

DOI: 10.29296/25877305-2018-03-02

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ВЗРОСЛЫХ

Е. Дворянкова¹, доктор медицинских наук,
Е. Денисова^{1, 2}, кандидат медицинских наук,
А. Пирузян¹, доктор медицинских наук, профессор,
И. Корсунская^{1, 2}, доктор медицинских наук, профессор

¹Центр теоретических проблем

физико-химической фармакологии РАН, Москва

²Московский научно-практический центр дерматовенерологии
и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

E-mail: marykor@bk.ru

Атопический дерматит (АтД) наблюдается у 1–3% взрослых. Понятие «атопический дерматит взрослых» стало употребляться в научной литературе относительно недавно. В большинстве случаев АтД заканчивается достаточно стойкой ремиссией до наступления периода пубертата. Однако в последние годы все чаще наблюдаются случаи, когда заболевание сохраняется или даже дебютирует у взрослых. Клиническое течение АтД взрослых имеет особенности и не соответствует принятым в детской практике диагностическим критериям. Поэтому в большинстве случаев заболевание у взрослых больных становится диагнозом исключения, особенно в случаях de novo.

Ключевые слова: дерматология, атопический дерматит, взрослые, лихенизация.

Для цитирования: Дворянкова Е., Денисова Е., Пирузян А. и др. Атопический дерматит взрослых // Врач. – 2018; 29 (3): 9–13. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-02

Атопический дерматит (АтД) — распространенное хроническое воспалительное заболевание кожи, которое обычно дебютирует в детстве. Болезнь, как известно, имеет рецидивирующее течение, отягощенный индивидуальный или семейный анамнез по различным аллергическим заболеваниям, вазомоторному риниту, бронхиальной астме, при этом часто наблюдается повышение уровня IgE в сыворотке крови.

В большинстве случаев АтД заканчивается достаточно стойкой ремиссией до наступления периода пубертата. Тем не менее в последние годы все чаще наблюдаются случаи, когда заболевание сохраняется или даже дебютирует у взрослых. В связи с этим относительно недавно M. Bannister и S. Freeman (2000) был введен термин «атопический дерматит взрослых» (adult-onset atopic dermatitis) [1].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В последние 30 лет во всем мире увеличивается распространенность АтД как среди детей, так и среди взрослых. Этот дерматоз стал одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, поражающих $\frac{1}{5}$ населения развитых стран [2, 3]. Распростра-

ненность АтД среди детей – примерно 15–30%, среди взрослых – 0,3–14,3% [4]. Однако большинство авторов придерживаются мнения, что этим заболеванием страдают 1–3% взрослых [5].

Пик заболеваемости АтД взрослых приходится на возраст 20–40 лет [2]. Существуют данные, согласно которым, если суммировать число взрослых больных, у которых заболевание протекает с детства, и тех, кто заболел впервые в позднем подростковом или взрослом возрасте, то заболеваемость АтД у взрослых достигнет примерно 45% [6].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

АтД взрослых характеризуется выраженной клинической гетерогенностью, симптомы заболевания не всегда совпадают с таковыми у детей. Тем не менее у взрослых АтД, как и у детей, имеет преимущественно хроническое, рецидивирующее течение. Различают 3 основных типа клинических проявлений этого дерматоза у взрослых: хронический персистирующий АтД; рецидивирующий АтД; АтД взрослых [7].

Хронический персистирующий АтД наблюдается у взрослых больных, которые страдали данным заболеванием с детства. Известно, что примерно в 20–30% случаев АтД, начавшийся в детстве, сохраняется и впоследствии [7]. Поэтому этот дерматоз хронического персистирующего типа наиболее распространен и легко диагностируется.

Хронический персистирующий АтД нередко принимает достаточно тяжелое течение. Он проявляется диффузными эритематозно-сквамозными высыпаниями, симметрично расположенными главным образом на сгибательных поверхностях конечностей и лице (рис. 1), а также на туловище. Высыпания на кистях наблюдаются не у всех пациентов и, как правило, зависят от особенностей их жизнедеятельности и работы. У некоторых больных обнаруживаются клинические проявления заболевания, указывающие на его хроническое течение – «грязная шея», витилигоподобные пятна и выраженная лихенизация. Хронической персистирующей форме АтД может сопутствовать и гнездная алопеция, что расценивается как маркер тяжелого течения основного заболевания.

