

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Атопічний дерматит»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 670 від 04.07.2016

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: Атопічний дерматит

1.2. Код згідно з МКХ-10: L20

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

В сучасних умовах спостерігається зростання захворюваності на атопічний дерматит (АД) в усьому світі, що пов'язано з несприятливим впливом багатьох факторів сучасної цивілізації. Поширеність патології в розвинених країнах Західної Європи серед дітей віком до 14 років становить 10–20%.

В Україні впродовж 2009–2014 рр. спостерігається поступове зростання захворюваності на АД та поширеності серед дітей віком від 0 до 18 років.

Статистика свідчить про недостатньо ретельний облік пацієнтів, які страждають на АД, та нерідко неправильну інтерпретацію діагнозів АД та алергічного контактного дерматиту.

Дебют захворювання найчастіше має місце в ранньому дитячому віці. У дітей АД вперше проявляється у віці до 6 міс у 45% випадків, впродовж першого року життя – у 60%, до 5 років – у 85% випадків.

II. Загальна частина

АД є однією з атопічних хвороб, до яких також відносять алергічний риніт, алергічну бронхіальну астму, алергічний кон'юнктивіт та деякі алергічні захворювання шлунково-кишкового тракту.

Причини захворювання мають комплексну природу і до кінця не з'ясовані. Окрім генетичної детермінованості широкий спектр факторів зовнішнього середовища може бути причиною виникнення захворювання та погіршувати його перебіг. Серед них сенсibiлізація до пилоквих, побутових, харчових, інфекційних та інших алергенів. Особливе значення належить інфекційним алергенам – ентеротоксинам стафілококів, стрептококів та ексfolіантним токсинам. У сучасних умовах набувають значення медикаментозні чинники, засоби догляду за шкірою, побутова хімія. Важливий вплив на імунорегуляторні процеси в шкірі має стресовий фактор з дисбалансом у вегетативній нервовій системі і наступним збільшенням утворення медіаторів різними запальними клітинами, у тому числі еозинофілами. Сприятливим фоном для його розвитку виступають також ендogenous фактори, зокрема порушення центральної нервової регуляції, дисфункції метаболізму та шлунково-кишкового тракту.

Прояви АД суттєвим чином впливають на якість життя пацієнтів та їх родин, причому не тільки у фізичному, але й у психологічному та соціальному аспектах, що визначило необхідність уніфікації та стандартизації діагностичної та терапевтичної тактик на основі критичної оцінки наявних у вітчизняній та зарубіжній практиці підходів.

Діагноз АД встановлюється лікарем-дерматовенерологом/дерматовенерологом дитячим, лікарем-алергологом/алергологом дитячим на підставі діагностичних критеріїв встановлення діагнозу. Ступінь тяжкості АД визначається лікарем-дерматовенерологом/дерматовенерологом дитячим за допомогою бальної оцінки ступеня тяжкості АД за індексом SCORAD (шкала оцінки ступеня тяжкості АД). Підтвердження діагнозу АД здійснює лікар-алерголог/алерголог дитячий за допомогою спеціальних алергологічних методів обстеження, компонентної алергодіагностики та ін.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі та педіатри дільничні відіграють ключову роль у організації раннього (своєчасного) виявлення АД, сприянні виконанню рекомендацій спеціалістів та забезпеченні належної медичної реабілітації.

III. Основна частина

3.1. Первинна медична допомога

1. Первинна профілактика

Положення протоколу

Первинна профілактика АД включає усунення/запобігання впливу специфічних та неспецифічних провокувальних факторів (див. Розділ IV, п. 4.1.3), а також комплексний догляд за шкірою, спрямований на відновлення її бар'єрних функцій і гідробалансу.

Обґрунтування

Для запобігання впливу провокувальних факторів використовують елімінаційний режим, який полягає в усуненні контактів з алергенами, для яких доведена їх етіологічна роль (враховуючи також перехресні алергічні реакції), та неспецифічними подразниками.

Необхідні дії лікаря

1.1. Рекомендувати уникати впливу провокувальних факторів ризику розвитку АД (див. Розділ IV, п. 4.1.3), що пов'язані зі способом життя та оточуючим середовищем.

1.2. Навчати пацієнтів, які страждають на АД, та членів їх родин дотримуватись рекомендацій щодо

організації побуту та забезпечення елімінаційного режиму для запобігання впливу алергенів.

1.3. Надавати пацієнтам та членам їх родин інформацію щодо алергенів, до яких у них сенсibilізація, білків, до яких буде перехресна алергічна реакція, та в яких харчових продуктах вони містяться.

2. Діагностика

Положення протоколу

Обстеження первинних хворих проводиться лікарем загальної практики-сімейним лікарем (або педіатром), який за підозри щодо АД повинен направити пацієнтів на вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу до лікаря-дерматовенеролога/дерматовенеролога дитячого з обов'язковою консультацією лікаря-алерголога/лікаря-алерголога дитячого.

Обґрунтування

Діагноз АД встановлюється на етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на підставі єдиного діагностичного алгоритму (див. Розділ IV, п. 4.1.1).

