

Респираторные и кожные аллергозы у детей раннего возраста

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ (АР)

- заболевание слизистой оболочки носа, основой которого является аллергическое воспаление, вызываемое причинно-значимыми аллергенами.

Его медико-социальное значение:

- Высокая распространенность среди детей, подростков и взрослых : от 15-40% лиц всех возрастов,
- Существенное снижение качества жизни больного,
- Нарушение сна,
- Ограничение, связанное с обучением и профессиональной деятельностью.

АР связан с такими заболеваниями как:

1. **Бронхиальная астма,**
2. Острый и хронический риносинусит,
3. **Аллергический конъюнктивит,**
4. Экссудативный средний отит.

Механизм развития АР представляет собой классический пример немедленной IgE-обусловленной аллергической реакции.

Главными участниками аллергического воспаления, развивающегося в слизистой оболочке носа в результате взаимодействия аллергена со специфическими IgE-антигенами, являются эозинофилы, лимфоциты, тучные, эпителиальные и эндотелиальные клетки.

Аллергенспецифические IgE-антитела, образующиеся в избытке при контакте с аллергеном у предрасположенных к атопии лиц, фиксируются на высокоаффинных рецепторах к ним (FcεRI), расположенных на тучных клетках.

Это приводит к сенсibilизации слизистой оболочки носа. Следующий контакт с аллергеном и связывание последнего с фиксированными на тучных клетках IgE-антителами способствуют активации тучных клеток и секреции медиаторов аллергического воспаления:

гистамина, триптазы, кининов, цистеиниловых лейкотриенов (С, D, E), простагландина D.

Медиаторы воздействуют на эндотелиальные клетки сосудов и нейрорецепторы слизистой оболочки носа, вследствие чего развиваются клинические симптомы АР.

Слизистая оболочка носа становится более реактивной как к провоцирующим аллергенам так и к другим аллергенам и неаллергическим триггерам (резкому запаху, холодному воздуху и т.д.)

В зависимости от особенностей течения и обострений аллергического ринита, связанных со временем года у детей выделяют круглогодичную и сезонную форму заболевания.

- **Сезонный аллергический ринит** связан с воздействием аллергенов пыльцы растений и проявляется в определенные периоды цветения: деревьев и трав. Аллергенами может быть пыльца деревьев (береза, лещина, дуб, ольха, вяз, клен), злаковых трав (тимофеевка, овсяница, костер, ежа, рацграс, лисохвост, мятлик, рожь) и сорных трав (лебеда, полынь, амброзия), а также плесневых грибов (Альтернария, Кладоспориум).
- Особенности сезонного ринита является периодичность обострений. Клинические симптомы заболевания рецидивируют из года в год в одно и то же время года и проявляются выраженным зудом носа, чиханием, серозными отделяемым из носа. Часто ринит сочетается с конъюнктивитом.

- **Круглогодичный аллергический ринит**
обусловлен аллергенами домашней пыли, клещей домашней пыли, тараканов, грызунов, некоторых видов плесневых грибов (*Аспергиллус, Пенициллин, Кандида).
- **Пищевые аллергены** (коровье молоко, яйцо, рыба, шоколад) могут быть причиной развития этой формы ринита, но в основном у детей первых лет жизни. Для этой формы ринита характерно наличие постоянной клинической симптоматики на протяжении всего года. Сезонность обострений, как правило, не наблюдается.
- **Наиболее частым и типичным клиническим симптомом** является заложенность носа. Течение круглогодичного ринита усугубляется при воздействии неспецифических факторов (холодный воздух, табачный дым, изменение атмосферного давления), а также вирусов и инфекции.

Диагностика *аллергических ринитов* *основывается на:*

- **данных анамнеза- семейный анамнез, время появления симптомов, их сезонная вариабельность, профессиональный маршрут.**
- **Клиника- ринорея, чихание, зуд в носу, нарушение носового дыхания и нередко обоняния.**

- результатов аллергологического обследования: кожные пробы с аллергенами, определение аллергенспецифических IgE-антител.

Следует помнить, что существует много видов неаллергических/-неинфекционных ринитов: гормональный, медикаментозный, неаллергический эозинофильный ринит, ринит индуцированный пищей, ирритантный, атрофический, эмоциональный, идиопатический/вазомоторный.

