



# **АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ**

**Эпидемиология Актуальность**

**Классификация**

**Диагностика**

**Клинические проявления**

**Дифференциальный диагноз**

**Принципы лечения**

**Атопический дерматит** — хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, возрастной морфологией высыпаний и стадийностью.

Атопический дерматит в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте, значительно нарушает качество жизни больного и членов его семьи.

Атопический дерматит в большинстве случаев развивается у лиц с наследственной предрасположенностью и часто сочетается с другими формами аллергической патологии, такими, как БА, АР, аллергический конъюнктивит, пищевая аллергия.



# Код МКБ-10

L20 Атопический дерматит.

L20.8 Другие атопические дерматиты.

L20.9 Атопический дерматит  
неуточнённый.





# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. АКТУАЛЬНОСТЬ

Атопический дерматит встречается во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах. Распространённость симптомов атопического дерматита в различных регионах Российской Федерации (РФ) составила от 6,2% до 15,5% по результатам стандартизированного эпидемиологического исследования ISAAC.

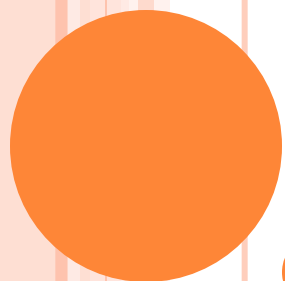
В структуре аллергических заболеваний атопический дерматит является самым ранним и самым частым проявлением атопии и выявляется у 80-85% детей раннего возраста с аллергией, причём в последние годы отмечается тенденция к более тяжёлому клиническому течению атопического дерматита с изменением его патоморфоза.



- У значительной части детей заболевание протекает хронически до пубертатного периода.
- Более ранняя манифестация (в 47% случаев atopический дерматит проявляется сразу после рождения или в первые 2 мес. жизни).
- Определённая эволюция симптомов болезни с расширением площади поражения кожи, увеличением частоты тяжёлых форм и числа больных atopическим дерматитом с непрерывно рецидивирующим течением, устойчивым к традиционному лечению.

Кроме того, атопический дерматит является первым проявлением «атопического марша» и значимым фактором риска развития БА у детей, поскольку сенсibilизация, формирующаяся при атопическом дерматите, сопровождается не только локальным воспалением кожи, но и системным иммунным ответом с вовлечением различных отделов респираторного тракта.





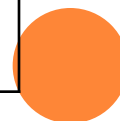
# КЛАССИФИКАЦИЯ



Общепринятой классификации атопического дерматита не существует. Рабочая классификация атопического дерматита предложена Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов в 2002 г. Она удобна для практических врачей, отражает возрастную динамику, клинико-морфологические формы, тяжесть и стадии течения.



<b>Возрастные периоды</b>	Младенческая (с 1 мес до 1 г. 11 мес.) Детская (с 2 лет до 11 лет 11 мес.) Подростковая (старше 12 лет)
<b>Стадии</b>	Обострение Ремиссия неполная Ремиссия
<b>Клинические формы</b>	Экссудативная Эритематозно-сквамозная Эритематозно-сквамозная с лихенификацией Лихеноидная Пруригинозная



<b>Тяжесть течения</b>	Легкое течение
	Среднетяжёлое
	Тяжёлое
<b>Распространенность процесса</b>	Ограниченный
	Распространённый
	Диффузный
<b>Клинико-этиологические варианты</b>	С пищевой сенсibilизацией
	С грибковой сенсibilизацией
	С клещевой/бытовой сенсibilизацией
	С пылевой сенсibilизацией



## Примеры диагнозов

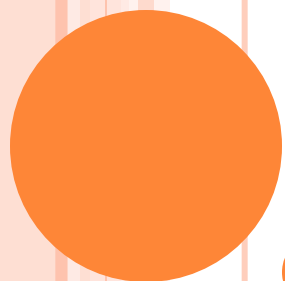
1. Атопический дерматит, распространенная форма, тяжелое течение, обострение.

Пищевая аллергия.

2. Атопический дерматит, распространенная форма, среднетяжелое течение, неполная ремиссия.

3. Атопический дерматит, ремиссия.





# ДИАГНОСТИКА

Диагностика атопического дерматита основывается преимущественно на клинических данных. Объективных диагностических тестов, позволяющих подтвердить диагноз, в настоящее время не существует.

Обследование включает тщательный сбор аллерго-анамнеза, оценку распространённости и тяжести кожного процесса, а также аллергологическое обследование.



