

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

*М. Я. Ледяев, Л. К. Гавриков, С. Н. Емельянова, Е. И. Шефатова,  
М. А. Иноземцева, Б. Б. Леденев*

**Кафедра детских болезней ВолГМУ**

Атопический дерматит (АД) является хроническим рецидивирующим заболеванием кожи, в основе которого лежит иммунный процесс [6]. Проявление клинической картины варьирует от легкой степени до тяжелой. В исключительных случаях, атопический дерматит может нарушать нормальный рост и развитие. В основе терапии лежит предотвращение контакта с аллергенами, адекватная гидратация кожи, использование топических противовоспалительных препаратов, системных антигистаминных препаратов и антибактериальная терапия вторичных инфекций.

Хотя в практике часто используют как синоним понятия «экзема», но атопический дерматит не эквивалентен экземе. Под экземой понимают реакцию кожи на различные факторы. Наиболее распространенной в педиатрической практике причиной экземы является атопический дерматит. Другими причинами экземы могут быть контактный дерматит, себорейный дерматит, простой лишай и др. Экзематозные реакции могут быть классифицированы как острые, подострые или хронические.

Распространенность атопического дерматита у детей старше 1 года варьирует от 2 % в Иране и Китае до 20 % в Австралии, Англии, Скандинавии, России [7]. Интересно, что группы населения, которые мигрируют из зон с низкой распространенностью АД в районы с высокой распространенностью АД, показывают рост заболеваемости атопическим дерматитом, что доказывает важную роль влияния окружающей среды на проявления атопического дерматита. Мужской и женский пол одинаково подвержен заболеванию.

Атопический дерматит может возникнуть в любом возрасте, но чаще начинается у детей в возрасте 2–6 месяцев. У 90 % пациентов с атопическим дерматитом начало заболевания было в возрасте до 5 лет [5]. У 75 % пациентов с АД заметное улучшение их состояния наблюдается после 14 лет, но остальные 25 % продолжают иметь частые

и значительные рецидивы во взрослой жизни. Недавнее исследование показало, что распространенность атопического дерматита у детей младше 2 лет составляет 18,6 % [1].

Нет достоверных лабораторных исследований, указывающих на наличие у пациента атопического дерматита. Тем не менее повышение сывороточного иммуноглобулина E (IgE), увеличение уровня эозинофилов в периферической крови могут быть полезны для подтверждения диагноза АД. Однако нормальные величины этих параметров не исключают диагноза «атопический дерматит».

Наиболее важным этапом в борьбе с атопическим дерматитом является регидратация рогового слоя кожи. Адекватная регидратация сохраняет барьер рогового слоя, сводя к минимуму прямое воздействие раздражителей и аллергенов на кожу и повышает эффект другой терапии, тем самым уменьшая вероятность применения топических кортикостероидов.

Теплые ванны продолжительностью 10–20 минут являются простым и действенным методом регидратации кожи [5]. Следует избегать чрезмерно горячей воды, чтобы предотвратить расширение кровеносных сосудов, так как это может вызвать зуд и повреждение кожного барьера, а также повышается вероятность ожогов.

Небольшие количества масла для ванн или эмульгированных реагентов могут быть использованы для дополнительной гидратации в более старшем возрасте. Наиболее доступны такие средства как хлопковое масло, оливковое масло и др.

Рекомендуемое мыло без запаха с нейтральным pH (Dove, Olay и т. д.). Тем не менее даже на это мыло часто у детей бывает реакция в виде обострения АД. В этом случае, предпочтение следует отдать купанию без мыла. Специальный детский шампунь может быть использован для мытья головы у ребенка с АД.

После ванны следует немедленно применять смягчающие средства, удерживающие влагу в эпидермисе по всей поверхности кожи. Если смягчающее средство не применяется в течение 3 минут после выхода из ванны, испарение вызывает избыточную сухость кожи и эффект ванны нивелируется. Кожу не следует вытирать полотенцем перед нанесением смягчающего средства. Легкое промакивание кожи полотенцем, чтобы удалить лишнюю влагу – вполне достаточно.

Методы психологического воздействия, биологическая обратная связь, релаксация, массаж могут быть очень полезны, если стрессовые факторы являются триггером atopического дерматита. Ультрафиолетовое излучение UVB-диапазона может принести пользу некоторым пациентам.

