
Е. А. Баранаева, Т. Н. Войтович
г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский
университет»

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Атопический дерматит (АД) занимает одну из лидирующих позиций по распространенности среди детского населения во всем мире, нарушению качества жизни ребенка и его семьи, затратам государственного и семейного бюджета. АД – заболевание мультифакториальное, значимую роль в котором играют как генетические, так и внешне средовые факторы. В основе болезни лежит хроническое воспалительное заболевание кожи, одной из особенностей которого является склонность ко вторичному инфицированию. Развитие осложненных форм заболевания связано со снижением барьерной функции кожи: нарушением процессов кератинизации, повреждением и истончением водно-липидного слоя, повышением трансэпидермальной потери воды. Это создает условия для повышенной колонизации кожи инфекционными агентами, доминирующим из которых является золотистый стафилококк. Этот возбудитель и выделяемые им энтеротоксины вызывают и поддерживают воспаление в коже, а энтеротоксины А и В являются суперантигенами, вызывая продукцию специфических ИгЕ. Получены убедительные доказательства корреляции тяжести заболевания, риска развития осложненного течения и

формирования стероидно-резистентного АД с колонизацией токсигенными штаммами золотистого стафилококка и, особенно, с уровнем специфических ИгЕ к энтеротоксинам. Другие возбудители (бактерии-стрептококки, синегнойная палочка, протей, вирусы – простого герпеса 1 и 2 типа, контагиозного моллюска, грибы-*Malassezia*, *Candida albicans*) играют меньшую значимость в развитии осложнений АД. Микробная колонизация и суперинфекция кожи поддерживают хроническое воспаление в коже и способствуют рецидивирующему течению заболевания.

Для АД характерен широкий спектр клинических проявлений и эволютивный возрастной полиморфизм. Клиническими проявлениями, свидетельствующими о присоединении бактериальной инфекции кожи являются мокнутие, желтые гнойные корки, фолликулит, фурункулез, импетиго, везикулопустулез, множественные расчесы; асимметричная локализация очагов.

Тактика лечения АД строго индивидуальна и зависит от варианта течения, тяжести и продолжительности заболевания. Едиными рекомендациями для всех пациентов являются: минимизация воздействия триггерных факторов; постоянный уход за кожей – ее очищение, увлажнение и смягчение с использованием специальных средств для ухода за атопической кожей; наружная противовоспалительная терапия (топические глюкокортикостероиды и ингибиторы кальциневрина). Комбинация топических глюкокортикостероидов и эмолентов повышает эффективность лечения стероидчувствительных дерматитов и снижает риск развития осложнений. Смягчающие средства должны использоваться в большом количестве – у детей до 250 граммов в неделю, у подростков до 600 граммов. Интенсивное использование эмолентов уменьшает потребность в топических стероидах. При присоединении вторичной микробной или грибковой инфекции терапия усиливается топическими антисептиками/местными или системными антибиотиками/противогрибковыми препаратами. При наличии мокнутия традиционно используются жидкие формы антисептиков – фукорцин, бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, мирамистин и др. Для снижения микробной нагрузки на кожу рекомендуются отбеливающие ванны с использованием гипохлорита натрия продолжительностью 10 минут 2 раза в неделю. Длительность этого вида терапии по показаниям достигает 3 месяцев. В практике чаще всего используются местные антибактериальные препараты (гарамицин, банеоцин, бактробан, неомицин,

линкомицин, гентамицин, фуцидин и др.), имеющие ряд преимуществ: прямой контакт активных ингредиентов с возбудителем, максимальная их концентрация в очаге воспаления, отсутствие системных побочных эффектов. Системная антибиотикотерапия назначается при тяжелом течении процесса с общей интоксикацией, глубокой стафилодермией, лихорадкой, в сочетании с воспалительными изменениями в анализе крови, отсутствием эффекта от применения местной антибактериальной терапии. К сожалению, в реальной клинической практике быстро и точно определить этиологию инфекционного осложнения АД в большинстве случаев не представляется возможным. Отсутствие эффекта на комбинацию местных кортикостероидов и антибактериальных препаратов чаще всего связано с персистенцией в коже грибов *Malassezia sympodialis*. Поэтому оптимальным выбором для местной терапии осложненного вторичным инфицированием атопического дерматита является назначение тройных комбинированных препаратов, обладающих противовоспалительным, антибактериальным и противогрибковым эффектом (бетаметазона дипропионат/клотримазол/гентамицин; натамицин/неомицин/ гидрокортизон и др.).

ВОЗ прогнозирует дальнейший рост аллергических заболеваний, что диктует необходимость дальнейшего изучения механизмов развития этой патологии и поиска новых способов лечения.
