

# НЕЙРОДЕРМАТОЗЫ. КОЖНЫЙ ЗУД. КРАПИВНИЦА. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Доцент кафедры дерматовенерологии  
ВолгГМУ, к.м.н. Иванова И.Н.

# Определение нейродерматозов

**Нейродерматозы** (зудящие дерматозы) – группа заболеваний кожи, характеризующаяся

- 1) хроническим течением,
- 2) мучительным зудом и
- 3) расстройством ЦНС.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ НЕЙРОДЕРМАТОЗОВ:**

- 1. Кожный зуд (универсальный и локальный).
- 2. Хроническая рецидивирующая крапивница.
- 3. Почесуха (детская, взрослых, узловатая Гайда, Гебры).
- 4. Атопический дерматит ( локализованный - лихен Видаля, диффузный, диссеминированный).

# КОЖНЫЙ ЗУД

- Кожный зуд это заболевание , которое характеризуется постоянным мучительным зудом.
- Клиническая картина представлена отсутствием первичных элементов, кожные покровы видимо здоровы.
- Вторичные элементы обусловлены расчесываем кожи и включают: экскориации, лихенизацию, дисхромиию.
- По происхождению кожный зуд может быть соматогенный и психогенный.

# Соматогенный кожный зуд

- В основе соматогенного зуда лежат заболевания:
- 1) патология ЖКТ (гастриты, дуодениты, холециститы, панкреатиты, дисбиоз кишечника),
- 2) эндокринные заболевания (сахарный диабет),
- 3) онкологические: злокачественные опухоли, заболевания крови (лейкозы, лимфомы, саркомы), кожный зуд в таких случаях называется паранеопластическим;
- 4) глистные инвазии и паразитарные болезни.

# Нейрогенный (психогенный) кожный зуд

- В формировании нейрогенного (психогенного) зуда принимают участие:
- 1) невроты (депрессивный, ипохондрический, навязчивости, фобический);
- 2) психозы (шизофрения, маниакально-депрессивный, реактивный, послеродовой);
- 3) органические поражения ЦНС (опухоли, травмы, церебросклероз), на фоне которых может развиваться дерматозный бред.

# Лечение кожного зуда

- Лечение кожного зуда зависит от этиологии заболевания и включает в себя обследование пациента, устранение причины зуда, местное и общее противозудное лечение.

Для снятия или облегчения зуда применяют антигистаминные препараты, седативные средства, транквилизаторы, нейролептики, психотерапию.

Противозудным эффектом обладают мази и болтушки с ментолом, анестезином и др.

# Определение

- **Крапивница** (от лат. *Urtica* – крапива) – группа заболеваний, характеризующихся развитием волдырей, **ангиотеков** или того и другого вместе.

# Эпидемиология

- **Распространенность острой крапивницы** составляет 20%, среди детского населения - 2,1–6,7%, при этом острая крапивница у детей встречается чаще, чем у взрослых.
- **Хроническая спонтанная крапивница (ХСК)** поражает до 0,5–5% населения, женщины болеют чаще мужчин.
- По данным систематического обзора и метаанализа хроническая крапивница у взрослых в общей популяции составляет 0,7 и 1,4% соответственно, у детей до 15 лет – до 1,1%.

# Классификация

- **L50 Крапивница по МКБ-10:**
- L50.0 – аллергическая крапивница;
- L50.1 – идиопатическая крапивница;
- L50.2 – крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры;
- L50.3 – дермографическая крапивница;
- L50.4 – вибрационная крапивница;
- L50.5 – холинергическая крапивница;
- L50.6 – контактная крапивница;
- L50.8 – другая крапивница;
- L50.9 – неуточненная крапивница;
- T78.3 - ангионевротический отек.
- К уртикарным заболеваниям принято относить дерматозы, представленные в таблице.

# Патогенез

- **Провоспалительные медиаторы** активированных тучных клеток, такие как
- гистамин,
- серотонин,
- фактор, активирующий тромбоциты,
- цитокины, приводящие к вазодилатации, повышению проницаемости капилляров, активации чувствительных нервных волокон, выходу плазмы за пределы сосудов.

# Патогенез

- **Дегрануляция тучных клеток** может произойти вследствие разных механизмов активации, включая связывание иммуноглобулинов E (IgE) с высокоаффинными рецепторами (FcεRI) на поверхности тучных клеток, рецепторы для Fc-области иммуноглобулина E, изотипа антител, участвующего в аллергических расстройствах и иммунитете к паразитам.
- В настоящее время рассматривается **аутоиммунный механизм активации тучных клеток** у пациентов с крапивницей. Почти у половины пациентов с хронической крапивницей определяются IgG аутоантитела против как IgE (5–10%), так и против FcεRI (35–40%). Эти IgG аутоантитела могут связать FcεRI на тучных клетках и базофилах, приводя к их активации.

# Патогенез

- **Дегрануляция** тучных клеток может быть вызвана **компонентами комплемента**, нейрпептидами и неизвестными механизмами. Некоторые **неиммунологические факторы**, такие как тепло или холод, ряд препаратов (НПВП, противовирусные, контрастные средства, опиоиды и др.) могут привести к активации и дегрануляции тучных клеток.

