

Позиционная статья

Поддержание ремиссии и профилактика обострений заболевания у детей с atopическим дерматитом. Позиционная статья Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России

Ю.С. Смолкин^{✉1,2}, Н.Б. Мигачева³, О.Ю. Смолкина⁴¹Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России, Москва, Россия;²Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России», Москва, Россия;³ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия;⁴ООО «Научно-клинический консультативный центр аллергологии и иммунологии», Москва, Россия

✉smolkin@alerg.ru

Аннотация

Атопический дерматит (АтД) является хроническим заболеванием с рецидивирующим течением и оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациентов и членов их семей. Важнейшее внимание в клинической практике должно уделяться мероприятиям, направленным на поддержание ремиссии заболевания и профилактику обострений. Ключевыми среди таких мероприятий являются: постоянный рациональный уход за кожей пациента в период ремиссии АтД, максимальное исключение воздействия аллергенных и неаллергенных триггеров, своевременное использование наружных противовоспалительных препаратов при первых признаках обострения заболевания. Достижение поставленных целей возможно только в ходе тесного взаимодействия врача с родителями детей, страдающих АтД, терапевтического обучения пациентов и активного вовлечения их в процесс контроля над течением заболевания.

Ключевые слова: атопический дерматит, себорейная кожа, уход за кожей при атопическом дерматите.**Для цитирования:** Смолкин Ю.С., Мигачева Н.Б., Смолкина О.Ю. Поддержание ремиссии и профилактика обострений заболевания у детей с атопическим дерматитом. Позиционная статья Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. Педиатрия. Consilium Medicum. 2020; 2: 38–45. DOI: 10.26442/26586630.2020.2.200149

Positional Article

Maintenance of remission and prevention of disease flares in children with atopic dermatitis. Position paper of the Association of Children's Allergists and Immunologists of Russia

Yury S. Smolkin^{✉1,2}, Natalia B. Migacheva³, Olga Yu. Smolkina⁴¹Association of Children's Allergists and Immunologists of Russia, Moscow, Russia;²Academy Postgraduate Education of the Federal Research Center for Specialized Types of Medical Assistance and Medical Technologies, Moscow, Russia;³Samara State Medical University, Samara, Russia;⁴Scientific Clinical Consultative Center of Allergology and Immunology, Moscow, Russia

✉smolkin@alerg.ru

Abstract

Since atopic dermatitis is a chronic disease with recurrent course having a significant negative effect on the quality of life of patients and their families the important attention in clinical practice should be given to measures aimed to maintaining of disease remission and flares prevention. Key measures are: systematic rational skin care, exclusion of the impact of allergenic and non-allergenic triggers, timely use of topical anti-inflammatory drugs at first sign of an exacerbation. The goal achievement is possible only through close interaction with parents of children suffering from atopic dermatitis, patient's therapeutic education and their active involvement into disease control process.

Key words: atopic dermatitis, seborrheic skin, skin care for atopic dermatitis.**For citation:** Smolkin Yu.S., Migacheva N.B., Smolkina O.Yu. Maintenance of remission and prevention of disease flares in children with atopic dermatitis. Position paper of the Association of Children's Allergists and Immunologists of Russia. Pediatrics. Consilium Medicum. 2020; 2: 38–45. DOI: 10.26442/26586630.2020.2.200149**Введение**

Атопический дерматит (АтД) – хроническое воспалительное заболевание кожи с ранним дебютом и рецидивирующим течением – на протяжении многих десятилетий остается одной из важнейших медико-социальных проблем во всем мире в связи с высокой распространенностью, особенно в детской популяции, и серьезной медико-социальной значимостью [1, 2]. Поскольку АтД характеризуется волнообразным течением с неизбежной сменой периодов ремиссий и об-

острений и оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациентов и членов их семей [3, 4], важнейшее внимание в клинической практике должно уделяться вопросам контроля над течением заболевания (возможности поддержания его ремиссии и профилактике обострений), что отражено в большинстве современных российских и международных согласительных документов [5–7].

Современные научные данные о роли дисфункции эпидермального барьера в формировании и поддержа-

нии хронического воспалительного процесса в коже при АтД в определенной степени поддерживают существующее среди врачей-дерматовенерологов мнение о том, что выявление и устранение аллергенной причины заболевания являются низкоэффективным и затратным мероприятием, а уход за кожей – основным в профилактике обострений. Противоположная точка зрения, которой чаще придерживаются педиатры общей практики и аллергологи, связана с переоценкой роли аллергии в патогенезе АтД и необходимости элиминации аллергенов, в связи с чем могут игнорироваться простые, но необходимые мероприятия по уходу за кожей. Эти полярные линии в одинаковой степени являются неверными, так как для эффективной профилактики обострений АтД необходимо не только исключить аллергенные и неаллергенные триггеры, но и научить родителей ребенка специальному уходу за его кожными покровами.

При этом достижение поставленных целей невозможно без тесного взаимодействия врача с родителями детей, страдающих АтД, и активного вовлечения их в процесс контроля над заболеванием. Для этого необходимо уделять значительно больше времени и сил образованию самих детей с АтД и их родителей, внедрять в практику разные программы терапевтического обучения пациентов, в том числе онлайн-школы и телемедицинские технологии.

В настоящее время в мире накоплен серьезный опыт внедрения в клиническую практику таких образовательных программ, свидетельствующий о значительном улучшении течения АтД и качества жизни пациентов после проведения образовательных мероприятий [8, 9]. Помимо разъяснения причин и механизмов развития заболевания, рассмотрения общих подходов к ведению пациентов и показаний к использованию тех или иных конкретных методов лечения, в процессе терапевтического обучения необходимо объяснять пациентам механизмы действия топических кортикостероидов, показания для их назначения и возможные побочные действия, которые могут развиваться при их неправильном использовании [10]. Кроме того, врач должен обязательно обсудить с родителями больного ребенка правила рационального применения местных стероидов, что дает возможность предупредить распространение стероидофобии среди самих больных и членов их семей [11].