Рецидивирующий АтД наблюдается примерно у 12,2% больных, которые страдают данным заболеванием с детства. Симптомы АтД могут разрешаться до наступления полово-

го созревания или в этот период и рецидивировать уже во взрослом возрасте. При этом типе АтД часто развивается хроническая экзема кистей (рис. 2), связанная с профессиональными особенностями или с выполнением домашней работы. Следует отметить, что многим пациентам с таким типом течения заболевания нередко ставят диагноз хронической экземы или даже профессиональной экземы из-за больших затруднений с дифференциальной диагностикой, особенно в случае отсутствия анамнестических данных об атопии в детстве или у ближайших родственников. Однако у таких больных в детстве АтД мог иметь субклинические проявления, но под воздействием преимущественно на кожу кистей экзогенных факторов (химикаты, жара, холод, пыль, ветер и др.) во взрослом возрасте заболевание приобрело более выраженную симптоматику.

АтД у взрослых больных достаточно трудно диагностировать, и часто верный диагноз ставят только после исключения других заболеваний кожи, особенно аллергического контактного дерматита. Для подтверждения диагноза АтД часто необходимо выполнение биопсии [8]. Следует отметить, что и микрофлора кожи у пациентов значительно различается как составом, так и количеством агентов [9].

Существует несколько клинических форм АтД. Классификация заболевания, применяемая за рубежом, несколько отличается от принятой в России. Более того, согласно зарубежным классификациям, некоторые самостоятельные нозологические единицы, принятые в отечественной дерматологии, являются клиническими формами АтД, либо иного заболевания. Здесь мы рассмотрим европейский вариант классификации АтД взрослых [10].

Для типичной формы этого заболевания у взрослых характерно наличие на коже воспалительных экзематозных высыпаний с лихенификацией, которые локализуются преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей. Однако только в 10% случаев такая локализация бывает изолированной (рис. 3), а еще в 10% случаев – сгибательные поверхности конечностей свободны от высыпаний. На лице высыпания наблюдаются у 48% больных, на руках – у 46%, на разгибательных поверхностях конечностей – у 33%, на коже туловища – у 30% [11].

Другая форма АтД взрослых – экзема головы и шеи (head-and-neck eczema); она относится к числу наиболее распространенных во взрослом



Рис. 1. Диффузные эритематозно-сквамозные высыпания на лице



Рис. 2. Хроническая экзема кистей

возрасте. Патологические проявления на коже лица и шеи при этой форме заболевания могут быть изолированными или сопровождаются высыпаниями в локтевых и подколенных ямках. Клиническая картина экземы головы и шеи характеризуется эритематозно-сквамозными высыпаниями на лице с вовлечением в патологический процесс кожи век и красной каймы губ. Кроме этого, при хроническом течении заболевания в области шеи нередко наблюдаются участки гиперпигментации и лихенизации, известные как симптом «грязной шеи». Иногда, помимо лица, эритематозно-сквамозные элементы при этой форме АтД могут локализовываться на коже груди, в подмышечных впадинах, на спине и верхних конечностях.

Несколько иная картина наблюдается у подростков. У них при экземе головы и шеи высыпания локализуются не только на лице, шее, но и на так называемых себорейных участках туловища – верхней части груди и спины. При этом высыпания могут иметь определенное сходство с таковыми при фолликулите. В таких случаях некоторые авторы в качестве триггера заболевания называют *Pityrosporum ovale* [7].

Экзема кистей, по мнению ряда исследователей, – своего рода трансформация АтД во взрослом возрасте. Некоторые авторы считают, что дисгидротическая экзема является разновидностью острой или хронической экземы и никак не связана с АтД. Однако по разным оценкам, от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ всех взрослых больных с экземой кистей страдали АтД в детстве, в то время как поражение кожи рук наблюдается у 60–70% пациентов с АтД [12, 13]. Таким образом, наличие хронической экземы кистей всегда должно вызывать подозрение на наличие АтД взрослых.

Клиническая картина атопической хронической экземы кистей не всегда одинакова. Можно выделить, по крайней мере, 3 клинические формы заболевания: острая рецидивирующая дисгидротическая экзема; хроническая форма раздражительного контактного дерматита; хронический сухой дерматит кончиков пальцев.

Клинические проявления дисгидротической экземы хорошо известны и характеризуются возникновением на коже ладоней и (или) боковых поверхностей пальцев мелких пузырьков, что сопровождается достаточно интенсивным зудом.

Хроническая форма раздражительного контактного дерматита может проявляться либо сухой хронической экземой с трещинами на коже пальцев и ладоней, либо дисгидротическими высыпаниями на кончиках пальцев рук.

Хроническая экзема рук может быть первым или единственным проявлением АтД у взрослых, что создает трудности в постановке правильного диагноза. В таких случаях помогает тщательный сбор анамнеза: наличие типичных проявлений

АтД в детстве; наличие других сопутствующих заболеваний атопической природы; возникновение очередного обострения или усугубление уже имеющихся симптомов на фоне приема определенных пищевых продуктов.

Генерализованная экзема как форма АтД взрослых – тяжелый вариант течения заболевания. Можно выделить 2 типа клинических проявлений генерализованной экземы: один вариант – появление на коже лица, шеи, туловища, конечностей диффузной воспалительной эксудативной эритемы, лихенизации, корок; другой – лихенизация, ксероз, эксфолиация, очаги вторичной депигментации (рис. 4). Появление гнездовой алопеции на фоне указанных проявлений на коже имеет отрицательное прогностическое значение.

Нуммулярная экзема – очень распространенная форма АтД взрослых в Китае и Индии – около 17% всех случаев заболевания у взрослых. Возникают округлые воспалительные высыпания, которые чаще располагаются на нижних конечностях, могут быть отечными с шелушением, либо со слегка западающим центром. Они довольно плохо поддаются лечению [7]. Этот морфологический вариант АтД взрослых не является специфическим и часто возникает у пациентов, склонных к атопии на фоне контакта с различными отдушками или консервантами, содержащимися в средствах гигиены.

Еще одна форма заболевания, характерная для тяжелого течения АтД у взрослых, – эритродермия, при которой поражено >90% поверхности кожного покрова. При этой форме заболевания наблюдаются диффузная эритема, ксероз, лихенизация. Указанные проявления сопровождаются интенсивным зудом, астенией, симптомами обезвоживания. Наиболее часто атопическая эритродермия встречается у пожилых пациентов.

Узловатая почесуха многими авторами рассматривается как клиническая форма АтД у взрослых с отягощенным личным и семейным анамнезом [14]. В китайской популяции эта форма заболевания наблюдается в 30% случаев [7].



Рис. 3. Экзематозные высыпания изолированной локализации на сгибательной поверхности руки



Рис. 4. Очаги вторичной депигментации

Обычно узловатая чесуха развивается в возрасте 40–50 лет, клинически проявляется высокими папулами и узлами, локализованными преимущественно на коже плечевого пояса, верхних конечностей и сопровождающимися интенсивным зудом. Для постановки правильного диагноза при этой форме АтД обычно требуется биопсия, чтобы исключить другие серьезные дерматозы, в том числе лимфому кожи.

ДИАГНОСТИКА

Постановка диагноза «атопический дерматит», главным образом, основана на клинических критериях и не вызывает сложностей при осмотре больных. Однако в случаях, когда АтД начинается в подростковом возрасте или позже, могут возникать трудности и ошибки диагностики.

Существует несколько вариантов диагностических критериев АтД. Наиболее широко используются критерии, разработанные J. Hanifin и G. Rajka (1980) [15] и основанные на выявлении основных и второстепенных признаков заболевания: наличие зуда; типичная морфология и локализация высыпаний на коже; рецидивирующее течение заболевания; отягощенный семейный анамнез; ранний дебют заболевания и пр. Диагноз АтД ставится при наличии по крайней мере 3 основных и 3 второстепенных критериев. Однако в связи с увеличением заболеваемости АтД взрослых диагностические критерии заболевания приходится дорабатывать. Так, начало заболевания в детстве и локализация высыпаний в области локтевых и коленных сгибов, повышение уровня в сыворотке крови IgE перестают быть важными диагностическими критериями.

