

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н, проф. Таранушенко Т.Е.

Проверил: КМН, Доцент Педанова Е.А.

Реферат

На тему: «Атопический дерматит у детей.»

Выполнила: врач-ординатор Газизулина М.С.

г. Красноярск, 2019 год

О.Е. Таранушенко
25.02.19

25.02.19, г.к.
Е.А. Педанова

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
2. ВВЕДЕНИЕ.....	4
3. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ	5
4. КЛАССИФИКАЦИЯ	6
5. ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.....	8
6. ЛЕЧЕНИЕ.....	14
7. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	17
8. ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ.....	18
9. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	19

Список сокращений

АЛТР - антагонисты лейкотриеновых рецепторов

АР - аллергический ринит

АтД - атопический дерматит

БА - бронхиальная астма

БКМ - белки коровьего молока

ГКС – глюкокортикостероиды

ИК - ингибиторы кальциневрина

МГК - местные глюкокортикостероиды

ПА - пищевая аллергия

РААКИ - Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов

Шкала EASY - Eczema Area and Severity Index (шкала индекса распространенности и тяжести экземы)

Шкала SASSAD - Six Area Six Sign Atopic Dermatitis Severity Score (шкала оценки тяжести атопического дерматита по шести площадям и шести признакам)

Шкала SCORAD - Scoring Atopic Dermatitis (шкала балльной оценки атопического дерматита)

Введение

Атопический дерматит — мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Атопический дерматит (АтД) в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте, значительно нарушает качество жизни больного и членов его семьи. В большинстве случаев развивается у лиц с наследственной предрасположенностью и часто сочетается с другими формами аллергической патологии, такими как бронхиальная астма (БА), аллергический ринит (АР), аллергический конъюнктивит, пищевая аллергия (ПА).

Атопический дерматит у детей является одной из актуальных проблем педиатрии и детской аллергологии. В настоящее время распространенность этого заболевания составляет 10-20% детей во всем мире. В Российской Федерации в разных регионах частота встречаемости атопического дерматита у детей весьма вариабельна и в целом составляет от 10 до 28%, причем в структуре аллергических заболеваний его доля составляет 50-75%.

К настоящему моменту идентифицирован ряд факторов, усугубляющих течение АД - пищевая сенсibilизация, контакт с домашними животными, психологический дискомфорт и эмоциональные стрессы, наличие в анамнезе внутриутробных инфекций, колонизация золотистого стафилококка на коже, частота осложненных форм атопического дерматита у детей в среднем составляет 25-34%. Отмечено, что при АД имеет место нарушение иммунного статуса ребенка как на местном, так и системном уровне, что может быть причиной присоединения вторичной инфекции кожи. Однако имеющиеся в литературе данные противоречивы и не позволяют количественно оценить влияние нарушения в иммунологическом статусе у детей на характер течения заболевания.

Этиология и патогенез

В основе патогенеза атопического дерматита лежит иммунозависимое воспаление кожи на фоне активации Th2 клеток, что сопровождается повышением ее чувствительности к внешним и внутренним раздражителям. При хронизации процесса помимо сохраняющейся активности Th2 клеток в воспалительный процесс включаются Th1, Th17 и Th22 клетки. При АД установлено важное значение нарушений эпидермального барьера, увеличения сухости и трансэпидермальной потери воды, что создает возможность поступления аллергенов трансдермально с вовлечением механизмов, приводящих к повреждению кожи и способствующих ранней сенсibilизации организма и инициации воспаления. В патогенезе АД имеет место генетически детерминированное повреждение кожного барьера, опосредованное нарушением процессов кератинизации, вследствие дефекта синтеза структурообразующих белков и изменения липидного состава кожи. В результате происходит нарушение формирования нормального рогового слоя, что клинически проявляется выраженной сухостью. Несомненно, что в развитии воспаления при АД определенную роль играют нейропептиды и провоспалительные цитокины, высвобождающиеся из кератиноцитов в результате зуда кожи. Проведенные генетические исследования показали, что АД развивается у 82% детей, если оба родителя страдают аллергией, преимущественно на первом году жизни ребенка; у 59% — если только один из родителей имеет АД, а другой имеет аллергическую патологию 8 дыхательных путей, у 56% — если только один родитель страдает аллергией, у 42% — если родственники первой линии имеют симптомы АД.

Классификация

Общепринятой классификации АД нет. Рабочая классификация атопического дерматита предложена Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) в 2002 г. Она удобна для практических врачей, отражает возрастную динамику, клинико-морфологические формы, тяжесть и стадии течения болезни.

