Здоров'я України
XXI століття
МЕДИЧНА ГАЗЕТА
№ 6 (403) 2017 р.
Передплатний індекс – 35272

Алергічний марш у дітей: від атопічного дерматиту до бронхіальної астми

16-17 березня в Києві відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю на тему «Актуальні питання діагностики і лікування алергічних хвороб та аутоімунних станів у дітей» за участю педіатрів, дитячих алергологів, пульмонологів, ревматологів, імунологів, гастроентерологів та сімейних лікарів.

Серед майстер- класів та доповідей конференції особливу увагу привернув виступ **професора кафедри дерматології Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика, доктора медичних наук Лідії Денисівни Калюжної (м. Київ)**, присвячений помилкам під час діагностики і лікування атопічного дерматиту (АД) у дітей.

Розповсюдженість АД серед дитячого населення перевищує аналогічні показники в дорослих та становить 5-20%. У патофізіології АД головну роль відіграють структурні зміни епідермісу, вроджені та набуті порушення імунної відповіді, дегенерація деяких рецепторів та медіаторів. Однією з основних ланок патогенезу дерматитів та сухості шкіри є також розлади кератинізації, у т. ч. генетично обумовлені.

АД слід диференціювати з генетичними порушеннями кератинізації, себорейним дерматитом, екземою, червоним плоским лишаєм, коростою, іхтіозом, псоріазом, парапсоріазом, алергічним контактним дерматитом, ентеропатичним дерматитом, кандидозом, мастоцитозом тощо. Доповідач зауважила, що себорейний дерматит може супроводжуватися суттєвою втратою рідини та життєвонебезпечними ускладненнями, тому вимагає вчасного встановлення діагнозу та лікування. Також останнім часом почастішали випадки раннього псоріазу, який має атипові форми, схожі на прояви пелюшкового дерматиту. Шкірні прояви системних захворювань сполучної тканини, зокрема системного червоного вовчака, подібні з ознаками АД.

Окремими захворюваннями, при яких мають місце помилки в діагностиці та лікуванні, є лімфоми шкіри. Загальні клінічні ознаки лімфом шкіри є досить нечіткими та включають еритемо-сквамозні ураження, вузлики, еритродермію. Злиття елементів кільцеподібних та фігурних обрисів, відсутність типової локалізації та суб'єктивних відчуттів, нечасте ураження внутрішніх органів стають причинами несвоєчасного встановлення діагнозу.

Симптомом, з приводу якого пацієнти найчастіше звертаються до дерматолога, є свербіж. S. Slander та T. Luger (2009) вказують, що більшість хворих визначають важкість екземи інтенсивністю свербежу, а не наявністю висипу. В. Шеллі та Р. Артур (1962) зазначили, що за важкістю суб'єктивних відчуттів свербіж не поступається болю. Сенільний свербіж, пруріго та свербіж вульви описував ще Гіпократ, однак перші настанови щодо лікування свербежу були затверджені тільки у 2005 р., а перша міжнародна класифікація цього патологічного стану прийнята у 2007 р. Свербіж є надзвичайно поширеним симптомом, зокрема, псоріаз супроводжується цим відчуттям у 87% хворих, а АД та кропив'янка – у 100% (Metz M., Stander S., 2010). Протисвербіжна терапія включає елімінацію тригерних факторів (грубий та шерстяний одяг, часте миття з милом, вживання спецій та алкоголю, прийом деяких медикаментів, емоційні перевантаження), призначення топічних препаратів (капсаїцинвмісні креми, інгібітори кальциневрину) та системних засобів (антигістамінні та протисудомні препарати, антагоністи опіатів, антидепресанти тощо).

Оскільки основним медіатором свербежу є гістамін, антигістамінні засоби, у т. ч. Фенкарол® та Гістафен («Олайнфарм», Латвія), є необхідними медикаментами в лікуванні цього патологічного стану. Крім протисвербіжної дії, Фенкарол®

та Гістафен здійснюють протиалергічний, десенсибілізуючий, антиексудативний, протизапальний та бронходилатуючий ефекти.

Деякі механізми дії Фенкаролу та Гістафену є спільними: пригнічення вивільнення гістаміну, блокада H_1-рецепторів, зниження концентрації тканинного гістаміну шляхом прискорення його метаболізму діаміноксидазою. Гістафен ефективніше блокує серотонінові рецептори, що забезпечує додаткове підсилення протисвербіжної дії.

Фенкарол® та Гістафен є похідними хінуклідину, які впливають на обидві фази алергічної реакції, сприяючи зменшенню ринореї, свербежу, чхання, набряку слизової оболонки носа, бронхоспазму (рання фаза), а також знижуючи еозинофілію та концентрацію імуноглобуліну Е, зменшуючи неспецифічну гіперреактивність бронхів, закладеність носа та вираженість симптомів запалення при хронічних алергодерматозах (пізня фаза).