# Течение

- По **характеру течения** обычная крапивница подразделяется на острую и хроническую.
- Под **острой крапивницей** понимают внезапное появление волдырей (каждый из которых существует не более 24 часов) продолжительностью менее 6 недель, вызванное воздействием одного или нескольких провоцирующих факторов.
- **Хронической крапивницей** называют состояние, возникающее вследствие известных и неизвестных причин, при котором ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель, появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов.

# Клиника

- Для **хронической крапивницы** характерно волнообразное течение без прогрессирующего ухудшения. Согласно данным литературы, продолжительность хронической спонтанной крапивницы у взрослых и детей значимо не отличается.
- Ремиссия наступает в течение года у 10- 30%, в течение 3-х лет у 30-50%, после 5 лет у 40-70% пациентов.
- Хроническая крапивница продолжается в течение года у более 70% пациентов и у 14% сохраняется более 5 лет.

# Клиника

- Спонтанная (**идиопатическая**) крапивница является наиболее часто встречающейся клинической разновидностью хронической крапивницы.
- **Клинически** проявляется волдырями, которые не имеют характерной локализации и сопровождаются зудом, реже – жжением. Волдыри могут иметь тенденцию к слиянию в местах наибольшего трения одеждой или частей тела друг о друга (ягодицы, поясничная область, плечи, бедра).

# Отек Квинке

- Частным случаем крапивницы является **ангиоотек** (более ранние термины: ангиоэдема, **отек Квинке**, ограниченный ангионевротический отек, гигантская крапивница).
- Заболевание характеризуется быстро формирующимся, обычно ограниченным, глубоким отеком кожи или слизистых оболочек. Окраска кожи в области ангиоотека более бледная, кожа плотная на ощупь, в зоне отека напряжена, при нажатии пальцем в области отека вдавление не образуется.
- Ангиоотек чаще развивается на одном участке кожного покрова, большей частью асимметрично. Важным клиническим симптомом, отличающим ангиоотек от крапивницы, является **отсутствие зуда**. Пациентов обычно беспокоит чувство распирания, реже – болезненности в области отека. В процесс вовлекаются, главным образом, хорошо растяжимые ткани, имеющие рыхлую подкожную жировую клетчатку – область век, губ, щек, мошонка, крайняя плоть, реже – конечности, живот, а также слизистые оболочки полости рта, языка, гортани.

# Крапивница, уртикарные высыпания



# Уртикарный дермографизм



# Клиническая картина

- **Атопическая** (другая по МКБ 10) **крапивница** обычно носит семейный характер и имеет длительное хроническое течение. Как правило, такая крапивница протекает в легкой форме и отличается сезонностью и высокой чувствительностью к укусам насекомых (чувствительность к гистамину) и потому обостряется в летнее время.
- У пациентов с атопической крапивницей может быть хронически протекающий отек Квинке. Обычно он характеризуется отеком верхней или нижней губы, который держится от 2-х до 6 часов и исчезает без лечения.

# Диагностика

- **Диагностика крапивницы** обычно не требует лабораторного подтверждения (в отличие от диагностики причин крапивницы).
- **Обследование** следует начинать с детального изучения анамнеза и физикального исследования, а также основных лабораторных методов, позволяющих исключить тяжелые системные заболевания.
- Расширенное диагностическое обследование, направленное на выяснение причины крапивницы, диктуется клинической ситуацией и анамнезом пациента.

# ЛЕЧЕНИЕ

- **Этиотропное** лечение включает в себя:
- санацию очагов инфекции,
- лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта,
- нормализация метаболизма,
- лечение нейрогенных (психогенных) расстройств,
- диета с ограничением гистаминолибераторов.

# Лечение

- **Патогенетическое** лечение – это применение противоаллергических препаратов (антигистаминные, препараты кальция, тиосульфат натрия), в тяжелых случаях – системные глюкокортикостероиды кратковременно с полной отменой, сорбенты (активированный уголь, полифепам, энтеросгель, лактофильтрум), витамины группы В, эубиотики, ферменты, плазмаферез. При высокой чувствительности к гистамину рекомендуются курсы гистаглобулина.

# Лечение

- **Симптоматическое** лечение заключается в назначении «болтушек» с ментолом, анестезином («Циндол»), с димедролом, гелей «Псило-бальзам», «Фенистил», топических кортикостероидов.
- Прогноз при хронической рецидивирующей крапивнице индивидуальный, однако, в большинстве случаев наступает клиническое выздоровление.

# Определение АД

- **Атопический дерматит** – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.
- К **генетическим факторам** развития атопического дерматита относят наличие мутации гена филаггрина в нарушении функции эпидермального барьера при атопическом дерматите, а также семейный анамнез аллергических заболеваний.

# Дефекты иммунной системы

- С **дефектами иммунной системы** связано развитие воспалительной реакции в коже с участием Т-лимфоцитов. В острую фазу заболевания преобладает Th2-ответ, когда происходит стимуляция Th2-клеток с последующей гиперпродукцией IgE; в хроническую – происходит переключение с Th2- на Th1-иммунный ответ.
- Ключевыми **цитокинами**, вовлеченными в патофизиологические механизмы атопического дерматита, являются ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13, ИЛ-31 и ИФН- $\gamma$ , которым для передачи сигнала требуется участие сигнальной системы JAK/STAT, в том числе Янус-киназы 1 (JAK-1).

