

Атопический дерматит и пищевая аллергия – первые признаки атопического марша

Об особенностях диагностики и лечения атопического дерматита «Вестнику» рассказала Феденко Елена Сергеевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением аллергии и иммунопатологии кожи ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.

Интервью брала Елена Шереметьева

Какова ситуация с распространенностью атопического дерматита в России?

Е. С. Сергеевна: Согласно данным статистики атопический дерматит (АтД) занимает от 20 до 40% в структуре кожных заболеваний в мире. Им страдают до 30% детей и до 10% взрослых людей. Из них у 60% детей АтД, как правило, развивается на первом году жизни. Около 85% пациентов с АтД заболевают в течение первых пяти лет жизни. Необходимо принимать во внимание фактор отягощенной наследственности: если родители страдают от аллергических заболеваний и от АтД в частности, то вероятность развития у ребенка АтД как первого проявления атопического марша очень высока. Так, частота наследования атопических заболеваний в среднем составляет 60–70%. Необходимо понимать, что взрослые люди редко заболевают АтД de novo, а чаще переносят эту болезнь из детства во взрослую жизнь.

Расскажите, пожалуйста, о рисках развития атопического марша.

Е. С.: Теория развития атопического марша была предложена в 1980 году Максом Киллманом. Она подразумевает последовательное на протяжении жизни развитие у ребенка с генетической предрасположенностью к аллергическим заболеваниям атопического дерматита, пищевой аллергии, атопического ринита и бронхиальной астмы. Так, у одного и того же ребенка могут параллельно развиваться атопический дерматит и пищевая аллергия. В три года к этой картине добавляется аллергический ринит, а с 6–7 лет – иногда и раньше – появляется так называемое свистящее дыхание, по сути являющееся первым проявлением БА. Примерно у 80% пациентов с АтД присутствует ринит, у 40–50% есть симптомы астмы и ринита.

Выделяются три возрастных периода атопического дерматита: ранний детский (0–2 года), детский (2–13 лет) и взрослый периоды (от 14 лет и старше).

В пубертатном периоде у некоторых больных может наступить спонтанная ремиссия АтД, вместе с тем могут усилиться симптомы АР и БА, а у других, наоборот, ухудшение течения АтД сопровождается улучшением клинической картины респираторной аллергии – так называемый феномен «качелей». Встречаются



Феденко Елена Сергеевна

«Задача аллергологов-иммунологов заключается не только в постановке диагноза "атопический дерматит", но и в определении сопутствующей аллергической патологии»

и варианты наиболее тяжелого течения, когда у пациента есть и АтД, и ринит, и астма. К сожалению, тяжелое течение встречается довольно часто. Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%).

Можно ли говорить о том, что у пациентов с АтД есть полисенситизация?

Е. С.: Да, у большинства пациентов с АтД имеется сенситизация к широкому спектру аэроаллергенов, в первую очередь к домашней пыли и ее компонентам – клещам домашней пыли (КДП), пыльце растений, пищевым аллергенам.

Мы, аллергологи, проводим аллергологическое обследование для определения спектра сенситизации. Самый важный причинно-значимый аллерген для больных АтД – аллерген КДП: с одной стороны, он является ингаляционным и вызывает обострение не только АтД, но и респираторной аллергии, с другой – непосредственный контакт аллергена КДП с кожей больного АтД спустя сутки и более может вызвать резкое обострение заболевания, что подтверждает участие механизма клеточно-опосредованной контактной гиперчувствительности. У наших больных с АтД нарушена функция эпидермального барьера, многие дети рождаются уже с сухой кожей (врожденный ксероз), их мучает постоянный кожный зуд, расчесы, являющиеся входными воротами для аллергенов и микробных агентов. Генетическая предрасположенность к мутациям гена филагрина – белка, вырабатываемого кератиноцитами кожи, отмечается примерно у 30–40% больных с тяжелым течением АтД, ассоциированным с БА.

