

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России

Кафедра микробиологии, вирусологии
с курсом иммунологии
Е.В. Нусинов

Крапивница. Атопический дерматит.

**Методические рекомендации
для студентов лечебного, педиатрического и стоматологиче-
ского факультетов**

Тверь
2012

УДК 616.514/.515.5
ББК 52.54

Под редакцией В.М. Червенца – д-ра мед. наук, проф., зав. кафедрой микробиологии, вирусологии с курсом иммунологии.

Рецензенты:

В.К. Макаров – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой инфекционных болезней БГОУ ВПО Тверской ГМА Минздравсоцразвития России;

А.Ф. Виноградова – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой Педиатрии лечебного и стоматологического факультетов БГОУ ВПО Тверской ГМА Минздравсоцразвития России;

Методическое пособие одобрено на заседании ЦКМС ТГМА от _____, протокол № _____

Нусинов, Е.В.

Крапивница. Атопический дерматит. [Текст] : Методические рекомендации для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. / Е.В. Нусинов; под ред. В.М. Червенца. – Тверь: редакция «Алквист», 2012 – 22 с.

В рекомендациях с современных позиций изложены основные положения по этиологии, классификации, диагностике, лечении и профилактике крапивницы и атопического дерматита.

Учебно-методическое издание предназначено для студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов.

Автор:

Нусинов Евгений Владимирович – канд. мед. наук, доцент, заведующий курсом иммунологии кафедры микробиологии, вирусологии, врач аллерголог-иммунолог.

УДК 616.514/.515.5 ББК 52.54

Нусинов Е.В., 2012
Оформление, оригинал-макет
редакция «Алквист», 2012

Цель: Изучение этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, лечения и профилактики крапивницы и атопического дерматита (АтД).

Базисные вопросы для повторения:

1. Строение и функции кожных покровов.
2. Этиология аллергических заболеваний.
3. Механизм реакций гиперчувствительности немедленного и замедленного типов.
4. Основные методы обследования пациентов страдающих аллергическими заболеваниями.
5. Основные методы лечения и профилактики аллергических заболеваний.

После усвоения материала студент должен знать:

1. Определения нозологических форм крапивница и АтД.
2. Этиологические факторы, патогенез, клиническую картину, дифференциальный диагноз, лечение и профилактику крапивницы.
3. Этиологические факторы, патогенез, клиническую картину, дифференциальный диагноз, лечение и профилактику АтД.
4. Особенности наружной терапии атопическом дерматите.

Студент должен уметь:

1. Заподозрить наличие у пациента крапивницы, поставить и обосновать диагноз, провести дифференциальную диагностику, составить программу обследования, лечения и профилактики.
2. Заподозрить наличие у пациента АтД, поставить и обосновать диагноз, провести дифференциальную диагностику и составить программу лечения и профилактики.

Контрольные вопросы знаний студентов:

1. Как формулируется определение крапивницы?
2. Как классифицируется крапивница?
3. Какие вы знаете основные диагностические критерии крапивницы?
4. Какие особенности течения имеют различные виды крапивницы?
5. Какие основные методы лечения используются при аллергической крапивнице?
6. Что такое хроническая крапивница?

7. Какие основные особенности лечения хронической крапивницы вы знаете?
8. Как формулируется определение АтД?
9. Какие основные факторы риска развития АтД вы знаете?
10. Какие вы знаете основные и дополнительные диагностические критерии АтД?
11. С какими заболеваниями следует дифференцировать АтД?
12. Какие основные принципы лечения АтД вы знаете?
13. Какие группы лекарственных средств используют для лечения АтД?
14. Какие средства для местной терапии АтД вы знаете?
15. Как используют топические стероиды в лечении АтД?
16. Какие профилактические мероприятия проводятся при АтД?

Сокращения

АСИТ – аллергенспецифическая иммунотерапия
 АтД – атопический дерматит
 ГКС – глюкокортикостероиды
 ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
 ЛС – лекарственные средства
 МГКС – местные глюкокортикостероиды
 НПВП – нестероидные противовоспалительные средства ингибиторы
 АПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Крапивница

Определение

Крапивница (от лат. *urtica* - крапива) – группа заболеваний, основным клиническим симптомом которых являются преходящие зудящие высыпания размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров.