Терапия аллергического ринита

Step-up(ступень вверх) в терапии, если АР плохо контролируется.

Избегание триггеров.

Назальный душ (промывание носа).

3. Добавить антигистаминные препараты ±антогонисты лейкотриеновых рецепторов к ИнГКС.

2. Назальные ГКС.

1. Антигистаминные препараты-оральные или назальные.

Специфическая иммунотерапия.

Step-down (ступень вниз) в терапии, если АР хорошо контролируется.

Оральные антигистаминные средства могут лучше-переноситься, но топические характеризуются более быстрым эффектом.

Необходимо пересмотреть диагноз, если аллергический ринит не контролируется в течении одной-двух недель.

Нормальная назальная пиковая скорость вдоха. Нормальный тест «дыхание с закрытым ртом»

Критерии контроля АР

Критерии контроля ринита	Контролируемый
Симптомы	Нет симптомов- (заложенность, ринорея, чихание, зуд, назальный затек).
Качество жизни	Нет нарушений сна. Нет нарушений дневной активности (учеба, работа).
Объективные измерения	Нормальная назальная пиковая скорость вдоха. Нормальный тест «дыхание с закрытым ртом»

Интерmittирующий АР.

Симптомы: менее 4-х дней в неделю или 4-х недель в год.

Легкое течение:

- нормальный сон,
- нормальная дневная активность, занятия спортом и отдых,
- нормальная работоспособность и учеба,
- отсутствие мучительных симптомов.

Персистирующий АР

Симптомы: более 4-х дней в неделю или 4-х недель в год.

Течение средней тяжести/тяжелое:

- нарушение сна,
- нарушение дневной активности, занятий спортом и отдыха,
- нарушение работоспособности и школьных занятий,
- мучительные симптомы.

Ступенчатая терапия АР , основанная на контроле симптомов.

1-я ступень. Выбрать один из:

- оральные антигистаминные,
- интраназальные антигистаминные,
- интраназальные кромоны,
- антогонисты лейкотриеновых рецепторов.

2-я ступень. Выбрать один из:

- интраназальные ГКС (предпочтительно),
- оральные антигистаминные,
- интраназальные антигистаминные,
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов.

3-я ступень.

Комбинация интраназальных ГКС с одним или более из:

- оральные антигистаминные,
- интраназальные антигистаминные,
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов.

4-я ступень (лечение только специалистами).

- рассмотреть терапию *омализумабом* в случае тяжелой АР в сочетании с бронхиальной астмой (омализумаб в настоящее время не одобрен для терапии изолированного АР),
- рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии.

Препараты скорой помощи:

- деконгестанты (интраназальные/оральные)-т.е. сосудосуживающие:галазолин,отривин и т.д.
- антихолинергики: беродуал (комбинация феноте-рола + ипротропиума бромидом).
- оральные ГКС.

С 2-х лет

Химическое название препарата	Торговое название	Дозы у детей	Разрешен к применению
Бекламетазона дипропионат	Насобек ринокленил	50мкг в каждую ноздрю 2-4 раза в сутки	С 6 лет
Будесонид	Тафен назаль Бенарин	50-100 мкг в каждую ноздрю 1-2 раза в день	С 6 лет Бенарин с 18 лет
Флутиказона пропионат	Назарел	50 мкг в каждую ноздрю 1-2 раза в день	С 4-х лет
Мометазона фураат	Назонекс	50 мкг в каждую ноздрю 1-2 раза в день	С 2-х лет
Флутиказона фураат	Авамис	27,5 мкг в каждую ноздрю 1 раз в день	С 2-х лет

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

(АтД) – аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к atopическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и неспецифическим раздражителям.

Этиология

К развитию данного заболеванию приводит сочетанное воздействие нескольких факторов (триггеров):

- Генетическая предрасположенность к атопии (в 60-80% случаев).
- Инфекционные факторы: *S.aureus* (A) и его энтеротоксины, *Malassezia species* и др..
- Климатические факторы.
- Пищевые аллергены – наиболее часто белки коровьего молока, куриного яйца, рыба и др.
- Аэроаллергены: домашняя пыль, клещи домашней пыли, пыльца растений, грибковые аллергены, аллергены животных.
- Хронический стресс.
- Воздействие поллютантов.
- И др.

