

Медикаментозное лечение атопического дерматита у детей раннего возраста

Атопический дерматит (АД) – крайне актуальная медико-социальная проблема XXI века. Неуклонный рост распространенности АД (особенно в детской популяции), ранняя манифестация его клинических проявлений, увеличение частоты среднетяжелых и тяжелых вариантов течения заболевания требуют от врачей максимальной настороженности для своевременной диагностики и назначения адекватного лечения. Социальная сторона проблемы АД во многом обусловлена психоэмоциональными аспектами. Как известно, клинически наиболее значимым симптомом АД, который входит в перечень основных критериев диагностики этого заболевания (J. Hanifin, G. Rajka, 1980), является интенсивный кожный зуд, который становится причиной нарушения сна, раздражительности, невротических расстройств, что в конечном итоге приводит к социальной дезадаптации пациента. Сегодня во всех регионах Украины существует проблема гиподиагностики АД, которая связана с большим разнообразием клинических вариантов данного иммуно-опосредованного поражения кожи. Несвоевременное выявление АД, неправильное лечение или его полное отсутствие становятся патофизиологической платформой для развития более тяжелых клинических проявлений аллергии, в частности бронхиальной астмы.

В последние годы проблема АД у детей находится в сфере особо пристального внимания отечественных ученых и клиницистов, уже традиционно являясь предметом активного обсуждения во время профильных научно-практических конференций. Так, в рамках научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы и практические аспекты детской пульмонологии и аллергологии: стандарты медицинской помощи», которая состоялась 21-22 мая 2018 года в г. Киеве, доклад на тему «Лечение атопического дерматита у детей раннего возраста – практические аспекты» представила заведующая кафедрой пропедевтики педиатрии № 2 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук Виктория Анатольевна Клименко. Предлагаем вниманию читателей краткий обзор этого интересного выступления.



– АД на протяжении долгого времени остается одним из наиболее распространенных клинических проявлений аллергии, от которого страдает каждый пятый житель планеты. Согласно недавним эпидемиологическим данным, полученным в ходе масштабного международного исследования ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood), показатель заболеваемости АД в мире достигает 51%. Однако отечественные официальные данные демонстрируют абсолютно другую статистику. В частности, заболеваемость АД в Харьковской области составляет 13,67%, а в целом по Украине эта цифра не превышает 8,43% (Л.М. Адарюкова, 2017). Если во всем мире наблюдается возрастающая динамика распространенности АД, то украинские данные демонстрируют противоположную картину: заболеваемость АД в детской популяции постепенно снижается. Но совершенно очевидно, что это никоим образом не отображает реальную ситуацию с распространенностью АД среди детского населения.

Помимо эпидемиологических аспектов аллергической патологии, актуальность АД обусловлена научными, социальными и экономическими причинами, а именно невозможностью полного излечения этой болезни, существенным снижением

качества жизни пациентов, связанным с ее хроническим течением, потребностью в постоянном уходе за кожей и медикаментозной поддержке. Несмотря на современные диагностические и терапевтические возможности, лечение АД пока преимущественно направлено на достижение контроля над аллергией и максимальное пролонгирование ремиссии.

АД представляет собой генетически детерминированное хроническое воспалительное иммунопатологическое заболевание кожи, которое характеризуется зудом, рецидивирующим стадийным течением с соответствующими клинико-морфологическими особенностями в зависимости от возраста пациента. В типичных случаях болезнь начинается в раннем детском возрасте, чаще всего в ее основе лежат IgE-зависимые механизмы. Важно помнить, что АД является ключевой составляющей такого феномена, как аллергический марш – этапное возникновение клинических проявлений аллергии в зависимости от возраста ребенка. АД наряду с пищевой аллергией является первым и наиболее выраженным проявлением этого клинического феномена, особенно у детей раннего возраста. Поэтому для врача крайне важно своевременно диагностировать АД и определить последующую терапевтическую тактику ведения пациента, поскольку от этого и будет зависеть дальнейший ход аллергического марша.