Эпидемиология

Крапивницей страдает около 15-25% населения, при этом острая крапивница - около 60-75% всех случаев, хроническая - 25-30%.

Классификация

Не существует общепризнанной классификации крапивницы, однако наиболее часто используют клиническую классификацию учитывающую механизм развития и характер триггеров.

Клиническая классификация крапивницы:

1. Иммунологическая крапивница:

- аллергическая,
- аутоиммунная,
- уртикарный васкулит,
- комплементзависимая.

2. Физическая крапивница:

- механическая (физическая нагрузка),
 - ❖ дермографическая (раздражение кожи),
 - ❖ замедленная крапивница от давления (тесная одежда, бег),
 - ❖ вибрационная (использование вибрирующих предметов),
- температурная:
 - ❖ тепловая контактная (прикосновение горячих предметов),
 - ❖ холодовая контактная (плавание в холодной воде, холодный ветер),
- Под воздействием иных факторов:
 - ❖ солнечная (пребывание на солнце),
 - ❖ анафилаксия/крапивница вызванная действием иных факторов;

3. Особые формы крапивницы:

- аквагенная (контакт с холодной или горячей водой),
- контактная,
- холинергическая (провоцируют физическая нагрузка, стрессы),
- адренергическая,
- крапивница, вызванная не IgE-опосредованной дегрануляцией тучных клеток,
- медикаментозная крапивница с отличными от описанных выше механизмами развития.

4. Идиопатическая крапивница (стресс, вирусная инфекция).

Кроме того крапивница классифицируется по степени тяжести (табл. 1) и по продолжительности делясь на острую форму (не более 6 недель) и хроническую (более 6 недель).

Таблица 1. Оценка крапивницы по степени тяжести

Баллы	Волдыри	Зуд
0	Отсутствуют	Отсутствует
1	< 20 волдырей за 24 часа	Легкий
2	20-50 волдырей за 24 ч.	Умеренный
3	>50 волдырей за 24 ч. или немногочисленные гигантские уртикарии	Выраженный
Сумма баллов		Степень тяжести крапивницы
0-2		Легкая
3-4		Средней тяжести
5-6		Тяжелая

Патогенез.

Крапивница может протекать по иммунным (I-IV типам реакций) и неиммунным механизмам (табл. 2).

Таблица 2. Этиологическая классификация крапивницы

Этиология	Механизм
Идиопатическая	Неизвестен.
Аутоиммунная	IgG-аутоантитела к IgE-рецепторам тучных клеток или к рецепторам IgE, связанных с тучными клетками.
Физические стимулы	Прямое высвобождение медиаторов тучными клетками.
Действие ЛС	Снижение метаболизма кинина, повышение уровня лейкотриенов.
Инфекционный агент	Активация комплемента иммунными комплексами.
Аллергическая	Реагиновый тип.
IgE-несвязанная дегрануляция тучных клеток	Несвязанный с активацией рецепторов.
Васкулит	Воспаление мелких сосудов с участием иммуноглобулинов.

Клиническая картина

Для клинической картины крапивницы характерно:

1. Высыпания в виде волдырей, сопровождающиеся кожным зудом в месте образования кожных элементов.

2. Высыпания обычно характеризуются полным разрешением в течение 24 часов и возможностью возникновения на любом участке кожи.
3. При физической крапивнице жалобы на возникновение высыпаний и зуда после контакта с теплом, холодом, солнечным облучением, вибрирующими предметами, трением кожи о какие-то вещи.
4. Некоторые пациенты описывают в качестве провоцирующих факторов ОРВИ, стрессы, приемы лекарственных средств, смену климата.
5. Положительный эффект при применении H1-блокаторов гистамина.
6. Наличие контакта с аллергеном.
7. Отягощенный аллергологический анамнез у пациента или родственников.
8. В анамнезе у пациента возможно наличие перенесенных хирургических вмешательств, паразитарных инвазий, аутоиммунных и инфекционных заболеваний, беременности, онкопатологии стрессов и т.п.
9. После исчезновения высыпаний на месте волдыря каких-либо изменений не остается.
10. Для высыпаний характерно наличие цикличности рецидивов (например, связь с менструальным циклом).
11. В 50% случаев крапивница сочетается с ангиоотек.

