УДК 616.5-001/-002-092-07

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ**

*Дащук А.М., Пустовая Н.А., Добржанская Е.И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Ключевые слова*: атопический дерматит, клинические проявления, лечение, профилактика рецидивов.

Атопическиий дерматит (АД) – одно из наиболее распространенных в мире кожных заболеваний. Начало АД наступает в течение первого полугодия у 45 % пациентов, в первый год жизни – у 60% и до 5-летнего возраста – у 85% пациентов. На сегодняшний день АД характеризуется более ранними клиническими проявлениями в возрасте от 1 мес. и ранее, более тяжелым течением заболевания с увеличением площади поражения. Часто у детей наблюдается непрерывно рецидивирующее течение АД и частое присоединение вторичной инфекции (бактериальной, грибковой, вирусной). АД относится к мультифакторным патологиям. Наследование происходит по полигенному типу, вследствие чего наличие атопии у родителей повышает риск развития и тяжелого течения АД детей. Роль пускового механизма играют проникающие через кожу и слизистые оболочки повсеместно распространенные аллергены [1].

Многочисленные исследования показывают, что качество жизни у детей больных АД и ухаживающих за ними лиц снижается, особенно у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. АД может вызывать у пациентов переживания, беспокойство, смущение, заниженную самооценку, социальную изоляцию и неуверенность в себе. Кожный зуд, расчесы и хроническое кожное воспаление приводят к выраженному нарушению сна и повседневной деятельности, ограничивают ребенка в отношении возможности заниматься спортом и социальных взаимоотношений.

Термин «атопический дерматит» определяет иммунологическую (аллергическую) концепцию патогенеза заболевания, основанную на понятии атопии как генетически обусловленной способности организма к выработке высокой концентрации общего и специфических IgE-антител в ответ на действие аллергенов окружающей среды [1].

Среди этиологических факторов, приводящих к развитию заболевания, указывают на сенсибилизацию к пищевым аллергенам, особенно в детском возрасте. Сенсибилизация к пыльцевым, бытовым, эпидермальным и бактериальным аллергенам более характерна в старшем возрасте. Однако реагиновый тип аллергической реакции не единственный в патогенезе АД — в разное или одно и то же время в нем принимают участие цитокины с противоположным действием, продуцируемые антагонистическими популяциями Th1- и Th2-лимфоцитов. В то же время во всех стадиях АД Т-лимфоцитарная инфильтрация и экспрессия цитокинов типа 2 ИЛ-4/ИЛ-13 сохраняется. В последнее время обращают внимание на участие в патогенезе Т-лимфоцитов из популяций Treg и Th17. Иммуногенез АД определяется особенностями генетически запрограммированного иммунного ответа на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов. Длительная экспозиция антигена, стимуляция Th2-клеток, продукция аллерген-специфических IgE-антител, дегрануляция тучных клеток, эозинофильная инфильтрация и воспаление, усиливаемые повреждением кератиноцитов вследствие расчесов, — все это приводит к хроническому воспалению в коже при АД, которое играет важнейшую роль в патогенезе кожной гиперреактивности.

Определенную роль в качестве триггерных факторов играет микробная флора — Staphylococcus aureus, Malassezia spp., Candida spp., инфекции верхних дыхательных путей. Роль половых гормонов подтверждается обострениями или ремиссиями, которые возникают в зависимости от стадии месячного цикла, в период беременности и менопаузы.

Клинические проявления АД чрезвычайно многообразны и зависят главным образом от возраста, в котором проявляется заболевание. Начавшись в грудном возрасте, АД часто с ремиссиями различной продолжительности может продлиться и до полового созревания, а иногда не проходит и до конца жизни. В ряде случаев встречаются абортивные, кратковременные формы. Возраст начала АД не строго приурочен к ранним месяцам рождения ребенка. Симптомы заболевания могут впервые проявляться на 2–3-м году жизни и даже в позднем зрелом возрасте. Заболевание в хронической форме характеризуется сезонными и внесезонными ремиссиями. Отличительной чертой АД, отмеченной почти всеми авторами, изучавшими эволюцию болезни, являются ремиссии в летние месяцы. В небольшом проценте случаев отмечаются обострения АД в весенне-летний период, особенно у больных с сопутствующими поллинозами или респираторной атопией. Внесезонные рецидивы болезни могут быть обусловлены целым рядом факторов, таких как стрессовые ситуации, погрешности в диете, обострения соматических заболеваний, контакты с раздражающими веществами и пр.

