

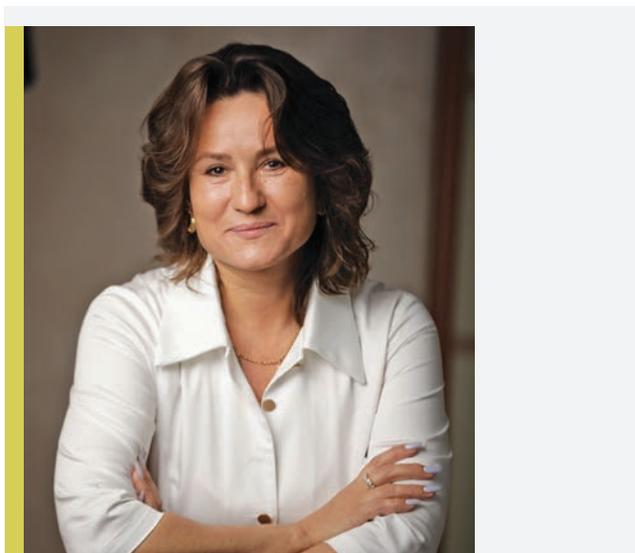
## Атопический дерматит: экспертная оценка лечения педиатром и дерматологом

### Atopic dermatitis: peer review of treatment by a pediatrician and dermatologist

Распространенность аллергических заболеваний в современном обществе ежегодно увеличивается. Важно помнить, что чаще всего аллергия начинает проявляться с детства, с первых месяцев жизни, в форме атопического дерматита. Но многие упускают возможность ранней диагностики, провоцируя развитие системных аллергических проявлений. О том, как вовремя диагностировать заболевание, определить причины, вызывающие его обострение, и выбрать эффективные методы лечения, мы узнали у экспертов с большим опытом ведения детей с атопическим дерматитом: Ирины Николаевны Захаровой, д.м.н., профессора, заведующей кафедрой педиатрии им. Г.Н. Сперанского РМАНПО, и Ольги Борисовны Тамразовой, д.м.н., профессора кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН.



**Ирина Николаевна Захарова,**  
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии  
им. Г.Н. Сперанского РМАНПО



**Ольга Борисовна Тамразова,**  
д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии с курсом  
косметологии факультета непрерывного медицинского  
образования Медицинского института РУДН

– *Ирина Николаевна, Вы имеете богатый опыт в педиатрической практике, подскажите, как часто к Вам на прием приходят пациенты с атопическим дерматитом?*

– Проблема атопического дерматита у детей сегодня очень актуальна, и, конечно, таких пациентов достаточно много у каждого педиатра. Кроме этого, с каждым днем их число растет. Если обратимся к статистике, то цифры весьма внушительные: распространенность атопического дерматита среди детского населения составляет до 20%. Учитывая, что данное заболевание может проявляться уже с первых дней жизни, то первый специалист, к которому обращаются с жалобами на заболевание, — это педиатры. Они, в свою очередь, начинают лечение с назначения пищевой коррекции, что в большинстве случаев купирует симптомы. Однако при осложненном течении заболевания педиатры обязательно обращаются

к дерматологам для проведения дифференциальной диагностики и выявления сопряженной патологии.

– *Ольга Борисовна, согласны ли Вы с тем, что лечением атопического дерматита у детей раннего возраста больше занимаются врачи-педиатры? И каково Ваше отношение к этому?*

– Да, действительно, чаще всего лечат детей раннего возраста с атопическим дерматитом и разнообразными алергодерматозами педиатры. Однако детей старшего возраста, как правильно заметила Ирина Николаевна, необходимо направлять на лечение к дерматологам, т. к. возможны осложнения, присоединение вторичной инфекции не только бактериальной и грибковой, но и вирусной природы, что приводит к ошибочным диагнозам, неадекватному выбору терапии, более тяжелому течению заболевания.