1.Возрастные периоды:

- Младенческая (с 1 мес до 1 г. 11 мес.)
- Детская (с 2 лет до 11 лет 11 мес.)
- Подростковая (старше 12 лет)

2.Стадии:

- Обострение
- Ремиссия неполная
- Ремиссия

3.Клинические формы:

- Экссудативная
- Эритематозно-сквамозная
- Эритематозно-сквамозная с лихенификацией
- Лихеноидная
- Пруригинозная

4. Клинико-этиологические варианты:

- С пищевой сенсibilизацией
- С грибковой сенсibilизацией
- С клещевой/бытовой сенсibilизацией
- С пыльцевой сенсibilизацией

5. По распространенности воспалительного процесса:

- АтД ограниченный — с локализацией преимущественно на лице и площадью поражения кожи не более 5–10%;
- АтД распространенный — с площадью поражения от 10 до 50%;
- АтД диффузный — с обширным поражением более 50% поверхности кожных покровов.

6. По стадиям течения АтД выделяют:

- обострение
- неполная ремиссия
- ремиссия

7. По тяжести течения:

- Легкое течение: ограниченные участки поражения кожи, слабая эритема или лихенизация, слабый зуд кожи, редкие обострения — 1–2 раза в год
- Среднетяжелое течение: распространенный характер поражения кожи с умеренной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, умеренный зуд, более частые обострения (3–4 раза в год) с короткими ремиссиями
- Тяжелое течение: диффузный характер поражения кожи с выраженной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, постоянный сильный зуд и практически непрерывное рецидивирующее течение

Диагностика

Диагностика атопического дерматита основывается преимущественно на клинических данных. Объективных диагностических тестов, позволяющих подтвердить диагноз, в настоящее время не существует. Обследование включает тщательный сбор аллергоанамнеза, оценку распространенности и тяжести кожного процесса, а также аллергологическое обследование.

Обычно манифестация АтД у детей происходит на первом году жизни. Заболевание проходит в своем развитии три стадии, которые могут быть разделены периодами ремиссии или переходить одна в другую. Младенческая стадия АтД формируется у детей с периода новорожденности до двух лет и характеризуется острым воспалением кожи с высыпаниями на коже папул и микровезикул с выраженной экссудацией и мокнутием (экссудативная форма). Локализация высыпаний — преимущественно на лице, реже — на голени и бедрах. При этом на фоне гиперемии и экссудации, инфильтрации и отека отдельных участков кожи выявляются микровезикулы с серозным содержимым, вялой покрывкой, быстро вскрывающиеся с образованием «экзематозных колодцев». Экзематозные папулы и микровезикулы — проявления острого воспалительного процесса, представляют собой бесполостные ограниченные образования в виде мелких узелков (до 1 мм), слегка возвышающихся над уровнем кожи, округлой конфигурации, мягкой консистенции, обычно фокусные, иногда сгруппированные и быстро эволюционирующие. Кроме того, отмечается выраженный зуд и жжение кожи, болезненность и чувство напряжения. Больной ребенок расчесывает кожу, вследствие чего очаги покрываются серозно-кровянистыми корочками, а при присоединении вторичной инфекции — серозно-кровянисто-гнойными корочками. Расположение очагов поражения кожи симметричное. При ограниченных формах подобные высыпания локализуются чаще на лице в области щек, лба и подбородка, за исключением носогубного треугольника, и симметрично на кистях рук. При распространенных,

диссеминированных формах АтД отмечается поражение кожи туловища, конечностей, преимущественно их разгибательных поверхностей. Для 30% больных АтД характерны гиперемия, инфильтрация и легкое шелушение кожи без экссудации, которые служат проявлениями эритематозно-сквамозной 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 АтД формируется у детей в возрасте от 2 до 12 лет, может следовать за младенческой стадией без перерыва и продолжается обычно до подросткового возраста. При этом на коже менее выражены экссудативные очаги, характерные для младенческой фазы, отмечается ее значительная гиперемия, выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, утолщение складок и гиперкератоз, складчатый характер поражений. Наличие этих элементов определяется как эритематозно-сквамозная форма АтД с лихенизацией. В дальнейшем на поверхности кожи преобладают лихеноидные папулы и очаги лихенификации 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 АтД. В этой стадии АтД характерно поражение кожи лица, определяемое как «атопическое лицо», проявляющееся гиперпигментацией век с подчеркнутыми складками, шелушением кожи век и вычесыванием бровей. У всех этих больных определяется очень характерный упорный и мучительный зуд кожи, особенно выраженный по ночам. Подростковая стадия АтД наблюдается у детей в возрасте старше 12 лет и характеризуется резко выраженной лихенизацией (лихенификацией), сухостью и шелушением, преимущественными поражениями кожи лица и верхней части туловища и непрерывно рецидивирующим течением. Эта стадия начинается в период полового созревания и часто продолжается в зрелом возрасте. Преобладает поражение сгибательных

поверхностей в области естественных складок, лица и шеи, плеч и спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног. Высыпания характеризуются сухими, шелушащимися эритематозными папулами и бляшками и 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 может наблюдаться пруригинозная форма АД, которая характеризуется сильнейшим зудом и множественными фолликулярными папулами, плотной консистенции, шаровидной формы с многочисленными рассеянными эскориациями на поверхности папул. Эти высыпания сочетаются с выраженной лихенизацией с типичной для этого возраста локализацией на сгибательных поверхностях конечностей.

