



Г.Н. Маемгенова, Ж.Б. Испаева, Э.Т. Шоканова, А.Ж. Сарсенбаева, Б.Д. Кадырбаева
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

**БАЛАЛАРДАҒЫ ТОКСИКОДЕРМИЯНЫҢ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.
(КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ)**

Түйін: Мақалада дәрілік заттарды қабылдау нәтижесінде болған токсикалық аллергиялық дерматиттің клиникалық жағдайы қарастырылады. Бұл клиникалық жағдай аурудың даму ерекшеліктерін, симптомдардың өсу динамикасын және емдеудің күрделілігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: дәрілік аллергия, сезімталдық, дәрілік заттарды бақылаусыз қолдану.

G.N. Memgenova, Zh.B. Ispaeva, E.T. Shokanova, A.Zh. Sarsenbaeva, B.D. Kadyrbaeva
Asfendiyarov Kazakh National medical university

**FEATURES OF TOXICODERMIA THE CHILD HAS
(CLINICAL CASE)**

Resume: The article presents a clinical case of toxic allergic dermatitis, manifested as a result of medication. This clinical case demonstrates the features of the course of the disease, the dynamics of the increase in symptoms and the complexity of treatment.

Keywords: drug allergy, sensitization, drug abuse

УДК 616-056.3-022

Ж.Б. Испаева, Г.Н. Маемгенова, Э.Т. Шоканова, А.М. Сарсенбаева, З.М. Жанкалова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Препарат, содержащий активированный пиритион цинка (Скин-кап 0,2% аэрозоль, 0,2% крем и 1% шампунь), является нестероидным препаратом, обладающим широким спектром фармакологических эффектов. Может применяться у детей от 1 года, допускается использование на всех участках тела без ограничений по площади. Крем наносят 2 раза в день, возможно применение окклюзионных повязок. Аэрозоль используют в случаях выраженного мокнутья, распыляют с расстояния 15 см. 2-3 раза в день.

Ключевые слова: атопический дерматит, наружная терапия, аллергические заболевания, пищевая аллергия

Введение. Во всем мире ежегодно отмечается значительный рост аллергических заболеваний в среднем на 15-20%.

Главные причины роста аллергических заболеваний – это загрязнение воздуха, воды, пищи отходами промышленности, транспорта, вредные факторы в быту и на производстве. По статистике уже сегодня аллергией страдает каждый пятый житель нашей планеты. И если XX век был веком сердечно-сосудистых заболеваний, то XXI век по прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения считается веком аллергии.

Одной из наиболее актуальных проблемаллергологии и дерматологии является проблема атопического дерматита. В Республике Казахстан атопический дерматит у детей в течение многих лет занимает лидирующее первое место в структуре аллергических заболеваний.

Наряду с этим, атопический дерматит занимает третье место в структуре заболеваний кожи.

Атопический дерматит (АД) – многофакторное генетически детерминированное заболевание, основу которой составляют механизмы опосредуемые IgE и не IgE реакциями.

Аллергия в настоящее время является пандемией века.

2018 год Всемирной организацией аллергии (WAO) объявлен – годом Атопического дерматита и была проведена неделя Атопического дерматита с 7 по 14 апреля по всему миру, что показывает актуальность проблемы атопического дерматита.

Атопический дерматит – это генетически обусловленное, хроническое, рецидивирующее заболевание кожи, в основе которого лежит IgE-зависимое воспаление кожи и ее

гиперреактивность, нарушающие естественные реакции на внешние и внутренние раздражители.

Первое Европейское международное исследование качества жизни больных с АД и их родственников (ISOLATE) с участием более 2000 пациентов. [8]

В среднем каждый больной переживает в год **9,2 обострения** с суммарной продолжительностью **136,2 дня**.

67% пациентов отмечают нарушения сна во время обострений.

Поражение кожи видимых участков – лица и шеи – имеет место у **70 %** больных.

86% избегают как минимум 1 вида повседневной активности (купание, не носят открытую одежду)

39% пациентов когда-либо подвергались насмешкам со стороны сверстников

У каждого шестого взрослого пациента АД является препятствием на пути развития его карьеры

От **50 до 70 %** пациентов и их родственников постоянно находятся в состоянии ожидания очередного обострения, испытывая при этом фобию в отношении наружных стероидов.

Значительную роль в патогенезе осложнений атопического дерматита играют роль инфекции кожи.

Одним из важных аспектов патогенеза АД является изменение микробиоты кожи, связанное с нарушением баланса между количеством условно-патогенных и патогенных бактерий. Кожа более 90% детей с атопическим дерматитом колонизирована Staphylococcus aureus. Недостаток антимикробных пептидов кожи способствует колонизации S. aureus и развитию вторичного инфицирования кожного покрова и дополнительной стимуляции процессов воспаления [1].

