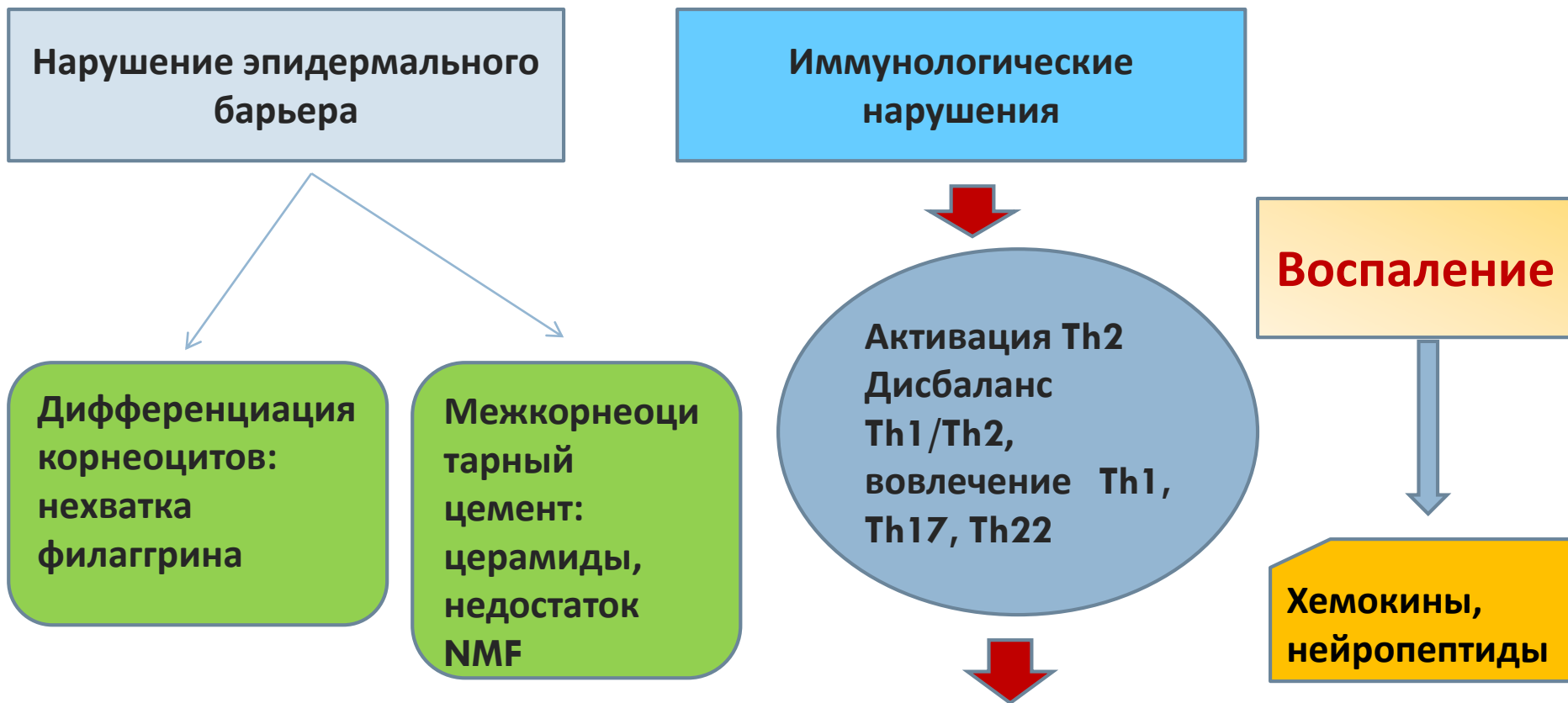
*Holgate S.T. Allergy.— Mosby International, 1996.*

# Наследственная отягощенность по атопии

- ▶ Проведенные генетические исследования показали, что АтД развивается преимущественно на первом году жизни у **82%** детей при наличии аллергической патологии у обоих родителей;
- ▶ у **56%** — если только один родитель страдает аллергией,
- ▶ у **42%** — если родственники первой линии имеют симптомы АтД