Для оценки распространенности процесса используется шкала SCORAD

Параметр А Распространенность кожного процесса — площадь пораженной кожи (%), которую рассчитывают по правилу «девятки»

Для оценки также можно использовать правило «ладони» (площадь ладонной поверхности кисти принимают равной 1% всей поверхности кожи).

Параметр В Для определения интенсивности клинических проявлений подсчитывают выраженность 6 признаков (эритема, отек/папулы, корки/мокнутые, эскориации, лихенификация, сухость кожи).

Каждый признак оценивают от 0 до 3 баллов (0 — отсутствует, 1 — слабо выражен, 2 — выражен умеренно, 3 — выражен резко; дробные значения не допускаются). Оценку симптомов проводят на участке кожи, где они максимально выражены.

Площадь поверхности отдельных участков тела

Передняя поверхность головы (4,5%)

Задняя поверхность головы (4,5%)

Передняя поверхность туловища (18%)

Задняя поверхность туловища (18%)

Гениталии (1%)

Передняя поверхность левой руки (4,5%)

Задняя поверхность левой руки (4,5%)

Передняя поверхность правой руки (4,5%)

Задняя поверхность правой руки (4,5%)

Передняя поверхность левой ноги (9%)

Задняя поверхность левой ноги (9%)

Передняя поверхность правой ноги (9%)

Задняя поверхность правой ноги (9%)

С. Выраженность субъективных симптомов (оценивается пациентом)

Оценивается выраженность зуда по десятибальной шкале, 0 – минимально выраженный зуд, 10 – очень сильный зуд.

индекс SCORAD рассчитывают по формуле: $A/5 + 7B/2 + C$. Общая сумма баллов по шкале SCORAD может составлять от 0 (клинические проявления поражения кожи отсутствуют) до 103 (максимально выраженные проявления атопического дерматита). При значении индекса SCORAD до 20 баллов течение АД определяют как легкое, от 20 до 40 баллов как средней тяжести, выше 40 баллов – тяжелое.

Диагностические критерии АД:

Основные критерии

- Зуд кожи.
- Типичная морфология высыпаний и 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 отягощенность по атопии.

Дополнительные критерии (помогают заподозрить атопический дерматит, но являются неспецифическими):

- ксероз;
- реакции немедленного типа при кожном 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 ее центре).

Лабораторная диагностика:

1. Клинический анализ крови. неспецифическим признаком может быть наличие эозинофилии, в случае присоединения кожного инфекционного процесса возможен нейтрофильный лейкоцитоз).
2. Проведение кожных тестов со стандартизованными аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы). кожное тестирование выявляет IgE-опосредованные аллергические реакции; проводится аллергологом при отсутствии острых проявлений атопического дерматита у ребенка.

3. Определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови.
Исследование предпочтительно для детей с распространенными кожными проявлениями АтД, при невозможности отмены принимаемых антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов, нейролептиков, с сомнительными результатами кожных тестов или при отсутствии корреляции клинических проявлений и результатов кожных тестов, с высоким риском развития анафилактических реакций на определенный аллерген при проведении кожного тестирования, для пациентов грудного возраста
4. Назначение индивидуальной элиминационной диеты и диагностическое введение продукта (подозреваемого в качестве причинно-значимого аллергена). Осуществляется врачами специалистами (аллергологами, диетологами) для подтверждения / исключения пищевой аллергии (особенно в случаях сенсибилизации к злаковым и белкам коровьего молока: до настоящего времени технология провокационных проб, в том числе двойной плацебо контролируемой пробы, используемых для подтверждения диагноза за рубежом, в РФ не отработана, а оценка не стандартизована).

Дифференциальная диагностика

Атопический дерматит необходимо дифференцировать с чесоткой, себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, ихтиозом, псориазом, иммунодефицитными состояниями (синдром Вискотта–Олдрича, синдром гипериммуноглобулинемии Е);

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение АтД должно быть комплексным и патогенетическим, включающим элиминационные мероприятия, диету, гипоаллергенный режим, местную и системную фармакотерапию, коррекцию сопутствующей патологии, обучение больного, реабилитацию. Объем терапии при АтД 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 и предотвращение инфекционных осложнений.

