

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ  
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ  
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ОТДЕЛЕНИЕ ПЕДИАТРИИ

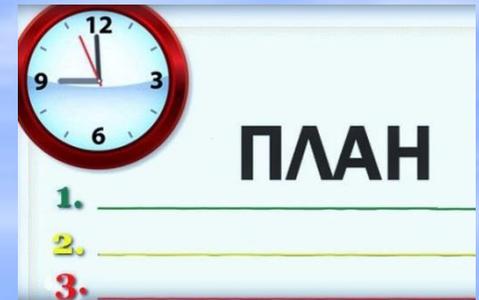


Преподаватель  
к.м.н. Е.И.Мазина

# АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

## План лекции

- Общие данные. Определения и термины.
- Этиология и патогенез atopического дерматита.
- Клиника и классификация atopического дерматита. Шкала оценки тяжести заболевания.
- Диагностические критерии atopического дерматита.
- Возрастные особенности заболевания. Понятие «аллергического марша».
- Лечение atopического дерматита.
- Построение диетотерапии.
- Уход за кожей.
- Лекарственная терапия. Применение местных и системных препаратов. Аллергенспецифическая иммунотерапия. Немедикаментозное лечение. Организация этапной терапии пациентов с atopическим дерматитом.
- Профилактика atopического дерматита.
- Основные направления сестринской практики при аллергодерматозах у детей.



**Целевая аудитория:**  
слушатели со средним  
медицинским  
образованием

# АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ



## Литература

- Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом. 2015.
- Атопический дерматит у детей. Клинические рекомендации. 2016.
- Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г., Шеховцова Н.М. Сестринское дело в педиатрии. Ростов-на-Дону, 2015.
- Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кащеева Г.И. Педиатрия. М., 2010.
- Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит: новые цели терапии. Вопросы современной педиатрии. 2014; №13 (4). – С. 70–73.
- Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит: новое в лечении. Вопросы современной педиатрии. 2013; №12 (5). – С. 80–85.
- Сергеева К.М. Педиатрия. М., 2007
- Лусс Л.В. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость, терминология, классификация, проблемы диагностики и терапии. М., 2005.

# АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

Прогнозируемые результаты теоретического занятия

**По окончании изучения темы слушатель должен быть способен:**

Дать характеристику причин, симптомов, технологий лечения и профилактики аллергодерматозов у детей.

Определить проблемы пациента с атопическим дерматитом, оценить тяжесть заболевания и динамику состояния пациента в соответствии со стандартной шкалой.

Планировать сестринскую помощь больному с атопическим дерматитом.

Планировать мероприятия профилактики аллергических заболеваний среди обслуживаемого контингента.

Выбирать критерии качества сестринской практики в области профилактики и лечения аллергодерматозов

Документировать рабочий процесс в установленном порядке, целесообразно используя профессиональную терминологию.



# АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Атопический дерматит – хроническое рецидивирующее, сопровождающееся зудом аллергическое заболевание кожи, характеризующееся наследственной предрасположенностью.

Термин «атопический дерматит» предложен в 1933 г. (Wiese, Sulzberg).

Болезнь чаще возникает в детстве.

Дебют заболевания у взрослых встречается всего в 16,8% случаев, обычно после третьего десятилетия жизни.

Заболеваемость возросла за последние три десятилетия, причины увеличения заболеваемости неизвестны.



## Распространенность атопического дерматита в развитых странах:

- у детей в возрасте до 5 лет – 10-15%;
- у школьников – 15-20%.

## Распространенность атопического дерматита у детей дошкольного возраста по данным разных исследований\*

Страна	Автор	Год	Возраст, года	Метод исследования	Распространенность, %
Швеция	Broberg и соавт. [13]	2000	5	Опросник	11,5
Венгрия	Harangu и соавт. [14]	2005	1–6	Опросник	16,1
Италия	Peroni и соавт. [15]	2008	3	Опросник	18,1
Швеция	Larsson и соавт. [16]	2008	1–6	Опросник	13,4
Бразилия	Silva и соавт. [17]	2010	2–10	Опросник	24,6
Южная Корея	Kim и соавт. [18]	2013	3–6	Опросник	20,8
Южная Корея	Lee и соавт. [19]	2013	3–6	Опросник	19
Китай	Ху и соавт. [20]	2013	3–6	Опросник	8,3
Южная Корея	Ваек и соавт. [21]	2013	3–5	Опросник	14
Южная Корея	Choi и соавт. [22]	2013	0–6	Опросник	19,1
Швеция	Bröms и соавт. [23]	2013	1–6	Опросник	21,7
Эфиопия	Kelbore и соавт. [24]	2015	1–6	Опросник	9,6
Испания	Draaisma и соавт. [25]	2015	1–6	Опросник	10,6
Китай	Guo Y и соавт. [26]	2016	1–7	Опросник	12,9
Дания	Engelbretsen и соавт. [27]	2016	1,5	Опросник	15

# Терминология

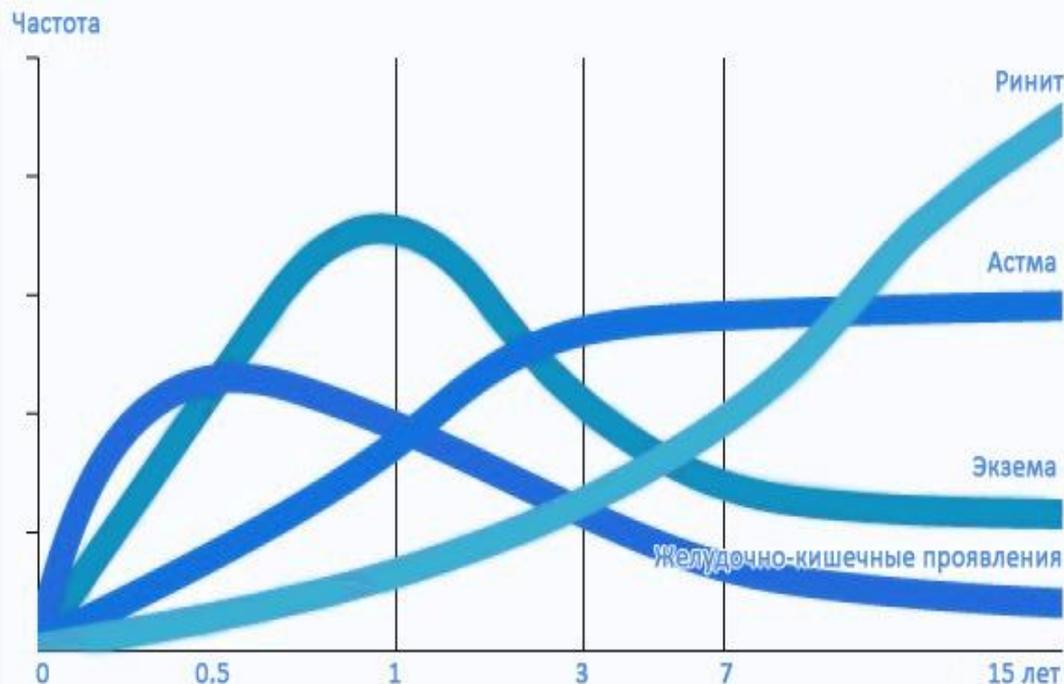
**Атопия** – наследственная предрасположенность к аллергическим реакциям, обусловленная избытком в организме особых антител (иммуноглобулинов класса E –  $igE$ ).

Термин «атопия» (от греч. *atopos* — отличный или чужеродный, чуждый), впервые предложен американским ученым Cоса в 1923г.

**Атопическая патология** – аллергия, зависящая от гиперпродукции  $igE$ .

К атопическим заболеваниям относят бронхиальную астму, аллергический ринит и атопический дерматит, который в полной мере отвечает критериям атопической патологии.

*Частота атопических болезней в детстве*



На основании Weinberg E. The Atopic March. *Current Allergy & Clinical Immunology* 2005; 18(1): 4-5.

# Синонимы атопического дерматита

- пруриго-диатез,
- пруриго Бенье,
- конституциональная экзема,
- **детская экзема,**
- **нейродермит,**
- **атопическая экзема,**
- эндогенная экзема,
- аллергическая/неаллергическая атопическая экзема,
- **аллергический дерматит**
- аллергический диатез
- экссудативно-катаральный диатез.



Меморандум Европейской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (ЕААСІ): для обозначения кожных реакций гиперчувствительности, сопровождающихся экземой, предложен термин **«синдром атопической экземы/дерматита»** как наиболее точно отвечающий представлениям о патогенезе этого заболевания («Пересмотренная номенклатура аллергических болезней», 2001).

# Элементы сыпи при кожных болезнях

**Пятно** - ограниченное изменение цвета кожи без изменения её рельефа в результате расширения и повышения проницаемости сосудов. Типы пятнистой сыпи в зависимости от размера:

- 1) Розеолезная (в т.ч. мелкоточечная) - диаметром  $\leq 5$  мм;
- 2) Мелкопятнистая - 6 - 10 мм;
- 3) Крупнопятнистая - 11 - 20 мм;
- 4) Эритема -  $> 20$  мм.

**Папула** - ограниченное уплотнение кожи за счет клеточной инфильтрации, определяется не только визуально, но и пальпаторно.



