

Актуальность проблемы *Дерматологическая полиморбидность*

- *Проблема* полиморбидности / мультиморбидности / коморбидности
- 2-3 дерматоза у лиц 35+
 - неинфекционный + инфекционный (микозы, ВПЧ-индуцированные, герпесвирусные...)
 - 2 неинфекционных (псориаз + акне..., склероатрофический лихен + мелазма...)
- Может быть и в раннем детстве...
- Как не пропустить?
- Анализ анамнеза, динамики сыпи, осмотр при каждом обострении и в динамике лечения....

Клинический случай сочетания атопического дерматита и мастоцитоза

• *Мастоцитоз*

- редкое заболевание с дебютом в младенчестве
- тучные клетки аккумулируются в коже, иногда – в других органах (риск тучноклеточного лейкоза)
- мутация KIT гена

- *Проблемы атопического дерматита (АД):*
 - распространенность – до 20% популяции
 - генетическая детерминированность
 - с 2-х месяцев жизни, многолетнее рецидивирующее течение (риск «атопического марша»)
 - большое количества терминов, обозначающих одну и ту же нозологическую единицу специалистами разного профиля
- *Общие симптомы, приводящие к ошибке в диагностике и тактики ведения больных –зуд, эритема....*

Реб.К., 6 мес.



- АД с 2-х мес жизни, после перехода на искусственное вскармливание
- Распространенные высыпания, сильный зуд, торпидность течения, 4 мес без ремиссии (элоком, эриус...)
- При обследовании – ЛН С/С
- Коррекция питания, безлактозные смеси
- Отчетливая положительная динамика, но после разрешения эритемато-сквамозных высыпаний – коричневатые пятна, не укладывающиеся в АД
- «вспыхивают» и набухают при купании
- + симптом Дарье-Унны
- Мастоцитоз /пигментная крапивница!
- Тактика: биопсия? Исключение системности, консультация педиатра, гематолога

**Реб.К., 6 мес. Пигментная
крапивница /кожный мастоцитоз**



- Избегать раздражения кожи, инсоляции, высокочастотных физиотерапевтических процедур
- Избегать полипрагмазии
- Осторожно с прививками
- В лечении
 - АГП 2 поколения + стабилизаторы мембран тучных клеток
 - наружно – топические ИКН (пимекролимус, такролимус)
 - контроль питания
 - рациональный уход за кожей!!!

Реб. Д., 3 года



- АД с 6 мес., после введения прикорма
- Тактика
- Контроль питания с ведением пищевого дневника
- АГП + пребиотики
- уход за кожей
- Наружно – ТКС кратковременно→
- Отчетливая положительная динамика, ремиссия 2 года
- после вакцины от гриппа появились зудящие красные пятна, расцененные как обострение АД
- АГП, ТКС – на месте эритематозных высыпаний – коричневатые пятна, не укладывающиеся в АД
- «вспыхивают» и набухают при купании
- + симптом Дарье-Унны
- Мастоцитоз /пигментная крапивница!

Дерматологическая полиморбидность: диагностический алгоритм

- **Корректный диагноз**
 - критический анализ анамнеза, результатов осмотра и обследования
- **Выбор лечебной тактики**
 - активная терапия
 - оценка степени тяжести
 - по выраженности клинических проявлений (по SCORAD)
 - по тяжести течения АД (легкое, среднетяжелое, тяжелое)
 - анализ эффективности предшествующей терапии
 - оценка триггерных факторов и сопутствующих заболеваний
 - каждое обострение имеет свою причину (1 или несколько)
 - сопутствующие заболевания (стадия обострения, ремиссия) определяют возможности терапии
 - проактивная терапия (ИКН, ТКС)
 - профилактическая терапия (уход, UVB 311nm фототерапия)

Мастоцитоз и АД



- **Болезнь-модифицирующая наружная терапия – топические ИКН**

Проактивная терапия = контроль течения дерматозов

- **Чем?**
 - Топический ИКН- такролимус (Протопик), пимекролимус (Элидел)
 - ТКС- флютиконазола пропионат (Кутивейт)
- **Когда?**
 - после снятия островоспалительных явления
- **Как?**
 - на фоне базового увлажняющего/смягчающего ухода
 - ТИКН 1 р в день вечером ежедневно 1 месяц, затем 1 р в день вечером 2 р в неделю 1-3 месяца и более
- **Что делать при обострении?**
 - ТКС-короткий курс (моно- или комбинированные)
 - анализ причин обострения и коррекция тактики
 - после снятия остроты воспаления - ТИКН

**Альтернатива ТКС -
топические ингибиторы кальциневрина (ИКН)
такролимус (Протопик), пимекролимус (Элидел)**

ТИКН – контроль за воспалением в коже

- __ Предовращает активацию и пролиферацию Т-лимфоцитов**
- __ Блокирует продукцию провоспалительных цитокинов (ИЛ-2)**
- __ Уменьшает экспрессию IgE рецепторами клеток-мишеней (КЛ, тучные клетки)**
 - __ снижается ответ на аллергены**
 - __ подавляется высвобождение медиаторов воспаления (гистамин и др.) из тучных клеток**
- __ Не проникает через базальную мембрану: мол.вес – более 500 дальтон, а ТКС – 200-400**
- __ Не влияет на протеазную активность – не нарушает эпидермальный барьер**

Protopic®. SmPC, Elidel®.

SmPC, Lebwohl M, Gower T., *MedGenMed* 2006;8:8.

Проактивная терапия: цель и возможности

- **Цель**
 - контроль иммунозависимого воспаления в данном участке кожи
 - такролимус блокирует рецепторы клеток, вырабатывающих сигнальные молекулы воспаления, независимо от того, какой триггер действует: экзогенный или эндогенный
- **Возможности:**
 - изменить течение болезни
 - дается время врачу для выявления и элиминацию всех возможных триггерных факторов воздействия на покровные ткани (кожа, слизистые)
 - мотивировать пациента к изменению образа жизни: элиминация провоцирующих факторов
- **Риски:**
 - многофакторность обострений в разные возрастные периоды
- **Результат**
 - «перерасти» болезнь: только 30% больных АД детей имеют продолжение болезни во взрослом возрасте (Много? Мало?)

Ятрогенные проблемы при лечении АД +

- **Полипрагмазия**
 - **более 5 медикаментов**
 - количество препаратов обратно пропорционально квалификации врача
- **Необоснованность назначения препаратов**
 - **применение этиотропных препаратов без топического диагноза по результатам лабораторных анализов**
 - «Перед хорошими анализами можно снять шляпу, но не голову»
- **Недооценка возможностей наружной терапии и персонализированного ухода за кожей**

Благодарим за внимание