# Диагностические критерии атопического дерматита

Основные критерии:

- Зуд кожи.
- Типичная морфология высыпаний и их локализация:
- дети первых лет жизни — эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей;
- дети старшего возраста - папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей.
- Ранняя манифестация первых симптомов.
- Хроническое рецидивирующее течение.
- Наследственная отягощённость по атопии.

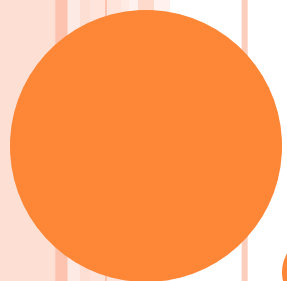


**Дополнительные критерии** (помогают заподозрить атопический дерматит, но являются неспецифическими):

- Ксероз (сухость кожи).
- Реакции гиперчувствительности немедленного типа при тестировании с аллергенами.
- Ладонная гиперлинейность и усиление рисунка («атопические» ладони).
- Стойкий белый дермографизм.
- Экзема сосков.
- Рецидивирующий конъюнктивит.
- Продольная суборбитальная складка (линия Денни-Моргана).
- Периорбитальная гиперпигментация.
- Кератоконус (коническое выпячивание роговицы в её центре).







# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Обычно манифестация атопического дерматита у детей происходит на первом году жизни. Заболевание проходит в своем развитии три периода, которые могут быть разделены периодами ремиссии или непосредственно переходить один в другой.



**Младенческий период** атопического дерматита формируется у детей с периода новорожденности до двух лет и характеризуется острым воспалением кожи с высыпаниями в виде папул и микровезикул с выраженной экссудацией и мокнутием (экссудативная форма).

- Высыпания локализуются преимущественно на лице, реже — на голени и бёдрах. При этом на фоне гиперемии и экссудации, инфильтрации и отёка отдельных участков кожи выявляются микровезикулы с серозным содержимым, вялой крышкой, быстро вскрывающиеся с образованием «экзематозных колодцев».





- Экзематозные папулы и микровезикулы являются проявлением острого воспалительного процесса и представляют собой бесполостные ограниченные образования в виде мелких узелков (до 1 мм), слегка возвышающиеся над уровнем кожи, округлой формы, мягкой консистенции, обычно одиночные, иногда сгруппированные и быстро эволюционирующие.
- Кроме того, отмечается выраженный зуд и жжение кожи, болезненность и чувство напряжения. Больной ребёнок расчесывает кожу, вследствие чего очаги покрываются серозно-кровянистыми корочками, а при присоединении вторичной инфекции - серозно-кровянисто-гнойными корочками.
- Очаги поражения кожи расположены симметрично.





При **ограниченной распространённости процесса** подобные высыпания локализуются чаще на лице в области щёк, лба и подбородка за исключением носогубного треугольника и симметрично — на кистях рук.

При **распространённой форме** атопического дерматита отмечается поражение кожи туловища, конечностей (преимущественно их разгибательных поверхностей).

Для 30% больных атопическим дерматитом характерны гиперемия, инфильтрация и лёгкое шелушение кожи без экссудации, которые являются проявлениями **эритематосквамозной формы** болезни. Эритематозные пятна и папулы в типичных случаях сначала появляются на щеках, лбу и волосистой части головы и сопровождаются зудом. Обычно эритема усиливается вечером и почти не определяется в утренние часы.







**Детская стадия** атопического дерматита формируется у детей в возрасте от 2 до 11 лет 11 мес., может следовать за младенческим без перерыва и продолжается обычно до подросткового возраста.

- При этом на коже менее выражены экссудативные очаги, характерные для младенческой стадии, отмечается её значительная гиперемия, выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, утолщение складок и гиперкератоз, складчатый характер поражений. Наличие этих элементов определяется как **эритематосквамозная форма** атопического дерматита **с лихенизацией.**





• В дальнейшем на поверхности кожи преобладают лихеноидные папулы и очаги лихенизации с типичной локализацией в складках кожи. Высыпания локализуются чаще всего в локтевых, подколенных, ягодичных складках, на коже сгибательных поверхностей локтевых и лучезапястных суставов, тыльной поверхности шеи, кистей и стоп.

• При этом отмечаются высыпания в виде лихеноидных папул, обильное шелушение, множественные расчесы и трещины кожи — эти проявления определяют как лихеноидную форму атопического дерматита.



**DermExpert**



Для этой стадии атопического дерматита характерно поражение кожи лица, определяемое как «атопическое лицо» проявляющееся гиперпигментацией век с подчеркнутыми складками, шелушением кожи век и вычесыванием бровей. У этих больных определяется очень характерный упорный и мучительный зуд кожи, особенно выраженный по ночам.