**Узел** - бесполостное, ограниченное, глубоко уходящее в глубь кожи уплотнение, часто выступающее над уровнем кожи.

**Бугорок** - ограниченное, плотное, выступающее над поверхностью кожи бесполостное образование диаметром от 1-2 до 5-10 мм. Образуется в результате скопления в дерме специфического воспалительного инфильтрата. Внешне бугорок сходен с папулой, однако отличается от нее тем, что при ощупывании бугорка всегда отчетливо определяется плотный инфильтрат в коже. Кроме того, бугорки, в отличие от папул, при обратном развитии подвергаются некрозу (иногда с образованием язвы) и оставляют после себя рубец, или рубцовую атрофию кожи.

# Элементы сыпи при кожных болезнях

**Волдырь** - бесполое, слегка возвышающееся зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы.

**Пузырек** (везикула) - мелкое полостное образование (диаметром от 1-2 до 5 мм), располагающееся внутриэпидермально, заполненное серозным содержимым.

**Чешуйка** (squama; сквамозный=чешуйчатый) - скопление отторгающихся клеток рогового слоя и подлежащих к нему слоев эпидермиса.

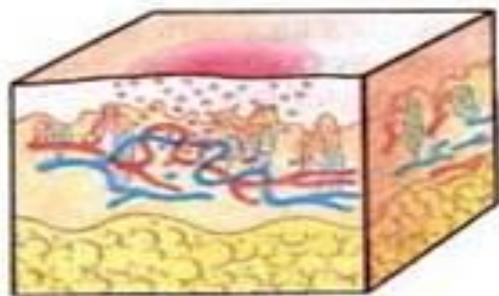
**Экскориация** (ссадина) - линейной формы дефект, возникает в результате механического повреждения кожи, например расчесов.

**Лихенификация** - уплотнение кожи за счет диффузной клеточной инфильтрации, проявляется усилением кожного рисунка. Встречается при хронических зудящих дерматозах.

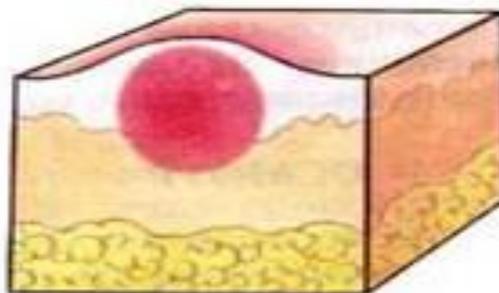
**Пруриго** (prurigo, почесуха) — термин, применяемый к некоторым заболеваниям кожи, характеризующимся зудом.



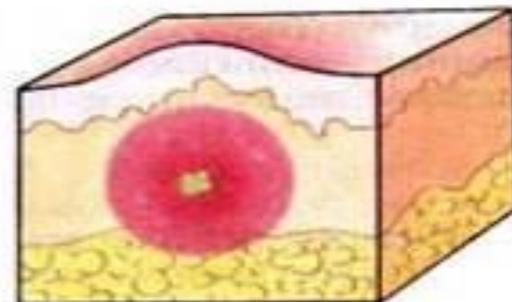
# Элементы кожной сыпи



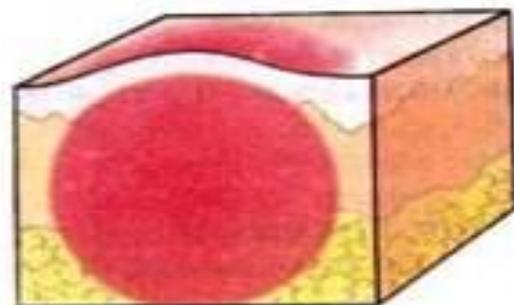
Пятно.



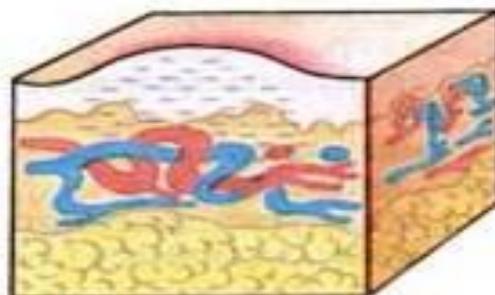
Папула.



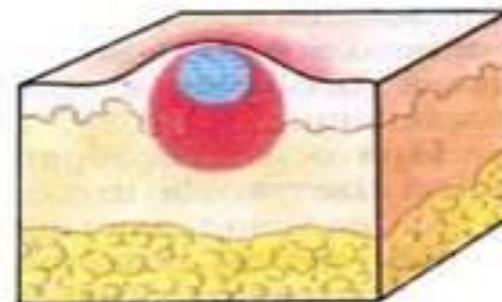
Бугорок.



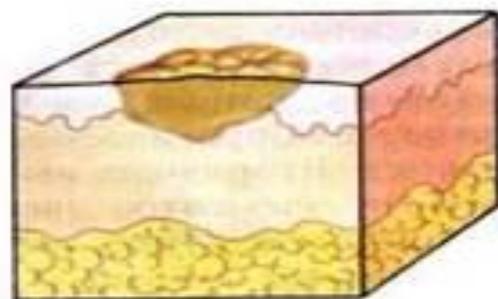
Узел.



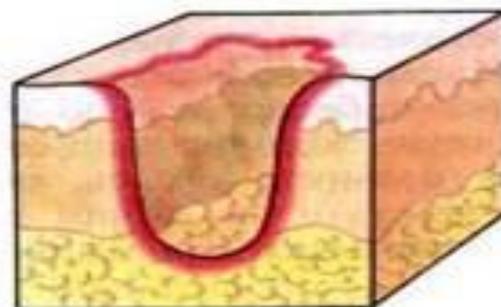
Волдырь.



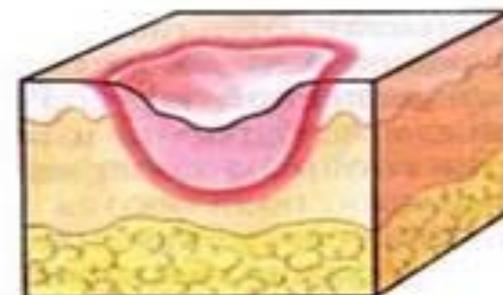
Пузырек.



Корка.



Язва.



Рубец.

# Этиология

## Факторы риска заболевания

**ЭНДОГЕННЫЕ  
ФАКТОРЫ**  
(ПРИЧИНЫ  
ВНУТРИ ОРГАНИЗМА)

**ЭКЗОГЕННЫЕ  
ФАКТОРЫ**  
(ПРИЧИНЫ  
ВНЕ ОРГАНИЗМА)

# Факторы риска развития АД

<u>Эндогенные факторы</u>	<u>Экзогенные факторы</u>		
	Причинные факторы (триггеры)		
	<u>Аллергенные</u>	<u>Неаллергенные</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Наследственность</li> <li>☞ Атопия</li> <li>☞ Гиперреактивность кожи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Пищевые</li> <li>☞ Бытовые</li> <li>☞ Пыльцевые</li> <li>☞ Эпидермальные</li> <li>☞ Грибковые</li> <li>☞ Бактериальные</li> <li>☞ вакцинальные</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Психо-эмоциональные нагрузки</li> <li>☞ Изменение метеоситуации</li> <li>☞ Табачный дым</li> <li>☞ Пищевые добавки</li> <li>☞ Поллютанты</li> <li>☞ ксенобиотики</li> <li>и др.</li> </ul>	
	<th data-bbox="1290 696 1754 1318">Факторы, усугубляющие действие триггеров</th>		Факторы, усугубляющие действие триггеров
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Климато-географические</li> <li>☞ Нарушения характера питания</li> <li>☞ Нарушения правил режима и ухода за кожей</li> <li>☞ Вакцинация</li> <li>☞ Психологический стресс</li> <li>☞ Острые вирусные инфекции</li> </ul>		



# Примерный риск развития аллергии в зависимости от наследственности

Риск %

100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

*Kjellman NI. Acta Paediatr Scand  
1977;66:4565-71.*

В семье нет  
аллергиков  
5-15%

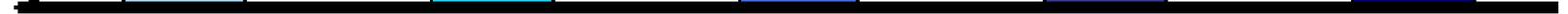
Брат или сестра  
аллергик  
25-35%

Один из родителей  
аллергик  
20-40%

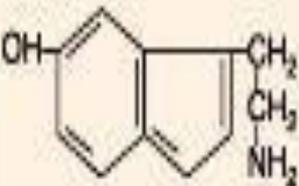
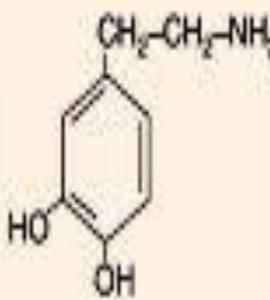
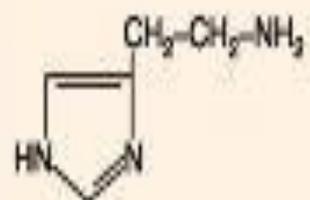
Оба родителя  
аллергики  
40-60%

