

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т. Е.

Проверил: к.м.н., доцент Бычковская С. В.

Реферат

На тему: «Современные аспекты патогенеза и лечения атопического дерматита у детей»

Выполнил: врач-ординатор

Ефимовская А.Г.

Сол.
доц. Ефимовская С.В.

г. Красноярск, 2019 год.

11.02.19
доц. Ефимовская С.В.

Оглавление

Введение.....	3
Этиология и патогенез.....	3
Классификация.....	4
Диагностика.....	5
Дифференциальная диагностика.....	9
Лечение.....	9
Диспансерное наблюдение.....	16
Заключение.....	16
Список литературы.....	17

Введение

Проблема атопического дерматита у детей приобретает в последние годы все большее медико-социальное значение, так как его распространенность неуклонно растет, составляя в разных странах мира от 6 до 25%, а в России до 35%, изменился патоморфоз атопического дерматита у детей – отмечена более ранняя манифестация (сразу после рождения или в первые 1–2 мес жизни в 47% наблюдений, по нашим данным); увеличилась частота тяжелых форм атопического дерматита с расширением площади поражения кожи, существенно повысилось число больных, имеющих осложненные формы атопического дерматита (25–36%). При этом многие педиатры и аллергологи, считают возможным полагаться на «естественное течение болезни» и рекомендуют выжидательную тактику, когда фаза обострения сменится фазой стихания острых воспалительных изменений на коже. Такой подход нельзя назвать правильным, так как атопический дерматит является управляемым патологическим процессом, и активное вмешательство врача с использованием современных средств на каждом этапе определяет высокую эффективность лечения и способствует улучшению качества жизни больных.

Атопический дерматит (АтД) (L20) — мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Атопический дерматит в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте, значительно нарушает качество жизни больного и членов его семьи. В большинстве случаев развивается у лиц с наследственной предрасположенностью и часто сочетается с другими формами аллергической патологии, такими как бронхиальная астма, аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, пищевая аллергия.

Этиология и патогенез

В основе патогенеза атопического дерматита лежит иммунозависимое воспаление кожи на фоне активации Th2 клеток, что сопровождается повышением ее чувствительности к внешним и внутренним раздражителям. При хронизации процесса помимо сохраняющейся активности Th2 клеток в воспалительный процесс включаются Th1, Th17 и Th22 клетки.

При атопическом дерматите установлено важное значение нарушений эпидермального барьера, увеличения сухости и трансэпидермальной потери воды, что создает возможность поступления аллергенов трансдермально с

вовлечением механизмов, приводящих к повреждению кожи и способствующих ранней сенсибилизации организма и инициации воспаления.

В патогенезе атопического дерматита имеет место генетически детерминированное повреждение кожного барьера, опосредованное нарушением процессов кератинизации, вследствие дефекта синтеза структурообразующих белков и изменения липидного состава кожи. В результате происходит нарушение формирования нормального рогового слоя, что клинически проявляется выраженной сухостью.

Несомненно, что в развитии воспаления при атопическом дерматите определенную роль играют нейропептиды и провоспалительные цитокины, высвобождающиеся из кератиноцитов в результате зуда кожи.

Проведенные генетические исследования показали, что атопический дерматит развивается у 82% детей, если оба родителя страдают аллергией, преимущественно на первом году жизни ребенка; у 59% — если только один из родителей имеет АтД, а другой имеет аллергическую патологию дыхательных путей, у 56% — если только один родитель страдает аллергией, у 42% — если родственники первой линии имеют симптомы АтД.

Классификация

Общепринятой классификации АтД нет. Рабочая классификация атопического

дерматита предложена Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) в 2002 г. Она удобна для практических врачей, отражает возрастную динамику, клинико-морфологические формы, тяжесть и стадии течения болезни (табл. 1).

Таблица 1. Рабочая классификация атопического дерматита у детей.

Возрастные периоды	Младенческая (с 1 мес до 1 г. 11 мес.)
	Детская (с 2 лет до 11 лет 11 мес.)
	Подростковая (старше 12 лет)
Стадии	Обострение
	Ремиссия неполная
	Ремиссия
Клинические формы	Экссудативная
	Эритематозно-сквамозная
	Эритематозно-сквамозная с лихенификацией
	Лихеноидная

	Пруригинозная
Тяжесть течения	Легкое
	Среднетяжелое
	Тяжелое
Распространенность процесса	Ограниченный
	Распространенный
	Диффузный
Клинико-этиологические варианты	С пищевой сенсibilизацией
	С грибковой сенсibilизацией
	С клещевой/бытовой сенсibilизацией
	С пыльцевой сенсibilизацией

Диагностика

Обследование включает тщательный сбор аллергоанамнеза, оценку распространенности и тяжести кожного процесса, а также аллергологическое обследование.

1. Жалобы и анамнез

Диагностические критерии атопического дерматита

Основные критерии:

o Зуд кожи.

o Типичная морфология высыпаний и локализация:

— дети первых лет жизни: эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей;

— дети старшего возраста: папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей.

o Ранняя манифестация первых симптомов, хроническое рецидивирующее течение, наследственная отягощенность по атопии.

Дополнительные критерии (помогают заподозрить атопический дерматит, но являются неспецифическими): ксероз; реакции немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами; ладонная гиперлинейность и усиление рисунка («атопические» ладони); стойкий белый дермографизм; экзема сосков; рецидивирующий конъюнктивит; продольная суборбитальная складка (линия Денни–Моргана); периорбитальная гиперпигментация; кератоконус (коническое выпячивание роговицы в ее центре).

Заболевание проходит в своем развитии три стадии, которые могут быть разделены периодами ремиссии или переходить одна в другую.

Младенческая стадия - формируется у детей с периода новорожденности до двух лет и характеризуется острым воспалением кожи с высыпаниями на

коже папул и микровезикул с выраженной экссудацией и мокнутием (**экссудативная форма**). Локализация высыпаний — преимущественно на лице, реже — на голени и бедрах. Кроме того, отмечается выраженный зуд и жжение кожи, болезненность и чувство напряжения. Больной ребенок расчесывает кожу, вследствие чего очаги покрываются корочками. Расположение очагов поражения кожи симметричное.

При ограниченных формах подобные высыпания локализуются чаще на лице в области щек, лба и подбородка, за исключением носогубного треугольника, и симметрично на кистях рук.

При распространенных, диссеминированных формах отмечается поражение кожи туловища, конечностей, преимущественно их разгибательных поверхностей. Для 30% больных характерны гиперемия, инфильтрация и легкое шелушение кожи без экссудации, которые служат проявлениями **эритематозно-сквамозной формы болезни**. Эритематозные пятна и папулы в типичных случаях сначала появляются на щеках, лбу и волосистой части головы и сопровождаются зудом. Обычно эритема усиливается вечером и почти не определяется в утренние часы.

Детская стадия - формируется у детей в возрасте от 2 до 12 лет, может следовать за младенческой стадией без перерыва и продолжается обычно до подросткового возраста. При этом на коже менее выражены экссудативные очаги, характерные для младенческой фазы, отмечается ее значительная гиперемия, выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, утолщение складок и гиперкератоз, складчатый характер поражений. Наличие этих элементов определяется как **эритематозно-сквамозная форма atopического дерматита с лихенизацией**. В дальнейшем на поверхности кожи преобладают лихеноидные папулы и очаги лихенификации с типичной локализацией в складках кожи. Высыпания локализуются чаще всего в локтевых, подколенных, ягодичных складках, на коже сгибательных поверхностей локтевых и лучезапястных суставов, тыльной поверхности шеи, кистей и стоп. При этом отмечаются высыпания в виде лихеноидных папул, обильное шелушение, множественные расчесы и трещины кожи — эти проявления определяют как **лихеноидную форму**. В этой стадии atopического дерматита характерно поражение кожи лица, определяемое как «*атопическое лицо*» (гиперпигментация век с подчеркнутыми складками, шелушением кожи век и вычесыванием бровей). У всех этих больных определяется очень характерный упорный и мучительный зуд кожи, особенно выраженный по ночам.

Подростковая стадия - наблюдается у детей в возрасте старше 12 лет и характеризуется резко выраженной лихенизацией (лихенификацией), сухостью и шелушением, преимущественными поражениями кожи лица и верхней части туловища и непрерывно рецидивирующим течением. Эта стадия начинается в период полового созревания и часто продолжается в зрелом возрасте. Преобладает поражение сгибательных поверхностей в области естественных складок, лица и шеи, плеч и спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног.