– *Ирина Николаевна, что включает в себя диагностика atopического дерматита, которая доступна педиатрам в условиях современной медицины?*

– Диагностика atopического дерматита в первую очередь базируется на осмотре кожных покровов и сборе жалоб и анамнез (рис.). Ведущими симптомами atopического дерматита являются кожный зуд, характерная локализация и характер высыпаний, имеющие возрастные особенности. Зуд вызывает существенные страдания у детей, что еще больше усугубляет состояние, приводит к эксфолиациям, механическим повреждениям.

Я бы хотела подробнее остановиться на внешних и внутренних факторах, приводящих к нарушению кожного барьера. К внутренним факторам в первую очередь стоит отнести возраст. Говоря о возрасте, мы имеем в виду, что это недоношенные дети или дети, рожденные путем кесарева сечения, с незрелым кожным покровом, повышенной проницаемостью. Также в зоне повышенного риска развития atopического дерматита – дети с наследственным аллергическим диатезом, с генетической предрасположенностью и другими коморбидными заболеваниями: воспалительными кожными заболеваниями, сахарным диабетом и хронической почечной недостаточностью. Также влияние оказывают внешние факторы, которые могут спровоцировать обострение заболевания: применение детергентов, мыла, сухой климат, инсоляция, воздействие ветра. Сегодня мы уделяем большое внимание уникальному белку филаггину, который был

выделен почти 40 лет назад, именно его дефицит коррелирует с риском развития atopической экземы. К уменьшению филаггина и профилаггина в эпидермальном слое приводят генетические мутации, влияние окружающей среды, а также психологический стресс, поэтому часто наблюдается обострение atopического дерматита в подростковом периоде. Учитывая все сказанное, мы понимаем, что в современной диагностике atopического дерматита учитываются генетические факторы, гигиеническая гипотеза, образ жизни, факторы окружающей среды, пути родоразрешения, антибиотикотерапия, нарушение регуляции врожденного адаптивного ответа, иммунитета и дисфункция врожденного эпидермального ответа, что это мультифакторное заболевание. Сегодня для диагностики мы используем современные диагностические методы – молекулярную диагностику, включающую мультиаллергенные тесты на основе immunoCAP ISAC, содержащие молекулы аллергенов. Данная диагностика позволяет быстро и всесторонне определить аллергены, вызывающие обострение atopического дерматита.

– *Ирина Николаевна, каковы основные терапевтические подходы в лечении atopического дерматита в педиатрической практике сегодня?*

– Основные три задачи при лечении atopического дерматита:

- устранение факторов, вызывающих обострение;
- применение противовоспалительных препаратов;
- гидратация кожи, т.е. применение смягчающих средств.

● **Рисунок.** Возрастные периоды atopического дерматита  
 ● **Figure.** Age periods of atopical dermatitis

Возрастные периоды	Морфологическая характеристика	Локализация
 <p><b>Младенческий</b>                      Развивается в возрасте 1,5 месяцев и до двух лет; в числе всех заболевших atopическим дерматитом <b>этот период составляет 75%</b></p>	<p>Воспаление носит острый характер. Присутствуют гиперемия, отечность, мокнутие, образование корок</p>	<p>Лицо, наружная поверхность голени, сгибательные и разгибательные поверхности конечностей. К концу периода очаги локализуются преимущественно в области локтевых сгибов и подколенных ямок, в области запястий и шеи</p>
 <p><b>Детский</b>                      Развивается в возрасте от 2 до 10 лет – <b>этот период составляет 20%</b></p>	<p>Процесс носит характер хронического воспаления: эритема, появление множественных папул, шелушение, утолщение кожи (инфильтрация), формирование подчеркнутого рисунка кожи, расчесы, трещины. На местах разрешения высыпаний участки гипо- или гиперпигментации. У некоторых детей в этом периоде формируется дополнительная складка нижнего века (симптом Денни–Моргана)</p>	<p>Локтевые и подколенные складки, задняя поверхность шеи, сгибательные поверхности голеностопных и лучезапястных суставов, заушные области</p>
 <p><b>Подростковый и взрослый</b>                      В числе всех заболевших atopическим дерматитом <b>этот период составляет 5%</b></p>	<p>Преобладает слияние папул в сплошные очаги поражения с четкими границами тусклого сероватого цвета с шелушением, расчесами, корками на местах расчесов</p>	<p>Верхняя половина туловища, лицо, шея, верхние конечности</p>

Когда мы говорим именно о маленьких детях, то основное — это диетотерапия и мероприятия по контролю окружающей среды, необходимо исключить скопление пыли, влияние табачного дыма, повышенной влажности в помещениях, образования грибкового поражения помещений и т. д. При лечении ребенка с нетяжелым течением atopического дерматита, роль системной фармакотерапии минимальна, а основное терапевтическое направление, занимающее ведущее место, — это наружная терапия.

