

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	4
Список сокращений	5
От редактора	6
Глава 1. Рациональная фармакотерапия атопического дерматита у детей в клинической амбулаторной практике (Т.В. Соколова)	10
Список литературы	44
Глава 2. Микробная экзема как инфекционно-зависимый дерматоз (Т.В. Соколова, А.П. Малярзук)	48
Список литературы	75
Глава 3. Паразитарные дерматозы, осложненные бактериальной и/или микотической инфекцией	79
3.1. Чесотка, осложненная пиодермией (Т.В. Соколова, А.П. Малярзук)	79
Список литературы	86
3.2. Педикулез, осложненный пиодермией (Т.В. Соколова, Ю.В. Лопатина)	87
Список литературы	90
3.3. Демодекоз в сочетании с пиодермией и/или малассезиозом и поверхностным кандидозом кожи (Т.В. Соколова, М.В. Голицына, Ю.В. Лопатина, А.П. Малярзук)	91
Список литературы	110

Глава 1

Рациональная фармакотерапия атопического дерматита у детей в клинической амбулаторной практике

Совершенствованию лечения atopического дерматита (АтД), ассоциированного с бактериальной, микотической, вирусной инфекцией, посвящены диссертационные исследования, выполненные под руководством профессора Т.В. Соколовой в Институте медицины и экологии ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Государственном институте усовершенствования врачей Министерства обороны РФ, Медицинском институте непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет» (ранее — «Московский государственный университет пищевых производств»).

1. Ахметов И.И. Влияние на течение atopического дерматита у взрослых инфекции *Helicobacter pylori* и ее эрадикации. М., 2002.
2. Золотнова В.Ю. Интервальная нормобарическая гипоксия в комплексном лечении больных atopическим дерматитом. М., 2003.
3. Айзикович Л.А. Клинико-иммунологические особенности atopического дерматита, ассоциированного с герпесвирусными инфекциями, у детей. М., 2003.
4. Кливитская Н.А. Особенности течения atopического дерматита, ассоциированного с сенсибилизацией к дрожжевой флоре. М., 2009.
5. Дьячек И.А. Роль триггерных факторов в хронизации atopического дерматита у юношей приписного возраста. М., 2010.
6. Панкратова Е.В. Объективизация диагностики atopического дерматита у мужчин призывного возраста с учетом анализа заболеваемости. М., 2010.
7. Ващенко М.С. Рациональный подход к фармакотерапии atopического дерматита у детей в амбулаторной практике с учетом течения заболевания и предшествующей терапии. М., 2022.

Результаты этих исследований систематизированы в руководстве для врачей «Атопический дерматит. Проблемы и их решение» (2020). В нем авторы акцентировали внимание врачей на персонифицированном подходе в выборе тактики лечения с учетом индивидуальных особенностей течения дерматоза.

Хроническое рецидивирующее течение АтД, возрастная динамика клинических манифестаций, участие в патогенезе заболевания многочисленных экзо- и эндогенных факторов указывают на междисциплинарную значимость данной проблемы (Fleming P., 2018; Lucas R. et al., 2020). Рост заболеваемости АтД среди детей (Балаболкин И.И. и др., 2017; Соколова Т.В., Давиденко М.С., 2019; Ревякина В.А. и др., 2019; Mallola J. et al., 2013; Snast I. et al., 2018; и др.); его преобладание в структуре кожной патологии (до 74%) (Кунгуров Н.В. и др., 2013); увеличение числа больных подростками (15–17 лет) и взрослых лиц (Панкратова Е.В., 2010; Кохан М.М. и др., 2016; и др.) указывают на необходимость изучения причин этого явления. Данные официальной статистики при перерасчете на каждый год контингента свидетельствуют, что заболеваемость АтД подростков 15–17 лет выше, чем у детей, в 2,2 (2015) – 2,3 (2016) раза. Доля впервые взятых на учет подростков в 2016 г. составила 35,3%, а показатель их диспансеризации был в 1,3 раза выше, чем у детей до 14 лет (64,7% против 49,5%) (Соколова Т.В., Давиденко М.С., 2019). В Российской научно-практической программе «Атопический дерматит у детей» (2008) отмечено, что данные официальной статистики о распространенности АтД в стране занижены в 10–20 раз.

Тактика лечения АтД базируется на ключевых аспектах патогенеза заболевания и индивидуальных особенностях его течения (Смирнова Г.И., Манкуте Г.Р., 2015; Балаболкин И.И. и др., 2017; Мурашкин Н.Н. и др., 2018; Ревякина В.А. и др., 2019; de Bruin-Weller et al., 2018; Thaçi D. et al., 2019; и др.). Учитывается сочетание иммуногенетических и средовых факторов (Смолкин Ю.С. и др., 2016; Gao L., 2007). Среди последних значима адекватность выбранных лекарственных средств как критерий квалифицированной медицинской помощи пациенту (Кениксфест Ю.В., 2011; Кунгуров Н.В., 2014). Однако исследований, посвященных анализу недостатков в выборе тактики лечения АтД, недостаточно (Суворова К.Н., Варданян К.Л., 2005; Смолкин Ю.С. и др., 2016; Eigenmann P.A., 2013; и др.), и они не касаются соответствия назначений врачей инструкциям по медицинскому применению препаратов. Имеющиеся нарушения в выборе тактики лечения больных приводят к серьезным медицинским, социальным и экономическим проблемам (Лепяхин В.К. и др., 2008; Lombardi T.P., 2001). Клинические фармакологи систематизировали основные проблемы, связанные с применением лекарственных средств: отсутствие пока-

заний в инструкциях по медицинскому применению, неправильная доза и кратность назначения, неблагоприятные побочные реакции, отсутствие эффекта, злоупотребление лекарствами, несоблюдение больными схем лечения и др. (Lombardi T.P., Kennicutt J.D., 2001).

В настоящее время Министерство здравоохранения РФ стало акцентировать внимание на целевом назначении лекарственных средств в клинической практике. Коморбидность соматической патологии требует от врача осуществлять персонифицированный, а не ориентированный только на основное заболевание подход к диагностике, лечению и профилактике (Верткин В.Л., Скотников А.С., 2013; Ширинский В.С, Ширинский И.В., 2014; Кейт Нададь Гинард, 2012; и др.). Для оценки эффективности лечения издан приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В 2019 г. вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 г. № 381н «Требования к организации проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Совершенствование качества медицинской помощи в амбулаторных условиях — одна из ключевых задач здравоохранения РФ (Морозов Д.А., 2021) и основа для разработки стратегии по ее улучшению (Попов А.В., Штундер О.Ю., 2011).

В соответствии с актуальностью данной проблемы в рамках научно-исследовательской работы «АТОПИК» кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института непрерывного образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «РОСБИОТЕХ» проведено исследование, одной из задач которого была разработка тактики рационального подхода к фармакотерапии АтД, осложненного бактериальной и микотической инфекцией, у детей в амбулаторной практике с учетом особенностей течения заболевания, существующих рекомендаций и недостатков предшествующей терапии.

Работа проводилась поэтапно.

- *1 этап.* Методом ретроспективного анализа амбулаторных карт изучено нецелевое использование наиболее часто применяемых лекарственных средств при АтД у детей в клинической практике. Для этого проведен анализ данных государственного реестра лекарственных средств, что позволило определить спектр антигистаминных препаратов, топических глюкокортикостероидов (ТГКС), топических ингибиторов кальциневрина (ТИКН), разрешенных для применения в РФ; изучены алгоритмы терапии, представленные в федеральных клинических рекомендациях (ФКР) Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК); данные о препаратах из инструкций по их медицинскому применению (показания, противопоказания, возрастные ограничения, кратность назначения, длитель-

ность курса терапии, побочные эффекты, взаимодействие с другими лекарственными средствами).

- *II этап.* Разработка на основе выявленных недостатков стратегии для рациональной фармакотерапии АтД в рамках существующих стандартов.
- *III этап.* Разработка тактики рациональной фармакотерапии АтД, основанной на многовариантном анализе причин неэффективности предшествующей терапии заболевания, базирующейся на индивидуальных особенностях течения дерматоза; исключении стереотипов в выборе препаратов; соблюдении основных алгоритмов терапии, представленных в ФКР РОДВК, учете показаний для использования лекарственных средств в инструкциях по их медицинскому применению; назначении дополнительных методов обследования и др.
- *IV этап.* Оценка эффективности рациональной фармакотерапии АтД легкой и средней тяжести у детей в амбулаторной практике.
- *V этап.* Подготовка информационных материалов для пациентов с АтД о принципах и безопасности применения ТГКС.
- *VI этап.* Разработка образовательной программы для врачей, посвященной рациональной фармакотерапии АтД легкой и среднетяжелой степени у детей в клинической амбулаторной практике с целью повышения уровня профессиональной подготовки дерматовенерологов в системе непрерывного медицинского образования.

Особенности течения атопического дерматита у детей в клинической амбулаторной практике по данным ретроспективного анализа 251 амбулаторной карты

Архивные данные 274 амбулаторных карт детей с АтД, обратившихся на прием к дерматологу в 2017–2019 гг., свидетельствуют, что детей в возрасте до 7 лет было всего 12, а больных с тяжелой степенью АтД — 11. Не исключено, что дети младших возрастных групп получали лечение у педиатра, а больные с тяжелым течением дерматоза сразу госпитализировались в стационар. Оба контингента исключены из исследования. В основу ретроспективного анализа положены данные из 251 амбулаторной карты пациентов в возрасте от 7 до 18 лет. Разделение детей с учетом возраста проведено в соответствии с классификацией, принятой в педиатрии (Геппе Н.А. и др., 2008): дети 7–11 лет (72/28,7%); подростки 12–14 лет (81/32,3%) и 15–17 лет (98/39%).