Классификация (АтД)

Возрастной период:

- Младенческая (1 мес. – 2 года).
- Детский период (2-13 лет).
- Подростковая и взрослая формы (старше 13 лет).

Стадии:

- Острая (зуд кожи, папулы, микровезикулы, расчесы, эрозии).
- Подострая (эритема, шелушение, расчесы).
- Хроническая (утолщенные бляшки, папулы, лихенизация).

Клинико-морфологические формы:

- Экссудативная.
- Эритематозно-сквамозная.
- Эритематозно-сквамозная с лихенизацией.
- Лихеноидная.

Тяжесть течения:

- Легкая.
- Среднетяжелая.
- Тяжелая.

Распространенность процесса:

- Ограниченная (площадь поражения 5-10%).
- Распространённая (площадь поражения 10-50%).
- Диффузная (площадь поражения более 50% кожи).

и подострый характер. Эритема, отечность, микро-
везикулы, экссудация (мокнутие), корки, шелушение, трещи-
ны. Зуд.

Дермогра- Форма АД Физм красн изменения затрагивают	Формы или смешанный. Преимущественно в ос- новном эпидермис. локализация	Патоло- гические Клинические особенности
Младенческая форма	Лицо, наружная по- верхность верхних и нижних конечностей. К концу периода в облас- ти локтевых и подко- ленных ямок, запястье, туловище, шея, ягоди- цы.	Преобладание экссу- датованной формы. Заболевание носит острый и подострый характер. Эритема, отечность, микрове- зикулы, экссудация (мокнутие), корки, шелушение, трещи- ны. Зуд. Дермогра- физм красный или смешанный. Патоло- гические изменения затрагивают в ос- новном эпидермис.

эрозии, экскориации, ге-моррагические короч-ки, трещины. Кожа сухая покрыта большим количеством отрубевидных чешуек. **Дермографизм белый или смешанный.**

Патологические измене-ния в дерме превалируют над изменениями в эпидермисе. На местах высыпаний после разре-шения гипо- и гиперпигментации.

Форма АгД	Преимущественная локализация	Клинические особенности
Детская форма	Сгибательная поверхность конечностей, передне-боковая поверхность шеи, локтевые и подколенные ямки, тыл кисти, заушная область. Гиперпигментация век.	Хроническое течение воспаления. Эритема, отечность, лихенифика-ция, папулы, бляшки, эрозии, экскориации, ге-моррагические короч-ки, трещины. Кожа сухая покрыта большим количеством отрубевидных чешуек. Дермографизм белый или смешанный. Патологические измене-ния в дерме превалируют над изменениями в эпидермисе. На местах высыпаний после разре-шения гипо- и гиперпигментации.

лихеноид-ные папулы, выраженная лихенификация, множество эскориаций и геморрагических корочек. Сильный зуд, нарушение сна, не вротические реакции. Дермографизм белый, стойкий. Патологические изменения в дерме превалируют над изменениями в эпидермисе.

**Подростковая и
взрослая формы.**

Преимущественная локализация

Верхняя половина туловища: лицо (периорбикулярная, периоральная области), шея (декольте),

Локтевые сгибы, запястья, тыльная поверхность кистей.

Клинические особенности

Преобладают явления инфильтрации с лихенификацией.

Блестящие лихеноидные папулы, выраженная лихенификация, множество эскориаций и геморрагических корочек. Сильный зуд, нарушение сна, не вротические реакции. Дермографизм белый, стойкий.

Патологические изменения в дерме превалируют над изменениями в эпидермисе.

- АтД нередко сопровождается вторичная инфекция вирусного, бактериального и грибкового характера существенно затрудняя лечение пациента.
- У пациента часто присутствуют респираторные проявления атопии: бронхиальной астмы, аллергического ринита и др.

Патогенез

Основными патогенетическими механизмами, запускающими и поддерживающими хроническое течение АтД являются:

- Иммунные нарушения
- Реагиновый тип гиперчувствительности.
- Гиперчувствительность замедленного типа.
- Нарушения нейро-вегетативной регуляции.
- Генетическая предрасположенность, определяющая нарушения в работе цитокиновой сети (например, повышение синтеза ИЛ-4, хемокинов и т.д.), аномальную сухость кожи и т.д.
- Необычно высокая активность дендритных клеток.
- Продукция IgE против собственных белков эктодермальных, мезодермальных и эндодермальных тканей.
- и т.д.