Диагностика АД у детей достаточно сложна. С 1980 г. и до сегодняшнего дня во всем мире используют диагностические критерии, предложенные J. Hanifin и G. Rajka. Выделяют следующие основные клинические критерии диагностики АД: зуд при наличии даже минимальных изменений на коже, очаги патологического процесса на лице и разгибательных поверхностях конечностей у детей, типичная морфология и локализация очагов, хроническое рецидивирующее течение и атопия в индивидуальном или семейном анамнезе. К дополнительным критериям относятся: ксероз, ихтиоз, волосистой кератоз, немедленные позитивные кожные реакции, повышенный общий сывороточный IgE, ранний возраст начала проявлений, тенденция к кожным инфекциям, дерматит кистей и стоп, экзема сосков, хейлит, рецидивирующий конъюнктивит, линии Денни – Моргана, кератоконус, передняя подкапсулярная катаракта, периорбикулярная пигментация, бледность или эритема лица, зуд при потении, Pityriasis alba, перифолликулярные проявления, пищевая непереносимость, усугубление клинических проявлений при эмоциональных нагрузках, белый дермографизм. Однако нужно помнить, что ни один из представленных критериев не может полностью подтвердить или исключить диагноз АД. Поэтому корректность поставленного диагноза в значительной мере зависит от профессионализма врача и его опыта ведения таких пациентов.

Дітям від 1 місяця*

Супрастин®

хлоропірамін

ПОЛЕГШУЄ СИМПТОМИ АЛЕРГІЇ

максимум терапевтичного ефекту в межах першої години після прийому

виражена протисвербіжна дія

*Розчин для ін'єкцій. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Діюча речовина — хлоропірамін. Фармакотерапевтична група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Код АТС R06A C03. Супрастин таблетки Р.П. № UA/9251/01/01, Супрастин ампули Р.П. № UA/0322/01/01. Умови відпуску: ампули — за рецептом, таблетки — без рецепта. Показання: алергічні захворювання (алергічний риніт, кропив'янка, дерматит, харчова, інсектна алергія, алергія на ліки); у складі комплексної терапії системних анафілактичних реакцій та ангіоневротичного набряку. Побічні реакції. Седативний ефект, стомленість, запаморочення, головний біль, ейфорія, артеріальна гіпотензія, тахікардія, аритмія, біль та дискомфорт в епігастральній ділянці, сухість у роті, фоточутливість та ін. Виробник. Фармацевтичний завод ЕГІС. Представництво «ЕГІС ФАРМАС'ЮТКАЛС ПЛС» в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

Выделяют 5 клинических форм АД: экссудативная, эритемато-сквамозная, эритемато-сквамозная с лихенификацией, лихеноидная, пруригинозная. Наиболее часто педиатры имеют дело с эритемато-сквамозной формой АД, которая преимущественно встречается у детей до 2 лет.

Терапия АД предусматривает использование базисных мероприятий, а именно реализацию обучающих программ для детей и их родителей, правильный уход за кожей, элиминацию причинно значимых аллергенов, выявленных при аллергологическом обследовании. Фармакологическое лечение АД назначается в соответствии со степенью его тяжести, определенной по балльной шкале SCORAD (Scoring of atopic dermatitis). При легкой степени тяжести АД (SCORAD <15 баллов) назначаются топические кортикостероиды (тКС) или топические блокаторы кальциневрина. В случае рецидивирующего течения АД, что соответствует его среднетяжелой форме (SCORAD 15-40 баллов), лечение проводится седативными препаратами с целью коррекции психосоматического состояния ребенка, антигистаминными средствами, тКС, топическими блокаторами кальциневрина; также возможно применение ультрафиолетовой терапии, климатотерапии. Для лечения тяжелой формы АД (SCORAD >40 баллов), характеризующейся непрерывным течением и частыми эпизодами обострений, назначается системная иммуносупрессивная терапия (короткие циклы системных кортикостероидов), а также может использоваться циклоспорин.

Поскольку при АД, как и при всех аллергических заболеваниях, основным медиатором аллергической реакции и аллергического воспаления является гистамин, ключевыми компонентами схем его патогенетического лечения традиционно являются антигистаминные препараты. В ходе «фармакологической эволюции» антигистаминных средств удалось синтезировать большое количество активных молекул данного класса, которые, согласно общепринятой классификации, делятся на 2 основные группы: блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов I и II поколения. При этом именно в лечении обострений АД, при которых пациентов беспокоит интенсивный, подчас мучительный кожный зуд, по-прежнему актуальными остаются блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов I поколения. Устранение зуда при обострении АД рассматривается в качестве приоритетной задачи фармакотерапии. Субъективный дискомфорт, который он доставляет пациенту, существенно снижает качество его жизни, является причиной психоневротических расстройств, формирования порочного

круга вследствие деструкции клеток кожи при расчесывании и высвобождения медиаторов воспаления, а также присоединения вторичной бактериальной инфекции, проникающей через поврежденные участки кожи. Широкое использование блокаторов H₁-гистаминовых рецепторов I поколения у детей относится к числу дискуссионных вопросов современной детской аллергологии. Однако в реальной клинической практике при ведении пациента раннего детского возраста с тяжелым АД в арсенале педиатра имеется весьма ограниченный перечень медикаментов, которые способны быстро и эффективно устранить мучительные симптомы этого заболевания.