Гипосенсибилизация с использованием специфических аллергенов в настоящее время эффективна только для больных с аллергическим ринитом или бронхиальной астмой. Тем не менее некоторые рандомизированные контролируемые исследования показали значительную клиническую эффективность подкожной специфической гипосенсибилизации у пациентов АД с повышенной чувствительностью к домашней пыли [4].

Грудное вскармливание не может полностью предотвратить развитие atopического дерматита у детей. Тем не менее в настоящее время рекомендуется исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни, чтобы снизить риск развития atopического дерматита у детей с высоким риском развития atopии [2].

В случае искусственного вскармливания детей из групп риска по развитию АД, следует использовать полностью гидролизованные заменители грудного молока. Они оказались более эффективными с профилактической точки зрения, чем частично гидролизованные [2]. Частично гидролизованные молочные смеси могут быть полезны детям с низким риском развития atopического дерматита [3].

Следует полностью исключить курение в местах, где находятся дети с АД. Регулярно проводить влажную уборку. Удалить ковры и шторы из спальни, где находится ребенок с АД. Следует избегать контакта с возможными раздражителями и поллютантами, которые вызывают зуд и расчесывания (мыло, моющие средства, химические вещества,

грубая одежда, экстремальные температура и влажность).

Основой терапии atopического дерматита являются топические кортикостероиды. Эти препараты уменьшают воспаление и зуд, воздействуют на различные стадии аллергического воспаления. Топические кортикостероиды следует применять только в месте обострения заболевания не смазывая всю кожу. Абсорбция топических кортикостероидов намного лучше происходит через увлажненную кожу. Потому идеальное время для их применения – первые 3 минуты после ванны или душа.

У детей старшего возраста и подростков в легких случаях atopического дерматита топические кортикостероиды используют два раза в день, чтобы уменьшить воспаление. Например, крем или мазь гидрокортизона, 1 % и 2,5 %. В случае atopического дерматита средней степени тяжести топические кортикостероиды могут быть использованы в виде коротких курсов (< 2 недель). В тяжелых случаях atopического дерматита, кроме топических кортикостероидов, используют пульс-терапию или оральные кортикостероиды.

Системные антигистаминные препараты оказывают противозудное, седативное и мягкое транквилизирующее действие. Это особенно полезно для детей в ночное время, так как часто именно ночью зуд при АД усиливается и нарушает нормальный сон ребенка.

Классический антигистаминный препарат первого поколения – супрастин (хлоропирамин), принадлежащий к группе этилендиаминовых антигистаминных препаратов. Он является блокаторм  $H_1$ -гистаминовых рецепторов, оказывает антигистаминное и M-холиноблокирующее действие, обладает противорвотным эффектом, умеренной спазмолитической и периферической холиноблокирующей активностью.

При пероральном приеме практически полностью абсорбируется из ЖКТ. Терапевтический эффект супрастина развивается в течение 15–30 мин после приема внутрь, достигает максимума в течение первого часа после приема и длится минимум 3–6 ч. Хорошо распределяется в организме, включая ЦНС. Интенсивно метаболизируется в печени. Выводится в основном почками. У детей выведение препарата происходит быстрее, чем у взрослых пациентов.

Побочные эффекты, как правило, возникают крайне редко, носят временный характер, проходят после отмены препарата.

Детям в возрасте от 1 до 12 месяцев супрастин назначают по 1/4 таблетки (6,5 мг) 2–3 раза в день (в растертом до порошка виде вместе с детским питанием); от 1 года до 6 лет – по 1/4 таблетки 3 раза в день или по 1/2 таблетки 2 раза в день; от 6 до 14 лет – по 1/2 таблетки (12,5 мг) 2–3 раза в день. Дозу можно постепенно повышать при отсутствии побочных эффектов у пациента, но максимальная доза никогда не должна превышать 2 мг/кг массы тела.

В тяжелых случаях, возможно парентеральное применение супрастина. Рекомендуемые начальные дозы детям в возрасте от 1 до 12 мес. – 0,25 мл (1/4 амп.) в/м; от 1 до 6 лет – 0,5 мл (1/2 амп.) в/м; от 6 до 14 лет – 0,5–1 мл (1/2–1 амп.) в/м. Дозу можно осторожно повышать в зависимости от реакции пациента и наблюдаемых побочных эффектов. Однако доза никогда не должна превышать 2 мг/кг массы тела. При тяжелом течении аллергии лечение следует начинать с осторожной медленной в/в инъекции, после чего продолжать в/м инъекции или прием препарата внутрь.

