

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ

Січненко П.І.

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії та дитячих інфекцій Медичний інститут, СумДУ

Атопічний дерматит (АД) - хронічне алергічне захворювання, що розвивається у осіб з генетичною схильністю до атопії, має рецидивуючий перебіг, вікові особливості клінічних проявів і характеризується ексудативними чи лихеноподібними висипками, підвищенням рівня сироваткового IgE та гіперчутливістю до специфічних (алергенних) та неспецифічних подразників. Атопічний дерматит відноситься до мультифакторних захворювань з великим спектром факторів ризику.

До етіологічних чинників розвитку атопічного дерматиту відносяться алергени, які можуть бути неінфекційного (харчові, інгаляційні, лікарські), так і інфекційного походження (бактерії, грибки, віруси), а також ірританти.

Першою причиною розвитку захворювання у дітей першого року життя, як правило, є харчові алергени. У дітей першого року життя найбільш часто розвивається сенсibiliзація до молочних продуктів, яєць, харчовим злакам, сої, риби.

У дошкільному та ранньому шкільному віці причиною АД також можуть бути харчові алергени, але вони втрачають свою домінуючу роль у старших вікових групах і, нерідко, однією з провідних причин загострення хвороби становляться інгаляційні алергени. Доказано, що харчова алергія в перші 5 років життя дитини зустрічається більш ніж в 6 разів частіше інгаляційної. Причому 30% дітей, що страждають харчовою алергією. Незрілість і недостатня диференціація функцій різних відділів шлунково-кишкового тракту сприяє тому, що харчова алергія у дітей розвивається частіше, ніж у дорослих.

По суті, при АД у дітей харчові алергени - це стартова сенсibiliзація, на тлі якої, в силу схожості антигенної структури та розвитку перехресних алергічних реакцій між різними групами антигенів, формується гіперчутливість до інших видів алергенів (пилкових, побутових, епідермальних).

У дітей старше 5-7 років у формуванні АД значно зростає роль інгаляційних алергенів. Серед них причиною розвитку АД можуть бути побутові (домашній пил, бібліотечний пил), епідермальні алергени (вовна, пух, епідерміс тварин, птахів, наприклад, перо подушок, шерсть кішки, собаки та інших тварин), пилок рослин (дерев, злакових, складноцвітих та ін.)

Досить часто причинними факторами розвитку і загострення АД у дітей становляться медикаменти (антибіотики (у 90% випадків), сульфаніламідні препарати, місцеві анестетики, нестероїдні протизапальні препарати, вітаміни групи В), особливо після їх неадекватного

призначення або безконтрольного використання і досить часто причинами розвитку АД у дітей є глистяні інвазії, в першу чергу лямбліоз.

Слід зазначити, що АД не завжди зумовлений реакіновими (IgE-залежними) механізмами - особливе значення мають порушення рівноваги симпатичної і парасимпатичної систем, що виражаються у збільшенні холінергічної реактивності, зниження β -адренореактивності та підсиленні α -адренореактивності.

Клінічні прояви АД різноманітні, залежать від віку та термінів виникнення захворювання. У переважній більшості дітей (до 90%) перші прояви АД починаються на першому році життя, частіше всього з 3-місячного віку. Проте, в даний час однією з особливостей АД є його ранній початок (безпосередньо з народження) і розвиток важких форм захворювання з ураженням великих ділянок шкіри. Основними проявами АД у дітей є інтенсивний свербіж і висока шкірна реактивність. Діти розчісують шкіру періодично протягом дня, але особливо - ввечері та вночі. Багато факторів (посилене потовиділення, вовняна одяг, мило, детергенти та ін), крім їх ролі як алергенів, можуть провокувати свербіж і розчісування.

Клінічна симптоматика АД у дітей насамперед визначається віком, періодом течії АД (гострий, підгострий, ремісія), а також конституціональними особливостями організму, станом його реактивності.

Виділяють три стадії захворювання: малюкова - спостерігається у дітей у віці від народження до 2-х років, дитяча - від 2-х до 10-12 років і підліткова - від 10-12 до 18 років.