Необхідні дії лікаря

- 2.1. Зібрати скарги та анамнестичні дані.
- 2.2. Оглянути шкіру та слизові оболонки, провести пальпацію лімфатичних вузлів.
- 2.3. Провести загальноклінічні дослідження.
- 2.4. За підозри atopічного дерматиту (див. Розділ IV, п. 4.1.1) необхідно направити пацієнта до лікаря-алерголога/алерголога дитячого та лікаря-дерматовенеролога/дерматовенеролога дитячого впродовж тижня.
- 2.5. За наявності супутніх захворювань у пацієнта з підозрою на АД необхідно направити пацієнта до суміжних фахівців.

3. Лікування

Положення протоколу

Спеціальне лікування пацієнтів з АД здійснюється виключно при наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне спеціальне лікування сприяє досягненню тривалих ремісій та навіть одужанню пацієнтів.

Необхідні дії лікаря

- 3.1. За підозри АД направити на консультацію до лікаря-алерголога/алерголога дитячого та лікаря-дерматовенеролога/дерматовенеролога дитячого впродовж тижня для підтвердження діагнозу та визначення подальшої тактики лікування.
- 3.2. Моніторинг дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря-алерголога/алерголога дитячого та лікаря-дерматовенеролога/дерматовенеролога дитячого щодо догляду за шкірою та запобігання контакту з алергенами.
- 3.3. Під час обстеження та спеціального лікування сприяти виконанню пацієнтом усіх рекомендацій лікаря-алерголога/алерголога дитячого та лікаря-дерматовенеролога/дерматовенеролога дитячого та інших спеціалістів.

4. Наступне спостереження, у тому числі диспансеризація

Положення протоколу

Пацієнту після спеціального лікування під час диспансерного спостереження надається лікування супутніх захворювань, за необхідності пацієнта направляють на вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

Обґрунтування

Догляд за шкірою, елімінаційний режим та елімінаційна дієта знижують частоту рецидивів захворювання. Своєчасне лікування загострень АД в спеціалізованих закладах дозволяє досягти швидкої ремісії. Проведення алерген-специфічної імунотерапії (АСІТ) дозволяє досягти повного видужання або стійкої та довготривалої ремісії.

Необхідні дії лікаря

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та моніторинг дотримання плану диспансеризації.
2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).
3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

1. Діагностика

Положення протоколу

Пацієнти проходять обстеження за направленням сімейного лікаря/дільничного педіатра або за самозверненням.

Пацієнтам, у яких за результатами обстеження встановлено АД, проводиться спеціальне лікування.

Обґрунтування

Діагноз АД встановлюється при наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Для встановлення діагнозу АД використовується єдиний діагностичний алгоритм, що включає чотири послідовні етапи діагностики: оцінка симптомів та ознак → оцінка ступеня тяжкості АД → оцінка пускових факторів, супутніх (асоційованих) захворювань та факторів, що ускладнюють перебіг АД → диференційний діагноз та діагноз.

Необхідні дії лікаря

- 1.1. Оцінка симптомів та ознак: критерії діагностики за Hanifin&Rajka (див. Розділ IV, п. 4.1.1) слід використовувати для встановлення діагнозу АД.
- 1.2. Оцінка ступеня тяжкості АД: бальна оцінка за індексом SCORAD (див. Розділ IV, п. 4.1.2) повинна застосовуватись в складі єдиного діагностичного алгоритму для визначення ступеня тяжкості АД у кожного окремого пацієнта, при цьому слід враховувати тривалість загострень/ремісій і відповідь на терапію.
- 1.3. Детальний збір алергологічного анамнезу.
- 1.4. Призначення ведення харчового щоденника.
- 1.5. Фізикальний огляд.
- 1.6. Специфічна прик-діагностика (в період ремісії).
- 1.7. Визначення специфічних та загального IgE у сироватці крові та інших показників імунологічного статусу за призначенням алерголога.
- 1.8. Лабораторно-інструментальні методи дослідження та консультації спеціалістів за клінічними показаннями.

2. Лікування

Положення протоколу

Спеціальне лікування пацієнтів з АД здійснюється виключно при наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Лікування хворих на АД проводиться згідно з алгоритмом лікування в залежності від ступеня тяжкості (див. Розділ IV, п. 4.2.3).

Обґрунтування

Основними завданнями лікування АД є усунення або зменшення запальних проявів на шкірі та свербіжу,

відновлення структури та функції шкіри, запобігання розвитку тяжких форм захворювання та лікування супутніх захворювань, які обтяжують перебіг АД.

Пацієнтам з АД, в яких виявлена сенсibiliзація до харчових, пилкових, побутових, епідермальних, бактеріальних та грибкових алергенів, проводиться АСІТ.

Необхідні дії лікаря

2.1. Лікування пацієнтів з АД виконується та корегується лікарем-дерматовенерологом/дерматовенерологом дитячим та лікарем-алергологом/алергологом дитячим. Лікування призначається в залежності від ступеня тяжкості перебігу АД (див. Розділ IV, п. 4.1.2) відповідно до алгоритму лікування (див. Розділ IV, п. 4.2.3).

2.2. Результати динамічного спостереження за станом хворого вносять до відповідної документації (карта стаціонарного хворого (№003/о), амбулаторна картка (№025/о)).

