

Опыт лечения дерматита у детей. Клинические примеры

Н.М. Шарова✉, ORCID: 0000-0002-2239-7235, e-mail: nataliasharova@inbox.ru

С.В. Кукало, ORCID: 0000-0002-2639-6811, e-mail: svetlana_kukalo@inbox.ru

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова; 119997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Резюме

Современная наружная терапия дерматозов направлена на контроль над субъективными симптомами, динамикой воспалительных проявлений, достижением и продолжительностью ремиссии. Ступенчатый (поэтапный) подход к лечению дерматозов у детей и взрослых основан на адекватном применении различных наружных форм и средств в соответствии с воспалительными проявлениями и локализацией воспалительного процесса. В статье описаны клинические случаи лечения атопического дерматита у пациентов 8 и 11 лет, и контактного аллергического дерматита у подростка 15 лет с использованием крема метилпреднизолона ацепонат с керамидами в основе, мази такролимус и эмолиентов средств. Показана высокая эффективность и безопасность противовоспалительных препаратов для наружного применения. Клинические примеры доказали, что сочетанное применение топических кортикостероидов и эмолиентов способствует быстрому уменьшению сухости кожи и зуда, а также интенсивности воспаления. Возможность комбинирования крема метилпреднизолона ацепоната с керамидами в основе один раз в сутки и эмолиентные средства с физиологическими липидами повышает эффективность терапии и снижает риски развития побочных эффектов при применении топических кортикостероидов у детей.

Ключевые слова: метилпреднизолона ацепонат, керамиды, такролимус, эмолиенты, атопический дерматит

Для цитирования: Шарова Н.М., Кукало С.В. Опыт лечения дерматита у детей. Клинические примеры. *Медицинский совет.* 2021;(1):168–172. doi: 10.21518/2079-701X-2021-1-168-172.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Experience in the treatment of dermatitis in children. Clinical examples

Natalia M. Sharova✉, ORCID: 0000-0002-2239-7235, e-mail: nataliasharova@inbox.ru

Svetlana V. Kukalo, ORCID: 0000-0002-2639-6811, e-mail: svetlana_kukalo@inbox.ru

Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia

Abstract

Modern external therapy of dermatoses is aimed at controlling the subjective symptoms, the dynamics of inflammatory manifestations, the achievement and duration of remission. The step-by-step approach to the treatment of dermatoses in children and adults is based on the adequate use of various external forms and means according to the inflammatory manifestations and localization of the inflammatory process. The article describes clinical cases of treatment of atopic dermatitis in patients aged 8 and 11, and contact allergic dermatitis in a 15-year-old adolescent using methylprednisolone aceponate cream with ceramides in its base, tacrolimus ointment and emollients. High efficacy and safety of anti-inflammatory drugs for external use have been shown. Clinical examples have proven that the combined use of topical corticosteroids and emollients contributes to a rapid reduction of skin dryness and itching, as well as the intensity of inflammation. The possibility of combining methylprednisolone aceponate cream with ceramides in the base once a day and emollients with physiological lipids increases the effectiveness of therapy and reduces the risks of side effects when using topical corticosteroids in children.

Keywords: methylprednisolone aceponate, ceramides, tacrolimus, emollients, atopic dermatitis

For citation: Sharova N.M., Kukalo S.V. Experience in the treatment of dermatitis in children. Clinical examples. *Medical Council = Meditsinskiy sovet.* 2021;(1):168–172. doi: 10.21518/2079-701X-2021-1-168-172.

Conflict of interest: authors declare that there is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Эффективное лечение воспалительных дерматозов, таких как атопический дерматит, псориаз, экзема, контактный аллергический дерматит и др., предполагает использование противовоспалительных средств и средств, способствующих восстановлению кожного барьера. На протяжении многих десятилетий применяются топические кортикостероиды, ингибиторы кальциневрина. Эти средства обладают иммуносупрессивным влиянием, выраженным противовоспалительным действием. Возможность наружного применения этих активных веществ позволила снизить побочные действия, возникающие при системном лечении. Топические кортикостероиды и блокаторы кальциневрина оказывают локальное действие на активированные иммунные клетки в очагах поражения кожи [1].

Современная наружная терапия дерматозов направлена на контроль над субъективными симптомами, динамикой воспалительных проявлений, достижением и продолжительностью ремиссии. Ступенчатый (поэтапный) подход к лечению дерматозов у детей и взрослых основан на адекватном применении различных наружных форм и средств в соответствии с воспалительными проявлениями и локализацией воспалительного процесса [2].

Мы хотим поделиться опытом применения противовоспалительных препаратов для лечения дерматозов у детей: крема Комфодерм К (метилпреднизолона ацепонат с керамидами в основе, далее – МПА), 0,03%-ной мази такролимус (препарат Такропик) и эмолентного средства – специального крема Сенсадерм с физиологическими липидами омега 3–6–9. Керамиды в составе запатентованной основы препарата Комфодерм К способствуют восстановлению эпидермального барьера за счет восполнения липидов и являются проводником активных веществ в дерму [3].

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

Больной С., 8 лет. Жалобы: сильный зуд, чувство стянутости кожи, снижение аппетита и плохой сон, а также высыпания на коже лица, верхних и нижних конечностей.