# Атопические болезни

- Атопический дерматит может быть ассоциирован с респираторной аллергией – с **аллергическим ринитом и бронхиальной астмой**.
- Риск развития респираторной аллергии у пациентов, страдающих атопическим дерматитом, по разным данным, составляет 30–80%; 60% пациентов с атопическим дерматитом имеют латентную склонность к развитию **бронхиальной астмы**, а 30–40% пациентов заболевают бронхиальной астмой. По данным систематического обзора у 29,5% детей с атопическим дерматитом в возрасте 6 лет или старше диагностирована бронхиальная астма.
- **Поллиноз** был выявлен у 48,4% пациентов с атопическим дерматитом по сравнению с 24,4% человек, не страдающих атопическим дерматитом, бронхиальная астма была диагностирована у 24,1% пациентов с атопическим дерматитом по сравнению с 8,9% человек, не страдающих атопическим дерматитом.

# Атопические болезни

- Риск развития аллергической реакции и бронхиальной астмы существенно выше у детей с пищевой аллергией и атопическим дерматитом **пищевая сенсibilизация**, развившаяся в возрасте до 2 лет независимо от наличия сопутствующей сенсibilизации к ингаляционным аллергенам, была ассоциирована с развитием бронхиальной астмы к школьному возрасту, хотя сенсibilизация только к ингаляционным аллергенам в возрасте до 2 лет не влияла на риск развития бронхиальной астмы.

# Течение АД

- В большинстве случаев атопический дерматит начинается в **раннем детском возрасте** (до 2 лет). Для заболевания характерны возрастные особенности клинических проявлений и хроническое рецидивирующее течение с периодическими обострениями и ремиссиями, которые могут продолжаться на протяжении нескольких лет.
- В анамнезе у пациента могут быть другие атопические заболевания (**аллергический ринит, бронхиальная астма**).
- Характерен семейный анамнез аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит).
- Для заболевания характерна **сезонность обострений** с ухудшением состояния в холодное время года и улучшением летом. Обострение процесса может развиваться также под влиянием ряда провоцирующих факторов (аллергены, раздражающие вещества, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.).
- При повышенном **потоотделении** может увеличиться интенсивность зуда.

# Младенческий период

- **Младенческий период** атопического дерматита обычно начинается с 2–3 месяцев жизни ребёнка. В этот период преобладает экссудативная форма заболевания, при которой воспаление носит острый или подострый характер. Отмечаются симметричные эритематозные, папуло-везикулезные высыпания на коже лица и волосистой части головы, экссудация с образованием чешуе-корок. В дальнейшем высыпания распространяются на кожу наружной поверхности голеней, предплечий, туловища и ягодиц, а также могут появляться в естественных складках кожи.
- **Дермографизм** обычно красный или смешанный.
- Субъективно отмечается **зуд** кожных покровов различной интенсивности. К концу этого периода очаги сохраняются преимущественно в локтевых и подколенных сгибах, а также в области запястий и шеи. Обострения заболевания в значительной степени связаны с алиментарными факторами.
- Младенческий период атопического дерматита обычно заканчивается ко второму году жизни ребенка клиническим выздоровлением (у 60% пациентов) или переходит в следующий период (детский).

# Младенческий период



# Детский период

- **Детский период** атопического дерматита характеризуется высыпаниями, которые носят менее экссудативный характер, чем в младенческом периоде, и представлены воспалительными милиарными и/или лентикулярными папулами, папуло-везикулами и эритематозно-сквамозными элементами, локализующимися на коже верхних и нижних конечностей, в области запястий, предплечий, локтевых и подколенных сгибов, голеностопных суставов и стоп. Характерно наличие зудящих узелков, эрозий и эксфолиаций, а также незначительная эритема и инфильтрация в области высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, реже – на коже лица.
- **Дермографизм** становится розовым, белым или смешанным.
- Появляются пигментация век, дисхромии, нередко – **ангулярный хейлит**.