Высыпания характеризуются сухими, шелушащимися эритематозными папулами и бляшками и образованием больших лихенифицированных бляшек при хронических очагах поражения кожи.

У подростков может наблюдаться **пруригинозная форма атопического дерматита**, которая характеризуется сильнейшим зудом и множественными фолликулярными папулами, плотной консистенции, шаровидной формы с многочисленными рассеянными эксфолиациями на поверхности папул. Эти высыпания сочетаются с выраженной лихенизацией с типичной для этого возраста локализацией на сгибательных поверхностях конечностей.

По распространенности воспалительного процесса на коже различают: атопический дерматит ограниченный — с локализацией преимущественно на лице и площадью поражения кожи не более 5–10%; распространенный — с площадью поражения 10 - 50%; диффузный — с обширным поражением более 50%.

По стадиям течения атопического дерматита выделяют: обострение, неполную ремиссию и ремиссию.

2. Физикальное обследование

Оценку тяжести клинических проявлений атопического дерматита проводят по шкале SCORAD:

Параметр А

Распространенность кожного процесса — площадь пораженной кожи (%), которую рассчитывают по правилу «девятки». Для оценки также можно использовать правило «ладони» (площадь ладонной поверхности кисти принимают равной 1% всей поверхности кожи).

Параметр В

Для определения интенсивности клинических проявлений подсчитывают выраженность 6 признаков (эритема, отек/папулы, корки/мокнутие, эксфолиация, лихенификация, сухость кожи). Каждый признак оценивают от 0 до 3 баллов (0 — отсутствует, 1 — слабо выражен, 2 — выражен умеренно, 3 — выражен резко). Оценку симптомов проводят на участке кожи, где они максимально выражены. Общая сумма баллов может быть от 0 (кожные поражения отсутствуют) до 18 (максимальная интенсивность всех 6 симптомов). Один и тот же участок пораженной кожи можно использовать для оценки выраженности любого количества симптомов.

Параметр С

Субъективные симптомы — зуд кожных покровов и нарушения сна — оценивают только у детей старше 7 лет. Пациенту или его родителям предлагается указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, соответствующую, по их мнению, степени выраженности зуда и нарушений сна, усредненную за последние 3 суток. Сумма баллов субъективных симптомов может колебаться от 0 до 20.

Индекс SCORAD: $A/5 + 7B/2 + C$ (для детей старше 7 лет).

Индекс SCORAD: $A/5 + 7B/2$ (для детей до 7 лет).

При значении индекса SCORAD до 20 баллов - легкое течение, 20 - 40 баллов - средней тяжести, выше 40 баллов - тяжелое.

3. Лабораторная диагностика

- *клинический анализ крови* (неспецифическим признаком может быть наличие эозинофилии, в случае присоединения кожного инфекционного процесса возможен нейтрофильный лейкоцитоз).

- *кожные тесты со стандартизованными аллергенами* (прик-тест, скарификационные кожные пробы). Выявляет IgE-опосредованные аллергические реакции; проводится аллергологом при отсутствии острых проявлений атопического дерматита у ребенка.

- *определение аллергенспецифических IgE-антител* в сыворотке крови

Данное исследование предпочтительно для детей:

- о с распространенными кожными проявлениями атопического дерматита;
- о при невозможности отмены принимаемых антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов, нейролептиков;
- о с сомнительными результатами кожных тестов или при отсутствии корреляции клинических проявлений и результатов кожных тестов;
- о с высоким риском развития анафилактических реакций на определенный аллерген при проведении кожного тестирования;

- о для пациентов грудного возраста;
- о в отсутствии аллергенов для проведения кожного тестирования, при наличии таковых для диагностики *in vitro*.

4. Иная диагностика

- *назначение индивидуальной элиминационной диеты и диагностическое введение продукта* (подозреваемого в качестве причинно-значимого аллергена). Осуществляется врачами специалистами (аллергологами, диетологами) для подтверждения диагноза, для оценки формирования толерантности, а также после проведения десенсибилизации к аллергенам (особенно в случаях сенсibilизации к злаковым и белкам коровьего молока). Диагностическая эффективность элиминационной диеты оценивается в динамике, обычно спустя 2–4 недели после строгого выполнения диетических рекомендаций.
- *консультации специалистов* (дерматолог, аллерголог, диетолог, ЛОР, психоневролог, медицинский психолог) осуществляют по показаниям.