Кроме этого, необходимо предотвратить воспаление и присоединение вторичной инфекции, восстановить поврежденные участки кожи и улучшить ее барьерные свойства. Поэтому основное воздействие при лечении направлено на купирование зуда, предупреждение инфицирования и увлажнение кожных покровов, как раз с этими задачами хорошо справляется наружная терапия. Конечно, если у нас ребенок с тяжелым течением заболевания, то, безусловно, назначается и системная терапия — цитостатики, глюкокортикостероиды, биологические препараты.

В наружной терапии atopического дерматита используют топические глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, активированный пиритион цинка и эмоленты. Следует помнить, что чем выраженнее обострение, тем нежнее должны быть терапевтические подходы, и всегда в приоритете препараты, которые имеют несколько лекарственных форм, например: крем, аэрозоль, спрей, шампунь, это позволяет использовать препарат при различных проявлениях заболевания.

**– Ольга Борисовна, какую терапию Вы рекомендуете после купирования обострения топическими кортикостероидами?**

– Безусловно, наиболее часто мы начинаем топическую терапию пациентов с atopическим дерматитом именно с назначения кортикостероидных средств: они обладают выраженным противовоспалительным эффектом и помогают купировать симптомы заболевания. Для каждого пациента рекомендован индивидуальный подбор кортикостероидных наружных средств, который учитывает возраст пациента, активность воспалительного процесса, площадь поражения кожного покрова и т. д. Длительность применения топических кортикостероидов определяется исходя из особенностей клинической картины и составляет от 3 до 10 дней. После купирования острых симптомов заболевания рекомендуется уменьшать стероидную нагрузку, переходя на нестероидные противовоспалительные средства: топические ингибиторы кальциневрина, препараты с пиритионом цинка и традиционные рассасывающиеся (редуцирующие) средства, содержащие ихтиол, нафталанскую нефть, деготь и т. д. Важной задачей для педиатра и дерматолога является разъяснение родителям детей, страдающих atopическим дерматитом, принципа ступенчатой терапии заболевания, при котором особую роль играет быстрый переход на поддерживающую противовоспалительную терапию после купирования острых симптомов топическими стероидами. Данная тактика значительно снижает риски

развития побочных реакций и восстанавливает кожный покров после воздействия стероидов. При легком или среднетяжелом течении atopического дерматита можно ограничиться применением топического нестероидного средства, например препарата Скин-кап, основным действующим веществом которого является активированный пиритион цинка. Крем Скин-кап назначается два раза в день в течение 3–4 нед. Далее возможно применение данного препарата самим пациентом «по требованию» при первых признаках покраснения и зуда для контроля за течением заболевания. Для продления ремиссии всем пациентам с atopическим дерматитом рекомендуется базовый уход за кожей, который состоит в регулярном применении увлажняющих средств.

**– Ирина Николаевна, возьмем клинический случай: ребенку 4 месяца, диагноз «атопический дерматит», большая площадь поражения, ребенок чешется. Вопрос, что делать? Купать или не купать?**

– Прежде всего необходимо установить причину обострения заболевания. Учитывая распространенность кожного процесса и выраженный зуд кожных покровов, у ребенка тяжелое течение заболевания. Купать ребенка нужно. Для этого можно использовать лекарственный шампунь на основе цинка пиритиона активированного (Скин-кап), он позволяет за 3–5 дней локализовать высыпания, которые требуют нанесения местного ГКС. Скин-кап хорошо помогает купировать себорею, которая очень часто сопровождается atopическим дерматитом. После купания наносим на кожу эмомент или увлажняющее средство. Назначаем антигистаминные препараты.