3. Подальше спостереження, у тому числі диспансеризація

Положення протоколу

Пацієнт після спеціального лікування перебуває на обліку у лікаря дерматовенеролога/дерматовенеролога дитячого або у лікаря-алерголога/алерголога дитячого (з IgE-залежним АД і який отримує АСІТ), які ведуть необхідну медичну документацію та сприяють виконанню пацієнтом призначень суміжних спеціалістів.

Пацієнту після спеціального лікування під час диспансерного спостереження призначається лікування супутніх захворювань, за необхідності пацієнт скеровується на третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Обґрунтування

Догляд за шкірою, елімінаційний режим та елімінаційна дієта знижують частоту рецидивів захворювання. Своєчасне лікування загострень АД в спеціалізованих закладах дозволяє досягти швидкої ремісії.

Необхідні дії лікаря

3.1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та моніторинг дотримання плану диспансеризації.

3.2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).

3.3. Надавати рекомендації щодо догляду за шкірою, способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

1. Діагностика

Положення протоколу

У випадках ускладнення АД та за необхідності проведення диференційної діагностики встановлення діагнозу проводиться за допомогою морфологічного методу.

Обґрунтування

Найбільш поширеними ускладненнями АД є мікробні інфекції шкіри, спричинені бактеріями, вірусами або грибами.

Диференційна діагностика АД проводиться з себорейним дерматитом, екземою, параспоріазом, ентеропатичним дерматитом, кандидозом, а також Т-клітинною лімфомою (див. Розділ IV, п. 4.1.4).

Діти першого року життя з відставанням у розвитку, діареєю, генералізованим еритематозним висипом

з лущенням та рецидивними інфекціями шкіри та/або системними інфекціями повинні бути обстежені щодо наявності тяжкого комбінованого синдрому імунодефіциту.

За наявності у дитини абсцесів, шлунково-кишкових кровотеч, рецидивних вірусних та бактеріальних інфекцій, мозочкової атаксії, дратівливості, судом, кератиту, фотофобії, болю в долонях та підшвах необхідно проводити диференційну діагностику з хворобами імунної системи та метаболічними порушеннями з симптомами ураження шкіри (див. Розділ IV, п. 4.1.5).

Диференційна діагностика з рідкісними захворюваннями та синдромами повинна проводитись за наявності у хворої дитини наступних симптомів: алергічний риніт, бронхоспазм, відставання розумового розвитку, «бамбукове» волосся, пароніхії, алопеція брів та вій, діарея, фотофобія, втрата нюху, вузлуватий васкуліт судин середнього калібру, гіпогідроз, гіпотрихоз, порушення терморегуляції, біль у кістках, остеопороз, діарея, блювання, пурпурозні папули.

Необхідні дії лікаря

1.1. Оцінка симптомів та ознак: критерії діагностики за Hanifin&Rajka слід використовувати для встановлення діагнозу АД (див. Розділ IV, п. 4.1.1).

1.2. Оцінка ступеня тяжкості АД: бальна оцінка за індексом SCORAD повинна застосовуватись у складі єдиного діагностичного алгоритму для визначення ступеня тяжкості АД у кожного окремого пацієнта, при цьому слід враховувати тривалість загострень/ремісій і відповідь на терапію (див. Розділ IV, п. 4.1.2).

1.3. Оцінка пускових факторів, супутніх (асоційованих) захворювань та факторів, що ускладнюють перебіг АД.

1.4. Диференційний діагноз та діагноз:

1.4.1. виявлення ускладнень перебігу АД;

1.4.2. детальний збір алергологічного анамнезу;

1.4.3. призначення та аналіз ведення харчового щоденника.

1.5. Фізикальний огляд.

1.6. Специфічна прик-діагностика (в період ремісії).

1.7. Визначення специфічних та загального IgE у сироватці крові та інших показників імунологічного статусу за призначенням алерголога.

1.8. Лабораторно-інструментальні методи дослідження та консультації спеціалістів за клінічними показаннями.

2. Госпіталізація

Положення протоколу

До закладів високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнти з АД скеровуються дерматовенерологом/дерматовенерологом дитячим, алергологом/алергологом дитячим.

Обґрунтування

Хворі з тяжким, середньотяжким перебігом у період загострення захворювання та ускладненим перебігом АД госпіталізуються для обстеження та стаціонарного лікування.

Необхідні дії лікаря

2.1. Запропонувати пацієнту з тяжким перебігом захворювання, а також за наявності ускладнень перебігу АД стаціонарне лікування.

2.2. Ознайомити пацієнта з переліком можливих втручань, очікуваними ризиками та отримати перед госпіталізацією до стаціонару Інформовану добровільну згоду

пацієнта на проведення діагностики, лікування та погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних.

3. Лікування

Положення протоколу

Лікування хворих на АД проводиться згідно з алгоритмом лікування в залежності від ступеня тяжкості.

Обґрунтування

Основними завданнями лікування є усунення або зменшення запальних змін на шкірі та свербіж, відновлення структури і функцій шкіри, запобігання розвитку тяжких форм захворювання, які призводять до зниження якості життя хворого та інвалідизації, лікування супутніх захворювань, які обтяжують перебіг АД.

Необхідні дії лікаря

3.1. Лікування пацієнтів з АД призначається та корегується дерматовенерологом/дерматовенерологом дитячим, алергологом/алергологом дитячим.