Следует отметить, что клинические проявления АтД взрослых могут быть схожи с симптомами других заболеваний кожи. В этом случае постановка правильного диагноза должна основываться не только на клинической картине заболевания, но и на данных личного и семейного анамнеза, выявлении сопутствующих заболеваний атопической природы, а также на результатах диагностической биопсии кожи.

В круг дифференциальной диагностики АтД взрослых входят контактный дерматит (аллергический или ирритантный); кожная форма Т-клеточной лимфомы (грибовидный микоз или синдром Сезари); атипичный псориаз; экземоподобные лекарственные реакции (особенно у пожилых больных); себорейный дерматит; дерматофития; чесотка; герпетиформный дерматит; иктиоз; актиническое пруриго; эритродермия, вызванная другими заболеваниями и патологическими состояниями.

ТЕРАПИЯ

Лечение АтД взрослых практически не отличается от такового у детей. Однако если у детей антигистаминные препараты применяются при выраженном аллергическом компоненте, то в терапии взрослых они занимают одно из ведущих мест. У взрослых обострение АтД часто

связано с аллергической реакцией на бытовую химию, косметические средства и с другими триггерами. Наиболее перспективным антигистаминным препаратом в терапии АтД взрослых является эбастин (Кестин) из-за его положительного влияния на комплаентность проводимого лечения; из современных H₁-антигистаминных средств только для эбастина допускается удвоение дозы. Особенностью его фармакокинетики является очень быстрая метаболизация в фармакологически активный метаболит — каребастин. Выраженное противоаллергическое действие эбастина (Кестин) начинается через 1 ч после однократного приема 10 или 20 мг. Наш опыт подтверждает терапевтическую эффективность эбастина (Кестин) при зудящих дерматозах. Максимальный эффект наступал через 2 ч и сохранялся в течение 6 ч в первые 3 дня, в дальнейшем отмечалось уменьшение зуда с полным его исчезновением к 14-му дню терапии [17]. Ввиду того, что у взрослых пациентов с АтД практически в 100% случаев наблюдаются те или иные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [16], в комплексную терапию обязательно должны быть включены пробиотики. В качестве препаратов, корректирующих работу ЖКТ, наибольшую эффективность по сравнению с моносредствами демонстрируют смеси пробиотических штаммов. Одним из таких средств, содержащих кислотолюбные и бифидобактерии (*Lactobacillus Acidophilus*, *Bifidobacterium*), является ФлорОК. Собственные сравнительные наблюдения показывают более быстрое наступление клинического эффекта при включении пробиотика в комплексную терапию АтД по сравнению с традиционным лечением. Такие клинические проявления, как зуд, эритема и десквамация значительно регрессируют уже к 5-му дню терапии [18]. Топическая терапия, кроме кортикостероидных средств, предусматривает использование ингибиторов кальциневрина и средств ухода с выраженным увлажняющим действием.

В настоящее время в индустриальных странах наблюдается неуклонный рост заболеваемости АтД, в том числе и взрослых. Диагностика заболевания у детей не представляет особой сложности. Однако часто специалисты не рассматривают возможность развития АтД у взрослых, особенно при отсутствии указаний на наличие АтД в детстве. Сложность диагностики АтД взрослых заключается также в различии клинических и морфологических проявлений заболевания в разные возрастные периоды.

Таким образом, АтД взрослых становится, скорее, диагнозом исключения, который можно поставить после того, как исключены другие, сходные по симптоматике, заболевания кожи. Можно предположить, что распространенность заболевания среди взрослых гораздо выше, чем по опубликованным в специальной литературе данным, что объясняется, скорее, гиподиагностикой и отсутствием четких диагностических критериев.