Препарати хінуклідинового ряду характеризуються низькою токсичністю, що підтверджено багаторічним клінічним досвідом застосування в пацієнтів усіх вікових груп, у т. ч. у дітей (Фенкарол®) та осіб похилого та старечого віку (Гістафен).

Гістафен є високоефективним у лікуванні гострих та хронічних алергодерматозів, які супроводжуються свербежем різної етіології та інтенсивності. У дослідженні О.А. Притули (2007) застосування Гістафену сприяло покращенню клінічного стану в 13%, значному покращенню – у 40% та досягненню ремісії – у 47% пацієнтів з гострим алергодерматозом. Подібні результати отримала Л.Д. Калюжна (2008) у дослідженні хворих із хронічними алергодерматозами (покращення – 20%, значне покращення – 32%, клінічна ремісія – 45%).

АД передбачає призначення комплексної терапії з включенням антигістамінних ліків, зокрема хінуклідинових похідних (Фенкарол®, Гістафен).

Доповідь **завідувача кафедри педіатрії № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктора медичних наук, професора Олени Миколаївни Охотнікової (м. Київ)** стосувалася алергічного маршу в дітей раннього віку.

Алергічний (атопічний) марш (АМ) – це хронологічна етапність розвитку сенсибілізації та трансформації клінічних проявів алергії в залежності від віку дитини з атопією. Наприклад, АМ від сенсибілізації до розвитку бронхіальної астми (БА) проходить кілька етапів: спадковість та внутрішньоутробна сенсибілізація, харчова алергія з первинними шкірними та гастроінтестинальними проявами, алергічний риніт (АР) з АД та епізодами бронхообструктивного синдрому, виражена БА.

Прояви АМ можуть бути типовими й атиповими (табл. 1, 2).

Зазвичай АМ розпочинається з появи харчової алергії та АД (у 50% пацієнтів – на 1-му році життя, оскільки органи травлення та імунна система новонароджених є незрілими), а надалі виникають АР та БА. Спектр коморбідних алергічних станів у дітей включає АД, БА, кропив'янку, ангіонабряк, інсектну та медикаментозну алергію, дисметаболічну нефропатію, гіпертрофію аденоїдної тканини та мигдаликів, алергічний аденотонзиліт, алергічні ринокон'юнктивіт, риносинусит, фарингіт, ларинготрахеїт. Однак головним проявом зазвичай є харчова алергія. Найбільш поширеними харчовими алергенами для дітей 1-го року життя є білок коров'ячого молока, а в подальшому приєднується і гіперчутливість до інгаляційних алергенів, що часто співпадає з дебютом АР та БА.

D. Gustafsson та співавт. (2000) протягом 8 років спостерігали за 94 дітьми з АД та виявили, що за період спостереження симптоми дерматиту зменшилися у 89,4% дітей, але АР розвинувся у 45%, а БА – у 43% учасників дослідження. Таким чином, АД є «вхідною точкою» для розвитку алергічних захворювань, а важкий перебіг АД та АР виступають факторами ризику подальшого розвитку БА.

Таблиця 1. **Клінічна маніфестація АМ: типові захворювання та синдроми**

Орган-мішень	IgE-опосередковані розлади	Не-IgE-опосередковані розлади
Шкіра	АД Кропив'янка Ангіонабряк	АД Герпетиформна екзема Капоші
Органи травлення	Оральний алергічний синдром Гастроінтестинальна анафілаксія Еозинофільний гастроентерит	Проктоколіт Ентероколіт Еозинофільний гастроентерит Синдром ентеропатії Целіакія
Органи дихання	АР БА	Синдром Хейнера
Полісистемна патологія	Анафілаксія, індукована їжею чи фізичним навантаженням	

Таблиця 2. **Клінічна маніфестація АМ: атипові захворювання та синдроми**

Орган-мішень	Атипова симптоматика
Шкіра	Васкуліти Фіксована еритема
Органи слуху	Хронічний катаральний середній отит
Органи дихання	Гіперчутливий пневмоніт
Органи травлення	Закрепи Гастроезофагальний рефлюкс
Полісистемна патологія	Дратівливість, безсоння (у немовлят) Абдомінальні кольки Артропатії Дисметаболічна нефропатія Тромбоцитопенія

Надзвичайно важливим моментом патогенезу алергопатологій є внутрішньоутробна сенсибілізація плода (з II триместру плід спроможний продукувати IgE, а в амніотичній рідині присутні алергени). З 22-го тижня внутрішньоутробного розвитку Т-клітини плода здатні до імунної відповіді. Уже при народженні дитини в крові можуть визначатися антитіла до білків коров'ячого молока, пшениці та яєць.