# Детский период



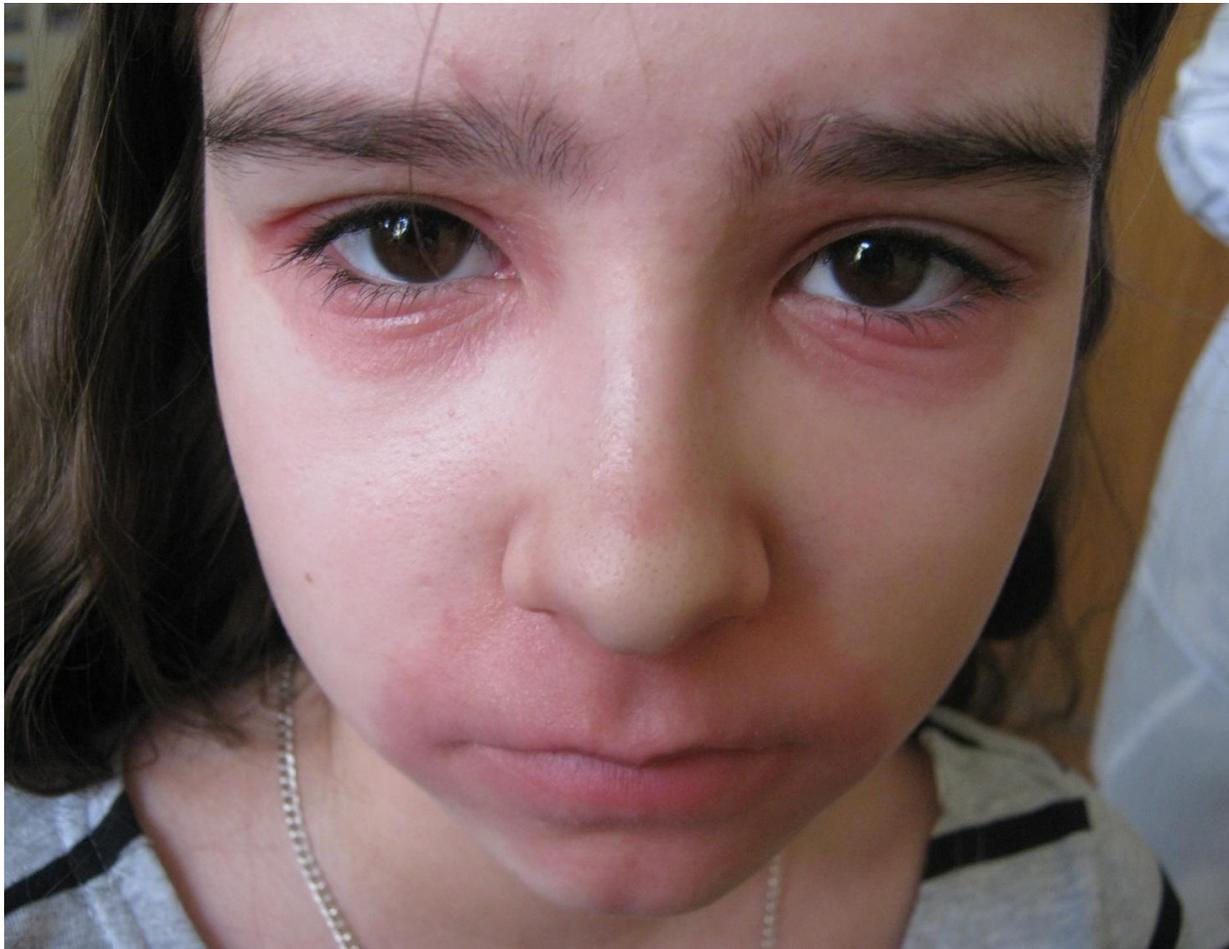
# Подростковый и взрослый период

- **Подростковый и взрослый период** атопического дерматита характеризуется высыпаниями преимущественно на сгибательной поверхности конечностей (в области локтевых и коленных сгибов, сгибательных поверхностей голеностопных и лучезапястных суставов), на задней поверхности шеи, в заушных областях.
- Высыпания представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенификацией, множественными экскориациями и трещинами. В местах разрешения высыпаний в очагах поражения остаются участки гипо- или гиперпигментации.
- Со временем у большинства пациентов кожа очищается от высыпаний, поражёнными остаются лишь подколенные и локтевые сгибы.

# Подростковый и взрослый период

- Возможны гиперлинеарность ладоней и подошв, фолликулярный гиперкератоз («роговые» папулы на боковых поверхностях плеч, предплечий, локтей) – **проявления вульгарного ихтиоза**, хейлит, экзема сосков, складки на передней поверхности шеи. Наблюдается гиперпигментация кожи периорбитальной области, появление складки под нижним веком (линии Дени-Моргана). Отмечается повышенная сухость кожи. Дермографизм белый стойкий или смешанный. Зуд выраженный, постоянный, реже – приступообразный.
- Нередко у подростков и взрослых преобладает **лихеноидная форма** заболевания, которая характеризуется сухостью, выраженным рисунком, отечностью и инфильтрацией кожных покровов, крупными, сливающимися очагами лихенизации кожи и упорным стойким зудом.
- Относительно редко наблюдается **пруригинозная форма** заболевания, для которой характерны высыпания в виде множественных изолированных плотных отечных папул, на вершине которых могут появляться мелкие пузырьки. Очаги поражения могут иметь распространенный характер с преимущественной локализацией на коже конечностей.

# Подростковый и взрослый период



# Эритродермия

- Наиболее тяжелым проявлением атопического дерматита является **эритродермия**, которая характеризуется универсальным поражением кожных покровов в виде эритемы, инфильтрации, лихенификации, шелушения и сопровождается симптомами интоксикации и нарушением терморегуляции (гипертермия, озноб, лимфаденопатия).
- При лабораторном обследовании пациентов с атопическим дерматитом могут быть выявлены **эозинофилия** периферической крови, повышение содержания общего и **аллерген-специфических IgE** в сыворотке крови.

# Атопическая эритродермия



# Стадии

- **Стадия обострения или выраженных клинических проявлений** характеризуется наличием эритемы, папул, микровезикул, мокнущих, множественных эскориаций, корок, шелушения; зуда разной степени интенсивности.
- **Стадия ремиссии:**
- при неполной ремиссии отмечается значительное уменьшение симптомов заболевания с сохранением инфильтрации, лихенификации, сухости и шелушения кожи, гипер- или гипопигментации в очагах поражения;
- полная ремиссия характеризуется отсутствием всех клинических симптомов заболевания.

