

# Атопічний дерматит у дітей

Леся Беш



**Прості відповіді на складні питання надає Леся Беш, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, керівник Львівського міського дитячого алергологічного центру**

## ЩО ЦЕ ЗА ЗАХВОРЮВАННЯ?

Атопічний дерматит (АД) — хронічне алергічне захворювання, яке розвивається в осіб з генетичною схильністю до atopії та характеризується рецидивним перебігом, типовим висипом, підвищенням рівня IgE у сироватці крові та гіперчутливістю до специфічних (алергени) і неспецифічних подразників. АД розглядають як системне захворювання, оскільки до патологічного процесу залучається не лише шкіра, але й інші органи і системи (травний канал, нервова система).

## ЯКОЮ Є ПОШИРЕНІСТЬ АД?

Частота АД в Україні (за даними офіційної статистики) коливається в межах 3–10 на 1 тис. дітей. Однак результати, отримані у дослідженнях за стандартизованою міжнародною програмою ISAAC, свідчать, що реальні показники більші в 5–10 разів. Це можна пояснити наявністю термінологічних відмінностей у трактуванні АД у дітей, різними методичними підходами до проведення статистичних досліджень, клінічним і віковим поліморфізмом захворювання.

## ЯКІ ПРИЧИНИ ЗУМОВЛЯЮТЬ РОЗВИТОК АД У ДІТЕЙ?

АД — мультифакторіальне захворювання. Багатогранність і неоднозначність чинників, які зумовлюють розвиток цієї патології, породжують складності у вивченні її етіології. Однак переконливо доведено, що серед причин особливе значення має генетично детермінована здатність до атопічних захворювань. АД притаманна полігенна форма успадкування (доведено участь 26 генів).

Ще зовсім недавно вважали, що причиною АД є виключно харчова алергія. Сьогодні доведено наявність ізольованої харчової алергії лише у 30–35% дітей грудного і у 2–3% дітей старшого віку, які хворіють на АД. Останні наукові дані провідну роль в патогенезі АД відводять мутації гена, що кодує білок філаргін, вміст якого визначає надійність епідермального захисного бар'єру.

В основі патогенезу АД у більшості дітей лежать IgE-опосередковані (атопічні) імунopatологічні реакції. Водночас у 10–30% хворих підвищений рівень IgE не реєструють. Тобто у цих дітей підґрунтям захворювання є інші імунні та неімунні (псевдоалергічні) механізми запалення.

Варто відзначити, що загострення АД також можуть провокувати тригери неалергенної природи і серед них найчастіше — метеофактори, психоемоційні навантаження, тютюновий дим, харчові добавки, ксенобіотики, політанти.

## ЯКИМИ Є ПЕРШІ ОЗНАКИ ЗАХВОРЮВАННЯ?

АД — хронічна недуга з дуже поліморфними змінами на шкірі, які не завжди можна трактувати однозначно. Перші ознаки хвороби найчастіше виникають на 2–7-му місяці життя. Їм передують поява



масних лусочок (гнейс) на волосистій частині голови і брів. Першими проявами дерматиту є почервоніння і сухість шкіри на щоках. За відсутності адекватного лікування процес прогресує і поширюється на інші ділянки обличчя (окрім носогубного трикутника і носа), волосисту частину голови, вуха, тулуб, розгинальні поверхні кінцівок. Нерідко висип виникає на сідницях і навколо ануса.

Поступово нелікований процес прогресує, і на фоні гіперемії та набряклості шкіри виникають мікроезикали, які швидко руйнуються та оголюють мокнучі ділянки — так звані екзематозні джерельця. Надалі на цих ділянках утворюються кірочки і лусочки. Іноді на тлі типового висипу виділяються дрібні папульозні елементи. Зазвичай вогнища ураження локалізуються симетрично. Після підсихання і відшарування кірочок і лусочок на місцях ураження залишається гладка шкіра з інтенсивним рожевим забарвленням.

## ЯКИМИ Є ОСНОВНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ АД?

Ці критерії, запропоновані ще 1980 р. J.V. Hanifin і G.I. Rajka, є актуальними досі. Їх поділяють на головні і додаткові.

Головні («великі») діагностичні критерії:

- свербіж шкіри;
  - типова морфологія і локалізація уражень шкіри: у дітей перших 3 років — висипання на обличчі й розгинальних поверхнях кінцівок, у старших — ліхеніфікація і розчухування на згинальних ділянках кінцівок;
  - хронічний рецидивний перебіг;
  - початок захворювання в ранньому дитячому віці — до 2 років;
  - наявність в анамнезі atopії або спадкової схильності до atopії.
- Додаткові («малі») діагностичні критерії:
- ксероз;
  - іхтіоз/підсилення рисунка на долонях;

- підвищений рівень сироваткового IgE;
- еозинофілія у крові;
- часті інфекційні ураження шкіри, переважно стафілококової, грибової та герпетичної етіології;
- локалізація шкірного процесу на кистях і стопах;
- екзема сосків;
- рецидивний кон'юнктивіт;
- додаткові суборбітальні складки Денні — Моргана;
- періорбітальна гіперпігментація, темні кола під очима;
- еритродермія;
- білий дермографізм тощо.

Діагноз АД встановлюють за наявності комбінації не менше трьох «великих» і трьох «малих» критеріїв і мінімальної тривалості збереження симптоматики (не менше 6 тиж).

#### ЧИ ОБМЕЖУЄТЬСЯ АД ЛИШЕ УРАЖЕННЯМ ШКІРИ?

АД — системне захворювання, яке окрім шкіри уражає багато органів і систем, зокрема травний канал, і це ураження, по суті, є шоковим. Гастроінтестинальна алергія виникає практично з перших днів чи місяців життя дитини. Більш того, частота і вираженість її клінічних проявів безпосередньо залежать від віку пацієнта.

Для дітей раннього віку характерними симптомами є неспокій після їди, біль у животі (кольки), метеоризм, зригування, блювання, диспептичні прояви. З віком на перший план виходять симптоми, характерні для ураження верхніх відділів травного тракту (гастрит, дуоденіт). Нерідко виявляють порушення гепатобіліарної системи, які проявляються аномаліями розвитку жовчного міхура, дискінезією жовчних шляхів, холециститом, холестаазом, а іноді розвитком хронічного гепатиту.

Частою супутньою гастроентерологічною проблемою є порушення мікроекології кишок (дисбактеріоз).

У більшості випадків atopічний анамнез і типова клініка захворювання дозволяють встановити діагноз і визначити важкість перебігу АД. Однак на цьому діагностичний пошук не слід припиняти. Наступний етап — визначення причин цього захворювання у кожної дитини. Це завдання вирішує специфічна алергодіагностика.

#### НАСКІЛЬКИ ІНФОРМАТИВНИМИ Є АЛЕРГОЛОГІЧНІ ТЕСТИ?

Оскільки ставлення до специфічної шкірної алергологічної діагностики у нас неоднозначне і дозволена вона в Україні лише з трирічного віку, доцільно рекомендувати комплексний підхід до специфічного алерготестування, який має включати:

- вивчення алергологічного анамнезу (харчовий щоденник);
- шкірні тести (за можливості їх проведення);
- специфічну алергодіагностику *in vitro*.

#### ЯКІ ОСНОВНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ АД?

Лікувальна тактика при АД повинна визначатися етіологічними чинниками, патогенетичними механізмами, фазою захворювання та ґрунтуватися на індивідуально підібраних програмах. Основні напрямки лікування включають:

- дієтотерапію (елімінацію причинно-значущих харчових алергенів);
- контроль за чинниками довкілля;
- фармакотерапію: системну і місцеву;
- реабілітаційне (протирецидивне) лікування;
- навчальні програми для пацієнтів і членів їхніх сімей.