# АтД. Патогенез – иммунозависимое воспаление

Клинические рекомендации «Атопический дерматит у детей», 2016



**повышение чувствительности к внешним и внутренним раздражителям**

## **Атопический дерматит**

# При АтД кожа больных колонизируется стафилококком и грибами

*S. aureus* – высеив в очагах острого воспаления 85-91% случаев ,  
*Malassezia furfur* – высеив у 39% пациентов

1. усиление резистентности к тГКС (IL17)
2. супер антиген- 10%
3. Активатор врожденного иммунитета
4. Активирует синтез TLSP – тимического лимфостромального липопротеина → IL4 → IgE
5. Аллергия к энтеротоксинам *S. Aureus* А, В, белку токсического шока TSST

Микробные а/г и суперантигены поддерживают аллергическое воспаление при АтД

# Диагностические критерии АТД

## Основные критерии

(обязательно зудящий дерматоз! + 3 и более признака)

- зуд кожи.
- общая сухость кожи в последний год
- типичная морфология высыпаний и локализация:
  - ❑ дети первых лет жизни - эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей;
  - ❑ дети старшего возраста - папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей.
- ранняя манифестация первых симптомов (до 2-х лет).
- хроническое рецидивирующее течение.
- наследственная отягощенность по атопии (у родственников первой линии родства).

# Всегда ли дерматит это аллергия?

## Определение сенсibilизации

Педиатр

**ОАК**  
(эозинофилия,  
нейтрофильный  
лейкоцитоз)

**Phadiatop®Infant**

**НЕТ**

**Низкая вероятность атопии**

**ДА**

**Высока вероятность атопии**

Дальнейшее исследование специфического IgE к пищевым и ингаляционным аллергенам, свойственным данной местности

Аллерголог

проведение кожных тестов со стандартизованными аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы) **при отсутствии острых проявлений АтД**

1. Пациенты с высоким риском развития анафилактических реакций
2. Дети грудного возраста
3. В отсутствие аллергенов для проведения кожного тестирования
4. Не рекомендуется использовать определения уровня IgG и его субклассов при обследовании больных с АтД для оценки сенсibilизации



# Классификация АД

С пищевой сенсibilизацией, С грибковой сенсibilизацией, С клещевой/бытовой сенсibilизацией, С пыльцевой сенсibilизацией,

**Атопический  
дерматит**

**Младенческий  
Детский  
Подростковый**

**Ограниченный  
Распространенный  
Диффузный**

**Острый  
Хронический**

**Легкий  
Средней тяж.  
Тяжелый**

**Обострение  
Ремиссия, неполная  
ремиссия**

**Экссудативная, Эритематозно-сквамозная, Эритематозно-сквамозная с лихенификацией, Лихеноидная, Пруригинозная**

# Тяжесть течения АД

<b>Легкое течение</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ограниченно-локализованные проявления,</li><li>■незначительный кожный зуд, редкие обострения (реже 1-2 раз в год)</li><li>■преимущественно в холодное время года, продолжительностью до 1 месяца.</li><li>■хороший эффект от проводимой терапии.</li></ul>
<b>Течение средней тяжести</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■распространенный характер поражения,</li><li>■число обострений до 3-4 раз в год,</li><li>■торпидное течение с невыраженным эффектом от проводимой терапии.</li></ul>
<b>Тяжелое течение</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■распространенный или диффузный характер поражения кожи с длительными обострениями.</li><li>■выраженный кожный зуд, нередко с нарушением сна.</li><li>■лечение приносит кратковременное и незначительное улучшение.</li></ul>

# Кодирование по МКБ-10

- ▶ Атопический дерматит (L20):
- ▶ L20.8 — Другие атопические дерматиты;
- ▶ L20.9 — Атопический дерматит неуточненный.
  