Малюкова стадія протікає у вигляді 2-х форм ураження шкіри: ексудативної («мокнуча») і еритематозно-сквамозної («суха»).

При ексудативній формі АД в періоді загострення клінічно визначаються гіперемія, набряк шкіри, везикули, папуловезикули, ерозії, мокнучі ділянки, вкриті серозним та серозно-гнійними кірками. Папуловезикульозні висипання розташовуються головним чином на обличчі, верхніх і нижніх кінцівках, схильні до симетрії і супроводжуються інтенсивним свербінням. Пухирці відрізняються нестійкістю, легко розкриваються з утворенням ерозій, з яких сочиться прозора рідина. Мокнучі ділянки, набрякла яскрава еритема з серозним кірками розташовуються частіше в області обличчя - щоки, лоб, підборіддя, волосиста частина голови, або поширюються на розгинальні поверхні верхніх і нижніх кінцівок, шию, тулуб, пахові і пахові області, сідниці.

Ураження шкіри при еритематозній-сквамозній формі АД в періоді загострення характеризується наявністю вираженої сухості шкіри, гіперемії, невеликої набрякlosti у вогнищах. Основними елементами є епідермодермальні дуже сверблячі папули, місцями зливні. Виявляється безліч вторинних елементів: ерозії, кірки, лущення, екскоріації.

Подальша еволюція розвитку АД у дітей передбачає поступову зміну характеру та локалізації ураження шкіри. Так, у дітей від 2-х до 10-12 років (дитяча стадія) формується еритематозно - сквамозний варіант АД з першими ознаками ліхеніфікації. Поява ліхеніфікації - яскраве клінічне свідчення хронізації хвороби.

Клінічна симптоматика дитячої стадії АД включає гіперемію, індуративний (щільний) набряк шкіри, поява еритематозно-сквамозних вогнищ з наявністю плоских дрібних і фолікулярних папул. Нерідко відзначається виражена сухість шкірних покривів, ознаки ліхеніфікації - потовщення і посилення шкірного малюнка, лущення шкіри з великою кількістю дрібнопластівчастих та висівкоподібних лусочок, численні екскоріації. Вогнища ураження зміщуються в природні складки і згини, як правило, мають схильність до симетрії.

У дітей старших 10 років і підлітків можуть бути констатовано ліхеноподібний або прурігоподібний варіанти АД (підліткова стадія).

У клініці ліхеноподібної форми АД у фазі загострення превалюють інфільтрація і ліхеніфікація шкіри на фоні гострозапальної еритеми та незначним набряком. Первинним морфологічним елементом є епідермодермальні папули, які місцями зливаються в суцільні ділянки інфільтрації. З великою постійністю визначається сухість шкіри, лущення, інтенсивний свербіж. В області вогнищ ураження спостерігаються множинні екскоріації, свіжі і вкриті геморагічними кірками. Шкіра в вогнищах уражень у дітей в цій «заключній» фазі розвитку АД часто гіперпігментована, потовщена, малюнок посилений. У місцях природничих складок на фоні інфільтрації нерідко відзначаються лінійні тріщини у зв'язку з високим ступенем ксерозу і постійним механічним подразненням. Шкірні висипання локалізуються переважно на обличчі, шиї, в ліктьових і підколінних ямках, на променезап'ясткових суглобах, внутрішній поверхні стегон, області промежини.

Рідше зустрічається прурігоподібна форма, яка характеризується висипкою на фоні ліхеніфікованої шкіри у вигляді множинних ізольованих папул, на вершині яких виявляються дрібні везикули. Висипка частіше розташовується на розгинальних поверхнях кінцівок, сідницях.

За перебігом розрізняють легку, середню і важку ступінь тяжкості патологічного процесу. Для оцінки тяжкості АД останнім часом використовують шкалу SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis).

