

И.И. Балаболкин,
В.А. Булгакова,
Т.И. Елисеева

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ



МЕДИЦИНСКОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ АГЕНТСТВО

МОСКВА
2018

УДК 616.5-002-053.2
ББК 55.83
Б20

Балаболкин, И.И.
Б20 Атопический дерматит у детей / И.И. Балаболкин, Б.А. Булгакова, Т.И. Елисеева. — Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 304 с.

ISBN

В издании обобщены исследования авторов и литературные данные по проблеме атопического дерматита у детей. Представлены эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика атопического дерматита, описаны методы лечения, рассмотрены современные подходы к профилактике атопического дерматита.

Для педиатров, аллергологов, дерматологов, врачей общей практики.

УДК 616.5-002-053.2
ББК 55.83

ISBN

© Балаболкин И.И., Булгакова В.Л.,
Елисеева Т.И., 2018
© Оформление. ООО «Медицинское
информационное агентство», 2018

Все права защищены. Никакая часть данной
книги не может быть воспроизведена в какой-
либо форме без письменного разрешения
владельцев авторских прав.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	
Список сокращений	
Глава 1. Эпидемиология	8
Глава 2. Патогенез атопического дерматита	21
2.1. Структура причинно-значимой сенсibilизации	21
2.2. Иммунологические основы	34
2.3. Генетические факторы	52
2.4. Значение изменений барьерной функции кожи	65
2.5. Роль инфекции	73
Глава 3. Клиническая картина атопического дерматита	84
3.1. Классификация атопического дерматита	85
3.2. Влияние причинно-значимой сенсibilизации	100
3.3. Течение атопического дерматита	102
3.4. Прогноз	103
Глава 4. Атопический дерматит и коморбидные заболевания	108
Глава 5. Диагностика атопического дерматита	119
5.1. Диагностические критерии атопического дерматита	120
5.2. Дифференциальный диагноз	131

Глава 6. Атопический дерматит и гастроинтестинальная аллергия у детей....	142
Глава 7. Осложненный инфекцией атопический дерматит у детей	158
Глава 8. Аллергологическое обследование детей с атопическим дерматитом	165
Глава 9. Лечение	183
9.1. Элиминация специфических и неспецифических триггерных факторов	183
9.2. Диетотерапия детей с атопическим дерматитом ..	185
9.3. Наружная терапия	201
9.3.1. Уход за кожей и восстановление барьерной функции	202
9.3.2. Наружная противовоспалительная терапия.....	210
9.3.3. Применение ингибиторов кальциеврина при атопическом дерматите у детей.....	226
9.3.4. Традиционная наружная терапия при атопическом дерматите у детей.....	233
9.3.5. Терапия осложненного инфекцией атопического дерматита у детей	236
9.4. Системная фармакотерапия.....	247
9.4.1. Применение антигистаминных препаратов при атопическом дерматите у детей.....	247
9.4.2. Системные глюкокортикостероиды	260
9.4.3. Иммуносупрессивная терапия.....	263
9.4.4. Применение мембраностабилизирующих фармакологических средств	266
9.5. Аллергенспецифическая иммунотерапия.....	270
9.6. Имунофармакотерапия детей с атопическим дерматитом	281
9.7. Иммунные мишени таргетной терапии	286
9.8. Другие подходы к терапии агонического дерматита	291
Глава 10. Профилактика атопического дерматита у детей	294

ПРЕДИСЛОВИЕ

Атопический дерматит (АД) — аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям. Для АД характерно многообразие клинических форм поражения кожи, стадийное течение и развитие сопутствующих патологических изменений во многих системах организма. Длительное сохранение жалоб и клинических симптомов при хроническом течении болезни, резистентность к терапии могут приводить к ухудшению качества жизни, ограничению жизнедеятельности и инвалидизации. АД — это многофакторное заболевание, имеющее в своей основе генетическую предрасположенность к аллергии, сложные иммунные механизмы развития аллергического воспаления в органе-мишени — коже, часто затрагивающего также и слизистую респираторного тракта. Риск развития респираторной аллергии (аллергического ринита, бронхиальной астмы)