Дефицит белка филагрина усиливает нарушение функции эпидермального барьера, и кожа человека становится более восприимчивой к аллергенам. Если говорить о путях сенситизации у детей раннего возраста, то первый путь – пероральный. К примеру, ребенок вместо грудного молока получал искусственную молочную смесь на основе коровьего молока, к белкам которого и развивается первичная пищевая сенситизация. Второй путь – ингаляционный. И третий – чесочный, когда контакт кожи больного АтД с аллергенами вызывает развитие сенситизации через нарушенный эпидермальный барьер. Сухость и постоянные расчесы делают кожу уязвимой к проникновению аллергенов и микробов. У большинства больных АтД кожа контаминирована золотистым стафилококком (10⁷ на 1 кв. см), что является огромной проблемой, поскольку, с одной стороны, могут возникать пиодермии, а с другой стороны, энтеротоксичные золотистые стафилококки являются классическими аллергенами, вызывающими IgE-сенситизацию.

Есть ли биомаркеры, указывающие на наличие этого заболевания?

Е. С.: Неспецифическим маркером для АтД является высокий уровень общего IgE. Он может повышаться при многих заболеваниях, но у пациентов с АтД он может быть повышен в сто и более раз. Специфические иммуноглобулины класса E к различным аллергенам также будут существенно повышены у таких пациентов. АтД относится к T2-зависимым заболеваниям, так как в основе патологического процесса лежит именно T2-иммунное воспаление, характеризующееся определенным цитокиновым профилем – ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13, ИЛ-31 и др., хотя в рутинной практике мы не исследуем уровень этих цитокинов. Еще очень важный маркер – эозинофилия в периферической крови. Если при небольшом рините может быть небольшое повышение на 1–2%, то у наших больных этот показатель может достигать 30–40%. Следует помнить, что высокий уровень общего IgE и эозинофилия периферической крови могут также свидетельствовать о наличии паразитов.

Как правильно диагностировать АтД и не спутать его с кожными заболеваниями?

Е. С.: Такая проблема действительно есть. Особенно любят ставить диагноз атопический дерматит семейные врачи, терапевты и педиатры. Любое поражение кожи в виде красноты и прыщиков сразу списывается на АтД. А на самом деле это может быть и себорейный дерматит, вызванный грибковой флорой. Может быть и контактный дерматит, возникающий вследствие контакта с какими-то веществами. Это могут быть и тяжелые формы кожных заболеваний в виде эритродермического поражения при псориазе и других дерматозах. Мы нередко встречаемся с такими случаями: к примеру, у человека покраснело лицо, появились папулезные высыпания – дерматологи диагностируют АтД или просто аллергический дерматит лица и направляют пациента к аллергологу. А мы видим, что это совсем не АтД, а розацеа. У молодых врачей еще недостаточно опыта, поэтому при любом покраснении и высыпаниях у них возникает подозрение на атопический дерматит. Наша задача (аллергологов-иммунологов – Ред.) состоит не только в проведении аллергологиче-

ское обследование с целью выявления спектра сенситизации и постановки диагноза атопический дерматит, но и в определении сопутствующей аллергической патологии. Безусловно, мы всегда работаем в тесном профессиональном контакте с педиатрами, врачами смежных специальностей, и, конечно, дерматологами, которые проводят дифференциальную диагностику с другими кожными заболеваниями в особо трудных диагностических случаях.

непереносимость пищи, сезонность обострений и другие.

Если врач обнаруживает сочетание трех основных и не менее трех дополнительных критериев, то можно поставить диагноз «атопический дерматит».

Какова ситуация с осведомленностью об АтД в первичном звене?

Е. С.: Осведомленность врачей общей практики и терапевтов довольно низкая. С педиатрами ситуация лучше. За рубежом, кстати, вообще может не быть аллергологов как отдельной специальности, зато есть специализация по дерматологии и аллергологии.

Может ли в нашей стране АтД вести не аллерголог-иммунолог, а врач общей практики?

Е. С.: Да, может. Это вошло в стандарты. Но, конечно, это будет неполноценное ведение таких пациентов. Если речь о детях, страдающих АтД, то их должен наблюдать педиатр, и желательно, чтобы он был еще и аллергологом-иммунологом. В случае с взрослыми пациентами обязательно наблюдение аллерголога или дерматолога. Больные могут проходить лечение как в дерматологических, так и в аллергологических стационарах. Если врачи общей практики и педиатры не имеют аллергологического образования, то они обязательно должны консультировать больных АтД и у дерматологов, и у аллергологов.