Дифференциальная диагностика

Атопический дерматит необходимо дифференцировать с чесоткой, себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, ихтиозом, псориазом, иммунодефицитными состояниями (синдром Вискотта–Олдрича, синдром гипериммуноглобулинемии).

Лечение

Лечение АтД должно быть комплексным и патогенетическим, включающим элиминационные мероприятия, диету, гипоаллергенный режим, местную и системную фармакотерапию, коррекцию сопутствующей патологии, обучение больного, реабилитацию. Объем терапии при АтД определяется выраженностью клинических проявлений.

Лечение атопического дерматита должно быть направлено на достижение следующих целей: уменьшение клинических проявлений заболевания, снижение частоты обострений, повышение качества жизни больных и предотвращение инфекционных осложнений.

Ступенчатая терапия атопического дерматита (Консенсус EAACI/AAAAI/PRACTALL):

IV Ступень:	Тяжелое течение АД (SCORAD 40, персистирующее течение): Системные иммуносупрессоры (ГКС, циклоспорин А, азатиоприн), МГК средней и высокой активности, топические ингибиторы кальциневрина, системные антигистаминные препараты 2-го поколения, фототерапия. Образовательные мероприятия
III Ступень:	Средняя степень тяжести (SCORAD 20-40): Системные антигистаминные препараты 2-го поколения. МГК средней и высокой активности. Топические ингибиторы кальциневрина. Образовательные мероприятия
II Ступень:	Легкая степень тяжести (SCORAD < 20): Системные антигистаминные препараты 2-го поколения. МГК низкой и средней активности. Топические ингибиторы кальциневрина. Образовательные мероприятия
I Ступень:	Только сухость кожи (ремиссия). Базисная терапия: уход за кожей, элиминационные мероприятия. Образовательные мероприятия

Примечание: МГК — местные глюкокортикостероиды.

Консервативное лечение:

Наружная терапия является обязательной и важной частью комплексного лечения АД. Она должна проводиться дифференцированно с учетом патологических изменений кожи. Целью наружной терапии АД является не только купирование воспаления и зуда, но и восстановление водно-липидного слоя и барьерной функции кожи, а также обеспечение правильного и ежедневного ухода за кожей.

Местные глюкокортикостероиды (МГК) рекомендуются как средства первой линии для лечения обострений атопического дерматита, а также препараты стартовой терапии при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания.

Классификация МГК по степени активности:

Таблица 3 - Классификация МГК по степени активности (Miller & Munro, 1980, с дополнениями)

Класс (степень активности)	Международное непатентованное название
IV (очень сильные)	Клобетазол 0,05% крем, мазь.
III (сильные)	Бетаметазон (бетаметазона валерат, бетаметазона дипропионат) 0,1% крем и мазь; 0,05% крем и мазь. Гидрокортизон (гидрокортизона бутират) 0,1% мазь, крем, эмульсия, раствор. Метилпреднизолона ацепонат 0,1% жирная мазь, мазь, крем, эмульсия. Мометазон (мометазона фураат) 0,1% мазь, крем, раствор. Триамцинолона ацетонид 0,1% мазь. Флуоцинолона ацетонид 0,025% мазь, крем, гель,

	линимент. Флутиказон (флутиказона пропионат) 0,005% мазь и 0,05% крем.
II (средней силы)	Алклометазон (алклометазона дипропионат) 0,05% мазь, крем.
I (слабые)	Гидрокортизон (Гидрокортизона ацетат) 0,5%, 1% мазь. Преднизолон 0,5% мазь.

Таблица 4 - МГК препараты и их комбинации.