- ▶ **Примеры диагнозов**
- ▶ 1. Атопический дерматит, распространенная форма, тяжелое течение, обострение. Пищевая аллергия.
- ▶ 2. Атопический дерматит, распространенная форма, среднетяжелое течение, неполная ремиссия.
- ▶ 3. Атопический дерматит, ремиссия.

# Клинические формы в зависимости от возраста.

## Младенческая форма (с рождения до 2 лет)

- ▶ **Излюбленная локализация:** лицо, разгибательные поверхности конечностей, может распространяться на туловище.
- ▶ Характерно **мокнутье**, образование корок, сухость кожи.
- ▶ Часто обостряется при введении прикорма и при прорезывании зубов.

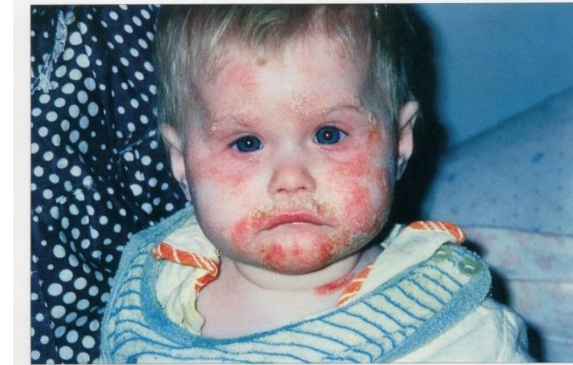


Рис. 1 а, б. Первый возрастной период АгД

# Детская форма (2-13 лет)

- ◆ **Излюбленная локализация:** сгибательные поверхности конечностей, шея, в локтевых и подколенных ямках и на тыле кисти.
- ◆ **Характерны** гиперемия и отек кожи, лихенификация (утолщение и усиление кожного рисунка), папулы, бляшки, эрозии, трещины, расчесы и корочки.
- ◆ Трещины особенно болезненны на кистях и подошвах.
- ◆ Может **отмечаться** гиперпигментация век из-за расчесывания, появление характерной складки кожи под глазами под нижним веком (линия Денье-Моргана).



Рис. 2 а, б, в, г. Второй возрастной период

# Подростковая форма

(с 13 до 18 лет)

В **подростковом периоде** возможно как исчезновение высыпаний (чаще у юношей), так и резкое обострение дерматита с увеличением площади поражения, поражением лица и шеи (синдром красного лица), области декольте и кожи кистей рук, вокруг запястий и в локтевых ямках.

**Основные зоны поражения:** суставные сгибы, лицо и шея; плечи и область лопаток; дорзальная поверхность верхних и нижних конечностей, пальцев рук и ног.

◆ Высыпания представляют собой сухие, покрытые чешуйками эритематозные папулы и макулы



а



б



в

Рис. 3 а, б, в. Третий возрастной период

# Цели и принципы лечения АД у детей

## ▶ **Достижимые цели терапии АД:**

▶ - купирование или ослабление зуда

▶ - противовоспалительное действие

▶ - восстановление кожного барьера

▶ - достижение длительной ремиссии

▶ **Диетотерапия**

▶ **Контроль за окружающей средой**

▶ **Системная фармакотерапия**

▶ **Наружная терапия**

▶ **Уход за кожей**

▶ **Реабилитационное лечение**

▶ **Образовательные программы для родителей и пациентов**



# Кто лечит атопический дерматит?



# ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ

- **Ведущее место** в этиологии АД у детей первого года жизни
- Пищевая аллергия у детей до 5 лет встречается в 6 раз чаще чем ингаляционная аллергия
- **Толерантность** к пище до 3 лет - 30%, в течение 6 лет - 40%, в течение 12 лет - 53%

рыба



арахис



яйца



морепродукты



орехи



соя



коровье молоко



глютен



# На первом году при дебюте АД - рекомендована элиминационная диета на 2-4 недели

(АДАИР. Согласительный документ по atopическому дерматиту)