Расскажите, пожалуйста, о современных подходах к лечению атопического дерматита.

Е. С.: Классическая наружная терапия АтД предполагает использование топических кортикостероидов, комбинированных препаратов и топических ингибиторов кальциневрина. Существенное место в наружной терапии сейчас занимают эмульсии. Это средства по уходу за кожей, направленные на улучшение функции эпидермального барьера, увлажнение кожи и уменьшение сухости. Они должны использоваться с рождения у детей с сухой кожей и у детей с наследственными рисками по аллергии. Если вовремя начать использовать хорошие эмульсии и аптечную косметику для атопичной кожи (не просто вазелин или детский крем), то в 50% случаев уменьшается вероятность дальнейшего развития атопического марша. Профилактика атопического марша также включает своевременное проведение аллерген-специфической иммунотерапии. Это один из важнейших патогенетических методов лечения аллергических заболеваний, который действительно останавливает наступление атопического марша. Проведение сублингвальной АСИТ можно начинать с трех лет. Парентеральную АСИТ можно назначать с пяти лет. И мы видим очень хороший клинический эффект в отношении профилактики атопического марша.

Появились ли за последние три года новые методы лечения и новые препараты? Какие методы сейчас находятся в стадии разработки, и какие из них наиболее перспективны, на ваш взгляд?

Е. С.: Начиная с 2019 года для лечения атопического дерматита у детей с шести лет и взрослых мы можем использовать препарат дупилумаб. Он произвел революцию в лечении АтД. Это моноклональное антитело против альфа-субъединицы рецептора интерлейкина-4 и интерлейкина-13, которые опосредуют T2-иммунное воспаление, лежащее в основе АтД. У пациентов, получающих терапию дупилумабом, практически отсутствуют проявления АтД. Они реже пользуются эмульсиями и топическими кортикостероидами. Это длительная терапия и, возможно, пожизненная. Применение этого препарата дотируется государством, так как он входит в ЖВНЛ. Летом 2021 года были зарегистрированы два новых препарата для лечения атопического дерматита из группы ингибиторов янус-киназы. Это барцицитиниб и упадацитиниб. Первый можно применять с 18 лет, второй – с 12 лет. Они выпускаются в таблетированной форме и являются селективными иммуносупрессантами широкого спектра. Данные препараты обладают высокой эффективностью и незначительными побочными эффектами. На базе института

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

Около 50% больных с АтД имеют легкое течение, на долю остальных 50% приходится среднетяжелое и тяжелое течение (из них тяжелых – 15%)

иммунологии проводились международные клинические исследования, в ходе которых мы увидели хороший эффект у пациентов с атопическим дерматитом.

Расскажите, пожалуйста, о новой редакции клинических рекомендаций по АтД.

Е. С.: Клинические рекомендации были одобрены научно-практическим советом Министерства здравоохранения Российской Федерации в июне этого года. С 1 января они будут обязательны для исполнения во всем врачебном сообществе. Документ был разработан четырьмя общественными организациями: Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, Российским обществом дерматовенерологов и косметологов, Союзом педиатров России и Национальным альянсом дерматовенерологов и косметологов. В 2022 году рекомендации планируется пересмотреть с учетом новых опций по лечению АтД, которые были недавно одобрены.

Отличаются ли российские протоколы по лечению АтД от зарубежных?

Е. С.: Наши клинические рекомендации очень тесно сопрягаются с европейскими и международными. Мы, по сути, работаем в едином ключе. Отличия в основном касаются использования некоторых препаратов: у них нет препаратов, которые есть у нас, и наоборот.

Расскажите о возможностях лечения АтД в вашем институте.

Е. С.: В нашем институте есть все возможности для обследования и лечения пациентов с атопическим дерматитом и другими аллергическими заболеваниями. В рамках ОМС лечение на базе стационара можно получить при наличии направления по форме № 057/у-04 от лечащего врача по месту жительства. Мы единственный специализированный в стране, который проводит аллерген-специфическую иммунотерапию по показаниям не только аллергического ринита и бронхиальной астмы, но и атопического дерматита, причем берем больных с и тяжелым течением заболевания.