Найефективнішою є етіотропна терапія, спрямована на усунення контакту з чинниками, які зумовлюють загострення захворювання. Це можуть бути алергени різного походження, лікарські засоби, харчові добавки, хімічні речовини, інфекційні та фізичні чинники.

# Ф-гель®

Ketoprofen /гель, 30 г

Біль у м'язах і суглобах, спричинений травмами або ушкодженнями

## ТРИВАЛИЙ РУХ БЕЗ ПЕРЕШКОД І БОЛЮ



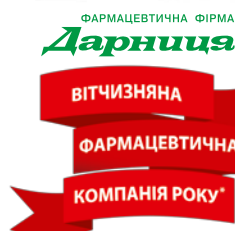
✓ Знеболюючий

✓ Протизапальний

Активна дія  
на стадіях  
запальної реакції:

На ранній стадії  
(судинній фазі)

На пізній стадії  
(клітинній фазі)



www.choice-of-the-year.com.ua  
\*За результатами конкурсу споживчих  
вподобань «Вибір року» в Україні 2016, 2017

**Склад:** діюча речовина: ketoprofen; 1 г гелю містить кетопрофену 25 мг; допоміжні речовини: етанол (96%), метилпарабен (Е 218), карбомер 980, триметамін, олія лавандова, олія неролієва, вода очищена. **Лікарська форма:** Гель. **Фармакотерапевтична група:** Нестероїдні протизапальні препарати для місцевого застосування; Кетопрофен. Код АТС: M02A A10. **Протиположання:** Відомі реакції гіперчутливості, наприклад симптоми бронхіальної астми, алергічний риніт або кропив'янка, що виникли при застосуванні кетопрофену, феніфібрату, тіарпрофенової кислоти, ацетилсаліцилової кислоти або інших нестероїдних протизапальних засобів; гіперчутливість до будь-якої допоміжної речовини; наявність в анамнезі шкірних проявів алергії при застосуванні кетопрофену, феніфібрату, тіарпрофенової кислоти, блокаторів ультрафіолетових (УФ) променів або парфюмерних засобів; реакції фотосенсибілізації в анамнезі; вплив сонячного світла, у тому числі непрямі сонячні промені та ультрафіолетове опромінення в солярії протягом усього періоду лікування і ще 2-х тижнів після припинення лікування препаратом; ушкодження щільності шкіри (пошкодження, висихання, екзема, травми, шкірні інфекції). **Термін придатності:** 2 роки. **Умови зберігання:** Зберігати у недоступному для дітей місці в оригінальній упаковці при температурі від 15 °С до 25 °С. **Упаковка:** По 30 г у тубі; по 1 тубі у паці. Категорія відпуску: За рецептом. РП UA/8589/01/01 від 09.06.2017. Ліцензія Серія АВ № 598086. Інформація приведена в скороченні, більш детальна інформація викладена в інструкції для медичного застосування препарату. **Інформація виключно для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також в аптеках.**  
ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця». Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13.



Донедавна вважалося, що причиною АД є харчова алергія. Однак усе частіше ведуть мову про зростання питомої ваги побутової, пилоквої сенсibiliзації у виникненні цієї патології. Усунути або зменшити вплив причинно-значущих чинників можна шляхом унеможливлення контакту з ними. А саме:

- дотримання індивідуальної гіпоалергенної дієти з вилученням причинно-значущих алергенів;
- створення гіпоалергенних умов побуту і житла, а також використання відповідного одягу з метою усунення або зменшення контакту з інгаляційними і контактними алергенами;
- санація хронічних вогнищ інфекції.

## ЯКУ РОЛЬ У ЛІКУВАННІ АД ВІДІГРАЄ ПРАВИЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ?

Індивідуальне харчування і правильно підібрана дієта не лише обмежують надходження в організм алергенів, але й мають специфічний гіпосенсибілізаційний вплив, сприяють поліпшенню стану органів травлення, що, своєю чергою, підвищує толерантність організму до харчових алергенів.

У харчуванні дітей грудного віку основним завданням є забезпечення природного вигодовування. З дієти матері, яка годує груддю, насамперед необхідно виключити ті продукти, які провокують загострення проявів алергії у малюка.

