

Атопический дерматит у детей раннего возраста, принципы лечения

А.Ф.Казначеева, А.В.Молокова, К.С.Казначеев, Е.Ю.Склянова, Н.А.Рычкова

Новосибирский государственный медицинский университет

В статье представлены основные сведения, касающиеся особенностей течения атопического дерматита у детей раннего возраста. Приведены результаты изучения эффективности препарата пиритиона цинка (Скин-Кап, Хеминова Интернейшл С.А., Испания) у 18 детей в возрасте от 1 до 3 лет, страдающих атопическим дерматитом различной степени тяжести. Эффективность терапии оценивалась по индексу SCORAD. На фоне проводимой терапии отмечено снижение значения индекса SCORAD с $24,5 \pm 4,2$ балла до $5,0 \pm 0,8$ балла через 1 мес ($p < 0,05$). Клиническая эффективность терапии составила 94,4%. Непереносимости и нежелательных побочных явлений при использовании препарата зафиксировано не было.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети раннего возраста, пиритион цинк, лечение

Atopic dermatitis in infants: Principles of treatment

L.F.Kaznacheeva, A.V.Molokova, K.S.Kaznacheev, E.Yu.Sklyanova, N.A.Richkova

Novosibirsk State Medical University

The article presents basic data on specific features of atopic dermatitis in infants. The results of studying the efficacy of a zinc pyrithione preparation (Skin-Cap, Cheminova Internacional S.A., Spain) in 18 infants aged from 1 to 3 years suffering from atopic dermatitis of various degrees are discussed. The efficacy of therapy was assessed by the SCORAD index. The therapy resulted in a decrease of the SCORAD index from 24.5 ± 4.2 points to 5.0 ± 0.8 points within 1 month ($p < 0.05$) was obtained. The clinical efficacy of the therapy was 94.4%. No episodes of intolerance of undesirable side effects of the use of the preparation were recorded.

Key words: atopic dermatitis, infants, zinc pyrithione, treatment

Атопический дерматит – одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний, симптомы которого у большинства больных (48–75%) отмечаются в течение первых 6 мес жизни.

В начальной стадии заболевания наблюдается гиперемия, отечность и шелушение кожи щек при интактном носогубном треугольнике, ягодичная эритема. При прогрессировании процесса на эритематозном фоне кожи щек появляются микровезикулы и участки мокнутия, корки, а на туловище и разгибательных поверхностях конечностей – эритематозно-сквамозные пятна и очаги с аналогичными элементами. Микровезикулы с серозным содержимым и вялой покрывкой быстро вскрываются, образуя «экзематозные колодцы». Нередко атопический дерматит у детей раннего возраста сопровождается выраженной лихенификацией пораженных участков кожи, более характерной для старших детей [1–3].

Дети беспокойны, у них снижен аппетит, нарушен сон вследствие выраженного зуда. В некоторых случаях у паци-

ентов старше 6 мес формируются бляшки округлой или овальной формы, застойно-синюшного цвета, выступающие над поверхностью кожи. Бляшки локализуются на спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей и сопровождаются выраженным зудом. Эта форма атопического дерматита чаще наблюдается у детей с иммунодефицитными состояниями, анемией, гипотрофией, тяжелым энтероколитом бактериально-паразитарного генеза и др. заболеваниями [4, 5].

У детей раннего возраста преобладают диффузные варианты поражения кожи (53,3%), у одной трети – распространенные их формы (30,0%), реже – процесс бывает ограниченным (16,7%).

При тяжелом течении болезни все эти изменения более выражены и сопровождаются мучительным зудом, приводящим к нарушению сна как в дневное, так и ночное время, частыми обострениями, вторичным инфицированием, увеличением лимфатических узлов до II–III степени. Встречаются преимущественно тяжелые и среднетяжелые (56,7%) формы атопического дерматита с множественными, часто сливающимися очагами, гиперемией, экссудацией, наличием геморрагических корок, умеренным или сильным зудом, увеличением лимфатических узлов до II степени. Легкое течение (умеренная гиперемия, незначительная экссудация, единичные папулы, слабый зуд, не нарушающий сон ребенка, небольшое увеличение лимфатических узлов) регистрируется реже (3,3%) [3].

Для корреспонденции:

Казначеева Лариса Федоровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии Новосибирского государственного медицинского университета

Адрес: 630099, Новосибирск, Красный проспект, 52

Телефон: (3832) 54-5363

Статья поступила 26.07.2005 г., принята к печати 24.12.2005 г.

