

Современные представления об атопическом дерматите у детей

Н.В.Юхтина

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

В лекции представлены определение, классификация и описание методов клинической и лабораторной диагностики атопического дерматита у детей. Особое внимание уделяется терапии этого заболевания в педиатрии. Описываются принципы использования антигистаминных препаратов, глюкокортикостероидов (преимущественно местных) и индифферентных наружных средств в терапии атопического дерматита. Приводятся показания, противопоказания и возможные побочные эффекты топических кортикостероидов.

Ключевые слова: атопический дерматит, диагностика, лечение, топические глюкокортикостероиды

Currents concepts of atopic dermatitis in children

N.V.Yukhtina

Scientific Centre of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The definition, classification and description of clinical and laboratory diagnostic methods of atopic dermatitis are presented. Particular attention is paid to management of this disease in pediatric practice. The principles of application of histamine blockers, glucocorticoids (in particular topical) and indifferent local medicines in treatment of atopic dermatitis are described. Indications, contraindications, and possible side effects of local steroids are listed.

Key words: atopic dermatitis, diagnosis, treatment, local glucocorticoids

Атопический дерматит одно из самых частых заболеваний в детском возрасте. Несмотря на широкое использование терминов «детская экзема» и «диатез», в классификацию ВОЗ внесено официально признанное аллергологами название «атопический дерматит». Наиболее высокие показатели распространения атопического дерматита отмечаются среди детей, рожденных после 80-х годов двадцатого столетия [1]. Этот факт связывают с загрязнением окружающей среды побочными химическими продуктами промышленного и сельскохозяйственного производства, широким применением в быту химических соединений, частым неконтролируемым врачами употреблением лекарственных препаратов среди населения.

Атопический дерматит у 60–70% детей с аллергическими заболеваниями начинается в первые месяцы жизни [2]. В дальнейшем возможна хронизация процесса, приводящая к снижению социальной адаптации ребенка.

Принято считать, что атопический дерматит – аллергическое заболевание кожи, развивающееся у лиц с наследственной предрасположенностью к аллергии под действием специфических (аллергических) и неспецифических

факторов. Основным патогенетическим звеном его развития является IgE-опосредованный механизм, индуцируемый аллергенспецифическими Th₂-лимфоцитами [1].

Характерные клинические признаки атопического дерматита:

- типичные морфологические изменения на коже;
- своеобразное расположение очагов поражения;
- зуд кожных покровов;
- сочетание с другими клиническими проявлениями аллергии.

Этот последний признак обуславливает необходимость тесного сотрудничества дерматологов и аллергологов.

В последние годы предложено несколько вариантов классификации атопического дерматита.

По форме в зависимости от возраста:

- младенческая – с 2 мес до 3 лет;
- детская – с 3 до 12 лет;
- подростковая – с 12 лет.

По распространенности кожного процесса:

- ограниченный;
- распространенный;
- диффузный.

По тяжести течения (степень):

- легкая;
- среднетяжелая;
- тяжелая.

По этиологическому признаку:

- пищевая;

Для корреспонденции:

Юхтина Надежда Васильевна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения аллергологии Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2/62
Телефон: (095) 134-1417

Статья поступила 10.08.2002 г., принята к печати 27.12.2002 г.

- клещевая;
- пыльцевая;
- грибковая аллергия.

По морфологическим изменениям на коже (форма):

- эксудативная;
- эритемато-сквамозная;
- эритемато-сквамозная с лихенизацией;
- лихеноидная;
- пруригинозная [3].

В монографии И.И.Балаболкина и В.Н.Гребенюка (1999) предложена классификация, в основе которой лежат клинико-морфологические формы атопического дерматита с указанием степени активности кожного процесса (I, II, III) и тяжести заболевания [1].

В диагнозе также принято указывать период болезни: обострение, неполная ремиссия, ремиссия.

Предложенные классификации носят рекомендательный характер и не являются однозначно принятыми ни среди дерматологов, ни среди аллергологов. Это указывает на сложность атопического дерматита как заболевания, несмотря на обманчивую простоту проблемы. Действительно, в типичных случаях диагноз «атопический дерматит» не представляет существенных затруднений. Однако нередко ситуация оказывается более сложной. На помощь приходит кроме типичных, указанных выше признаков, целый ряд дополнительных, таких как: ихтиоз, гиперлиниарность ладоней, хейлит, заеды, кератоз, бледность кожи лица, периорбитальное затемнение и другие [4].

Нередко атопический дерматит является лишь внешним проявлением общего неблагополучия организма и сочетается с аллергическим ринитом, бронхиальной астмой, склонностью к частым вирусным заболеваниям, с инфекционным или грибковым поражением кожи, с изменениями со стороны органов желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы. В настоящее время разработаны международные критерии диагностики атопического дерматита, включающие обязательные и дополнительные признаки.