# Классификация по МКБ -10

- L20 Атопический дерматит
- L20.0 Почесуха Бенъе
- L20.8 Другие атопические дерматиты:
  - экзема: сгибательная, детская (острая, хроническая), эндогенная (аллергическая),
  - нейродерматит: (локализованный), (диффузный)
- L20.9 Атопический дерматит неуточненный

# Течение заболевания

- **Лёгкое течение** заболевания характеризуется преимущественно ограниченно-локализованными проявлениями кожного процесса, незначительным кожным зудом, редкими обострениями (реже 1–2 раз в год), продолжительностью рецидива до 1 месяца преимущественно в холодное время года. Длительность ремиссии составляет 8–10 месяцев и более.
- Отмечается хороший эффект от проводимой терапии.

# Течение заболевания

- При **среднетяжёлом течении** отмечается распространённый характер поражения.
- Частота обострений – 3–4 раза в год с увеличением их продолжительности. Длительность ремиссий составляет 2–3 месяца.
- Процесс приобретает упорное течение с незначительным эффектом от проводимой терапии.

# Течение заболевания

- При **тяжёлом течении** заболевания кожный процесс носит распространённый или диффузный характер с длительными обострениями, редкими и непродолжительными ремиссиями (частота обострений – 5 раз в год и более, длительность ремиссии 1–1,5 месяца).
- Лечение приносит кратковременное и незначительное улучшение. Отмечается выраженный зуд, приводящий к нарушению сна.

# Течение заболевания

- Течение атопического дерматита часто осложняется присоединением **вторичной инфекции** (бактериальной, микотической или вирусной). Эта особенность, свойственная пациентам с атопическим дерматитом, отражает нарушение противoinфекционной защиты, обусловленное нарушением синтеза антимикробных пептидов и эпидермального барьера.

# Осложнения

- Наиболее частое инфекционное осложнение атопического дерматита – присоединение вторичной **бактериальной** инфекции. Оно протекает в виде **стрепто- и/или стафилодермии** с характерными кожными проявлениями на фоне обострения атопического дерматита.
- **Пиококковые осложнения** проявляются в виде различных форм пиодермии: остиофолликулитов, фолликулитов, вульгарного, реже стрептококкового импетиго, иногда – фурункулов.

# Осложнения

- Разнообразная **микотическая инфекция** (дерматофиты, дрожжеподобные, плесневые и другие виды грибов) также часто осложняет течение атопического дерматита, приводит к более продолжительным обострениям, отсутствию улучшения или к ухудшению состояния. Заболевание приобретает персистирующий характер.
- Наличие микотической инфекции может изменить клиническую картину атопического дерматита: появляются очаги с четкими фестончатыми, несколько приподнятыми краями, часто рецидивируют заеды (хейлит), отмечаются поражения заушных, паховых складок, ногтевого ложа, гениталий.

# Осложнения

- Пациенты с атопическим дерматитом, независимо от остроты процесса, склонны к поражению **вирусной инфекцией** (чаще вирусом простого герпеса, вирусом папилломы человека, вирусом контагиозного моллюска).
- Герпетическая суперинфекция может привести к редкому, но тяжелому осложнению – **герпетической экземе Капоши**. Заболевание характеризуется распространенными пузырьковыми высыпаниями, сильным зудом, повышением температуры, быстрым присоединением пиококковой инфекции.
- Возможно поражение центральной нервной системы, глаз, развитие сепсиса.

# Герпетическая экзема Капоши



# Лихенизация (Лихен Видаля)



# Критерии диагностики АД

- Для **постановки диагноза** атопического дерматита необходимо сочетание **трёх основных** и не менее **трёх дополнительных критериев**.
- **Основные** диагностические критерии (3 или более):
- мучительный кожный зуд;
- типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни – покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей;
- хроническое рецидивирующее течение;
- наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников.

# Критерии диагностики АД

- **Дополнительные** диагностические критерии (3 или более):
- сухость кожи (ксероз);
- гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз – признаки вульгарного ихтиоза;
- повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови;
- начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет);
- склонность к кожным инфекциям (*S. aureus*, *H. simplex*);
- локализация кожного процесса на кистях и стопах;
- экзема сосков;
- хейлит;
- рецидивирующие конъюнктивиты;
- симптом Дени-Моргана (дополнительная складка нижнего века);

# Диагностика АД

- **Рекомендуется оценивать:**
- характер течения заболевания,
- сроки начала заболевания, наличие атопических заболеваний как у пациента, так и его родственников,
- сезонность обострений,
- факторы, провоцирующие обострения дерматита,
- а также обращать внимание на склонность пациента к развитию бактериальных, вирусных и грибковых инфекций кожи.

## Диагностика АД

- **Рекомендуется** всем пациентам: **общий** (клинический) анализ крови развернутый и анализ крови **биохимический** для диагностики заболеваний и состояний, являющихся противопоказаниями к проведению системной терапии атопического дерматита и для контроля безопасности проводимой системной терапии аброцитинибом, барицитинибом\*\*, упадацитинибом\*\*, циклоспорином\*\*.