Супрастинекс (левоцитеризина дигидрохлорид) является энантиомером цетиризина; конкурентный антагонист гистамина; блокирует H<sub>1</sub>-гистаминовые рецепторы, средство к которым в 2 раза выше, чем у цетиризина. Оказывает влияние на гистаминозависимую стадию аллергических реакций; уменьшает миграцию эозинофилов, уменьшает сосудистую проницаемость, ограничивает высвобождение медиаторов воспаления. Предупреждает развитие и облегчает течение

аллергических реакций, оказывает антиэкссудативное, противозудное действие; практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинергического действия. В терапевтических дозах практически не оказывает седативного действия.

Действие начинается через 12 мин после приема однократной дозы у 50 % пациентов, через 1 ч – у 95 % и продолжается в течение 24 ч.

Детям в возрасте от 2 до 6 лет – ежедневная рекомендуемая доза супрастинекса равна 2,5 мг за 2 приема в равных дозах по 1,25 мг (2 раза по 0,25 мл капель или 2 раза по 5 капель из капельницы). Максимальная суточная доза супрастинекса не должна превышать 2,5 мг.

Детям старше 6 лет – 5 мг [(1 таблетка или 1 мл (20 кап. из капельницы)] в день. Максимальная суточная доза старше 6 лет не должна превышать 5 мг.

В случае развития инфекционных осложнений атопического дерматита, используют как системные антибиотики (аминопенициллиновые, макролидные, цефалоспориновые), противовирусные препараты, так и местные антимикробные средства.

Например, бетадин – активное вещество – повидон-йод. Бетадин обладает антисептическим и дезинфицирующим действием. При контакте с кожей и слизистыми, йод образует с белками бактерий йодамины, коагулирует их и вызывает гибель микроорганизмов.

Бетадин оказывает быстрое бактерицидное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии. Эффективен в отношении грибов, вирусов, простейших.

При местном применении почти не происходит абсорбции йода. Мазь наносят тонким слоем на пораженную поверхность 2–3 раза в сутки; можно использовать под окклюзионную повязку.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Kvenshagen B., Jacobsen M., Halvorsen R. // Arch Dis Child. – 2009. – Vol. 94 (3). – P. 202–205.
2. Greer F. R., Sicherer S. H., Burks A. W. // Pediatrics. – 2008. – Vol. 121 (1). – P. 183–191.
3. Jin Y. Y., Cao R. M., Chen J., et al. // Pediatr Allergy Immunol. – 2011. – Vol. 22. – P. 688–694.
4. Novak N. // Curr Opin Allergy Clin Immunol. – 2007. – Vol. 7 (6). – P. 542–546.
5. Ong P. Y., Boguniewicz M. // Prim Care. – 2008. – Vol. 35 (1). – P. 105–117.
6. Turner J. D., Schwartz R. A. // Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat. – 2006. – Vol. 15 (2). – P. 59–68.
7. Williams H., Stewart A., von Mutius E., et al. // J. Allergy Clin. Immunol. – 2008. – Vol. 121 (4). – P. 947–954.

*Научное издание*

## **ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ВЕСТНИК**

Научно-информационный журнал

№ 1 (57) Том 9  
Март 2015

Журнал зарегистрирован Нижне-Волжским межрегиональным  
территориальным управлением МПТР.

Свидетельство о регистрации ПИ № 9-0664  
от 27 апреля 2004 г.

Редактор *Е. В. Максимова*  
Компьютерная верстка *Е. Е. Таракановой*  
Оформление обложки *Е. А. Могутиной*

*Директор Издательства ВолгГМУ Л. К. Кожевников*

Санитарно-эпидемиологическое заключение  
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07 от 11.01.2007 г.

Подписано в печать 16.03.2015 г. Формат 60x84/8.  
Усл. печ. л. 6,51. Уч.-изд. л. 5,25.  
Тираж 1000 (1-й – 180). Заказ № 58.  
Цена свободная.

Издательство ВолгГМУ, редакция  
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.

Отпечатано в производственно-полиграфическом отделе Издательства ВолгГМУ  
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.