Крапивница может являться самостоятельным заболеванием (первичной) или симптомом других заболеваний (вторичной).

Острая крапивница может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней и недель, чаще всего острая крапивница имеет аллергическую природу. В отличие от неё, хроническая крапивница (протекает месяцами, а в ряде случаев - годами) и редко имеет аллергическую природу.

Особенности клинической картины при различных видах крапивницы:

Аллергическая крапивница.

1. Чаще острая или эпизодическая.
2. Наиболее частые аллергены - пища, лекарства, яд насекомых, латекс.
3. Сопутствующие аллергические заболевания и отягощенный аллергологический анамнез.
4. Положительные результаты аллергологического обследования.
5. Эффективность элиминационных мероприятий.

Аутоиммунная крапивница.

1. Течение по типу хронической идиопатической крапивницы.
2. Частое наличие аутоиммунного тиреоидита.
3. Выраженные общие симптомы (слабость, дисфункции ЖКТ).
4. Наличие гистамин - высвобождающих анти- Fcε-RI антител и анти-IgE антител.
5. Положительная проба с аутосывороткой.

Холодовая крапивница.

1. Возникновение при контакте с холодом.
2. Положительная холодовая проба.
3. Может быть приобретенной (на фоне основного заболевания, например: вирусного гепатита, лимфопролиферативного заболевания и т.п.) или врожденной.

Солнечная крапивница.

1. Возникает под действием ультрафиолетового излучения на открытых участках тела после пребывания на солнце, может быть фиксированная световая крапивница
2. Заболевание может быть первичным (идиопатическая световая крапивница) и вторичным, когда световая крапивница связана с действием ЛС (тетрациклины) или с основным заболеванием (системная красная волчанка, тиреоидиты, дисфункции ЖКТ).

Дермографическая крапивница.

1. Появление волдырей при механическом раздражении кожи.
2. Зуд предшествует появлению высыпаний.
3. Феномен дермографизма воспроизводят интенсивным штриховым раздражением кожи тупым предметом (шпателем).

Вибрационная крапивница/ангиоотек.

1. Характеризуется появлением сыпи и отека в местах воздействия вибрации.
2. Сыпь и отек появляются через 4-6 часов после воздействия вибрации, сохраняются до 24 ч.

Особые формы крапивницы:**Аквагенная крапивница**

1. Сыпь с сильным зудом возникает сразу после контакта с водой любой температуры.
2. Характеризуется появлением мелких волдырей, окруженными эритематозными пятнами.

Холинергическая крапивница

1. Встречается чаще у лиц молодого возраста.
2. Характеризуется появлением бледно-розовых волдырей диаметром 1-5 мм, часто окруженные эритемой, высыпания носят генерализованный характер.
3. Провокационным фактором являются физические упражнения, стрессы, потоотделение, горячий душ.
4. Может сопровождаться системными проявлениями (приливы, слабость, учащенное сердцебиение, боль в животе, одышка).
5. Воспроизводится подкожным введением ацетилхолина.

Анафилаксия/крапивница, вызванная физическим усилием

1. Характеризуется появлением кожного зуда, высыпаниями, ангиоотека во время или сразу после физической активности.
2. Может сопровождаться системными проявлениями, включая бронхоспазм, отек гортани, сосудистый коллапс.
3. Провоцирующим фактором может быть употребление некоторых продуктов (алкоголь, яблоки, креветки, томаты, орехи, сельдерей) перед физическими нагрузками.

Кроме того бывают редкие формы крапивницы:

Синдром Макла-Уэлса – наследственное заболевание с аутоиммунно-доминантным типом наследования (хроническая крапивница с системными проявлениями в сочетании с прогрессирующей нейросенсорная тугоухость).

Синдром Шнитцлера – хроническая крапивница+ моноклональная IgM-патия, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, повышение СОЭ, лейкоцитоз. Характеризуется нечастым появлением зуда (только у 30% больных).

Синдром Глейча - эпизодическая крапивница/ангиоотек+ гипер IgM, эозинофилия, эозинофильные инфильтраты в коже, снижение массы тела

Синдром Уэлса – эозинофильный целлюлит + крапивница.

Диагностика крапивницы.

Диагноз крапивница, как правило, ставится визуально. Лабораторно-инструментальное дообследование назначают целями выявления причинного аллергена, вида крапивницы или провоцирующих факторов. Обследование проводится по общим принципам обследования аллергологического больного, а для определения вида физической крапивницы назначаются специальные тесты (табл. 3). Программа обследования (особенно при физической и особых формах, крапивнице с хроническим течением) обычно дополняется тщательным обследованием на предмет поисков заболеваний провоцирующих крапивницу, например: паразитозов, заболеваний эндокринной системы и ЖКТ, назначением ревмопроб, консультациями смежных специалистов.

Таблица 3. Специфические диагностические тесты при подозрении на физическую крапивницу.

Форма крапивницы	Тест
Дермографическая	Штриховое раздражение кожи предплечья.
Холинергическая	Физические упражнения: ходьба до 30 мин., погружение в горячую ванну (40-45 С) на 10-20 мин или локальный тест с метахолином.
Ограниченная тепловая	Нагретый цилиндр с горячей водой (50-55 С) на 5 мин.
Холодовая	1. Аппликация кубика льда на область предплечья на 10-15мин. 2. Физические упражнения на 15 мин на холоде (4 С). 3. Пребывание в холодной комнате (4 С) без одежды в течение 10-20 мин.
Замедленная от давления	Ходьба в течение 20 мин с грузом 6-7 кг, подвешенным на плечо.
Вибрационная	Приложить к предплечью работающий лабораторный вибратор на 4 мин.
Аквагенная	Приложить водный компресс на 35С на 30 мин.
Солнечная	Облучение кожи светом разной длины волны.

Хроническая крапивница.

Прогноз течения заболевания зачастую неясен. У половины больных ремиссия наступает в течение 6 мес. от начала заболевания, у 40% - в течение 8 лет, менее 2% будут страдать от хронической крапивницы более 25 лет.

Дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз обычно проводят со следующими заболеваниями: папулезный дерматит, зуд беременных, пигментная крапивница (мастоцитоз), уртикарный васкулит, наследственный ангиоотек, многоформная экссудативная эритема, буллезный пемфигоид, герпетический дерматит Дюринга, стропулюс, грипп и аденовирусные инфекции, вторичный сифилис. Обычно диагностика не представляет особых сложностей, за исключением случаев хронической крапивницы.

Пример формулировки диагноза.

Острая аллергическая крапивница средней степени тяжести.

Лечение

1. Элиминационная терапия.
2. Исключить НПВП, ингибиторы АПФ и блокаторы ангиотензина – II.
3. Лечение инфекционных и хронических воспалительных процессов.
4. Исключить воздействие провоцирующих физических факторов.
5. Местное использование охлаждающих средств (0,5-1% ментол) у больных с нетяжелой крапивницей.
6. МГКС используют при замедленной крапивнице от давления.
7. Медикаментозное лечение (табл. 4, табл. 5).

Таблица 4. Алгоритм лечения хронической крапивницы у взрослых.

Обучение пациента и удаление триггеров	1. Стандартные дозы неседативных H1-блокаторов
	2. Повышение дозы H1-блокаторов (максимум в 4 раза)
	3. Добавить второй неседативный H1-блокатор
Идентификация триггеров, лечение основного заболевания	4. Рассмотреть возможность назначения седативного H1-блокатора на ночь
	5. Добавить или заменить препараты второй линии, например на антилейкотриеновые препараты.
	6. Добавить или заменить на другие препараты второй линии, такие как циклоспорин или низкие дозы ГКС

Лечение для большинства пациентов с хронической крапивницей характеризуется проведением регулярной терапии в течение 3-6 мес.

Особенности лечения различных видов крапивницы:

1. Замедленная крапивница от давления: применение ГКС 20-40 мг/сут., иногда МГКС. Целесообразность использования остальных групп точно не установлена.
2. Холинергическая крапивница: дополнительно холинолитические препараты (беллантаминал), специальные занятия физкультурой.
3. Холодовая крапивница: дополнительно мембраностабилизаторы (кетотифен), короткие курсы преднизолона перорально, холодовая десенсибилизация.
4. Солнечная крапивница: дополнительно PUVA –терапия, использование солнцезащитных средств с высокой степенью защиты, гидроксичлорохина.
5. Хроническая крапивница: назначение лечения показано длительно. Для большинства пациентов 3-6 месяцев, а иногда до 12 мес. с постепенной отменой на несколько недель

Таблица 5. Редко используемые препараты при крапивнице.

Лекарственные средства	Показания
Антилейкотриеновые препараты (B)	При аутоиммунной, замедленной от давления и лекарственной крапивнице.
Нифедипин (C)	Хроническая крапивница, неэффективность других методов.
Варфарин (C)	При тяжелой крапивнице и неэффективности других методов.
Даназол (C)	Идиопатическая хроническая крапивница при неэффективности других методов.
Сульфасалазин (C)	Идиопатическая хроническая крапивница.
Дапсон (C)	Идиопатическая хроническая крапивница.
Беллантаминал (C)	Холинергическая крапивница
Кетотифен (C)	Холодовая крапивница
Метотрексат (D)	Идиопатическая хроническая крапивница при неэффективности других методов.
Омализумаб (D)	При тяжелой крапивнице и неэффективности других методов.
Плазмаферез (D)	При тяжелой крапивнице и неэффективности других методов.
УФ-свет (D)	Мастоцитоз, дермографическая и идиопатическая крапивница при неэффективности других методов.

Психотерапия, рефлексотерапия (D)	При неэффективности других методов.
-----------------------------------	-------------------------------------

Профилактика рецидивов крапивницы различных видов:

1. Аллергическая крапивница: общие принципы профилактики аллергических заболеваний.
2. Крапивница, связанная с перегреванием: носить легкую одежду, отказаться от посещения бани, сауны, не употреблять очень горячие напитки, исключить чрезмерную физическую нагрузку.
3. Крапивница от давления: отказ от тесной одежды и т.п.
4. Холодовая крапивница: носить теплую одежду, не употреблять холодные пищевые продукты и т.п.
5. Солнечная крапивница: избегать прямого попадания солнечных лучей, использовать солнцезащитные средства.
6. Вибрационная крапивница: ограничение воздействия триггеров.
7. Анафилаксия/ крапивница вызванная физической нагрузкой: воздерживаться от контакта с подозреваемыми аллергенами за несколько часов до физической нагрузки или отказ от нее после контакта с ними.

Атопический дерматит

Определение

Атопический дерматит (АтД) – аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и неспецифическим раздражителям.

Этиология

Достаточно четко этиология АтД не определена, однако считают, что к развитию данного заболевания приводит сочетанное воздействие нескольких факторов (триггеров):

1. Генетическая предрасположенность к атопии (в 60-80% случаев).
2. Инфекционные факторы: *S.aureus* (A) и его энтеротоксины, *Malassezia species* и др..
3. Климатические факторы.

4. Пищевые аллергены – наиболее часто белки коровьего молока, куриного яйца, рыба и др.
5. Аэроаллергены: домашняя пыль, клещи домашней пыли, пыльца растений, грибковые аллергены, аллергены животных.
6. Хронический стресс.
7. Воздействие поллютантов.
8. И др.

Эпидемиология

Распространенность АтД в развитых странах среди детей составляет 12-37% (B), среди взрослого населения -0,2-2% (B), в России – 5,9% (B).

Классификация

Таблица 6. Классификация атопического дерматита

Возрастной период.	Младенческая (1 мес. – 2 года).
	Детский период (2-13 лет).
	Подростковая и взрослая формы (старше 13 лет).
Стадии.	Острая (зуд кожи, папулы, микровезикулы, расчесы, эрозии).
	Подострая (эритема, шелушение, расчесы).
	Хроническая (утолщенные бляшки, папулы, лихенизация).
Клинико-морфологические формы.	Экссудативная.
	Эритематозно-сквамозная.
	Эритематозно-сквамозная с лихенизацией.
	Лихеноидная.
Тяжесть течения.	Легкая.
	Среднетяжелая.
	Тяжелая.
Распространенность процесса.	Ограниченная (площадь поражения 5-10%).
	Распространённая (площадь поражения 10-50%).
	Диффузная (площадь поражения более 50% кожи).

Патогенез

В значительной степени расшифровка патогенеза АтД является вопросом будущего. Тем не менее, установлено, что ведущая роль в развитии АтД принадлежит иммунным нарушениям. В настоящее время выявлено большое количество факторов участвующих в патогенезе и, судя по всему, именно их неблагоприятная комбинация служит пуско-

вым моментом его развития и в дальнейшем поддерживает его хроническое течение.

Основными патогенетическими механизмами, запускающими и поддерживающими хроническое течение АД судя по всему являются:

1. Реагиновый тип гиперчувствительности.
2. Гиперчувствительность замедленного типа.
3. Нарушения нейро-вегетативной регуляции.
4. Генетическая предрасположенность, определяющая нарушения в работе цитокиновой сети (например, повышение синтеза ИЛ-4, хемокинов и т.д.), аномальную сухость кожи и т.д.
5. Необычно высокая активность дендритных клеток.
6. Продукция IgE против собственных белков эктодермальных, мезодермальных и эндодермальных тканей.
7. и т.д.

Клиническая картина

Основные диагностические критерии атопического дерматита:

1. Кожный зуд может присутствовать во всех стадиях, отличается значительной выраженностью.
2. Наследственная отягощенность по атопии.
3. Заболевание изначально стремится к хроническому затяжному течению с частыми рецидивами.
4. Начало дерматита до 2 лет - чаще всего заболевание развивается в течение первых 5 лет жизни, причем в 50% случаев на 1 году жизни.
5. Наличие дерматита в области сгибательных поверхностей конечностей, частое наличие лихенификации.

Дополнительные симптомы атопического дерматита

Ксероз, инфекционные поражения кожи, ихтиоз, себорейная экзема, белый дермографизм, дерматиты конечностей, экзема соска у женщины, трещины за ушами, высокий уровень IgE в сыворотке крови, рецидивирующий конъюнктивит, складки Денье-Моргана, кератоконус.

Для АД достаточно характерно наличие ряда особенностей в различные возрастные периоды и в зависимости от степени тяжести (табл. 7, 8). В зависимости от особенностей течения АД определяется тактика лечения и прогноз заболевания.

Таблица 7. Особенности локализации атопического дерматита в детском и взрослом возрасте

Форма	Преимущественная локализация	Клинические особенности
Младенческая форма.	Лицо, наружная поверхность верхних и нижних конечностей. К концу периода в области локтевых и подколенных ямок, запястье, туловище, шея, ягодицы.	Преобладание экссудативной формы. Заболевание носит острый и подострый характер. Эритема, отечность, микровазкулы, экссудация (мокнутые), корки, шелушение, трещины. Зуд. Дермографизм красный или смешанный. Патологические изменения затрагивают в основном эпидермис.
Детская форма.	Сгибательная поверхность конечностей, передне-боковая поверхность шеи, локтевые и подколенные ямки, тыл кисти, заушная область. Гиперпигментация век.	Хроническое течение воспаления. Эритема, отечность, лихенификация, папулы, бляшки, эрозии, эксфолиации, геморрагические корочки, трещины. Кожные покровы сухие, покрыты большим количеством мелкопластинчатых и отрубевидных чешуек. Дермографизм белый или смешанный. Патологические изменения в дерме превалируют над изменениями в эпидермисе. На местах высыпаний после разрешения гипо- и гиперпигментации.
Подростковая и взрослая формы.	Верхняя половина туловища: лицо (периорбитальная, периоральная области), шея (декольте), локтевые сгибы, запястья, тыльная поверхность кистей.	Преобладают явления инфильтрации с лихенификацией. Блестящие лихеноидные папулы, выраженная лихенификация, множество эксфолиаций и геморрагических корочек. Сильный зуд, нарушение сна, невротические реакции. Дермографизм белый, стойкий. Патологические изменения в дерме превалируют над изменениями в эпидермисе.

При осмотре и обследовании пациента следует помнить, что АД нередко сопровождается вторичная инфекция вирусного, бактериального и грибкового характера существенно затрудняя лечение пациента. Кроме

этого у пациента часто присутствуют респираторные проявления атопии: бронхиальной астмы, аллергического ринита и др.

Таблица 8. Особенности поражения кожи при атопическом дерматите.

Тяжесть течения	Особенности поражения кожи
Легкая	Ограниченное локализованное поражение кожи, обострения 1-2 раза в год продолжительностью до 1 мес., ремиссия 6-8 мес., хороший эффект от лечения
Среднетяжелая	Распространенное поражение кожи обострения 3-4 раза в год, ремиссии менее 4 мес., упорное течение с невыраженным эффектом терапии
Тяжелая	Распространенное или диффузное поражение кожи, обострения более 6 раз в год, длительные обострения, редкие ремиссии менее 2 мес., лечение малоэффективно.

Программа обследования.

Проводится по общим принципам обследования пациента страдающего аллергическими заболеваниями с учетом того, что одной из характерных особенностей течения АТД является наличие сопутствующих заболеваний органов и систем у 80-90% заболевших. В особенности часто сопутствуют хронические заболевания органов пищеварения (90%) и очаги хронической инфекции, что определяет необходимость дополнительного лабораторно-инструментального обследования, дополненные консультациями узких специалистов и последующего лечения.

Дифференциальный диагноз.

Себорейный дерматит, пеленочный дерматит, чесотка, стропулюс, контактный аллергический дерматит, микробная экзема, псориаз, ихтиоз обыкновенный, фенилкетонурия, розовый лишай Жильбера, дерматофития, синдром гипериммуноглобулинемии E, лимфома кожи.

Пример формулировки диагноза.

Атопический дерматит (младенческая форма), стадия выраженных изменений, ограниченный, легкое течение, с преобладанием пищевой аллергии.

Лечение.

Цели лечения:

1. Устранение или уменьшение воспалительных изменений на коже и кожного зуда.
2. Снижение частоты обострений.
3. Восстановление структуры и функции кожи.
4. Предотвращение развития тяжелых форм заболевания и осложнений.
5. Лечение сопутствующих заболеваний.
6. Повышение качества жизни пациентов страдающих АТД.

Основные принципы лечения:

1. Элиминация аллергенов и триггеров.
2. Адекватный рацион питания, гигиенических мероприятий, быта.
3. Наружная терапия.
4. Системная фармакотерапия
5. АСИТ.
6. Физиотерапевтические процедуры.
7. Обучение.
8. Реабилитация и профилактика.
9. Другие методы лечения.

Элиминационные мероприятия по устранению аллергенов и триггеров.

Данный этап включает в себя устранение из контакта аллергенов с доказанным влиянием по общим принципам.

Адекватный рацион питания, гигиенических мероприятий, образа быта.

При анализе рациона питания пациента необходимость пропаганды длительного грудного вскармливания, рациональное введение прикормов, избегать раннего введения в рацион питания аллергенных продуктов. В помещении, где проживает пациент необходимо свести к минимуму колебания температуры и влажности. Провести мероприятия по снижению концентрации аллергенов, ввести запрет на курение в семье. Проведение контроля за правильным использованием увлажняющих средств, избегать выраженной потливости. Носить просторную одежду преимущественно из шелка, льна и хлопчатобумажных тканей.

Избегать слишком частого купания, особенно в горячей воде, а также использования жестких мочалок и моющих средств без нейтрального pH.

Наружная терапия.

Цели:

1. Купирование воспаления и стимуляция репаративных процессов в коже.
2. Купирование зуда.
3. Восстановление водно-липидного слоя и барьерной функции кожи, а также обеспечение правильного за ней ухода.
4. Предупреждение и устранение вторичного инфицирования.
Для наружной терапии применяют средства не содержащие ГКС, топические ГКС и топические иммунодепрессанты.

Особенности наружной терапии при atopическом дерматите.

1. МГКС являются препаратами выбора в лечении АтД, при лечении его обострений или в случае течения средней и тяжелой степени тяжести. Не рекомендуется смешивать МГКС с другими индифферентными мазями при наружной терапии. При волнообразном течении болезни допустимо длительное применение МГКС например 2 раза в неделю при поддержке увлажняющих/питательных средств.
2. Рекомендовано использование в низкой дозе и длительное время комбинации противовоспалительных лекарственных средств наносимых на ранее пораженные области кожи, в комбинации с вольным использованием увлажняющих средств по всему телу. Подобная терапия проводится 2 раза в неделю после успешно проведенной интенсивной начальной противовоспалительной и увлажняющей терапии и стихания обострения.
3. При наличии инфекционного осложнения при АтД рекомендовано использование комбинированных препаратов (тридерм, пимафукорт: ГКС+антибиотик+фунгицид).
4. Возможно назначение ингибиторов кальциневрина (пимекролимус, такролимус) при АтД при легком и тяжелом течении при коротком интермиттирующем лечении АтД у пациентов с отсутствием эффекта к другим лекарственным средствам.
5. Не смотря на отсутствие большой доказательной базы допустимо использование при наружной терапии препаратов цинка: скин-кап, циндол и др.

6. Учитывая важную роль зуда при АтД, дозу местных ГКС следует снижать постепенно, как за счет перевода на менее активный препарат, так и за счет уменьшения частоты нанесений. При лечении зуда допустимо назначение противозудных средств (например: атаракс).

Системная фармакотерапия

1. Антигистаминные препараты – активно применяются в лечении АтД. Обычно используют H1-блокаторы 2 поколения, а при наличии нарушений сна, сопутствующем аллергическом рините и крапивнице могут использоваться H1-блокаторы 1 поколения.
2. Кромоны – до конца эффективность при АтД не доказана, хотя есть работы, указывающие на эффективность АтД связанным с сенсibilизацией к пищевым продуктам.
3. Иммуносупрессивная терапия – возможно использование циклоспорина и азотиоприна для лечения тяжелых форм АтД.
4. Антибактериальная терапия – назначается пациентам с тяжелой подтвержденной бактериальной инфекцией кожи (А).
5. Системные ГКС – используются преимущественно короткими курсами при торпидном или тяжелом течении АтД (табл. 10).

Физиотерапевтическое лечение пациента.

Адекватно подобранное физиотерапевтическое лечение эффективно. К основным методам такого метода относится курортотерапия. Хороший эффект достигнут при применении ультрафиолетового облучения. При торпидном течении используется фотохимиотерапии.

Обучение больного.

Кроме разъяснения пациенту информации по ограничению контактов с аллергенами и поллютантами в терапии АтД большое внимание уделяется правильному и **ежедневному** уходу за кожей. Так рекомендовано ежедневное купание, лучше в ванне с хлорированной водой по 10-15 мин с T-32-35°C и мягкой моющей основой с нейтральным pH без щелочи. После купания кожу не следует растирать, а лишь промокнуть мягким полотенцем с последующим нанесением смягчающих и увлажняющих средств. Такие увлажняющие средства на сегодняшний день производит целый ряд косметических фирм, например: BIODERMA, LA ROCHE-POSAY, Avene, A-Derma, Mustella и др.

АСИТ.

Четких данных для доказательств эффективности данного метода при АтД нет, хотя исследования в этой области ведутся.

Таблица 10. Ступенчатая терапия атопического дерматита

Степень тяжести	Интенсивность	Степень	Вид терапии
Тяжелый АтД, не поддающийся лечению, персистирующая экзема		Степень IV	Системные иммуносупрессоры, фототерапия, госпитализация.
Умеренно выраженные симптомы АтД, рецидивирующая экзема		Степень III	Седативные H1-блокаторы, топические ГКС умеренной и высокой активности и при стабилизации - ингибиторы кальциневрина.
Ранние симптомы АтД: легкие или умеренные, переходящая экзема		Степень II	Топические ГКС низкой и средней активности и/или ингибиторы кальциневрина, системные H1 блокаторы 2 поколения.
Только сухость кожи (кожа очистилась)		Степень I	Базовая терапия: увлажняющие, смягчающие, средства, элиминация триггеров.

Другие методы лечения.

В доступной литературе отсутствуют четкие данные об эффективности рефлексотерапии, фитотерапии, психотерапии, биологически активных добавок и гомеопатических средств. Допустимо применение при торпидном течении АтД или при отказе пациента от лечения другими более традиционными средствами.

Реабилитация и профилактика.

Реабилитация пациента АтД включает целый комплекс мероприятий: психотерапию, подбор безопасного вида профессиональной деятельности, адекватный подбор наружной терапии и косметических средств «на каждый день», подбор диеты, программы вакцинации и т.д.

Список использованной литературы

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство [Текст] / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 656 с.
2. Ковальчук, Л.В. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии [Текст] : учебник / Л.В. Ковальчук, Л.В. Ганковская Р.Я. Мешкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 768 с.
3. Хаитов, Р.М. Иммунология. Норма и патология [Текст] : учебник / Хаитов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. – 3-е изд., испр. - – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 752 с.
4. Ярилин, А.А. Иммунология [Текст] : учебник / А.А. Ярилин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 752 с.