За перебігом розрізняють гострий період АД (гострих запальних змін на шкірі), підгострий (стихання запалення) і період клінічної ремісії захворювання, яка може бути повною і неповною (відсутність «гострих» проявів - сверблячки, гіперемії, розчісувань, але збереження ліхеніфікації і, можливо, рідкісних і мінімальних загострень).

Суттєвим доповненням діагнозу є вказівка на варіанти сенсibiliзації: харчова, побутова, кліщова, грибкова, пилкова, або полівалентна алергія.

Слід також врахувати, що малюкова стадія АД за своєю морфологічною сутністю, як правило, відповідає гострій фазі хвороби, а дитяча і, особливо, підліткова - хронічною. У цьому випадку поняття «гостра фаза» не тотожне періоду загострення АД, що характеризується наявністю симптомів гострого запалення шкіри (еритема, набряк, мокнуття, інфільтрація та ін.). Генез гострої фази АД пов'язаний з особливістю запального процесу, а саме з переважанням ранньої фази запалення (IgE-залежною з вираженими судинними реакціями, дегрануляції тучних клітин, активною участю гістаміну). Саме гострий характер запалення, типовий для дітей раннього віку, свідчить про можливість зворотного розвитку патологічного процесу і пояснює високий відсоток лікування (до 50%) від екземи дітей до 2-х років.

По мірі прогресування захворювання характер запального процесу змінюється. У пацієнтів старше 2-х років домінуючі позиції займає так звана «пізня фаза алергічної реакції» з переважанням запалення, клітинної інфільтрації і розвитком синдрому ліхеніфікації. Саме з появою перших ознак ліхеніфікації запальний процес при АД вважається хронічним. Лікування хронічних форм АД (дитяча та підліткова) важкий і тривалий, прогноз перебігу складний.

У підгострому періоді АД відзначається істотне згасання симптомів гострого запалення шкіри: гіперемії, набряку, інфільтрації, мокнуть. Однак властива пізній фазі алергічного запалення патологічна концентрація в осередках хронічних ліхеніфікованих уражень шкіри клітин-мішеней алергії обумовлює підтримання вогнищевої інфільтрації, свербіння, вторинних морфологічних елементів запалення. Так, у дітей з дитячою (ексудативною) формою АД в підгострому періоді на тлі неяскової гіперемії шкіри локально можуть визначатися одиничні везикули, ерозії, вкриті тонкими серозним або серозно-гнійними кірками. Шкірні ураження при «сухій» еритематозно-сквамозній формі АД характеризуються значним зменшенням інфільтрації, набряку, гіперемії у вогнищах, інтенсивності свербіжжю, а превалюють сухість, лущення шкіри, екскоріації. У підгострому періоді дитячої та підліткової стадій АД з великою постійністю виявляються вогнищева інфільтрація, ліхеніфікація, сухість та лущення шкіри, множинні екскоріації.

Тривалість підгострого періоду АД у дітей визначається багатьма факторами (тяжкістю перебігу хвороби, активністю етапної терапії тощо) і значно варіює у різних хворих - від декількох тижнів і місяців до декількох років.

У періоді ремісії клінічні симптоми АД значно слабшають (у разі неповної ремісії) або повністю зникають (повна ремісія). У періоді ремісії в місцях локалізації вогнищ можна спостерігати зміну кольору (від гіпо-до гіперпігментації), малу еластичність, лущення, атрофію шкіри. У періоді неповної ремісії можливе збереження вогнищ інфільтрації,

ліхеніфікації, одиничних екскоріацій з переважанням сухості, лущення, гіперпигментації шкіри.

Діагноз АД заснований переважно на комплексі клінічних даних, в першу чергу - фізикального обстеження. Алергологічний анамнез (сімейний та індивідуальний), визначення загального і специфічних IgE, дослідження гемограми (еозинофілія) мають допоміжне значення. Імунологічні методи дослідження, а саме - визначення субпопуляцій лімфоцитів, рівня імуноглобулінів А, М, G, різних цитокінів в крові сьогодні мають не стільки практичне значення, скільки є перспективними розробками наукових досліджень. В особливо важких і діагностично неясних випадках показана біопсія шкіри.

