

УДК 616.5-002.2-056.3-053.2-07-036.22:

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Назаров К.Д

Ганиев А.Г

*Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Андижанский государственный медицинский институт*

Аннотация: В данном исследовании было отмечено, что желательнее выявить их триггеры для улучшения лечения больных атопическим дерматитом (АД), осложненным вторичными инфекциями. Применение антибактериальных и противогрибковых препаратов у детей с АД предупреждает осложнения при вторичных бактериальных и грибковых инфекциях, повышает эффективность общего лечения на 85,3%, снижает обострение заболевания в 4 раза, удлиняет период ремиссии, предупреждает воспаление и своевременное инфицирование кожи.

Ключевые слова: Атопический дерматит, вторичной инфекции, терапии

BOLALARDA ATOPIK DERMATITNI PATOGENETIK TERAPIYASINI ZAMONAVIY USULLARI

Nazarov K.D

G'aniyev A.G

*Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izoh: Ushbu tadqiqot ikkilamchi infeksiyalar bilan asoratlangan atopik dermatit (AD) bilan og'rigan bemorlarni davolashni yaxshilash uchun ularning qo'zg'atuvchilarini aniqlash maqsadga muvofiqligini ta'kidladi. AD bilan og'rigan bolalarda antibakterial va antifungal preparatlarni qo'llash ikkilamchi bakterial va zamburug'li infeksiyalarning asoratlarini oldini oladi, umumiy davolash samaradorligini 85,3% ga oshiradi, kasallikning kuchayishini 4 barobarga kamaytiradi, remissiya davrini uzaytiradi, yallig'lanish va o'z vaqtida infeksiyani oldini oladi. terining.

Kalit so'zlar: Atopik dermatit, ikkilamchi infeksiya, terapiya

MODERN METHODS OF PATHOGENETIC THERAPY OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

Nazarov K.D

Ganiev A.G

*Urgench branch of the Tashkent Medical Academy
Andijan State Medical Institute*

Annotation: *This study noted that it is desirable to identify their triggers to improve the treatment of patients with atopic dermatitis (AD) complicated by secondary infections. The use of antibacterial and antifungal drugs in children with AD prevents complications from secondary bacterial and fungal infections, increases the effectiveness of general treatment by 85.3%, reduces exacerbation of the disease by 4 times, lengthens the period of remission, prevents inflammation and timely infection of the skin.*

Key words: *Atopic dermatitis, secondary infection, therapy*

Актуальность: Одной из современных особенностей атопического дерматита (АД) является патоморфоз клинических проявлений, связанный с формированием осложненных вторичной инфекцией форм заболевания [4, 5]. Развитие осложненных форм АД обусловлено снижением барьерной функции кожных покровов по отношению к микроорганизмам, нарушением процессов кератинизации, изменением рН кожи, нарушением водно-липидного слоя кожи, препятствующего внедрению условно-патогенных и патогенных бактерий и грибов, наличием входных ворот для инфекции вследствие расчесов и зуда [2,5]. Кроме того, отмечается изменение количественного и качественного состава микробной флоры вследствие нарушения механического удаления микробов с чешуйками кожи, снижения активности потовых и сальных желез и иммунологической реактивности организма [1,3,5].

Целью данного исследования являлось совершенствование методов терапии больных АД, осложненным вторичной инфекцией, в зависимости от видовой принадлежности возбудителя. Материалы и

методы исследования: Для диагностики вторичных осложнений проводили углубленное клиническое обследование, культуральное микологическое и бактериологическое исследования с пораженных участков кожи, а также определение в сыворотке крови циркулирующего кандидозного антигена (ЦКА) с помощью амперометрического иммуноферментного сенсора. Были обследованы 64 пациента (41,4% мальчиков и 58,6% девочек; возраст – от 1 месяцев до 7 лет) с АД, осложненным вторичной стафилококковой и грибковой инфекцией. В возрасте 1 месяцев – 1 год было 29,3% детей, от 1 до 3 – 26,8%, от 3 до 5 – 20,7%, от 5 до 7 лет – 23,2%. Среднетяжелое течение заболевания отмечалось у 56,4%, тяжелое – у 25,6%. У 34 (41,5%) пациентов выявлена колонизация кожи *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*, из них у 15 (43,3%) – клинические признаки стафилодермии (поверхностные – 86,7%, глубокие – 13,3%), у 19 (56,7%) – колонизация кожных покровов стафилококками без клинической манифестации инфекции. Микст-инфекция (стафилококки + грибы) обнаружилась у 48 (58,8%) детей, при этом у пациентов