## Назначение лечебных смесей при искусственном вскармливании



# Введение гипоаллергенных прикормов

Продукты	Возраст, месяц
Фруктовые, ягодные соки	После 6
Фруктовые пюре	5,5-6
Творог	—
Желток	—
Пюре овощное	5-5,5 (безмолочное)
Масло растительное	5
Каша	5,5 (безмолочная на гидролизате)
Масло сливочное (топленое)	5,5 (топленое)
Пюре мясное	6
Кефир	Не ранее 8 (при отсутствии сенсibilизации)
Сухари, печенье	7 (не сдобные)
Хлеб пшеничный	9 (батонны из муки 2-г о сорта)
Рыба	—

# Острое и хроническое течение АД

## **Зуд при АД:**

- Жжение, покалывание, боль
- В очагах поражения мучительный скальпирующий
- Обычно не отвечает на антигистаминную терапию

## **Возможные механизмы включают:**

- Стимуляция рецепторов бактериальными токсинами и метаболитами
- Потенциальная роль IL-31, брадикинина и серотонина
- Возможна роль IL-6, нейтрофина, субстанции P, влияющих на сон

*Антигистаминные - исторически применяются при зуде (I п) короткие курсы*

II поколение АГ. – рекомендовано при пищевой аллергии доказанной и сопутствующем аллергическом рините

# Местные глюкокортикостероиды

- ▶ Рекомендуются **как средства первой линии** для лечения обострений атопического дерматита, а также препараты стартовой терапии при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания. (Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А)
- ▶ В настоящее время **нет точных данных** относительно оптимальной частоты аппликаций, продолжительности лечения, количеств и концентрации используемых МГК для лечения атопического дерматита
- ▶ **Рекомендуется** определять исходя из особенностей активного вещества, используемыми в конкретном препарате

# Классификация МГК по степени активности

(Miller & Munro, 1980, с дополнениями)

- ▶ **(I) Слабые:** гидрокортизона ацетат – 0,5% и 1% мазь, преднизалон - 0,5% мазь
- ▶ **(II) Средней силы:** аклометазон дипропионат (Афлодерм) - 0,05% мазь, крем
- ▶ **(III) Сильные:**
  1. бетаметазон дипропионат (Акридерм) – 0,05% мазь, крем
  2. бетаметазона валерат (Целостодерм-В) – 0,1% мазь, крем
  3. гидрокортизон бутират (Локоид) – 0,1% мазь, крем, липокрем, крело
  4. метилпреднизолон ацепонат (Адвантан) – эмульсия, крем, мазь, 0,1% жирная мазь
  5. мометазон фуроат (Элоком) – 0,1% мазь, крем раствор
- ▶ **(IV) Очень сильные:** клобетазола пропионат (Дермовейт) – 0,05% крем, мазь