Особенности поражения кожи при atopическом дерматите.

Тяжесть течения	Особенности поражения кожи
Легкая	Ограниченное локализованное поражение кожи, обострения 1-2 раза в год продолжительностью до 1 мес., ремиссия 6-8 мес., хороший эффект от лечения
Среднетяжелая	Распространенное поражение кожи обострения 3-4 раза в год, ремиссии менее 4 мес., упорное течение с невыраженным эффектом терапии
Тяжелая	Распространенное или диффузное поражение кожи, обострения более 6 раз в год, длительные обострения, редкие ремиссии менее 2 мес., лечение малоэффективно.

Шкала SCORAD Оценка степени тяжести АтД

Расчет площади поражения (А)

проводится **по правилу «девяток»:**

- голова и шея - 9%,
- передняя и задняя поверхность туловища - по 18%,
- верхние конечности - по 9%,
- нижние конечности - по 18%,
- участок промежности и половые органы - 1%. **Существуют различия в расчете площади поверхности поражения для детей до 2 лет.**

Программа обследования.

- Проводится по общим принципам обследования пациента.
- Часто сопутствуют хронические заболевания органов **пищеварения (90%)** и **очаги хронической инфекции**, что определяет необходимость дополнительного лабораторно-инструментального обследования, дополненные консультации узких специалистов.

Дифференциальный диагноз.

- Пеленочный дерматит,
- **чесотка,**
- **строфулюс,**
- **контактный аллергический дерматит,**
- **микробная экзема,**
- **псориаз,**
- **ихтиоз обыкновенный,**
- **фенилкетонурия,**
- **розовый лишай Жильбера,**
- **дерматофития,**
- синдром гипериммуноглобулинемии E,
- лимфома кожи.

Пример формулировки диагноза:

Атопический дерматит (младенческая форма), стадия выраженных изменений, ограниченный, легкое течение, с преобладанием пищевой аллергии.

Основные принципы лечения:

- Элиминация аллергенов и триггеров.
- Адекватный рацион питания, гигиенических мероприятий, быта.
- Наружная терапия.
- Системная фармакотерапия
- АСИТ.
- Физиотерапевтические процедуры(УФО).
- Обучение.
- Реабилитация и профилактика.
- Другие методы лечения.

Особенности наружной терапии при атопическом дерматите.

- МГКС являются препаратами выбора в лечении АД, при лечении его обострений или в случае течения средней и тяжелой степени тяжести.
- Не рекомендуется смешивать МГКС с другими индифферентными мазями при наружной терапии. При волнообразном течении болезни допустимо длительное применение МГКС например 2 раза в неделю при поддержке увлажняющих/ питательных средств.
- Рекомендовано использование в низкой дозе и длительное время комбинации противовоспалительных лекарственных средств наносимых на ранее пораженные области кожи, в комбинации с вольным использованием увлажняющих средств по всему телу.
- Подобная терапия проводится 2 раза в неделю после успешно проведенной интенсивной начальной противовоспалительной и увлажняющей терапии и снижения обострения.

Особенности наружной терапии при atopическом дерматите.

- *При наличии инфекционного осложнения при АтД рекомендовано использование комбинированных препаратов (тридерм, пимафукорт: ГКС+антибиотик+фунгицид).*
- **Возможно назначение ингибиторов кальциневрина (пимекролимус, такролимус) при АтД при легком и тяжелом течении при коротком интермиттирующем лечении АтД у пациентов с отсутствием эффекта к другим лекарственным средствам.**
- **Не смотря на отсутствие большой доказательной базы допустимо использование при наружной терапии препаратов цинка: скин-кап, циндол и др.**

Учитывая важную роль зуда при АД, дозу местных ГКС следует снижать постепенно, как за счет перевода на менее активный препарат, так и за счет уменьшения частоты нанесений. При лечении зуда допустимо назначение противозудных средств (например: атакс).

Системная фармакотерапия

- **Антигистаминные препараты.**

Обычно используют H1-блокаторы 2 поколения, а при наличии нарушений сна, сопутствующем аллергическом рините и крапивнице могут использоваться H1-блокаторы 1 поколения.