В этом контексте особого внимания, безусловно, заслуживает препарат Супрастин (хлоропирамина гидрохлорид производства фармацевтической компании EGIS), который применяется для лечения аллергических заболеваний (крапивницы, пищевой, медикаментозной аллергии и др.), в том числе зудящих дерматозов, а также в качестве вспомогательного лекарственного средства в комплексной терапии при системных анафилактических реакциях и ангионевротическом отеке. Кроме выраженного противозудного эффекта, Супрастин как антигистаминный препарат I поколения оказывает седативное действие, что в случае применения его у ребенка с тяжелым обострением АД является преимуществом, поскольку исключает потребность в дополнительном назначении седативных средств для коррекции вызванных сильным зудом психоневротических нарушений. Преимуществом препарата является быстрое наступление клинического эффекта. Максимальное терапевтическое действие развивается уже на протяжении первого часа после введения. Помимо таблетированной лекарственной формы, препарат Супрастин выпускается в форме раствора для инъекций, применение которого возможно у детей уже с возраста 1 мес, в то время как назначение других представителей антигистаминных препаратов I поколения — с 1 года. Наличие инъекционной формы выпуска препарата Супрастин позволяет широко использовать его в ургентной аллергологической практике.

Что же касается длительного поддерживающего лечения АД у детей с сопутствующими аллергическими заболеваниями, то препаратами выбора являются блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов II поколения, в частности современные препараты из подгруппы их производных либо активных метаболитов. К числу таких препаратов относится левовращающий изомер цетиризина — левоцетиризин (Алерзин). Левецетиризин характеризуется более

высоким селективным средством с гистаминовыми рецепторами, ввиду чего у него отсутствуют антихолинергические побочные эффекты. За счет торможения высвобождения первичных (гистамина, триптазы) и вторичных медиаторов тучных клеток левоцетиризин обладает выраженным противоаллергическим действием, что при АД клинически проявляется эффективным купированием кожного зуда. Для этого антигистаминного средства также характерен противовоспалительный эффект, который обусловлен торможением продукции цитокинов, хемокинов, снижением активности хемотаксиса иммунных клеток и экспрессии молекул адгезии, накопления лимфоцитов в коже. Отсутствие седативного эффекта и тахифилаксии позволяет использовать препарат Алерзин для длительного лечения АД у детей. Важным условием достижения контроля над течением АД является приверженность пациента и его родителей к лечению. Так, быстрый и пролонгированный эффект препарата Алерзин и возможность его приема всего один раз в сутки значительно повышают комплаентность лечения. Безопасность длительного приема (18 мес в дозе 0,125 мг/кг) левоцетиризина также подтверждена результатами исследования ЕРААС (Early Prevention of Asthma in Atopic Children), в котором участвовали 500 детей с атопией в возрасте 1-2 лет.

На украинском фармацевтическом рынке Алерзин представлен в форме таблеток, покрытых оболочкой, и в каплях для перорального применения. Препарат Алерзин в форме капель для перорального применения позволяет назначать его даже маленьким детям (с возраста 6 мес). Необходимо подчеркнуть, что капли Алерзин не содержат красителей и ароматизаторов, что также очень важно учитывать при выборе антигистаминного препарата для длительного лечения аллергических заболеваний.

Таким образом, антигистаминные препараты являются обязательным компонентом комплексной фармакотерапии АД у детей. При наличии выраженного кожного зуда или при необходимости инъекционного применения целесообразно назначать антигистаминные препараты I поколения (Супрастин). При длительном лечении АД у детей с сопутствующими аллергическими заболеваниями благоприятным профилем эффективности и безопасности характеризуется антигистаминный препарат II поколения левоцетиризин (Алерзин).

Подготовила Илона Цюпа



**ДІТЯМ
з 6
МІСЯЦІВ!**

Алерзин

левоцетиризин

ПОПЕРЕДЖАЄ РОЗВИТОК ТА ПОЛЕГШУЄ ПЕРЕБІГ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ*

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ

Діти 6–12 міс:	1,25 мг або 5 крапель 1 раз на добу
Діти 1–6 років:	1,25 мг або 5 крапель 2 рази на добу
Дорослі та діти старші 6 років:	5 мг або 20 крапель або 1 таблетка 1 раз на добу

*Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин. Р.П. № UA/9862/01/01, № UA/9862/02/01. Умови відпуску: без рецепта. Побічні реакції: Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші. Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів, коли причина його розвитку не може бути встановлена однозначно. Виробник. Фармацевтичний завод ЕГІС. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Представництво в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38