Частые и длительные обострения АД приурочены, как правило, к определенным возрастным периодам. В большинстве случаев грудной и ранний детский возраст являются периодом максимальной выраженности АД. Частые обострения АД отмечаются в возрасте 7–8 лет (в связи с началом школьных занятий), 12–14 лет (пубертатный период), в период полового созревания. В 30-летнем возрасте (чаще у женщин) заболевание может рецидивировать после многолетней ремиссии в виде хронической экземы кистей и стоп. У отдельных больных АД, протекая тяжело, без ремиссий и распространяясь, иногда дает картину, схожую с эритродермией, и переходит в четвертую декаду жизни [2].

Характерным признаком АД является зуд, который может сохраняться даже при исчезновении кожных высыпаний. Зуд отличается упорством, различной интенсивностью и часто усиливается в вечернее и ночное время. Вызывая бессонницу и психоэмоциональный дискомфорт, зуд ухудшает общее состояние, ведет к астенизации больных. Кроме изменений, связанных с расчесами (экскориации, геморрагические корочки, вторичная лихенификация, дисхромии), АД характеризуется эритемой, везикулами, воспалительными (экзематозными), фолликулярными, пруригинозными, лихеноидными и полигональными папулами. Наличие очагов лихенификации представляет наиболее яркую диагностическую черту АД. Кроме перечисленных признаков, у больных АД обычно выражены сухость и шелушение кожных покровов, что связано со средней формой доминантного вульгарного ихтиоза, а также keratosis pilaris.

АД отличает истинный полиморфизм высыпаний, что зависит от возраста, гормонального фона, особенностей иммунного реагирования.

Основные дерматологические синдромы АД — лихеноидные, пруригоподобные или экземоподобные в чистом виде встречаются редко, врач имеет дело с атипичными формами дерматоза, переходящими вплоть до «невидимых» форм.

Однако в зависимости от преобладания отдельных морфологических признаков, эмпирической корреляции дерматологического синдрома и возраста выделяют четыре основные клинические формы АД.

Эритемосквамозная форма характеризуется эритематозно-сквамозными очагами остро- или подостровоспалительного характера, наличием мелких плоских и фолликулярных милиарных папул. Кожа сухая, лихенифицирована, покрыта большим количеством мелкопластинчатых и отрубевидных чешуек. Сильно зудящие высыпания локализуются на локтевых сгибах, тыльной поверхности кистей, заднебоковых поверхностях шеи и в подколенных ямках. В первые 2–3 мес жизни ребенка, как правило, развивается экссудативная форма с наличием в очагах поражения эритемы, отечности, с возникающими на их фоне микровезикулами, мокнутием и корками.

При лихеноидной форме кожа больных эритематозна, отличается сухостью, подчеркнутым рисунком, отеком и инфильтрацией. На фоне эритемы располагаются в небольшом количестве довольно крупные, слегка блестящие папулы, сливающиеся в центре очагов и изолированные по периферии. Папулы покрыты отрубевидными чешуйками. Вследствие мучительного зуда у больных появляются линейные и точечные экскориации, очаги «биопсирующего зуда». На фоне диффузного поражения кожи часто выделяются крупные очаги лихенизации, локализующиеся на коже шеи, верхней трети груди и спины, локтевых и подколенных складок, кистей и стоп. На местах расчесов и в кожных складках возникают ссадины, эрозии и трещины. Течение заболевания резко осложняется присоединением пиогенной инфекции, обусловливающей регионарный лимфаденит. При этой форме АД часто возникает эритродермия, захватывающая лицо и шею. Лихеноидная форма АД встречается только у взрослых. Иногда, при наиболее тяжелом течении атопии, в юношеском возрасте эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией может трансформироваться в лихеноидную.

Пруригоподобная форма представлена многочисленными рассеянными экскориациями, экскориированными фолликулярными, иногда крупными, стойкими, плотными, шаровидными фолликулярными и пруригинозными папулами. Такие поражения обычно сочетаются с умеренно выраженной лихенификацией в типичной для возрастных особенностей локализации с более заметным поражением лица и верхней части туловища.

Под экзематозной формой подразумевают ограниченные очаги поражения кожи, преимущественно в области кистей, с наличием папуловезикул, нередко «сухих», инфильтраций, корочек, трещинок и шелушений. Наряду с таким положением, имеются другие эффлоресценции, например очаги лихенификации в области локтевых и подколенных сгибов. Однако нередко экзематозные поражения могут быть единственным проявлением АД на данном этапе эволюции заболевания.