# Ступенчатая терапия АД (PRACTALL)

Тяжелый АД, не поддающийся лечению

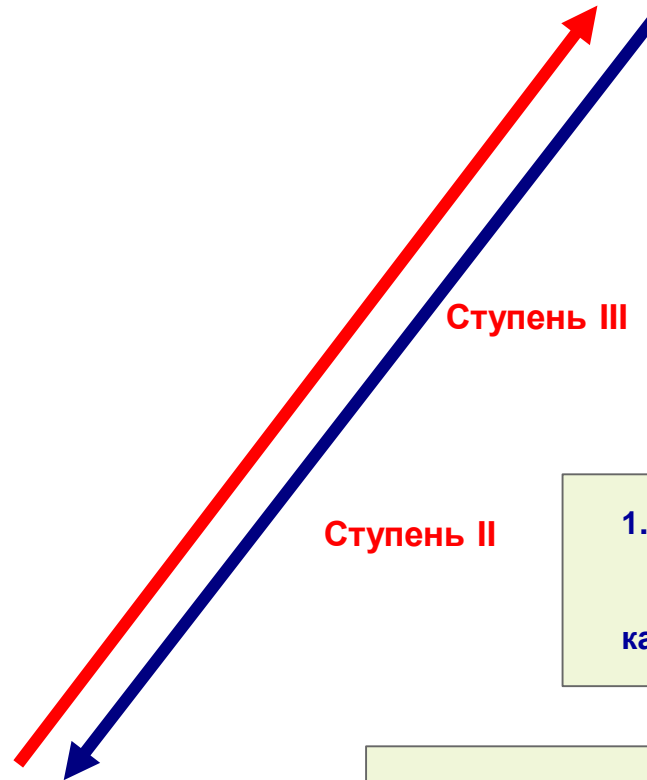
Умеренные и выраженные симптомы АД

Ранние симптомы АД: легкие или умеренные

Только сухость кожи

(кожа очистилась)

Интенсивность



Системные иммуносупрессоры, Фототерапия

1. Топические ГКС умеренной и высокой активности и при стабилизации (уменьшении активности) - ингибиторы кальциневрина

1. Топические ГКС низкой и средней активности и/или  
2 линия - ингибиторы кальциневрина

Базовая терапия: увлажняющие, смягчающие средства, элиминация триггеров

# Местные глюкокортикостероиды

- ▶ **Ограничено применение** местных МГК на чувствительные участки кожи
- ▶ Кортикостероиды лучше абсорбируются в областях воспаления и шелушения, чем нормальной кожи, и значительно легче проникают через тонкий роговой слой у младенцев, чем через кожу детей подросткового возраста.
- ▶ Анатомические области с тонким эпидермисом значительно более проницаемы для МГК
- ▶ Анатомические различия во всасывании (в % от общей абсорбированной дозы со всей площади поверхности тела) таковы:
  - ▶ подошвенная поверхность ступни - 0,14%;
  - ▶ ладонная поверхность - 0,83%;
  - ▶ предплечье - 1,0%;
  - ▶ кожа головы - 3,5%;
  - ▶ лоб - 6,0%;
  - ▶ область нижней челюсти - 13%;
  - ▶ поверхность гениталий - 42 %



# Примерная схема терапии АД

## □ Младенческая форма

тГКС 1р/сут

ГКС 2р/нед

Эмоленты

тГКС  
1-2 р/сут

Ингибиторы  
КН 2р в  
сутки 6 нед

2 раза в  
неделю +  
эмоленты

## □ Детская и подростковая форма

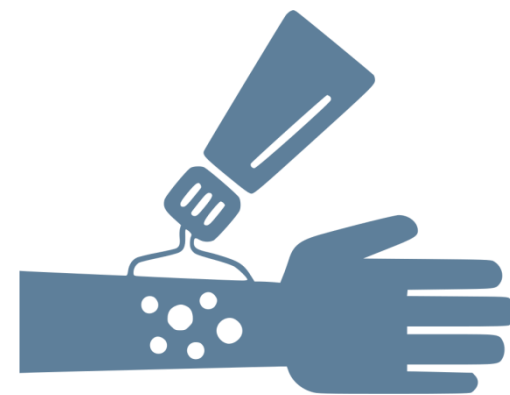
# Топические ингибиторы кальциневрина

## – 2 линия

- ▶ Эти препараты обладают **уникальной молекулярной структурой**, которая придает молекуле липофильные свойства, что обуславливает его высокое сродство к коже и кожную селективность противовоспалительного действия
- ▶ Пимекролимус, (Код АТХ: D11АН02) в форме 1% крема, рекомендован в наружной терапии легкого и среднетяжелого АД у детей **старше 3 месяцев**
- ▶ Такролимус применяется в виде 0,03% мази у детей **старше 2 лет** и в виде 0,1% мази (либо 0,03% мази) у пациентов **старше 16 лет**