Особенности течения АтД у детей на амбулаторном приеме характеризуются преобладанием в 3,3 раза среднетяжелой формы заболевания над легкой (76,9% против 23,1%); стадии обострения в 3 раза над стадией неполной ремиссии (74,9% против 25,1%), рецидивирующего течения в 7 раз

над непрерывным (84,4% против 12,4%). Среднее число рецидивов в год составило $2,4 \pm 0,9$. Частота регистрации непрерывного течения возрастала по мере увеличения числа сопутствующих заболеваний. При среднетяжелой степени преобладал аллергический ринит (83,7%), и она регистрировалась в 2 раза чаще при наличии трех сопутствующих заболеваний и более (57%). Распространенный процесс был у 41% больных. Осложнение АтД пиодермией зарегистрировано у каждого 3-го ребенка (31%), преобладали ее поверхностные варианты (91%). Кандидоз кожи и/или слизистых оболочек выявлен у каждого 5-го пациента (19,1%).

Более тяжелое течение АтД отмечалось у подростков 15–17 лет. По мере взросления детей частота обострений АтД от действия инфекционных аллергенов увеличивалась от 32% (12–14 лет) до 54% (15–17 лет). В данной группе зарегистрировано максимальное число больных АтД, осложненным пиодермией (40,8%) и кандидозом кожи и/или слизистых оболочек (33,7%). Число сопутствующих АтД заболеваний, без учета клинических манифестаций «атопического марша», было максимальным ($2,72 \pm 0,77$). Среднетяжелая степень АтД регистрировалась в 3 раза чаще при наличии трех сопутствующих заболеваний и более, что указывало на необходимость консультаций смежных специалистов и дополнительного использования лекарственных средств для лечения данных заболеваний.

Спектр и частота назначения наружных лекарственных средств при atopическом дерматите у детей

Изучение спектра и частоты назначения детям препаратов для наружной терапии АтД в амбулаторной практике на протяжении 2 лет показало, что все пациенты получали ТГКС (в среднем $2,5 \pm 1,1$ препарата) и эмоленты (в среднем $1,5 \pm 0,7$). Реже использовали топические ингибиторы кальциневрина (ТИКН, 38,2%, $0,4 \pm 0,1$), активированный пиритион цинка (13,7%, $0,13 \pm 0,01$), препараты нафталина, дегтя и др. (15,9%). В то же время при наличии клинических манифестаций бактериальной и микотической инфекции только единичным пациентам врачи назначали топические антимикотики (3,2%) и антибактериальные средства (4,4%).

Особенности использования топических глюкокортикостероидов при atopическом дерматите у детей

- При назначении ТГКС следует учитывать биоритм продукции кортизола в организме и ритм эпидермальной пролиферации. Для усиления противовоспалительного эффекта при АтД их следует применять в утренние часы.

- Быстрое и активное действие ТГКС позволяет применять лекарственные формы в виде крема при наличии острого воспаления, так как их эффект перекрывает неблагоприятное действие основы препарата.
- Следует одномоментно наносить ТГКС на очаги поражения площадью не более 20% всей поверхности тела, если иное не указано в инструкции по применению.
- Целесообразно перед нанесением ТГКС обрабатывать очаги поражения средствами, увлажняющими и/или смягчающими кожу.
- Многие ТГКС запрещено использовать под окклюзионные повязки.
- Следует изменять тактику лечения при отсутствии положительной динамики в течение 5–7 дней при использовании ТГКС.
- При необходимости длительного лечения следует проводить короткие (прерывистые) курсы терапии.
- Запрещено использовать галогенсодержащие ТГКС у детей в области складок, на лице, в аногенитальной области, на опрелости (Короткий Н.Г., 2001).
- Факторы, влияющие на выбор ТГКС для лечения АтД у детей, многочисленны, и их следует учитывать при назначении лекарственных средств (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Факторы, влияющие на выбор топического глюкокортикостероида для лечения атопического дерматита у детей

Факторы	
обусловленные особенностями течения АтД	обусловленные ТГКС
• Острота и локализация процесса. • Степень тяжести заболевания. • Клиническая форма АтД. • Осложнения дерматоза бактериальной, грибковой и вирусной инфекцией. • Площадь очагов поражения. • Возраст пациента. • Терапия для лечения сопутствующей соматической патологии	• Сила действия ТГКС: слабый — средней силы — сильный — очень сильный. • Наличие галоидов в препарате. • Наличие или отсутствие системного эффекта. • Скорость наступления терапевтического эффекта. • Кратность нанесения

Факторы, снижающие эффективность терапии топическими глюкокортикостероидами при атопическом дерматите в амбулаторной практике

Недостатки, выявленные при назначении ТГКС для лечения АтД у детей, условно ранжированы на несколько групп (Соколова Т.В. и др., 2021). Изучение приоритетов при назначении ТГКС свидетельствует, что одно-