# Диагностика АД

- **Рекомендуется** в случае отсутствия достаточного для установления диагноза атопического дерматита числа диагностических критериев пациентам исследование уровня **общего иммуноглобулина Е в крови.**
- Рекомендуется проведение **аллергологического обследования** пациентам с атопическим дерматитом с семейным и/или личным анамнезом **аллергических заболеваний** – пищевой аллергии, аллергического ринита, бронхиальной астмы, а также с указанием на обострение заболевания при контакте с аллергенами.

## Диагностика АД

- **Рекомендуется** пациентам с атопическим дерматитом при наличии противопоказаний или иных причин, препятствующих проведению кожного тестирования, сомнительных результатах кожного тестирования, расхождении данных, полученных при сборе анамнеза, с результатами кожного тестирования исследование уровня **аллерген-специфических IgE** антител к пыльцевым, бытовым, эпидермальным, грибковым и пищевым аллергенам.

## Диагностика АД

- **Рекомендуется** при необходимости дополнительной количественной оценки степени тяжести атопического дерматита использовать индекс SCORAD (интегральный показатель, включающий балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутие, эксфолиации, лихенификация/шелушение, сухость кожи и двух субъективных показателей (интенсивность зуда и выраженность нарушений сна)).

# Лечение АД

- Для **наружной** лекарственной терапии при атопическом дерматите используются:
- **кортикостероиды** для дерматологического применения,
- средства для лечения дерматита, кроме кортикостероидов (**пимекролимус\*\***, который показан при атопическом дерматите легкой и средней тяжести, и **такролимус\*\***, показанный при среднетяжелом и тяжелом атопическом дерматите),
- препараты для лечения заболеваний кожи другие (**пиритион цинк**).

# Лечение АД

- Для **наружного лечения** детей предпочтительными являются лекарственные формы в виде крема и **монокомпонентные наружные средства**: кортикостероиды для дерматологического применения, средства для лечения дерматита, кроме кортикостероидов (такролимус\*\* и пимекролимус\*\*).
- **Многокомпонентные наружные лекарственные препараты** – кортикостероиды в комбинации с антибиотиками или глюкокортикостероиды в комбинации с другими препаратами показаны только при клиническом и/или лабораторном подтверждении бактериальной и/или грибковой инфекции.
- Необоснованное применение многокомпонентных наружных препаратов может способствовать развитию у детей дополнительной сенсибилизации к компонентам топического лекарственного средства.

# Лечение АД

- **Системная терапия** и лечение с помощью **лучевого (ультрафиолетового) воздействия** назначаются при атопическом дерматите средней и тяжелой степени тяжести.
- Для системной терапии пациентов с атопическим дерматитом могут быть использованы средства для лечения дерматита, кроме системных глюкокортикостероидов, (**аброцитиниб** и **дупилумаб**) и селективные иммунодепрессанты (**барицитиниб** и **упадацитиниб**).
- Лечение с помощью лучевого (**ультрафиолетового**) воздействия подразумевает проведение ультрафиолетового облучения кожи различными методами.

# Лечение АД

- Для уменьшения интенсивности зуда пациентам с атопическим дерматитом назначаются **антигистаминные средства** системного действия. Детям предпочтительно применение пероральных лекарственных форм, при отсутствии противопоказаний, для минимизации болезненных медицинских процедур. Следует избегать рутинного применения антигистаминных средств системного действия при атопическом дерматите у детей.
- Однако они могут быть использованы, если на фоне терапии кортикостероидами для дерматологического применения и/или средствами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов, противозудный эффект не является достаточным.
- При необходимости использования антигистаминных средств системного действия в детском возрасте следует отдавать предпочтение препаратам II поколения вследствие лучшего их профиля безопасности по сравнению с препаратами I поколения.

# Лечение АД

- **Рекомендуются** системные глюкокортикостероиды для дерматологического применения для наружной терапии пациентов с атопическим дерматитом:
- клобетазол 0,05% крем для наружного применения, 0,05% мазь для наружного применения наносится тонким слоем на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки в течение 3–4 недель .
- Или бетаметазон 0,05% мазь для наружного применения 2 раза в сутки наносить на пораженный участок кожи тонким слоем, слегка втирая, в течение 2–4 недель .
- Или бетаметазон 0,05% крем для наружного применения 1 раз в сутки наносить пациентам с атопическим дерматитом на пораженный участок кожи тонким слоем 1–2 раза в сутки, слегка втирая, в течение 2–4 недель .
- Или триамцинолон 0,1% мазь для наружного применения наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки в течение 2–4 недель. Возможно использование окклюзионной повязки .

## Лечение АД

- мометазон крем 0,1% , мазь 0,1% тонким слоем наносят на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 2–4 недель .
- Или метилпреднизолона ацепонат 0,1% крем, мазь, эмульсия для наружного применения наносить 1 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2–4 недель .
- Или алклометазон крем 0,05%, мазь 0,05% наносить пациентам с атопическим дерматитом детского возраста на пораженные участки кожи равномерным слоем 2–3 раза в сутки в течение 2–4 недель. У детей и в период долечивания возможно использовать препарат 1 раз в сутки.