Для виявлення супутніх захворювань проводиться комплекс лабораторних та інструментальних методів обстеження і визначається індивідуально для кожного хворого АД, але обов'язкове обстеження на наявність глистяних інвазій. Загальноприйнятими є наступні діагностичні критерії АД (JMHanifin, G. Rajka, 1980): **головні діагностичні критерії:**

- шкірний свербіж;
- типова морфологія (основний первинний елемент - папуловезікула + вторинні елементи) і локалізація уражень шкіри: у дітей перших років життя - висипання на обличчі і розгинальній поверхнях кінцівок, у більш старших дітей і дорослих - ліхеніфікація і розчоси в області згинів кінцівок;
- хронічний рецидивуючий перебіг;
- початок захворювання у ранньому дитячому віці (до 2-х років);
- атопія в анамнезі або спадкова схильність до атопії.

Додаткові діагностичні критерії:

- ксероз;
- іхтіоз / посилення малюнка на долонях;
- реакції негайного типу при шкірному тестуванні з алергенами;
- підвищений рівень сироваткового IgE;
- еозинофілія в крові;
- часті інфекційні ураження шкіри, в основному стафілококової і герпетичної етіології, пов'язані з ослабленням клітинного імунітету;
- локалізація шкірного процесу на кистях і стопах;
- екзема сосків,
- рецидивуючі кон'юнктивіти;
- додаткові суборбітальні складки Денні-Моргана;
- периорбітальна гіперпигментація, темні кола під очима;
- катаракта, кератоконус;

- еритродермія;
- білий дермографізм та ін

Для постановки діагнозу АД необхідна наявність не менше 3-х головних критеріїв, а також 3-х і більше додаткових, при мінімальному терміні збереження симптомів не менше 6 тижнів.

Сучасна концепція патогенезу АД зумовлює комплексний підхід до терапії цього захворювання: дієтотерапія (призначення елімінаційних дієт по групі харчових алергенів), контроль за навколишнім середовищем хворого, системна фармакотерапія, зовнішня терапія, догляд за шкірою, реабілітаційне лікування та запровадження освітніх програм для членів сім'ї і самих пацієнтів.

Важливо пам'ятати, що тільки комплексний підхід до терапії за умови виконання у повному обсязі елімінаційних заходів дозволяє досягти успіху в лікуванні. Лікування стає більш ефективним при підвищенні рівня знань про хворобу та її лікування серед батьків, самих пацієнтів і родини в цілому.

Лікувальне харчування є найважливішою складовою частиною профілактики та комплексного лікування дітей з АД та має своїми цілями максимальне зменшення антигенного впливу їжі на організм дитини та створення умов для нормалізації функціонального стану органів травлення.

Гіпоалергенна дієта при АД, у тому числі його ускладнених формах (вторинна бактеріальна, вірусна або грибкова інфекція), будується з урахуванням наступних принципів: виключення з харчування причинних алергенів (виявлених клінічно та спеціальними методами діагностики - шкірними та лабораторними тестами), а також виключення продуктів, які викликають перехресні алергічні реакції (харчові - пилокві, лікарські та інші алергени), які мають підвищену сенсibiliзуючу та гістамінліберізуючу дію, продуктів, що містять екстрактивні речовини, консерванти та барвники; адекватна заміна виключених продуктів натуральними або спеціалізованими лікувальними продуктами відповідно до вікових потреб та особливостей функціонального стану органів травлення дитини; "функціональне харчування" - використання продуктів, які сприяють нормалізації кишкового біоценозу, що надають регулюючий вплив на фізіологічні функції, в тому числі і на стан імунної системи. Крім того, необхідно застосовувати попередню спеціальну обробку деяких продуктів (очищену і дрібно нарізану картоплю вимочувати в холодній воді протягом 12-14 годин, решту овочів і крупи вимочувати протягом 1-2 год, м'ясо піддають подвійному виварюванню). Страви не повинні бути гарячими. Так обмежувальна дієта повинна розглядатися як "стартова", тобто дієта для початкового етапу роботи лікаря з пацієнтом. В подальшому, в залежності від ступеня тяжкості перебігу АД і в процесі роботи з хворим, з'ясування спектру індивідуальної непереносимості продуктів, дієта повинна поступово

розширюватися шляхом індивідуальної оцінки толерантності до тих чи інших харчових продуктів.