3.2. Лікування призначається в залежності від ступеня тяжкості перебігу АД відповідно до алгоритму лікування та включає в себе:

- елімінаційний режим та догляд за шкірою;
- місцеве лікування;
- системне лікування;
- АСІТ (за показаннями, початок парентерального застосування АСІТ).

3.3. Результати динамічного спостереження за станом хворого вносяться до відповідної документації (карта стаціонарного хворого, амбулаторна картка).

4. Виписка з рекомендаціями після госпіталізації

Положення протоколу

При виписуванні пацієнту надається виписка з медичної карти стаціонарного хворого, яка містить інформацію про отримане лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження.

Обґрунтування

Виписка пацієнта планується при досягненні клінічного видужання або поліпшення стану: зникнення або зменшення інтенсивності свербіжу, нормалізація сну, поліпшення загального стану, сплюснення елементів, зменшення і/або зникнення інфільтрації і ліхеніфікації.

Необхідні дії лікаря

4.1. Оформити Виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).

4.2. Надати пацієнтам, які пройшли лікування, інформацію про можливі віддалені побічні ефекти лікування, необхідність проведення періодичних обстежень відповідно до плану диспансеризації.

4.3. Надати рекомендації щодо способу життя, елімінаційних заходів, режиму харчування та фізичних навантажень.

5. Диспансерне спостереження

Положення протоколу

У зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву захворювання пацієнти підлягають диспансеризації в закладі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Обґрунтування

Пацієнти підлягають диспансерному спостереженню у дерматовенеролога/дерматовенеролога дитячого або алерголога/алерголога дитячого (з IgE-залежним АД і які отримують АСІТ) за місцем проживання.

Необхідні дії лікаря

При досягненні клінічної ремісії або покращення пацієнти підлягають диспансерному нагляду 1 раз на 6 місяців. Під час огляду звертається увага на дотримання рекомендацій, наданих при виписці зі стаціонару, регулярність обстеження суміжними спеціалістами (алергологом, терапевтом, гастроентерологом, ендокринологом, психоневрологом). Уражені ділянки шкіри потребують постійного догляду з використанням емолієнтів.

6. Вторинна профілактика

Положення протоколу

Вторинна профілактика АД включає усунення/запобігання впливу специфічних та неспецифічних пускових (тригерних) факторів, а також у комплексному догляді за шкірою, спрямованому на відновлення її бар'єрних функцій і гідробалансу.

Обґрунтування

Пацієнтам надаються рекомендації щодо усунення чинників, які провокують погіршення стану та сприяють виникненню рецидиву захворювання.

Необхідні дії лікаря

1. Рекомендувати уникати впливу тригерних факторів ризику розвитку АД, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем.

2. Надавати інформацію пацієнтам, які страждають на АД, та членам їх родин щодо необхідності дотримуватись рекомендацій щодо організації побуту та забезпечення елімінаційного режиму для запобігання впливу алергенів.

3. Роз'яснювати особливості догляду за шкірою пацієнтів у міжрецидивний період для нормалізації гідро- та ліпобалансу шкіри.

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Діагностика та диференційна діагностика

4.1.1. Діагностичні критерії та оцінка ступеня тяжкості АД (за Hanifin&Rajka)

Головні критерії:

1. Свербіж шкіри.
2. Типова морфологія і локалізація шкірних висипань:
 - згинальна ліхеніфікація та лінійність;
 - у дітей – обличчя та кінцівки.
3. Хронічний рецидивний перебіг.
4. Атопія в особистому та сімейному анамнезі.

Додаткові критерії:

1. Ксероз (сухість) шкірних покривів.
2. Іхтіоз, переважно долонний.
3. Реакція гіперчутливості негайного типу при шкірному тесті з алергенами.
4. Локалізація шкірного процесу на кистях та стопах.
5. Хейліт.
6. Екзема сосків.
7. Схильність до інфекційних уражень шкіри, які пов'язані з порушеннями в імунологічному статусі.
8. Початок захворювання у ранньому дитячому віці.
9. Еритродермія.
10. Рецидивний кон'юнктивіт.
11. Інфраорбітальна зморшка Денні–Моргана.
12. Кератоконус (конічне випинання рогівки).
13. Передні субкапсулярні катаракти.
14. Тріщини за вухами.
15. Високий рівень IgE у сироватці крові.
16. Потемніння ділянок навколо очей.

17. Блідість або еритема обличчя.
18. Білий лишай.
19. Непереносимість їжі.
20. Непереносимість вовни та ліпідних розчинників.
21. Перифолікулярна локалізація висипань.
22. Вплив емоційних факторів на перебіг захворювання.

23. Білий дермографізм або затримка збліднення.

Для встановлення діагнозу АД у пацієнта повинні бути в наявності три головні та три додаткові критерії.

4.1.2. Бальна оцінка ступеня тяжкості АД за індексом SCORAD

Полягає в оцінці ступеня тяжкості АД за трьома напрямками: розповсюдженість уражень, інтенсивність (вираженість) уражень та суб'єктивна оцінка пацієнтом свого стану. Одержані бали за кожною з ознак використовують у формулі для підрахунку індексу SCORAD.