Дефекты иммунной системы наряду с недостатком антибактериальных пептидов включают в себя также снижение рекрутирования нейтрофилов, врожденный дефект активации Toll-like рецепторов (TLR), что вместе с дефектом эпидермального барьера играет решающую роль в бактериальной колонизации и инфекционных осложнениях при atopическом дерматите. Антигены *S. aureus* (в основном энтеротоксины А и В) при проникновении через эпидермальный барьер могут вызывать дегрануляцию тучных клеток и таким образом приводить к острому воспалению. Токсины *S. aureus* помимо прямого повреждающего действия на кожу могут выступать в роли суперантигенов, активируя Т-лимфоциты путем индукции провоспалительных цитокинов и хемокинов через TLR, а также путем индукции цитотоксичности альфа-токсина к кератиноцитам [2]. Кроме того, суперантигены снижают ответ на лечение глюкокортикостероидами. *S. aureus* способен индуцировать и высвобождение гистамина непосредственно из базофилов и тучных клеток, ингибировать синтез иммуноглобулинов [3].

У больных atopическим дерматитом отмечается высокая частота контаминации кожи больных микробной и грибковой флорой:

У 90% пациентов, страдающих от АД, кожа колонизирована золотистым стафилококком, из которых 50% являются токсинообразующими. Эти токсины могут способствовать воспалению и дисфункции кожного барьера путем активации воспалительных заболеваний хозяина. При поражении лица и шеи у больных с atopическим дерматитом антитела к грибам *Malassezia* обнаруживаются практически в 100% случаев. [4,5,6]

В настоящее время лечение atopического дерматита, особенно с тяжелым непрерывно-рецидивирующим течением, инфицированных вторичной инфекцией, нуждаются в особо тщательной наружной комплексной терапии с применением препарата с оптимальным сочетанием высокой местной активности и высокого профиля безопасности. Одним из перспективных направлений в лечении atopического дерматита является снижение колонизации кожи *S. aureus* без антибиотиков.

Препаратом выбора может служить активированный пиритион цинка (АПЦ), Применение АПЦ сопровождается снижением количества расширенных сосудов, плотности периваскулярного инфильтрата, нормализацией рогового слоя, увеличением активности апоптоза клеток-эффекторов воспаления. Препарат снижает колонизацию кожи *Malassezia furfur*,

другими грибами, а также *S. aureus*, участвующими в патогенезе atopического дерматита. Использование АПЦ при atopическом дерматите у детей сопровождается быстрым и выраженным клиническим эффектом, длительными ремиссиями, снижением потребности в использовании ТКС и антигистаминных препаратов. Препарат обладает хорошим профилем безопасности, практически не всасывается с поверхности кожи, не оказывает цитостатического эффекта и не воздействует на синтез ДНК.

Материалы и методы. Проведено исследование по типу случай-контроль на 30 детях, страдающих с atopическим дерматитом. Диагноз был верифицирован согласно стандартным методам. Лечение соответствовало протоколу диагностики и лечения atopического дерматита [7].

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 3 до 15 лет (из них 13 детей до 3х лет). Давность заболевания была от 1 месяца до 2х лет. У всех наблюдаемых детей проводилось комплексная стандартная терапия с применением антигистаминных препаратов старого и нового поколений, превентивная терапия кетотифеном. Учитывая наличие нарушенной микрофлоры, сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта проводилась ферментативная и пробиотическая коррекция, а также санация выявленных инфекций.

Местную терапию, в период обострения atopического дерматита в наблюдаемой группе 20 больных с наличием отека, эритемы и мокнутия применяли 0,2% аэрозоль АПЦ 2 раза в день в течение 7 дней. За счет быстрого испарения - перехода газа из жидкого состояния в газообразное, препарат оказывал выраженное, противовоспалительное, подсушивающее и охлаждающее действие. В наблюдаемой группе 10 детей, в период обострения болезни с наличием воспаления без мокнутия успешно применяли 0.2% крем АПЦ 2 раза в день в течение 7 дней. В последующем, всем 30 больным в испытываемой группе при наличии остаточной эритемы и воспаления без мокнутия мы применяли 0.2% крем АПЦ 2 раза в день в течение 14 дней. Кроме того, в последующем в хронической стадии процесса, с локальными очагами инфильтрации и лихенификации atopического дерматита применяли 0.2% крем АПЦ 1 – 2 раза в день под окклюзионную повязку в течение 14 дней.



Рисунок 1



Рисунок 2

На рисунке 1 и 2 пациент с локальными очагами инфильтрации и лихенификации atopического дерматита до лечения и после лечения

Очень важным аспектом является наличие у препарата АПЦ аэрозольной формы - альтернатива примочкам и влажно высыхающим повязкам при экссудативном характере кожного процесса.

Наличие нескольких лечебных форм АПЦ (Скин-кап) обеспечило возможность лечения atopического дерматита препаратом АПЦ при любом характере воспалительного процесса. Кратность лечения составила 2 раза в день. Курс лечения состоял от 3 недель до 1,5 месяцев.