Атипичные формы атопического дерматита, при которых отдельные очаги принимают выраженный экссудативный характер, хотя лишь изредка можно видеть образование настоящих экзематозных пузырьков. Такие участки поражений чаще встречаются на лице, в области крупных кожных складок, иногда на кистях и стопах.

АД с морфологической картиной экземы кистей характеризуется ограниченными буровато-красными участками инфильтрированной и лихенифицированной кожи с наличием в незначительных количествах папуловезикул. Кожа кистей обычно сухая, шелушится, выявляются трещинки на ладонных поверхностях пальцев, нередко наблюдаются дистрофические поражения ногтевых пластинок. Подобная клиническая симптоматика может встречаться без вовлечения других характерных для АД областей, а также у больных, не имевших ранних фаз заболевания.

Папуловезикулезные высыпания в виде ограниченных дискоидных бляшек (нуммулярная экзема в молодом возрасте), покрытых корочкой и напоминающих очаги микробной экземы, могут встречаться на сгибательной поверхности нижних конечностей, ягодицах, иногда на наружной поверхности плеч и предплечий. К стертым формам АД относят и «атопическое себорейное пруриго» с высыпаниями в виде милиарных акне на волосистой части головы. Высыпания определяются наряду с очагами лихенификации кожи лица и туловища, но могут встречаться и изолированно, причем сильный зуд и резистентность к терапии антибиотиками облегчают установление правильного диагноза. К атипичным проявлениям АД относятся также уртикарная, диссеминированная лихеноидная форма, глубокие и гиперкератотические трещины на подошвах, встречающиеся зимой, и др. «Невидимый» АД, при котором видны лишь следы расчесов вследствие интенсивного зуда, также относят к этой сложной в диагностическом отношении группе. Нередко заболевание может протекать с атипичной локализацией (локти, колени, лопатки) в виде ограниченных бляшек, покрытых лихеноидными папулами, — лихеноидно-бляшечная форма. Позднее начало развития заболевания с подтвержденной сенсибилизацией к атопическим аллергенам и проявляющееся, как правило, экзематоидной формой, также относится к атипичным проявлениям АД.

Помимо клинических форм АД, заболевание классифицируют по степени распространенности (локализованный, распространенный, диффузный). У подавляющего большинства больных (72%) кожный процесс является распространенным (или универсальным), у 28% — локализованным.

В период ремиссии (или дремлющего течения) у больных АД могут наблюдаться такие клинические признаки, которые свидетельствуют или подразумевают наличие атопической предрасположенности. Знание этих малых симптомов кожных проявлений атопической предрасположенности весьма существенно, поскольку позволяет выявлять больных и служит основой для формирования групп повышенного риска.

Кожа больных АД отличается сухостью и ихтиозеформным шелушением. Частота вульгарного ихтиоза при АД варьирует от 1,6 до 6% соответственно различным фазам заболевания. Гиперлинеарность ладоней (складчатые ладони) наблюдается в сочетании с вульгарным ихтиозом. Кожа туловища и сгибательной поверхности конечностей покрыта блестящими, телесного цвета фолликулярными папулами. На боковых поверхностях плеч, в локтях, иногда в области плечевых суставов определяются роговые папулы. В старшем возрасте кожа отличается дисхромической пестротой с наличием пигментации и вторичной лейкодермы. Нередко у больных в области щек определяются белесоватые пятна и pityriasis alba, а также складчатость передней поверхности кожи шеи, сетчатая пигментация — симптом «грязной шеи». В период ремиссии минимальными проявлениями могут быть едва шелушащиеся, слабо инфильтрированные пятна или даже трещины в области нижнего края прикрепления мочки ушной раковины. Кроме того, таковыми признаками могут быть хейлит, рецидивирующие заеды, срединная трещина нижней губы, а также эритемосквамозное поражение верхних век и продольная складка нижнего века (линия Денье–Моргана). Периорбитальное затемнение, бледность кожи лица с землистым оттенком могут быть важными индикаторами атопии.

J. Hanifin и W. Lobitz (1997), а позднее J. Hanifin и J. Rajka (1980) разработали и предложили диагностические критерии АД, которые нашли всеобщее признание и широко распространены во всем мире. В последующем эти критерии расширялись и совершенствовались рядом исследователей.

В практической деятельности принято выделять АД легкой, средней и тяжелой степени, однако для объективной оценки степени тяжести кожного процесса и динамики течения заболевания в 1994 г. Европейской рабочей группой по АД предложена шкала SCORAD (scoring atopic dermatitis). Используются также шкалы EASI, ADASI, SASSAD и др.