Найбільш складною проблемою є організація харчування дітей з алергією до коров'ячого молока, тому оптимальним видом вигодовування дітей першого року життя, тим більше у тих, що мають ризик розвитку atopічних захворювань, є грудне молоко. При неможливості продовжити грудне вигодовування дитині, що має ризик формування atopічної хвороби, вона повинна бути переведена на вигодовування профілактичними сумішами-гідролізатами на основі продуктів часткового гідролізу молочних білків (Хума-на ГА, Хіпп ГА, НАН ГА). Використання адаптованих замінників грудного молока на основі коров'ячого не раціонально, так як прискорює появу симптомів алергії до білків коров'ячого молока і посилює прояви atopічної хвороби. При появі на першому році життя симптомів АД у дитини, що знаходиться на штучному вигодовуванні, рекомендується перейти на вигодовування лікувальними сумішами-гідролізатами на основі продуктів високої гідролізу молочного білка. Використання сумішей на основі сої в таких ситуаціях не рекомендується із-за високого ризику формування алергії до сої у дітей, що мають алергію до білків коров'ячого молока.

Прикорм при вигодовуванні лікувальними та профілактичними гідролізатами вводяться в звичайні терміни і готуються на воді та овочевих відварах. В якості м'ясного прикорму при алергії до білків коров'ячого молока рекомендується використовувати м'ясо кролика, індички, нежирну свинину.

Тривалість безмолочної дієти залежить від віку дитини, в якому вона була почата, і динаміки клінічних проявів. Видалення з раціону молочних продуктів та використання гідролізатів в першому півріччі життя можуть обмежити термін елімінації до 6-8 міс. Початок дієтотерапії з використанням гідролізатів тільки в другому півріччі життя, незважаючи на наявність симптомів АД, подовжує термін безмолочної дієти до 1-2 років. Якщо, незважаючи на наявність ознак хвороби, дієтотерапія не проводилася протягом усього першого року життя, то безмолочна дієта може знадобитися на багато років.

Розширення дієти і введення молочних продуктів можливе не раніше 6-12 міс. після досягнення стабільної клінічної ремісії.

Неспецифічна гіпоалергенна дієта повинна тривати до трирічного віку з подальшим її поступовим розширенням. При збереженні непереносимості деяких харчових продуктів, що відносяться до облігатних алергенів (шоколад, кава, какао, мед, риба, гриби, горіхи тощо), вони не вводяться в раціон.

Для корекції та профілактики "мікроекологічних" порушень кишечника, які часто супроводжують алергічні захворювання шкіри, широко застосовуються пробіотики у формі ліків. Однак для дітей раннього віку, з огляду на прискорений транзит хімусу через травний

тракт, найбільш адекватною формою введення пробіотиків є їх призначення в життєздатному стані, наприклад включення до складу кисломолочних продуктів. Це скорочує латентний період дії пробіотика, обумовлений виходом його з анабіозу, викликаного ліофілізацією. І найсуттєвіше - при призначенні продуктів з пробіотичними властивостями дитина отримує комплекс біологічно активних речовин, що поліпшують функціонування системи травлення.

Додатковим дієтичним чинником, що сприяє нормалізації кишкового біоценозу, є продукти, що містять харчові волокна. З цією метою можуть використовуватися пектин, яблучне та овочеve пюре, а у дітей старшого віку - також морські водорості ламінарії (з урахуванням індивідуальної переносимості).