Гистологические изменения кожи при атопическом дерматите у детей раннего возраста характеризуются отеком, ретикулярной дистрофией эпидермиса и формированием периваскулярных инфильтратов в верхних слоях дермы.

У большинства пациентов в анамнезе регистрируются заболевания перинатального периода: токсическая эритема, упорные опрелости (18,3%), натальная травма спинного мозга (28,3%), асфиксия (5,0%), синдром задержки внутриутробного развития плода (6,7%), пневмонии новорожденных – 8,3%.

У 73,3% больных выявляются клинические и лабораторные признаки нарушения биоценоза кишечника, у 30% – паразитарные заболевания (лямблиоз, энтеробиоз), у 20,0% – дисфункция фагоцитарного звена иммунитета, у 13,3% – дисбаланс обменных процессов: оксаладно-кальциевая кристаллурия, уратная нефропатия. При неврологическом обследовании обращают на себя внимание гипервозбудимость, миотонический и гипертензионный синдромы.

У одной трети пациентов на ранних этапах заболевания страдают органы дыхания; они повторно госпитализируются с ларинготрахеитом (16,6%) или бронхиальной астмой (13,3%).

Обострения атопического дерматита родители связывают с нарушениями в питании кормящей женщины (26,7%), избыточным введением в рацион коровьего молока и продуктов на его основе (20,0%), введением прикорма (23,3%), острыми респираторными вирусными заболеваниями (3,3%), вакцинацией (3,3%), приемом лекарственных препаратов (33,3%).

При аллергологическом тестировании больных содержание в сыворотке крови общего IgE, как правило, повышено умеренно и составляет в среднем $323,24 \pm 97,37$ МЕ/мл.

У большинства пациентов преобладает пищевая сенсibilизация. Спектр пищевых аллергенов свидетельствует о преимущественном значении сенсibilизации к продуктам повседневного питания: так, аллергия к коровьему молоку наблюдается в 88,2% случаев, к куриному яйцу в 83%. На втором месте у детей до года стоят злаки – чаще всего это пшеница, кукуруза, ячмень (33,3%), реже рис (18,7%) и гречневая крупа (6,3%). У ряда детей до года выявляется аллергия к мясу, почти у одной трети (27,7%) – к свинине, у 17,6% – к говядине.

Формирование пыльцевой аллергии связано преимущественно с перекрестными реакциями с пищевыми аллергенами и представлено как манифестными (3–6%), так и субклиническими (6–12%) формами сенсibilизации к пыльце злаковых трав (овсяница – 13%, тимopheевка – 12%, ежа – 14%, райграс – 10%, пырей – 10%, костер – 10%, мятлик – 12%), сорных растений (полынь – 13%, лебеда – 14%), подсолнечник – 13% и березы (17%). В дальнейшем (к 2–3 годам) спектр аллергенов расширяется за счет пыльцы деревьев (береза – 35%, клен – 1%, ясень – 1%, дуб – 1%, ольха – 5%) и сорных трав (лебеда – 37%, полынь – 39%, амброзия – 6%). Аллергические реакции становятся преимущественно манифестными и выявляются у трети больных. Формирование спектра бытовой сенсibilизации имеет ту же тенденцию, что и пыльцевой: у детей до трех лет выявляется аллергическая реакция на библиотечную пыль (27,3%), клещей *D. farinae* (11,8%), перья подушки – (6,6%) [3].

Следует подчеркнуть, что у 55,3% пациентов раннего возраста к аллергическим реакциям присоединяется вторичное инфицирование, в том числе и грибами. Так, по результатам микологического исследования, *Malassezia furfur* обнаружена в 40% случаев, грибки рода *Candida* – в 26,8%, реже выявляются – ассоциация *Malassezia furfur* и грибов рода *Candida*, и мицелиальные дерматофиты – в 9% [6].

Контаминация кожи пациентов *Staphylococcus aureus* достигает 90,0%, причем численность колоний может быть до $10^7/\text{см}^2$.

В случае присоединения оппортунистической инфекции атопический дерматит приобретает нетипичные клинические симптомы. При осмотре обращает внимание диффузное поражение кожи, с длительной ее экзematизацией и формированием «медовых корок» у детей раннего возраста, (у более старших – гнойных). Характерны выраженные симптомы интоксикации, повышение температуры до субфебрильных или фебрильных цифр, увеличение регионарных лимфатических узлов до III–IV размера.

