



АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ПЕДИАТРА

О.В.Зайцева, профессор, заведующая кафедрой педиатрии Московского государственного медико-стоматологического университета, д. м. н.

Атопический дерматит (АД) занимает первое место в структуре аллергических заболеваний у детей, особенно у детей первых лет жизни. АД чаще начинается в раннем детском возрасте и имеет рецидивирующее течение. Как правило, АД является самым ранним проявлением атопии, а у части детей – и началом «аллергического марша». Безусловно, АД существенно снижает качество жизни ребенка, поэтому проблема своевременной и адекватной терапии заболевания в настоящее время приобрела особую медицинскую и социальную значимость.

Высокая частота встречаемости заболевания, его волнообразное течение, частые рецидивы болезни приводят к тому, что именно практикующий педиатр, как правило, решает тактические задачи терапии АД у ребенка. В то же время вопросы диагностики и определение стратегии лечения в каждом конкретном случае педиатр должен решать совместно с аллергологом и/или дерматологом. Поэтому внедрение алгоритмов терапии АД у детей является одной из актуальных задач современной педиатрии.

Лечение АД, безусловно, должно быть комплексным, индивидуальным и зависеть от возраста ребенка, формы и стадии заболевания. Современная терапия АД является патогенетической и включает проведение элиминационных мероприятий, медикаментозного лечения, наружной терапии, реабилитационных и образовательных программ. Терапия должна быть строго индивидуальной, учитывать клиническую форму, стадию и период болезни, сопутствующие патологические состояния и осложнения.

Среди элиминационных мероприятий у детей раннего возраста ведущее место занимает исключение пищевых аллергенов с назначением специализированных диет, эффективность которых зависит от полноты выявления и исключения из рациона питания всех причинно-значимых продуктов. Непременным условием является их замена равноценными по питательной ценности и калоражу пищевыми продуктами, обеспечивающими максимальное удовлетворение возрастных физиологических потребностей детей в основных пищевых веществах и энергии.

Безусловно, оптимальным питанием ребенка первого года жизни является материнское молоко. Появление первых симптомов атопического дерматита не является поводом для перевода детей на искусственное вскармливание. В таких случаях необходимо обсудить с матерью диетические мероприятия, направленные на исключение из ее рациона высокоаллергизирующих продуктов (в т. ч. и коровьего молока) и гистаминолибераторов.

У детей первых лет жизни пищевая аллергия является ведущей причиной атопического дерматита, но с возрастом она теряет свою ведущую роль, с возрастом увеличивается значимость бытовых, эпидермальных, пыльцевых аллергенов. Провоцировать реакции со стороны кожи могут и любые раздражители, поэтому обострение может быть спровоцировано шерстяной, синтетической одеждой, водой после ванны, моющими средствами.

Полиорганность поражений при атопическом дерматите требует комплексного подхода к назначению медикаментозного лечения данной группы больных. В остром периоде заболевания одним из признанных направлений является использование антигистаминных препаратов. Наибольшее предпочтение отдается препаратам последнего поколения (цетиризину, левоцетиризину, дезлоратадину и др.), которые избирательно действуют на H_1 -рецепторы, не проникают через гематоэнцефалический барьер, не оказывают выраженного седативного и холинергического действия, обладают противовоспалительной активностью.

Важная роль в лечении атопического дерматита отводится терапии нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Коррекция микробиоценоза кишечника (безусловно, вторичного) у детей с атопическим дерматитом является важным направлением, однако, наличие патогенной флоры у детей раннего возраста нечасто требует селективной деконтаминации. Предпочтение отдается пробиотикам и препаратам для селективной стимуляции роста микрофлоры кишечника. Необходимым условием комплексной терапии гастроинтестинальных проявлений у детей в острую стадию атопического дерматитом является восстановление ферментативного статуса, коррекции дискинезий кишечника и билиарной системы, разумное использование энтеросорбентов.

Наружная терапия атопического дерматита является обязательной и важнейшей частью комплексного лечения. Стратегия наружной терапии определяется стадией активности кожного воспаления и его клиническими симптомами. Основные направления

местной терапии – это устранение (уменьшение) воспалительных изменений на коже и связанных с ним основных симптомов АД (зуд, гиперемия, отек, кожные высыпания и др.), профилактика и устранение вторичной инфекции кожи, а также уменьшение сухости кожи и улучшение барьерных функций кожи.

Комплексные схемы терапии и профилактики АД у детей должны учитывать особенности строения кожи ребенка: нежный и тонкий эпидермис, рыхлую базальную мембрану, легкую ранимость, низкие защитные свойства и частую инфицированность вследствие незрелости местного иммунитета. Важно помнить, что дыхательная функция кожи ребенка в сотни раз сильнее, чем у взрослых (младенцы «дышат» кожей), поэтому она требует особого очищения. Кроме того, нейтральная или слабощелочная реакция кожи малыша создают благоприятные условия для инфекции, а повышенная резорбция (всасывание) заставляют уделять особое внимание качеству средств ухода и лекарственных препаратов, контактирующих с кожей.

Известно, что основой патогенеза АД является аллергическое воспаление кожи, поэтому применение противовоспалительных средств наружного действия является важным методом лечения детей с АД и не зависит от причин его возникновения. Однако характер наружной терапии должен определяться стадией активности кожного воспаления и его клиническими симптомами.

Противовоспалительные наружные средства можно разделить на две основные группы: топические глюкокортикостероиды (ГКС) и противовоспалительные препараты, не содержащие глюкокортикостероидов.

Эффективность топических глюкокортикостероидов (тГКС) у пациентов с АД доказана многолетней практикой и многочисленными контролируруемыми исследованиями. В настоящее время тГКС являются, безусловно, самыми эффективными противовоспалительными препаратами. Однако до недавнего времени, как у врачей, так и пациентов, отмечалась стойкая «кортикостероидофобия», что объяснялось наличием побочных эффектов у ГКС предыдущее

го поколения (фторированных), вследствие чего эти препараты не были разрешены к использованию у детей раннего возраста. В настоящее время созданы и прошли контролируемые клинические испытания в педиатрической практике наружные ГКС «повышенной безопасности» и разрешены к применению с первых месяцев жизни мометазона фуорат, а с 6-месячного возраста гидрокортизона 17-бутират, метилпреднизолона ацепонат и алклометазона дипропионат.

Учитывая длительное хроническое течение АД и необходимость в длительной наружной терапии, группа местных противовоспалительных препаратов, не содержащих стероиды, всегда находилась в фокусе интересов педиатров. На протяжении многих лет для лечения хронической и подострой стадии дерматита использовали такие средства, как препараты АСД III фракции, серы, дегтя, нафталанской нефти, окиси цинка, дерматола, ихтиола. Эффективность этих средств невелика, кроме того, большинство из них имеет резкий запах, загрязняет одежду. В настоящее время эти препараты используются все реже. Одним из последних достижений в области клинического применения нестероидных противовоспалительных наружных препаратов стало появление ингибиторов кальциневрина – пимекролимуса (разрешен с 3-х месячного возраста) и такролимуса (разрешен с 2-х лет).

Инфекции кожи у пациентов с АД, особенно вызванные золотистым стафилококком, существенно осложняют течение атопического дерматита и ухудшают прогноз заболевания. При этом могут наблюдаться как пиодермии, так и аллергические реакции на микрофлору кожи, а *Staphylococcus aureus* может выступать в роли суперантигена. В случае неосложненной локализованной инфекции кожи ребенку можно назначить фуорцин, водный раствор метиленового синего, мирамистин и другие подобные антисептические средства. При недостаточной эффективности можно использовать мази с антибиотиками и антисептиками (гентамициновая, левомицетиновая мази, бальнеоцин, бактробан), противогрибковые мази (клотримазол, низорал) или препараты

комбинированного действия, в состав которых входят антибактериальное, противогрибковое средство и наружный глюкокортикостероид (тридерм, пимафукорт и др.).

Уходу за кожей детей с атопическим дерматитом должно быть уделено особое внимание. Необходимо объяснить родителям, что гигиенические мероприятия по очищению кожных покровов ребенка являются очень важными в терапии дерматита. Ежедневные купания с применением высококачественных лечебных и профилактических моющих средств, не содержащих мыла, обязательны. Так для купания можно рекомендовать гель **Липикар Синдэт** и/или масло для купания **Липикар**, которые обеспечивают хороший очищающий, противомикробный и противогрибковый эффект. При купании нельзя использовать мочалки, растирать кожу. Вода для купания должна быть прохладной и дехлорированной (используют фильтры или отстаивание воды в ванне в течение 1–2 часов с последующим согреванием или добавлением кипятка). После купания необходимо нанесения смягчающих увлажняющих препаратов, которые являются основным, базовым уходом за атопичной кожей. Именно увлажняющим, смягчающим и в некоторых случаях кератопластическим средствам в настоящее время отводят одно из главных мест в стратегии терапии и профилактики АД у детей. Необходимо отметить, что для восстановления барьерной функции кожи необходимо провести как увлажнение кожи (гидратацию, насыщение водой), так и восстановить ее липидный слой с помощью смягчающих средств. Многие современные препараты для наружного применения сочетают в себе эти два качества, что делает их применение более эффективным. Однако увлажняющее-смягчающие средства для ухода за кожей детей с АД не должны содержать стабилизаторов, отдушек, алкоголя. Увлажняющее-смягчающее средство необходимо наносить на кожу часто, несколько раз в сутки, чтобы кожа не оставалась сухой. После купания средство надо наносить сразу, на чуть влажную кожу.

Средства базового ухода повышают эффективность комплексной терапии, сокращают

продолжительности лечения, удлиняют периоды ремиссии, сокращают число обострений, уменьшают потребность в средствах «активной противовоспалительной терапии» и улучшают состояние кожи и прогноз заболевания в целом. Очень важно использовать средства для очищения и ухода, отвечающие самым высоким стандартам безопасности и имеющие клиническое подтверждение переносимости и эффективности. В качестве средств базисной терапии хорошо зарекомендовали себя кремы, мази и средства детской дермокосметики, содержащие пантенол (например, **Цикапласт**).


Кожа детей отличается повышенной чувствительностью, именно поэтому в составе средств для ухода должны отсутствовать потенциальные аллергены: парабены, ланолин, парфюмерные отдушки, красители. Большое доверие вызывают средства базового ухода, продающиеся в аптеке. Так в Фармацевтической лаборатории La Roche-Posay разработана целая «линейка» препаратов, которые специально созданные для ухода за сухой и склонной к атопии кожи младенцев и детей. Прекрасно зарекомендовал себя бальзам **LPIKAR BAUME AP (Липикар Бальзам AP)**, липидовосполняющее средство для кожи, которое бережно ухаживает и смягчает кожу, склонную к воспалению; восстанавливает гидролипидный барьер; возвращает коже чувство комфорта благодаря маслу Карите и маслу Канолы, а благодаря Ниацинамиду обеспечивает противозудный эффект в течение 24 часов. **Липикар Бальзам AP** не создает воздухопроницаемую липидную пленку на поверхности кожи, не содержит парфюмерных отдушек и парабенов.

Для быстрого заживления и восстановления кожи при наличии расчесов, воспаления и поверхностных ранках, а также при хейлите можно использовать **Цикапласт бальзам B5**, обладающий не только липидовосполняющим, но и противовоспалительным и противомикробным действием.

О необходимости ухода за кожей и максимально частого использования увлажняющих/смягчающих средств нужно помнить всегда. По мере наступления ремиссии ни в коем

случае нельзя уменьшать интенсивность увлажняющего лечения, так как сухость кожи сама по себе может провоцировать зуд и служить фактором развития обострения.

Выбор оптимальной лекарственной формы препарата для наружного применения у детей с АД также имеет важное значение. Так при остром воспалении с мокнутием наилучшими являются примочки, аэрозоли, лосьоны, эмульсии; при остром воспалении без мокнутия – водные болтушки, аэрозоли, кремы, пасты; при подостром характере воспаления – кремы, мази, при хроническом воспалении – мази, жирные мази, а в очагах лихенизации – мази с кератолитическими свойствами.

Таким образом, атопический дерматит является хроническим заболеванием, симптомы которого нередко прослеживаются на протяжении всей жизни и провоцируются множеством различных факторов. Поэтому только дифференцированный подход к терапии АД у детей может обеспечить стойкую ремиссию заболевания. Комплексная терапия, учитывающая индивидуальные особенности организма, заинтересованность различных органов и систем, влияние внешних факторов поможет поддерживать контроль над симптомами этого заболевания. Системная фармакотерапия острого периода обязательно включает в себя H₁-гистаминоблокаторы последнего поколения и препараты, нормализующие функции желудочно-кишечного тракта. Наружная (местная) терапия является обязательной составляющей комплексного лечения АД и предполагает использование противовоспалительных местных препаратов в сочетании с увлажняющее-смягчающими средствами а, при необходимости, антисептическими, антибактериальными и антимикотическими препаратами для местного применения. Как справедливо отмечено в Научно-практической программе Союза Педиатров России «Атопический дерматит у детей: Диагностика, лечение, профилактика»: «Только своевременное и адекватное лечение детей с атопическим дерматитом обеспечивает стойкую клиническую ремиссию заболевания». 

Список литературы находится в редакции.