Специфическая аллергодиагностика основывается на сборе подробного аллергологического анамнеза, ведении пищевого дневника, а также результатов обследования, непременным атрибутом которого является либо постановка кожных проб (если позволяет возраст – с 3 лет и состояние кожи), либо определение общего IgE и специфических IgE и IgG в сыворотке крови методами РАСТ, МАСТ и ИФА, соответственно. Большинство авторов подтверждают высокую диагностическую значимость этих методов [1, 4, 5].

Лечение атопического дерматита таит в себе много сложностей. Оно зависит от периода болезни, степени тяжести, морфологических элементов поражения кожи и базируется на следующих принципах:

- диета;
- медикаментозная терапия (антигистаминные, противозудные препараты, средства, влияющие на сосудистую проницаемость);
- местное лечение;
- профилактика рецидивов.

Диета лежит в основе лечения атопического дерматита. Условно ее можно подразделить на элиминационную, то есть исключаящую из рациона выявленные причинно-значимые аллергенные продукты и гипоаллергенную, подразумевающую исключение не только выявленных продуктов-аллергенов, но и продуктов, не являющихся определенно причинно-значимыми, но способствующих выделению в кровь гистамина (так называемых облигатных аллергенов: шоколад, мед, орехи, цитрусовые, яйца, квашенная капуста, красные и оранжевые плоды). Аллергологи предпочитают термин «гипоаллергенная диета» ввиду его более широкого значения. В последнее время этот термин конкурирует с понятием «гиполибераторная диета», что соответствует ее назначению. Диетотерапия может значительно облегчить состояние ребенка, однако нередко болезнь требует более активного, медикаментозного вмешательства.

Среди лекарственных средств на первом месте стоят антигистаминные препараты, обладающие также противозудным эффектом. Это препараты первого поколения – Супрастин, Тавегил, Фенкарол, Диазолин, Фенистил, Перитол; второго поколения – Зиртек, Кларитин. Существует перспектива использования препаратов – Кларотадин, Лоратин, Кестин; второго-третьего поколения – Телфаст, Эриус, Прималан. При выборе антигистаминного препарата необходимо учитывать его переносимость, возраст ребенка, предполагаемую продолжительность курса лечения, значимость возможных побочных эффектов в каждом конкретном случае, сочетание с другими лекарственными средствами, применяемыми у этого ребенка. В исключительных случаях, когда речь идет о нестерпимом зуде и диффузном кожном процессе, допустимо применение системных глюкокортикостероидов: преднизолон, дексаметазон внутримышечно, у подростков – метилпреднизолон, триамцинолон – внутрь в течение 3–7 дней с дальнейшим постепенным снижением дозы.

К средствам, связывающим белок и снижающим проницаемость сосудов, относят препараты кальция, такие как глюконат кальция, лактат кальция, глицерофосфат кальция, хлористый кальций.

Местное лечение включает мази, кремы, растворы, примочки, а также физиотерапевтические процедуры, при которых отмечается местный и системный эффект (переменное магнитное поле, электросон, поляризованный свет, иглорефлексотерапия). Свинцовая вода, раствор сернокислой меди, раствор марганцевокислого калия, раствор чая черного отличаются вяжущим эффектом; 1%-водный раствор метиленовой сини, жидкость Кастеллани, фулорцин подсушивают и оказывают антимикробное действие; 1%-раствор ментола, 20%-водный раствор глицерина, болтушки содержащие цинк (циндол) – подсушивающие средства с противозудным действием. Мази 1, 2, 5%-салициловая мазь, крем Унна, крем F-99, цинконафталановая мазь (паста), березовый деготь, мази, содержащие анафан, АСД-фракции, ихтиол способствуют ликвидации лихенизации и инфильтрации. [5]

В лечении атопического дерматита важное место занимают топические глюкокортикостероиды. Европейская классификация потенциальной активности мест-

ных глюкокортикостероидов выделяет 4 класса препаратов: слабые (Гидрокортизон), средние (Дерматол, Бетновейт), сильные (Белодерм, Целестодерм, Синалар, Флуцинар, Локоид, Адвантан, Элоком, Фторокорт), очень сильные (Дермовейт) [2]. Большинство топических глюкокортикостероидов обладают побочными эффектами, особенно при неосторожном применении. Риск побочных эффектов усиливается в педиатрической практике, в связи с этим врачам должны быть известны неблагоприятные воздействия данных препаратов, которые могут быть как местными, так и общими. К местным побочным эффектам относятся атрофия кожи, стойкая эритема, телеангиэктазии, папулы и пустулы, стероидные угри, атрофические полосы кожи, ягодичные гранулемы, гипертрихоз, изменение пигментации и в редких случаях – контактная аллергия. Может наблюдаться замедление заживления эрозий и ран. К общим побочным эффектам относятся кушингоид, карликовость, стероидный диабет, повышенный катаболизм белков, нарушения электролитного баланса, артериальная гипертензия, остеопороз. В этой связи более привлекательными оказываются нефторированные глюкокортикостероиды, так как количество побочных эффектов у них меньше, чем у фторированных глюкокортикостероидов [5, 6]. Особой популярностью у врачей пользуется нефторированный местный глюкокортикостероид Адвантан из-за отсутствия у него побочных эффектов. Препарат имеет разнообразные лекарственные формы (эмульсия, крем, мазь, жирная мазь) и разрешается к применению у детей с 6 месяцев.