позволяет сократить продолжительность антибиотикотерапии [8]. При комплексном лечении осложненных вторичной инфекцией форм АД у детей может применяться следующая схема лечения: доза 11 олиоксидония выбирается из расчета 70-150 мг/кг, в зависимости от тяжести процесса, препарат вводят в/м или в/в, через 1-2 дня общим курсом 5-7 инъекций или в форме суппозитория (6 мг) первые 3 дня, а затем — с интервалом 48 ч, курс № 10-15 введений.

Проведено исследование терапевтической эффективности Ликопида при АД у детей, осложненном пиодермией [9]. Первой подгруппе детей с АД (14 человек), имеющих пиодермию, до назначения базисной наружной противовоспалительной терапии было проведено два десятидневных курса (с перерывом между курсами 10 дней) лечения Ликопидом (по 1 мг 1 раз в сутки) сублингвально за 20-30 минут до еды в утренние часы. Наружно назначались антисептические растворы (метиленовый синий, Фукорцин) и мази с антибиотиками и антисептиками (Ба-неоцин или Бактробан). Детям с АД, имеющим пиодермию, второй подгруппы (11 человек) лечение непосредственно начинали с назначения антисептических средств и мазей с антибиотиками. Ликопид пациенты не получали. В течение 3 месяцев после назначения Ликопида у детей с АД с разным уровнем общего и аллергенсицифических IgE регистрировалась частота возникновения и тяжесть течения бактериальных поражений кожи.

Установлена различная эффективность применения Ликопида при разных клинико-патогенетических вариантах АД. У детей с АД снизилась продолжительность высыпаний и количество гнойничковых элементов в течение 3 месяцев на 66,6% в 1-й группе (с повышением уровня общего и специфических IgE), на 42,8% — во 2-й группе (с нормальным уровнем общего IgE и повышенным уровнем аллергенсицифических IgE) и на 37,5% — в 3-й группе (с нормальным уровнем общего IgE и аллергенсицифических IgE).

284

У детей с АД, получавших Ликопид, в 1-й группе индекс SCORAD снизился в младшей возрастной подгруппе до $15,2 \pm 2,9$ баллов (снижение на 70,8%), а у детей в старшей возрастной подгруппе — до $10,1 \pm 3,2$ (снижение на 79,2%). Во 2-й группе у детей младшего возраста индекс SCORAD снизился до $16,1 \pm 3,1$ баллов (снижение на 45,3%), а у детей старшего возраста — до $13,5 \pm 6,2$ баллов (снижение на 62,3%). В 3-й группе в младшей возрастной подгруппе индекс SCORAD снизился на 67,4%, а у детей старшей возрастной подгруппы — на 70,6%.

Анализ данных приведенных исследований свидетельствует о целесообразности включения иммуномодуляторов в комплексную терапию детей с рецидивирующим течением АД, ассоциированным с наложением вторичной инфекции.

Выявлено наличие иммуномодулирующего действия у витамина D. Прием которого способствует улучшению состояния детей с АД [10].

Литература

1. Ревякина Н.А. Атопический дерматит у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1993. — 32 с.
2. Огородова Л.М. Реактивность нейтрофилов в системе механизмов воспаления — основа формирования и лечения атопического дерматита у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Томск, 1995. - 35 с.
3. Славянская Т.А., Деркач И.И., Сашидор Б. Атопический дерматит у детей: комбинированная иммунотерапия осложненных форм заболевания // Рос. иммунол. журн. — 2014. — Т. 8. — № 3 (17). - С. 727-730.
4. Лизикович Д.А. Клинико-иммунологические особенности атопического дерматита у детей, ассоциированного с герпес вирусными инфекциями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 23 с.
5. Пенкина Н.И., Ожegov А.М., Балаболкин И.И. и др. Лейкинферон в комплексном лечении атопического дерматита // Эфферентная, иммунокорректирующая и интенсивная терапия в клинической практике: Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, — Ижевск. 2004. - С. 103-105.

285

с тяжелыми формами экземы Калоши ацикловир вводят внутривенно по 5 мг/кг 3 раза в сутки. При суперинфекции стафилококками назначают лечение макролидами. Внутримышечно вводят 1-2 мл (в возрастной дозе) антистафилококкового иммуноглобулина человека 2-3 раза в неделю.

Инозин пранобекс (Изопринозин, Гронринисин), обладающий противовирусным и иммуномодулирующим действием, назначают по 50 мг/кг/сут, разделенные на 2-3 приема, в течение 7-10 дней, при необходимости курс лечения Изопринозином повторяют дважды с 10-дневным перерывом.

Комплексная терапия при тяжелом течении герпетической экземы включает инфузионную терапию (гемодез, 5% раствор аскорбиновой кислоты), преднизолон по 20-30 мг/сут со снижением дозы до улучшения состояния больного.

Проводимое наружное лечение при герпетической экземе Калоши включает туширование 3% раствором перекиси водорода, аппликации 1-2% водным раствором метиленовой сини. На эрозивные участки пораженной кожи накладывают гель Солкосерил. После отторжения корок в качестве наружной терапии используют керато-пластические пасты (паста Лассара, нафталановая паста, крем Листерии). Повышению эффективности лечения АД, осложненного бактериальной и микотической инфекцией, способствует регулярное очищение кожи, ежедневное осуществление увлажнения и питания кожи с помощью специальных средств лечебной дерматологической косметики — эмолянтов, способствующих восстановлению целостности и функции кожного барьера [14, 46, 47].

При проведении наружного лечения детей с осложненной инфекцией АД ежедневное очищение и увлажнение кожи имеет большое значение для предупреждения рецидивирующего течения инфекции. Купание ребенка с использованием непродолжительных ванн (температура воды 35-36 °С) и мягкой мочалкой основы (рН 5,5), для чего могут

быть использованы мыла, муссы и шампуни (гель для душа Сетафил Рестоадерм, гель Cu-Zn) и последующее после ванны нанесение на кожу увлажняющих и питающих кожу средств (крем Докобейз Рипеа, крем Ксемоз) способствуют улучшению состояния кожных покровов.

В случаях рецидивирующего течения кожной инфекции у детей с АД эффективным может быть лечение иммуномодулятором глюкозаминилмурамилдипептидом (Ликопид) [48].

Для предупреждения развития у детей АД тяжелого течения и для принятия решения о целесообразности осуществления наружной терапии комбинированными препаратами (антисептики + топические глюкокортикостероиды + антибактериальные препараты) оправданным является бактериологическое исследование кожи для выявления *Staphylococcus aureus* и изучения его токсинпродуцирующих свойств [49].

Литература

1. Мачарибе Д.Ш. Ксероз кожи. Проблемы дерматологии//Лечащий врач. — 2001). — № 6. — С. 21-24.
2. Simpson E.L., Chalmers J.R., Hanifin J.M. et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth oilsers effective atopic dermatitis prevention//Journal of Allergy and Clinical Immunology — 2014. - V. 134. - № 4. - P. 818-823.
3. Elias P.M. Stratum corneum defensive functions: an integrated view //J. Invest. Dermatol. — 2005. — V. 125. — P. 183-200.
4. Cork M.L., Robinson I.A., Vasilopoulos Y. et al. New perspectives on epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis: gene-environment interactions //J. Allergy Clin. Immunol. — 2006. — V. 118. — № 1- P. 3-21.
5. HeranJesca Harbareschi M., Veraldi S. et al Evaluation of efficacy of a skin lipid mixture in patients with irritant contact dermatitis, allergic contact dermatitis or atopic dermatitis: a multicenter study // Contact Dermatitis. — 2001. — V. 45. — P. 280-285.
6. Кассирова Д.Л. Применение крема сдермамембранной структурой при атопическом дерматите// Рос. мед. журн. — 2010. — V. 18. - P. 376.