1. Оцінка розповсюдженості уражень на поверхні шкіри у відсотках за правилом дев'ятки (різні відношення частин тіла у дітей віком до 2 років та понад 2 роки і дорослих):

Частина тіла	Діти до 2 років		Діти старше 2 років і дорослі	
	Передня частина	Задня частина	Передня частина	Задня частина
Голова	8,5	8,5	4,5	4,5
Тулуб	18	18	18	18
Верхня кінцівка	4,5	4,5	4,5	4,5
Нижня кінцівка	6	6	9	9
Кисть	–	–	1	1
Зовнішні статеві органи	–	–	1	–

Загальна площа ураження – S (%).

Показник поширеності A = S/100.

2. Оцінка інтенсивності (вираженості) уражень:

- a. Еритема (від 0 до 3 балів).
- b. Набряк/інтенсивність папул (від 0 до 3 балів).
- c. Лущення (від 0 до 3 балів).
- d. Екскоріації (від 0 до 3 балів).
- e. Ліхеніфікація (від 0 до 3 балів).

Показник інтенсивності B = сума балів/18.

3. Оцінка свого стану пацієнтом:

- a. Свербіж (від 0 до 10 балів).
- b. Безсоння (від 0 до 10 балів).

Показник суб'єктивного стану C = сума балів/20.

SCORAD Index = A/5 + 7 x B/2 + C

Ступінь тяжкості АД	SCORAD Index	Тривалість загострень/ремісій	Відповідь на терапію
Легкий	До 20 балів	1–2 рази на рік, ремісія довготривала	Хороша відповідь на терапію
Середньо-тяжкий	20–40 балів	До 3–4 разів на рік, ремісія менше 4 місяців	Невиражений ефект від терапії
Тяжкий	Більше 40 балів	Довготривалі загострення, ремісія менше 2 місяців	Терапія малоефективна

4.1.3. Пускові (тригерні) фактори розвитку АД:

- алергени кліщів домашнього пилу;
- синтетичні матеріали та вовна;
- мила;
- синтетичні миючі засоби;
- алергени тварини;
- куріння поряд з малюком;
- алергени рослинного пилку.

4.1.4. Диференційний діагноз під час вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги:

- себорейний дерматит;
- екзема;
- червоний плоский лишай;
- короста;
- іхтіоз;
- псоріаз;
- парапсоріаз;
- алергічний контактний дерматит;
- ентеропатичний акродерматит;
- кандидоз;
- герпетична інфекція 1–3-го, 6–7-го типів;
- скабієс;
- Т-клітинна лімфома шкіри;
- первинні імунodefіцити (синдром Джоба, хронічний шкірно-слизовий кандидоз тощо).

4.1.5. Диференційний діагноз під час третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

Хвороби імунної системи з подібним до АД ураженням шкіри:

- синдром гіпер-IgE (синдром Джоба);
- синдром Віскота–Олдріджа;
- тяжкий комбінований імунodefіцит;
- комплементарна дисфункція;
- сімейний септичний грануломатоз;
- агамаглобулінемія або гіпоагамаглобулінемія;
- синдром атаксії-телеангіектазії;
- синдром Швахмана;
- системний червоний вовчак.

Метаболічні порушення з подібним до АД ураженням шкіри:

- недостатність гістидину;
- фенілкетонурия;
- тирозинемія;
- целиакія;
- множинна недостатність карбоксилази;
- недостатність пролідази;
- недостатність есенціальних жирних кислот.

Рідкісні захворювання і синдроми з подібним до АД ураженням шкіри:

- синдром Незертона;
- ентеропатичний акродерматит;
- синдром Базана;
- ектодермальна ангідротична дисплазія;
- мастоцитоз;
- гістіоцитоз Лангерганса.

4.2. Лікування АД

4.2.1. Основні групи препаратів для місцевого та системного лікування АД

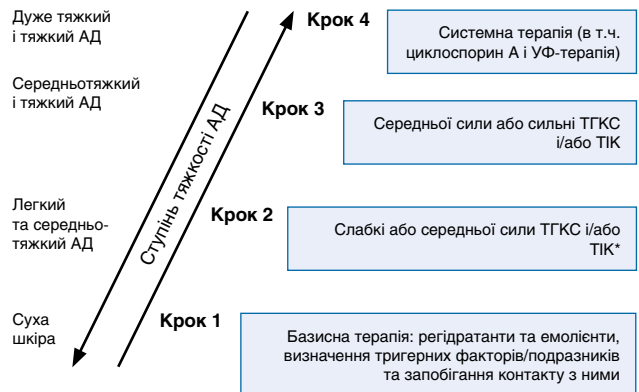
Основні групи препаратів для місцевого та системного лікування АД