Тем не менее своевременно поставленный правильный диагноз АтД взрослых способствует не только успешной терапии и реабилитации, но и выработке вер-

ной тактики ведения больных с целью своевременного выявления и лечения у них других заболеваний атопической природы.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Bannister M., Freeman S. Adult-onset atopic dermatitis // *Australas J. Dermatol.* – 2000; 41: 225–8.
2. Mortz C., Andersen K., Dellgren C. et al. Atopic dermatitis from adolescence to adulthood in the TOACS cohort: prevalence, persistence and comorbidities // *Allergy.* – 2015; 70: 836–45.
3. Folster-Holst R. Management of atopic dermatitis: are there differences between children and adults? // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2014; 28 (Suppl. 3): 5–8.
4. Weidinger S., Novak N. Atopic dermatitis // *Lancet.* – 2016; 387: 1109–22.
5. Deckert S., Kopkow C., Schmitt J. Nonallergic comorbidities of atopic eczema: an overview of systematic reviews // *Allergy.* – 2014; 69: 37–45.
6. Taleb A., Seneschal J., Mossalayi M. Biologics in atopic dermatitis // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* – 2012; 10: 174–8.
7. Hello M., Aubert H., Bernier C. et al. Atopic dermatitis of the adult // *Rev. Med. Intern.* – 2016; 37: 91–9.
8. Piruzian E., Sobolev V., Abdeev R. et al. Study of Molecular Mechanisms Involved in the Pathogenesis of Immune-Mediated Inflammatory Diseases, using Psoriasis As a Model // *Acta Naturae.* – 2009; 3: 125–35.
9. Дворянкова Е.В., Корсунская И.М., Захарова А.Б. и др. Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией: подходы к терапии // *Эффективная фармакотерапия.* – 2011; 26: 74–6.
10. Silvestre Salvador J. et al. Atopic dermatitis in adults: a diagnostic challenge // *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol.* – 2017; 27 (2): 78–88.
11. Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2005; 52: 579–82.
12. Gronhagen C., Liden C., Wahlgren C.-F. et al. Hand eczema and atopic dermatitis in adolescents: a prospective cohort study from the BAMSE project // *Br. J. Dermatol.* – 2015; 173: 1175–82.
13. Coenraads P. Hand Eczema // *N. Engl. J. Med.* – 2012; 367: 1829–37.
14. Werfel T., Schwerk N., Hansen G. et al. The diagnosis and graded therapy of atopic dermatitis // *Dtsch. Arztebl. Int.* – 2014; 111: 509–20.
15. Hanifin J., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis // *Acta Derm. Venereol. (Stockh).* – 1980; Suppl. 92: 44–7.
16. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Особенности функционирования иммунной системы желудочно-кишечного тракта в норме и при патологии // *Аллергия, астма и клин. иммунология.* – 1998; 4: 1–7.
17. Плиева К.Т., Мельниченко О.О., Невозинская З.А. и др. Возможности контроля кожных аллергических реакций // *Эффект. фармакотер.* – 2016; 26: 6–10.
18. Дворянкова Е.В., Плиева К.Т., Корсунская И.М. Роль пробиотиков в комплексной терапии атопического дерматита // *Клин. дерматол. и венерол.* – 2017; 16 (2): 102–6. DOI: 10.17116/klinderma2017162102-106

ADULT-ONSET ATOPIC DERMATITIS

E. Dvoryankova¹, MD; **E. Denisova**^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; Professor **A. Piruzyan**¹, MD; Professor **I. Korsunskaya**^{1,2}, MD

¹Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Russian Academy of Sciences, Moscow

²Moscow Research and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow Healthcare Department

Adult-onset atopic dermatitis is observed in 1-3% of adults. The concept of adult-onset atopic dermatitis has relatively recently come into use in the scientific literature. In most cases, atopic dermatitis results in a fairly sustained remission before puberty begins. However, in recent years, there have been more and more adult-onset atopic dermatitis cases when the disease persists or even starts to occur in adults. Atopic dermatitis in adult patients has the features of its clinical course and does not meet the diagnostic criteria adopted in pediatric practice. Therefore, the disease in adult patients becomes the diagnosis of exclusion in most cases, especially in de novo cases.

Key words: dermatology, atopic dermatitis, adults, lichenification.

For citation: Dvoryankova E., Denisova E., Piruzyan A. et al. Adult-onset atopic dermatitis // *Vrach.* – 2018; 29 (3): 9–13. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-02