# Типичные ошибки на этапе терапии

1. Назначение антигистаминных мазей местно - **нужно ГКС и эмоленты**
2. Назначение пероральных антигистаминных (**часто в виде монотерапии**)
3. на среднетяжелые формы – ингибиторы кальциневрина (пимекролимус) - **нужно ГКС и ЭМОЛЕНТЫ**
4. Применение ингибиторов лейкотриенов (**в качестве монотерапии**)



# Типичные ошибки

1. Игнорирование других аллергенов (яйцо, кошка, мясо, злаки)
2. Определение общего IgE на первом этапе
3. Определение IgG- маркер толерантности <sup>1</sup>
4. Кал на лактазную недостаточность, дисбактериоз
5. **Недооценка роли ксероза- сухости кожи в развитии дерматита**

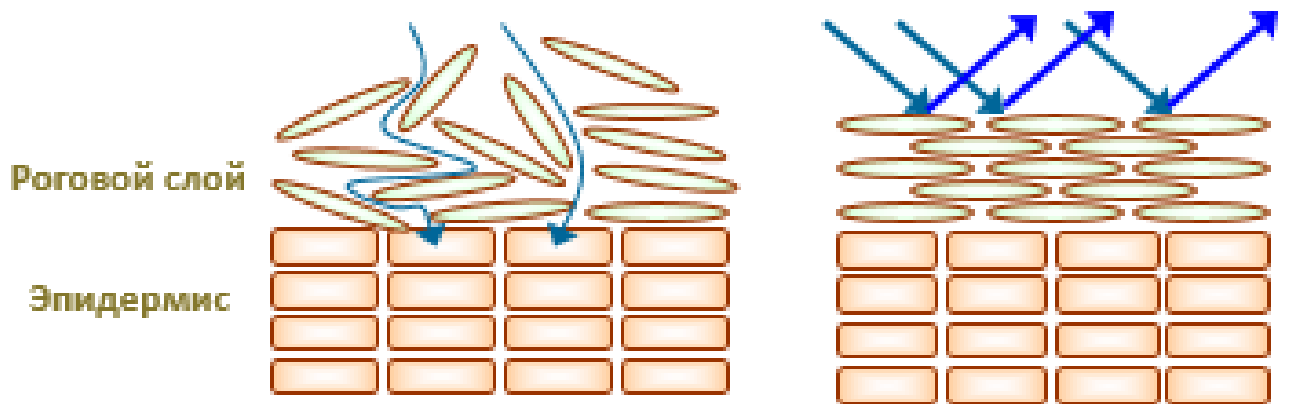
Все гастроинтестинальные проявления носят вторичный характер!

Роль *S.aureus* и Клебсиеллы важна, но требует лечения в исключительных случаях

1. Новик Г. А. Атопический дерматит у детей //Лечащий врач. – 2009. – №. 4. – С. 6-12.

# Рекомендации педиатра: в порядке значимости

- ✓ ~~Консультация аллерголога, гастроэнтеролога....~~
- ✓ **Наружная терапия** - увлажнение и смягчение
- ✓ **Топические гормоны!**
- ✓ **диета матери или лечебная смесь**



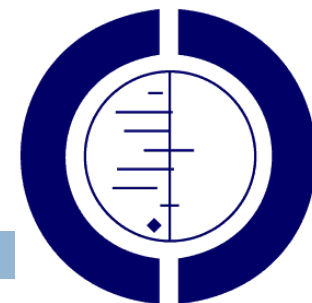
Предотвращение потери влаги путем усиления кожного барьера

# Гидратация кожи

- ▶ Обеспечить достаточную влажность (около 60%) в помещении, где проживает ребенок
- ▶ Купать ребенка ежедневно: **увлажнение кожи, улучшение проникновения наружных противовоспалительных препаратов**
- ▶ Купать в течение **15-20 минут: оптимальное время для насыщения рогового слоя кожи водой**
- ▶ Использовать для купания воду невысокой температуры: 35 - 36°C
- ▶ Водопроводную воду перед купанием следует отстаивать в течение 1-2 часов с последующим добавлением кипятка
- ▶ Применять влажный компресс хорошо очищенной водой (вода природных термальных источников)
- ▶ Поддерживать в течение дня достаточное увлажнение кожи орошением специальной водой