Група препаратів	Особливості застосування при АД	Обґрунтування призначення
Місцеве медикаментозне лікування		
Топічні глюкокортико-стероїди (ТГКС)	ТГКС розглядаються як найсильніші протизапальні агенти, за допомогою яких контролюються рецидиви АД. Дія ТГКС при АД має комплексний характер і забезпечує одночасний вплив на різні ланки патогенезу. Перевага надається ТГКС останнього покоління з високим профілем безпеки. Пацієнти, яким призначають ТГКС, повинні знаходитись під спостереженням дерматовенеролога/алерголога для належної оцінки ефективності терапії та вчасного виявлення ранніх побічних ефектів. ТГКС застосовують 1–2 рази на добу. Тривалість курсу лікування у дітей не має перевищувати 4 тижні, у дорослих – 12 тижнів та залежить від обраного ТГКС (застосування дуже сильних ТГКС курсом понад 4 тижні є неприпустимим)	Перевагу слід віддати помірно сильним (алклометазон) та сильним ТГКС (флютиказон, мометазону фураат, метилпреднізолон, гідрокортизон, преднікарбат) останнього покоління. Профіль безпеки цих ТГКС дозволяє рекомендувати їх для місцевого лікування АД у дітей та дорослих з можливістю нанесення на різні ділянки шкіри, в тому числі на обличчя та інтертригінозні ділянки. Засоби місцевої терапії необхідно застосовувати диференційовано – в залежності від локалізації, гостроти та динаміки запального процесу на шкірі
Топічні інгібітори кальциневрину (ТІК)	У дітей та дорослих з АД довготривала про-активна терапія ТІК (від декількох місяців до року) дозволяє значно покращити перебіг захворювання, досягти ремісії без погіршення профілю безпеки та переносимості. Застосовують 2–3 рази на добу. Тривалість курсу – 1 рік та більше з обов'язковим моніторингом стану пацієнту	Місцеве лікування пімеқролімусом рекомендується для контролю АД з легким та середньотяжким перебігом, а такролімусом – для контролю середньотяжкого та тяжкого АД
Топічні антибактеріальні засоби (АБ)	Колонізація шкіри пацієнтів з АД <i>S. aureus</i> та іншими патогенними мікроорганізмами відіграє провідну роль у виникненні рецидивів захворювання, асоційована з тяжким його перебігом та обумовлює рефрактерність АД до терапії ТГКС. Застосовують 2–3 рази на добу. Тривалість курсу не повинна перевищувати 10–14 днів	Для лікування вторинних мікробних уражень шкіри у пацієнтів з АД слід застосовувати різні групи антимікробних топічних засобів: топічні антисептики, топічні антибіотики та фіксовані комбінації антимікробних (антибактеріальних, антисептичних, протигрибкових) засобів з ТГКС
Препарати з пом'якшувальною та захисною дією (емолієнти)	Є основними засобами базисної терапії АД, які відновлюють гідроліпідний баланс шкіри, створюючи необхідні умови для лікувального ефекту ТГКС. Застосовують 2–3 рази на добу в кількості 150–200 г на тиждень дитини та 500 г на тиждень – дорослому	Пацієнти, які страждають на АД, повинні лікуватись із застосуванням емолієнтів. Можуть використовуватись різні форми емолієнтів, залежно від віку пацієнтів, стану шкіри та клінічних проявів дерматозу. Підбір того або іншого емолієнту має здійснюватись в залежності від стану шкіри пацієнта, переносимості того чи іншого засобу, погодних та кліматичних умов, розпорядку дня, звичок та інших обставин
Системне лікування		
Антигістамінні засоби	Місце антигістамінних засобів у терапії АД – це короткотривалий контроль рецидивів у поєднанні з іншими видами лікування	Короткий курс седативних антигістамінних препаратів ефективний при порушенні сну внаслідок свербіжжю. Неседативні антигістамінні препарати не рекомендуються для стандартної терапії АД за відсутності кропив'янки або інших atopічних проявів, таких як ринокон'юнктивіт
Системні ГКС	Короткий курс (1–2 тижні) застосування системних ГКС має суттєві переваги над тривалою терапією з огляду на притаманні для неї побічні ефекти метаболічного та імунного характеру	Короткий курс пероральних ГКС може бути застосований у пацієнтів з вираженим запаленням, у яких не спостерігалось належного ефекту від інтенсивної терапії місцевими засобами і у яких перебіг АД суттєво впливає на якість життя
Цитостатичні засоби	У разі призначення слід намагатись застосовувати якомога менші дози – 2,5 мг/кг/добу циклоспорину А якомога коротшим курсом (1–2 тижні)	Ефективність циклоспорину А при АД підтверджена клінічно, разом з тим, висока частота побічних ефектів та вірогідність рецидиву після відміни обмежують застосування цього лікарського засобу
Системна антибактеріальна терапія	Системне застосування антибіотиків показано у разі ускладнення АД поширеною або глибокою вторинною бактеріальною інфекцією, яка найчастіше асоціюється з метицилін-чутливими штамми <i>S. aureus</i>	В ході призначення системної антибіотикотерапії для пацієнтів, які страждають на АД, слід керуватись загальними принципами з урахуванням можливої сенсibiliзації до того або іншого антибактеріального засобу
АСІТ	У разі виявлення підвищених специфічних IgE призначається АСІТ стандартизованим екстрактом алергену впродовж 3–5 років з відповідним лабораторним моніторингом	АСІТ є єдиним етіотропним методом лікування АД до конкретного алергену, що дозволяє повністю вилікувати пацієнта або досягти стійкої ремісії захворювання
Плазмафорез	1–2 рази на рік	При тяжкому перебігу АД

4.2.2. Європейська класифікація ТГКС за класами активності

Клас ТГКС	Міжнародні непатентовані назви
Дуже сильні (IV)	Клобетазол
Сильні (III)	Бетаметазон Метилпреднізолону ацепонат Мометазон Преднікарбат Флуоцинолону ацетонід Флуцинонід Флютиказон
Помірно сильні (II)	Алклометазон Гідрокортизону бутират Дексаметазон Тріамцинолон
Слабкі (I)	Преднізолон Гідрокортизон Метилпреднізолон

4.2.3. Покроковий алгоритм лікування АД



Додаток

Пам'ятка для пацієнта з atopічним дерматитом

Чому у малюка виникає atopічний дерматит (АД)?

АД – це захворювання, яке певним чином пов'язане зі спадковими факторами, але для якого не існує однієї причини появи. Має тенденцію до появи в родині, де зустрічалися випадки АД (або астми, або сітної пропасниці, які є взаємопов'язаними захворюваннями і об'єднані в atopічний синдром). Разом з тим, необов'язково всі діти в таких сім'ях страждатимуть на АД. При АД шкіра має підвищену чутливість до деяких подразників, таких як хутро тварин, пір'я, кліщі домашнього пилу, які містяться у килимах та постілі. Ці обтяжливі фактори призводять до нових спалахів свербіжів та подразнень чутливої шкіри малюків.

АД не є інфекційним захворюванням і не передається від однієї людини до іншої.

Як доглядати за сухою шкірою малюка?

Найважливіше підтримувати шкіру дитини зволоженою. Догляд, який найчастіше рекомендують лікарі при синдромі сухої шкіри, є щоденне застосування емолієнтів. Для багатьох немовлят та дітей щоденне застосування емолієнтів буде достатнім для підтримання оптимального рівня зволоженості шкіри.

Група емолієнтів представлена величезною кількістю косметичних засобів, складовими яких є жири та водорозчинні сполуки, наприклад, рідкий парафін, білий вазелін, фосфоліпіди, кераміди, вищі жирні кислоти, тригліцериди, багатоатомні спирти, гліцерол, сечовина, гіалуронові кислоти, протисвербіжні, антимікробні речовини тощо.

Чи можливо, що прийняття ванни погіршить стан шкіри?

Ні, навпаки. Регулярне купання у ванні має бути правилом догляду за шкірою дитини. Але за умови додавання до води спеціально підібраної емульсії для купання, що запобігатиме висушуванню шкіри. Купання підтримує шкіру чистою, змиває кірочки та лусочки, а це запобігає інфікуванню. Занурення у воду з емульсією для купання на 10 хвилин як мінімум один раз на день значно покращує стан шкіри. Це доведено у багатьох клінічних дослідженнях. Прийняття душу та очищення шкіри з нанесенням пом'якшувального гелю-емолієнту є альтернативою для підтримання шкіри малюка в чистоті.

АД та ваш будинок

Кліщі домашнього пилу

Величезна кількість мікроскопічних кліщів домашнього пилу живуть в наших килимах та ліжках. При контакт з шкірою малюків, які страждають на АД, стан шкіри значно погіршується. Для зниження популяції кліщів домашнього пилу у вашому помешканні необхідно якомога частіше:

Пилоососити матраци та килими

Здійснювати вологе прибирання для усунення пилу

Прати білизну та провітрювати ліжко

Надавати перевагу дерев'яній підлозі або твердому покриттю замість килимів

Синтетичні матеріали та вовна

Уникайте контакту з синтетичними матеріалами, вовною та шкірою, оскільки вони можуть загострювати АД. Бавовна залишає шкіру в прохолоді та дозволяє їй «дихати». Тому вдягайте вашого малюка у бавовняну білизну та просторий бавовняний одяг. Також надавайте перевагу постільній білизні з бавовни.

Синтетичні миючі засоби

Необхідно прати одяг малюка та постільну білизну м'якими миючими засобами, спеціально розробленими для догляду за речами малюка. Завжди ретельно змивайте миючі засоби, оскільки їх контакт з шкірою малюка не є бажаним.

Мила

Навіть звичайне дитяче мило може завдати шкоду ніжній шкірі дитини та спричинити сухість. Використовуйте спеціальне дерматологічне мило-емолієнт, що зволожує шкіру та підтримує її природний рівень рН.

Тварини

При можливості не тримайте домашніх тварин, оскільки їх хутро або пір'я можуть загострити АД у вашого малюка. Якщо у вас є домашня тварина, переконайтеся, що малюк не має з нею контакту.

Паління поряд з малюком

Не паліть поряд з дитиною та не дозволяйте палити іншим у вашому домі. Тютюновий дим може негативно впливати на стан шкіри вашого малюка.

Рослинний пилок

Уникайте контакту малюка зі свіжескошеною травою, оскільки рослинний пилок є дуже сильним алергеном і може погіршити стан вашої дитини.

АД та харчування

Дуже невелика кількість дітей з АД страждають на харчову алергію. Якщо вам здається, що у малюка може виникнути алергія на деякі продукти харчування, вам варто порадитись з лікарем.