**– Ольга Борисовна, до сих пор сохраняется настороженность родителей в отношении применения топических глюкокортикостероидных препаратов при лечении atopического дерматита у детей, в каких случаях можно избежать их применения и ограничиться назначением Скин-капа?**

– Конечно, волнение родителей понятно, т. к. даже самые детские кортикостероидные средства при длительном применении обладают побочными эффектами, которые могут проявляться как местными, так и системными воздействиями на организм ребенка. Частое и длительное применение топических стероидов может привести к атрофии кожи, нарушению кожного барьера, повышению риска инфицирования на пораженном участке кожи, а также синдрому отмены. Особенно значимо данные побочные эффекты проявляются у маленьких детей, а также при длительном применении данных средств на деликатные области тела: лицо, область век, периоральную зону, аногенитальную область, подмышечные впадины или паховые складки. При локализации высыпаний в этих нежных зонах можно рассмотреть вопрос о замене кортикостероидных средств на безопасные лекарственные препараты, например Скин-кап. Он не только оказывает противовоспалительный и противозудный эффект, но и обладает противомикробной активностью. Применение наружных средств с активированным пиритионом цинка включено в актуальные клинические рекомендации по лечению atopического дерматита.

– *Ольга Борисовна, с какого возраста может применяться Скин-кап и в каких случаях Вы чаще всего его рекомендуете?*

– Существует несколько форм препарата Скин-кап. Так, крем и аэрозоль разрешены к применению с 1 года, а шампунь применяется без ограничений по возрасту. Наиболее часто своим пациентам с атопическим дерматитом я назначаю препарат Скин-кап в виде крема. Также показанием к применению препарата являются: псориаз, экзема, сухость кожи, себорейный дерматит. Важно отметить, что препарат Скин-кап обладает не только противовоспалительной, но и антимикробной активностью.

Активность/гиперплазия сальных желез варьирует в зависимости от возраста ребенка. Сразу после рождения у детей отмечается повышенная активность сальных желез, которая приводит к избыточному размножению грибковой флоры на лице и волосистой части головы, что и обуславливает появление у малышек избыточных сальных чешуек и воспаления. Пиритион цинка оказывает выраженный противогрибковый эффект и может применяться у грудных детей для лечения таких состояний, как гнейс и младенческий себорейный дерматит. В этом случае могут применяться шампунь или гель Скин-кап для ежедневного ухода.

В период от 1 года до 10–12 лет активность сальных желез у ребенка минимальна. Следующий пик активности сальных желез приходится на период полового взросления, когда у подростков отмечается рецидивирующая перхоть и себорейный дерматит. В этом возрасте для лечения данных заболеваний мы применяем аэрозоль и шампунь Скин-кап.

– *Ольга Борисовна, часто возникает вопрос о применении наружной терапии при лечении аллергии в летний период и влиянии ультрафиолетовых лучей на кожу после нанесения лекарственного средства. Какова позиция дерматолога в данном случае?*

– Ответ будет категоричным: применять лекарственные средства на кожу и выходить на солнце – это недопустимо! И здесь нет разницы, взрослый это человек или ребенок. Однако большинство препаратов, применяемых при лечении атопического дерматита, не являются фотосенсибилизаторами, соответственно, они не оказывают фототоксического действия и не являются агрессивными или опасными при нахождении на улице в солнечный день. При лечении наружными препаратами группы «ингибиторы кальциневрина» пациентам рекомендуется уменьшить до минимума искусственную или естественную инсоляцию кожи или полностью избегать ультрафиолетового облучения. Наносить лекарственное средство и через полчаса идти загорать, конечно, не следует. А если после утренней процедуры нанесения препарата вести ребенка на пляж, то, конечно, необходимо его экранировать от прямых солнечных лучей и не подвергать воздействию активного солнца.

*Благодарим профессора Ирину Николаевну Захарову и профессора Ольгу Борисовну Тамразову за подробное обсуждение темы по диагностике, лечению и профилактике атопического дерматита у детей, за их профессиональное мнение в области педиатрии и дерматологии, что очень важно для нашей аудитории практикующих педиатров.* 

Подготовила Юлия Чередниченко