Местные глюкокортикостероиды (МГК) рекомендуются как средства первой линии для лечения обострений атопического дерматита, а также препараты стартовой терапии при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания.

Топические МГК с антибактериальными и противогрибковыми свойствами рекомендуются пациентам с АтД, осложненным бактериальной или грибковой инфекцией кожи

Топические ингибиторы кальциневрина (местные иммуномодуляторы) включают пимекролимус в форме 1% крема и такролимус в форме 0,03% и 0,1% мази. Пимекролимус рекомендован в наружной терапии легкого и среднетяжелого АтД у детей старше 3 месяцев. Такролимус применяется в виде 0,03% мази у детей старше 2 лет и в виде 0,1% мази (либо 0,03% мази) у пациентов старше 16 лет.

Препараты на основе дегтя, нафталана, ихтиола, дерматола уступают по своей активности современным стероидным и нестероидным средствам для лечения АтД, в настоящее время не рекомендуются для использования. Медленное развитие противовоспалительного действия и выраженный косметический дефект также ограничивает их применение.

Активированный пиритион цинка (0,2% аэрозоль, 0,2% крем и 1% шампунь) (нестероидный препарат с широким спектром 21 фармакологических эффектов), его применении снижается количество расширенных сосудов, плотность

периваскулярного инфильтрата, нормализуется структура рогового слоя, снижается колонизация кожи грибами, в первую очередь *Malassezia furfur*, а также *S. Aureus*

Антисептики рекомендуется применять в комплексной терапии атопического дерматита, однако доказательств их эффективности, подтвержденных рандомизированными контролируемыми исследованиями, нет.

Увлажняющие и смягчающие средства рекомендуются в комплексной терапии атопического дерматита, так как восстанавливают целостность водно-липидного и рогового слоев эпидермиса, улучшают барьерную функцию кожи (корнеотерапия), обладают также МГК-сберегающим эффектом и используются для достижения и поддержания контроля над симптомами заболевания

Антигистаминные препараты рекомендуются для лечения больных атопическим дерматитом, хотя достоверные исследования об эффективности антигистаминных препаратов второго поколения, не обладающих седативных эффектом, в лечении больных атопическим дерматитом отсутствуют

Системное назначение антибиотиков рекомендовано для пациентов с подтвержденной тяжелой бактериальной инфекцией кожи сопровождающейся высокой температурой, интоксикацией, нарушением состояния и плохим самочувствием больного. Длительное применение антибиотиков для других целей (например, для лечения устойчивых к стандартной терапии форм заболевания) не рекомендуется.

Иммуносупрессивная терапия (циклоспорин; азатиоприн) эффективна для лечения тяжелых форм АтД, но токсичность и наличие большого количества побочных эффектов лечения ограничивает применение препаратов. Короткие курсы циклоспорина обладают значительно меньшим кумулятивным эффектом по сравнению с длительной терапией (прием препарата в течение 1 года)

Системные ГКС рекомендовано использовать для купирования тяжелых обострений АтД короткими курсами.

Кроме лекарственного лечения рекомендован гипоаллергенный режим и гипоаллергенная диета. Уменьшение контакта с аллергеном является первым и необходимым шагом в лечении больных с атопией.

Диспансерное наблюдение

Пациенты детской возрастной категории с АтД должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением педиатра, консультации специалистов (аллерголога-иммунолога, дерматолога) в зависимости от состояния и тяжести процесса проводятся 1 раз в 2-6 мес. Комплексное обследование с динамическим контролем состояния, определением изменений спектра и степени сенсibilизации, проводятся детям в зависимости от степени тяжести и характера течения процесса по показаниям амбулаторно / в дневном стационаре. Показания к госпитализации (дневной / круглосуточный стационар):

- ✓ обострение АтД, сопровождающееся нарушением общего состояния;
- ✓ распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием;
- ✓ 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.

Список литературы

1. Global atlas of allergy. Editors: Cezmi A. Akdis, Ioana Agache. Published by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. 2014. 388 p.
2. Клинические рекомендации Атопический дерматит у детей Союз педиатров России, Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов , Российское общество дерматовенерологов и косметологов 2016г.
3. Клинико-социальное исследование атопического дерматита у детей дошкольного возраста. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Российской академия медицинских наук Москва, 2013г.
4. Атопический дерматит у детей: клинические и иммунологические факторы риска бактериальных осложнений, оптимизация терапии. Диссертация на соискание ученой степени, КМН Катина М.М., Красноярск, 2013г.
5. <http://mymednews.ru> Атопический дерматит у детей. Декабрь, 2017г.
6. <http://raaci.ru> Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов.