



Красноярский
Государственный
Медицинский
Университет
им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого



Атопический дерматит у детей.

Подходы к лечению.

Врач дерматовенеролог КГДБ № 8
Мальцева М.К.
2022

Клинические рекомендации

Атопический дерматит

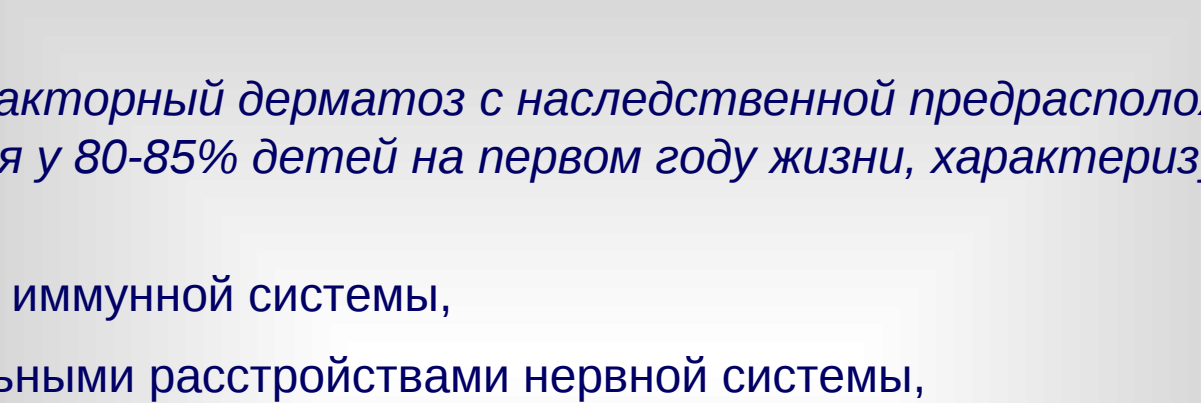
Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **L20**
Год утверждения (частота пересмотра): **2021**
Возрастная категория: **Взрослые, Дети**
Год окончания действия: **2023**
ID: **265**

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"
- Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов
- Союз педиатров России
- Союз «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ -



Это мультифакторный дерматоз с наследственной предрасположенностью, развивающийся у 80-85% детей на первом году жизни, характеризующийся:

- нарушением иммунной системы,
- функциональными расстройствами нервной системы,
- зудящими поражениями кожи с истинным полиморфизмом и лихенификацией,
- часто сопровождающийся атопическими поражениями респираторных органов
- Атопический дерматит может быть ассоциирован с респираторной аллергией – с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

- L20 Атопический дерматит
- L20.0 Почесуха Бенъе
- L20.8 Другие атопические дерматиты: экзема: сгибательная, детская (острая), (хроническая), эндогенная (аллергическая), нейродерматит: атопический (локализованный), (диффузный)
- L20.9 Атопический дерматит неуточненный

Классификация Атопического дерматита

По клиническому течению:

- острый
- подострый
- ремиссия

Три фазы АД

- младенческая
- детская
- подростково-взрослая

Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

- В большинстве случаев атопический дерматит начинается в раннем детском возрасте (до 2 лет). Для заболевания характерны возрастные особенности клинических проявлений и хроническое рецидивирующее течение с периодическими обострениями и ремиссиями, которые могут продолжаться на протяжении нескольких лет. В анамнезе у пациента могут быть другие атопические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма). Характерен семейный анамнез аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит). Для заболевания характерна сезонность обострений с ухудшением состояния в холодное время года и улучшением летом. Обострение процесса может развиваться также под влиянием ряда провоцирующих факторов (аллергены, раздражающие вещества, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.). При повышенном потоотделении может увеличиться интенсивность зуда.
- Клинические проявления атопического дерматита отличаются в разные возрастные периоды. Основные различия заключаются в локализации очагов поражения и соотношении экссудативных и лихеноидных компонентов высыпаний.

Периоды атопического дерматита

- *Младенческий период* атопического дерматита обычно начинается с 2–3 месяцев жизни ребёнка. В этот период преобладает экссудативная форма заболевания, при которой воспаление носит острый или подострый характер. Отмечаются симметричные эритематозные, папуло-везикулезные высыпания на коже лица и волосистой части головы, экссудация с образованием чешуйко-корок. В дальнейшем высыпания распространяются на кожу наружной поверхности голеней, предплечий, туловища и ягодиц, а также могут появляться в естественных складках кожи. Дермографизм обычно красный или смешанный. Субъективно отмечается зуд кожных покровов различной интенсивности. К концу этого периода очаги сохраняются преимущественно в локтевых и подколенных сгибах, а также в области запястий и шеи. Обострения заболевания в значительной степени связаны с алиментарными факторами. Младенческий период атопического дерматита обычно заканчивается ко второму году жизни ребенка клиническим выздоровлением (у 60% пациентов) или переходит в следующий период (детский).

Периоды АД

- *Детский период* атопического дерматита характеризуется высыпаниями, которые носят менее экссудативный характер, чем в младенческом периоде, и представлены воспалительными милиарными и/или лентикулярными папулами, папуло-везикулами и эритематозно-сквамозными элементами, локализующимися на коже верхних и нижних конечностей, в области запястий, предплечий, локтевых и подколенных сгибов, голеностопных суставов и стоп. Характерно наличие зудящих узелков, эрозий и эскориаций, а также незначительная эритема и инфильтрация в области высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, реже – на коже лица. Дермографизм становится розовым, белым или смешанным. Появляются пигментация век, дисхромии, нередко – ангулярный хейлит.

Подростковый и взрослый период

- *Подростковый и взрослый период* атопического дерматита характеризуется высыпаниями преимущественно на сгибательной поверхности конечностей (в области локтевых и коленных сгибов, сгибательных поверхностей голеностопных и лучезапястных суставов), на задней поверхности шеи, в заушных областях. Высыпания представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенификацией, множественными экскориациями и трещинами. В местах разрешения высыпаний в очагах поражения остаются участки гипо- или гиперпигментации. Со временем у большинства пациентов кожа очищается от высыпаний, поражёнными остаются лишь подколенные и локтевые сгибы.
- Возможны гиперлинеарность ладоней и подошв, фолликулярный гиперкератоз («роговые» папулы на боковых поверхностях плеч, предплечий, локтей), хейлит, экзема сосков, складки на передней поверхности шеи. Наблюдается гиперпигментация кожи периорбитальной области, появление складки под нижним веком (линии Денни-Моргана). Отмечается повышенная сухость кожи. Дермографизм белый стойкий или смешанный.

- Зуд выраженный, постоянный, реже – приступообразный. Нередко у подростков и взрослых преобладает лихеноидная форма заболевания, которая характеризуется сухостью, выраженным рисунком, отеком и инфильтрацией кожных покровов, крупными, сливающимися очагами лихенизации кожи и упорным стойким зудом. Относительно редко наблюдается пруригинозная форма заболевания, для которой характерны высыпания в виде множественных изолированных плотных отековых папул, на вершине которых могут появляться мелкие пузырьки. Очаги поражения могут иметь распространенный характер с преимущественной локализацией на коже конечностей.
- Наиболее тяжелым проявлением атопического дерматита является *эритродермия*, которая характеризуется универсальным поражением кожных покровов в виде эритемы, инфильтрации, лихенификации, шелушения и сопровождается симптомами интоксикации и нарушением терморегуляции (гипертермия, озноб, лимфаденопатия).
- При лабораторном обследовании пациентов с атопическим дерматитом могут быть выявлены эозинофилия периферической крови, повышение содержания общего и аллерген-специфических IgE в сыворотке крови.

Стадии болезни

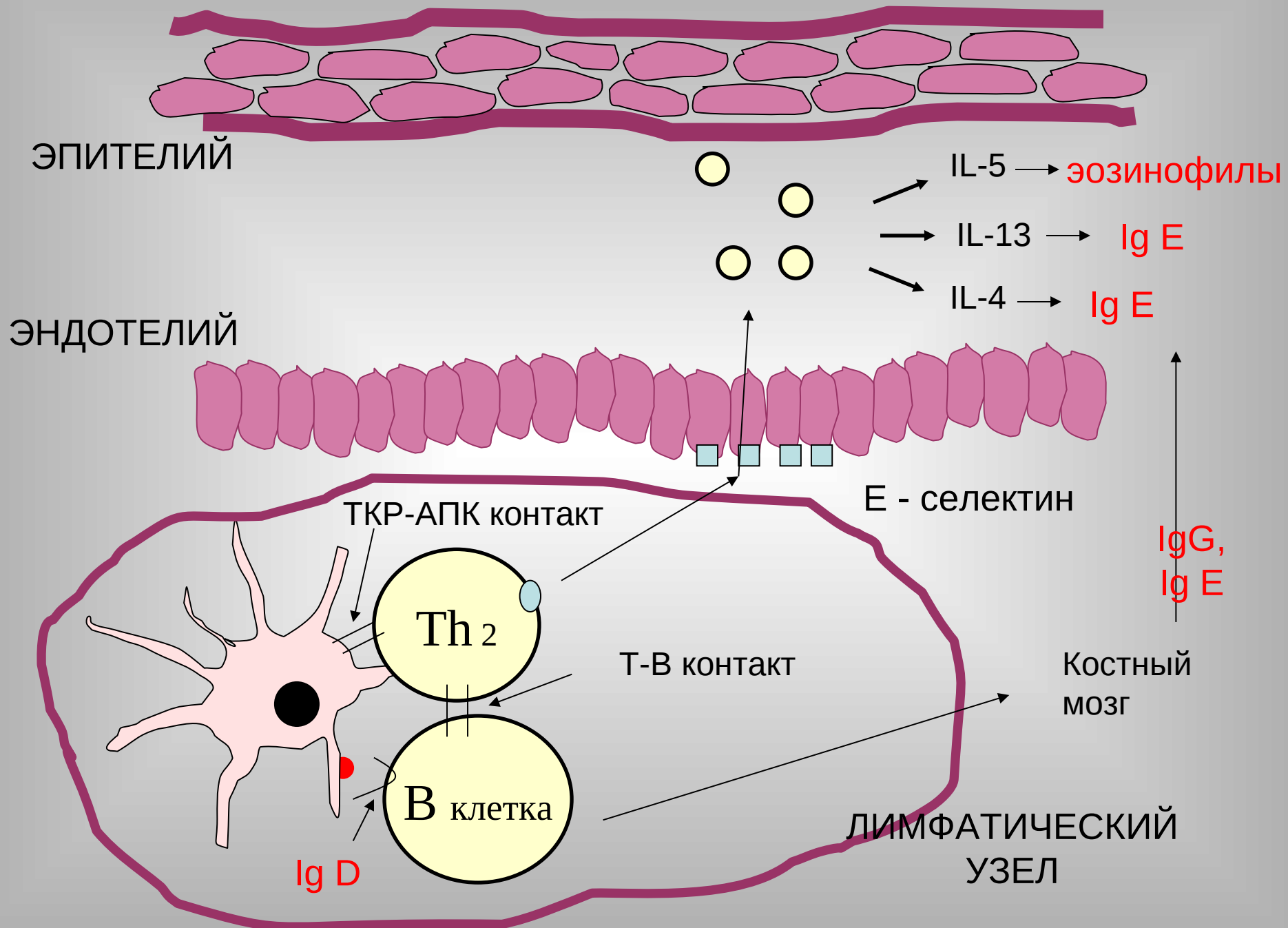
- *Стадия обострения или выраженных клинических проявлений* характеризуется наличием эритемы, папул, микровезикул, мокнутия, множественных эскориаций, корок, шелушения; зуда разной степени интенсивности.
- *Стадии ремиссии:*
- при неполной ремиссии отмечается значительное уменьшение симптомов заболевания с сохранением инфильтрации, лихенификации, сухости и шелушения кожи, гипер- или гипопигментации в очагах поражения;
- полная ремиссия характеризуется отсутствием всех клинических симптомов заболевания [18].
- Распространённость кожного процесса
- При *ограниченно-локализованном процессе* площадь поражения не превышает 10% кожного покрова.
- При *распространённом процессе* площадь поражения составляет от 10% до 50% кожного покрова.
- При *диффузном процессе* площадь поражения составляет более 50% кожного покрова.

Клинические формы Атопического дерматита

1. Экссудативная
2. Эритематозно-сквамозная
3. Эритематозно-сквамозная с лихенификацией
4. Лихеноидная
5. Пруригинозная

Атопический дерматит (АД) - это хроническое заболевание, которое в большинстве случаев начинается в младенческом возрасте





Порочный круг: цикл “зуд-расчесывание”



ДИАГНОСТИКА

Для постановки диагноза атопического дерматита необходимо сочетание трёх основных и не менее трёх дополнительных критериев. Выделяют основные и дополнительные диагностические критерии J.M. Hanifin и G.Rajka:

Основные диагностические критерии (3 или более):

кожный зуд;

типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни – покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей;

хроническое рецидивирующее течение;

наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников;

Дополнительные диагностические критерии (3 или более):

сухость кожи (ксероз);
гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз;
повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови;
начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет);
склонность к кожным инфекциям (*S. aureus*, *H. simplex*);
локализация кожного процесса на кистях и стопах;
экзема сосков;
хейлит;
рецидивирующие конъюнктивиты;
симптом Денни-Моргана (дополнительная складка нижнего века);
кератоконус;
передняя субкапсулярная катаракта;
гиперпигментация кожи периорбитальной области;

бледность/эритема лица;
себорейная экзема;
складки на передней поверхности шеи;
зуд при повышенном потоотделении;
обострение процесса и усиление зуда под влиянием провоцирующих факторов (шерстяная одежда, мыло, аллергены, раздражители, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.);
перифолликулярная акцентуация;
непереносимость пищи;
сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом);
белый дермографизм.

Лабораторная диагностика

Обязательные лабораторные исследования

- Клинический анализ крови
- Общий анализ мочи

Рекомендуемые лабораторные исследования

- Аллергологические тесты
- Биохимический анализ крови, включая общий билирубин, сахар крови, АСТ, АЛТ, креатинин
- Бактериологическое обследование кишечной флоры (дисбактериоз)

Рекомендуемые консультации специалистов

- Аллерголог
- Психоневролог
- Терапевт (по показаниям)



Аллергологическое обследование.

Рекомендуется проведение аллергологического обследования пациентам с атопическим дерматитом с семейным и/или личным анамнезом аллергических заболеваний – пищевой аллергии, аллергического ринита, бронхиальной астмы, а также с указанием на обострение заболевания при контакте с аллергенами [245–250]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Проведение аллергологического обследования необходимо для подтверждения аллергической природы атопического дерматита, выявления причинно-значимых аллергенов с целью выработки рекомендаций по образу жизни, питанию и определения целесообразности проведения аллерген-специфической иммунотерапии.*

Аллергологическое обследование может проводиться методом кожного тестирования с небактериальными аллергенами (накожные исследования реакции на аллергены), определения уровня аллерген-специфических IgE антител в сыворотке крови, проведения провокационных тестов. Выбор метода аллергологического обследования определяется доступностью и оснащенностью аллергологического кабинета и наличием/отсутствием противопоказаний к проведению кожного тестирования (обострение заболевания, необходимость приема антигистаминных препаратов).

Рекомендуется проведение накожных исследований реакции на аллергены с бытовыми, пыльцевыми, эпидермальными, грибковыми и пищевыми аллергенами для диагностики [22, 255-257].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Лечение

Атопического дерматита

- ✓ Диетотерапия
- ✓ Препараты, улучшающие или восстанавливающие функции органов пищеварения
- ✓ Антигистаминные препараты
- ✓ Седативная терапия и препараты, нормализующие вегетативные функции
- ✓ Системные кортикостероиды
- ✓ Наружная терапия
- ✓ Физиотерапевтическое лечение

Консервативное лечение

- **Рекомендуется** всем пациентам с атопическим дерматитом независимо от степени тяжести: увлажняющие и смягчающие средства (эмоленты) наружно.
- **Уровень убедительности рекомендаций В**
- **Комментарии:** Эмоленты могут использоваться в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн. Выбор препарата и его формы осуществляется индивидуально с учетом предпочтений пациента, индивидуальных особенностей кожи, сезона, климатических условий.
- Пациентам с атопическим дерматитом необходимо постоянно, часто и в больших количествах использовать увлажняющие и смягчающие средства (не менее 3–4 раз в день) как самостоятельно, так и после водных процедур [38–40]. Однако есть указания, что нанесение эмолентов без принятия ванны имеет более продолжительное действие.
- Они не должны иметь запаха, цвета и содержать консерванты. Средства на мазевой основе (более жирные) можно использовать в холодное время года, а летом следует применять кремы и гели с высоким содержанием воды. Лосьоны отличаются более высоким содержанием воды, которая может испаряться, поэтому их не следует применять у пациентов со выраженным ксерозом.
- Для достижения клинического эффекта необходимо использовать достаточный объем смягчающих препаратов (у взрослого с распространенным поражением кожи расходуется до 600 граммов в неделю, у ребенка – до 250 граммов в неделю)

Атопический дерматит – одно из наиболее часто встречаемых заболеваний у педиатра Часто присоединяется инфекция

- Кожный барьер нарушен
- Бактерии и грибы легко селятся на уже пораженную кожу
- Собственная защита кожи не всегда справляется с их «атакой»

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ

Атопического дерматита

- Традиционная наружная терапия
- **Топические кортикостероидные препараты**
- Нестероидные наружные препараты
- Наружная поддерживающая терапия

Меры по предотвращению НЛР при использовании местных ГКС

Использовать современные ТГКС с высоким терапевтическим индексом

Минимально необходимая частота аппликаций, длительность применения, площадь нанесения; интермиттирующие курсы

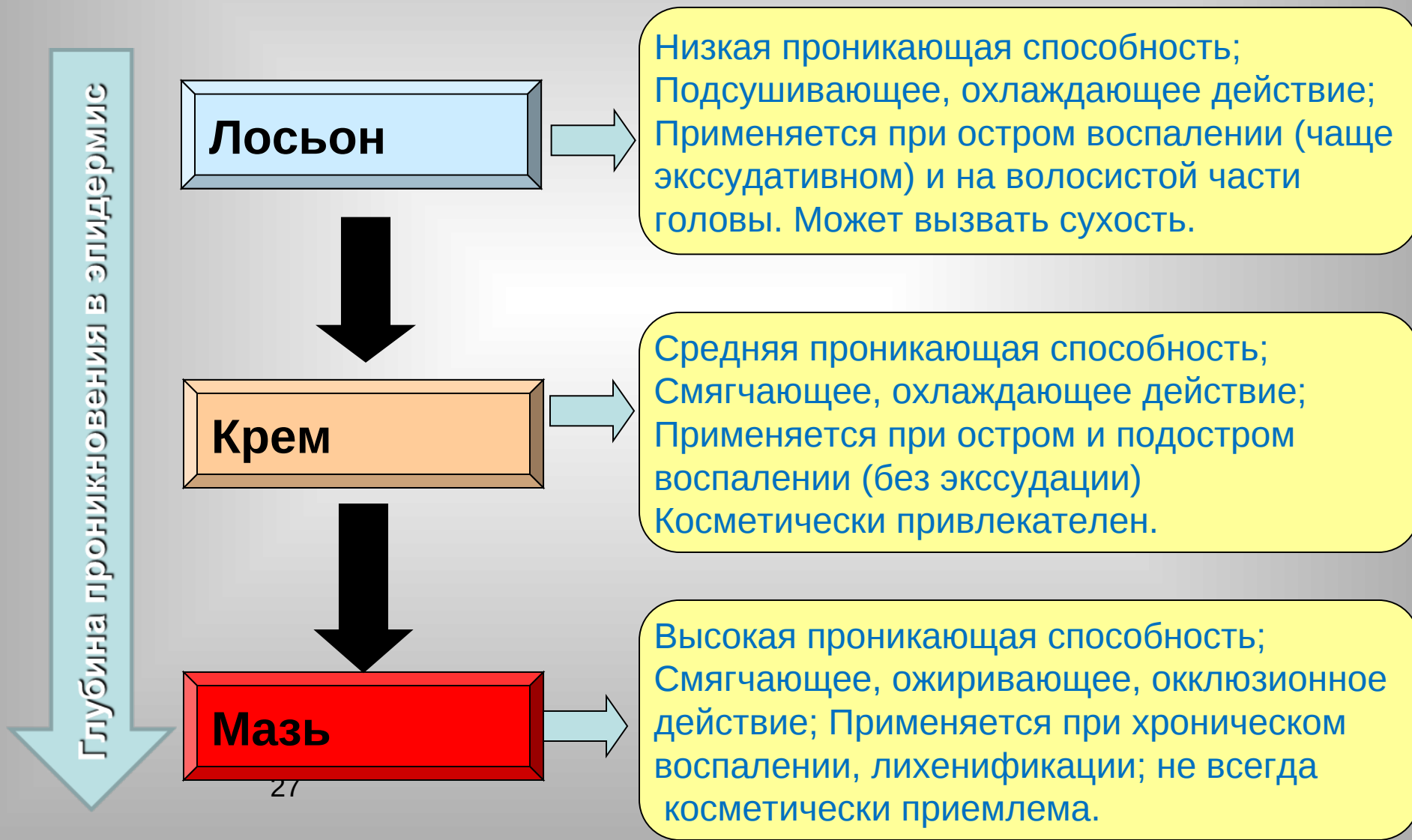
Индивидуально выбирать адекватную лекарственную форму (мазь, крем, лосьон и т.д.);

Снижающие стероидную нагрузку технологии аппликации: тандем-терапия, ступенчатое лечение, штриховой метод;

Применять совместно с увлажняющими средствами

При локализации поражений на чувствительных участках кожи или необходимости длительного лечения отдавать предпочтение ингибиторам кальциневрина

Особенности лекарственных форм местных ГКС



Глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии (очень сильные) ■

- Клобетазол (дермовейт, пауэркорт) 0,05% крем для наружного применения, 0,05% мазь для наружного применения наносится тонким слоем на пораженные участки кожи 1–2 раза в в течении 3- 4 недель. (с 12 лет) – В.
- -Сильные:
- Бетаметазон (акридерм, целестодерм)** 0,05% мазь для наружного применения 1 раз в сутки наносить на пораженный участок кожи тонким слоем 1–2 раза в сутки, слегка втирая, в течение 2–4 недель в сутки в течение 3–4 недель (с 1 года) - С
- Триамцинолон (фторокорт) 0,1% мазь для наружного применения наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки в течение 2–4 недель. Возможно использование окклюзионной повязки.(с 2-х лет) – В
- Флутиказон (фенивейт, кутивейт) 0,05% крем для наружного применения, 0,005% мазь для наружного применения наносить 1 или 2 раза в сутки тонким слоем в количестве, не большем, чем необходимо для покрытия всего пораженного участка, и осторожно втирать, в течение 2–4 недель (с 1 года) –С
- Мометазон (момат)** крем 0,1% , мазь 0,1% тонким слоем наносят на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 2–4 недель (мазь с 2 лет, крем с 1 года) – С
- Метилпреднизолона ацепонат(адвантан, комфодерм) 0,1% крем, мазь, эмульсия для наружного применения наносить 1 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2–4 недель (с 4-х месяцев) - С

ГКС слабые

Алклометазон(афлодерм) крем 0,05%, мазь 0,05% наносить пациентам с атопическим дерматитом детского возраста на пораженные участки кожи равномерным слоем 2–3 раза в сутки в течение 2–4 недель. У детей и в период долечивания возможно использовать препарат 1 раз в сутки (с 6 мес) – В

Гидрокортизон** 0,1% крем для наружного применения, 0,1% мазь для наружного применения, 0,1% эмульсия для наружного применения наносить на пораженные участки кожи тонким слоем не чаще 2 раз в сутки в течение 2–4 недель (с 6 мес) - В

Гидрокортизон** 1% мазь для наружного применения пациентам с атопическим дерматитом детского возраста наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1–3 раза в сутки в течение 2–4 недель (с 2х лет) –В

Препараты для средней и тяжелой степени тяжести АД

- Такролимус (такропик, протопик)** мазь для наружного применения с 16 лет - 0,1% мазь для наружного применения, детям с 2 лет – 0,03% мазь для наружного применения наносить 2 раза в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи
- Пимекролимус (элидел)** 1% крем для наружного применения 2 раза в сутки взрослым и детям старше 3 месяцев наносить на пораженную поверхность тонким слоем
- **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**
- **МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:**
- пиритион цинк (скин-кап, цинокап) крем, шампунь 0,2% для местного применения пациентам с атопическим дерматитом детского возраста **с 1 года – С**
- **Рекомендуется** в случае наличия у пациентов выраженной инфильтрации высыпания:
- нафталанская нефть линимент 10% наносят тонким слоем, не втирая, на пораженные участки кожи 2 раза в сутки - С

Системная терапия

клемастин 1 мг, перорально взрослым и детям старше 12 лет – по 1 таблетке (1 мг) утром и вечером в течение 7–10 дней. В случаях трудно поддающихся лечению суточная доза может составлять до 6 таблеток (6 мг); детям в возрасте 6–12 лет – по ½–1 таблетке перед завтраком и на ночь. В/мышечно- 5 – 7 дней- С

хлоропирамин** 25 мг перорально детям в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев – по 6,25 мг (¼ таблетки) 2–3 раза в сутки в растертом до порошка состоянии вместе с детским питанием; детям в возрасте от 1 года до 6 лет – по 8,3 мг (1/3 таблетки) 2–3 раза в сутки; детям в возрасте от 7 до 14 лет – по 12,5 мг (½ таблетки) 2–3 раза в сутки; детям в возрасте старше 14 лет и взрослым – по 1 таблетке 3–4 раза в сутки (75–100 мг в сутки). В/ мышечно 5 – 7 дней – С

хифенадин 10 мг, 25 мг, 50 мг - С

лоратадин** сироп, таблетки 10 мг - В

цетиризин** капли для приема внутрь 10 мг/мл, таблетки 10 мг - В

левоцетиризин 5 мг (ксизал, аллервей) – С.

Физиолечение- УФО- ограничено. - С

Системная терапия

Рекомендуется пациентам детского возраста в возрасте от 6 лет и старше при атопическом дерматите средней и тяжелой степени тяжести и при отсутствии противопоказаний:

Дупилумаб** 200 или 300 мг раствор для подкожного введения.

Взрослым 600 мг - **Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендуется при тяжелом течении атопического дерматита у взрослых и при отсутствии противопоказаний.

Циклоспорин** в начальной дозе 2,5–3 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема с 12-часовым интервалом – С. С 18 летнего возраста.

Пациентам с тяжелым течением атопического дерматита **рекомендуются** кортикостероиды системного действия перорально по схеме – в течение первых 2–3 дней

метилпреднизолон** 16–20 мг 1 раз в сутки после завтрака

или преднизолон** 20–25 мг после завтрака и 5 мг после обеда далее 1 раз в сутки после завтрака в течение последующих 2–3 дней:

метилпреднизолон** 12 мг или преднизолон** 15 мг.

далее 1 раз в сутки после завтрака в течение последующих 2–3 дней:

метилпреднизолон** 8 мг или преднизолон** 10 мг 1 раз в сутки,

4 лекарственные формы Локоида:

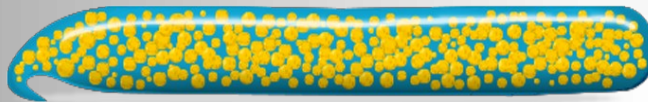
- Локоид® мазь



100% липиды

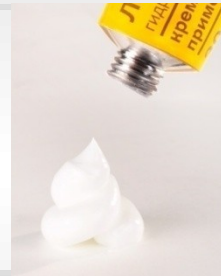


Локоид Липокрем®



30% вода

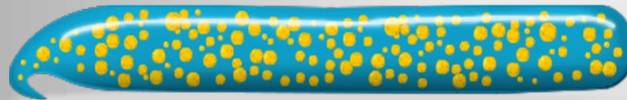
70% липиды



Уникальная форма

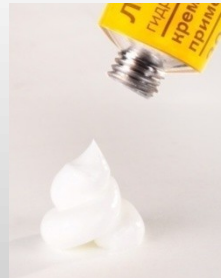


Локоид® Крем

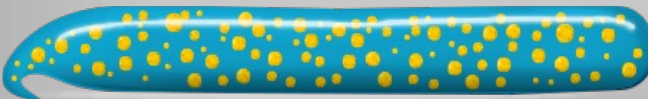


70% вода

30% липиды

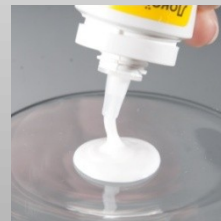


Локоид Крело®



85% вода

15% липиды



Уникальная форма



Наиболее частые микробы, вызывающие инфекционные осложнения при АтД*

- *S.aureus* – золотистый стафилококк, вызывает чаще всего
- β -гемолитические стрептококки – обнаруживаются в ассоциации с *S.aureus* в >60% бактериальных осложнений АтД
- Грибы (*Candida* spp., *Malassezia* spp., дерматофиты) – реже
- Ассоциация бактерий и грибов – возможна

*Lubbe J. Am J Clin Dermatol 2003; 4(9):641-654.

Лечение осложненного АД

- **Рекомендуются** для лечения атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией антибиотики и противомикробные средства, применяемые в дерматологии:
- фузидовая кислота, 2% крем для наружного применения или 2% мазь для наружного применения наносить на инфицированные очаги поражения 3 раза в сутки в течение 7–14 дней - **С**
- бацитрацин + неомицин 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки в теч 7–14 дней - **С**
- мупироцин 2% мазь для наружного применения наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки не более 10 дней - **В**
- эритромицин мазь для наружного применения (10000 ЕД/г) наружно наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки 7–14 дней
- сульфатиазол серебра крем для наружного применения 2% наносить на инфицированные очаги поражения 2–3 раза в сутки 7–14 дней - **С**

ФУЗИДОВАЯ КИСЛОТА: структура и механизм действия



начало терапии



на 8-й день терапии

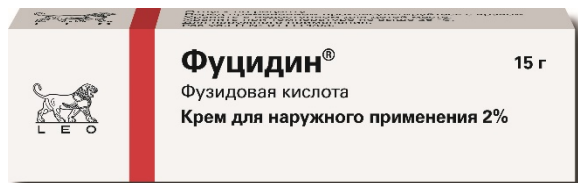


До лечения



13-й день лечения

Фузидовая кислота : лекарственные формы



Фуцидин® крем



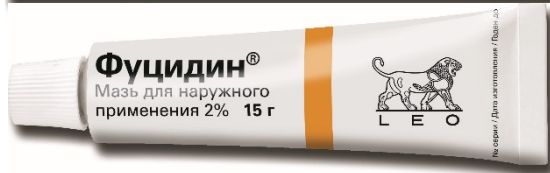
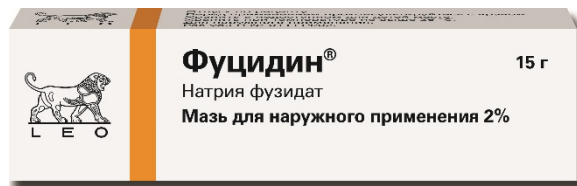
До
лечения



4-й день лечения



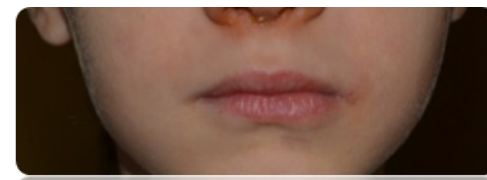
10-й день лечения



Фуцидин® мазь



До лечения



7-й день лечения

Бактерии и грибы у детей не редко идут рука об руку при атопическом дерматите



Фото опубликовано в: Boguniewicz M, Leung DYM. J Allergy Clin Immunol 2010;125:4-13.

Чтобы устранить бактериально-грибковую коалицию , убрать воспаление и зуд нужен трехкомпонентный препарат

* Leung DIM. *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis. In: Reitamo S, Luger TA, Steinhoff M, eds. Textbook of atopic dermatitis. London: Informa Healthcare, 2008: 59-68

Комбинированные препараты

-Акридерм- гента ,

- Фуцидин-г
- Фуцикорт – с 12 месяцев²
- Тридерм³, Акридерм ГК⁴ - с 2 лет

**Ограничение на топические формы
бетаметазона дипропионата На Западе - 12 лет⁵**

В США двухкомпонентный крем (бетаметазона дипропионат 0,64 мг и
клотримазол 10 мг) разрешен к применению **с 17 лет⁶**

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Акридерм® (крем для наружного применения) Р N000663/01

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Белодерм® (крем для наружного применения) П N014679/01

3. Инструкция по медицинскому применению препарата Тридерм® П N013502/01

4. Инструкция по медицинскому применению препарата Акридерм ГК® Р N002179/01

5. http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/03/briefing/3999B1_05_DiproleneAF%20Label.pdf

6 FDA Approved Label LOTRISONE® Cream LOTRISONE® Lotion rev. May 2009 LRN# 000370-LOS-MTL-USPI-2

Пимафукорт® – альтернатива с более благоприятным профилем безопасности

Состав на 1 г препарата:

- 10 мг натамицина
- 3,5 мг неомицина сульфата
- 10 мг гидрокортизона



- **Широкий спектр активности**
- **Высокий профиль безопасности**

Спектр антимикробного действия Пимафукорта®

НЕОМИЦИН¹³

1

Грам(+) *Staphylococcus spp.*,
Enterococcus spp.,

Грам(-) *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*,
Escherichia spp., *E.Coli*, *Salmonella*
spp., *Shigella spp.*, *Corynebacterium*
diphtheriae, *Bacillus anthracis*

НАТАМИЦИН¹⁸

2

Дрожжевые и дрожжеподобные
грибы (*Candida*, *Torulopsis*,
Rhodotulrola)

Дерматофиты (*Microsporum*,
Epidermophyton)

Другие патогенные грибы
(*Aspergillus*, *Fusarium*, *Penicillium* и др.)

Оба компонента перекрывают спектр микробных
возбудителей у детей

1. Овчинникова ЛК и соавт. Школа фармаколога: эффективность и безопасность аминогликозидов журнал "Российские аптеки" №11 2008.
2. Малова И.О., Петрунин Д.Д.. Натамицин — противогрибковое средство класса полиеновых макролидов с необычными свойствами. ж-л Вестник дерматологии и венерологии 2015; 3:161-184

Немодифицированный (идентичный человеческому) гидрокортизон

- ✓ Негалогенизированный ГКС для наружного применения слабой активности ¹
- ✓ «Эталон» безопасности²
- ✓ Может применяться на чувствительных участках кожи (лицо, складки)²

1. ✓ JOINT FORMULARY COMMITTEE, 2016, p.1022. British National Formulary. 70. London: BMJ Group and Pharmaceutical Press.
2. Львов В.И. Меданализ, включающий ГКС-лечение: эффективная фармакотерапия – аллергология и иммунология 33/2014;2:38-44
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Пимафукорт П№012689

Применяется более 60 лет

Пимафукорт® – оптимальный трехкомпонентный препарат для использования в педиатрической практике

- ✓ Разрешен с рождения* - ЕДИНСТВЕННЫЙ среди трехкомпонентных
- ✓ Крем – для любого участка кожи – включая лицо, складки, зона подгузника
- ✓ Мазь при выраженной сухости и хронических процессах
- ✓ Применим при наиболее частых инфицированных состояниях кожи у детей:
 - дерматиты, включая атопический
 - интертриго
 - пеленочный дерматит
- ✓ Оптимальное сочетание безопасности и устранения зуда, воспаления и инфекции



* У детей в возрасте до 1 года – с осторожностью



Профилактика Атопического дерматита



первичная

- антенатальная
- постнатальная



вторичная

- Контроль за окружающей средой
- Профилактические прививки
- Элиминация неспецифических факторов
- Аллергенспецифическая иммунотерапия
- Превентивная фармакотерапия
- Уход за кожей
- Социально-бытовая адаптация
- Психологическая коррекция
- Климатотерапия
- Санаторно-курортное лечение



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