раннего возраста преобладал высеv с кожных покровов грибов рода *Malassezia furfur* (47%) и *Candida* (26,5%), а у школьников – рода *Candida* (37%), *Rhodotorula rubra* (16%), дерматомицеты (*Trichophyton*, *Epidermophyton*) и плесневые грибы (24%) [3]. При кандидозной колонизации кожных покровов в 92,2% случаев в сыворотке крови определялся ЦКА. Эффективность антибактериальной и антимикотической терапии детей, больных АД, оценивалась на основе общего и индивидуального результатов, а также по средней продолжительности периодов обострения и ремиссии. Индивидуальный терапевтический эффект (ИТЭ) определялся по индексу SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis): снижение на 50% и более – высокий индивидуальный терапевтический эффект, на 20–49% – средний, а меньше 20% – его отсутствие. Общий терапевтический эффект (ОТЭ) проводимого лечения оценивался по проценту больных, показавших тот или иной уровень индивидуального терапевтического эффекта. Пациенты были разделены на основную группу (34 чел.) и контрольную (30). Различия по полу и возрасту между группами были статистически незначимыми.

Результаты и обсуждения.

Дети основной группы в составе комплексной терапии получали препараты с противомикробным и противогрибковым действием, а в контрольной – только традиционное противоаллергическое лечение без противогрибковых и

Этапы	Характеристика этапа	Препараты
I	Санация вторичной грибковой и стафилококковой инфекции.	Целестодерм-В (крем, мазь) 2 раза в день, пиритион цинк – крем, аэрозоль 2 раза в день.

антибактериальных средств [4]. Лечение детей, больных осложненными формами АД, проводилось на основании результатов бактериологического и микологического исследований кожи с учетом морфологического характера высыпаний, остроты процесса, возраста ребенка и включало наружную и

системную этиотропную терапию. Наружная терапия при осложненных формах АД в основной группе осуществлялась по разработанной нами методике в три этапа (табл.1).

Таблица №1

II	Наружная противовоспалительная терапия в сочетании с лечебно-косметическим уходом за кожей	Ингибиторы кальциневрина (протопик 0,03%) 2 раза в день в сочетании с увлажняющими и смягчающими средствами.
III	Лечебно-косметический уход за кожей	Увлажняющие и смягчающие средства (Mustela Stell Atopia, топикрем и др.) 2–3 раза в день

Этапы наружной терапии при осложненных формах АД у детей с наличием вторичной инфекции

Антибиотикотерапию назначали 5 (11,9%) больным основной группы с учетом чувствительности возбудителя (цефалоспорины, фузидин натрия, макролиды). Системные антибиотики использовались при вторичной бактериальной инфекции кожи, протекающей с лихорадкой и интоксикацией, сопровождающейся воспалительными изменениями периферической крови, а также при наличии клинических признаков глубокой стафилодермии (фурункулез, карбункулы, абсцессы) и отсутствии эффекта от применения топических наружных антибактериальных средств в течение 3–5 дней. У 12 (28,6%) пациентов с колонизацией кожных покровов стафилококками без клинической манифестации инфекции и признаками поверхностной стафилодермии лечение ограничивалось наружной терапией. При наличии грибковой инфекции у 25 (59,5%) пациентов основной группы, помимо этапной наружной терапии, применяли системные антимикотики. Показаниями к их назначению являлись массивная колонизация кожи грибами рода *Candida* (КОЕ/см²), развитие инвазивных форм кандидозной инфекции (определение в сыворотке крови ЦКА), сочетанные грибковые ассоциации (дрожжеподобные и плесневые грибы), колонизация кожи дерматомицетами в любых концентрациях, рецидив заболевания после наружной терапии при умеренной колонизации грибами рода *Candida*, отсутствие эффекта от наружной антимикотической терапии в течение 5 дней. Системные антимикотики предписывали дифференцированно с

Таблица 2

Схема назначения системных антимикотиков при осложненных формах АД грибковой инфекцией

Препараты выбора	Показания	Схема назначения
Итраконазал внутри	1. Вторичная инфекция кожи, вызванная дрожжевыми грибами рода <i>Candida</i> , <i>Rhodotorula</i> , <i>Mallassezia furfur</i> , чувствительными к препарату. 2. Колонизация кожи дерматомицетами, чувствительными к препарату у детей до 2 лет	3–5 мг/кг ежедневно 7–14 дней, затем поддерживающая терапия в дозе 150 мг в неделю №1–4 в зависимости от тяжести течения и уровня ЦКА в сыворотке крови

Экзифин (ламизил) внутрь	1. Вторичная инфекция кожи, вызванная дерматомицетами и плесневыми грибами (<i>Aspergillus</i> , <i>Penicillium</i>), чувствительными к препарату. 2. Вторичная инфекция кожи, вызванная дрожжевыми грибами рода <i>Candida</i> , <i>Rhodotorula</i> , <i>Mallassezia furfur</i> при устойчивости к дифлюкану и чувствительности к ламизилу	62,5 мг (1/4 табл. – 250 мг) в день в возрасте от 2 до 5 лет, 125 мг (1/2 табл.–250 мг) в день; при легком течении курс составляет 10–14 дней, при среднетяжелом – 2–3 недели, при тяжелом – 3–4 недели
Комбинация интраконазола и ламизина внутрь	Колонизация кожи ассоциацией нескольких грибов (дрожжеподобные, плесневые, мицелиальные дерматофиты) с разной чувствительностью к препаратам	Интраконазол – 150 мг один раз в неделю № 3–4. Ламизил в возрастных дозировках один раз в день 3–4 недели

учетом видовой принадлежности возбудителя, чувствительности к противогрибковому препарату, уровня ЦКА в сыворотке крови и возраста ребенка (табл. 2). Оценка клинической эффективности терапии показала,

что ОТЭ в основной группе детей составлял 86,2%, а индекс SCORAD снизился в 2,2 раза (с 65 до 29,5 балла), тогда как в контрольной группе – соответственно 9,3% и в 1,4 раза (с 64 до 45 баллов; $p < 0,01$). Высокий ИТЭ в основной группе отмечался в 57% случаев, тогда как в контрольной группе отсутствовал, средний – соответственно в 33% и 24%. Отсутствие эффекта в группе больных, получавших антибактериальную и антимикотическую терапию, отмечалось в 7,6 раза реже (10%), чем у детей, ее не получавших (78%; $p < 0,001$). Длительность периода обострения в основной группе детей с АД сократилась до 15 дней, тогда как в контрольной группе не изменилась и составляла более 30 дней. Изучение отдаленных результатов по данным клинического наблюдения в течение 1,5–2 лет показало (табл. 3), что средняя длительность ремиссии в

Таблица 3

Клиническая эффективность лечения детей основной и контрольной групп

Группы	Общий терапевтический эффект, %	Частота обострений (в год)	Средняя длительность ремиссии (мес)
Основная	85,3	1,5	9
Контрольная	9,7	6	2

основной группе увеличилась в 3,5 раза и составила 9 месяцев, тогда как в контрольной группе 2 месяца ($p < 0,001$). Результаты культурального бактериологического и микологического обследований кожи после

проведенного лечения были отрицательными в 80% случаев, а уровень ЦКА снизился до следовых количеств у 71% пациентов.

Вывод. Таким образом, применение антибактериальной и антимикотической терапии детей с АД, осложненным вторичной бактериальной и грибковой инфекцией, приводит к общему терапевтическому эффекту в 85,3% случаев, уменьшению частоты обострений в 4 раза и продлению ремиссии в 3,5 раза, позволяет своевременно купировать инфекцию и воспаление кожи, предупредить тяжелое течение АД.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика: пособие для врачей/Науч.ред.Е.Б.Лаврентьева - М., 2004.
2. Казначеева Л.Ф., Молокова А.В., Рычкова И.А. и др. // Русск. мед. журн. - 2005. - №5. - С.252-255.
3. Смирнова Г.И. //Аллергол. и иммунол. в педиатр.-2004.- № 1. - С. 34-39.
4. Согласительный документ АДАИР // Аллергология и иммунология в педиатрии. - 2004. - № 2-3. - С.111
5. Хаертдинова Л.А., Мингазова Э.Н., Глушко Н.И.,Маланичева Т.Г. // Казанский мед. ж. - 2005. - № 6. - С. 489-490.