МНН (состав)	Концентрация	Возраст-разрешенный диапазон	Кратность применения
Монопрепараты			
Клобетазол	0,05% крем, мазь	С 1 года	1-2 р/дн
Бетаметазона валерат, Бетаметазона дипропионат	0,1% крем и мазь; 0,05% крем и мазь	С 1 года	2 р/дн
Гидрокортизона бутират	0,1% мазь, крем, эмульсия, раствор	С 6 мес.	1-3 р/дн
Метилпреднизолона ацепонат	0,1% жирная мазь, мазь, крем, эмульсия	С 4 мес.	1 р/дн
Мометазона фураат	0,1% мазь, крем, раствор	С 6 мес.	1 р/дн (раствор 1-3 р/дн)
Триамцинолона ацетонид	0,1% мазь	С 2 лет	2-3 р/дн
Флуоцинолона ацетонид	0,025% мазь, крем, гель, линимент	Мазь, крем, гель: с 2 лет Линимент с 1 года	2-4 р/дн
Флутиказона пропионат	0,005% мазь и 0,05% крем	Крем с 1 года Мазь с 6 мес	1-2 р/дн
Алклометазон	0,05% мазь, крем	С 6 мес	2-3 р/дн
Гидрокортизона гидрохлорид, гидрокортизона ацетат	1% мазь	С 2 лет	2-3 р/дн
Преднизолон	0,5% мазь	С 1 года	1-3 р/дн
Комбинированные препараты			
Бетаметазона дипропионат + Гентамицин + Клотримазол	мазь, крем	С 2 лет	2 р/дн
Натамицин + Неомицин + Гидрокортизон	мазь, крем	С 1 года, до 1 года – с осторожностью	2-4 р/дн
Флуметазона пивалат + Салициловая кислота	200 мкг + 30 мг, мазь	С осторожностью в детском	1-3 р/дн

		возрасте	
Флуметазона пивалат + клинхинол	200 мкг + 30 мг, мазь	С 10 лет, с осторожностью	1-3 р/дн
Бетаметазона валерат + Гентамицина сульфат	крем 1 мг+1 мг/1 г	С 6 мес (с осторожностью)	2 р/дн
Триамцинолона ацетонид + Тетрациклина гидрохлорид	аэрозоль 10+400мг/30 мл	С 3 лет	1 р/дн
Флуоцинолона ацетонид + Неомицина сульфат	мазь 250 мкг+5 мг/1 г	С 2 лет	1 р/дн
Мометазона фураат + Салициловая кислота	мазь 1 мг + 50 мг/1 г	С 12 лет	2 р/дн
Фузидовой кислоты полугидрат + гидрокортизона ацетат	Крем 10 мг + 20мг/1 г	С 2 лет	3 р/д

Топические МГК с антибактериальными и противогрибковыми свойствами рекомендуются пациентам с АД, осложненным бактериальной или грибковой инфекцией кожи.

Топические ингибиторы кальциневрина (ИК) (местные иммуномодуляторы)

Препарат	Концентрация	Возраст-разрешенный диапазон
Пимекролимус	1% крем	С 3 мес
Такролимус	0,03% и 0,1% мазь	0,03% мазь - с 2 лет, 0,1% мазь - с 16 лет

- Такролимусу и пимекролимусу свойственна низкая системная абсорбция; в отличие от МГК они *не вызывают атрофии кожи и не влияют на функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы*. Препараты могут использоваться в комбинации с МГК. После уменьшения симптомов тяжелого обострения МГК можно заменить на ингибитор кальциневрина, что позволяет избежать развития синдрома отмены, атрофии кожи, стероидных акне, особенно на лице. Ингибиторы кальциневрина обладают фунгистатическим действием в отношении большинства штаммов *Malassezia spp.*

- Такролимус является препаратом, разрешенным для длительной поддерживающей терапии АД (средней степени тяжести и тяжелых форм) по схеме 2 раза в неделю в течение 12 месяцев и более у пациентов с частыми обострениями (свыше 4 эпизодов в год) с целью предупреждения новых обострений и продления периода ремиссии.

Данная терапия рекомендована только тем пациентам, у которых ранее наблюдался ответ на лечение такролимусом по схеме 2 раза в день продолжительностью не более 6 недель (т.е. лечение привело к полному или почти полному разрешению кожного процесса). Через 12 месяцев поддерживающей терапии необходимо оценить динамику клинических проявлений и решить вопрос о целесообразности продолжения профилактического использования такролимуса.

Пациентам, использующим топические ингибиторы кальциневрина, рекомендуют избегать активной инсоляции и использовать солнцезащитные средства.

- У пациентов подросткового возраста с АД среднетяжелого и тяжелого течения рекомендована тактика проактивной терапии - с использованием МГК (преимущественно средней силы) и ИК. Используется однократное нанесение в течение двух последовательных дней недели в течение 4 месяцев.

Активированный пиритион цинка (0,2% аэрозоль, 0,2% крем и 1% шампунь) (нестероидный препарат с широким спектром фармакологических эффектов), при его применении снижается количество расширенных сосудов, плотность периваскулярного инфильтрата, нормализуется структура рогового слоя, снижается колонизация кожи грибами, в первую очередь *Malassezia furfur*, а также *S. Aureus*.

Препарат может применяться у детей от 1 года, допускается использование на всех участках тела без ограничений по площади. Крем наносят 2 раза в день, возможно применение окклюзионных повязок. Аэрозоль используют в случаях выраженного мокнутия, распыляют с расстояния 15 см 2–3 раза в день. Однако, длительное использование препарата может сопровождаться снижением эффективности.

Антисептики рекомендуется применять в комплексной терапии атопического дерматита.

Увлажняющие и смягчающие средства рекомендуются в комплексной терапии атопического дерматита, так как восстанавливают целостность водно-липидного и рогового слоев эпидермиса, улучшают барьерную функцию кожи (корнеотерапия), обладают также МГК-сберегающим эффектом и используются для достижения и поддержания контроля над симптомами заболевания.

Эти средства наносятся на кожу регулярно, ежедневно, не менее 2 раз в день, в том числе после каждого мытья или купания, как на фоне применения МПК и ингибиторов кальциневрина, так и в период ремиссии АтД, когда отсутствуют симптомы заболевания. Эти средства питают и увлажняют кожу, уменьшают сухость и снижают зуд.

Мази и кремы более эффективно восстанавливают поврежденный гидролипидный слой эпидермиса, чем лосьоны. Максимальная продолжительность их действия составляет 6 ч, поэтому аппликации питательных и увлажняющих средств должны быть частыми. Каждые 3–4 недели необходима смена питательных и увлажняющих средств для предотвращения явлений тахифилаксии.

Ежедневное купание (использование ванн лучше, чем душ). Для очищения кожи целесообразно использовать ежедневные непродолжительные прохладные ванны (10 мин) с мягкой моющей основой с рН 5,5, не содержащей щелочи. При очищении кожи не следует ее растирать. После купания рекомендуется только промокнуть поверхность кожи, не вытирая ее досуха.

Системная терапия

Антигистаминные препараты

Антигистаминные препараты 1-го поколения не рекомендованы для постоянно и длительного использования, могут применяться лишь при обострении АтД короткими курсами на ночь для уменьшения.

Антигистаминные препараты 2-го поколения могут быть рекомендованы для устранения не только ночного, но и дневного зуда.

МНН	Форма	Кратность применения
Цетиризин	капли сироп таблетки	Детям от 6 до 12 мес.: по 2,5 мг 1 р/дн. Детям от 1 года до 6 лет: по 2,5 мг 2 р/дн или 5 мг 1 р/дн в виде капель. Детям старше 6 лет: по 10 мг однократно или по 5 мг 2 р/дн.
Левосетиризин	капли сироп таблетки	Детям от 2 до 6 лет: 2,5 мг/сут в форме капель. Детям старше 6 лет: 5 мг 1р/дн.
Дезлоратадин	сироп таблетки	Детям с 6 мес до 1 года по 1 мг (2 мл сиропа) Детям с 1 года до 5 лет по 1,25 мг (2,5 мл). Детям с 6 до 11 лет по 2,5 мг (5 мл) 1 р/дн в форме сиропа. Детям старше 12 лет: 5 мг (1 таблетка или 10 мл сиропа) 1 р/дн

Лоратадин	сироп таблетки	Детям старше 2 лет. Детям с массой тела менее 30 кг: по 5 мг 1 р/дн. Детям с массой тела более 30 кг: по 10 мг 1 р/дн
Фексофенадин	таблетки	С 6 до 12 лет по 30 мг 1 р/дн. Детям старше 12 лет: 120–180 мг 1 р/дн.
Рупатадин	таблетки	Детям старше 12 лет: 10 мг 1 р/дн.
Эбастин	сироп таблетки	Сироп (1 мг/мл): Дети от 6-ти до 12 лет: 5 мг (5 мл) 1 р/дн. Дети от 12-ти до 15 лет: 10 мг (10 мл) 1 р/дн. С 15 лет 10-20 мг (10-20 мл) 1 р/дн. Таблетки (10 мг): Детям старше 12 лет: по 1-2 таб 10 мг 1 р/дн

Антибактериальная терапия

Системное назначение антибиотиков рекомендовано для пациентов с подтвержденной тяжелой бактериальной инфекцией кожи сопровождающейся высокой температурой, интоксикацией, нарушением состояния и плохим самочувствием больного.

Иммуносупрессивная терапия рекомендована при особенно тяжелом течении АтД и недостаточной эффективности всех других методов лечения. Вопрос о назначении этой терапии решает специалист аллерголог-иммунолог. Иммуносупрессивная терапия (циклоспорин; азатиоприн) эффективна для лечения тяжелых форм АтД, но токсичность и наличие большого количества побочных эффектов лечения ограничивает применение препаратов.

- Рекомендованы короткие курсы циклоспорина, так как они обладают значительно меньшим кумулятивным эффектом по сравнению с длительной терапией (прием препарата в течение 1 года).

Начальная доза циклоспорина 2,5 мг/кг в день, разделяется на 2 приема в сутки и принимается перорально. С целью снижения вероятности побочных эффектов суточная доза не должна превышать 5 мг/кг в сутки.

Системные ГКС рекомендовано использовать для купирования тяжелых обострений АтД короткими курсами. Побочные эффекты ограничивают применение этого метода лечения у детей, поэтому системное применение ГКС не может быть рекомендовано для рутинного использования.

Аллергенспецифическая иммунотерапия при атопическом дерматите не рекомендована, однако она может быть эффективна при сопутствующей

бронхиальной астме, аллергическом риноконъюнктивите, сенсibilизации к клещам домашней пыли.

Немедикаментозное лечение

Гипоаллергенная диета рекомендована при АтД, обусловленном пищевой аллергией, а также пациентам с пыльцевой сенсibilизацией.

Гипоаллергенный режим. Уменьшение контакта с аллергеном является первым и необходимым шагом в лечении больных с атопией.

Фототерапия (УФ-облучение) у пациентов с 3 лет с распространенными кожными проявлениями, устойчивыми к стандартной терапии.

Психотерапия. Наиболее предпочтительны групповое психотерапевтическое воздействие, обучение техникам релаксации, снятия стресса и модификации поведения.

Диспансерное наблюдение

Пациенты детской возрастной категории с атопическим дерматитом должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением педиатра, консультации специалистов (аллерголога-иммунолога, дерматолога) в зависимости от состояния и тяжести процесса проводятся 1 раз в 2-6 мес.

Комплексное обследование с динамическим контролем состояния, определением изменений спектра и степени сенсibilизации, проводятся детям в зависимости от степени тяжести и характера течения процесса по показаниям амбулаторно / в дневном стационаре.

Заключение

Таким образом, высокая распространенность атопического дерматита в раннем детстве определяет необходимость целостного подхода в организации комплексного лечения и управления течением болезни. При этом патогенетическая терапия атопического дерматита и адекватное наружное лечение с применением современных дерматологических технологий и высокой приверженностью к терапии обеспечивают стойкую ремиссию заболевания и предупреждают его рецидивирование, что значительно улучшает качество жизни больных.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации. Атопический дерматит у детей / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, Р. М. Хаитов [и др.] // Министерство здравоохранения РФ; Союз педиатров России. – 2016. – 60 с.
2. Смирнова, Г. И. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей / Г. И. Смирнова // Российский педиатрический журнал. – 2014. – № 2. – С. 49-56.
3. Смирнова, Г. И. Управление течением болезни: атопический дерматит у детей / Г. И. Смирнова // Российский педиатрический журнал. – 2014. – № 6. – С. 45-53.
4. Мачарадзе, Д. Ш. Атопический дерматит: новое в лечении / Д. Ш. Мачарадзе // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – Т. 12. - № 5. – С. 80-85.
5. Мацук, О. Н. Лечение атопического дерматита у детей с использованием иммунокорригирующей терапии / О. Н. Мацук // Вестник ВГМУ. – 2013. – Т. 12. - № 1. – С. 83-86.
6. Мачарадзе, Д. Ш. Особенности лечения тяжелой формы атопического дерматита у детей / Д. Ш. Мачарадзе // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – Т. 12. - № 4. – С. 130-135.
7. Пампура, А. Н. Современные подходы к терапии атопического дерматита у детей / А. Н. Пампура, А. А. Чусляева // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9. - № 1. – С. 77-81.