# Лечение АД

- гидрокортизон 1% крем для наружного применения, 1% мазь для наружного применения, 1% эмульсия для наружного применения наносить на пораженные участки кожи тонким слоем не чаще 2 раз в сутки в течение 2–4 недель.
- или преднизолон 0,5% мазь для наружного применения наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 1–3 раза в сутки.

# Лечение АД

- **Рекомендуются** пациентам с атопическим дерматитом средства для лечения дерматита, кроме кортикостероидов, для наружной терапии:
- пимекролимус 1% крем для наружного применения 2 раза в сутки взрослым и детям старше 3 месяцев с легким и среднетяжелым атопическим дерматитом наносить на пораженную поверхность тонким слоем.
- такролимус пациентам со средней тяжестью течения и тяжелой формой атопического дерматита – взрослым 0,03% мазь для наружного применения или 0,1% мазь для наружного применения, детям старше 2 лет – 0,03% мазь для наружного применения наносить 2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи.

# Лечение АД

- **Рекомендуются** препараты для лечения заболеваний кожи другие пациентам с атопическим дерматитом детского возраста для наружной терапии:
- пиритион цинк 0,2% крем для наружного применения наносится тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки детям с 1 года, возможно применение под окклюзионную повязку;
- пиритион цинк 0,2% аэрозоль детям с 1 года в случаях выраженного мокнутия распыляют с расстояния 15 см 2–3 раза в сутки.

# Лечение АД

- **Системная терапия для уменьшения интенсивности зуда**
- **Рекомендуются** антигистаминные средства системного действия пациентам с атопическим дерматитом для уменьшения интенсивности зуда:
- клемастин 1 мг, перорально взрослым и детям старше 12 лет – по 1 таблетке (1 мг) утром и вечером в течение 7–10 дней. В случаях, трудно поддающихся лечению, суточная доза может составлять до 6 таблеток (6 мг); детям в возрасте 6–12 лет – по ½–1 таблетке перед завтраком и на ночь.

## Лечение АД

- хлоропирамин 25 мг перорально детям в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев – по 6,25 мг ( $\frac{1}{4}$  таблетки) 2–3 раза в сутки в растертом до порошка состоянии вместе с детским питанием; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по 8,3 мг ( $\frac{1}{3}$  таблетки) 2–3 раза в сутки; детям в возрасте от 7 до 14 лет – по 12,5 мг ( $\frac{1}{2}$  таблетки) 2–3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 1 таблетке 3–4 раза в сутки (75–100 мг в сутки).

## Лечение АД

- хифенадин 10 мг, 25 мг, 50 мг таблетки взрослым по 25–50 мг 2–4 раза в сутки; детям в возрасте от 3 до 7 лет – по 10 мг перорально 2 раза в сутки, детям в возрасте от 7 до 12 лет – по 10–15 мг перорально 2–3 раза в сутки, детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – по 1 таблетке 25 мг перорально 2–3 раза в сутки в течение 10–15 дней.

# Лечение АД

- лоратадин сироп 1 мг/мл, таблетки 10 мг, детям в возрасте от 2 до 12 лет с массой тела менее 30 кг – 5 мг (5 мл) 1 раз в сутки перорально, при массе тела более 30 кг – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 12 лет и взрослым – 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки перорально в течение 14–28 дней.
- или цетиризин капли для приема внутрь 10 мг/мл, таблетки 10 мг – детям в возрасте от 6 до 12 месяцев (только по назначению врача и под строгим медицинским контролем) – 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте от 1 года до 2 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 1–2 раза в сутки, детям в возрасте от 2 до 6 лет – 2,5 мг (5 капель) перорально 2 раза в сутки или 5 мг (10 капель) перорально 1 раз в сутки, детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14–28 дней .

# Лечение АД

- левоцетиризин 5 мг – детям в возрасте старше 6 лет и взрослым – 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 14–28 дней.
- **Рекомендуется** пациентам с выраженным зудом:
- клемастин раствор для инъекций 1 мг/мл внутримышечно или внутривенно взрослым 2 мг (2 мл) 2 раза в сутки (утром и вечером); детям – 0,025 мг на кг массы тела в сутки внутримышечно, разделяя на 2 инъекции; в течение 5–7 дней.

## Лечение АД

- хлоропирамин раствор для инъекций 20 мг/мл  
детям в возрасте от 1 месяца до 1 года по 5 мг (0,25 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по 10 мг (0,5 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 14 лет – по 10–20 мг (0,5–1 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 20–40 мг (1–2 мл раствора) внутримышечно 1 раз в сутки в течение 5–7 дней.

# Физиотерапевтическое лечение

- **Физиотерапевтическое лечение**
- Пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести может быть назначено ультрафиолетовое облучение кожи.
- Перед назначением **фототерапии** пациентам с атопическим дерматитом для выявления противопоказаний следует провести комплекс лабораторных исследований, включающий общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический, консультация врача-терапевта или врача-педиатра, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин).
- По показаниям рекомендуют обследование у других специалистов.