Оба родителя аллергики,  
одинаковые симптомы

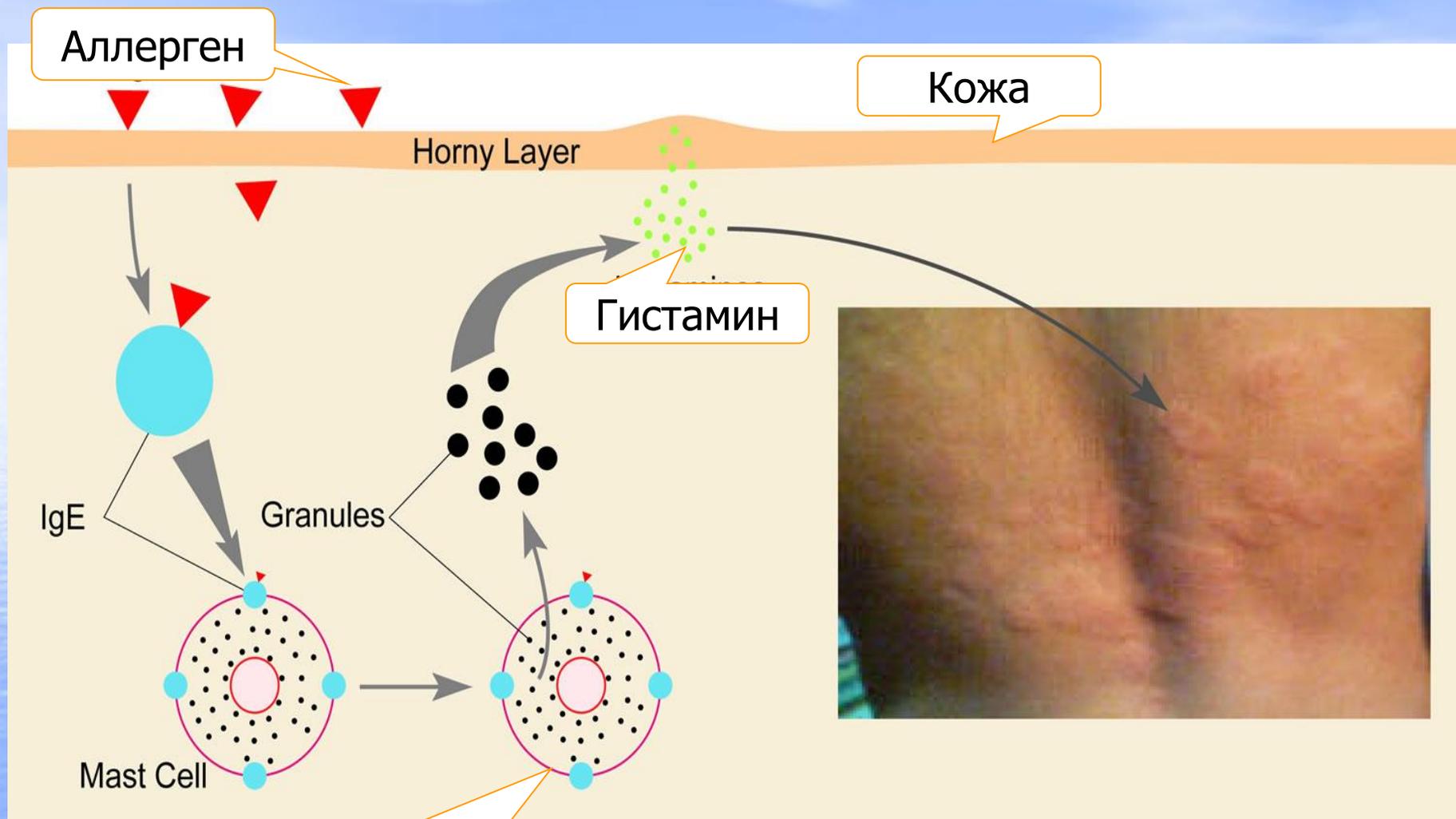
50-70%



**В развитии заболевания имеют значение биогенные амины** – вещества, образующиеся в организме из аминокислот и обладающие высокой биологической активностью: биогенные амины выполняют функцию нейромедиаторов (серотонин, ацетилхолин), гормонов (адреналин), регуляторных факторов местного действия (гистамин).

Аминокислоты	Серин	Триптофан	Тирозин	Глутаминовая кислота	Гистидин
<b>Промежуточн. продукт</b>	Этаноламин	Триптамин		γ-Аминомасляная кислота	Гистамин
Биологически активные вещества	Ацетилхолин	Серотонин	Дофамин	ГАМК	<b>Гистамин</b>
Формулы	$  \begin{array}{c}  \text{H}_3\text{C}-\text{C}=\text{O} \\    \\  \text{O} \\    \\  \text{CH}_2 \\    \\  \text{CH}_2 \\    \\  \text{N}^+ \\  / \quad   \quad \backslash \\  \text{H}_3\text{C} \quad \text{CH}_3 \quad \text{CH}_3  \end{array}  $			$  \begin{array}{c}  \text{COOH} \\    \\  \text{CH}_2 \\    \\  \text{CH}_2 \\    \\  \text{CH}_2 \\    \\  \text{NH}_2  \end{array}  $	
Физиологическая роль	Возбуждающий медиатор вегетативной нервной системы	Возбуждающий медиатор средних отделов мозга	Медиатор средних отделов мозга	Тормозный медиатор высших отделов мозга	Медиатор воспаления, аллергических реакций, пищеварительный гормон

# Патогенез атопического дерматита

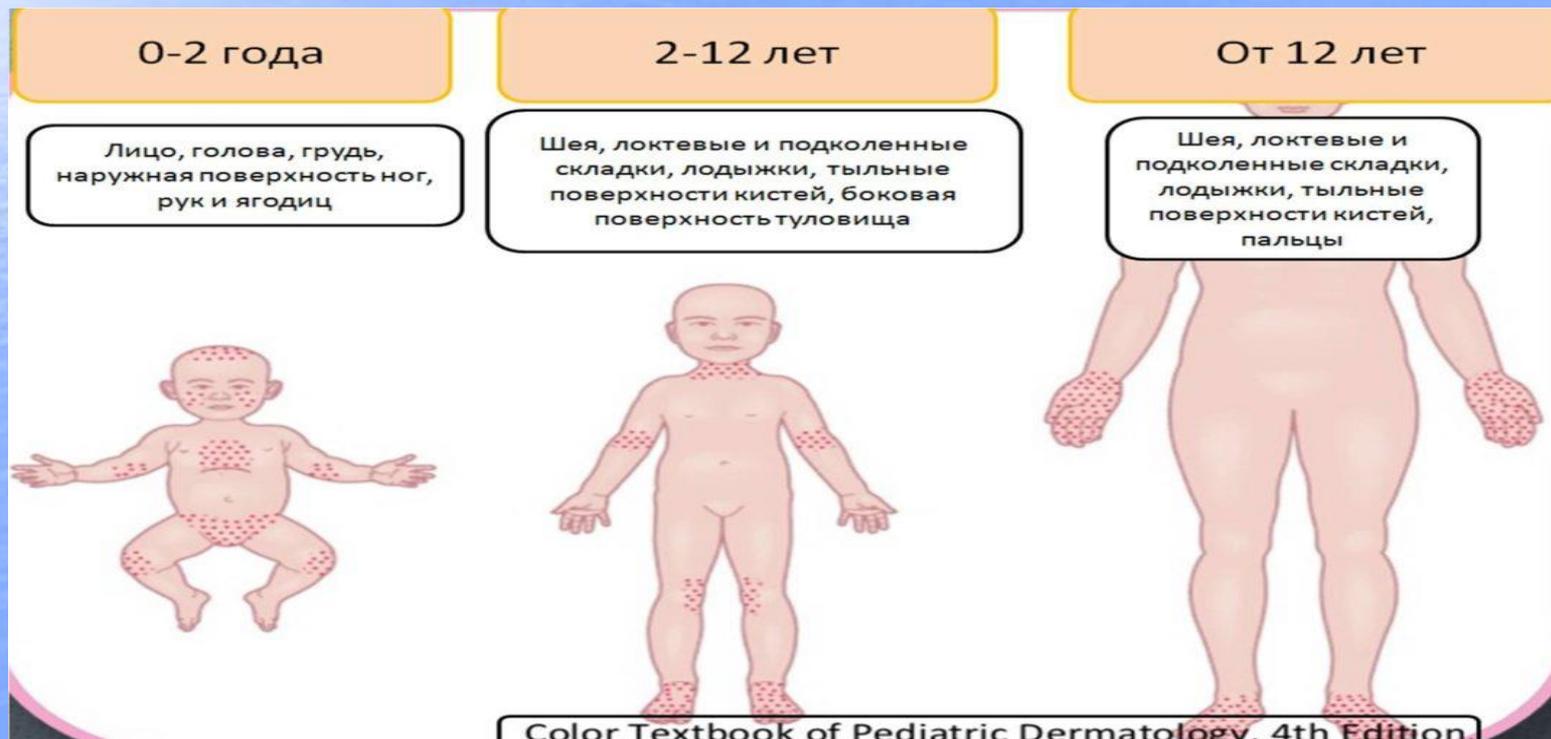


Тучные клетки (депо гранул гистамина)

# Возрастная динамика причин аллергии

У детей раннего возраста одними из ведущих этиологических факторов являются пищевые аллергены.

После 3 лет жизни роль пищевых аллергенов снижается, а ингаляционных (клещевых, бактериальных, грибковых, вирусных, эпидермальных, а позднее – пыльцевых) – увеличивается.



# Основные пищевые аллергены

Любая пища может вызвать аллергические реакции.

Около 170 продуктов являются причиной IgE-опосредованных реакций.

Из них более 90% случаев пищевой аллергии приходится на 8–10 основных высокоаллергенных продуктов — **так называемых «основных аллергенов»:**

- арахис,
- орехи,
- яйца,
- молоко,
- рыба,
- ракообразные моллюски,
- пшеница
- соя.