В результате проведенного лечения у большинства (80%) больных мы наблюдали достижение ремиссии, которое

выражалось в снижении воспалительного процесса, исчезновении зуда, отека, эритемы. Значительное улучшение (20%) было отмечено в группе больных в хронической стадии процесса и сопровождалось уменьшением инфильтрации, лихенификации.

Общеклинические анализы крови и мочи в исследуемой группе больных в процессе лечения были в пределах нормы. Таким образом, больные atopическим дерматитом, осложненным вторичным инфицированием, имеют альтернативные методы наружной терапии в виде



препарата Скин кап (АПЦ), что исключает инфекционные осложнения при длительном применении.

Выводы. Препарат, содержащий активированный пиритион цинка (АПЦ) 0,2% аэрозоль, 0,2% крем является нестероидным препаратом, обладающим антисептическим

и противовоспалительным действием: снижает колонизацию кожи *S. Aureus*, а также обладает противогрибковым действием, и сопровождается клинической эффективностью основного клинического симптома – угасанию зуда кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Pelc J, Czarnecka-Operacz M, Adamski Z. The structure and function of the epidermal barrier in patients with atopic dermatitis treatment options // *Postepy Dermatol Alergol.* – 2018. - №35(2). – P. 123–127.
- 2 Trzeciak M, Glen J, Rebala K, et al. Coexistence of 2282del4 FLG gene mutation and IL-18 -137G/C gene polymorphism enhances the risk of atopic dermatitis // *Postepy Dermatol Alergol.* – 2016. - №33(1). – P. 57–62.
- 3 Filipowska-Gronska A, Werynska-Kalemba M, Bozek A, et al. The frequency of polymorphic variants of filaggrin gene and clinical atopic dermatitis // *Postepy Dermatol Alergol.* – 2016. - №33(1). – P. 37–41.
- 4 Uwe Wollina Microbiome in atopic dermatitis // *Clin Cosmet Invest Dermatol.* – 2017. - №10. – P. 51–56.
- 5 Kennedy EA, Connolly J, Hourihane JO, Fallon PG, McLean WHI, Murray D, Jo JH, Segre JA, Kong HH, Irvine AD. Skin microbiome before development of atopic dermatitis: Early colonization with commensal staphylococci at 2 months is associated with a lower risk of atopic dermatitis at 1 year // *J Allergy Clin Immunol.* – 2017. - №139(1). – P. 166–172.
- 6 Park KD, Pak SC, Park KK. The Pathogenetic Effect of Natural and Bacterial Toxins on Atopic Dermatitis // *Toxins (Basel).* – 2016. - №9. – P. 45–52.
- 7 Атопический дерматит. Протокол диагностики и лечения. РЦРЗ. – Астана: 2014. – 24 с.
- 8 Zuberbier A. et al. Quality of life in atopic dermatitis (results of ISO-LATE) // *J. All. Clin. Immunol.* - 2006. - Vol.7. - P.45–50.

Ж.Б. Испаева, Г.Н. Маемгенова, Э.Т. Шоканова, А.М. Сарсенбаева, З.М. Жанкалова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТТЕ СЫРТҚЫ ТЕРАПИЯНЫҢ АЛЬТЕРНАТИВТІ ӘДІСТЕРІ

Түйін: Активтендірілген мырыш пиритионы бар препарат (*Скин-кап* 0,2% аэрозоль, 0,2% крем және 1% шампунь) - фармакологиялық әсерлердің кең спектрі бар стероидтік емес препарат. 1 жастан асқан балаларға қолдануға болады, аймақтық шектеусіз дененің барлық бөліктерінде қолдануға рұқсат етіледі. Жақпа тәулігіне 2 рет қолданылады, окклюзивті таңғыштарды қолдануға болады. Аэрозольді айқын сулану кезінде, 15 см қашықтықтан, күніне 2-3 рет шашады.

Түйінді сөздер: аллергиялық аурулар, тағамдық аллергия, атопиялық дерматит, сыртқы терапия.

Zh. Ispayeva, G.N. Maymgenova, E.T. Shokanova, A.M. Sarsenbayeva, Z.M. Zhankalova
Asfendiyarov Kazakh National medical university

ALTERNATIVE METHODS OF EXTERNAL THERAPY FOR ATOPIC DERMATITIS

Resume: The drug containing activated zinc pyrithione (*Skin-cap* 0.2% aerosol, 0.2% cream and 1% shampoo) is a non-steroidal drug with a wide range of pharmacological effects. Can be used in children from 1 year, allowed to use on all parts of the body without restrictions on the area. The cream is applied 2 times a day, it is possible to use occlusive dressings. The aerosol is used in cases of pronounced skin wetness, sprayed from a distance of 15 cm 2-3 times a day.

Keywords: atopic dermatitis, external therapy, allergic diseases, food allergies