АД та школа

Важливо, щоб дитина через АД не пропускала нормального шкільного життя: занять, спортивних вправ та інших активностей. Стрес та відчуття занепокоєння самі по собі не спричинюють АД, але вони пов'язані з періодами його загострення. Переконайтеся, що малюк не відчуває стресу при АД та бажає бути в колективі однолітків, друзів і особливо однокласників. Варто пояснити класному керівнику ситуацію зі станом здоров'я малюка, щоб він наглядав за вашою дитиною та допомагав при нагоді.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу

1. *Остропелець Наталія Андріївна* – заступник начальника управління – начальник відділу організації спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги управління медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ України, голова робочої групи;
2. *Чоп'як Валентина Володимирівна* – завідувач кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Алергологія Імунологія Клінічна імунологія Лабораторна імунологія», заступник голови з клінічних питань;
3. *Калюжна Лідія Денисівна* – професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, д.м.н., професор;
4. *Степаненко Віктор Іванович* – завідувач кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дерматовенерологія», заступник голови з клінічних питань;
5. *Ліщишина Олена Михайлівна* – директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.м.н., заступник голови з методологічного супроводу;
6. *Болотна Людмила Анатоліївна* – завідувач кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.м.н., професор;
7. *Волкоська Валентина Миколаївна* – завідувач відділу науково-аналітичної роботи в дерматології та венерології Державної установи «Інститут дерматології та венерології НАМН України», д.м.н.;
8. *Гогунська Інна Володимирівна* – заступник директора Центру алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів Державної установи «Інститут отоларингології імені професора О.С.Коломійченка НАМН України»;
9. *Горова Елла Володимирівна* – заступник начальника управління – начальник відділу з питань якості надання медичної допомоги управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України;
10. *Господарський Ігор Ярославович* – завідувач кафедри клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України»;
11. *Гречанська Лариса Василівна* – асистент кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, к.м.н.;
12. *Грицько Алла Петрівна* – завідувач лабораторії аналітичної хімії Державного підприємства «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І.Медведя Міністерства охорони здоров'я України», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Лабораторні дослідження хімічних факторів навколишнього середовища»;
13. *Губко Людмила Михайлівна* – лікар дитячий дерматовенеролог консультативної поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», к.м.н.;
14. *Денисенко Ольга Іванівна* – завідувач кафедри шкірних та венеричних захворювань з курсом туберкульозу Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», д.м.н.;
15. *Дитяковська Євгенія Михайлівна* – завідувач алергологічного відділення Комунального закладу «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради», д.м.н., головний алерголог Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, віце-президент Асоціації алергологів України, координатор МОЗ України з питань клінічної алергології;
16. *Драннік Георгій Миколайович* – професор кафедри клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, почесний президент Українського товариства спеціалістів з імунології, алергології, імунореабілітації, д.м.н., професор;
17. *Кайдашев Ігор Петрович* – завідувач кафедри внутрішньої медицини з фіззіатрією Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», проректор з наукової роботи, президент Українського товариства спеціалістів з імунології, алергології, імунореабілітації;
18. *Корольова Жаннета Валентинівна* – професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча дерматовенерологія»;
19. *Курченко Андрій Ігорович* – завідувач кафедри клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
20. *Кутасевич Яніна Францівна* – директор Державної установи «Інститут дерматології та венерології НАМН України», д.м.н., професор;

21. *Літус Олександр Іванович* – завідувач кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, д.м.н., доцент;
22. *Матюха Лариса Федорівна* – завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;
23. *Наконечна Алла Анатоліївна* – лікар алерголог-імунолог Клініки алергології та імунології Королівського Госпітала Університету Ліверпуля (Великобританія), член Європейських робочих груп з медикаментозної алергії та діагностики алергічних захворювань у Європейській Академії Алергології та Клінічної імунології; член Британського та Європейського Комітету експертів з хронічної кропив'янки та ангіоневротичного набряку;
24. *Охотнікова Олена Миколаївна* – завідувач кафедри педіатрії №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, д.м.н., професор;
25. *Павленко Олексій Володимирович* – директор Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Стоматологія»;
26. *Терещенко Лариса Степанівна* – начальник відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства Департаменту медичної допомоги МОЗ України до 21.04.2016;
27. *Турик Ніна Василівна* – головний лікар Київської міської шкірно-венерологічної лікарні, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради зі спеціальності «Дерматовенерологія дитяча»;
28. *Уманець Тетяна Рудольфівна* – головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», ст.н.с., д.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча алергологія»;
29. *Федосюк Роман Миколайович* – завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії Київської міської клінічної лікарні №3, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Анестезіологія»;
30. *Яценко Юрій Борисович* – завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, професор кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія».

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

1. *Горох Євгеній Леонідович* – начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.;
2. *Мельник Євгенія Олександрівна* – начальник відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
3. *Мігель Олександр Володимирович* – завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
4. *Рубцова Євгенія Георгівна* – експерт відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
5. *Шилкіна Олена Олександрівна* – начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», 03151, м.Київ, вул.Ушинського, 40.

Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

Рецензенти

1. *Андрашко Юрій Володимирович* – завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб медичного факультету Ужгородського національного університету, д.м.н., професор;
2. *Кузнцова Лариса Володимирівна* – професор кафедри клінічної імунології та алергології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор.

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та Реєстру медико-технологічних документів (<http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>)