В странах Евросоюза: сельдерей, горчица, кунжут, люпин и моллюски были определены как наиболее значимые аллергены.

В Японии дополнительно – гречиха, что связано с употреблением в пищу большого количества гречишной лапши.

# Возрастная динамика спектра пищевых аллергенов

**Пищевая аллергия у детей** чаще всего опосредована реакцией на белки коровьего молока, куриного яйца, зерновые, овощи и фрукты оранжевого цвета.

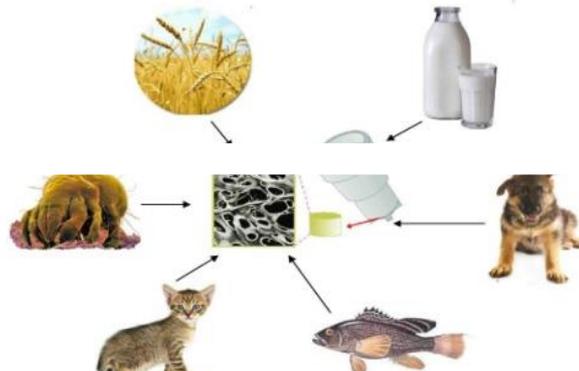
**У взрослых более распространенной причиной** являются рыба и морепродукты (креветки, крабы, омары, устрицы), а также орехи и бобовые (арахис, соя, белая фасоль) и др.

Аллергенность продукта зависит от многих факторов, в том числе способов его приготовления, сезона и географического происхождения (особенно это касается фруктов и овощей).

В развитии пищевой аллергии большую роль играют так называемые ассоциированные факторы: прием препаратов, алкоголя, сопутствующие инфекции и т. п.

**Каким образом пищевой продукт становится антигеном, почему развивается сенсibilизация, а не толерантность (нечувствительность) — эти и другие вопросы до сих пор не имеют ясных объяснений и требуют углубленного изучения.**

**Phadiatop/ Phadiatop infant**



• Качественный скрининговый тест для детей до 4 лет  
• Включает в себя большую часть пищевых и ингаляционных аллергенов, которые окружают ребенка

# Клиника атопического дерматита:

Кожные проявления:

- гиперемия,
- отек,
- везикулы,
- мокнущие участки (в фазе обострения),
- лихенификация,
- эскориации,
- папулы,
- узелковые высыпания.

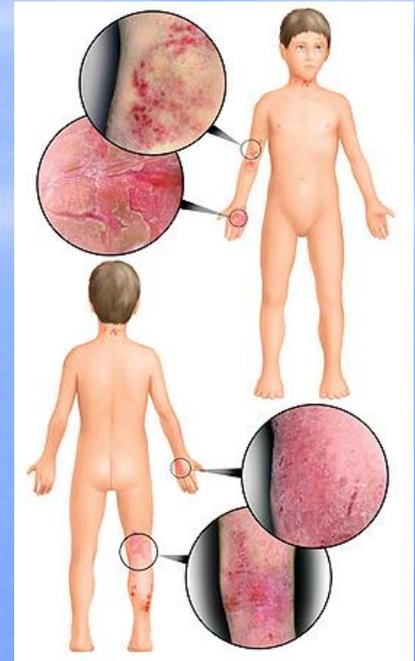
Постоянным симптомом всегда остается **приступообразный зуд.**



# Диагностические критерии атопического дерматита

## Основные критерии (должны присутствовать):

- **зуд;**
- **экзема** (острая, подострая, хроническая):
  - типичные кожные элементы и локализация, характерная для определенного возраста (лицо, шея и разгибательные поверхности у детей 1 -го года жизни и старшего возраста; сгибательные поверхности, пах и подмышечные области - для всех возрастных групп);
  - хроническое или рецидивирующее течение.



## Второстепенные критерии (наблюдаются в большинстве случаев):

- дебют в раннем возрасте;
- наличие атопии: отягощенный семейный анамнез по атопии или наличие атопических болезней у пациента, наличие специфических IgE-антител;
- ксероз.

# Добавочные критерии (помогают заподозрить атопический дерматит, но являются неспецифическими):

- атипичный сосудистый ответ (в том числе бледность лица, белый дермографизм);
- фолликулярный кератоз, усиление кожного рисунка ладоней, ихтиоз;
- изменения со стороны глаз, периорбитальной области;
- другие очаговые изменения (в том числе периоральный, периаурикулярный дерматит);
- лихенификация (уплотнение кожного и усиление рисунка кожи в местах повышенного хронического раздражения и зуда)
- пруриго.



# КЛАССИФИКАЦИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

<b>Возрастные периоды</b>	Младенческая (с 1 мес до 1 г. 11 мес.)
	Детская (с 2 лет до 11 лет 11 мес.)
	Подростковая (старше 12 лет)
<b>Стадии</b>	Обострение
	Ремиссия неполная
	Ремиссия
<b>Клинические формы</b>	Экссудативная
	Эритематозно-сквамозная
	Эритематозно-сквамозная с лихенификацией
	Лихеноидная
	Пруригинозная
<b>Тяжесть течения</b>	Легкое течение
	Среднетяжелое
	Тяжелое
<b>Распространенность процесса</b>	Ограниченный
	Распространенный
	Диффузный
<b>Клинико-этиологические варианты</b>	С пищевой сенсibilизацией
	С грибковой сенсibilизацией
	С клещевой/бытовой сенсibilизацией
	С пылевой сенсibilизацией

# КЛАССИФИКАЦИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПО РАСПРОСТРАНЁННОСТИ:

Распространенность процесса



Ограниченный (локализация преимущественно на лице, площадь поражения кожи не более 5–10%)

Распространенный (обширное поражение кожи — более 50%)

Диффузный

# КЛАССИФИКАЦИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПО ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ

Тяжесть течения

**Рекомендуется также тяжесть болезни оценивать по специальной международной шкале SCORAD**



Легкое течение (ограниченные участки поражения кожи, слабая эритема или лихенизация, слабый зуд кожи, редкие обострения — 1–2 раза в год)

Среднетяжелое (распространенный характер поражения кожи с умеренной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, умеренный зуд, более частые обострения — 3–4 раза в год с короткими ремиссиями)

Тяжелое (диффузный характер поражения кожи с выраженной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, постоянный сильный зуд и практически непрерывное рецидивирующее течение)

**Шкала  
оценки  
тяжести  
атопического  
дерматита  
SCORAD  
(SCORing Atopic  
Dermatitis,  
Европейская  
рабочая  
группа  
по АД, 1994)**

Шкала объединяет  
объективные и  
субъективные  
критерии.

**Тяжесть течения:**

< 23 – легкая;  
23-63 –  
среднетяжелая;  
> 63 — тяжелая

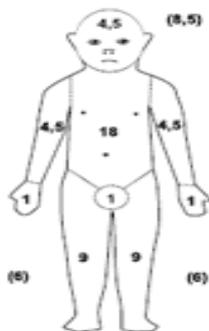
**SCORAD European task force on atopic dermatitis**

Фамилия  Имя  Лечебное учреждение:

Дата рождения

Дата обследования

ФИО врача:



**A: Распространенность** укажите площадь поражения

**B: Интенсивность**

**C: Субъективные симптомы**  
зуд + нарушение сна

Критерий	Выраженность	Способ расчета
Эритема		Выраженность признака 0 — отсутствует 1 — слабая 2 — умеренная 3 — сильная
Отек / папулезные элементы		
Корки / мокнутие		
Экскориации		
Лихенификация		* Сухость кожи оценивается в 3 очагов остроэксудативных изменений и участков лихенификации.
Сухость кожи *		

**C: Субъективная оценка симптомов**  
**A/5+7B/2**

**SCORAD**  
**A/5+7B/2**

Визуальная аналоговая шкала (средний показатель за последние 3 дня и/или ночи)

Зуд (от 0 до 10)

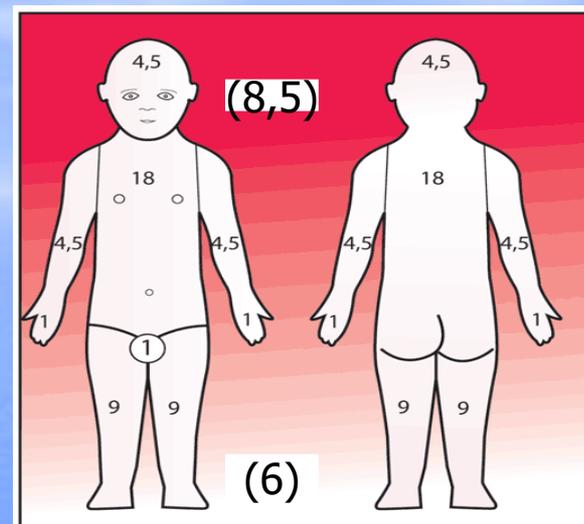
Нарушение сна (от 0 до 10)

# Оценка симптомов в баллах

## Площадь поражения (по «правилу девятки»):

За единицу принята площадь поверхности ладони больного, которая эквивалентна 1% всей поверхности кожи.

На стандартном бланке цифрами указывают значения площади для больных старше 2 лет, а в скобках — для детей до 2-летнего возраста.



## Интенсивность 6 объективных признаков поражения:

- эритемы,
- отека / папулезных элементов,
- корок / мокнутия,
- эскориаций,
- лихенификации / шелушения,
- сухости кожи.

Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале:

0 — отсутствие, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная.

## Оценка субъективных симптомов (ощущение зуда, нарушение сна)

Производится у детей старше 7 лет и взрослых, у детей младшего возраста — с помощью родителей, которым предварительно объясняется принцип оценки.

На линейке внизу бланка указывается точка, соответствующая степени выраженности оцениваемого субъективного признака, усредненная за последние 3 сут.

РАСЧЕТ ИНДЕКСА SCORAD ПРОИЗВОДИТСЯ ПО ФОРМУЛЕ:

$$\text{Индекс SCORAD} = A/5 + 7 B/2 + C;$$

где:

**A** — сумма баллов распространенности поражения кожи;

**B** — сумма баллов интенсивности объективных клинических симптомов;

**C** — сумма баллов субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

Значения индекса могут варьировать от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение).

# ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

## Атопический дерматит у детей 1-го года жизни.

Себорейный тип атопического дерматита – наличие чешуек на волосистой части головы, которые появляются уже в первые недели жизни.

Болезнь может протекать как дерматит в области кожных складок.



# Нумулярный тип атопического дерматита у детей первого года жизни

Нумулярный тип возникает в возрасте 2-6 месяцев и характеризуется появлением пятнистых элементов с корочками; характерная локализация - щёки, ягодицы и/или конечности.



## Дошкольный возраст

**У 50% детей, страдающих детской экземой, кожные проявления нивелируются к 2 годам жизни.**

У оставшейся половины характерная локализация процесса - кожные складки.

Атопический дерматит с локализацией в области ягодиц и внутренней поверхности бедер обычно появляется в 4-6 лет и сохраняется в подростковом возрасте.



# Школьный возраст

Характерная локализация - кожные складки.

Отдельная форма atopического дерматита в этом возрасте – **ювенильный ладонно-подошвенный дерматоз**, при котором кожный патологический процесс локализуется на ладонях и подошвах.

Для этой формы atopического дерматита характерна сезонность: обострение симптомов в холодное время года и ремиссия в летние месяцы.



# «Аллергический марш»

(прогрессирование симптомов аллергии с возрастом):

1. Изменение локализации высыпаний дерматита
2. Присоединение других аллергических заболеваний.

«Аллергический марш» дебютирует с кожных проявлений аллергии, а затем трансформируется в аллергию респираторную; наиболее угрожающей является бронхиальная астма.



# Понятие дерматореспираторного синдрома

Дерматореспираторный синдром – сочетание кожной и респираторной аллергии. Описан в начале 80-х гг. прошлого столетия.

Частота дерматореспираторного синдрома в структуре аллергозов составляет 30-45%.

Сочетание атопического дерматита и бронхиальной астмы наблюдается у 23-25% детей, а атопического дерматита и аллергического ринита – в 2 раза чаще.



Термин не нашел официального признания и отражения в МКБ-10, но до сих пор используется в клинической практике.

**Рассматривается как фактор высокого риска формирования астмы и часто является промежуточным этапом между атопическим дерматитом и бронхиальной астмой.**

# Лечение атопического дерматита

## Цели лечения:

- уменьшение выраженности симптомов болезни;
- обеспечение длительного контроля над заболеванием путем предотвращения или снижения тяжести обострений;
- изменение естественного течения заболевания.



# Основные направления лечения.



# Контроль окружающей среды и режимные мероприятия

Цель: исключение или сведение к минимуму воздействия факторов, которые могут спровоцировать обострение заболевания

## Устранимые провоцирующие факторы

- микробное обсеменение и инфекции;
- стрессы;
- нарушение гидролипидного слоя эпидермиса (ксероз);
- неблагоприятные факторы окружающей среды, в том числе поллютанты, контактные, ингаляционные и пищевые аллергены;
- химические раздражители (в том числе мыло);
- чрезмерное потоотделение;
- контактные раздражители (в том числе шерсть).



## Диета. Принципы организации питания

- Пациент должен вести **пищевой дневник**, в котором ежедневно отмечает проявления симптомов (в том числе интенсивность зуда, нарушение сна) и список потребляемых продуктов. Это может помочь в дальнейшем выявить возможную связь между ухудшением и приемом конкретного пищевого продукта.



- Рацион питания подбирают каждому пациенту индивидуально на основании данных анамнеза и результатов аллергологического обследования.

**«Вечных» диет для детей не существует.**

- Больным не рекомендуют продукты с высоким содержанием **биогенных аминов**, в т.ч. **бананы, сыры с длительным временем созревания, красное вино, глутаматы.**

Некоторые продукты (**клубника, помидоры, цитрусовые, шоколад, корица, бобовые, алкоголь, широко используемый желтый пищевой краситель тартрацин E102** и др.) могут способствовать высвобождению биогенных аминов.

- **Элиминационные диеты оказывают благоприятное влияние на течение заболевания не у всех детей с атопическим дерматитом.** Если состояние пациента остается стабильным или ухудшается в период соблюдения элиминационной диеты, вероятно, пищевая аллергия не является важным триггером, и проведение пищевых провокационных тестов открытым методом не требуется.

# Ведение пищевого дневника

Цель: выявить и исключить из питания аллергены

## Пищевой дневник

Дата, время проявления реакции	Продукт	Объем введенного продукта	Возможные реакции			
			Аппетит	Срыгивания, рвота	Кожные покровы, слизистые	Характеристика стула

A cartoon illustration of a young girl with pigtails, wearing a red dress, holding a very large green pencil. She is standing on a grid that is part of the table below. The pencil is positioned diagonally across the grid, and she is holding it with both hands. The pencil has a yellow eraser at the top and a sharp lead tip at the bottom. The girl is smiling and looking towards the viewer.

Эмпирическая диагностическая диета предусматривает исключение из рациона:

- продуктов, имеющих высокую сенсibiliзирующую активность;
- мясных бульонов, острых и соленых блюд, пряностей, маринадов, консервов;
- подозреваемых, по данным анамнеза, пищевых антигенов.

Однако **«виновный» аллерген следует выявлять индивидуально, не увлекаясь широким исключением из рациона известных облигатных антигенов, и следить за полноценностью питания ребенка.**



# Продукты с высокой сенсibiliзирующей активностью

1. Цитрусовые - апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты и др.
2. Орехи - фундук, миндаль, арахис, и др.
3. Рыбу и рыбные продукты - свежую и соленую рыбу, рыбные бульоны, консервы из рыб, икру и др.
4. Птицу - гуся, утку, индейку, курицу и др. - и изделия из нее.
5. Шоколад и шоколадные изделия.
6. Кофе.
7. Копченые изделия.
8. Уксус, горчицу, майонез и прочие специи.
9. Хрен, редис, редьку.
10. Томаты, баклажаны.
11. Грибы.
12. Яйца.
13. Молоко пресное.
14. Клубнику, землянику, дыни, ананасы.
15. Сдобное тесто.
16. Мед.
17. Взрослым: все алкогольные напитки.



# В ПИЩУ МОЖНО УПОТРЕБЛЯТЬ:

1. Мясо говяжье нежирное отварное.
2. Супы крупяные, овощные:
  - а) на вторичном говяжьем бульоне,
  - б) вегетарианские.
3. Масло сливочное, оливковое.
4. Картофель отварной.
5. Каши - гречневую, геркулесовую, рисовую.
6. Молочнокислые продукты однодневные - творог, кефир, простоквашу.
7. Огурцы свежие, петрушку, укроп.
8. Яблоки печеные.
9. Чай.
10. Сахар.
11. Компоты из яблок, сливы, смородины, вишни, сухофруктов.
12. Белый несдобный хлеб.



Традиционно используемые для лечения и профилактики атопического дерматита пищевые добавки:

- Рыбий жир,
- масло огуречника аптечного,
- масло примулы вечерней.
- препараты цинка,
- пиридоксин,
- витамин Е,
- мультивитаминные комплексы



Однако **достоверных данных об их терапевтической эффективности и доказательств их влияния на снижение тяжести заболевания не получено.**

# Минимальная длительность диагностической ограничительной диеты

По данным Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (European Academy of Allergology and Clinical Immunology, EAACI) в случае подозрения на пищевую аллергию (по истории и/или тестам) **диагностическая диета с исключением подозреваемых пищевых продуктов** рекомендуется в течение **4–6 недель**.

Для младенцев в Европе эксперты рекомендуют педиатрам первичного звена при подозрении у ребенка пищевой аллергии на коровье молоко назначать **элиминационную диету высокогидролизованными смесями** в течение **2 недель**.



# Особенности диетотерапии для детей до года

## 1. Максимально длительное сохранение естественного вскармливания.

Матери назначается гипоаллергенная диета с ограничением цельного молока и молочных продуктов.

Белки грудного молока не аллергенны.

## Грудное вскармливание положительно влияет на становление микробиоценоза кишечника ребенка.

Взрослый тип микробиоценоза кишечника формируется до 18 мес жизни. Более раннее становление микробиоценоза по взрослому типу способствует развитию пищевой аллергии.

2. У детей с атопией на протяжении первого года жизни следует исключить сильные пищевые антигены.

IgE отмечается уже у 11-недельного плода.

Вместе с тем, ребенок рождается с низким его уровнем, однако в случае вскармливания коровьим молоком уже в 3-месячном возрасте обнаруживаются специфические антитела.

Специфические IgE к пищевым продуктам (особенно к яйцам) встречаются у 30% детей первого года жизни.

3. Отсроченное введение прикорма не позволяет снизить риск пищевой аллергии. **Оптимальным сроком введения прикорма в питание ребенка с аллергией считается возраст от 5 до 6 мес.**

**Раннее введение прикорма является нежелательным.**



# Тактика введения прикорма ребенку с атопическим дерматитом

- Продукты прикорма вводятся в рацион по одному, в небольших количествах, предпочтительно в период продолжающегося грудного вскармливания.
- У детей с аллергией к белкам коровьего молока прикорм не должен содержать молочных продуктов.
- В остром периоде болезни новые продукты прикорма не назначаются.
- Гипоаллергенные продукты прикорма должны иметь монокомпонентный состав, не содержать молока, глютена, сахара, соли, бульона, а также консервантов, искусственных красителей и ароматизаторов.
- Для коррекции белковой части рациона в питание ребенка с 6 мес. вводят мясное пюре. Рекомендуется использовать детские консервы из мяса кролика, индейки, конины, ягненка, тощей свинины. Говядина и телятина у детей с аллергией к белкам коровьего молока не используются.
- Гипоаллергенный фруктовый прикорм формируется главным образом из яблок зеленой и белой окраски. Тепловая обработка фруктов улучшает их переносимость.
- Куриное яйцо и рыба как высокоаллергенные продукты не вводятся в рацион детей первого года жизни с атопическим дерматитом.



# Мероприятия при аллергии к белкам коровьего молока у грудного ребёнка

1. Длительность ограничения продуктов коровьего молока – до года и более.

2. **ПРИ ИСКУССТВЕННОМ** ВСКАРМЛИВАНИИ применяются:

А) Смеси-гидролизаты – полученные в результате расщепления белков коровьего молока.

Рекомендуются для профилактики у здоровых детей с семейным анамнезом атопии (т.н. профилактические смеси; однако данных об эффективности их профилактического влияния недостаточно), а также для лечения детей с атопическим дерматитом (лечебные).

**Доказаны при вскармливании детей, страдающих аллергией к белкам коровьего молока:**

- клиническая эффективность смесей-гидролизатов,
- нормализация микробиоценоза кишечника,
- снижение уровня специфического IgE к коровьему молоку

Б) Смеси на основе козьего молока.

В) Соевые смеси:

Не рекомендуется их использовать до 5 мес. и в остром периоде.

Д) Кисломолочные смеси.



# Уход за кожей. Устранение сухости кожи

- ежедневное купание или влажные компрессы на область поражения;
- не пользоваться мочалками, не растирать кожу;
- не использовать слишком горячую или холодную воду;
- высококачественные моющие средства – Фридерм-деготь, Фридерм-цинк и др.;
- после купания использовать смягчающие питательные средства – Бепантен, Д-пантенол, детский крем и др.
- защищать кожу от избытка солнечных лучей;
- избегать соприкосновения кожи с жесткой тканью или шерстью.



# УВЛАЖНЯЮЩИЕ И СМЯГЧАЮЩИЕ СРЕДСТВА УХОДА ЗА КОЖЕЙ

**К этой группе лекарственных средств относятся:**

- индифферентные кремы,
- мази, лосьоны,
- масляные ванны,
- ванны с добавлением различных смягчающих и увлажняющих кожу компонентов.

Входят в стандартную терапию атопического дерматита, обладают глюкокортикоид-сберегающим эффектом и используются для достижения и поддержания контроля над симптомами заболевания.



# Применение средств для увлажнения кожи

Препараты, содержащие липиды, керамиды (вид липидных молекул, являющихся важным компонентом клеточной мембраны), незаменимые жирные кислоты:

- топикрем,
- липикар,
- толеран,
- атопалм,
- атодерм и др.



Смягчающие средства поддерживают кожу в увлажненном состоянии и могут уменьшать зуд.



# Правила применения средств для увлажнения кожи

- Смягчающие средства следует наносить регулярно, не менее 2 раз в день, в том числе после каждого мытья или купания, даже в те периоды, когда симптомы заболевания отсутствуют.

- Мази и кремы более эффективно восстанавливают поврежденный гидролипидный слой (водно-жировой) эпидермиса, чем лосьоны.

Максимальная продолжительность их действия составляет 6 ч, поэтому аппликации увлажняющих средств должны быть частыми.

- Каждые 3-4 недели необходима смена увлажняющих средств для предотвращения явлений тахифилаксии.





# Лекарственная терапия

Местная терапия



Системная терапия

Негормональные препараты



Местная глюкокортикоидная терапия



# Препараты местного действия

Местные  
глюкокортикостероиды



Местные антигистаминные средства

Местные иммуносупрессоры – негормональные средства (мишень – тучные клетки кожи, в т.ч. такролимус, пимекролимус и др.)



Препараты дёгтя



Антибактериальные препараты (антибиотики и антисептики)

Новые негормональные препараты поддерживающей терапии

# Противовоспалительная активность местных глюкокортикоидов:

- зависит от концентрации действующего вещества и лекарственной формы;
- коррелирует со способностью их вызывать спазм сосудов кожи

## Принято делить препараты на классы активности:

- в Европе выделяют 4 класса (I- IV классы; I – самый слабый),
- в США – 7 классов (I-VII, объединенные в 4 группы:
  - очень сильные (**класс IV в Европе, класс I в США**);
  - сильные (класс III в Европе, класс II и III в США);
  - средние (класс II в Европе, класс IV и V в США);
  - слабые (класс I в Европе, класс VI и VII в США).



# Классификация топических кортикостероидов по степени активности

Название препарата	Класс
Гидрокортизон	I (низкой активности)
Гидрокортизона-17-бутират	II (умеренной активности)
Клобетазона-17-бутират	
Бетаметазона-17-валерат	III (сильной активности)
Метилпреднизолона ацепонат	
Флутиказона пропионат	
Бетаметазон	
Мометазона фуроат	
Дезоксиметазон	
Флуоцинонид	
Флуоцинолона ацепонат	IV (очень сильной активности)
Клобетазола пропионат	



# Общие рекомендации по использованию местных глюкокортикоидов у детей

При тяжелых обострениях и локализации патологических кожных очагов на туловище и конечностях лечение начинают с местных глюкокортикоидов III класса (сильных), для обработки кожи лица возможно использование местных глюкокортикоидов II класса (средней силы) в разведении.

Для рутинного применения при локализации поражений на туловище и конечностях рекомендуются местные глюкокортикоиды I или II классов, на лице – I класса.

Не применяют местные глюкокортикоиды IV класса (очень сильные) у детей до 14 лет.



## Другие препараты

### **Местные антигистаминные средства**

Фенистил-гель – у младенцев и детей младшего возраста не применяют на обширных участках кожи, особенно при наличии явлений воспаления или кровоточивости.

Псило-бальзам – не применяют до 2 лет.

### **Препараты дегтя**

Эффективны для лечения атопического дерматита и в некоторых случаях могут служить альтернативой МГК и иммуномодуляторам.

Недостатки:

- Косметический эффект – ограничивает широкое применение.
- Теоретический риск канцерогенного эффекта дериватов дегтя (основан на исследованиях профессиональных заболеваний у лиц, работающих с компонентами дегтя)

### **Местные антибиотики**

Эффективны у пациентов с подтвержденной бактериальной инфекцией кожи.

### **Антисептики**

Широко применяют в комплексной терапии атопического дерматита. Доказательств их эффективности, подтвержденных рандомизированными контролируемые исследованиями, нет.



# Модификация наружной терапии в зависимости от типа высыпаний

При мокнущи: примочки или влажно-высыхающие повязки с 1% р-ром танина, 10% р-ром ихтиола, настоем коры дуба, лаврового листа.

При воспалении: нафталан, окись цинка, Скин-кап, Элидел.

При атопическом дерматите средней тяжести или тяжелом процессе: глюкокортикоиды.

При бактериальных осложнениях: метиленовый синий, бриллиантовый зеленый, Банеоцин.

При грибковом поражении: Дифлюкан, Ламизил, Клотримазол.



# Алгоритм применения накожных средств

- Необходимое оснащение: раствор по назначению врача, небольшая баночка или стаканчик, шпатель, ватный или марлевый шарик, пинцет.
- Тщательно помыть и осушить руки.
- Надеть перчатки.
- В баночку отложить с помощью шпателя или отлить необходимое количество лекарственного средства.
- Обнажить тот участок кожи, на который будет наноситься средство (помочь в этом пациенту).
- Шпатель, ватный или марлевый шарик смочить в стаканчике с лекарственным средством и нанести на кожу легкими продольными движениями.
- Если на участке кожи есть волосы, средство наносят в направлении их роста.
- При обработке гнойничковых высыпаний кожу смазывают вокруг очагов поражения по направлению от периферии к центру.



# СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ

## Группы препаратов

Антигистаминные средства



Препараты, ингибирующие высвобождение биологически активных веществ из мастоцитов



Эубиотики

Энтеросорбенты

Ферменты поджелудочной железы

Гепатопротекторы

Препараты седативной терапии

Дезинтоксикационные препараты

Иммунодепрессанты

Системные глюкокортикоиды

Антибактериальные препараты

Витамины



# Базисная терапия после купирования обострения кожного процесса

- антигистаминные препараты последнего поколения: фексофенадин (телфаст), цетиризин (зиртек), фенистил, лоратадин (klaritin) и т. д. в обычных терапевтических дозах;
- стабилизаторы мембран тучных клеток (противовоспалительные негормональные препараты):
  - кетотифен (задитен) не менее 3 мес,
  - недокромил натрия (налкром) в течение 1—2 мес и др., которые могут применяться как в комплексе с основными методами лечения, так и в качестве профилактических препаратов в реабилитационном периоде.
- После общеклинического обследования больным atopическим дерматитом проводится коррекция сопутствующих заболеваний и санация очагов хронической инфекции в соответствии со стандартами.