В харчуванні таких дітей можуть використовуватися нутрицевтики, багаті поліненасиченими жирними кислотами (ПНЖК), особливо класу омега-3 (поліенів, Ейконол, Тиквеол, Лляне масло). Для збагачення раціону дитини факторами, що сприяють зростанню нормальної мікрофлори і позитивно впливають на імунну систему, додатково можуть бути використані β -каротин, селен-вмісні комплекси на основі дріжджів Вітас-Se і Луновіт, дріжджові лізат Вітас та Фаворит та інші.

У підтримці АД величезну роль грають побутові алергени, в тому числі кліщі домашнього пилу, епідермальні і пилкові алергени, тому необхідно максимально захистити пацієнта від впливу цих алергенів. Крім того, не можна забувати про те, що вплив побутових алергенів прискорює формування і посилює перебіг респіраторної алергії. Тому комплекс елімінаційних заходів є не тільки лікувальним, але і профілактичним відносно респіраторної алергії, в тому числі бронхіальної астми. Він повинен проводитися в усіх без винятку пацієнтів зі сформованим АД, незалежно від виявленого на даний момент спектру сенсibiliзації.

Серед засобів системної дії особливе місце в терапії АД належить антигістамінним препаратам. Сучасні рекомендації з використання антигістамінних засобів при АД зводяться до наступних загальних положень:

1. Антигістамінні препарати седативної групи у вигляді лікарських форм для парентерального введення використовують в гострому періоді АД для зменшення сверблячки у хворих з гострим важким перебігом захворювання.

2. Для базисної та протирецидивної терапії переважні антигістамінні препарати «нового» покоління.

3. При необхідності тривалого прийому використовують тільки антигістамінні препарати нового покоління.

4. У дітей у віці до 1 року дозволені до використання тільки антигістамінні препарати 1-го покоління. H1-блокатори «нового» покоління застосовуються у дітей старше 1 року (див. табл. 16).

5. Комбінація антигістамінних препаратів «старого» і «нового» поколінь, особливо в період загострення захворювання, є дискусійною. При такій схемі лікування антигістамінні препарати «нового» покоління призначаються в повній добовій дозі в ранковій годині (тривалість дії 24 год), а антигістамінні препарати 1-го покоління призначаються перед сном у половинній добовій дозі (їх тривалість дії становить 6-8 год, т. тобто вони забезпечують ефект протягом ночі). Після зменшення інтенсивності загострення доцільно продовжити тривалий прийом антигістамінних препаратів «нового» покоління.

6. Тривалий прийом антигістамінних препаратів «нового» покоління при АД надає протективний ефект щодо формування респіраторної алергії, в тому числі бронхіальної астми. Тривалість курсового прийому не обмежена часом (визначається лікарем в кожному конкретному випадку). Протизапальні ефекти цих лікарських засобів найбільш чітко проявляються при лікуванні протягом 1 місяця і більше.

Для АД характерні множинні порушення з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ), які не лише підтримують алергічний запальний процес в шкірі, а й можуть бути його причиною. Більш серйозна патологія шлунково-кишкового тракту у дітей з АД виявляється, в першу чергу, при важкому перебігу шкірного процесу. Однак перші симптоми ураження шлунково-кишкового тракту можуть розвиватися паралельно АД, навіть при легкому його течії. Тому необхідне своєчасне комплексне обстеження шлунково-кишкового тракту у дітей з АД і раціональна корекція виявлених порушень, особливо виявлення глистяних інвазій.

З огляду на наявність у дітей з АД порушення екзокринної функції підшлункової залози, порушення травлення, необхідне використання раціональної замісної терапії ферментативними препаратами. У дітей до року можна використовувати абомін, після року ферментативні препарати, що не містять жовч і геміцелюлози, стійкі до кислого середовища шлункового соку, зокрема що випускаються у вигляді мікрокапсул: Панзинорм форте, креон, панцитрат, Лекреаза та ін

З метою нормалізації порушеного мікробіоценозу кишечника застосовують бактеріофаги, що володіють високою специфічністю до умовно-патогенних бактерій: стафілококовий бактеріофаг, коліпротейний, бактеріофаг клебсієльний полівалентний. Може бути використаний Ентерол - препарат на основі ліофілізованих лікувальних дріжджів, що має протимікробну дію.