Для атопического дерматита, осложненного грибковой инфекцией, свойственна длительная экзematизация (*Rhodotorula rubra* вне ассоциации с другими видами), четкая отграниченность очагов поражения от здоровой кожи, лихеноидная (*Candida albicans*), или распространенная форма (ассоциация *Candida albicans* + *Rhodotorula rubra* с мицелиальными дерматофитами и аспергиллами), рецидивирующее течение и резистентность к базисной противоаллергической терапии [4, 6]. Подобные симптомы нередко приводят к диагностическим ошибкам и неадекватным терапевтическим назначениям. При атопическом дерматите, осложненном микотической инфекцией, у грудных детей отмечается сочетанное поражение кожи и кишечника (в 33% случаев), кожи и слизистых оболочек наружных половых органов (в 40%), кожи и слизистых оболочек рта (в 52%).

При присоединении грибковой инфекции течение заболевания становится непрерывно-рецидивирующим, и даже на фоне адекватно подобранной базисной терапии длительно сохраняются синдромы мокнутия и скальпирующего зуда. Среди параклинических данных обращают внимание гиперэозинофилия (17–35%) и высокий уровень реактивных антител (> 400 МЕ/л).

Для детей раннего возраста характерно, кроме того, развитие кандидоза кожи и слизистых оболочек вне очагов аллергического воспаления.

Наиболее часто встречается интертригинозный кандидоз паховых, межъягодичных, подмышечных, шейных, заушных, пупочных складок. В последних появляется резко отграниченная гиперемия, на фоне которой формируются экссудативные элементы – везикулы и пустулы, быстро вскрывающиеся с образованием эрозий, сливающихся между собой и образующих поверхность вишнево-красного цвета, умеренно влажную, с белесоватым налетом. Отмечается выраженный зуд. Вокруг основного очага могут располагаться «отсевы» в виде везикул, пустул, мелких эрозий.

Кандидоз слизистых оболочек (молочница) также чаще всего встречается у детей грудного возраста. На гиперемизованном фоне слизистой оболочки полости рта в области десен, щек, твердого неба, миндалин, языка появляются белесоватые крошковидные налеты, под которыми находится

мацерированная или эрозированная поверхность. Сосание и глотание затруднены.

Кандидозный вульвовагинит проявляется налетом белого цвета на гиперемизованном фоне слизистой оболочки клитора, преддверия влагалища с крошковатыми выделениями.

Кандидозный баланопостит сопровождается появлением творожистых налетов на коже крайней плоти и головки полового члена и выраженным зудом.

Лечение атопического дерматита у детей раннего возраста представляет определенные трудности. Во-первых, врачу сложно идентифицировать «виновный» аллерген. Во-вторых, у этих пациентов довольно ограничен спектр противоаллергических препаратов и средств наружной терапии. В-третьих, дети первого года жизни в большинстве своем длительно получают курсы лечения сопутствующей неврологической патологии, дисбиотических нарушений, паразитарных и других заболеваний и т.д., что нередко приводит к полипрагмазии.

В настоящее время принято использовать комплексный подход к терапии.

При естественном вскармливании необходим детальный анализ питания, при искусственном – рациональный выбор заменителей грудного молока. Следует исключить продукты, не предназначенные для вскармливания грудного ребенка – цельное и разведенное коровье и козье молоко, кефир и кисломолочные продукты. При введении прикорма следует использовать специализированные адаптированные безмолочные каши с учетом переносимости круп и овощей, выбирая вначале монокомпонентное пюре без добавления сливок, крахмала и витамина С. Мясной фарш (при непереносимости коровьего белка) может быть изготовлен из индейки, цыпленка, кролика, тощей свинины. С учетом переносимости используются соки из зеленых яблок, слив, черники, крыжовника, белой смородины, брусники.

При острых проявлениях заболевания необходимо назначение препаратов, первого или лучше второго поколения, обладающих антигистаминным, антимедиаторным действием. Кроме того, нужно защищать кожу от ультрафиолетовых лучей (ограничить пребывание на солнце, использовать закрытую одежду).

Особое место в лечении атопического дерматита занимает наружная терапия, основной целью которой является устранение основных клинических симптомов [3, 7–12]. «Золотым стандартом» считаются препараты, содержащие топические глюкокортикостероиды, обладающие выраженным противовоспалительным действием. У детей раннего возраста следует использовать нефторированные топические кортикостероиды: до 6 мес – слабой активности (гидрокортизона ацетат), после 6 мес при тяжелом и среднетяжелом течении – метилпреднизолона ацепонат (0,1% Адвантан), алклометазона дипропионат (0,05% Афлодерм), гидрокортизона бутират (0,1% Локоид), мометазона фуроат (0,1% Элоком).

При легком, неосложненном течении атопического дерматита возможно применение нестероидных противовоспалительных средств – пимекролимус (1,0% Элидел). Необходимо отметить, что этот препарат противопоказан при атопи-

ческом дерматите, осложненном вторичной инфекцией (бактериальной, вирусной, микотической).

Частота контаминации кожи больного ребенка микробными агентами и грибами создает дополнительные трудности адекватного наружного лечения. При осложненных формах приоритетные топические препараты (глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина) абсолютно противопоказаны. Возможно применение комбинированных препаратов с учетом возраста: с 1 года – используется Пимафукорт.

Из нестероидных препаратов, обладающих выраженным противовоспалительным, антибактериальным, противогрибковым действием возможно использование пиритиона цинка (Скин-Кап, Хеминова Интернейшл С.А., Испания) в форме крема и/или аэрозоля. Применение крема Скин-Кап не требует дополнительного увлажнения кожи, поскольку он обладает высокой гидратирующей активностью [13].

10 ЛЕТ

в России!

**ОСНОВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА СКИН-КАП
ПО МНЕНИЮ ВРАЧЕЙ-ДЕРМАТОЛОГОВ***

- ☐ НЕ СОДЕРЖИТ ГОРМОНОВ
- ☐ БЕЗОПАСЕН ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ
- ☐ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

по результатам исследования среди врачей-дерматологов (ГФК «Русь», май 2004 г.)

**ЭФФЕКТИВНОЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА
И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ С 1 ГОДА* И ВЗРОСЛЫХ!**

* Крем и аэрозоль



ЛИНИЯ ПРЕПАРАТОВ

КРЕМ • АЭРОЗОЛЬ • ШАМПУНЬ

Генеральный представитель в РФ ООО «ИНВАР», Саратов, Россия.
Тел./факс: (495) 689-7275, 689-8206, (8452) 52-1352, 52-1308, (812) 336-2014
Производитель: «Хеминова Интернационал С.А.», Мадрид, Испания
WWW.INVAR.RU INFO@INVAR.RU

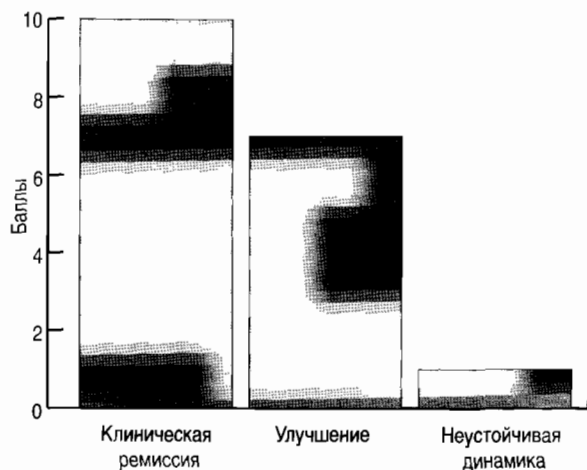


Рисунок. Эффективность лечения кремом Скин-Кап детей, страдающих атопическим дерматитом с вторичным инфицированием ($n = 18$).

Нами проведено изучение эффективности данного препарата у 18 пациентов раннего возраста (от 1 года до 3 лет) с атопическим дерматитом. Легкое течение заболевания диагностировано у 5 пациентов, среднетяжелое – у 7 и тяжелое – у 6. Лечение проводили в острую фазу заболевания. При отеке, мокнутии применяли аэрозоль Скин-Кап, в дальнейшем – использовали крем Скин-Кап, у пациентов без симптомов мокнутия – только крем. Кратность применения препаратов – 2–3 раза в сутки, курс лечения от 12 дней до 1,5 мес. Наружная терапия проводилась на фоне элиминационной диеты, базисной противоаллергической терапии, препаратов, нормализующих функцию желудочно-кишечного тракта, у двух детей – использовались противопаразитарные средства.

Эффективность терапии оценивалась по критериям SCORAD. Следует отметить, что у 4 пациентов обратное развитие симптомов отмечалось уже через 3 сут от начала применения препарата. К концу 4 дня полностью прекратилось мокнутие у 3 пациентов. Интенсивность зуда снизилась к концу лечения в 4,9 раза от момента его начала. Индекс SCORAD уменьшился в 3,5 раза: исходно он составлял $24,5 \pm 4,2$ балла, через 1 мес – $5,0 \pm 0,8$ балла, ($p < 0,05$).

Клиническая эффективность терапии составила 94,4% (рисунок).

Непереносимости и нежелательных побочных явлений при использовании препарата зафиксировано не было.

Таким образом, препараты линии «Скин-Кап» способствуют значительному уменьшению зуда и площади поражения кожи, а также интенсивности других симптомов заболевания у детей и взрослых и могут быть использованы при склонности ко вторичному инфицированию. Расширение технологий в наружной терапии атопического дерматита у детей раннего возраста может способствовать оптимизации лечения подобного контингента больных.

Литература

1. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа, Москва, 2004
2. Современная стратегия наружной терапии атопического дерматита. Пособие для врачей. М., 2005; 39.
3. Современные технологии реабилитации детей с аллергодерматозами (Практикум для врачей) Под ред. Л.Ф. Казначеевой. 2-е изд., перераб. и доп. Новосибирск, 2000; 196.
4. Казначеева Л.Ф., Молокова А.В., Казначеев К.С. Дифференциальный диагноз и ошибки в диагностике атопического дерматита у детей. Аллергология и иммунология в педиатрии 2005; 2(5): 16–21.
5. Казначеева Л.Ф., Молокова А.В., Казначеев К.С., Склянова Е.Ю., Рычкова Н.А. Патогенетическое обоснование наружной терапии атопического дерматита у детей. Проблемы и решения. Российский аллергологический журнал 2005; 5–8.
6. Маланичева Т.Г., Саломыков Д.В., Глушко Н.И. Диагностика и лечение атопического дерматита у детей, осложненного микотической инфекцией. Российский аллергологический журнал 2004; 2: 90–9.
7. Смирнова Г.И. Современные технологии местного лечения атопического дерматита у детей. Иммунопатология, аллергология, инфектология 2003; 3: 75–82.
8. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В., Гольцов С.В., Ведерникова С.В., Мирина Ю.Г. Оптимизация наружной терапии больных атопическим дерматитом детей и подростков. Уральский медицинский журнал 2004; 3(4): 30–4.
9. Наружная терапия и уход за кожей при атопическом дерматите у детей. Практическое руководство для врачей, под ред. проф. Казначеевой Л.Ф., Новосибирск, 2003; 24.
10. Atherton D. Topical corticosteroids in atopic dermatitis BMJ. 2003; 327: 942–3.
11. Bernard L.A., Eichenfield L.F. Topical immunomodulators for atopic dermatitis Curr. Opin. Pediatr. 2002; 14(4): 414–8.
12. Ellis C., Luger T. International Consensus Conference on Atopic dermatitis II (ICCAD II) Clinical update and current treatment strategies. Br. J. Dermatol. 2003; 148: 3–10.
13. Наружное лечение атопического дерматита у детей и взрослых с применением крема и аэрозоля Скин-Кап. Пособие для врачей. Екатеринбург, изд-во Уральского университета. 2004; 23.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

13-й международный конгресс
по иммунологии
13th International Congress
of Immunology

12–17 августа 2007 г.

Рио-де-Жанейро, Бразилия

Оргкомитет: Congress Secretariat

E-mail: ici2007@usp.br

25-й Международный конгресс
по педиатрии
25th International Congress
of Pediatrics

25–30 августа 2007 г.

Афины, Греция

Оргкомитет: C & C International S.A.,

16 Paradisou street, Athens

Телефон: 30-2-106-889-100

Факс: 30-2-106-844-777

E-mail: icp2007@cnc.gr

2-й Всемирный конгресс по детской
хирургии
2nd Pediatric Surgery World Congress
17–20 сентября 2007 г.

Буэнос-Айрес, Аргентина

Оргкомитет: Meeting Organiser

Телефон: 54-1143-225-707

Факс: 541-143-220-916

E-mail: xg@pccp.com.ar / info@uni-
line.com.ar