# Аллергенспецифическая иммунотерапия

**При атопическом дерматите этот метод лечения не применяют, однако он может быть эффективен при сопутствующей астме, аллергическом риноконъюнктивите.**



# Немедикаментозное лечение. Физиотерапия

**1. Фототерапия (УФ-облучение)** применяют у пациентов с распространенными кожными проявлениями, устойчивыми к стандартной терапии. Применяют диапазоны УФ-излучения длиной волны 315-400 нм (УФ-лучи спектра А – длинноволновой диапазон) и 280-315 нм (УФ-лучи спектра В – средневолновой диапазон УФО).

Исследования показали, что использование комбинации широкого спектра УФ А + УФ В предпочтительнее, чем только широкого спектра УФ В.

**Лечение высокими дозами УФ А (длина волны 340-400 нм) по сравнению с терапией глюкокортикоидами значительно лучше снижает тяжесть проявлений атопического дерматита**, в то же время монотерапия УФ А и монотерапия глюкокортикоидами эффективнее, чем УФ А/УФ В-терапия.

PUVA-терапия (прием псоралена в сочетании с УФА-фототерапией) эффективна для **лечения тяжелых форм атопического дерматита у детей старше 12 лет.**



# Немедикаментозное лечение. Физиотерапия

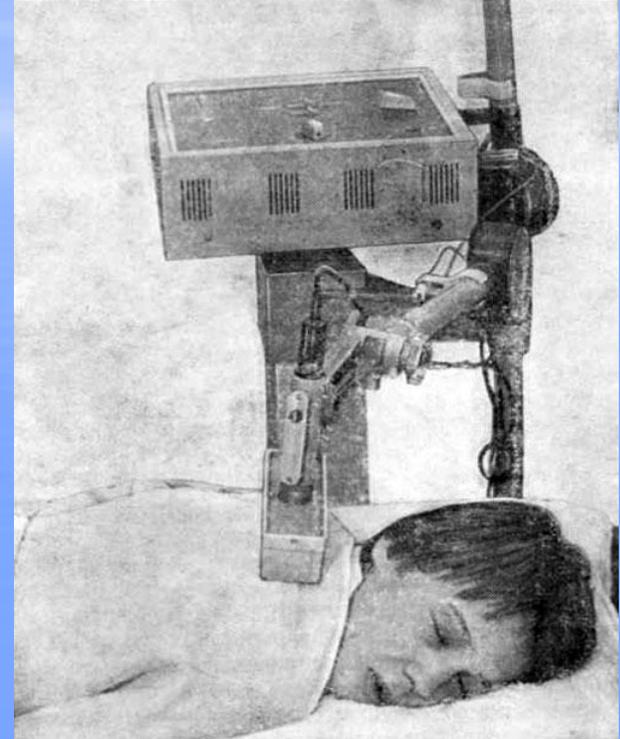
## 2. Лазеротерапия

Облучают открытые пораженные участки кожи красным и ИК-лазером по конфигурации патологического очага, от периферии к центру и здоровые ткани в пределах 1 - 1,5 см.

## 3. Магнитотерапия переменным магнитным полем

Сегментарно на воротниковую, поясничную область и местно на очаги поражения кожи.

На рефлексогенную зону индуктор накладывают непосредственно на кожу или на рубашку из хлопчатобумажной ткани, а на очаги поражения кожи — через марлевую салфетку или повязку, если она имеется у больного (Обросов А.Н., Карачевцева Т.В., 1987 ).



## 4. Гипербарическая оксигенация.

## 5. Аэроионотерапия

На фоне стандартной терапии общая аэроионотерапия дозой в 20 биологических единиц по А. Л. Чижевскому ежедневно в течение одного часа, курс  $29 \pm 3$  дня (Дикова О.В., Инчина В.И., 2007).

## 6. Психотерапия

Наиболее предпочтительны:

- групповое психотерапевтическое воздействие,
- обучение техникам релаксации, снятия стресса и модификации поведения.



## 7. Курортная терапия

В летний период при отсутствии обострения рекомендуется максимально **длительное пребывание в приморских курортных зонах.**

- **Климатотерапия:** Крым, Кавказ – черноморское побережье, Азовское побережье, Мертвое море, Адриатическое побережье и т.д.

Климатотерапия (до 2 месяцев) способна продлить период ремиссии.

- **Бальнеотерапия** – лечение минеральными сульфидными и радоновыми ваннами (Мацеста, Пятигорск);

- **Талассотерапия** — морские купания;

- **Пелоидотерапия** – принятие ванн с лечебными грязями или аппликации их. Широко применяется на южных курортах (Анапа).

Необходимо правильное соблюдение этапности реабилитации: «Стационар» – «Амбулаторное лечение, наблюдение» – «Курорт».

# Методы комплементарной медицины

## 1. Фитотерапия

- **Ванны** с отваром череды, ромашки, шалфея, зверобоя, валерианы.
- **Фитопрепараты лечебно-косметического ухода** с высоким уровнем доказательной базы (В. С. Горский, 2018):
  - ✓ Препарат противовоспалительного и противоаллергического действия на основе **корней литоспермума *Lithospermi radix* и *Angelica gigantis radix***, содержит масло семян кунжута и пчелиный воск. Утверждён Корейским управлением по контролю качества продовольствия и лекарств (KFDA). Эффективен в лечении ксероза, обморожений, потницы, анальных трещин. **Эффект при атопическом дерматите** описан в ряде клинических наблюдений в 1999 г., а в двух более поздних исследованиях сообщается о положительном клиническом эффекте при радиационном дерматите, раке молочной железы.
  - ✓ **Полынь веничная (*A. capillaris*)**, в Азии традиционное лекарственное растение. Имеет гепатопротекторное, болеутоляющее и жаропонижающее действие; **эффективен при лечении атопического дерматита**. Имеет противовоспалительные, противоопухолевые, гепатопротективные свойства, эффективен в отношении *H. Pylori*.

# Методы комплементарной медицины

## 2. Гомеопатия

Особенности:

- Отдельные наблюдения демонстрируют положительные результаты.
- Нет данных рандомизированных контролируемых исследований, подтверждающих эффективность метода.
- В гомеопатическом методе важен тщательный **индивидуальный подбор** препарата и степени его разведения.

3. Биорезонансная терапия (рандомизированных контролируемых исследований эффективности этого метода воздействия не проводилось).

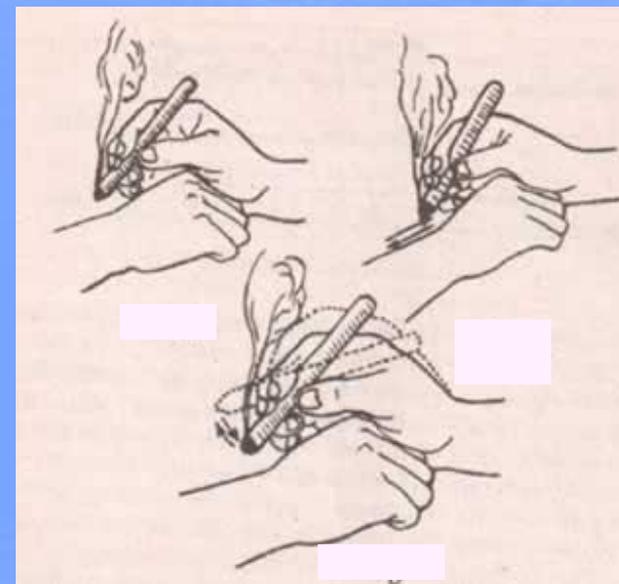
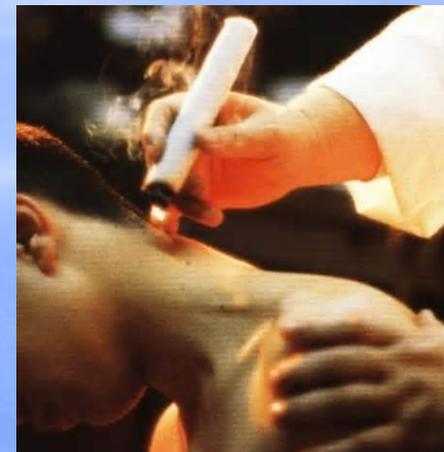
## 3. Гирудотерапия

Дренирующее и противовоспалительное действие (результатов рандомизированных контролируемых исследований эффективности нет).