Для «заселення» кишечника використовують бактерійні препарати, що містять ліофільно висушені штами біфідо-і лактобактерій (Біфідумбактерин-форте, Біфікол, Лінекс, Біфіформ та ін.) Монокомпонентні біфідо-і лактобактерії пробіотики малоефективні. Бактерії в ліофілізованих препаратах перебувають у стані анабіозу і для їх активації необхідно тривалий час. Перспективним напрямом є застосування нового покоління пробіотиків, що містять живі бактерії, здатні прижитися в кишечнику за короткий час.

Для стимуляції нормальної флори кишечника використовують Хілак форте, Лізоцим, Нормазе та ін

Відновлення нормальної мікрофлори можна добитися за допомогою кисломолочних продуктів (ацидофілін, біфідок, Біфілайф, біо-кефір) за умови їх індивідуальної переносимості.

Серед вітамінних препаратів, які використовуються в терапії АД, найбільш безпечними, з точки зору розвитку побічних, в першу чергу алергічних ефектів, є вітамін В6 (піридоксин), В5 (пантотенат кальцію) і β -каротин. Всі інші препарати і особливо полівітаміни, здатні викликати загострення захворювання і розвиток побічних ефектів.

Слід пам'ятати, що дитина, яка страждає на АД, має підвищену чутливість до багатьох факторів навколишнього середовища. У зв'язку з цим вибір фармакологічних препаратів повинен бути вкрай обережним і виваженим. Особливо це стосується таких широко рекламованих лікарських засобів, як біологічно активні добавки, фітопрепарати, вітаміномінеральні комплекси, які можуть призвести у дитини з алергічними захворюваннями до серйозних наслідків.

Зовнішня терапія є однією з найважливіших складових комплексного лікування АД. Вона призначається з урахуванням віку дитини, періоду та тяжкості захворювання, поширеності та локалізації шкірного процесу, а також супутніх і місцевих ускладнень.

У гострій стадії хвороби застосовуються протизапальні препарати, серед яких лідируюче положення займають зовнішні кортикостероїдні засоби серед яких для зовнішнього застосування особливої уваги заслуговують нефторовані препарати нового покоління, що володіють високою ефективністю і безпекою. Для дітей краще за все такі зовнішні кортикостероїдні засоби, як Елоком, Адвантан і Локоїд.

Після купування гострих проявів атопічного дерматиту можливе використання нестероїдних протизапальних засобів. До одного з таких засобів відноситься нещодавно розроблений препарат пімекролімус (крем Елідел). Це новий, нестероїдний клітинно-селективний інгібітор запальних цитокінів, що належить до класу аксоміцінових макролактамов.

Догляд за шкірою є найважливішим напрямом в зовнішній терапії у дітей, хворих АД. Однією з помилок є заборона купання дітей, особливо при загостренні АД. Навпаки, ці пацієнти потребують щоденного двадцятихвилинного купання, яке очищає і зволожує шкіру, покращує проникнення лікарських препаратів, запобігає інфікуванню, доставляє задоволення дитині. Вода для купання не повинна бути гарячою. Дехлорування води проводиться шляхом відстоювання води у ванні протягом 1-2 год з подальшим її зігрівання або додаванням окропу.

Останнім часом з'явився широкий вибір засобів для догляду за шкірою при АД. Це так звані «програми по догляду за шкірою атопіків», які включають всі необхідні компоненти: воду, мило, муси, молочко, креми, шампуні. Купувати ці засоби потрібно тільки в аптеках. На сьогоднішній день досить розповсюджені програми трьох спеціалізованих французьких дерматологічних лабораторій: Біодерма (програма Атодерм), Дюкре (програма А-Дерма), Авен (програма на основі термальної води).

Таким чином терапія АД повинна проводитись комплексно з урахуванням усіх можливих напрямків патогенетичного розвитку даної хвороби і починатися як можна раніше, що дозволить з більшою ефективністю покращити якість лікування і якість життя дитини.