Класичний АМ, який спостерігається у 88,8% випадків, є раннім, тобто в більшості хворих розпочинається з АД чи дермореспіраторного синдрому в ранньому дитячому віці. Пізній АМ (11,2% випадків) проявляється в дітей віком понад 10 років у вигляді АР чи поєднання АР та БА.

В умовах раннього АМ особливостями поєднаної алергопатології у дітей є швидкий розвиток полівалентної сенсибілізації (побутової, кліщової, епідермальної, пилкової, грибкової), важкий безперервно рецидивуючий перебіг, іноді – початок одразу з дебюту БА (повторних епізодів бронхообструктивного синдрому, wheezing-синдрому, псевдокрупу, типового нападу задухи) (Scadding G.K., 2007; Ревякина В.А., Филатова Т.А., 2010).

В умовах пізнього АМ при АР спочатку виникає моновалентна сенсибілізація, однак через 4 роки полісенсибілізація спостерігається в 69,3%, а через 7 років – у 76,7% дітей.

Лікування АМ включає специфічну та неспецифічну терапію. До специфічного лікування належать елімінація харчових алергенів та алерген-специфічна імунотерапія харчовими алергенами (АСІТ), яка на сьогодні перебуває на стадії вивчення. За умов АР ін'єкційна АСІТ у дітей зменшує ризик розвитку БА у 2,5 раза, а також знижує рівень сенсибілізації. Однак сублінгвальна та пероральна АСІТ проводиться тільки з 3 років, а ін'єкційна – з 5 років.

У рамках неспецифічної терапії використовується велика кількість медикаментів: системні глюкокортикоїди, H_1-гістаміноблокатори, антисеротонінові засоби, панкреатичні ферменти, гепатопротектори, про- та пребіотики, ентеросорбенти, імуномодулюючі засоби (препарати моноклональних антитіл до IgE (омалізумаб) та інтерлейкіну-5 (реслізумаб, меполізумаб) тощо.

Окремим класом антигістамінних препаратів є похідні хінуклідину (Фенкарол®, Гістафен виробництва «Олайнфарм», Латвія), які характеризуються комплексним механізмом дії та сприятливим профілем безпеки. Ці медикаменти застосовуються для лікування пацієнтів усіх вікових категорій з різними варіантами алергії та захворюваннями, що супроводжуються свербежем шкіри.

Механізм дії Фенкаролу полягає в подвійній блокаді H_1-рецепторів та рецепторів серотоніну, а також в активації діаміноксидази. Препарат забезпечує антиексудативну, протиалергійну, протисвербіжну дію, а також бронходилатацію. Антисеротоніновий ефект та здатність зменшувати концентрацію гістаміну в тканинах сприяють бронходилатації, що дозволяє успішно застосовувати Фенкарол® у лікуванні бронхообструктивного синдрому. Серед переваг препарату – відсутність аритмогенної дії та навіть власний протиаритмічний ефект, можливість тривалого застосування (до 1-2 міс), мінімальний ризик виникнення тахіфілаксії та сонливості.

Авторське дослідження доповідача показало, що лікування Фенкаролом протягом 5-7 днів достовірно знижує основні клінічні симптоми бронхообструкції (задишка, кашель, хрипи) у дітей (Охотникова Е.Н., Гайдучик Г.А., 2008).

Професор О.М. Охотнікова підсумувала, що АМ характеризується різноманітними клінічними проявами та їх еволюцією залежно від віку. У зв'язку із цим профілактика АМ передбачає використання багатогранного комплексу елімінаційних заходів, тривалого лікування, контролю над захворюваннями та попередження формування респіраторної алергії (АР, БА).

Вчасно розпочата та правильно проведена системна терапія харчової алергії та АД є важливою умовою профілактики прогресування АМ, а особливо розвитку АР та БА.

Підготувала ***Лариса Стрільчук***

ФЕНКАРОЛ®

ГІСТАФЕН®

ЖИТТЯ БЕЗ АЛЕРГІЇ

- ✓ *Швидко діють при всіх видах алергії*
- ✓ *Не чинять снодійної дії та загальмованості*
- ✓ *Безпечні для усіх верств населення: соціально активні люди, діти, літні особи*
- ✓ *ГІСТАФЕН® – засіб № 1 при свербінні будь-якого походження*

OlainFarm

Реклама лікарського засобу. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з інструкцією по застосуванню препарату та проконсультуватись з лікарем.
Р.С.№ UA/3782/01/01 від 08.11.2010 р.; Р.С.№ UA/3782/01/02 від 01.06.2012 р.; Р.С.№ UA/3782/01/03 від 16.04.2015 р.; Р.С.№ UA/3567/01/01 від 04.09.2015 р.
Виробник АТ "Олайнфарм".

OLFA
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ
ТА ДИСТРИБ'ЮЦІЯ
тел. (044) 530-11-38
www.olfa.ua