# Доказательная база



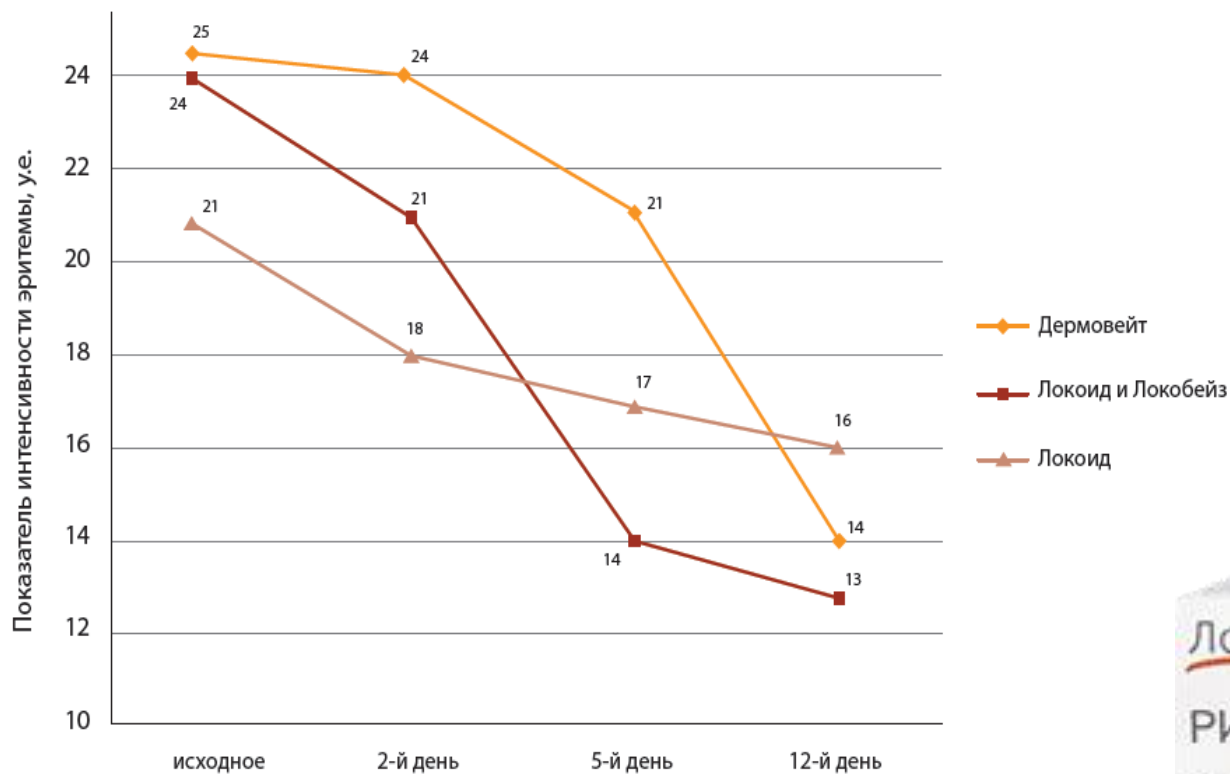
THE COCHRANE  
COLLABORATION®

Доказано, что увлажняющие средства (эмоленты):

1. Увеличивают время между обострениями
2. Уменьшают количество обострений и потребность в стероидах
3. Уменьшают степень тяжести (смягчают кожу, уменьшая воспаление, купируют зуд)
4. Комбинация в терапии увлажняющих препаратов и стероидов эффективнее, чем монотерапия