Адвантан является диэфиром с высокой липофильностью, что позволяет ему глубоко проникать через роговой слой кожи и, попадая в кровоток, быстро инактивироваться. Активная связь с рецепторами кожи обеспечивает его пролонгированный эффект и дает возможность применять препарат 1 раз в день.

Эмульсию Адвантан применяют при поражении кожи с мокнутием. Крем Адвантан накладывают на сухую кожу, мазь Адвантан – на сухую кожу с трещинами, жирную мазь Адвантан – на сухую кожу с выраженной лихенизацией.

Наш опыт лечения детей с atopическим дерматитом позволяет дать несколько рекомендаций.

- лечение в остром периоде atopического дерматита зависит от степени активности кожного процесса, площади поражения, длительности заболевания, а также от преобладания феноменов «мокнутия» или «сухости и шелушения». Если ребенок впервые заболел atopическим дерматитом, не стоит начинать его лечение с гормоносодер-

жащих мазей. Большие площади поражения кожи так же не являются абсолютным показанием для применения топических глюкокортикостероидов;

- необходимо тщательно санировать очаги хронической инфекции, так как продукты жизнедеятельности бактерий могут способствовать поддержанию сенсibilизации организма;

- следует выявлять сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта, нервной и эндокринной систем и активно лечить эти заболевания

- тщательно диагностировать паразитарные инфекции, дисбиоз кишечника и проводить лечебные мероприятия.

- обращать внимание на психоэмоциональные особенности ребенка и привлекать психолога к его лечению.

Важным направлением в терапии детей с atopическим дерматитом является профилактика рецидивов болезни.

Для детей с atopическим дерматитом разработаны меры «прикрытия» при проведении профилактических прививок, включающие применение антигистаминных препаратов до и после прививки.

Длительные, от 1 до 3 мес, курсы препаратов с противовоспалительным эффектом, типа Зиртека, Лоратадина, Налкрема повышают пороговый уровень местного воспалительного повреждения. Кроме того, такие курсы терапии позволяют если не избежать, то хотя бы отсрочить развитие респираторной аллергии у детей, хотя вопрос о целесообразности такого лечения окончательно не решен.

Вопрос о проведении аллергенспецифической иммунотерапии у детей с atopическим дерматитом дискуссионен, хотя есть отзывы о положительных результатах [1, 3].

Не следует забывать также о положительных возможностях природных методов лечения, в том числе санаторно-курортных и гомеопатических.

Литература

1. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Atopический дерматит у детей. М.: Медицина 1999; 230.
2. Школа atopического дерматита, методические рекомендации. Ярославль 2001; 96.
3. Научно-практическая программа «Atopический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика». М. 2000.
4. Сергеев Ю.В. Atopический дерматит. Медицина для всех 2001; 2: 2-8.
5. Конский А., Подрумак Б., Годич А. (Любляна, Словения). Российский журнал кожных и венерических болезней 2001; 4: 5-8.
6. Ревякина В.А., Шахтмейстер И.Я., Вознесенская Н.И. Местная глюкокортикостероидная терапия аллергических заболеваний кожи у детей. Руководство для практических врачей. М.: Информатик 1999; 23.



ПЕРВЫЙ ПРИКОРМ

- педиатры рекомендуют

"Таблица умножения" для мам

1 Правильное питание на первом году жизни - залог гармоничного развития малыша.

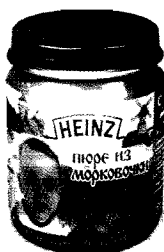
2 Неправильное и несбалансированное питание - одна из причин нарушений роста и интеллектуального развития, риск появления серьезных заболеваний в более поздние периоды.

Первый прикорм рекомендуется вводить с 4 до 6 месяцев, когда малыш начинает нуждаться в дополнительных нутриентах. Введение прикорма обуславливается созреванием основных ферментных систем желудочно-кишечного тракта малыша и назначается в соответствии с рекомендациями лечащего педиатра.

3 Глютен и белки коровьего молока - одни из самых серьезных потенциальных пищевых аллергенов. Педиатры рекомендуют начинать прикорм с безглютеновых продуктов, а при наличии непереносимости белков коровьего молока - с безглютеновых и безмолочных продуктов

5 Нарастающий дефицит железа в раннем возрасте может привести к нарушениями психомоторного развития.

Питание промышленного производства "Хайнц" - гарантия безопасности и обеспечения малыша рекомендованной потребностью в витаминах и минералах.



Товар сертифицирован

✓ Без глютена

✓ Без молока