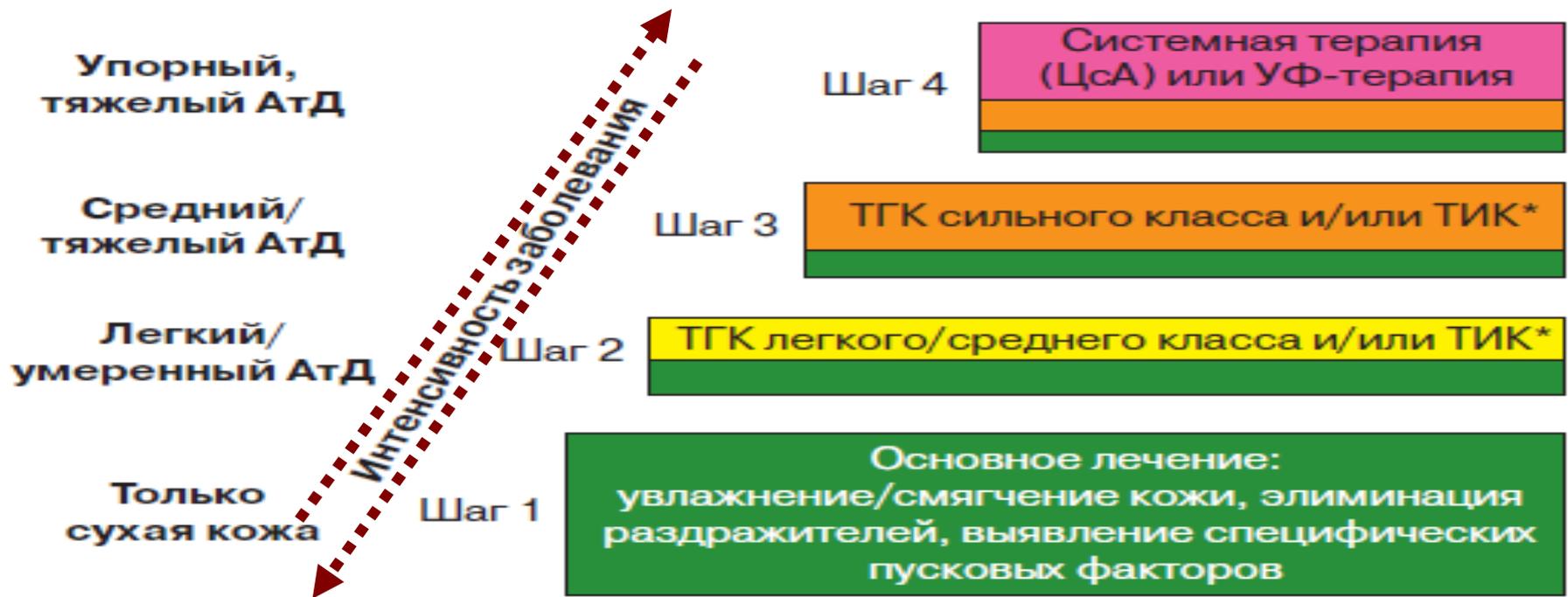


# Рефлексотерапия

1. Иглотерапия
2. Локальное прогревание активных точек и очагов поражения – цзю-терапия (полынной сигаретой, угольным стержнем, аппаратными методами)
3. Лазеропунктура
4. КВЧ-пунктура
5. Электропунктура



# Этапная терапия пациентов с атопическим дерматитом



АтД — атопический дерматит,  
ТГК — топические глюкокортикоиды,  
ТИК — топические ингибиторы кальциневрина (*такролимус, пимекролимус*),  
ЦсА — циклоспорин А,  
УФ — ультрафиолетовое излучение,  
\* — дети в возрасте старше 2 лет.

# Ступенчатая терапия атопического дерматита (Консенсус EAACI / AAAAI / PRACTALL/ Клинические рекомендации Союза педиатров, 2016).

## 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.

# Профилактика атопического дерматита



Первичная

Вторичная

# Первичная профилактика во время беременности

Назначение гипоаллергенной диеты (исключение из рациона питания коровьего молока, яиц или других потенциально аллергенных продуктов) беременным из группы риска по рождению ребенка с аллергической патологией **не снижает риска** развития атопических заболеваний у ребенка.

Более того, **назначение подобной диеты может негативно сказаться на нутритивном (питательном) статусе как беременной, так и плода.**



## Рекомендовано:

- Прием матерью во время беременности и лактации, а также обогащение рациона ребенка 1-го полугодия жизни *Lactobacillus* sp. снижает **риск раннего** развития atopических болезней у предрасположенных детей.
- При невозможности исключительно грудного вскармливания в первые месяцы жизни у предрасположенных детей рекомендуют использование гипоаллергенных смесей, частичных или полных гидролизатов, хотя убедительных данных об эффективности их профилактического влияния в настоящее время нет.



# Вторичная профилактика (профилактика обострения)

- Соблюдение гипоаллергенной диеты во время лактации матерью ребенка, страдающего атопическим дерматитом, может уменьшить тяжесть течения заболевания.



- Элиминационные мероприятия (использование специальных постельных принадлежностей и чехлов для матрасов, вакуумных пылесосов для уборки, акарицидов) – в двух исследованиях подтверждено значительное уменьшение тяжести симптомов атопического дерматита у детей с сенсibilизацией к клещам домашней пыли при снижении концентрации клещей в окружающей среде.



# Обучение пациента

Пациент должен знать:

- правила диеты и режима для больного атопическим дерматитом с целью ограничения контакта с неблагоприятными факторами внешней среды;

- правила ухода за кожей;

- правила использования увлажняющих средств, топических глюкокортикоидов и других местных препаратов.



## Общие рекомендации для больного

1. Максимально ограничивать контакт с факторами внешней среды, вызывающими обострение заболевания, а также с раздражающими веществами.
2. Коротко стричь ногти.
3. В период обострения спать в хлопчатобумажных носках и перчатках.
4. Использовать мыло и моющие средства с увлажняющим эффектом. Водные процедуры должны быть кратковременными (5-10 мин), в теплой (не горячей) воде.
5. Носить просторную одежду из чистого хлопка.
6. Новую одежду стирать перед ношением.
7. Для стирки использовать жидкие, а не порошковые моющие средства.
8. При стирке одежды и постельных принадлежностей использовать минимальное количество кондиционера для белья, после чего белье необходимо дополнительно прополоскать.
9. В жаркую погоду пользоваться кондиционером для воздуха.
10. В солнечную погоду пользоваться солнцезащитными кремами, не вызывающими контактного раздражения кожи.
11. После плавания в бассейне необходимо принимать душ и наносить крем или мазь с жировой основой.
12. Полностью выполнять назначения лечащего врача.



## Пациентам не следует:

- 1.Использовать спиртосодержащие средства гигиены.
- 2.Использовать средства с антимикробными компонентами без рекомендации лечащего врача.
- 3.Носить грубую и тяжелую одежду.
4. Участвовать в спортивных состязаниях, так как это вызывает интенсивное потоотделение и сопровождается тесным контактом кожи с одеждой.
5. Слишком часто принимать водные процедуры.
6. Во время мытья интенсивно тереть кожу и использовать для мытья приспособления более жесткие, чем мочалка из махровой ткани.

## Прогноз

- Атопический дерматит имеет волнообразное рецидивирующее течение: **у 60% детей симптомы со временем полностью исчезают, у остальных сохраняются или рецидивируют** в течение всей жизни.

Первые симптомы обычно появляются в раннем возрасте, в 50% случаев диагноз устанавливают на 1-м году жизни.

- Доказано:
  - наличие патофизиологической связи между тяжелым атопическим дерматитом и другими аллергиями;
  - этапность клинических проявлений атопии (аллергический марш);
  - чем тяжелее протекает заболевание, тем выше шанс его длительного течения, особенно в случаях сочетания дерматита с другой аллергической патологией.
- Пик развития бронхиальной астмы приходится на 5-6-летний возраст, а аллергического ринита – на период пубертата.
- Атопический дерматит оказывает существенное влияние на качество жизни детей. По степени негативного влияния он превосходит псориаз и сравним с таким серьезным состоянием, как дебют сахарного диабета.



# Сестринская помощь больному

## Цели сестринской помощи больному:

содействие восстановлению утраченных функций или адаптации к изменившимся возможностям и обеспечению максимально возможного качества жизни пациента путем использования специальных сестринских технологий\*.

## Задачи сестринской помощи:

1. Клинические: участие в лечебно-диагностическом процессе в рамках своих компетенций.
2. Гигиенические: содействие поддержанию личной гигиены больного и надлежащего санитарного состояния его окружения.
3. Образовательные: обучение пациентов.



# Сестринская помощь больному атопическим дерматитом

## Проблемы пациента:

- кожные высыпания;
- кожный зуд;
- нарушение целостности кожных покровов;
- нарушения сна;
- психоэмоциональная лабильность;
- риск инфекционных осложнений, прогрессирования дерматита, развития других атопических заболеваний;
- необходимость лечения, профилактики осложнений и прогрессирования атопической патологии;
- дефицит знаний о заболевании.



# Сестринская помощь в стационаре:

- Обеспечение пациента диетическим питанием и предметами ухода.
- Выполнение врачебных назначений.
- Соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима.
- Просвещение пациента и его родственников, разъяснение особенностей заболевания, возможностей лечения и вторичной профилактики.
- Обучение больного и его родных выполнению гигиенических процедур, пользованию предметами ухода, технике обработки кожных элементов, правилам ведения пищевого дневника.



# Сестринская помощь в амбулаторной практике

- Наблюдение за пациентом и оценка тяжести и динамики кожных проявлений.
- Выполнение врачебных назначений.
- Контроль приверженности лечению, соблюдения гипоаллергенной диеты и элиминационного режима.
- Обучение пациента и его родственников:
  - правилам гигиенического ухода за покровными тканями, пользования предметами ухода, применения антисептиков, средств для увлажнения и смягчения кожи;
  - правилам гипоаллергенного питания, заполнения пищевого дневника и контроль его ведения;
  - технике обработки элементов кожных высыпаний.



**БЛАГОДАРИЮ ЗА ВНИМАНИЕ!**

**БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!**

