

## АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Атопический дерматит – хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии. Характеризуется кожным зудом, экссудативными высыпаниями.

### Классификация

- Выделяют три стадии заболевания – младенческая (от рождения до 3 лет), детская (от 3 до 12 лет), подростковая (от 12 до 18 лет). Младенческая, как правило, соответствует острой фазе болезни, а детская и подростковая – хронической. В раннем детском возрасте атипичный дерматит протекает в виде двух форм поражения кожи: экссудативной («мокнущей») и эритематозно-сквамозной («сухой»). В детской стадии практически всегда эритематозно-сквамозная форма атопического дерматита сочетается с первыми признаками лихенификации. В подростковой стадии преобладает лихеноидный либо пруригоподобный варианты атопического дерматита.

- В зависимости от течения выделяют следующие стадии: начальную, выраженных изменений кожи, ремиссии и клинического выздоровления.

- Начальная стадия развивается, как правило, у детей раннего возраста.

Наиболее частые проявления – гиперемия и отёчность кожи щёк с шелушением. Одновременно возможны гнейс (себорейные чешуйки вокруг большого родничка, бровей, за ушами) «молочный струп» (ограниченное покраснение кожи лица и появление на ней желтоватых корочек), преходящая эритема кожи щёк, ягодич.

- Несвоевременное и/или неадекватное лечение кожных высыпаний приводит к переходу в стадию выраженных изменений кожи или период обострения (при повторных рецидивах атопического дерматита). О хронической фазе атопического дерматита свидетельствует появление лихенификации.)

- В период ремиссии происходит исчезновение или значительное уменьшение симптомов заболевания. Ремиссия может быть различной продолжительности – от нескольких недель и месяцев до 5-7 лет и более.

- Клиническое выздоровление – стадия заболевания, при которой отсутствуют клинические симптомы атопического дерматита в течение 3-7 лет.

- По распространённости атопический дерматит может быть ограниченным, распространённым, диффузным.

- При ограниченном атопическом дерматите очаги ограничены по площади и локализуются в одной из следующих областей: в локтевых сгибах, на тыле кистей, на лучезапястных суставах, в подколенных сгибах, на передней поверхности шеи.

- При распространённом атопическом дерматите процесс распространяется на прилегающие участки конечностей, грудь и спину, что сопровождается интенсивным зудом.

- Диффузный атопический дерматит – наиболее тяжёлая форма заболевания, характеризующаяся поражением всей поверхности кожи (за исключением ладоней, носогубного треугольника).

- Выделяют 3 степени тяжести течения атопического дерматита: лёгкую, среднюю и тяжёлую.

- Лёгкое течение атопического дерматита характеризуется высыпаниями, проявляющимися лёгкой гиперемией, экссудацией и шелушением, единичными папуло-везикулёзными элементами, слабым зудом кожных покровов, увеличением лимфатических узлов до размеров горошины. Частота обострений – 1-2 раза в год, продолжительность ремиссий – 6-8 месяцев.
- При атопическом дерматите средней степени тяжести наблюдают множественные очаги поражения на коже с достаточно выраженной экссудацией или инфильтрацией и лихенификацией. Зуд умеренный или сильный. Лимфатические узлы увеличены до размеров лесного ореха или фасоли. Частота обострений – 3-4 раза в год, продолжительность ремиссий – 2-3 мес.
- Для тяжёлого течения атопического дерматита характерны множественные и обширные очаги поражения с выраженной экссудацией, стойкой инфильтрацией и лихенификацией, глубокими линейными трещинами и эрозиями. Зуд сильный «пульсирующий» или постоянный. Наблюдают увеличение практически всех групп лимфатических узлов до размеров лесного или грецкого ореха. Частота обострений – 5 раз в год и более, ремиссии непродолжительные – от 1 до 1,5 мес.
- Клинико-этиологические варианты атопического дерматита выделяют в зависимости от характера сенсibilизации (с преобладанием пищевой, клещевой, грибковой, пыльцевой аллергии и др.).

### **Эпидемиология**

Атопический дерматит – одно из наиболее частых кожных заболеваний у детей грудного возраста и первых лет жизни. У 45% больных атопический дерматит развивается в первые 6 мес. жизни; в первые 5 лет заболевание начинается, по крайней мере, у 85% детей.

### **Этиология**

- Пищевые аллергены занимают ведущее место в развитии атопического дерматита, особенно у детей первого года жизни. Практически любой пищевой продукт может стать причиной развития атопического дерматита, но у детей первого года жизни наиболее часто развивается сенсibilизация к молочным продуктам, яйцу, пищевым злакам, сое, рыбе.
- У детей старше 5-7 лет очень часто обострение заболевания связано с ингаляционными аллергенами (шерсть, пух, эпидермис и слюна животных, пыльца растений). Клещи домашней и библиотечной пыли вызывают обострение кожного процесса не только за счёт ингаляционного пути попадания в организм, но и при непосредственном контакте с кожей. У части больных атопическим дерматитом в сезон цветения возникает обострение кожного процесса, даже в отсутствие респираторного аллергического синдрома.
- Лекарственные аллергены нередко становятся причинными факторами развития и обострения атопического дерматита, особо после их неадекватного назначения или бесконтрольного применения. В 90% случаев причинно значимыми аллергенами выступают антибиотики (наиболее часто – пенициллины), а также сульфаниламиды, местные анестетики, НПВС, витамины.
- Имеют значение и инфекционные факторы. Важнейшее значение придают золотистому стафилококку, который продуцирует токсины. Нередко при атопическом дерматите выявляют паразитозы и протозойные инвазии (описторхоз, энтеробиоз, аскаридоз и др.)