**Подростковый период** атопического дерматита наблюдается у детей в возрасте старше 12 лет и характеризуется резко выраженной лихенизацией, сухостью и шелушением, преимущественными поражениями кожи лица и верхней части туловища и непрерывно рецидивирующим течением.

- Этот период начинается в период полового созревания и часто продолжается в зрелом возрасте. Преобладает поражение сгибательных поверхностей в области естественных складок, лица и шеи, плечи спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног. Высыпания представлены сухими шелушащимися эритематозными папулами и бляшками с образованием больших лихенифицированных бляшек при хронических очагах поражения кожи. Значительно чаще, чем в предыдущей возрастной группе, наблюдаются поражения кожи лица и верхней части туловища.

У подростков и взрослых может наблюдаться **пруригинозная форма** атопического дерматита, которая характеризуется сильнейшим зудом и множественными фолликулярными папулами плотной консистенции, шаровидной формы с многочисленными рассеянными эксфолиациями на поверхности.

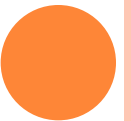
- Эти высыпания сочетаются с выраженной лихенизацией с типичной для этого возраста локализацией на сгибательных поверхностях конечностей.







PHOTO 2



По распространённости воспалительного процесса на коже различают:

- ограниченный атопический дерматит (локализация преимущественно на лице, площадь поражения кожи не более 5-10%);
- распространённый атопический дерматит (площадь поражения 10-50%);
- диффузный атопический дерматит (обширное поражение кожи — более 50%).





# **ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ**

Лёгкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжёлое течение
<p>Ограниченные участки поражения кожи, слабая эритема или лихенизация, слабый зуд кожи, редкие обострения —1-2 раза в год</p>	<p>Распространенный характер поражения кожи с умеренной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, умеренный зуд, более частые обострения — 3-4 раза в год с короткими ремиссиями</p>	<p>Диффузный характер поражения кожи с выраженной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, постоянный сильный зуд и практически непрерывное рецидивирующее течение</p>



Оценку тяжести клинических проявлений АТД проводят по шкалам:

SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), EASY (Eczema Area and Severity Index), SASSAD (Six Area Six Sign Atopic Dermatitis Severity Score).

В России наиболее широкое распространение получила шкала SCORAD, которая используется специалистами для оценки эффективности лечения и динамики клинических проявлений АТД





**ЛАБОРАТОРНЫЕ И  
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ**

- Клинический анализ крови (неспецифическим признаком может быть наличие эозинофилии, в случае присоединения кожного инфекционного процесса возможен нейтрофильный лейкоцитоз).
- Не рекомендуется определение концентрации общего IgE в сыворотке крови (низкий уровень общего IgE не указывает на отсутствие атопии и не является критерием исключения диагноза атопического дерматита).
- Рекомендуется определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови
- Кожные тесты с аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы) проводятся аллергологом, выявляют IgE-опосредованные аллергические реакции.



Их проводят при отсутствии острых проявлений атопического дерматита у больного. Приём антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов и нейролептиков снижает чувствительность кожных рецепторов и может привести к получению ложноотрицательных результатов, поэтому эти препараты необходимо отменить за 72 ч и 5 сут соответственно до предполагаемого срока исследования.





- Назначение элиминационной диеты и провокационный тест с пищевыми аллергенами обычно осуществляется только врачами-специалистами (аллергологами) в специализированных отделениях или кабинетах для выявления пищевой аллергии, особенно к злаковым и коровьему молоку.





# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Атопический дерматит необходимо дифференцировать с чесоткой, себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, ихтиозом, псориазом, иммунодефицитными состояниями (синдромом Вискотта-Олдрича, синдромом гипериммуноглобулинемии E).



## Чесотка

**Этиология:** паразитарное заболевание кожи

**Характер высыпаний:** Зудящие папулы и везикулы, располагающиеся линейно, попарно, характерные чесоточные ходы, расчесы.

**Локализация:** Межфаланговые складки, сгибательные поверхности конечностей, ягодицы, паховая область, живот, ладони, подошвы; у детей раннего возраста - на спине и в подмышечных впадинах.