При лабораторном обследовании больных АД наиболее постоянным, хотя не патогномоничным симптомом в периоде обострения является увеличение содержания эозинофилов в периферической крови. Сывороточная концентрация IgE повышена более чем у 80% больных АД и чаще бывает выше, чем у больных с респираторными заболеваниями. Степень повышения общего IgE коррелирует с тяжестью (распространенностью) кожного заболевания.

У большинства больных АД выявляется сенсибилизация к широкому спектру тестируемых аллергенов. Кожное тестирование позволяет выявить подозреваемый аллерген и провести профилактические мероприятия. Однако вовлечение в процесс кожных покровов не всегда позволяет проводить данное обследование, могут возникать трудности как с проведением таких реакций, так и с интерпретацией полученных результатов. При постановке кожных проб у больных АД часто возникает извращенный ответ на тестирование, что может отмечаться и в период ремиссии заболевания, при так называемом кожном статусе бессимптомного атопического больного. В связи с этим большое распространение получили методы иммунологического обследования.

В последнее десятилетие значительно расширились возможности лабораторной диагностики (PRIST, RAST, IFA, MAST, Immuno-CAP), позволяющие определять содержание в сыворотке крови общего IgE и аллерген-специфических IgE- и IgG-антител.

Принципиально отличается лечебно-профилактическая стратегия лечения детей и взрослых. В тех случаях когда АД — это проявление атопического синдрома (сопутствует астма, ринит и т.д.) или спровоцирован нарушением функции других органов и систем, следует обеспечить коррекцию выявленных сопутствующих заболеваний. Лечение атопического дерматита проводят строго индивидуально с учетом возрастных периода, клинических проявлений, степени активности и тяжести течения кожного процесса. Терапия должна быть направлена на устранение воспалительного процесса, а также на продление ремиссии и предупреждение рецидивов заболевания [5].

Проведение элиминационных мероприятий в быту: исключение контакта с домашними животными; ежедневная влажная уборка жилых помещений; ограничение избыточного количества мягкой мебели и ковров; использование синтетического материала как наполнителя подушек; устранение избыточной влажности в жилых помещениях и плесени; исключение контакта кожных покровов с шерстяными, меховыми, синтетическими тканями; отказ от использования синтетических моющих средств и др.

Соблюдение гипоаллергенной диеты: исключение облигатных пищевых аллергенов, экстрактивных веществ, остро раздражающих блюд, алкоголя, ограничение поваренной соли, углеводов.

Диеты по методу исключения наиболее эффективные для выявления продуктов, которые провоцируют возникновение аллергического процесса. В случае невозможности выявления таких назначают диету с исключением продуктов, имеющих сенсибилизирующие свойства и вызывают развитие болезни или ее обострения. Рекомендуют исключить из рациона цитрусовые, орехи, рыбу и рыбные продукты, птиц, шоколад, кофе, копченые изделия, уксус, горчицу, майонез и другие специи, хрен, редис, редьку, томаты, баклажаны, грибы, яйца, молоко, клубнику, дыню, ананас, сдобное тесто, мед [4].

Лечение включает дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие средства. Препараты кальция применяют при наличии экссудативных проявлений, в других случаях их назначение ограничивают. Антигистаминные средства рекомендовано чередовать курсами по 10 дней. При выраженных клинических проявлениях заболевания, зуда кожи, нарушениях сна, наличии жалоб невротического характера рекомендуют инъекционные формы антигистаминных препаратов на выбор. Психотропные препараты могут быть назначены при нарушениях сна, наличии невротических расстройств в течение 1-4 недель до нормализации психоэмоционального состояния. Назначают также вегетотропные средства, адаптогены и транквилизаторы. При выявленных нарушения ферментативной функции поджелудочной железы рекомендовано применение ферментных препаратов. При склонности к запорам рекомендуют препараты, содержащие компоненты желчи. При наличии непрочного стула применяют препараты, не содержащие компонентов желчи. Эубиотики назначают при обнаружении нарушений микробиоценоза кишечника. Применяют стимуляторы функции коры надпочечников, иммуномодуляторы при выявленных изменениях иммунных показателей и наличии признаков вторичного иммунодефицитного состояния. Для физиотерапевтических процедур рекомендована селективная фототерапия, ПУВА-терапия. Для нормализации функционального состояния ЦНС применяют: электросонтерапию аппаратами "Электросон" различных модификаций - "ЕС-2", "ЕС-3", "ЕС-4" (при отсутствии островоспалительных проявлений на лице). Транскраниальная электроанальгезия по лобно-затылочной методике на аппаратах Ленар и Би-Ленар, Трансаир-2, МДМ-101 ежедневно или через день [3, 5].