# Физиотерапевтическое лечение

- **Рекомендуется** ультрафиолетовое облучение кожи пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести:
- узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия УФВ-311 терапия, с длиной волны 311 нм взрослым пациентам с атопическим дерматитом.
- или узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия УФВ-311 терапия, с длиной волны 311 нм детям с атопическим дерматитом.
- ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона (УФА-1 терапия, длина волны 340–400 нм) взрослым.
- селективная фототерапия (широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (УФВ терапия, с длиной волны 280–320 нм) взрослым пациентам с атопическим дерматитом.

# Лечение АД

- **Рекомендуются** средства для лечения дерматита, кроме кортикостероидов, или селективные иммунодепрессанты пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести для системной терапии:
- аброцитиниб таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг или 200 мг 1 раз в сутки перорально взрослым и детям в возрасте от 12 лет.
- барицитиниб таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 2 мг или 4 мг перорально 1 раз в сутки взрослым пациентам.

# Лечение АД

- дупилумаб 200 или 300 мг раствор для подкожного введения – пациентам детского возраста в возрасте от 6 лет и старше. Для пациентов с массой тела от 15 до < 30 кг: начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 4 недели; для пациентов с массой тела от 30 до < 60 кг: начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели; для пациентов с массой тела 60 кг и более начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 2 недели.
- дупилумаб 300 мг раствор для подкожного введения в начальной дозе взрослым пациентам с атопическим дерматитом – 600 мг (2 инъекции по 300 мг в разные места для инъекций), далее – по 300 мг каждые 2 недели. В зависимости от индивидуального терапевтического ответа доза может быть увеличена до 300 мг еженедельно:

# Лечение АД

- **Рекомендуется** при тяжелом течении атопического дерматита у взрослых:
- циклоспорин в начальной дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом.
- При необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки – в зависимости от индивидуального состояния пациента.
- При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.

# Лечение АД

- Пациентам с тяжелым течением атопического дерматита **рекомендуются** глюкокортикостероиды системного действия перорально по схеме – в течение первых 2–3 дней:
- метилпреднизолон 16–20 мг 1 раз в сутки после завтрака
- или преднизолон 20–25 мг после завтрака и 5 мг после обеда.
- далее 1 раз в сутки после завтрака в течение последующих 2–3 дней:
- метилпреднизолон 12 мг
- или преднизолон 15 мг.
- далее 1 раз в сутки после завтрака в течение последующих 2–3 дней:
- метилпреднизолон 8 мг
- или преднизолон 10 мг 1 раз в сутки,
- далее 1 раз в сутки после завтрака с последующей отменой препарата:
- метилпреднизолон 4 мг
- или преднизолон 5 мг.

# Лечение АД

- Атопический дерматит часто осложняется развитием **бактериальных инфекционных поражений кожи**, требующих проведения антибактериальной терапии. При локализованных формах вторичной инфекции достаточно бывает наружной терапии антибиотиками и химиотерапевтическими средствами для дерматологического применения и/или кортикостероидами в комбинации с антибиотиками или кортикостероидами в комбинации с другими препаратами и/или антисептиками и дезинфицирующими средствами или другими лечебными средствами.

# Лечение АД

- При распространенном бактериальном поражении кожи, развившемся у пациентов с atopическим дерматитом, необходимо использование **антибактериальных препаратов** системного действия. До назначения антибактериальных препаратов системного действия следует провести **микробиологическое (культуральное)** исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и с целью идентификации возбудителя и микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам. До получения результатов микробиологического исследования в большинстве случаев начинают лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия, активными в отношении наиболее часто встречающихся возбудителей, в первую очередь, *S. aureus*.
- С высокой эффективностью применяются комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, цефалоспорины первого или второго поколения, макролиды, у взрослых лиц – фторхинолоны.
- Продолжительность терапии антибактериальными препаратами системного действия обычно составляет 7–10 дней.

# Лечение АД

- **Рекомендуются** антибиотики и химиотерапевтические средства для дерматологического применения пациентам с атопическим дерматитом, осложненным вторичной инфекцией,
- для наружной терапии: фузидовая кислота,
- 2% крем для наружного применения или
- 2% мазь для наружного применения наносить на инфицированные очаги поражения 3 раза в сутки в течение 7–14 дней.

## Лечение АД

- бацитрацин + неомицин порошок для наружного применения, мазь для наружного применения 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней
- или мупироцин 2% мазь для наружного применения наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки не более 10 дней.
- или эритромицин мазь для наружного применения (10000 ЕД/г) наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки 7–14 дней.

# Лечение АД

- **Рекомендуются** препараты кальция пациентам с атопическим дерматитом при развитии экссудации с целью ее устранения:
- Кальция глюконат\*\* доступен в форме раствора для внутривенного и внутримышечного введения и в форме таблеток. Раствор для внутривенного и внутримышечного введения кальция глюконат\*\* 100 мг/мл взрослым вводят внутримышечно или внутривенно по 5–10 мл раствора 100 мг/мл ежедневно, через день или через 2 дня в зависимости от состояния пациента.
- натрия тиосульфат\*\* раствор для внутривенного введения 300 мг/мл.

# ЛИТЕРАТУРА

- 1. Клинические рекомендации. Атопический дерматит / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М.: 2024.
- 2. Клинические рекомендации. Крапивница / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М.: 2024.

- **БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ**