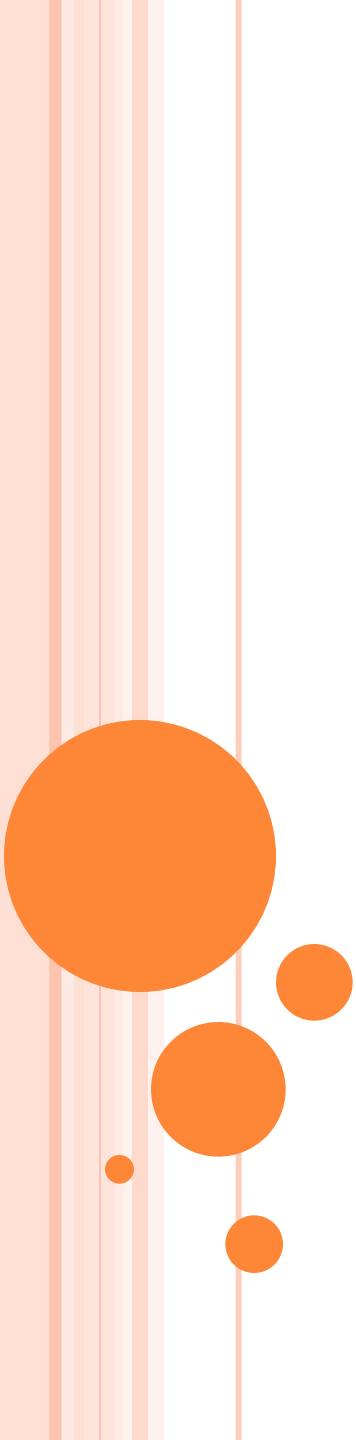




АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

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.



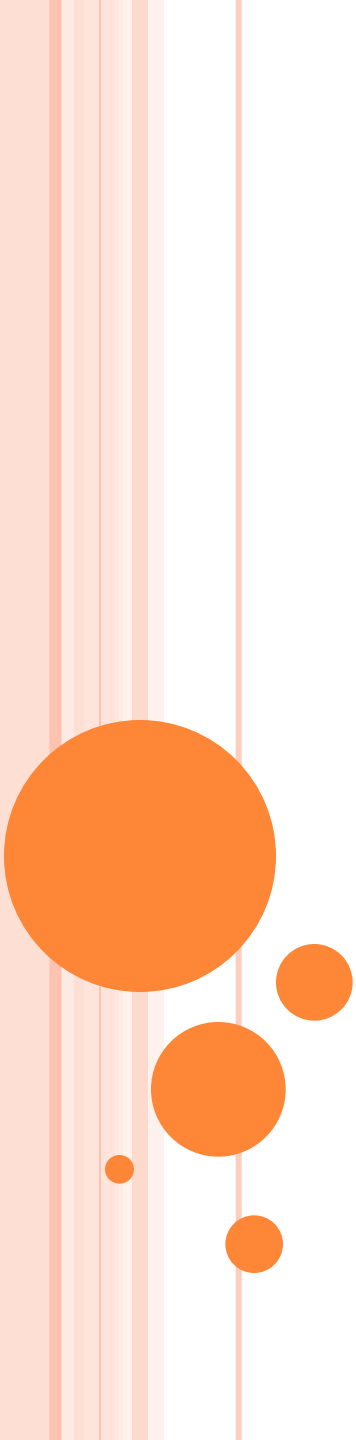
Код МКБ-10

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.

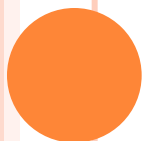
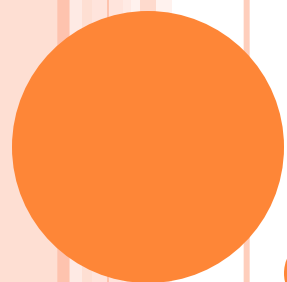
В структуре аллергических заболеваний атопический дерматит является самым ранним и самым частым проявлением атопии и выявляется у 80-85% детей раннего возраста с аллергией, причём в последние годы отмечается тенденция к более тяжёлому клиническому течению атопического дерматита с изменением его патоморфоза.



- У значительной части детей заболевание протекает хронически до пубертатного периода.
- Более ранняя манифестация (в 47% случаев атопический 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 атопическим 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.



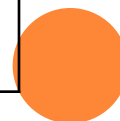


КЛАССИФИКАЦИЯ

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.



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



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



Примеры диагнозов

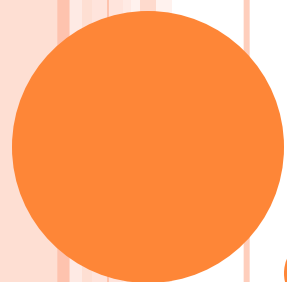
1. Атопический дерматит, распространенная форма, тяжелое течение, обострение.

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:

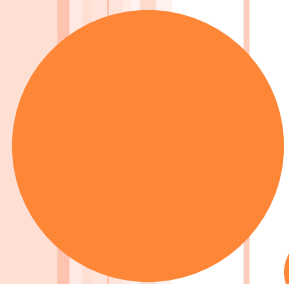
- Зуд кожи.
- Типичная морфология высыпаний и их локализация:
- дети первых лет жизни — эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей;
- дети старшего возраста - папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей.
- Ранняя 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 новорождённости 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 покрышкой, 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.





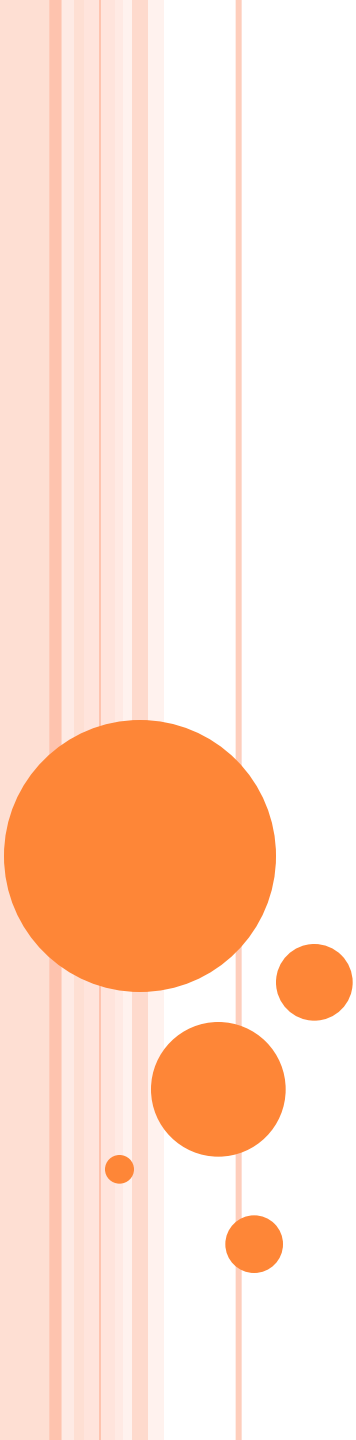
PHOTO 2



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

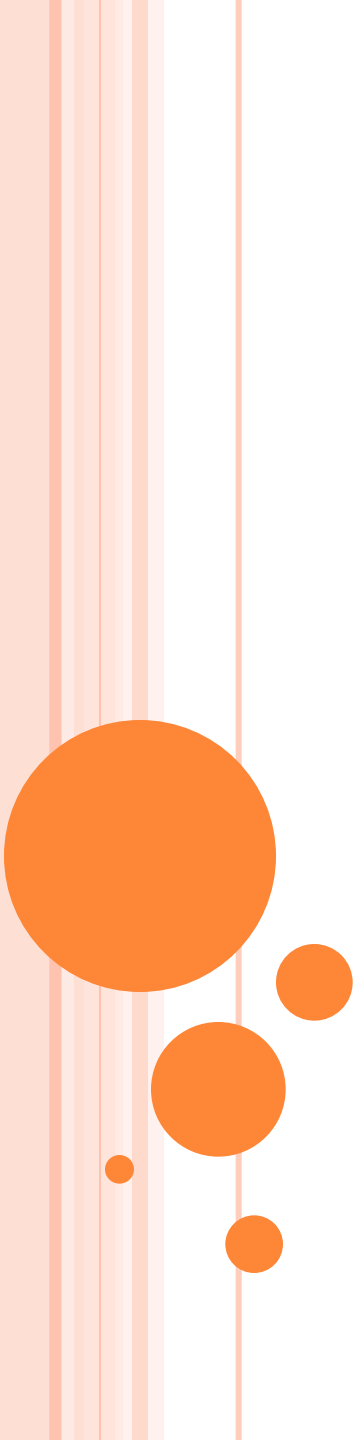


Оценку тяжести клинических проявлений АтД проводят по шкалам:

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.

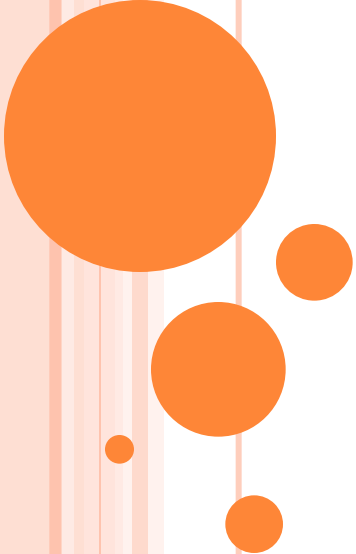


Их проводят при отсутствии острых проявлений атопического дерматита у больного. Приём антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов и нейролептиков снижает чувствительность кожных рецепторов и может привести к получению ложноотрицательных результатов, поэтому эти препараты необходимо отменить 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, 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*.

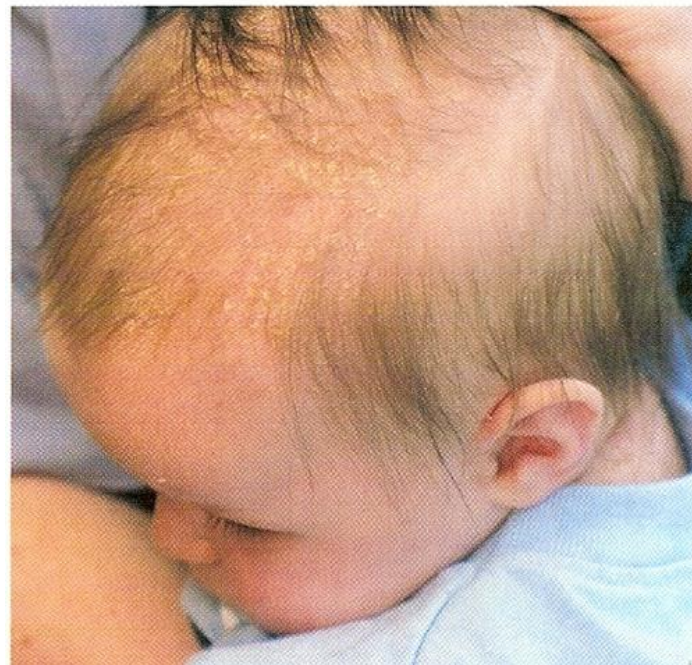
Характер высыпаний: эритематозные участки с фестончатыми краями, скопление желтых жирных чешуек.

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.



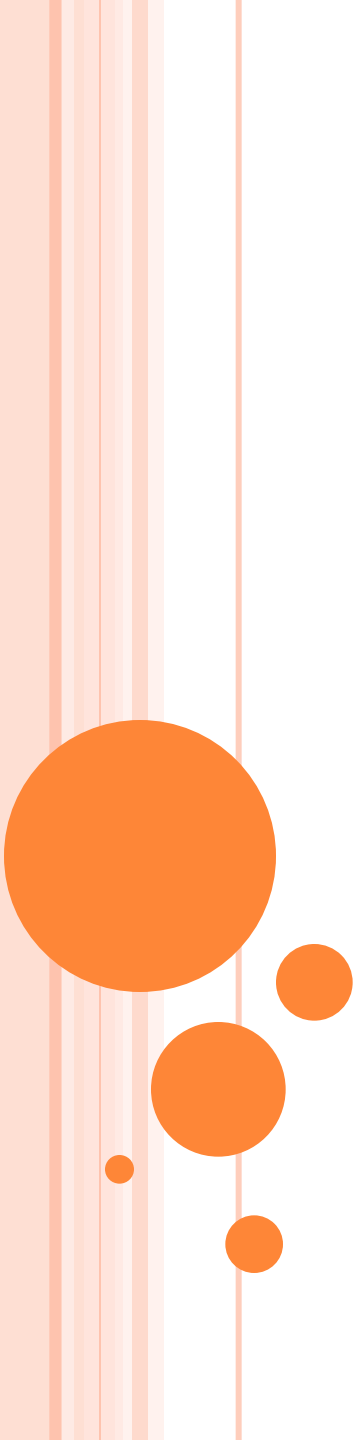
Исходы и прогноз

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.