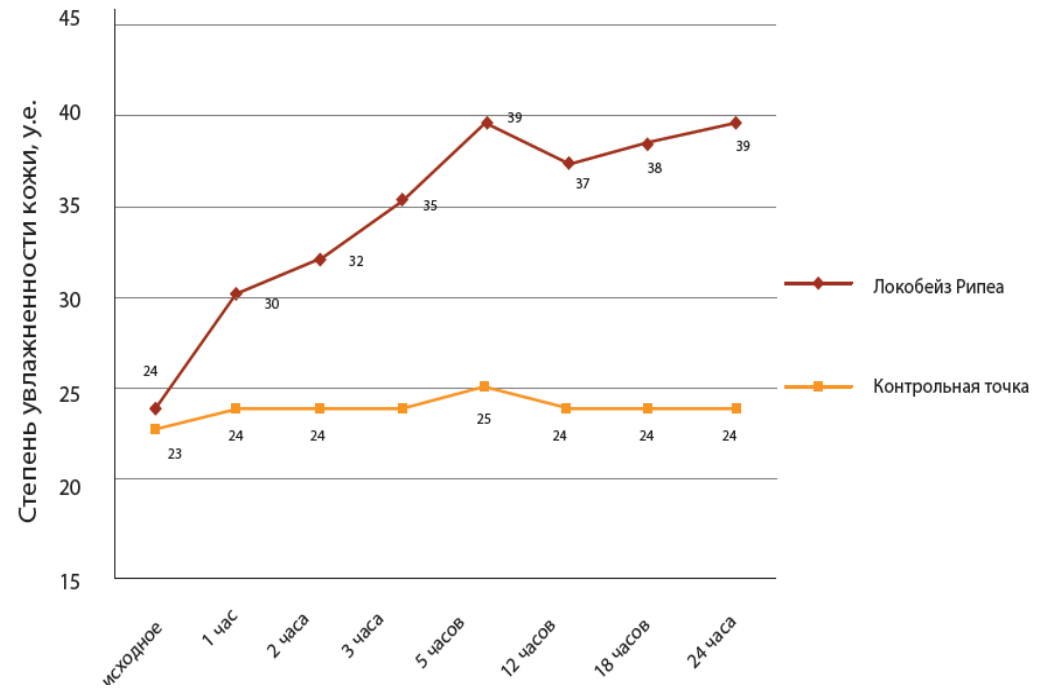


# Использование Локобейз в качестве дополнения к ГКС терапии





# Влияние ЛОКОБЕЙЗ РИПЕА на увлажнённость кожи



# Задачи липидозаместительной терапии:

- Имитировать действие кожного сала (окклюзия) – служить поверхностным эмоментом и создавать дополнительное защитное покрытие;
- Увлажнять кожу (особенно при сильном ксерозе), обеспечивая эффект «влажного компресса»;
- Корректировать дисбаланс состава межклеточных липидов.

## Лечебное средство

Для увлажнения и восстановления эпидермального барьера

Содержит:

Липиды, идентичные натуральным в оптимальном соотношении, наночастицы парафина;

традиционные окклюзионные компоненты ;

действует на 3-х этапах восстановления кожного барьера;

возможно однократное применение



## Профилактическое косметическое средство

Для увлажнения и защиты

Содержит:

традиционные окклюзионные компоненты (парафин мягкий белый, парафин жидкий);  
действует на 2-х этапах восстановления кожного барьера;

Удобен для многократного применения в течение всего дня (1 – 4 раза в день)



# Профилактика и диспансерное наблюдение

- ▶ Пациенты детской возрастной категории с АтД **должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением** педиатра, консультации специалистов (аллерголога-иммунолога, дерматолога) в зависимости от состояния и тяжести процесса проводятся 1 раз в 2-6 месяцев
- ▶ **Комплексное обследование** с динамическим контролем состояния, определением изменений спектра и степени сенсибилизации, проводятся детям в зависимости от степени тяжести и характера течения процесса по показаниям амбулаторно / в дневном стационаре

*Спасибо за внимание!*