**Зуд:** выраженный

**Начало заболевания:** любой возраст.





# Себорейный дерматит

**Этиология:** *Pityrosporum ovale*.

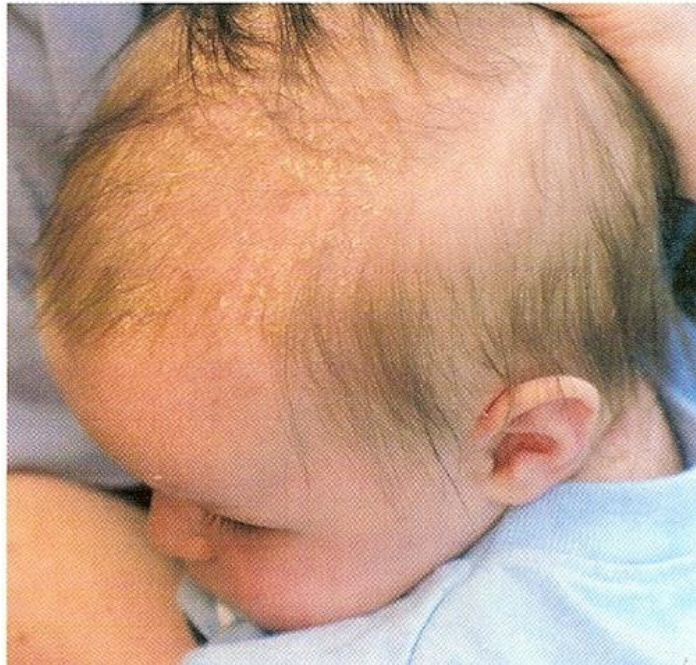
**Характер высыпаний:** эритематозные участки с фестончатыми краями, скопление желтых жирных чешуек.

**Локализация:** волосистая часть головы, носогубные складки, паховые складки.

**Зуд:** слабый или отсутствует.

**Начало заболевания:** первые недели жизни, реже-подростковый возраст.





## Пеленочный дерматит.

**Этиология:** недостаточный уход за ребенком.

**Характер высыпаний:** эритема, отечность, уртикарная сыпь, везикулы.

**Локализация:** промежность, ягодицы, бедра.

**Зуд:** отсутствует.

**Начало заболевания:** у детей раннего возраста.







## **Псориаз.**

**Этиология:** дерматоз аутоиммунной природы.

**Характер высыпаний:** папулы с быстрым образованием бляшек, покрытых серебристыми чешуйками.

**Локализация:** волосистая часть головы, естественные складки кожи или в местах трения.

**Зуд:** слабый.

**Начало заболевания:** в любом возрасте.





## **Осложнения**

о Вторичное инфицирование участков кожного покрова

о Осложнения - проявления побочных действий лекарственных препаратов (как правило, возникают при длительном бесконтрольном использовании)



## Показания к госпитализации

При тяжелом течении атопического дерматита и/или торпидности к терапии, после уточнения диагноза, показано лечение в круглосуточном / дневном стационаре.

Показания к госпитализации (дневной / круглосуточный стационар):

- о обострение АД, сопровождающееся нарушением общего состояния;
- о распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием;
- о рецидивирующие кожные инфекции.



## Исходы и прогноз

Первые симптомы АТД обычно появляются в раннем возрасте, а в 50% случаев диагноз устанавливают к 1-му году жизни. Атопический дерматит имеет волнообразное рецидивирующее течение: у 60% детей симптомы со временем полностью исчезают, а у остальных сохраняются или рецидивируют в течение всей жизни.

Предположительно, дети, заболевшие атопическим дерматитом на 1-м году жизни, имеют лучший прогноз заболевания. Тем не менее, в целом, чем раньше дебют и чем тяжелее протекает заболевание, тем выше шанс его персистирующего течения, особенно в случаях сочетания АТД с другой аллергической патологией. Доказано наличие патофизиологической связи между тяжелым атопическим дерматитом, БА и аллергическим ринитом, при этом АТД рассматривается как основной предиктор формирования астмы у детей.

Негативное влияние АТД на качество жизни детей сопоставимо с такими тяжелыми хроническими заболеваниями как псориаз, сахарный диабет и др.





# ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение атопического дерматита должно быть комплексным и патогенетическим, включающим элиминационные мероприятия, диету, гипоаллергенный режим, местную и системную фармакотерапию, коррекцию сопутствующей патологии, обучение больного, реабилитацию. Тактика лечения определяется выраженностью клинических проявлений.

Лечение атопического дерматита должно быть направлено на достижение следующих целей:

- уменьшение клинических проявлений заболевания;
- снижение частоты обострений;
- повышение качества жизни больных;
- предотвращение инфекционных осложнений.