- **Кромоны** – до конца эффективность при АД не доказана, хотя есть работы, указывающие на эффективность АД связанным с сенсibilизацией к пищевым продуктам.
- **Иммуносупрессивная терапия** – возможно использование циклоспорина и азотиоприна для лечения тяжелых форм АД.
- **Антибактериальная терапия** – назначается пациентам с тяжелой подтвержденной бактериальной инфекцией кожи .
- **Системные ГКС** – используются преимущественно короткими курсами при торпидном или тяжелом течении АД.

Ступенчатая терапия атопического дерматита

Степень тяжести	Степень	Вид терапии
Тяжелый АД, неподдающийся лечению, персистирующая экзема	Степень IV	Системные иммуносупрессоры, фототерапия, госпитализация.
Умеренно выражен- ные симптомы АД, рецидивирующая экзема	Степень III	Седативные H1-блокато- ры, топические ГКС уме- ренной и высокой ак- тивности и при стабили- зации – ингибиторы кальциневрина.

Ступенчатая терапия атопического дерматита

Степень тяжести	Степень	Вид терапии
Ранние симптомы АтД: легкие или умеренные, переходящая экзема.	Степень II	Топические ГКС низкой и средней активности/или ингибиторы кальциневрина, системные Н1 блокаторы 2 поколения.
Только сухость кожи (кожа очистилась).	Степень I	Базовая терапия: увлажняющие, смягчающие, средства, элиминация триггеров.

Акридерм

Комбинированный препарат: противовоспалительное, противоаллергическое, антибактериальное и противогрибковое (фунгицидное) действие.

Гентамицин+ Бетаметазон + Клотримазол

Показания к применению: С 2- лет. Простой и аллергический дерматиты, диффузный нейродермит, ограниченный нейродермит, экзема, дерматомикозы (дерматофитии, кандидоз, разноцветный лишай), особенно при локализации в паховой области и крупных складках кожи.

Комфодерм мазь

Активное вещество: метилпреднизолона ацепонат

- Негалогенизированный стероид последнего поколения,
- активен в очаге поражения и не влияет на здоровую кожу,
- оптимальный терапевтический индекс,
- **высокий профиль безопасности за счет минимальной системной абсорбции, быстрой и полной инактивации;**
- подавляет воспаление и аллергические кожные реакции (покраснение, отек, мокнутие),
- **уменьшает зуд, раздражение и боль.**

Показания: Дети с 4-х месяцев. Экзогенная экзема (атопический дерматит, нейродермит), контактная экзема, дегенеративная, дисгидротическая экзема.

Курс 4 недели. Используется при хроническом воспалении.

Комфодерм К крем 0,1%

Состав: В 100 г метилпреднизолона ацепонат (в пересчете на 100% вещество) 0.1 г

Вспомогательные вещества: керамиды - 0.5 г (способствуют восстановлению кожи) , и т.д.

Препарат с противовоспалительным и кератолитическим, увлажняющим действием для наружного применения.

Показания: дети с 4-х месяцев.

- Экзогенная экзема (атопический дерматит, нейродермит),
- контактная экзема,
- дегенеративная,
- дисгидротическая экзема,

Применение 1 раз в сутки. Используется при остром и подостром воспалении.

Комфодерм М2 крем

Дополнительный эффект увлажнения кожи

Активные вещества: метилпреднизолона ацепонат 100 мг +
мочевина 2 г;

Противопоказания:

- гиперчувствительность к компонентам препарата;
- туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата;
- вирусные заболевания (ветряная оспа, опоясывающий лишай);
- розацеа, периоральный дерматит в области нанесения препарата;
- участки кожи с проявлениями реакции на вакцинацию;
- детский возраст **до 18 лет.**

Способ применения и дозы- Препарат наносят 1 раз/сут тонким слоем на пораженные участки кожи. Курс 12 недель. При лечении пациентов с поражением кожи лица курс лечения не должен превышать 5 дней.

Такролимус мазь

Единственный топический препарат группы ингибиторов кальциневрина, рекомендованный в РФ для проведения поддерживающей терапии атопического дерматита среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и детей от 2-х лет.

Такролиму мазь - схема применения

Лечение обострений: Мазь 2 раза в день в течении 3 недель, затем 1 раз в день до полного очищения кожи и исчезновения симптомов обострения.

Профилактика обострений: 2 раза в неделю (например вторник и пятница), 1 раз в день вечером применять рекомендуется в течение 1 года. Через год лечение временно прекращают. Контроль врача.