Якщо з різних причин природне вигодовування неможливе, слід ретельно і виважено підходити до добору штучного вигодовування. Зрозуміло, що суміші, які містять гідролізат сироваткових білків або казеїну, значно менше сенсibiliзують організм дитини, а високий ступінь гідролізу білка сприяє майже цілковитій втраті здатності спричиняти алергічну реакцію.

Для немовлят, які перебувають на штучному вигодовуванні, ми пропонуємо більш раннє введення підгодовування у вигляді овочевого пюре. Підбір овочів має бути суворо індивідуальним. Їх слід уводити поступово і по чергово.

Принципу індивідуального підбору, поступовості й по черговості необхідно ретельно дотримуватися під час введення всіх харчових продуктів. При додаванні до раціону м'яса, слід пам'ятати, що діти, хворі на АД, реагують на екстрактивні речовини, що містяться у м'ясі, тому м'ясні бульйони їм протипоказані. Приготоване відварене м'ясо у вигляді м'ясного фаршу розводять овочевим відваром.

Соки дають лише свіжоприготованими. Перевагу надають сокам з яблук, слив, чорниць.

Підбір індивідуальної дієти для дітей старше одного року життя є достатньо складним завданням, адже вони стають самостійнішими і починають відвідувати організовані дитячі колективи. Однак існують правила, яких необхідно дотримуватись у кожному випадку.

**Досвід багатьох поколінь вітчизняних лікарів і власні спостереження стали підставою для напрацювання своєрідного алгоритму покрокової лікарської тактики**

Перш за все до отримання результатів алергологічного тестування доцільно призначити емпірично підбрану дієту, яка передбачає виключення причинно-значущих (обраних на підставі даних харчового щоденника) алергенів. Недопустимо виключати з дієти всі відомі облігатні алергени. Потрібно виявити «винний» алерген індивідуально і при цьому забезпечити його рівноцінну заміну, щоб зберегти повноцінний раціон дитини. Сьогодні, підбираючи

дієту, ми говоримо не про виключення, а про обмеження і опрацювання спеціальних протоколів так званої специфічної індукції пероральної толерантності, які пропонують досягати зниження ступеня сенсibiliзації пацієнта шляхом контакту з причинним алергеном у дозуванні, яке поступово підвищують.

АД впливає на життя не лише дитини, але й всієї сім'ї. І тому дуже важливо так організувати лікувальний процес, щоб усі учасники (і лікар, і хворий, і його родина) активно співпрацювали. Досвід багатьох поколінь вітчизняних лікарів і власні спостереження стали підставою для напрацювання своєрідного алгоритму покрокової лікарської тактики.

**Перший крок** — усміхнутися і привітатися з хворим.

**Другий крок** — заспокоїти хворого і його родину. Не можна залякувати пацієнтів, спокій і психологічний комфорт є надзвичайно важливими. Треба просто переконати його та його родину, що ми обов'язково досягнемо успіху в лікуванні, якщо вони будуть чітко дотримуватися лікарських рекомендацій.

**Третій крок** — з'ясувати ситуацію. Провести детальний збір анамнестичних і об'єктивних даних, оцінити психоемоційний стан пацієнта. У цьому контексті в медичині існує золоте правило: «Успіх лікаря — в його ретельності, якщо хоче — навіть у скрупульозності».

**Четвертий крок** — порадити. Лікарські рекомендації повинні бути чіткими, наданими у письмовій формі. Хворий повинен піти від нас не з переліком заборонених речей, а з чіткими рекомендаціями щодо харчування, способу життя і режиму терапії (о котрій годині, в якій послідовності приймати ліки, як вести харчовий щоденник, як і коли наносити на змінену шкіру засоби догляду за шкірою тощо).

Здавалося б, прості рекомендації, але чи завжди ми дотримуємося такого алгоритму дій? Напевно, ні.

**Підготувала Лариса Дедишина**