Своевременное применение хороших эмульентов и аптечной косметики для атопичной кожи на 50% снижает вероятность развития атопического марша

Какие рекомендации, повышающие осведомленность об особенностях АтД, вы бы дали начинающим врачам и вашим коллегам из регионов России?

Е. С.: Когда речь идет об атопическом дерматите, врачу необходимо уделить особое внимание сбору семейного анамнеза. Семьи, в которых один или оба родителя страдают аллергическими заболеваниями, находятся в группе риска по возникновению атопического дерматита у детей. Если у новорожденного ребенка сухая кожа, то это особенно следует рассматривать как один из предикторов возникновения атопического дерматита. Родителям такого ребенка необходимо объяснить важность раннего обращения к врачу-педиатру, который при необходимости направит к аллергологу и дерматологу. Правильный уход за сухой кожей ребенка с самых первых дней его жизни с использованием современных эмульентов может остановить дальнейшее развитие атопического марша, а своевременная аллергодиагностика, в особенности с использованием молекулярных методов, направленная на выявление причинно-значимых пищевых и ингаляционных аллергенов, может помочь в разработке индивидуальных диет и элиминационных режимов и более точно определить показания к проведению АСИТ. ■

НОВОСТИ

ИМАС 2021 ПРОШЕЛ В ОНЛАЙН-ФОРМАТЕ

2 и 3 декабря в Москве состоялся конгресс по молекулярной иммунологии и аллергологии ИМАС 2021.

Конгресс проходил в онлайн-формате в четырех виртуальных залах на платформе MedTouch и был посвящен молекулярной аллергологии и иммунологии. В течение двух дней были проведены 4 пленарных заседания, 26 секций и круглый стол. Конгресс посетили онлайн более 3000 участников; выступили с научными докладами более 40 ведущих ученых из 14 стран мира: США, Турции, Германии, Великобритании, Испании, Швейцарии, Румынии, Колумбии, Швеции, Польши, Туниса, Австрии, Франции и России.

Отдельное внимание организаторы уделили новой коронавирусной инфекции и иммунитету, а также вопросам вакцинации против COVID-19. В рамках пленарных заседаний, симпозиумов, лекций и круглого стола участники конгресса обсудили механизмы и новые препараты для аллерген-специфической иммунотерапии, индивидуальные подходы к лечению тяжелой бронхиальной астмы на основе фенотипов, аллергены домашних животных, скрининговые технологии разработки новых иммуно-терапевтических препаратов, иммунобиологическую терапию иммуноопосредованных заболеваний и многое другое.

В рамках конгресса был проведен конкурс на лучшую научную работу. Среди 12 отобранных тезисных работ, присланных участниками конгресса, организационным комитетом и экспертной комиссией были выбраны три лучшие. Победителями конкурса стали: Елена Хасанова с соавторами, доклад «Гиперэкспрессия генов TLR2 и TLR4 и их лигандов в сперматоцитах мужской с варикоцеле»; Юлия Юдина с соавторами, доклад «Микробиотическая трансформация у детей с атопическим дерматитом 1–5 лет»; Екатерина Астахова с соавторами, доклад «Сравнение методов оценки вируснейтрализующей и вирус-связывающей активности плазм доноров, переболевших COVID-19».

КАФЕДРЕ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ РМАНПО 50 ЛЕТ

В ноябре 2021 года кафедра аллергологии и иммунологии РМАНПО отметила 50-летие со дня основания.

Кафедра была создана по инициативе академика Андрея Дмитриевича Адо в ноябре 1971 года. С 2019 года и по сегодняшний день кафедру возглавляет д. м. н., профессор Наталья Михайловна Ненашева.

За время работы на кафедре было проведено более 500 циклов повышения квалификации по аллергологии и иммунологии для врачей разных специальностей клинической профессии. Более 12 тыс. врачей разных специальностей лечебного профиля прошли усовершенствование, более 100 – профессиональную переподготовку. Подготовлено 2 доктора наук, 17 кандидатов наук, кафедрой выпущено более 100 врачей – аллергологов-иммунологов.

На протяжении многих лет в рамках научно-исследовательской деятельности кафедра занимается разработкой и испытаниями современных методов диагностики и терапии аллергических заболеваний.

