



*Запорожский государственный медицинский
Университет
Кафедра детских болезней ФПО*

**Атопічний дерматит. Харчова та
медикаментозна алергія**

2015-2016 н.р.









- Ребенку 6 недель.

















Актуальность проблемы

- ***АД влияет на психические, физические социальные аспекты жизни больного. Постоянный зуд, кожные инфекции, недостаток сна, проблема с дисциплиной, заниженная самооценка, подрывают силы как самого больного, так и его семьи. Степень психологической болезненности часто недооценивается мед. работником***

Атопический дерматит:

- аллергические заболевания у детей по распространенности занимают **1-е** место среди всех неинфекционных заболеваний детского возраста
- распространенность атопического дерматита среди детей экономически развитых стран **17-25%**
- доля атопического дерматита в структуре аллергических заболеваний **50-75%**.

Атопический дерматит:

- генетически детерминированное **хроническое воспалительное, иммунологическое заболевание кожи**
- характеризуется:
- **зудом,**
- **рецидивирующим стадийным течением**
- **с соответствующими клинико - морфологическими особенностями в зависимости от возраста,**
- **в типичных случаях начинается в раннем возрасте, чаще на основании IgE зависимых механизмов**

Історично склалось, що АД має багато найменувань.

Широкого поширення набули терміни:

ексудативний діатез,

ексудативно-катаральний діатез,

алергійний діатез,

екзема дитяча,

екзема флексуральна,

ендогенна екзема,

нейродерміт,

пруріго Бен'є,

почесуха,

«*extrinsic*» - «*intrinsic*» атопічна екзема та ін. — це все різні назви
одного

захворювання.

**Терміном, що повинен використовуватись, є «АТОПІЧНИЙ
ДЕРМАТИТ».**

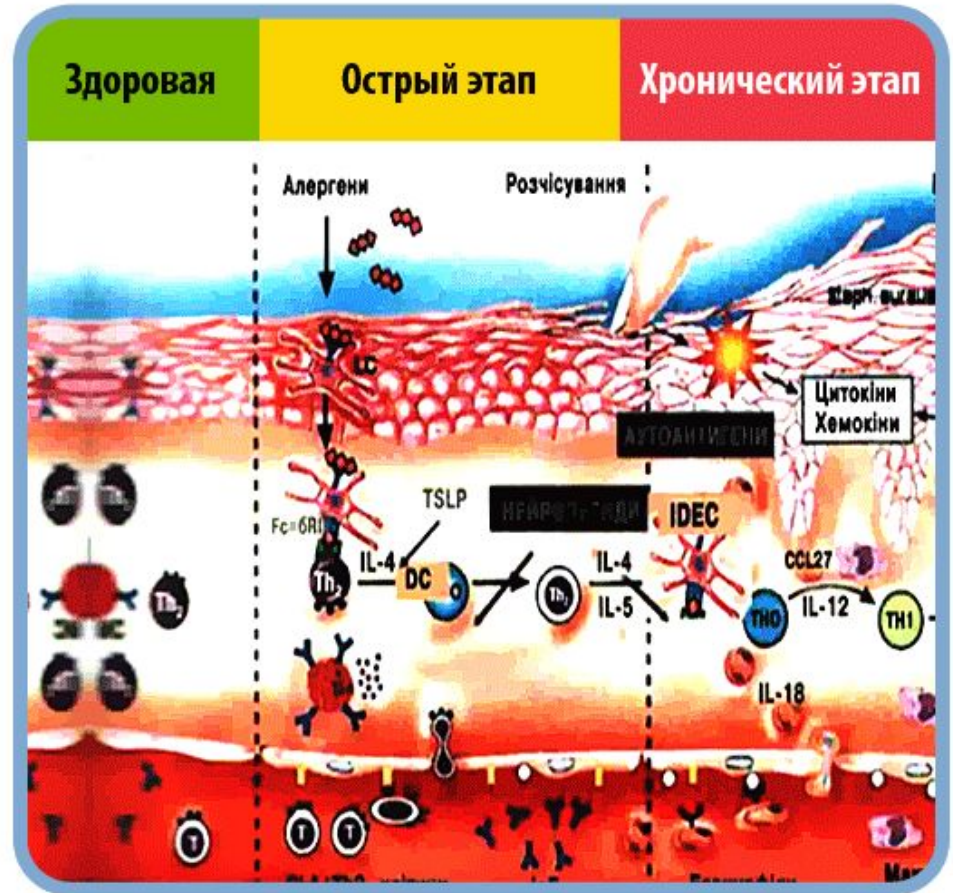
Шифры МКБ 10

- **L20** Атопический дерматит
 - Исключен: ограниченный нейродерматит (**L28.0**) **L20.0**
 - Почесуха Бенъе
- **L20.8** Другие атопические дерматиты
 - Экзема: сгибательная НКДР детская (острая) (хроническая) эндогенная (аллергическая)
 - Нейродерматит: атопический (локализованный) диффузный
- **L20.9** Атопический дерматит неуточненный

Иммуннопатогенез АД

- **Основное патогенетическое звено** АД IgE зависимые реакции
- **Ответ иммунной реакции** по атопическому типу определяется Т-лимфоцитами
- **В формировании атопии** активно участвует кожа через лимфоидную ткань ассоциированную с кожей (SALT-skin associated lymphoid tissue) - АПК эпидермиса, кератиноциты и региональные лимфоузлы

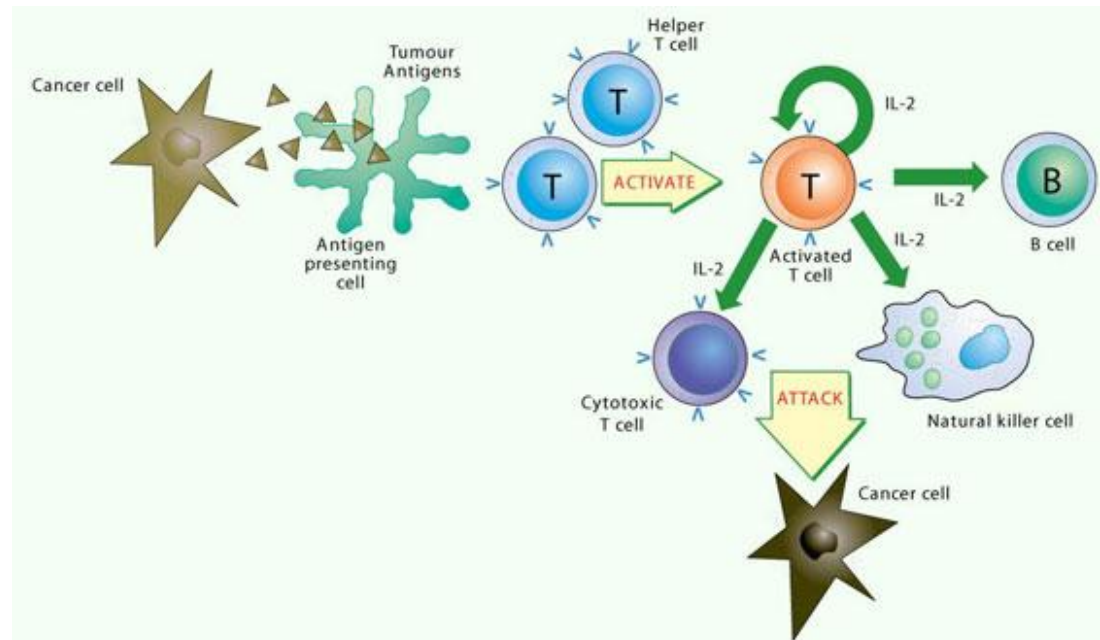
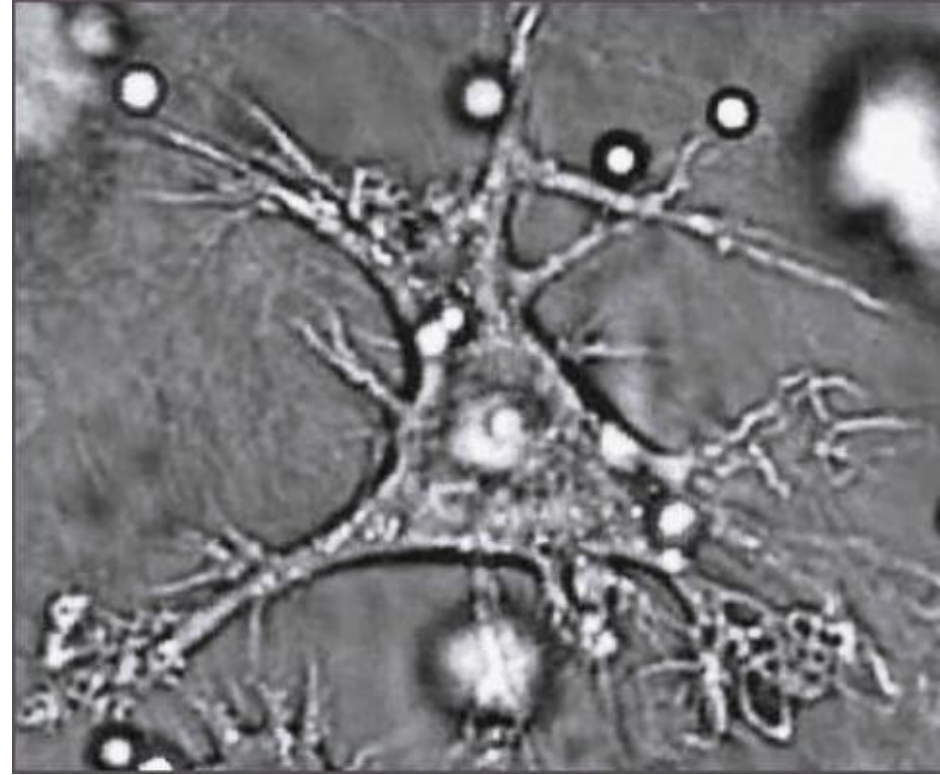
6-й международный симпозиум по атопическому дерматиту, Орхус, 7-9 июня, 1996



Шкіра при atopічному дерматиті є не «органом-мішенню», але бере активну участь у формуванні atopії.

Імунна відповідь ініціюється у лімфоїдній тканині, асоційованій зі шкірою (*SALT – skin associated lymphoid tissue*).

Дендритні клітини (кл. Лангерганса) шкіри перші «зустрічають» та розпізнають антиген.



Антигенпредставляющие клетки эпидермиса

Дендритные клетки кожи (Лангерганса) способны:

1. Захватывать антиген тремя путями:

- Путем фагоцитоза
- Абсорбционно-рецептор-опосредованным эндоцитозом
- Макропиноцитозом

2. Миграция в региональные лимфоузлы (презентация антигена Т-лимфоцитам)

3. Взаимодействие с В-клетками и антигенспецифичными Т-хелперами

4. В присутствии IL-4 стимулируется дифференциация IgE-секретирующих плазмоцитов.



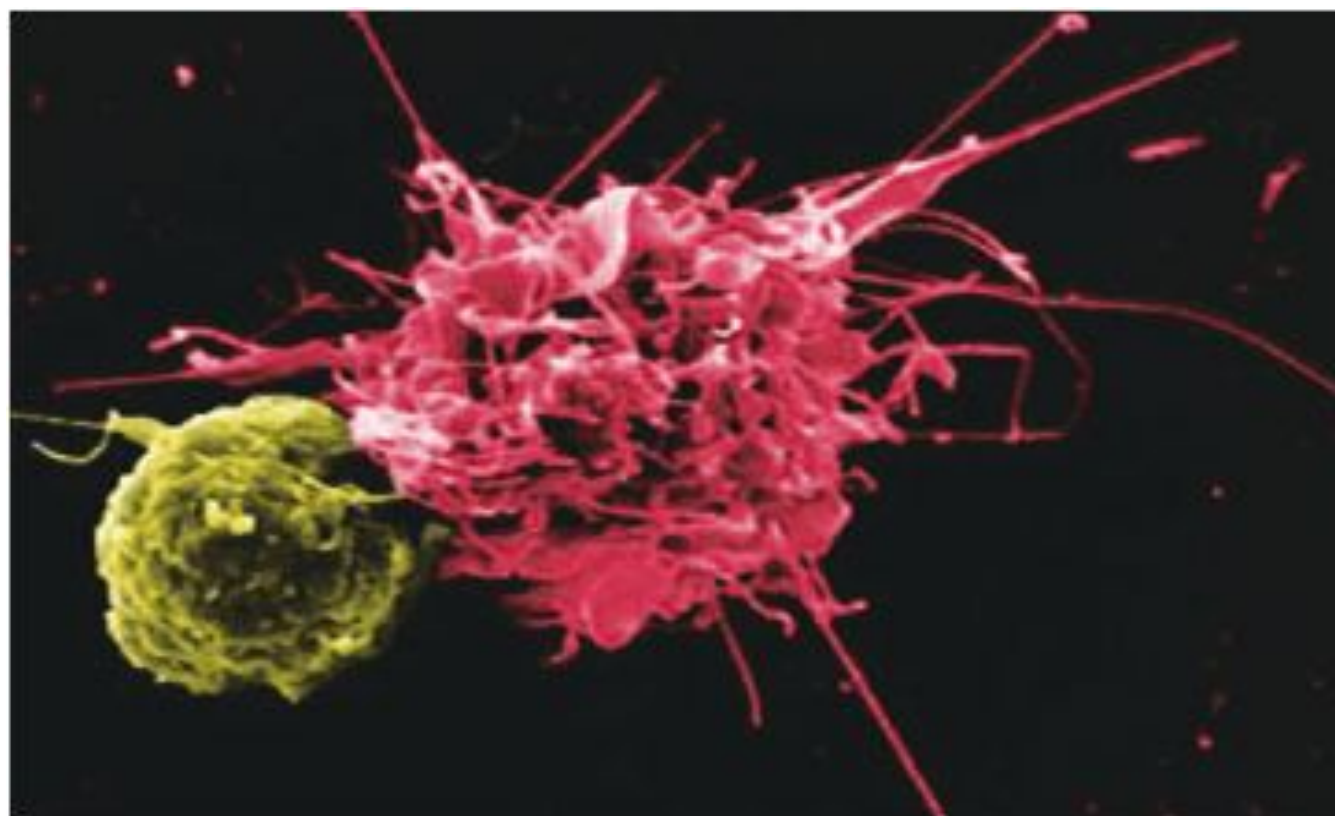


Рис. 1. Электронная микрофотография дендритной клетки и Т-лимфоцита в момент взаимодействия друг с другом в процессе инициации иммунного ответа (<http://rakpochki.net/moscow.aspx>). На микрофотографии представлена дендритная клетка (окрашена красным цветом) в момент взаимодействия с наивным Т-хелпером (окрашен серым цветом), во время которого осуществляется презентация антигена, проникшего в кожные покровы организма, и инициация специфического иммунного ответа. Хорошо видны многочисленные цитоплазматические отростки дендритной клетки, во много раз увеличивающие площадь ее мембранной поверхности – зоны активного взаимодействия с различными патогенами

Після захвату та процесінгу (попереднього розщеплення) антигену запальні дендритні клітини мігрують у регіональні лімфовузли, де відбувається взаємодія з Т-лімфоцитами (презентація антигену).

Подальші етапи перетворення В-клітин у плазматичні клітки та синтез ними антитіл відбуваються в термінальних центрах В-клітинних зон регіональних лімфовузлів.

Антитіла, а також сенсibilізовані лімфоцити повертаються до шкіри, де й обумовлюють імунну запальну реакцію шкіри та клінічні прояви АД.

Механизмы аллергии (иммунный генез) - острая фаза

IL-2, IFN- γ , IL-3, JM-CSF

Th1

Th2

IL-4, IL-5, IL-10, IL-13, JM-CSF

Механизмы аллергии - иммунный генез

АПК

Т0 - лимфоциты



Механизмы аллергии

Поздняя фаза

- **IL-4**-стимулирует выработку плазматическими клетками IgE
- **IL-4, IL-3**-усиливает пролиферацию базофилов обоих типов и увеличивает на их поверхности количество рецепторов к Fc-фрагменту IgE
- **IL-4, IL-3**-способствуют выходу биологически активных веществ из эозинофилов

Механизмы аллергии

Поздняя фаза

Медиаторы эозинофилов:

- Провоспалительных - катионовые белки, пероксидаза, нейротоксин, лейкотриены и др. симптомы поздней фазы - (клеточное воспаление, разрушение эпителия, гиперсекреция слизи, сокращение бронхов)
- Противовоспалительных-гистаминаза-разрушение гистамина, арилсульфатаза - инактивация лейкотриенов, фосфалипаза - нейтрализация тромбоцитактивирующего фактора

Кожный барьер

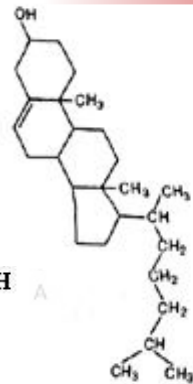
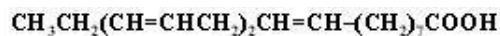
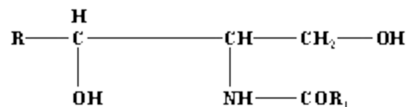
- БЕЛКОВАЯ ЧАСТЬ
КОРНЕОЦИТЫ

ЦЕРАМИДЫ

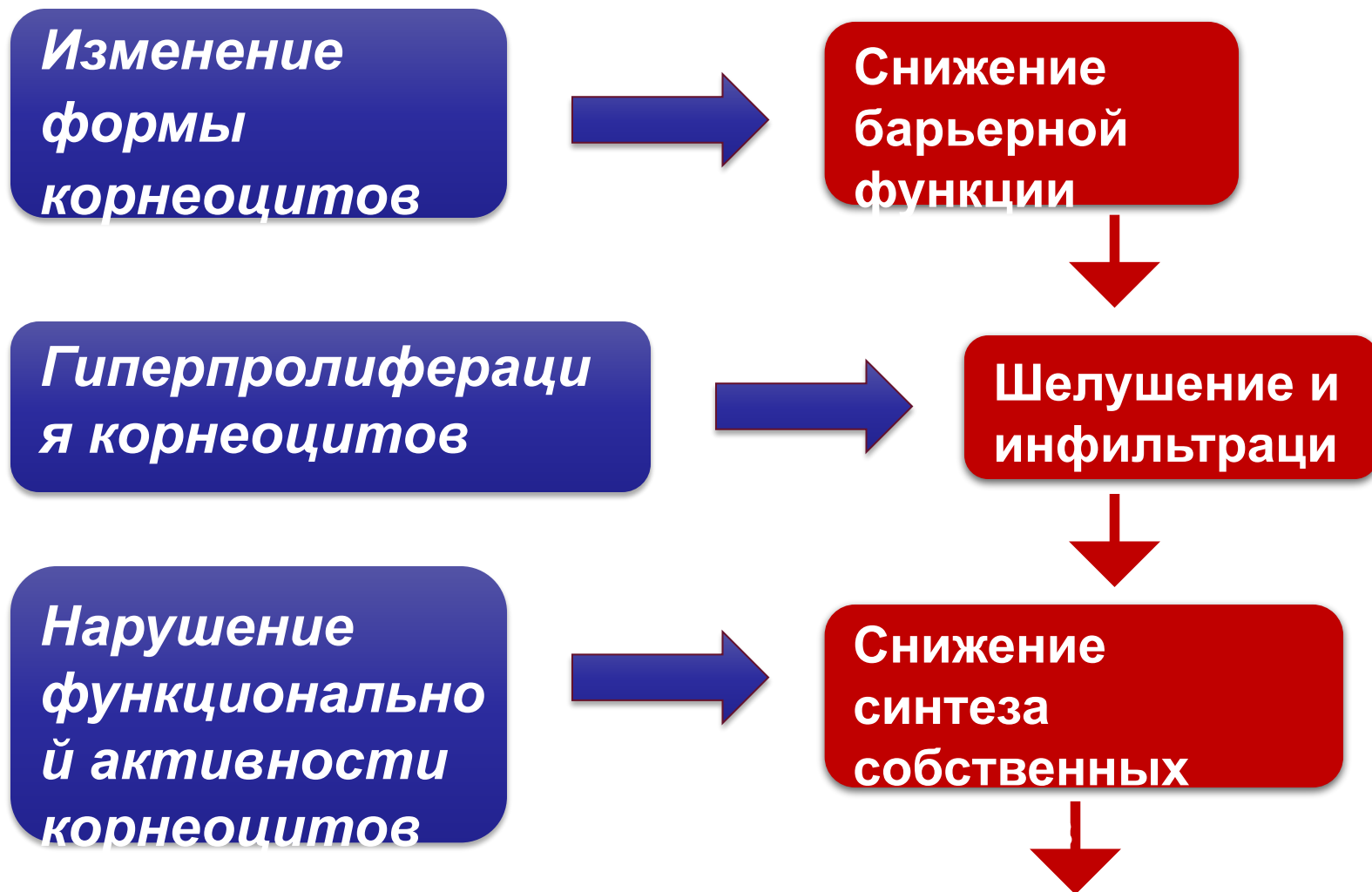
- ЛИПИДНАЯ ЧАСТЬ

ХОЛЕСТЕРОЛ

СВОБОДНЫЕ
ЖИРНЫЕ
КИСЛОТЫ



Корнеоциты у больных АД



Церамиды кожи у больных АД

*Изменение
количественного
и качественного
состава липидов*

**Повышение потери
транспэпидермальн
ой воды**

**Сморщивани
е**

**Гиперпролиферация
кератиноцитов, снижение
апоптоза клеток**

Холестерол у больных АД

*Повышенно
е
количество
свободного*

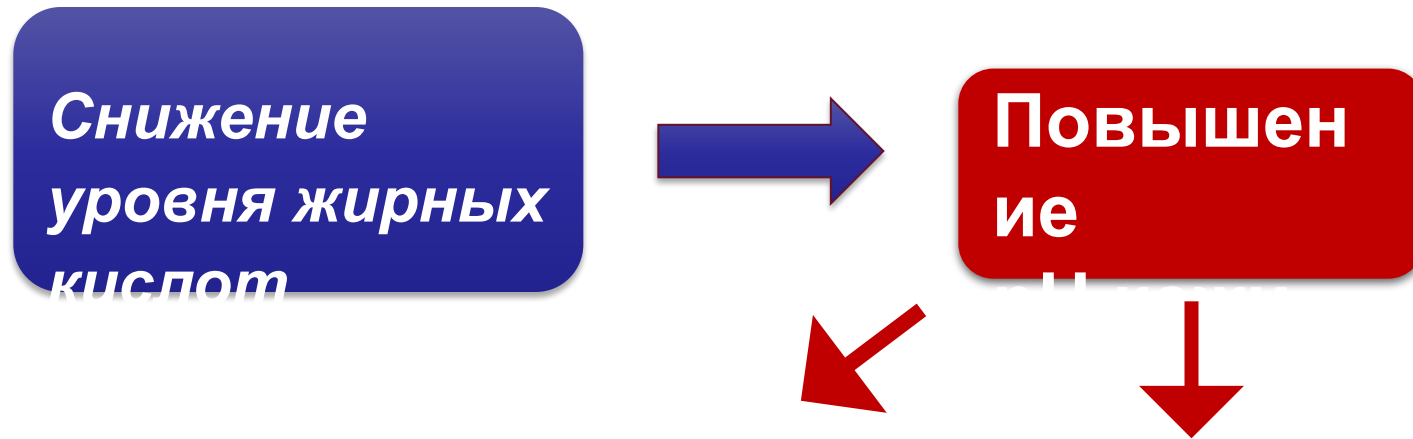
+

*Низкий
уровень
церамидов*

*уменьшение
соотношения*

холестерол/церамиды

Свободные жирные кислоты кожи у больных АД



SALT играет роль не только в формировании поражения кожи, но и в развитии системной атопии - кожная сенсibilизация предшествует сенсibilизации дыхательных путей.

Единство механизмов развития АД, БА, АР дало основание объединить все эти три заболевания понятием “атопическая триада”

АД найчастіше починається на першому році життя і є **першим проявом атопії**. Потім розширюється **«плацдарм атопії»** і формуються **інші атопічні захворювання:**

під розвитку бронхіальної астми припадає на 5—6 років, а алергійного риніту — на препубертатний і пубертатний періоди.

Цей процес одержав назву **«атопічного маршу»**, і

У патогенезі АД мають значення також **псевдоалергічні реакції** (реакції, клінічно подібні алергічним, але з іншим, неімуним механізмом розвитку) — за класифікацію Європейських експертів з алергології й клінічної імунології, 2001р.,— «неалергічна гіперчутливість».

В основі цих реакцій лежать підвищена ліберація, **утворення або знижена інактивація гістаміну**, що приводить до підвищення його рівня у крові та тканинах з класичними клінічними проявами.

З неімунологічних факторів суттєве значення мають:

- порушення травлення,
- функції печінки,
- нейровегетативної регуляції.

Екзогенні фактори, що викликають загострення АД, називаються тригерами.

Алергенні тригери:

- харчові,
- побутові,
- пилкові,
- епідермальні,
- грибкові,
- бактеріальні,
- вакцинальні.

Неалергенні тригери

- психоемоційні навантаження,
- метеорологічні,
- тютюновий дим,
- харчові добавки,
- ксенобіотики, полютанти.

**Таким чином, клінічна маніфестація АД це
результат взаємодії
генетичних факторів,
порушень імунної системи,
анатомо фізіологічних порушень
шкіри та
дії внутрішніх й зовнішніх чинників
(тригерів).**

ДІАГНОСТИКА

Діагностичний алгоритм АД створено на основі **критеріїв діагностики Hanifin, Rajka (1980)**. Виділяють обов'язкові та додаткові критерії.

Обов'язкові критерії:

- Свербіж при наявності навіть мінімальних змін на шкірі.
- Типова морфологія й локалізація.
- Хронічний рецидивний перебіг
- Індивідуальна або сімейна історія atopічного захворювання.

Додаткові критерії

- Лущення, ксероз шкіри
- Гіперлінійність долонь і підошв
- Білий лишай (білесуваті плями на шкірі обличчя, плечового поясу)
- Фолікулярний гіперкератоз
- Початок захворювання в дитячому віці
- Неспецифічні дерматити рук і ніг
- Схильність до інфекційного ураження шкіри (стафілококової, грибової, герпетичної етіології)
- Білий дермографізм
- Свербіж при підвищеному потінні
- Складки на передній поверхні шиї
- Темні кола навколо очей («алергійне сьйво»)
- Складки Денні—Моргана (суборбітальні складки)
- Тріщини за вухами
- Хейліт
- Екзема сосків
- Кератоконус (конічне випинання рогівки)
- Передня субкапсулярна катаракта
- Підвищений рівень загального сироваткового IgE

Критерии диагностики АД

Для постановки диагноза АД
необходимо сочетание не менее
трех «больших» и трех «малых»
критериев

Параклінічне обстеження.

Рекомендовані лабораторні та інструментальні дослідження.

- Клінічний аналіз крові
- Клінічний аналіз сечі
- Копрограма
- Аналіз калу на яйця глистів
- Зіскрібок на ентеробіоз
- Визначення загального IgE

Оценка аллергологического статуса

- Кожные пробы, проводимые вне обострения кожного процесса (метод скарификации или prick тест)
- Лабораторные методы диагностики (определение уровня IgE в сыворотке крови общего и специфических методом ИФА, число эозинофилов в ОАК)
- Провокационные тесты у детей проводятся только аллергологами по специальным показаниям
- Элиминационно-провокационная диета

Додаткові обстеження (за показаннями)

Алергологічне обстеження (проводиться у період ремісії у спеціалізованому відділенні):

Шкірні тести з алергенами (прик-тести, скарифікаційні, аплікаційні, внутрішньошкірні).

Визначення специфічних IgE (методами **RAST, ІФА, MAST**).

Визначення реакції гіперчутливості уповільненого типу *in vitro*

Провокаційні та елімінаційно-провокаційні тести.

Імунологічне обстеження (визначення рівнів) **IgA, IgM, IgG**, CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, фагоцитозу, циркулюючі імунні комплекси).

Мікроскопія та культуральне дослідження лусочок шкіри на гриби (при проведенні диференційного діагнозу і грибковою інфекцією).

Бактеріологічне дослідження пустул на флору та чутливість до антибіотиків (при наявності ознак інфікування).

Біохімічний аналіз крові.

Бактеріологічне дослідження фекалій (аналіз кала на дисбактеріоз).

Фіброгастродуоденоскопія.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Біопсія шкіри (можливо — пункційна біопсія).

Імуноморфологічне дослідження біоптату .

У діагностично складних випадках допоміжним методом встановлення вірного діагнозу є біопсія шкіри. Проведення біопсії шкіри викликає найбільші труднощі у педіатра та дерматолога.

З одного боку, потреба в цьому методі досить велика — не тільки для диференційної діагностики, але і при тяжкому перебігу АД.

Для встановлення інвалідності, згідно наказу № 482 від 04.12.2001 року «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 16 років», біопсія є обов'язковим методом дослідження, з другого боку, при проведенні біопсії має місце значне ушкодження тканин, поверхня рани довго не загоюється (враховуючи знижені кератопластичні властивості шкіри при АД), можливе вторинне інфікування.

Консультації:

- дерматолога
- алерголога
- генетика
- гастроентеролога
- отоларинголога
- ендокринолога
- психоневролога.

При встановленні змін з боку інших органів і систем - обстеження згідно протоколів.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

В залежності від віку та клінічних прояв розрізняють три клінічні форми АД у дітей:

- малюкова (від 2—3 міс. до 3 років),**
- дитяча (3-12 років)**
- підліткова (12—18 років).**

Підліткова форма трансформується в atopічний дерматит дорослих.



Малюкова форма починається з двохмісячного віку, але найбільш часто — з 3—5 місяців життя дитини.

Характеризується екзематозними змінами — гострим і підгострим запаленням шкіри зі схильністю до ексудації. Клінічна картина характеризується еволюційним (псевдо-) поліморфізмом - морфологічні елементи представлені мікроевезикулами на фоні гіперемії, набряку та мокнуття, ерозіями, тріщинами, кірками («молочний струп», «молочні корки»).

Улюблена локалізація — обличчя в області лоба та щік при незмінній шкірі носогубного трикутника, завушна та коміркова зони, розгинальна поверхня верхніх і нижніх кінцівок, сідниці. Висип симетричний. Дермографізм — червоний або (рідше) — змішаний. Свербіж різної інтенсивності.

Дитяча форма

характеризується ознаками хронізації процесу - на тлі гіперемії та набряку шкіри з'являються ліхеніфікація інфільтрація шкіри та посилення шкірного малюнку), полігональні папули, вторинні дисхромії.

З морфологічних ознак характерні:

папули,
бляшки,
лусочки,
ерозії,
екскоріації,
дисхромії,
геморагічні кірки,
ліхеніфікація на фоні сухості.



Ділянки ураження більш окреслені, розташовані на згинальних поверхнях кінцівок (ліктьові, колінні згини), тильних поверхнях кистей, можуть бути генералізовані форми.



Внаслідок тривалого перебігу і свербіжу з'являється гіперпігментація повік («алергічне сяйво»), додаткові складки на нижніх повіках (складки Денні—Моргана). Обличчя набуває сіруватого відтінку, що надає дитині втомленого вигляду («атопічне обличчя»).

На тлі еритематозно-сквамозних уражень шкіри навколо очей, губ і носових отворів виникають тріщини. Дермографізм білий або змішаний. Свербіж різної інтенсивності, у 2/3 дітей у віці до 10 років спостерігається спонтанний регрес.

Підліткова форма характеризується вираженою ліхеніфікацією, наявністю ліхеноїдних папул, екскоріаціями, геморагічними кірками, які локалізуються периорально та периорбітально на обличчі, на шиї («декольте»), у ліктьових та колінних згинах, на зап'ястях і тильних поверхнях кистей та стоп, і бокових поверхнях пальців. Свербіж сильний («біопсуючий», «скальпуючий»), значні невротичні реакції та виражені порушення сну.





Проф. В.А.Резнова
1-й Съезд педиатров стран СНГ, 2009г.



*Проф. В.А.Резнова
1-й Съезд педиатров стран СНГ, 2009г.*

Вікові форми АД — це поступове прогресування хвороби від початкових (гострих) проявів до формування хронічного ураження.

Не у всіх пацієнтів захворювання перебігає із закономірним чергуванням клінічних форм, воно може починатися з другої або третьої фази або передчасною появою ознак наступної фази.

Згідно даних проф. Аряєва М.Л., проф.Клименко В. А. з співавторами (2007р.)

у 72,9% дітей, що страждають на АД, виявлені супутні алергічні захворювання.

Частіше АД поєднувався з алергічним риносинуситом (24,9%) і бронхіальною астмою (12,1%), а також інколи спостерігались в анамнезі епізоди кропив'янки, набряку Квінке (1,3%) та медикаментозної алергії (13,4%).

КЛАСИФІКАЦІЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

1. Клінічні форми залежно від віку

Малюкова
Дитяча
Підліткова

2. Характер клініко-морфологічних змін шкіри

Ексудативна форма
Еритематозно-сквамозна
Еритематозно-сквамозна з ліхенізацією
Ліхеноїдна
Прурігінозна

3. Розповсюдженість:

Обмежений (площа ураження <5%)
Розповсюджений (площа ураження >5%)
Дифузний (генералізоване ураження за винятком долонь і носо-губ-ного трикутника)

4. Тяжкість перебігу

Легка
Середня
Важка

5. Періоди й фази хвороби

1. **Період загострення** — з зазначенням важкості загострення легкого ступеня загострення середнього ступеня загострення важкого ступеня

2. Період ремісії

неповна (підгострий період)
повна.

Основные возбудители осложнений АД:

- ✓ **Стафилококки**
- ✓ **Стрептококки**
- ✓ **Грибы (Malassezia, Candida)**
- ✓ **Вирусы**

Классификация АД

Стадии развития периоды и фазы болезни	Клинические формы <small>(в зависимости от возраста)</small>	Распространенность	Тяжесть течения	Клинико-этиологические варианты
<ul style="list-style-type: none">▶ Начальная стадия▶ Стадия выраженных изменений (период обострения, острая фаза, хроническая фаза)▶ Стадия ремиссии (неполная - подострый период, полная)▶ Клиническое выздоровление	<ul style="list-style-type: none">▶ Младенческая▶ Детская▶ Подростковая	<ul style="list-style-type: none">▶ Ограниченный▶ Распространенный▶ Диффузный	<ul style="list-style-type: none">▶ Легкое▶ Среднетяжелое▶ Тяжелое	<p>С преобладанием</p> <ul style="list-style-type: none">▶ пищевой▶ клещевой▶ грибковой▶ пыльцевой и пр. аллергии <p>Со вторичным инфицированием</p>

Визначення тяжкості перебігу atopічного дерматиту у дітей

Тяжкість перебігу	Легкий	Середньої тяжкості	Важкий
Частота загострень на рік	до 4	4-6	Більше 6
Ступінь загострень	Легкої/ середньої тяжкості	Середньої тяжкості, мож ливі поодинокі загост рення тяжкого ступеня	Більше 30% загострень важкого ступеня
Тривалість ремісії	6-8 міс	2—3 міс	Менше 2 міс, або безперервно рецидивуючий перебіг
Розповсюдженість	Обмежений	Розповсюджений	Дифузний
Характеристика свербіжу	Незначний або помірний	Помірний або сильний	Виразений, «біопсуючий», зберігається навіть у періоди ремісії. На шкірі - множинні екскоріації лінійної форми
Характеристика сну	Без порушення або незначне	Без порушення або незначне	Значне порушення сну, «інверсія» сну — переважно денний, бо нічний неможливий через свербіж
Стан лімфатичних вузлів	Поодинокі, розміром до 0,5 см	Збільшення 2—3 груп лімфатичних вузлів, розміром до 1 см	Збільшення більше 3 груп лімфатичних вузлів, розміром більше 1 см

Обсяг терапії під час загострення	Зовнішня терапія нестероїдними засобами	Застосування топічних стероїдів слабкої або середньої активності коротким курсом	Застосування топічних стероїдів середньої та високої активності, тривалість застосування кілька тижнів, стероїди та цитостатики системної дії
--	--	---	--

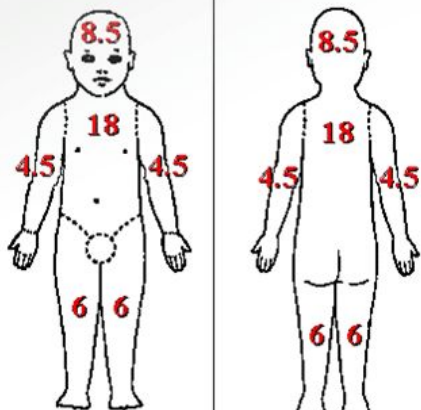
Тяжкість загострення АД визначається за шкалою SCORAD або EASI.

Для об'єктивізації оцінки тяжкості загострення atopічного дерматиту, забезпечення послідовності ведення хворого різними лікарями на всіх етапах лікування запропоновані напівкількісні шкали. Загальноновизнаною та найбільш розповсюдженою є шкала SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), яка була запропонована у 1993 р. Європейською робочою групою по АД. При оцінці SCORAD заповнюється оціночний лист шкали.

Шкала SCORAD передбачає:

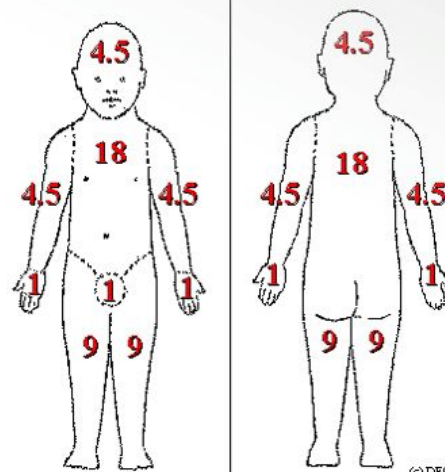
- A — оцінку площі ураження шкірних покривів. Площа ураження оцінюється за правилом «дев'яток». При цьому одна долоня дитини складає 1% всієї поверхні шкіри. На оціночному листі шкали SCORAD цифрами на тілі вказані відсотки площі поверхні; цифри в дужках відповідають площі поверхні у дитини до 2 років.**
- B — визначення та оцінка інтенсивності морфологічних елементів висипки.**

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ для детей до 2 лет



© DECAS

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ для детей старше 2 лет



© DECAS

Степень тяжести АД по SKORAD

SCORAD EUROPEAN TASK FORCE ON ATOPIC DERMATITIS

Прізвище _____ Ім'я _____ Лікувальний заклад _____
Дата народження _____ П.І.Б. лікаря: _____
Дата огляду _____

4,5 (0,5) 4,5 (0,5)
18 18
9 9 9 9
(6) (6)

A. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ виміряти площу ураження _____

B. ІНТЕНСИВНІСТЬ _____

Критерій	Виразність	Спосіб розрахунку
Еритема		Виразність ознаки: 0 відсутня 1 слабка 2 помірна 3 сильна
Набряк		
Корки/мокнуття		
Екскоріації		
Ліхеніфікації		
Сухість*		*Сухість шкіри відносна поза дзеркалами гострозпаланих змін та ділянок ліхеніфікації

C. СУБ'ЄКТИВНІ СИМПТОМИ ЗУД + ПОРУШЕННЯ СНУ _____

SCORAD
 $A/5 + 7B/2 + C$

Візуальна аналогова шкала (середній показник за останні 3 дні і/чи ночі)
Зуд (від 0 до 10) _____ 0 _____ 10
Порушення сну (від 0 до 10) _____ 0 _____ 10

A - площа поражения кожи
в процентах

B - сумма баллов оценки интенсивности
морфологических элементов

C - сумма баллов субъективных
признаков (зуд + нарушение сна)



Оцінюють:

- еритему (гіперемію)
- набряк/папули
- мокнуття/кірки
- екскоріації
- ліхеніфікацію
- сухість (оцінюється на неушкодженій шкірі).

Эритема (гиперемия)



1

балл



2

балла



3

балла

Мокнутие / Корки



1

балл



2

балла



3

балла

Отек, образование папул



1

балл



2

балла



3

балла

Лихенификация



1

балл



2

балла



3

балла

Экскориация



1

балл



2

балла



3

балла

Кожний симптом оцінюється від 0 до 3 балів (0 — відсутність, 1 — легкий, 2 — середній, 3 - тяжкий).

Оцінка площі ураження та визначення інтенсивності морфологічних елементів сипу умовно вважаються об'єктивними критеріями шкали SCORAD.

С — оцінка сну за 10-бальною шкалою кожна з ознак за останні 3 доби.

Розрахунок величини індексу SCORAD проводиться за формулою:

SCORAD = $A/5 + 7 \times B/2 + C$, де

A — площа ураження шкіри у відсотках

B — сума балів оцінки інтенсивності морфологічних елементів

дерматиту

C — сума балів суб'єктивних ознак (свербіж + порушення сну)

Значення індексу SCORAD) може змінюватись від 0 до 103.

Тяжкість загострення визначається в залежності від значення індексу SCORAD:

- легке - $SCORAD < 23$;
- середньої важкості - $23 < SCORAD < 63$;
- тяжке загострення - $SCORAD > 63$.

Шкалу SCORAD доцільно використовувати у 7 років, бо у

більш ранньому віці складно оцінити суб'єктивні ознаки (свербіж, порушення сну).

Для дітей раннього віку рекомендується шкала EASI (Eczema Area and Severity Index).

Шкала EASI (Eczema Area and Severity Index)

— Враховується площа ураження шкірних покривів. Оцінка проводиться окремо для голови та шиї, тулуба, верхніх і нижніх

кінцівок. Площа ураження оцінюється від 1 до 6 балів в залежності

від відсотка уражених ділянок згідно таблиці:

— Визначення та оцінка інтенсивності морфологічних елементів

ВИСИПКИ

Відсоток ураження поверхні шкіри (%)	Бали
Ураження відсутнє	0
<10	1
10-29	2
30-49	3
50-69	4
70-89	5
90-100	6

Оцінюють:

- еритему (гіперемію) — E
- інфільтрацію / папули —1
- екскоріації — Ex
- ліхеніфікацію — L

Кожний симптом оцінюється від 0 до 3 балів.

Правила оцінки

аналогічні визначенню за шкалою SCORAD.

Розрахунок індексу EASI за формулою для дітей 7 років і молодше:

- **Голова/шия: $(E + I + E_x + L)$ x площу ураження (в балах) x 0,2**
- **Тулуб: $(E + I + E_x + L)$ X площу x 0,3**
- **Верхні кінцівки: $(E + I + E_x + L)$ x площу x 0,2**
- **Нижні кінцівки: $(E + I + E_x + L)$ x площу x 0,3**
- **Індекс EASI = сумі оцінок на 4 ділянках.**
- **Індекси 0,2 та 0,3 у формулі відповідають відсоткам поверхні тіла (для дитини раннього віку голова/шия становлять 20%, тулуба — 30%, верхніх кінцівок — 20%, нижніх кінцівок — 30%).**

Для дітей 8 років і старше (враховуючи зміну пропорцій тіла)

розрахунок індексу EASI проводиться за формулою:

Голова/шия: $(E + I + E_x + L)$ x площу ураження (в балах) x 0,1

Тулуб: $(E + I + E_x + L)$ X площу 0,3

Верхні кінцівки: $(E + I + E_x + L)$ x площу x 0,2

Нижні кінцівки: $(E + I + E_x + L)$ x площу x 0,3

Індекс EASI = сумі оцінок на 4 ділянках.

Максимальне значення індексу EASI — 72.

Оцінка тяжкості загострення згідно шкали EASI:

- Легкий ступень — індекс $EASI < 24$**
- Середньої важкості — $24 < \text{індекс EASI} < 48$**
- Тяжке загострення — індекс $EASI > 48$.**

Приклад формулювання діагнозу:

Атопічний дерматит, малюкова ексудативна форма, обмежений, легкий перебіг, період загострення середньої важкості.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

Диференційна діагностика АД проводиться з наступними нозологічними формами:

- себорейний дерматит
 - алергічний контактний дерматит
 - простий контактний дерматит (пелюшковий, інтертригінозний, аміачний)
 - іхтіоз
 - псоріаз
 - червоний плоский лишай
 - десквамативна еритродермія Лейнера
 - дерматоміозит
 - короста
 - **дерматофіти, кандидоз шкіри**
 - вірусні інфекції з ураженням шкіри (герпетична)
 - бактеріальні інфекції шкіри (перш за все сірепто- та стафіло- дермії)
 - метаболічні порушення:
 - фенілкетонурія
 - гістидинемія
 - тирозинемія
 - дефіцит есенціальних жирних кислот - дефіцит цинку
 - біотин-залежна недостатність карбоксилаз.
- Первинні імунодефіцити:
- синдром Віскотта — Олдрича;
 - гіпер-IgE (синдром Джоба)
 - селективний дефіцит IgA

ЛІКУВАННЯ

Сучасна стратегія лікування atopічного дерматиту у дітей заснована на висновках **Міжнародної об'єднаної конференції по atopічному дерматиту (ISSAD II)**, яка відбулася в Новому Орлеані, 2002 р. на принципах доказової медицини.

Мета повноговилікування хвороби визнана нереальною.

Основные достижимые цели терапии атопического дерматита

- Купирование или ослабление зуда
- Подавление симптомов воспаления
- Противомикробное действие
- Уменьшение сухости кожи
- Пролонгирование ремиссий
- Профилактика рецидивов

Лечение атопического дерматита

- Системная терапия

 - Антигистамины

 - Антибиотики

 - Кортикостероиды ?

 - Циклоспорин А

 - Цитостатики (азатиоприн, метотрексат)

 - Фототерапия

 - Иммунотерапия (?)

- Наружная терапия

 - Кортикостероиды

 - Ингибиторы кальциневрина

 - Увлажняющие и оживляющие средства

- Школа атопика

Задача терапии АД на современном этапе:

Уменьшить симптомы дерматита путем своевременного назначения лечения (быстрого, раннего).

Обеспечить контроль над заболеванием путем предупреждения развития и уменьшения тяжести симптомов.

Прервать развитие атопического марша.

Провідне місце в терапії **приділяється зовнішньому лікуванню**. «Зовнішнім» воно називається тільки історично, традиційно — по способу нанесення препарату.

По механізму дії ці препарати мають патогенетичне значення, змінюючи не тільки перебіг хвороби, але й впливаючи на системні прояви алергії, на прогноз атопії.

Системним засобам, що традиційно використовувались педіатрами при лікуванні АД, сьогодні **відводиться допоміжна роль**.

- **Ведущее** место в лечении АД принадлежит **наружной терапии**.
- По механизму действия препараты наружной терапии имеют патогенетическое значение, изменяя не только течение болезни но и влияя на системные проявления аллергии, на прогноз атопии.
- **Системным методам** при лечении АД сегодня отводится **вспомогательная роль**.

Елімінація тригерів.

Створення «гіпоалергенного середовища»

У квартирі не повинно бути великої кількості колекторів пилу, м'яких меблів, килимів, об'ємних м'яких іграшок.

Обов'язкове регулярне прибирання всієї квартири при відсутності хворого. Прання постільної білизни в гарячій воді, краще — кип'ятіння кожні 7—14 днів.

Усунення інфекції (бактеріальної, грибової) перш за все зі шкіри хворого та ліквідація вогнищ хронічної інфекції в сім'ї.

- Підтримка у квартирі оптимальної вологості — 60%. Оптимальна температура повітря в приміщенні не повинна перевищувати 23° С.***

- **Зменшення застосування синтетичних миючих засобів.**
- **Не рекомендується грубий, вовняний одяг, перевагу надають м'якій бавовняній тканині.**
- **Не тримати в помешканні тварин.**
- **При епідермальній алергії не користуватися одягом з вовни, хутра тварин, не рекомендується відвідування хворим зоопарку, цирку, будинків, де перебувають тварини.**

- При алергії до пилка рослин: у період пилкування алергенних рослин — герметизувати вікна, обмежити прогулянки у вітряну й сонячну погоду, особливо в зеленій зоні міста або в сільській місцевості;
- З обережністю використовувати косметичні засоби на рослинній основі (мила, шампуні, креми й т. д.).
- Виключити пасивне паління.
- Лікувальне харчування має значення тільки для дітей раннього віку.

Годування дітей першого року життя.

У дітей першого року життя серед харчових алергенів, що є релевантними для європейського регіону **перше місце** займають **білки коров'ячого молока** (в-лактоглобулін, а-лактоглобулін, казеїн), яйця (овальбумін, овомукоїд), риба (М-паральбумін).

На другому місці — білки злаків (глютен, гордеїн): пшениця, кукурудза, ячмінь, рідше — рис і гречка.

Останні роки відмічено зростання частоти алергії **до сої** (S-білок) — вона сягає 20% у дітей грудного віку та 25% — у дітей старшого віку.

Принципи вигодовування дітей грудного віку:

Ідеальною їжею для дитини цього віку є грудне молоко. Виключно грудне вигодовування рекомендовано до 4—6 міс.

Строга елімінаційна дієта матері при лактації недоцільна, бо призводить до гіповітамінозу, порушення фізичного розвитку дитини.

Елімінаційна дієта матерям-годувальницям може бути призначена тільки з метою виключення визначених причинних алергенів.

Більш пізнє введення «твердої їжі» — з 5—6 міс.

Харчові продукти вводити у раціон дитини - атопіка в більш пізні строки:

коров'яче молоко - з 12міс.,

яйця - з 24 міс,

арахіс, горіхи, риба — з 36 міс.

Також телятина, шоколад, цитрусові, зернові повинні бути виключені з дієти немовлят й обережно вводитись тільки після 12—24 міс.

При наявності алергічних реакцій на тлі грудного вигодовування, а також для дітей, що знаходяться на штучному вигодовуванні для харчування можуть використовуватись **гіпоалергенні суміші.**

Виды диет при пищевой аллергии у детей

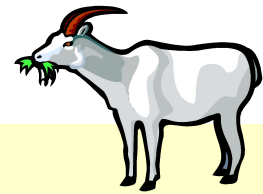
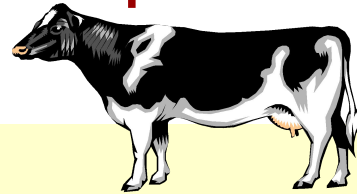
БЕЗМОЛОЧНАЯ

БЕЗСОЕВАЯ

БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ

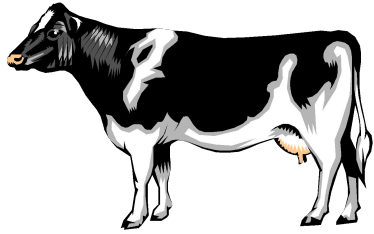
ОБЩАЯ ГИПОАЛЛЕРГЕННАЯ

Сравнение молочных белков в граммах на литр

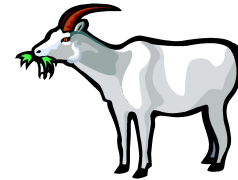
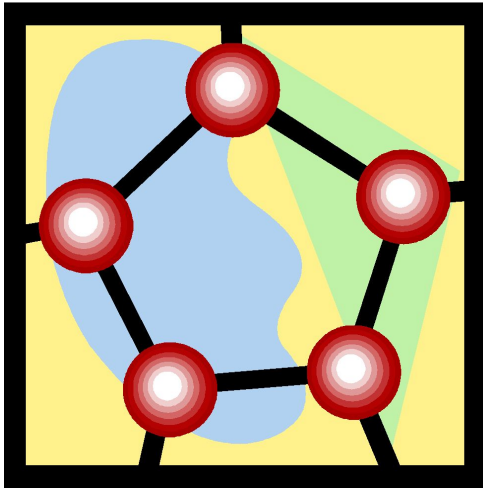


• Альфа-s1 казеин	13,7	-
• Бета-казеин	6,2	22,8
• Гамма-казеин	1,2	-
• Каппа-казеин		
• Бета-лактоглобулин	3,0	2,6
• Альфа-лактоальбумин	0,7	4,3
• Иммуноглобулины	0,6	-
• Сывороточный альбу-		
• Мин	0,3	-
ВСЕГО	29,4	29,7

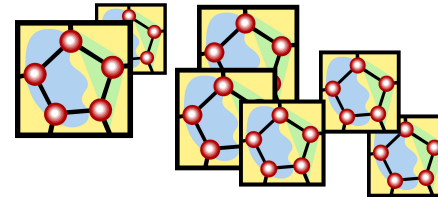
Жиры коровьего и козьего молока.



21 – 31 мкм



1,5 - 2 мкм



Значительно более высокое содержание коротко- и среднецепочных жирных кислот (капроевой, каприловой, капрой, лауриновой, миристиновой)

- По своим физико-химическим свойствам и вкусу козье молоко выгодно отличается от коровьего и от молока других видов животных. По сравнению с коровьим, козье молоко содержит в 6 раз больше **кобальта**, который входит в состав **витамина В12 (0.1 мкг)**. Этот витамин отвечает за кроветворение и контролирует обменные процессы. Также в нем содержится много **калия**, роль которого особенно велика в деятельности сердечно-сосудистой системы.

- Козье молоко относится к группе казеиновых, также как и коровье, однако в козьем практически не содержится альфа-1s-казеина, который является основным источником аллергических реакций на коровье молоко, поэтому оно показано людям, страдающим аллергией на коровье молоко. Высокое содержание бета-казеина приближает козье молоко к женскому грудному молоку. Большая часть белков козьего молока из-за повышенного содержания в них альбуминов расщепляется на составные части – свертывается в мелкие хлопья, а не всасывается в не переваренном виде, поэтому оно легче усваивается организмом, не вызывая расстройств пищеварительной системы.

- Низкое содержание лактозы (на 13% меньше, чем в коровьем молоке, и на 41% меньше, чем в женском молоке) позволяет употреблять этот продукт людям, страдающим непереносимостью лактозы. Жировые шарики в козьем молоке в 10 раз мельче, чем в коровьем (0.001 мм), и поэтому лучше усваиваются организмом. При жирности 44,4%, козье молоко усваивается практически на 100%. В козьем молоке содержится 67% ненасыщенных жирных кислот, в коровьем - 61%. Эти кислоты обладают уникальной метаболической способностью препятствовать отложению холестерина в тканях организма человека.

- Помимо вышеперечисленных особенностей козье молоко содержит много кальция (143.0 мг), магния (14.0 мг), фосфора (89.0 мг), марганца (17.0 мкг), меди (20.0 мкг), витаминов А (0.1 мг), В (0.04 мг), С (2.0 мг), и Д (0.06 мкг), аскорбиновой кислоты. Этот продукт обогащает организм полноценными белками, жирами, минералами и микроэлементами, очень благотворно действует на нормализацию обмена веществ, что способствует здоровью и долголетию.

- Однако, козье молоко, как и коровье, является бедным источником железа. Железо необходимо не только для синтеза гемоглобина крови, но и для обеспечения нормальной работы иммунной системы и адекватности поведенческих характеристик. У взрослых дефицит железа связывается с повышенной реакцией на охлаждение.
- Железо козьего молока усваивается намного лучше (30 %), чем железо коровьего молока (10 %), но не достигает уровня усвоения железа женского молока (50 %).

ВИТАМИНЫ И МИНЕРАЛЫ

**В натуральном козьем молоке
низкое содержание
железа, фолиевой кислоты,
витаминов С и Е.**



Класифікація гіпоалергенних сумішей:

Елементні (мономерні) суміші - лікувальні суміші, які містять повністю гідролізовані до амінокислот білки (зовсім не мають антигенних властивостей). Використовуються для лікування тяжких форм харчової алергії. Наприклад **”Альфаре”** (“Нестле”, Швейцарія).

Суміші з високою ступінню гідролізу білків (напівелементні) в Україні суміші з високим ступенем гідролізу білків зареєстровані, наприклад **«Нутрилон Пепті»** («Нутриція», Голандія) –повноцінна високоадаптована напівелементна суміш для вигодовування дітей з моменту народження протягом першого року життя й старших.

Суміші з частковим гідролізом білків - лікувально-профілактичні суміші зі

зменшеними антигенними властивостями. В Україні суміші з частковим гідролізом

білків зареєстровані, наприклад **«Нутрилон ГА 1»**, **«Нутрилон ГА 2»**, **«Нутрилон Комфорт 1»**, **«Нутрилон Комфорт 2»** («Нутриція», Голандія).

“НАН ГА 1”, **“НАН ГА 2”**, **“НАН комфорт”** (Нестле, Швейцарія).

Суміші на основі білків іншого рослинного та тваринного походження —

лікувально-профілактичні суміші, білковий компонент яких представлений соєю. В

Україні зареєстровані суміші на основі білків сої, **наприклад «Нутрилон Соя»**

(«Нутриція», Голандія).

Смеси на основе козьего молока

НЭННИ - для детей первого года жизни

НЭННИ «Золотая козочка» - для детей старше года

АМАЛТЕЯ – для детей старше года и взрослых

Годування дітей після року

- При лікуванні дітей після року при відсутності даних про причинні алергени спочатку призначається емпірична елімінаційна дієта з урахуванням алергійних якостей продуктів (табл.).
- Елімінаційна дієта повинна повністю відповідати віковій потребі дитини в білках, жирах, вуглеводах і калоріях.

Розподіл харчових продуктів у залежності від ступеня алергенності

Висока	Середня	Слабка
<p>Коров'яче молоко, риба, яйця, куряче м'ясо, суниця, малина, полуниця, чорна смородина, ожина, виноград, ананас, диня, хурма, гранат, цитрусові, шоколад, кава, какао, горіхи, мед, гриби, гірчиця, томати, морква, буряк, селера, пшениця, жито.</p>	<p>Свинина, індичатина, кролятина, картопля, горох, персик, абрикос, червона смородина, банан, перець зелений, кукурудза, гречка, журавлина, рис.</p>	<p>Конина, баранина, кабачок, патисон, редька, гарбуз світлого кольору, яблуко зеленого та жовтого кольору, біла черешня, біла смородина, агрус, кавун, слива, мигдаль, зелений огірок</p>

Звичайно тривалість елімінаційної дієти повинна бути не менше року, але у випадках виявлення гіперчутливості до алергенів, що містяться в яйцях, горіхах, бобових, рибі, морепродуктах елімінаційні заходи проводяться протягом, як мінімум, **двох років**

- . Розширення дієти повинне проводитися після цих строків і ґрунтуватися на результатах повторного алергологічного обстеження.

Препараты для наружной терапии АД

**Базисные
препараты- обеспечивают контроль
за симптомами заболевания**

Завданнями зовнішньої терапії є:

- 1.Зменшення сухості шкіри**
- 2.Відновлення ушкодженого епітелію.**
- 3.Підвищення бар'єрних функцій шкіри**
- 4.Усунення ознак запалення шкіри та пов'язаних з ним симптомів АД.**
- 5.Усунення та профілактика бактеріальних, грибкових і вірусних інфекцій шкіри.**

Базисний догляд



Насамперед при призначенні зовнішньої терапії необхідно вибрати лікарську форму препарату. Алгоритм вибору лікарської форми залежно від стадії АД й морфології поразки шкіри представлений у таблиці 4

Послідовність застосування лікарських форм при atopічному дерматиті

Характер запального процесу	Лікарська форма
Гостре запалення з мокнуттям	<ul style="list-style-type: none">• Примочки• Аерозолі• Волого-висихаючі пов'язки• Лосьйони• Розчини
Гостре запалення без мокнуття	<ul style="list-style-type: none">• Водні бовтанки• Креми• Ліпокреми• Паста• Аерозолі
Підгостре запалення	<ul style="list-style-type: none">• Креми• Ліпокреми• Паста
Хронічне запалення (інфільтрація й ліхеніфікація)	<ul style="list-style-type: none">• Мазі• Зігрівальні компреси• Мазі з кератолітичними засобами
Ремісія	<ul style="list-style-type: none">• Креми з додаванням зволожуючих засобів• Ліпосомальні креми

ЗНАЧЕНИЕ УХОДА ЗА КОЖЕЙ у больных атопическим дерматитом

- **Уход за кожей необходим в любом периоде заболевания.**

Это обусловлено сухостью, быстрой ранимостью кожи и снижением ее защитных свойств.

ХОРОШИЙ УХОД ЗА КОЖЕЙ:

- **Предупреждает обострения АД¹**
- **↓ потребность в топических кортикостероидах²**

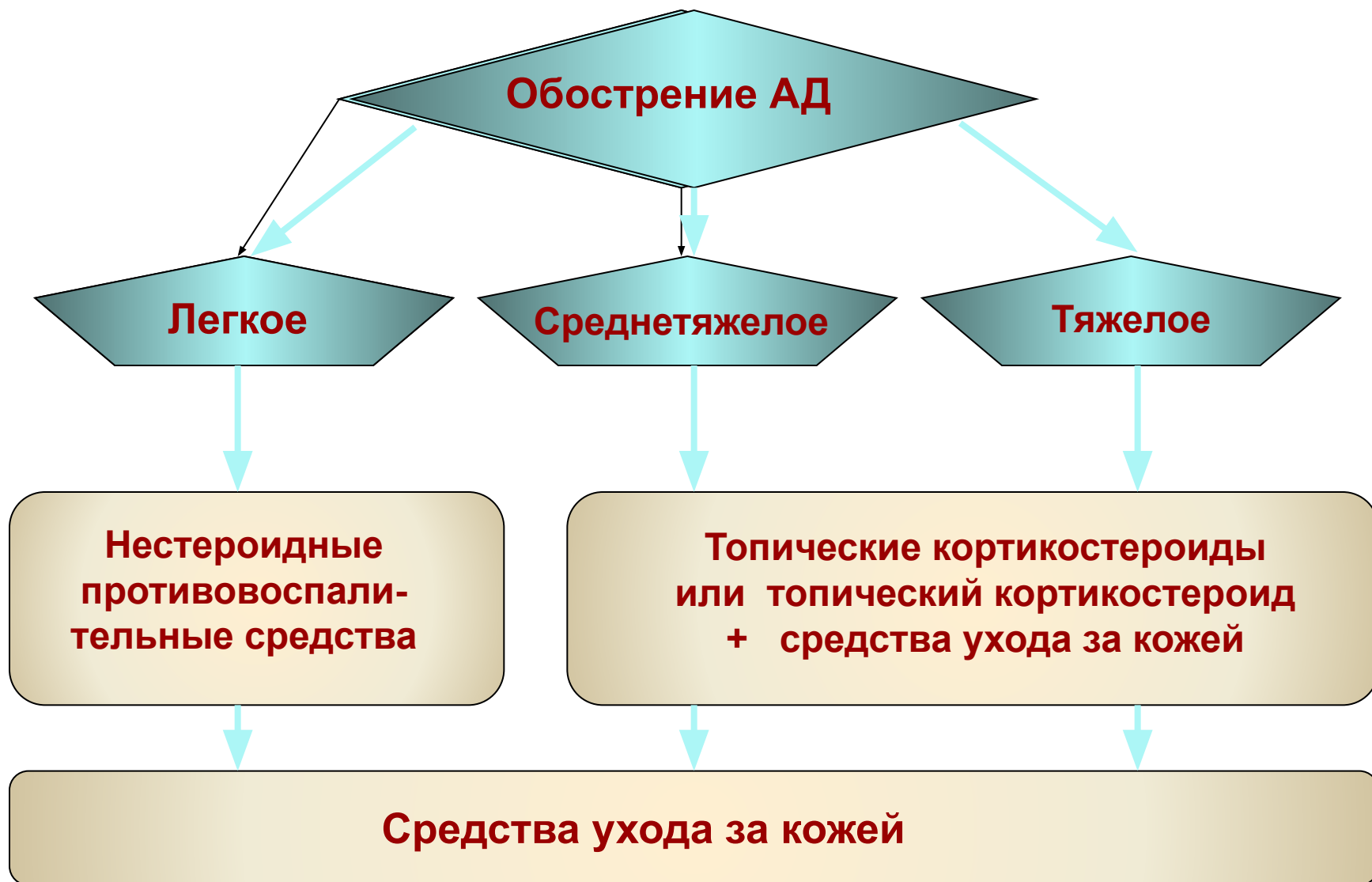
Увлажнение кожи

- **Прямое (обеспечение влагой)**
- **Косвенное (препятствие потери влаги)**

Средства базового ухода должны

- Обеспечить регидратацию рогового слоя эпидермиса
- Восстанавливать и предупреждать нарушения кожного барьера
- Уменьшать потребность в «активной» терапии
- Быть комфортными для пациентов

АЛГОРИТМ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА



- Після купання шкіру необхідно промокнути й нанести пом'якшуючі та зволожуючі засоби на вологу шкіру наносити крем/мазь протягом дня треба **так часто, як у цьому є потреба.**
- Креми/мазі наносять як для створення оклюзійного ефекту й попередження втрати води, так і як джерело ліпідів — роговий шар має потребу в достатній кількості ліпідів для формування міжклітинних з'єднань між кератиноцитами.

- **Недоцільно використовувати креми, мазі на ланоліновій основі (або кріолановій - рідкий ланолін).**
- **Ланолін у деяких випадках викликає запальні явища, оскільки закупорює пори, може викликати алергійні реакції.**
- **Створені нові покоління зовнішніх засобів для постійного застосування.**
- **Серед них препарати, що містять «ліпідне тріо» - кераміди, фітостероли, жирні кислоти; а також олеосоми, сечовину термальну воду та ін.**

При наявності значного лущення, потовщення рогового шару, ліхеніфікації як базисні треба застосовувати кератолітичні засоби (містять саліцилову кислоту, молочну кислоту, сечовину резорцин або сірку).

Засоби на основі саліцилової кислоти не можна використовувати довго (можливо подразнення шкіри завдяки сильному кератолітичному).

- Препарати, що містять сечовину («Карбодерм—Дарниця», «Топікрем», «Топік-10») застосовують тривало на великі ділянки без обмежень — сечовина сприяє покращенню бар'єрних якостей шкіри, зменшує трансепідермальні втрати води та знижує чутливість до іритантів.
- Для дітей грудного віку велике значення як засоби догляду за шкірою мають **захисні креми** (на основі **оксиду цинку**), які наносять під памперс для запобігання появі попріlostей, подразнення шкіри сечею.

- **ПРОТИЗАПАЛЬНІ ЗОВНІШНІ ЗАСОБИ**
- *«Традиційні» засоби зовнішньої терапії».*
- **При ексудативній формі лікування починають з примочок, для яких можуть бути використані розчини з протизапальними, підсушуючими, бактеріцидними засобами: таніну 1%, риванолу 1:1000, резорцину 1-2%, азотнокислого срібла 0,25%, ляпісу 0,25-0,5%, рідину Бурова, настої міцного чаю, кори дуба, лаврового листа та ін.**



- У гострий період також застосовують органічні анілінові барвники - водні розчини метиленового синього 1%, еозину 0,5-1%, фукарцину піоктаніну рідину Кастелані.
- Поверхня шкіри для обробки органічними барвниками повинна бути обмеженою, бо всмоктування барвників може супроводжуватись токсичною дією.
- У гострій та підгострій фазі АД при відсутності ексудації, використовують препарати з протизапальними засобами (іхтіол, нафталан, дьоготь, похідні цинку, дерматол, АСД (3-я фракція) та ін.)

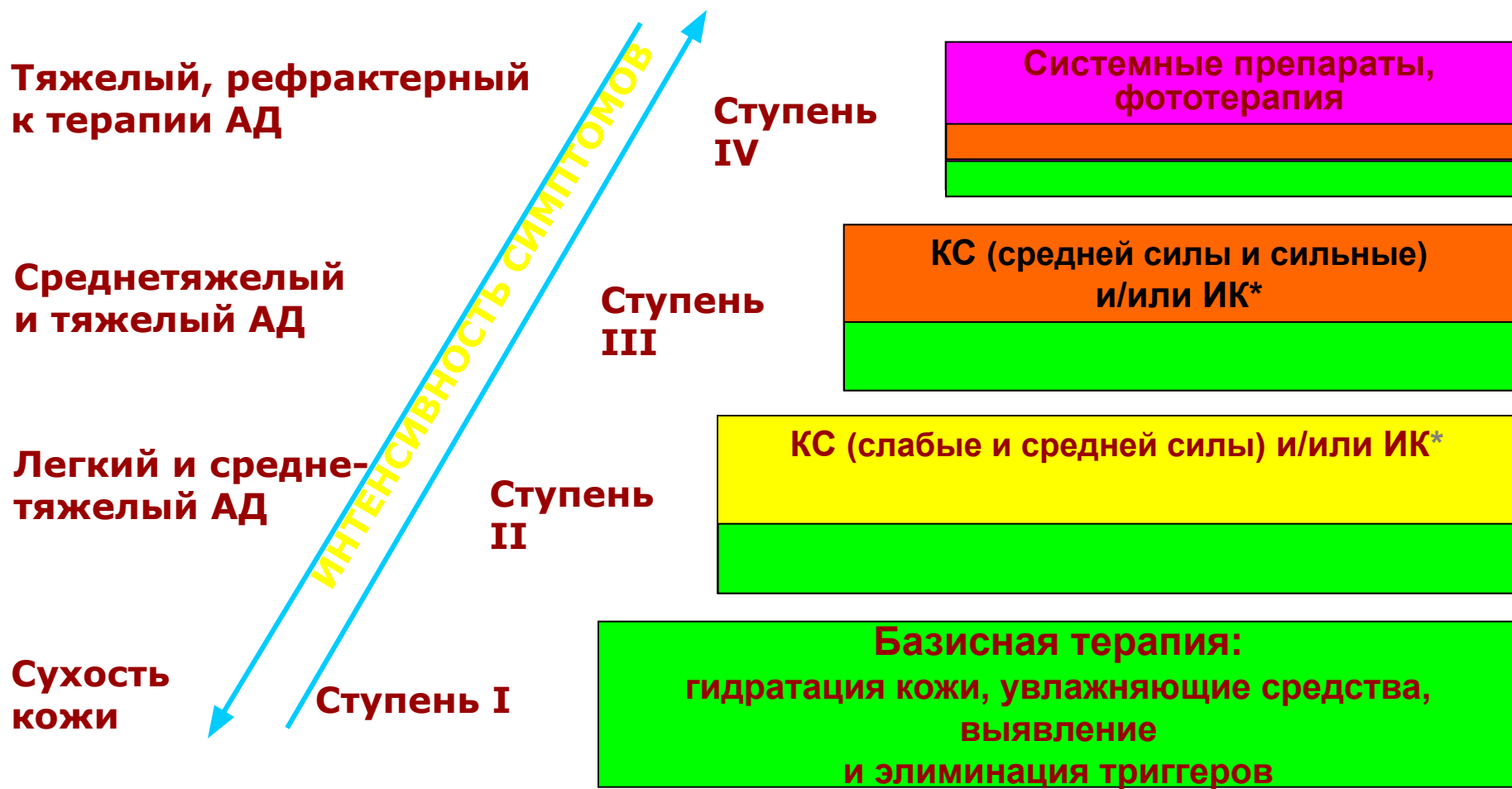
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ, НЕ СОДЕРЖАЩИЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ

Препараты «старого» поколения	» Препараты «нового» поколения
<ul style="list-style-type: none">✓ Угольный деготь и его производные✓ Нафталан✓ Ихтиол✓ Дерматол✓ АСД III фракция	<ul style="list-style-type: none">✓ Цинксодержажщие препараты✓ Буфексамак✓ Глутамол✓ Пимекролимус (Элидел)

Согласно современным рекомендациям - наружная терапия осуществляется в режиме ступенчатой терапии с учетом тяжести заболевания.

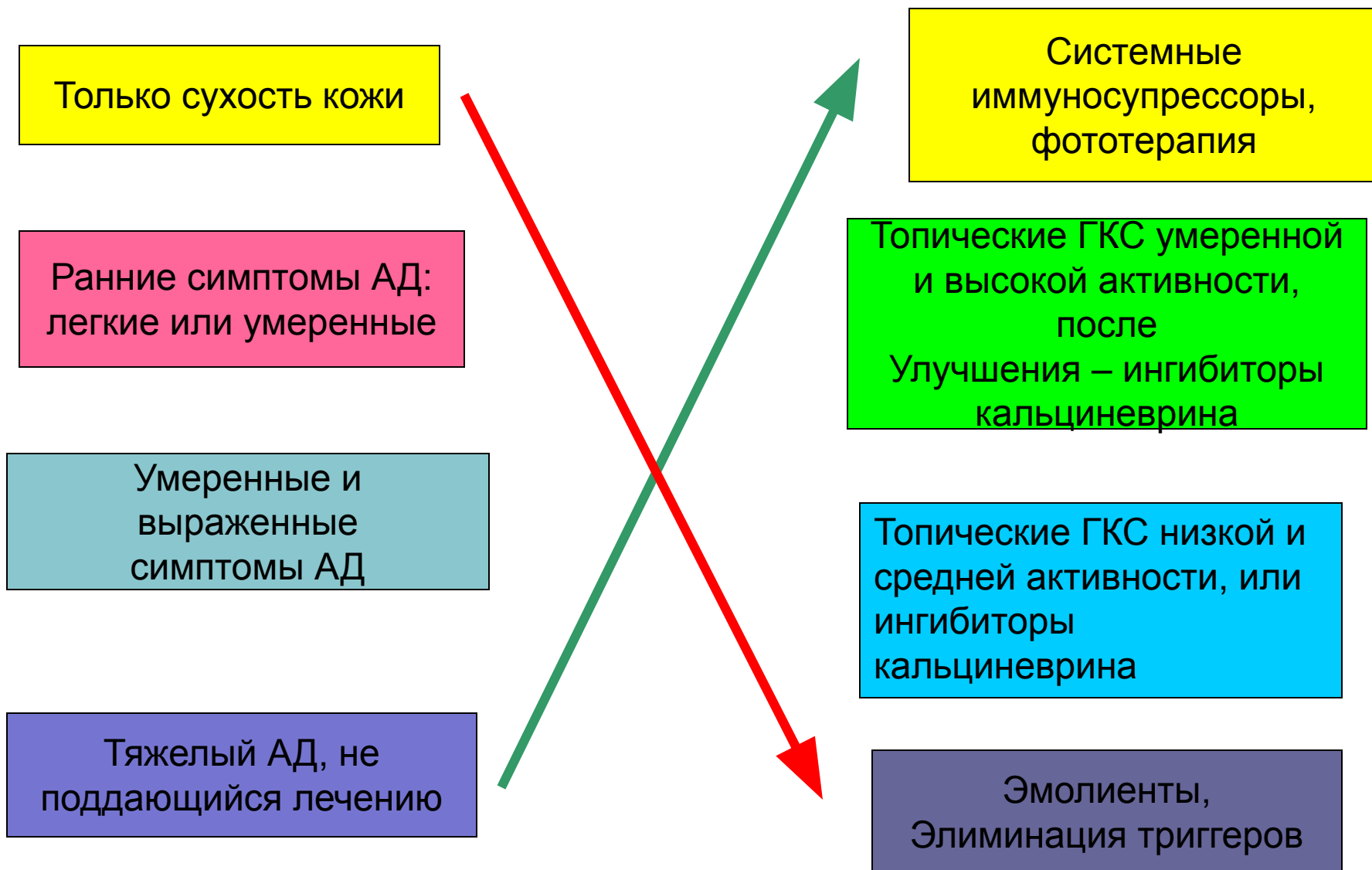
СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ – является основополагающим критерием для выбора средств наружной терапии

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АД – СТУПЕНЧАТЫЙ ПОДХОД



СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ АД

(EAACI/AAAAI CONSENSUS REPORT)



Топические кортикостероиды в терапии АД

**«Золотой» стандарт краткосрочной терапии
обострений атопического дерматита**

**Используются при среднетяжелом и тяжелом
течении АД (в виде монотерапии и в
комбинации с другими лекарственными
средствами)**

**Быстрое купирование ключевых симптомов
обострения АД**

***Гибкий режим дозирования, предупреждающий
развитие синдрома отмены***

- *Топічні кортикостероїди.*
- Топічні кортикостероїди (ТКС) залишаються найбільш активними протизапальними засобами, але вони діють не тільки на запальні, але і на структурні клітини шкіри, що в сукупності з їх механізмом дії, обумовлює численні побічні реакції.

Побічні ефекти топічних кортикостероїдів

Місцеві побічні ефекти	Системні побічні ефекти
<ul style="list-style-type: none"> • Периоральний дерматит • Фолікуліт • Гіпертрихоз • Розацеаподібний дерматит • Акнеформний висип, стрії • Атрофія епідермісу та дерми (найбільш чутливі області природних складок шкіри й обличчя) • Телеангієктазії • Гіпопигментація • Приєднання або посилення існуючої вірусної, бактеріальної та грибкової інфекції • Реактивний дерматит, обумовлений «синдромом відміни» 	<ul style="list-style-type: none"> • Катаракта, глаукома (при застосуванні на шкірі навколо очей) • Пригнічення функції кори надниркових залоз • Затримка росту • Артеріальна гіпертензія • Синдром Кушинга

- ***Загальні правила застосування ГКС***
- Застосовуються тільки в період загострення й не використовують для профілактики.
- Ефективні при всіх фазах хвороби (гострій, підгострій, хронічній).
- Показано застосування тільки при неефективності інших (менш токсичних, безпечних) засобів — як правило, при загостренні тяжкого ступеня або при безперервнорецидивному перебігу хвороби.

Здійснювати диференційований підхід до лікарських форм ГКС призначення різних (мазь-крем-лосьйон-розчин та ін.) препаратів.

Не призначати галогенізовані ГКС немовлятам і дітям перших років життя.

Не бажано використовувати на ділянки мошонки, піхви, фізіологічних впадин, місцях попрілостей (підвищується всмоктування ГКС і можливі системні побічні дії).

Перевага надається препаратам з високою безпечністю та пролонгованою дією.

- При виборі ГКС різної активності **починати терапію з ГКС 1-2 класу (слабка/помірна активність), з переходом на сильні тільки при неефективності попередніх, використання сильних ГКС протягом короткого терміну**
- **Максимальна можлива поверхня для аплікації ГКС - 20% поверхні тіла.**
- **Курси ГКС повинні бути короткі, інтермітуючі, а не тривалі, безперервні, що складає ризик ускладнень.**

- Поступово відмінити топічні ГКС, щоб не викликати синдрому відміни.
- Проводити заміну хімічних груп ГКС при тривалому застосуванні.
- Обмежене використання ГКС під оклюзивні пов'язки.
- Абсолютними протипоказаннями до призначення топічних ГКС є:
- Вірусні захворювання шкіри - герпес, вітряна віспа.
- Туберкульозний або сифілітичний процеси в ділянках нанесення препарату.
- Первинні бактеріальні та грибкові ураження шкіри.
- Підвишена чутливість до компонентів препарату.

Європейська класифікація потенційної активності місцевих глюкокортикостероїдів (Miller&Munro)

Назва хімічних речовин	Торговельні назви
Слабкі (клас 1)	
Hydrocortisone 0,1-1,0%	Гідрокортизон Кортонітол-Дарниця Гіоксизон Пімафукорт
Середні (клас 2) в 20-25 раз сильнее гидрокортизона	
Alclometasone dipropionate 0,05%	Бетноейт
Betamethasone valerate 0,025%	Дерматол
Methylprednisolone aceponate 0,1%	Адвантан, Стерокорт
Mometasone furoate 0,1%	Элоком
Triamcinolone acetonide 0,1%	Фторокорт

Сильні (клас 3)

в 100 - 150 раз сильнее гидрокортизона

Betamethasone valerate 0,01%

Budesonide 0,025%

Dexamethasone 0,25%

Flucinonide 0,05%

Fluclorone acetone 0,025%

Hydrocortisone butirate 0,1%

Целестодерм

Апулеин

Травокорт

Флуцинар

Синалар, Синафлан

Локоид

Дуже сильні (клас 4)

в 600 раз сильнее гидрокортизона

Приравняются к парентеральному введению

Clobetasol propionate 0,05%

Дермовейт

- **Тандем-терапію** - нанесення 1 раз на добу стероїдного препарату другий раз - індиферентної мазі.
- **Почергове лікування** - нанесення препарату по черзі на різні ділянки.
- **Штриховий метод** - використовується при великих ділянках ураження.

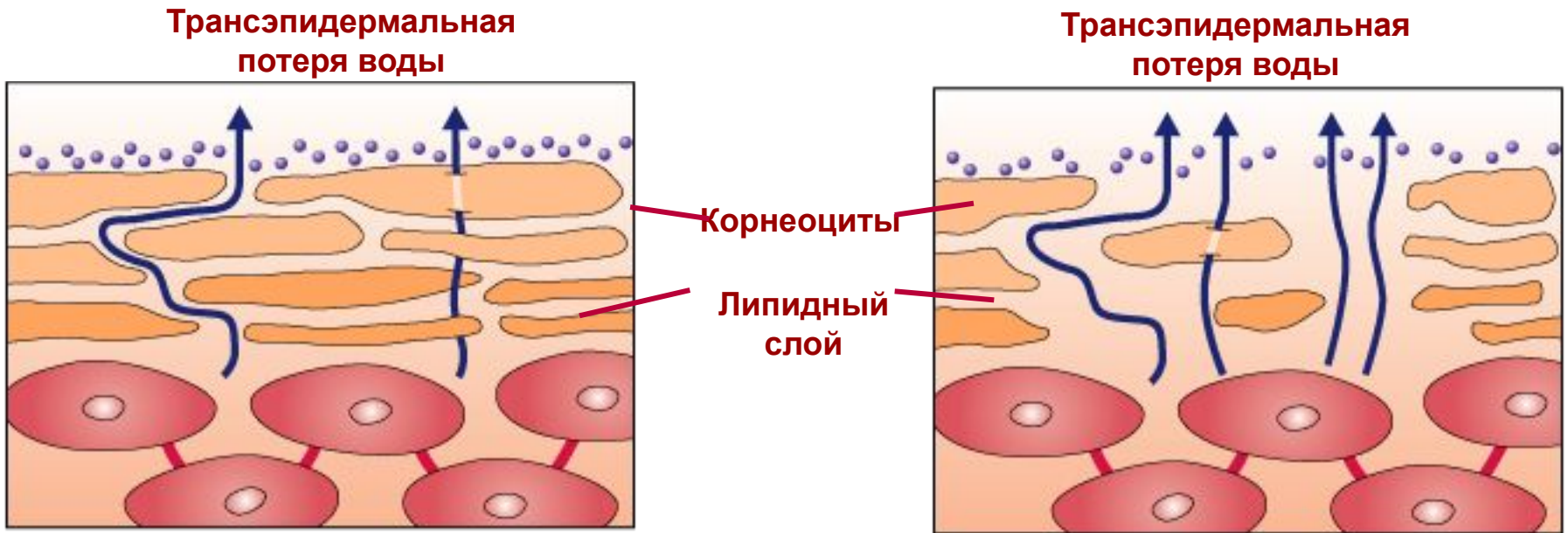
ЗУД и СУХОСТЬ КОЖИ – два
кардинальных симптома
атопического дерматита

Проблема сухой кожи:

- ✓ Чешуйки
- ✓ Грубая кожа
- ✓ Чувство жжения, стянутости
- ✓ Усиление зуда кожи

ИЗМЕНЕНИЕ КОЖНОГО БАРЬЕРА У ПАЦИЕНТОВ С АД

- Сухая кожа – один из ведущих симптомов АД



- Здоровая кожа

- “Дефектный”
кожный барьер
при АД

ІНГІБІТОРИ КАЛЬЦІНЕВРИНУ («ЕЛІДЕЛ»)

II Міжнародна об'єднана конференція по атопічному дерматиту (ICCAD II) визнала препарати-інгібітори кальціневрину (**«Елідел»**) **засобами другої лінії** як для лікування, так і для тривалого профілактичного контролю атопічного дерматиту.

- Можливе використання на всіх ділянках шкірних покривів - на обличчі, шиї, природних складках і в місцях попрілостей.
- Не має обмежень по об'єму аплікації.
- Не має обмежень по тривалості застосування.
- Дозволений до застосування з трьохмісячного віку
- Можливо застосування без призначення лікаря (концепція «контрольованого самолікування»).
- При наявності вірусного чи бактеріального ураження шкіри спочатку треба ліквідувати інфекційний процес, а потім застосовувати «Елідел».

- **Экзомега крем и молочко (DUCRAY, Франция)** применяются с момента рождения как эмолиенты восстанавливают барьерную функцию кожи, улучшают гидратацию, восстанавливают липидный слой, нормализуют уровень керамидов, обладает антимикробным эффектом, уменьшают симптомы зуда, воспалительной гиперемии.
- Применяются самостоятельно, а так же в комбинации со стероидной терапией.
- **Сикальфат лосьон и Сикальфат крем (DUCRAY, Франция)** обладают репаративным, противовоспалительным и антибактериальным действием.

ЛОКОБЕЙЗ® РИПЕА



- Прямое + косвенное увлажнение
- Не только предупреждает нарушение, компенсирует дефект, но и восстанавливает **КОЖНЫЙ барьер**



Анатолий
Кудрявцев

<http://www.art.aklan>

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛОКОБЭЙЗ REPAIR®

- **Форма выпуска**
 - тюбики по 30 г, 50 г и 100 г.
- **Условия хранения**
 - при комнатной t°, срок хранения открытого тюбика – 12 месяцев
- **Совместим с другими препаратами:**
 - пропилен гликоль
 - мочевины
 - молочная кислота
 - салициловая кислота (концентрация $\leq 3\%$)
 - оксид цинка



- ***Місцеві антигістамінні засоби*** (блокатори H1-гістамінових рецепторів) —
- «Феністіл-гель» (диметиндену малеат); «Псило-бальзам» (діфенгідраміну гідрохлорид), гель «Гістоцит», димедрол у складі засобів «традиційної» зовнішньої терапії - не рекомендується для лікування атонічного дерматиту.
- Ці засоби не мають протизапального або іншого патогенетичного ефекту — їм притаманні лише симптоматичні протисвербіжні та місцевоанестезуючі властивості. Також до цих засобів швидко розвивається сенсibiliзація, тому їх тривале застосування, що необхідно при АД, неприпустимо — вони можуть спровокувати загострення АД.

Формы пиодермии при осложненном течении атопического дерматита



Поверхностная
стрептодермия (импетиго)

Сухая
стрептодермия
(заеды)

Поверхностная
стафилодермия
(импетиго)



- ***Засоби зовнішньої терапії при ускладненні atopічного дерматиту інфікуванням***
- При ускладненні АД інфекційним процесом, частіше ***стафілококової етіології, спочатку потрібно очистити шкіру від гнійних кірочок шляхом обробки 3% розчином перекису водня,***
- ***після чого — 0,2% розчином хлоргексидину або розчином фурациліну, потім фукарцином, метиленовим синім або іншими барвниками.***
- ***Як заключний етап (при необхідності) — топічні антибактеріальні препарати («Бактробан», «Банеоцин», гентаміцинова, еритроміцинова, тетрациклінова мазі та ін.).***
- ***Можливо застосування кортикостероїдних топічних засобів з антимікробними речовинами («Лорінден-С», «Целестодерм з гараміцином», «Оксікорт», «Гіоксизон», «Кортбнітол», «Фуцидін-Г», «Фуцикорт» та ін.)***

- Для застосування в педіатричній практиці можна рекомендувати крем **«Фузідерм-Б»** (виробник — **«Pharma International»**).
- Це **комбінований препарат**, що містить антибактеріальний компонент (2% фузидієва кислота) та глюкокортикоїд (0,1% бетаметазон).
- Даний лікарський засіб **є єдиним в Україні**, що містить зазначену комбінацію. Фузидієва кислота чинить міцну **антибактеріальну дію по відношенню до Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Corynebacterium minutissimum, Propionibacterium acnes** та до **стафілококів**, що мають стійкість до пеніциліну, левоміцетину, еритроміцину.

- Активність фузидієвої кислоти до *Staphylococcus aureus* становить 100%.
- Ця кислота є найбільш активним по відношенню до *Staphylococcus aureus* засобом, що входить у лікарські форми для місцевого застосування. Його активність перевершує навіть такий антибактеріальний засіб, як мупіроцин.
- Слід підкреслити, що антибактеріальний компонент «Фузідерму-Б» був досліджений в ряді клінічних багатоцентрових випробовувань, які довели його ефективність та безпечність.

- **При грибковій інфекції** використовують зовнішні протигрибкові препарати — мазь та лосьйон «Клотримазол», креми «Мікозолон», «Ламізіл», та ін.;
- **При вірусній інфекції** — противірусні креми та мазі — оксолінова, «Герпевір», «Зовіракс», «Віролекс», «Ацикловір».

- ***СИСТЕМНА ТЕРАПІЯ***

- До системних засобів терапії atopічного дерматиту відносять **антигістамінні, мембраностабілізуючі, психотропні препарати з седативною дією, про- та пребіотики, імуномоделюючі засоби** — усі вони, згідно рекомендаціям ІССАД ІІ, мають «допоміжне» значення в лікуванні atopічного дерматиту.

Показания к назначению антигистаминных препаратов при атопическом дерматите

- Обострение кожного процесса
- Зуд кожи
- Профилактика обострений
(противорецидивное лечение)

H1-Антигистаминные препараты

Антигистаминные препараты 1-го поколения
*(фенистил, супрастин, тавегил, перитол,
фенкарол, диазолин, димедрол, семпрекс)*

Антигистаминные препараты 2-го поколения
*(лоратадин, цетиризин, эбастин,
терфенадин, астемизол)*

Метаболиты антигистаминных препаратов
*(фексофенадин, дезлоратадин,
левоцетиризин, новоастемизол)*

- **Антигістамінні препарати**
- **Основні положення, щодо застосування антигістамінних препаратів:**
- **У гострий період при наявності сильного шкірного свербіжу, коли потрібен не тільки протисвербіжний, але й седативний ефект, призначають препарати I покоління (феністіл, діазолін, супрастин, фенкарол та ін.).**
- **У зв'язку з наявністю седативного ефекту призначення антигістамінних препаратів I покоління курсами дітям шкільного віку обмежено. Не використовувати у дітей з астенодепресивним станом.**
- **Тривалість застосування антигістамінних препаратів 1 покоління не повинна перевищувати 14 днів, при потребі — проводити зміну кожні 7-10 днів.**
- **Не призначати при гіпотензії та фотодерматозах препарати фенотіазінової групи (піпольфен, дипразин).**
- **-**
- **При хронічній фазі або безперервно рецидивуючому перебігу рекомендовані антигістамінні препарати 2-3 поколінь.**

– Мембраностабілізуючі препарати.

- Із цієї групи препаратів у терапії АД доведена ефективність **кетотифену (задитен)**.
Мінімальна тривалість курсу лікування — 3 міс; доза: від 1 до 3 років — 0,0005г 2 р/добу; старше 3 років - 0,001г 2 р/добу.
- **Мембраностабілізуючі**, протизапальні властивості притаманні антигістамінним препаратам I та III покоління.

- **Психотропні препарати з седативною дією** (призначаються при необхідності):

- •
- Дози усіх препаратів даної групи підбираються індивідуально, починаючи з малих доз. У вечірні часи разова доза повинна бути вищою.
- •Алімемазин (терален) — від 5—10 мг до 60—80 мг на добу у 3-4 прийоми.
- Оксазепам (тазепам) — від 5—10 мг до 30—50 мг на добу у 2—3 прийоми.
- Тиорідазін (сонапакс) — дітям у віці від 4 міс. до 7 років — 10-20 мг/добу 8-14 років - 20-30 мг/добу, 15-18 років -30—50 мг/добу в 2—3 прийоми.

- ***Нормалізація процесів травлення.***
- Відновлення процесів травлення у хворих на атонічний дерматит відбувається при застосуванні ферментних, гепатотропних препаратів, пре- та пробіотиків.
- Панкреатичні ензими покращують розщеплення субстратів їжі, відновлюють внутрішнє середовище тонкої кишки та знижують антигенне навантаження на організм.
- **Лідером сучасних ферментних препаратів, що містять панкреатин, є «Креон» («Солвей Фармацевтикалз ГмбХ», Германія).**

- Разова доза «**Креону 10 000**», що рекомендується дітям першого року життя — 1/4-1/3 капсули, після 1 року 1/2—1 капсула
- на один прийом їжі. Доза підбирається індивідуально залежно від жирового складу їжі під контролем показників копрограми.
- Серед гепатотропних препаратів привертає увагу препарат «**Хофітол**» (Лабораторія «**Роза-Фітофарма**», Франція), який виробляється з очищеного екстракту листя артишоку (*Супага Зсоїутиз*).

- **Імуномодулююча терапія.**
- У якості імуносупресанта при АД доведена ефективність **циклоспорину А («Сандіммун-Неорал»)**, що зменшує стимуляцію й проліферацію Т-клітин. Дози циклоспорину А становлять 3—5 мг/кг на добу з наступним зниженням до 1 мг/кг на добу або переходом на інтерміттуючу терапію (прийом 1 раз на 5 днів).

- Іншими засобами імуносупресивної дії є **системні глюкокортикостероїди**, що призначаються протягом 5-7 діб, в окремих випадках - до 10 діб.
- Можливість важких побічних ефектів виключає широке застосування циклоспорина й системних ГКС при АД — вони можуть бути застосовані тільки під наглядом алерголога/дерматолога в особливо важких та рефрактерних до терапії випадках, як препарати 3-го ряду.

- При важкому перебігу АД показана екстракорпоральна детоксикація у вигляді **плазмафереза**, що звільнює організм від циркулюючих імунних комплексів, антитіл і підвищує чутливість до медикаментозної терапії.
- Згідно принципів доказової медицини, **не доведена ефективність протеолітичних ферментів, ентеросорбентів, вітамінів, мінеральних добавок, поліненасичених жирних кислот, специфічної алерговакцинації.**
- Відсутні докази доцільності застосування засобів нетрадиційної медицини.

- ***Фізіотерапія.***

- Ультрафіолетове опромінення (середньохвильові УФ-В — промені) — як селективна фототерапія та довгохвильові УФ-А — промені або УФ-А у поєднанні з фотосенсибілізатором псораленом (фотохіміотерапія або PUVA-терапія).
- Фототерапія може мати ефективні найближчі результати, однак у разі тривалого застосування, існує віддалений ризик малігнізації шкірних покривів.
- З фізіотерапевтичних методів впливу також ефективні лазеротерапія, змінне магнітне поле, сольові й масляні ванни, інтервальна гіпоксична терапія, ультрафонофорез, КВЧ-терапія.

- **ПРОФІЛАКТИКА**
- Розрізняють первинну та вторинну профілактику АД.
- **Первинна** — передбачає виявлення дітей групи ризику по розвитку алергії та заходи, що попереджають розвиток АД.
- **Вторинна** - попередження загострення (протирецидивна терапія) у дітей, що страждають на АД.

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА

Аntenатальна

- Раціональне ведення вагітності
- Виключення впливу професійних факторів
- Профілактична дієта
- Раціональне ведення пологів

Постнатальна

- Обмеження медикаментозної терапії немовлят та матерів-годувальниць
- Дієтотерапія немовлят та матерів-годувальниць
- Корекція супутньої патології
- Правильний догляд за шкірою
- Індивідуальний підхід до проведення профілактичних щеплень
- Режим «антигенного щадіння»

Навчання пацієнта та його батьків

- Елімінація тригерів
- Підтримуюча (базисна) зовнішня терапія
- Дієтотерапія
- Превентивна фармакотерапія
- Корекція супутньої патології
- Психотерапія
- Курортотерапія
- Кліматотерапія
- Соціально-побутова адаптація
- Професійна орієнтація
- Фізіотерапія
- Медична експертиза
- Участь суспільних організацій у захисті інтересів хворих

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение ребенка, страдающего атопическим дерматитом – **очень трудная задача.**

Успех лечения зависит, **во-первых**, от тесного сотрудничества между врачом и семьей ребенка, **во-вторых**, от глубоких знаний механизмов возникновения и течения атопического дерматита, что позволяет создать новые оригинальные терапевтические подходы.

Литература:

1. Чл.кор.АМН проф. Аряєв М.Л. канд. мед.н. Клименко В.А. д.мед.н. Проф.Кожемяка А.І. д.мед.н. Проф.Фьоклін В.О. «Сучасні підходи до профілактики та терапії atopічного дерматиту у дітей»(методичні рекомендації), Київ, 2007.
2. Протокол діагностики та лікування дітей з atopічним дерматитом. Наказ МОЗ України №767 від 27.12.2005р.
3. Проф. В.А. Рєвнова (Москва) доклад на 1-м конгресі педіатрів стран СНГ 2009г.
4. Д.м.н., проф. Т.В.Кобец. *Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского. Кафедра госпитальной педиатрии*



Благодарю за внимание!