### **Патогенез**

В основе симптомов атопического дерматита лежит аллергическое воспаление кожи, связанное с формированием клеточного воспалительного инфильтрата.

## Клиническая картина

**Младенческая форма.** Излюбленная локализация поражений – область лица (за исключением носогубного треугольника), разгибательная (наружная) поверхность верхних и нижних конечностей, локтевые и подколенные ямки, запястья, туловище, ягодицы. Основной субъективный симптом – зуд кожи различной интенсивности, приводящий к формированию порочного круга: зуд → расчесы → сыпь → зуд. Наблюдают экссудацию (мокнутие), корки, шелушение, трещины.

**Детская форма.** Характеризуется гиперемией (эритемой) и отёком кожи, появлением лихенификации, зудом. Наблюдают папулы, бляшки, эрозии, эксфолиации, геморрагические корочки. Кожные высыпания возникают преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей, тыле кисти, передне-задне-боковой поверхности шеи, в локтевых и подколенных ямках.

**Подростковая форма.** Крупные, слегка блестящие лихеноидные папулы с выраженной лихенификацией, а также множеством геморрагических корочек локализуются на лице, шее, локтевых сгибах, вокруг запястий и на тыльной поверхности кистей. Отмечают сильный зуд, нарушение сна, невротические реакции.

## Лечение

**Гидратация и уход за кожей.** У больных с атопическим дерматитом снижены эпидермальная гидратация, концентрация поверхностных липидов кожи и керамидов, что отражает нарушения состояния гидролипидной пленки кожи. Для предупреждения эффекта испарения кожу больных необходимо обрабатывать лекарственными или косметическими средствами сразу после купания и увлажнения кожи. Рекомендуются поддерживать температурный режим с умеренной влажностью.

Кожа больных атопическим дерматитом более чувствительна к воздействию факторов окружающей среды и различного рода раздражающих веществ, чем кожа здоровых людей. Поэтому важно определить и исключить раздражающие агенты, которые могут вызывать и поддерживать зуд. К ним относятся различные виды физических, химических и биологических раздражающих факторов, в том числе: моющие средства, химические препараты, грубая одежда, крайние значения температуры и влажности. Полезны мягкие очищающие средства, особенно при частых инфекциях кожи, ежедневный душ водой комнатной температуры, ограничение использования мыла.

### Диетотерапия

Дети первого года жизни должны находиться на естественном вскармливании. Исключительно грудное вскармливание до 4-6 мес. жизни снижает выраженность проявлений атопического дерматита.

- При доказанной пищевой аллергии следует исключить из питания причинно-значимые аллергены, продукты, вызывающие перекрёстные аллергические реакции, обладающие повышенной сенсибилизирующей и гистамин-либерирующей активностью, а также содержащие экстрактивные вещества, консерванты и красители.

- Необходима адекватная замена исключённых продуктов натуральными или лечебными продуктами, соответствующих возрасту ребёнка.

- Целесообразно «функциональное питание», т.е. использование продуктов, способствующих нормализации кишечного биоценоза, регулирующих иммунную систему.

### Наружная терапия

- Ингибиторы кальциневрина являются первой линией терапии, местные глюкокортикоиды назначают коротким курсом при тяжелом обострении.

- При остром воспалении без мокнутия предпочтение отдают эмульсиям, пастам, кремам, в состав которых входит нафталан, глюкокортикоиды.

- При инфицировании кожи стафилококками и/или стрептококками используют наружные антибактериальные препараты (эритромицин, линкомицин, анилиновые красители, фукокорцин, водный раствор бриллиантового зелёного, метиленового синего и т.д.) При наличии

грибковой инфекции применяют наружные противогрибковые препараты: клотримазол, тербинафин, кетоконазол.

- Топические глюкокортикоиды эффективны как при остром, так и при хроническом заболевании.

- Применение антагонистов H<sub>1</sub>-рецепторов гистамина в качестве базисных препаратов для лечения АД основывается на важнейшей роли гистамина в механизме кожного зуда при atopическом дерматите. Антигистаминные препараты I поколения назначают в острый период atopического дерматита для уменьшения зуда. Для предотвращения рецидивов, особенно при длительном лечении используют препараты II поколения.

- Нарушения со стороны пищеварительной системы не только поддерживают аллергический воспалительный процесс в коже, но и могут быть его причиной. Основные задачи терапии заключаются в улучшении процессов расщепления и всасывания пищевых продуктов (ферментные препараты), подавление условно-патогенных микроорганизмов, «заселение» кишечника нормальной флорой с помощью пробиотиков, стимуляция роста нормальной микрофлоры кишечника пребиотиками.

### **Профилактика**

Факторы риска развития atopического дерматита:

- отягощенный собственный и семейный аллергологический анамнез;
- нарушение диеты матери во время беременности и кормления грудью;
- курение матери и другие отрицательные факторы во время беременности и лактации;
- нарушение режима дня и неправильный уход за кожей;
- нарушения функций ЖКТ с рождения, энзимопатии, дисбактериоз кишечника и др.

При развитии atopического дерматита у ребёнка, находящегося на грудном вскармливании, необходимо в первую очередь внести соответствующие изменения в рацион кормящей матери.

При отсутствии эффекта, что обычно наблюдается при тяжёлом течении заболевания, выраженной сенсibilизации к белкам коровьего молока показано использование смесей на основе гидролизатов белка лечебного назначения.

В качестве докорма возможно использовать гипоаллергенные смеси на основе гидролизатов белка лечебно-профилактического назначения.

Вакцинацию проводят по индивидуальному календарю обострения atopического дерматита.