Важнейшим аспектом в реализации образовательных программ при АтД является обучение пациентов, членов их семей и ухаживающего персонала правилам рационального ухода за кожей, что позволяет обеспечить долговременный контроль за ее состоянием после достижения ремиссии заболевания и повышает приверженность пациентов лечению [12, 13]. Кроме того, в процессе такого обучения необходимо добиваться обеспечения интеграции в принятии терапевтического решения между врачом и родителями больного ребенка, стремления к достижению комплаенса и эффективного менеджмента заболевания, включающего не только медицинские, но и психологические, социальные, экономические аспекты [14].

Поскольку АтД является хроническим рецидивирующим заболеванием, его периодические обострения неизбежны. Об этом врач должен предупреждать, делая акцент на том, что, несомненно, в силах родителей больного: во-первых, снизить частоту обострений, во-вторых, не дать обострению развиться в среднетяжелую и тяжелую форму дерматита.

Ключевыми мероприятиями, направленными на достижение поставленных задач, являются следующие:

1. Обеспечение постоянного рационального ухода за кожей больного в период ремиссии заболевания.
2. Максимальное исключение воздействия аллергенных и неаллергенных триггеров.
3. Своевременное начало наружного противовоспалительного лечения при первых признаках обострения АтД.

Уход за кожей пациента в фазе ремиссии АтД

Важнейшим фактором, необходимым для поддержания ремиссии и профилактики обострений АтД, является систематическое использование пациентами средств базового ухода за кожей с увлажняющим, смягчающим, противозудным, репаративным, восстанавливающим микробный баланс кожи действием [15]. Показано, что их регулярное применение позволяет добиться уменьшения частоты обострений заболевания и их выраженности, снижения потребности в топических кортикостероидах и риска вторичного инфицирования, а также улучшения качества жизни пациентов и их семей [16].

Наиболее частой ошибкой ведения больных АтД является недостаточное внимание к уходу за кожей пациента после стихания обострения. Вместе с тем именно в фазе выздоровления кожа ребенка становится суше и чувствительнее к механическим раздражителям и инфекции. Сухость кожи приводит к образованию микротрещин, которые служат «входными воротами» для условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, раздражающих веществ и аллергенов. В связи с этим врач в рекомендациях по профилактике обострений необходимо делать акцент на обязательном продолжении использования увлажняющих и смягчающих средств, несмотря на стихание обострения или ремиссию заболевания, что дает возможность значительно улучшить контроль над течением заболевания – пролонгировать ремиссию и снизить риск возникновения нового обострения АтД [17].

Еще одним важным положением является дневная кратность использования средств ухода за кожей. Стандартного их применения 2–3 раза в день недостаточно для большинства пациентов. Следует убедить родителей пациентов в том, что эти средства следует применять столько раз в течение дня, сколько необходимо, чтобы кожа не была сухой даже непродолжительный период времени. Нередко требуемая частота нанесения на кожу увлажняющих и смягчающих средств (5–10 раз в сутки и даже более) вызывает недоумение отдельных специалистов и тем более родителей. В таких случаях им необходимо разъяснить, что по мере восстановления структуры липидного слоя эпидермиса необходимая частота использования средств ухода за кожей будет постепенно уменьшаться, но без адекватного применения лечебно-косметических средств непременно наступит обострение дерматита.

Таким образом, использование эмоленов, составляющее основу базовой терапии АтД, должно проводиться в соответствии с определенными **правилами ухода за кожей** (см. рисунок). Результаты многочисленных исследований показали, что эффективность такого базового ухода в значительной степени зависит от продолжительности применения топических средств, кратности их нанесения и количества используемого продукта [18–21]. При этом продемонстрированы значительное улучшение течения АтД и удовлетворенности пациентов результатами его лечения после проведения образовательных мероприятий, организованных с участием специально подготовленного персонала [10, 13], и даже экономическая эффективность рационального ухода за кожей [22, 23]. Следовательно, обучение больных правилам ухода за кожей и поддержание хорошего комплаенса с пациентом (или родителями больного ребенка) являются основой достижения контроля над таким хроническим заболеванием кожи, как АтД, и должны являться приоритетным направлением в программах его лечения.

Особую проблему представляет уход за кожей в тех случаях, когда у ребенка имеется сочетание АтД и себореи или чрезмерно чувствительной кожи, а также склонности к частому вторичному инфицированию.

Основные правила ухода за кожей при АтД.

The basic rules of skin care for atopic dermatitis.

- Регулярное использование увлажняющих и смягчающих средств (эмолентов) предполагает частое их нанесение (не менее 3–4 раз в день) в достаточных количествах
- Эмоленты могут использоваться как самостоятельно, так и после водных процедур по принципу «намочить – намазать»: ежедневные ванны с теплой водой (27–30°C) в течение 5 мин с добавлением масла для ванн (за 2 минуты до окончания водных процедур) с последующим нанесением на влажную кожу смягчающего препарата (после водных процедур кожу необходимо вытирать промокательными движениями, избегая трения)
- Наиболее выраженный эффект эмолентов наблюдается при их постоянном использовании в виде крема, мази, масла для ванны и заменителей мыла. В зимнее время предпочтительно использовать более жирные ингредиенты. Для достижения клинического эффекта необходимо использовать достаточный объем смягчающих препаратов (у взрослого с распространенным поражением кожи расходуется до 600 г в неделю, у ребенка – до 250 г в неделю)
- Эмолент в форме крема следует наносить за 15 мин до использования противовоспалительного препарата, в случае более жирной основы эмолента – через 15 мин после него
- После нанесения топических глюкокортикостероидов на очаги поражения средства базовой терапии (увлажняющие, смягчающие средства) могут использоваться не ранее чем через 30 мин. Объем применяемых средств ухода должен превышать объем используемых топических глюкокортикостероидов примерно в 10 раз
- В случае использования топических ингибиторов кальциневрина эмоленты рекомендуется наносить через 2 ч после лечебного препарата, а после водных процедур их следует применять перед нанесением блокаторов кальциневрина

Уход за кожей при сочетании АтД с себореей и особо высокой ее гиперреактивностью

Если сухость кожи является ключевым симптомом АтД, то себорейная кожа (конституциональная или как проявление себорейного дерматита) встречается как сопутствующее состояние (заболевание) не у всех больных. При сочетании АтД и себорейного дерматита наблюдается более неблагоприятное течение болезни, что определяет необходимость проведения не только соответствующей наружной фармакотерапии, но и специального ухода за кожей. Ярко выраженная гиперреактивность (не только как следствие аллергического воспаления, но и конституциональная) создает высокую «реактогенность» кожи на самые минимальные раздражители. Для эффективного ухода за кожей таких больных в настоящее время перспективным является использование препаратов лечебной косметики. Созданы специальные линии наружных средств, позволяющих осуществлять как гигиену, так и повседневный и лечебный уход за кожей. Для гигиены кожи с наличием себореи применяются муссы, содержащие соединения цинка, меди, мицелловые растворы сложных эфиров жирных кислот, а с целью лечебного ухода за кожей – средства на основе эмульсии «масло в воде», содержащие кераторегулирующие, себорегулирующие и антисептические вещества.

В последние годы появляется все больше продуктов ухода, содержащих в своем составе дополнительные компоненты, к которым относятся различные растительные субстанции (алоэ, аллантоин, бисабол, экстракт овса, ячменя, масло ши и др.), витамины (Д-Пантенол, ниацинамид, α-токоферол и пр.), соли магния и цинка, а также лизаты бактерий и пребиотики [24, 25]. Помимо дополнительного смягчающего, увлажняющего и антиоксидантного действия такие ингредиенты способны оказывать противовоспалительный и противозудный эффект, восстанавливать микробиоценоз кожи и снижать риск ее вторичного инфицирования [26–28]. Для «гиперреактивной» кожи предложены специальные дермокосметические препараты, содержащие антиоксиданты, противовоспалительные и смягчающие кожу добавки. Хороший эффект в профилактике вторичной инфекции, которая нередко возник

ает в период ремиссии у детей с АтД, дает применение специальных средств, сочетающих в себе как увлажняющие, смягчающие кожу компоненты, так и вещества, обладающие антисептическими свойствами.

Исключение аллергенных и неаллергенных триггеров как важный аспект профилактических мероприятий

Учитывая сложный патогенез АтД, лечение пациентов, том числе в период ремиссии заболевания, является комплексным и обязательно должно включать как медикаментозную терапию (системную или топическую), так и ограничение воздействия различных аллергенных и неаллергенных триггеров [29].

Несмотря на то, что бытовавшие в течение многих лет в практике лечения АтД жесткие элиминационные диеты и ограничительные мероприятия в последние годы подверглись серьезному пересмотру [30], исключение воздействия физических и психологических триггеров и советы по коррекции образа жизни остаются основой ведения пациентов [31, 32]. Важно отметить, что на смену общим неспецифическим «гипоаллергенным» диетам в современную практику пришло лечебное питание, построенное по индивидуальному плану в зависимости от возраста пациента, конкретных клинических проявлений заболевания, спектра причинно-значимых аллергенов и функционального состояния пищеварительного тракта. Обязательным условием элиминации является адекватная замена исключаемых продуктов для обеспечения физиологических потребностей пациента в энергии, а также макро- и микронутриентах [6, 33].

Важно обращать внимание родителей на то, что приводит к усилению зуда и воспаления может большое число факторов, из которых в первую очередь необходимо выделить те, которые наиболее значимы для конкретного больного. Устранение провоцирующих факторов должно учитывать медицинские и социальные аспекты. Это важно, так как шаблонное исключение всех возможных триггеров приводит к неоправданному ограничению качества жизни ребенка. В данной ситуации врач выступает в качестве «детектива», выясняющего детали жизни ребенка и его семьи, кажущиеся на первый взгляд не столь важными. Режим сна и бодрствования, пищевой рацион, семейные и национальные традиции, кратность и методы купания (температура воды, источник воды – водопровод, колодец и т.д., использование мыла, гелей и т.д.), освещенность квартиры, влажность и температура воздуха, манера одевать ребенка и виды тканей в его одежде, обращение взрослых и психологическая реактивность ребенка и многое, многое другое – ничто не должно уйти от внимания специалиста.

Выявление иммунного или неиммунного механизма реакции на тот или иной фактор окружающей среды требуется для обоснования рекомендаций пациентам по устранению причинных факторов. Самый распространенный пример: у ребенка возникает обострение дерматита после употребления в пищу клубники или апельсинов. В этом случае обострение дерматита может быть связано как с истинными аллергическими (атопическими) реакциями, так и с неиммунными механизмами – высвобождением медиаторов воспаления при воздействии биологически активных веществ, содержащихся в этих фруктах или ягодах. В первом случае врач обязан дать рекомендации по полному исключению продукта, а во втором – если реакция возникает только при употреблении в пищу больших количеств продукта – можно не исключать их полностью, пробовать давать небольшое, переносимое ребенком количество, использовать термически обработанный продукт, другой его сорт.

Широко распространено ошибочное мнение, что АтД, особенно у детей раннего возраста, является «проявлением пищевой аллергии». Это связано с прочно

Eau Thermale Avène XeraCalm A.D

Успокаивающий концентрат

Концентрат с немедленным успокаивающим действием XeraCalm A.D – это новое SOS-средство для очень сухой и атопичной кожи от Eau Thermale Avène. Концентрат создан специально для экстренной помощи при интенсивном локальном зуде. Он разработан с учетом физиологии тех участков тела, которые больше склонны к интенсивному зуду и расчесыванию, включая локтевые и коленные сгибы, ладони, область лица и век. Концентрат можно использовать до 4 раз в день.

В состав концентрата входит защитный восстанавливающий комплекс с активными ингредиентами. I-modulia® – первый биотехнологический ингредиент, полученный из термальной воды Avène. Объем данного компонента в концентрате увеличен в 2 раза для повышения эффективности против зуда, благодаря чему происходит более интенсивное и глубокое воздействие на участки, подверженные расчесыванию. Компонент Cer-Omega – липиды, подобные липидам кожи, они помогают восстанавливать, питать и укреплять защитную пленку кожи, обеспечивая лучшую сопротивляемость агрессивным факторам внешней среды. Ультраконцентрированное растительное масло – каприловый триглицерид – в объеме 36%. И термальная вода Avène, обладающая природными успокаивающими, смягчающими и снимающими раздражение свойствами. Таким образом, комплекс помогает мгновенно нейтрализовать очаги повышенной сухости, заполняя микротрещины кожи для воссоздания эффекта физиологического барьера, за счет чего кожный барьер восстанавливается быстрее, сокращая проникновение чужеродных веществ и предотвращая обезвоживание.

Важным фактом в вопросе выбора ухода за атопичной кожей является безопасность используемого средства, чтобы избежать риска повторной реакции и инфицирования поврежденной и уязвимой кожи вследствие расчесывания. Безопасность всех средств XeraCalm A.D, включая новый концентрат, обеспечивают стерильные условия производства и упаковки. Запатентованная абсолютно герметичная система Sterile Cosmetics® защищает состав от попадания бактерий, обеспечивает стерильность средств на протяжении всего периода использования. Так она минимизирует риск вторичного инфицирования. Кроме того, данная система упаковки помогает сохранять гипоаллергенность средств за счет отсутствия консервантов. Все ингредиенты подобраны таким образом, чтобы снизить риск возникновения аллергических реакций. В составе отсутствуют отдушки, парабены, спирты, красители.

укоренившимся представлением о том, что пищевая аллергия является не только первой и главной, но и единственной основой развития АтД, что противоречит современным представлениям об этиопатогенезе АтД. При этом, вопреки распространенному среди педиатров мнению о «множественности» пищевой аллергии у большинства детей (чем обосновывается якобы бесполезность выявления конкретных аллергенов), было установлено, что большинство больных (91%) реагировали только на один или два продукта питания. Кроме того, пищевые продукты нельзя считать исключительными аллергенами триггерами АтД.

Многие врачи упорно отказываются ассоциировать АтД с ингаляционными аллергенами, поскольку контакт с большинством из

них происходит постоянно и четкая связь обострения дерматита с воздействием ингаляционного аллергена в большинстве случаев не всегда очевидна. Тем не менее имеются существенные доказательства клинических наблюдений, результатов научных исследований, в том числе на молекулярном уровне, что не только пищевые, но и ингаляционные аллергены (пыльцевые, аллергены клещей домашней пыли, перхоти животных, тараканов, плесневых грибов) играют существенную роль в генезе АтД. Более того, имеются результаты исследований, в которых установлена эффективность иммунотерапии ингаляционными аллергенами при АтД [34, 35].

В то же время аэроаллергены являются причинно-значимыми не у всех детей с АтД, поэтому нельзя

EAU THERMALE
Avène
успокаивающая сила воды

XeraCalm A.D

**Успокаивающий
концентрат**
при сухости кожи,
сопровождающейся кожным зудом

**НЕМЕДЛЕННОЕ
СНИЖЕНИЕ ЗУДА
-69%***

**SOS
средство**

НОВИНКА

EAU THERMALE
Avène
XeraCalm A.D
Concentré apaisant
Soothing concentrate
ANTI-GRATAGE BÉNÉDICT®
REDUIT LE GRATAGE INTENSIF

Zones sèches sujettes
aux démangeaisons intenses*
for dry areas prone to intense itching*

LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES
Avène
PARIS

Pierre Fabre
Dermo-Cosmétique

Реклама

*Самостоятельная оценка Pierre Fabre с использованием аналоговой шкалы при участии 68 пациентов с атопическим дерматитом и (или) локализованными зонами с сухой кожей и зудом. Оценка интенсивности зуда сразу же после нанесения Успокаивающего концентрата.

всем больным давать шаблонные рекомендации по удалению животных из дома, где проживает ребенок, проведению дорогостоящих и требующих больших затрат времени и сил мероприятий по ограничению воздействия аллергенов плесневых грибов, пылевых клещей, тараканов. Это показано только детям с АтД, для которых значимость аэроаллергенов в генезе АтД безусловно доказана.

Неаллергенные триггеры, или, как принято их называть, «неспецифические факторы», всегда признавались как важная причина поддержания симптомов всех аллергических заболеваний, в том числе АтД [36]. Но АтД стал заболеванием, которое не укладывается в «прокрустово ложе» представлений о болезнях, в происхождении и развитии которых основополагающим механизмом является атопия. Неаллергенные триггеры, по мнению многих специалистов, способны не только выступать как причина поддержания симптомов дерматита и его обострений, но и быть пусковым фактором заболевания. При этом механизмы атопической аллергии включаются позже или даже не играют ведущей роли в развитии дерматита. Тем не менее диагноз АтД выставляется всегда на основании соответствующих диагностических критериев, даже если в его запуске не обнаружены атопические механизмы, т.е. не установлены причинно-значимые аллергены.

Основные неаллергенные триггеры АтД:

- Климат.
- Экстремальные значения температуры и влажности.
- Химические раздражающие вещества:
 - средства для стирки;
 - мыла;
 - химические вещества для уборки помещений;
 - лосьоны с отдушкой.
- Физические раздражающие факторы:
 - расчесывание;
 - потение;
 - синтетическая одежда.
- Пища, оказывающая раздражающий эффект (острая, кислая).
- Инфекция.
- Психосоциальные стрессоры.
- Хронические заболевания.
- Эмоциональный стресс.
- Нарушение сна.

Среди причин, способных вызвать появление и обострение АтД, нередко трудно выделить ведущие, являющиеся основной причиной болезни, и второстепенные – лишь усиливающие симптомы. Внешнесредовые факторы, не являющиеся аллергенами, часто выступают в роли триггеров, которые вызывают проявления заболевания, в то время как они не являются первопричиной. Таким образом, выявление наиболее значимых аллергенных и неаллергенных факторов обострения АтД и разработка мероприятий по ограничению их воздействия на организм ребенка является первоочередной задачей врача.

Когда и как возобновлять противовоспалительное лечение

При возникновении обострения следует помнить: чем дольше оно протекает, тем продолжительнее должно быть наружное противовоспалительное лечение для достижения полной ремиссии. Это связано с тем, что воспалительный инфильтрат в местах кожного поражения у больных АтД развивается по типу «снежного кома», т.е. чем дольше он существует, тем большее число клеточных элементов вовлекается в воспаление. Постоянный приток клеток из крови в воспалительный очаг обеспечивается хемотаксическими факторами, продуцируемыми клетками воспалительного инфильтрата, за счет чего очаг воспаления не только поддерживается, но и прогрессирует. В связи с этим не возникает сомнения в необходимости как можно более

раннего начала противовоспалительного лечения при обострении АтД [37].

Ответ на вопрос о том, какие средства следует использовать для быстрого и эффективного купирования обострений, очевиден – наружные противовоспалительные препараты. Для уменьшения воспалительной клеточной инфильтрации и предотвращения процесса высвобождения медиаторов в поврежденной коже используются глюкокортикостероиды наружного действия и топические ингибиторы кальциневрина.

Нередко начало активного противовоспалительного лечения откладывается. Причинами этого служат одни и те же аргументы: «воспаление только начинается, до применения кортикостероидов можно попробовать традиционные средства или препараты лечебной косметики с противовоспалительным эффектом»; «не назначать же при каждом, даже минимальном обострении кортикостероиды» и т.д. Излишне подробно объяснять, почему в случаях прогрессирующего обострения АтД такие рассуждения и действия приводят к неоправданной отсрочке начала эффективного лечения и служат основой выраженного обострения и хронического течения дерматита.

Активное противовоспалительное наружное лечение при обострении дерматита должно начинаться немедленно, при появлении даже минимальных его симптомов. С появлением пимекролимуса раннее купирование обострений АтД стало возможным практически во всех случаях. Если раньше вопрос о том, когда начинать лечение с помощью наружного кортикостероида, усложнялся при появлении незначительных симптомов дерматита, то сейчас он решается с помощью крема пимекролимус.

Таким образом, при легком обострении АтД следует немедленно начинать лечение кремом пимекролимус, а при прогрессировании обострения в течение 1–2 сут сразу переходить к наружным глюкокортикостероидам. При тяжелом обострении следует немедленно начинать лечение наружным глюкокортикостероидом, разрешенным к применению у детей.

Еще одним активно изучаемым направлением профилактики обострений АтД в настоящее время является так называемая «проактивная терапия». Имеются веские доказательства того, что длительное интермиттирующее применение топических глюкокортикостероидов или топических ингибиторов кальциневрина снижает частоту обострений заболевания, увеличивает общую продолжительность ремиссии, улучшает показатели качества жизни пациентов при отсутствии увеличения общего количества использованного противовоспалительного препарата в течение периода наблюдения по сравнению с контролем [38, 39]. Тем не менее для широкого внедрения такого подхода в реальную клиническую практику требуется проведение дальнейших исследований, позволяющих более детально определить группы пациентов, которым требуется такая проактивная терапия, дифференцированный подход к выбору лекарственного препарата, частоту его применения и продолжительность лечения.

Дополнительные и нетрадиционные методы профилактики обострений

В связи с существующими объективными трудностями в вопросах достижения контроля АтД, особенно у пациентов с тяжелым течением заболевания, неудивителен высокий интерес со стороны как пациентов, так и специалистов к возможностям использования для профилактики обострений различных дополнительных и нетрадиционных методов. В настоящее время отсутствуют убедительные доказательства эффективности орального применения полиненасыщенных жирных кислот (рыбий жир, масло огуречника, вечерней примулы и пр.), акупунктуры, традиционной китайской медицины, гомеопатии, биорезонансной те-

рапии, а также использования аутологичной сыворотки для лечения АтД [7]. Более того, показано, что терапевтические процедуры с использованием органического сырья животного или растительного происхождения могут сопровождаться развитием тяжелых токсических или аллергических реакций.

В то же время важное место в достижении и поддержании ремиссии при АтД занимает санаторно-курортное лечение, которое базируется на применении природных лечебных ресурсов (климатических, бальнеологических, грязелечебных) в сочетании с физиотерапевтическими и медикаментозными методами. Известно, что оно рекомендуется для профилактики и лечения разных заболеваний детского возраста, поэтому родители детей с АтД нередко задают педиатру, аллергологу-иммунологу вопросы о санаторно-курортном лечении ребенка.

АтД как хроническое заболевание является показанием к санаторно-курортному лечению, однако при принятии решения необходимо учитывать противопоказания. К противопоказаниям относятся: обострение заболевания, степень тяжести и период заболевания, наличие коморбидных состояний и сопутствующих патологий. Согласно Приказу Минздрава России от 07.06.2018 №321 «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» [40] АтД в период ремиссии является показанием для направления на лечение в санаторно-курортные организации, находящиеся в зоне пребывания ребенка, а также на климатические, бальнеологические и грязевые курорты.

В отечественных клинических рекомендациях по АтД (2016 г.) в разделах «Реабилитация» и «Профилактика и диспансерное наблюдение» отсутствует информация о санаторно-курортном лечении. Это вполне объяснимо: несмотря на исследования, проводимые в этой области, результатов, основанных на данных доказательной медицины, практически не получено. Между тем в работах отечественных авторов показана клиническая эффективность санаторно-курортного лечения детей с АтД.

Безусловно, климатотерапия может быть рекомендована детям с АтД с профилактической целью. Включение климатотерапии в комплекс мер по медицинской реабилитации ребенка приводит к положительному эффекту, который заключается в улучшении психоэмоционального состояния ребенка, стабилизации кожного процесса, значительном уменьшении зуда, увеличении продолжительности периода ремиссии. При планировании санаторно-курортного лечения необходимо учитывать не только период заболевания и степень тяжести, но и спектр сенсибилизации. Так, в случае наличия пыльцевой сенсибилизации должно быть уделено внимание выбору региона и времени направления ребенка на курорт, поскольку нахождение ребенка в регионе, где наблюдается цветение растений, пыльца которых является причиной заболевания или имеет перекрестные свойства, может спровоцировать обострение как АтД, так и других сопутствующих аллергических заболеваний. В таких случаях отдается предпочтение курортной зоне или сезону, не предполагающим контакт с причинно-значимым аллергеном. Как показывают исследования, к благоприятным климатическим зонам для медицинской реабилитации детей с АтД относятся такие морские курорты России, как Анапа, Сочи (Мацеста), Евпатория [41].

Большая часть исследований влияния санаторно-курортного лечения на течение АтД у детей представлена работами по изучению влияния бальнеотерапии в составе комплексного лечения. Действительно, учитывая патогенетические механизмы развития АтД, среди которых ведущую роль играют генетические факторы и дисфункция эпидермального барьера, приводящая к ксерозу и кератозу [42–44], существуют тео-

ретические предпосылки для рекомендаций водных процедур детям с данным заболеванием. В связи с этим во всех клинических рекомендациях по ведению детей с АтД подчеркивается значение и описываются правила проведения ежедневных водных процедур в домашних условиях.

Бальнеотерапия в условиях санаторно-курортного лечения может быть представлена различными водными процедурами: сероводородные, жемчужные ванны в сочетании с фитопрепаратами и ароматотерапией. При этом рекомендуется применение официальных стандартизованных препаратов, которые прошли обязательные клинические исследования в соответствии с принципами доказательной медицины [45]. Показано, что терапевтические эффекты водных процедур, среди которых – метаболический, трофический, корректирующий функциональное состояние центральной и вегетативной нервной системы, обусловлены термическим и механическим воздействием на кожные рецепторы. Кроме того, немаловажное значение имеет состав используемой воды. Для применения гидротерапии имеются противопоказания, например, сероводородные ванны показаны детям старше 3 лет. В настоящее время внедряются новые средства и природные компоненты, при использовании которых отмечается клиническая положительная динамика кожного процесса, подтверждаемая снижением индекса SCORAD, что способствует улучшению психоэмоционального состояния и нормализации сна ребенка [46, 47].

Наряду с изучением влияния бальнеотерапии на течение АтД проводятся исследования по изучению механизмов эффективности грязелечения. Лечебная грязь представляет собой природное образование, состоит из воды, органических и минеральных компонентов. Физико-химический состав лечебных грязей значительно различается в зависимости от месторождения (торфяные, сапропелевые, сульфидно-иловые). Поэтому опубликованные данные отражают результаты исследований воздействия конкретных лечебных грязей, добываемых в разных регионах, и не могут быть полностью экстраполированы на другие. В настоящее время признан положительный эффект грязелечения хронических заболеваний кожи, в том числе АтД [48]. В ряде исследований доказана антибактериальная активность некоторых грязевых экстрактов против грамположительных бактерий [49]. Более того, показан противовоспалительный эффект, подтвержденный изменением синтеза провоспалительных цитокинов [50].

В заключение необходимо подчеркнуть, что работы по исследованию эффективности санаторно-курортного лечения детей с АтД представляют собой анализ результатов открытых или открытых несравнимых исследований. Тем не менее полученные данные свидетельствуют о положительном эффекте, что, по-видимому, может быть основанием для проведения более масштабных исследований с целью внедрения их результатов в практику ведения пациентов с АтД.

Заключение

Сложный патогенез с участием разных механизмов в формировании АтД и поддержании хронического воспаления в коже обуславливает объективные сложности в поддержании ремиссии заболевания и достижении контроля над его течением. Наиболее важными мероприятиями, направленными на предотвращение обострений в период ремиссии АтД, являются: постоянный рациональный уход за кожей пациента, максимальное исключение воздействия аллергенных и неаллергенных триггеров, своевременное использование наружных противовоспалительных препаратов при первых признаках обострения заболевания.

Более полная информация о возможностях поддержания ремиссии и профилактики обострений у паци-

ентов с АтД представлена в клиническом руководстве «Атопический дерматит у детей: обновление 2019 (на правах руководства)», с которым мы рекомендуем ознакомиться заинтересованным лицам [5].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

- Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Елисеева Т.И. Атопический дерматит у детей. М.: Медицинское информационное агентство, 2018.
- [Balabolkin I.I., Bulgakova V.A., Elisееva T.I. Atopic dermatitis in children. Moscow: Medical News Agency, 2018 (in Russian).]
- Torres T, Ferreira EO, GonHalo M et al. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Medica Portuguesa* 2019; 32 (9): 606–13.
- Альбанова В.И., Пампура А.Н. Атопический дерматит. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
- [Albanova V.I., Pampura A.N. Atopic dermatitis. Moscow: GEOTAR-Media, 2016. (in Russian).]
- Drucker AM. Atopic dermatitis: Burden of illness, quality of life, and associated complications. *Allergy Asthma Proceed* 2017; 38 (1): 3–8.
- Атопический дерматит у детей: обновление 2019 (на правах руководства). Соплатительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. М.: АДАИР, 2019; Самара: Полиграфическое объединение «Стандарт», 2019. [Atopic dermatitis in children: update 2019 (as a guide). Conciliation document of the Association of Children's Allergologists and Immunologists of Russia. Moscow: ADAIR, 2019; Samara: Printing Association "Standard", 2019 (in Russian).]
- Eichenfield LF, Ahluwalia J, Waldman A et al. Current guidelines for the evaluation and management of atopic dermatitis: A comparison of the Joint Task Force Practice Parameter and American Academy of Dermatology guidelines. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 139 (4): 49–57.
- Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T et al; European Dermatology Forum (EDF), the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA), the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP), the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) and the European Union of Medical Specialists (UEMS). Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2018; 32 (6): 850–78.
- Pickett K, Frampton G, Loveman E. Education to improve quality of life of people with chronic inflammatory skin conditions: a systematic review of the evidence. *Br J Dermatol* 2016; 174 (6): 1228–41.
- Sy W, Lamb AJ. Atopic Dermatitis Disease Education. *Adv Exp Med Biol* 2017; 1027: 179–84.
- Cork MJ, Britton J, Butler L et al. Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *Br J Dermatol* 2003; 149: 582–9.
- Teasdale E, Muller I, Santer M. Carers' views of topical-corticosteroid use in childhood eczema: a qualitative study of online discussion forums. *Br J Dermatol* 2017; 176 (6): 1500–7.
- Lindh JD, Bradley M. Clinical Effectiveness of Moisturizers in Atopic Dermatitis and Related Disorders: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol* 2015; 16 (5): 341–59.
- Santer M, Muller I, Yardley L et al. Parents' and carers' views about emollients for childhood eczema: qualitative interview study. *BMJ Open* 2016; 6 (8): e011887.
- Gore C, Johnson RJ, Caress AL et al. The information needs and preferred roles in treatment decisionmaking of parents caring for infants with atopic dermatitis: a qualitative study. *Allergy* 2005; 60 (7): 938–43.
- Giam YC, Hebert AA, Dizon MV et al. A review on the role of moisturizers for atopic dermatitis. *Asia Pac Allergy* 2016; 6 (2): 120–8.
- Lindh JD, Bradley M. Clinical Effectiveness of Moisturizers in Atopic Dermatitis and Related Disorders: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol* 2015; 16 (5): 341–59.
- Akerstrom U, Reitamo S, Langeland T et al. Comparison of Moisturizing Creams for the Prevention of Atopic Dermatitis Relapse: a Randomized Double-blind Controlled Multicentre Clinical Trial. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 587–92.
- Lynde CW. Moisturizers: What they are and how they work. *Skin Therapy Lett* 2001; 6 (13): 3–5.
- Loden M. The clinical benefit of moisturizers. *J Eur Academy Dermatol Venereol* 2005; 19: 672–88.
- Breternitz M, Kowatzki D, Langenauer M et al. Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. *Skin Pharmacol Physiol* 2008; 21 (1): 39–45.
- Chiang C, Eichenfield LF. Quantitative assessment of combination bathing and moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2009; 26: 273–8.
- Norrild H, Hjalte F, Lundqvist A et al. Cost-effectiveness of Maintenance Treatment with a Barrier-strengthening Moisturizing Cream in Patients with Atopic Dermatitis in Finland, Norway and Sweden. *Acta Derm Venereol* 2016; 96 (2): 173–6.
- Mason JM, Carr J, Buckley C et al. Improved emollient use reduces atopic eczema symptoms and is cost neutral in infants: before-and-after evaluation of a multifaceted educational support programme. *BMC Dermatol* 2013; 16 (13): 7.
- Varothai S, Nitayavardhana S, Kulthanan K. Moisturizers for patients with atopic dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2013; 31: 91–8.
- Sethi A, Kaur T, Malhotra SK, ML. Moisturizers: The Slippery Road. *Indian J Dermatol* 2016; 61 (3): 279–87.
- Tichota DM, Silva AC, Sousa Lobo JM, Amaral MH. Design, characterization, and clinical evaluation of argan oil nanostructured lipid carriers to improve skin hydration. *Int J Nanomedicine* 2014; 11 (9): 3855–64.
- Hon KI, Tsang YC, Pong NH et al. Patient acceptability, efficacy, and skin biophysiology of a cream and cleanser containing lipid complex with shea butter extract versus a ceramide product for eczema. *Hong Kong Med J* 2015; 21 (5): 417–25.
- Seite S, Zelenkova H, Martin R, Fierier N. Using a specific emollient to manage skin microbiome dysbiosis. *JAAD* 2016; 74 (5): 89–94.
- Мингалиев Р.А., Кудрявцева А.В. Атопический дерматит у детей как мультифакторальное заболевание, причины возникновения и особенности лечения. *Аллергология и иммунология в педиатрии*. 2017; 1: 8–14.
- [Mingaliev R.A., Kudriavtseva A.V. Atopicheskii dermatit u detei kak multifaktori-al'noe zaboolevanie, prichiny vozniknoveniia i osobennosti lecheniia. *Allergologiya i immunologiya v pediatrii*. 2017; 1: 8–14 (in Russian).]
- Lim NR, Lohman ME, Lio PA. The Role of Elimination Diets in Atopic Dermatitis-A Comprehensive Review. *Pediatric Dermatology* 2017; 34 (5): 516–27.
- Galli E, Neri I, Ricci G et al. Consensus Conference on Clinical Management of pediatric Atopic Dermatitis. *Ital J Pediatr* 2016; 2: 26–42.
- Stein SL, Cifu AS. Management of Atopic Dermatitis. *JAMA* 2016; 12 (14): 1510–1.
- Badina L, Barbi E, Berti I et al. The dietary paradox in food allergy: yesterday's mistakes, today's evidence and lessons for tomorrow. *Cur Pharmaceutical Design* 2012; 18 (35): 5782–7.
- Campana R, Dzoro S, Mittermann I et al. Molecular aspects of allergens in atopic dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2017; 17 (4): 269–77.
- Johansson EK, Bergstrom A, Kull I et al. IgE sensitization in relation to preschool eczema and filaggrin mutation. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 140 (6): 1572–9.
- Leung DY, Boguniewicz M, Howell MD et al. New insights into atopic dermatitis. *J Clin Investigation* 2004; 113: 651–7.
- Das A, Panda S. Use of Topical Corticosteroids in Dermatology: An Evidence-based Approach. *Indian J Dermatol* 2017; 62 (3): 237–50.
- Sidbury R, Tom WL, Bergman JN et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 4. prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71: 1218–33.
- Fukuie T, Hirakawa S, Narita M et al. Potential preventive effects of proactive therapy on sensitization in moderate to severe childhood atopic dermatitis: A randomized, investigator-blinded, controlled study. *J Dermatol* 2016; 43 (11): 1283–92.
- Приказ Минздрава России от 07.06.2018 №321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения». <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71879402/#ixzz5Qak8NB83> [Prikaz Minzdrava Rossii ot 07.06.2018 №321n "Ob utverzhenii perechnei meditsinskikh pokazanii i protivopokazanii dlia sanatorno-kurortnogo lecheniia". <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71879402/#ixzz5Qak8NB83> (in Russian).]
- Погонченкова И.В., Рассулова М.А., Хан М.А. и др. Современные технологии медицинской реабилитации детей с атопическим дерматитом. *Доктор.Ру*. 2016; 12 (129; Ч. 2): 44–7.
- [Pogonchenkova I.V., Rassulova M.A., Khan M.A. i dr. Sovremennyye tekhnologii meditsinskoi reabilitatsii detei s atopicheskim dermatitom. *Doktor.Ru*. 2016; 12 (129; Ch. 2): 44–7 (in Russian).]
- Ring J, Mohrenschrager M, Weidinger S. Molecular genetics of atopic eczema. *Chem Immunol Allergy* 2012; 96: 24–9.
- Kezis S, Kemperman PM, Koster ES et al. Loss-of-function mutations in the filaggrin gene lead to reduce level of natural moisturizing factor in the stratum corneum. *J Invest Dermatol* 2008; 128: 2117–9.
- Drucker AM, Wang AR, Li WQ et al. The Burden of Atopic Dermatitis: Summary of a Report for the National Eczema Association. *J Invest Dermatol* 2017; 137 (1): 26–30.
- Конова О.М., Дмитриенко Е.Г., Давыдова И.В., Сахарова Е.В. Аромафитованный – эффективный метод гидротерапии в комплексном восстановительном лечении детей с различными болезнями. *Вопросы современной педиатрии*. 2014; 13 (4): 78–82.

- [Konova O.M., Dmitrienko E.G., Davydova I.V., Sakharova E.V. Aromatizovanny – effektivnyy metod gidroterapii v kompleksnom vosstanovitel'nom lechenii detei s razlichnymi boleznyami. Voprosy sovremennoi pediatrii. 2014; 13 (4): 78–82 (in Russian).]
46. Козулин Е.Е., Коулин Е.А. Фитоминеральная корнеотерапия в реабилитации детей с atopическим дерматитом. Дальневосточный мед. журн. 2015; 2: 58–61. [Kozulin E.E., Koulin E.A. Fitomineral'naya korneoterapiya v reabilitatsii detei s atopicheskim dermatitom. Dal'nevostochnyi med. zhurn. 2015; 2: 58–61 (in Russian).]
47. Козулин Е.Е., Коулин Е.А. Дальневосточные фитоминеральные препараты в предтерминированной реабилитации больных с atopическим дерматитом. Дальневосточный мед. журн. 2018; 1: 77–80. [Kozulin E.E., Koulin E.A. Dal'nevostochnye fitomineral'nye preparaty v predeterminirovannoi reabilitatsii bol'nykh s atopicheskim dermatitom. Dal'nevostochnyi med. zhurn. 2018; 1: 77–80 (in Russian).]
48. Giacomino MI, de Michele DE. Is mud an antiinflammatory? *Anales Medicina Interna* 2007; 24 (7): 352–3.
49. Spilioti E, Vargiami M, Letsiou S et al. Biological properties of mud extracts from various spa resorts. *Environ Geochem Health* 2017; 39: 821–33.
50. Fioravanti A, Cantarini L, Guidelli GM, Galeazzi M. Mechanisms of action of spa therapies in rheumatic diseases: What scientific evidence is there? *Rheumatol Int* 2011; 31 (1): 1–8.

Информация об авторах / Information about the authors

Смолкин Юрий Соломонович – д-р мед. наук, проф. каф. клинической иммунологии и аллергологии АПО ФГБУ ФНКЦ, вице-президент АДАИР. E-mail: smolkin@alerg.ru; ORCID: 0000-0001-7876-6258

Мигачева Наталья Бегиевна – канд. мед. наук, доц. каф. педиатрии ИПО, зам. дир. ИПО ФГБОУ ВО СамГМУ. E-mail: nbmigacheva@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0941-9871

Смолкина Ольга Юрьевна – врач дерматолог-венеролог, дир. ООО «ННКЦ аллергологии и иммунологии». E-mail: o.smolkina@adair.ru; ORCID: 0000-0002-3235-6461

Yury S. Smolkin – D. Sci. (Med.), Prof., Academy Postgraduate Education of the Federal Research Center for Specialized Types of Medical Assistance and Medical Technologies, Association of Children's Allergists and Immunologists of Russia. E-mail: smolkin@alerg.ru; ORCID: 0000-0001-7876-6258

Natalia B. Migacheva – Cand. Sci. (Med.), Samara State Medical University. E-mail: nbmigacheva@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0941-9871

Olga Yu. Smolkina – dermatologist, Scientific Clinical Consultative Center of Allergology and Immunology. E-mail: o.smolkina@adair.ru; ORCID: 0000-0002-3235-6461

Статья поступила в редакцию / The article received: 15.05.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 17.07.2020

ФУВ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»
Кафедра педиатрии

ШКОЛА ПРАКТИКУЮЩЕГО ПЕДИАТРА 2020

Химки Мытищи Балашиха Подольск Коломна Серпухов Люберцы Сергиев-Посад Королёв Раменское Москва

Расписание на сайте eventumc.com

Eventum Medical Consulting **EMC**
+7 (499) 130 25 20
info@eventumc.com
eventumc.com