Для наружной терапии используют анилиновые красители, пимекролимус 1% крем. При выраженных проявлениях (острая и подострая стадии) - топические кортикостероиды на гидрофильной основе. На коже лица применяют кремы, содержащие нефторированные кортикостероиды. После прекращения мокнутия и выраженной сухости – препараты на увлажняющей основе.

Лечение и профилактика АД важная задача. Необходимо помнить, что даже в наиболее сложных случаях всегда есть надежный выход – двигаться и закаляться. Но конечно не все пациенты с АД способны полноценно заниматься спортом. Бассейны, например, категорически противопоказаны. Однако активные движения (зарядка, фитнесс и т.п.) будут очень полезны.

Список литературы:

1. Дащук А.М. Кожные болезни. Руководство для врачей: Х. – 2015 – 205 с.

2. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.

3. Короткий Н.Г. Современная наружная физиотерапия дерматозов./ Н.Г. Короткий, А.В. Таганов, А.А. Тихомиров// М.: Экзамен, - 2007. – 703 с.

4. Макарова И.В. Диетотерапия и комплексный подход к наружному лечению при атопическом дерматите: пособие для практических врачей. СПб; 2005. 76 с.

5. Наказ МОЗ України **Про затвердження клiнiчних протоколів надання медичної допомоги хворимна дерматовенерологiчнi захворювання** №312 від 08.05.2009 р

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ**

*Дащук А.М., Пустовая Н.А., Добржанская Е.И.*

Ключевые слова: атопический дерматит, клинические проявления, лечение, профилактика рецидивов.

Атопический дерматит (АД) - одно из наиболее распространенных в мире кожных заболеваний. Начало АД наступает в течение первого полугодия у 45% пациентов, в первый год жизни - в 60% и до 5-летнего возраста - у 85% пациентов. Качество жизни у больных АД, особенно у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. АД может вызвать у пациентов переживания, беспокойство, смущение, заниженную самооценку, социальную изоляцию и неуверенность в себе. Лечение атопического дерматита проводят строго индивидуально с учетом возрастных периода, клинических проявлений, степени активности и тяжести кожного процесса. Профилактика рецидивов атопического дерматита - важная задача и спорт в жизни пациента может иметь важное значение.

**КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ І ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ**

*Дащук А.М., Пустова Н.О., Добржанська Є.І.*

Ключові слова: атопічний дерматит, клінічні прояви, лікування, профілактика рецидивів.

Атопічний дерматит (АД) - одне з найбільш поширених в світі шкірних захворювань. Початок АТ настає протягом першого півріччя у 45% пацієнтів, у перший рік життя - у 60% і до 5-річного віку - у 85% пацієнтів. Якість життя у хворих на АД, особливо у пацієнтів із середньотяжким і тяжким перебігом захворювання. АТ може викликати у пацієнтів переживання, занепокоєння, збентеження, занижену самооцінку, соціальну ізоляцію і невпевненість в собі. Лікування атопічного дерматиту проводять строго індивідуально з урахуванням вікових періоду, клінічних проявів, ступеня активності та тяжкості перебігу шкірного процесу. Профілактика рецидивів атопічного дерматиту - важливе завдання і спорт в житті пацієнта може мати важливе значення.

**CLINICAL MANIFESTATIONS OF ATOPIC DERMATITIS AND RELAPSE PREVENTION**

*Dashchuk A.M., Pustovaya N.A., Dobrzhanskaya Ye.I.*

Key words: atopic dermatitis, clinical manifestations, treatment, relapse prevention.

Atopic dermatitis (AD) - one of the most common skin disease in the world. Home blood pressure occurs within the first six months in 45% of patients in the first year - 60% and up to 5 years of age - 85% of patients. Quality of life in patients with AD, particularly in patients with moderate to severe disease. Blood pressure can cause a patient experiences anxiety, embarrassment, low self-esteem, social isolation and lack of confidence. Atopic Dermatitis Treatment for strictly tailor made to suit the age period, clinical manifestations, the degree of activity and severity of skin process. Prevention of relapse of atopic dermatitis - an important task, and sports in the patient's life may be important.