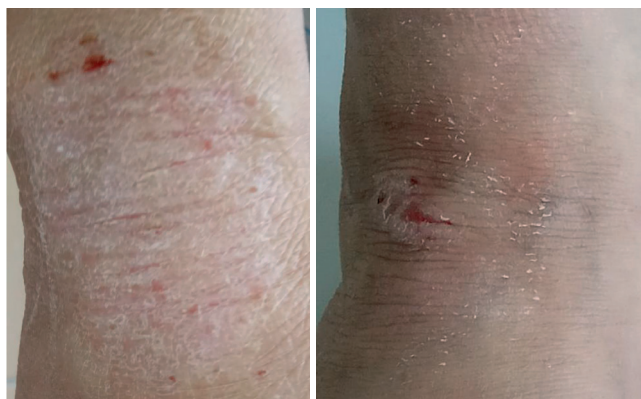
Anamnesis morbi. Болен атопическим дерматитом с 6-месячного возраста. Начало заболевания мать связывает с введением в рацион ребенка прикорма в виде молочных продуктов, соков из свежих фруктов. На коже волосистой части головы возникли желтоватые корочки, затем появились высыпания в виде эритемы и мелкопапулезной сыпи на лице, которые стали распространяться на кожу туловища, конечностей. Рецидивы отмечаются до четырех раз в год в осенне-зимний период, провоцируются стрессами, простудными заболеваниями. Ребенок наблюдается у дерматолога по месту жительства, неоднократно госпитализировался, получал антигистаминные препараты первого поколения, УФ-терапию, наружно – топические стероиды, эмоленты. Мать ребенка страдает бронхиальной астмой.

Status localis. Патологический кожный процесс, распространенный, симметричный, воспалительного характера. Локализуется на коже тыльной поверхности кистей, разгибательной поверхности лучезапястных суставов, на коже в области голеностопных суставов. Представлен эритематозно-сквамозными очагами с нечеткими границами, единичными светло-розовыми папулезными элементами на поверхности, лихенификацией, шелушением, линейными трещинами, эскориациями. Выражена сухость кожи, усилен кожный рисунок на ладонях, обращает внимание периорбитальная пигментация, складки Денье – Морган. Дермографизм – смешанный.

Диагноз «атопический дерматит, распространенный, стадия обострения» (рис. 1).

● **Рисунок 1.** Клинический пример 1. Больной С., 8 лет, атопический дерматит, до лечения

● **Figure 1.** Clinical example 1. Patient С., 8 years old, atopic dermatitis, before treatment



Назначено лечение – крем Комфодерм К (МПА + керамиды в основе) один раз в сутки на основные очаги поражения, для увлажнения кожи применяли специальный крем Сенсадерм с физиологическими липидами 1–2 раза в день или по мере необходимости. На 3-и сут. после назначения наружной терапии улучшились субъективные показатели, больной отметил уменьшение чувства стянутости кожи, снижение интенсивности зуда. К 6-му дню значительно уменьшилась эритема, явления инфильтрации кожи сохранялись. В связи с частыми курсами топических стероидов в анамнезе, пациенту противопоказана длительная терапия топическими стероидами, поэтому на 10 день от начала лечения, после завершения курса применения крема Комфодерм К была назначена 0,03%-ная мазь такролимус (Такропик) два раза в сутки в течение 7 дней, затем кратность нанесения составила один раз в сутки в течение 2 нед. Далее в течение месяца один раз в день три раза в неделю. На протяжении периода проактивного лечения в качестве эмолента продолжали применение специального крема Сенсадерм с физиологическими липидами два раза в сутки. Стоит отметить, что на протяжении всего периода лечения отмечался устойчивый регресс высыпаний, обострений кожного процесса не

наблюдалось. Переносимость препаратов на всем сроке лечения расценена как хорошая, нежелательных явлений не отмечалось (рис. 2).

● **Рисунок 2.** Клинический пример 1. Больной С., 8 лет, atopический дерматит, после лечения

● **Figure 2.** Clinical example 1. Patient С., 8 years old, atopical dermatitis, after treatment



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

Больной А., 11 лет. Жалобы: сильный зуд и высыпания на коже лица, верхних и нижних конечностей.

Anamnesis morbi. Ребенок от первой беременности, роды срочные, физиологические. С рождения на искусственном вскармливании. Со слов матери, у ребенка непереносимость белка коровьего молока, в старшем возрасте ухудшения наблюдались при приеме в пищу орехов, шоколада, цитрусовых, меда. Болен atopическим дерматитом с 4-месячного возраста. Впервые высыпания появились на волосистой части головы, на лице, задней поверхности шеи, затем процесс распространился на кожу конечностей, очаги поражения локализовались в области локтевых сгибов, в подколенных ямках. Рецидивы отмечаются 4–6 раз в год, чаще в осенне-

зимний период, могут провоцироваться нервным перенапряжением, простудными заболеваниями, употреблением в пищу орехов, шоколада, меда. Ребенок наблюдается у дерматолога по месту жительства, находился на стационарном лечении, получал антигистаминные препараты первого поколения, гипосенсибилизирующую терапию, наружно – топические стероиды, эмоленты. Отец ребенка страдает аллергическим ринитом, у бабушки по линии отца бронхиальная астма.

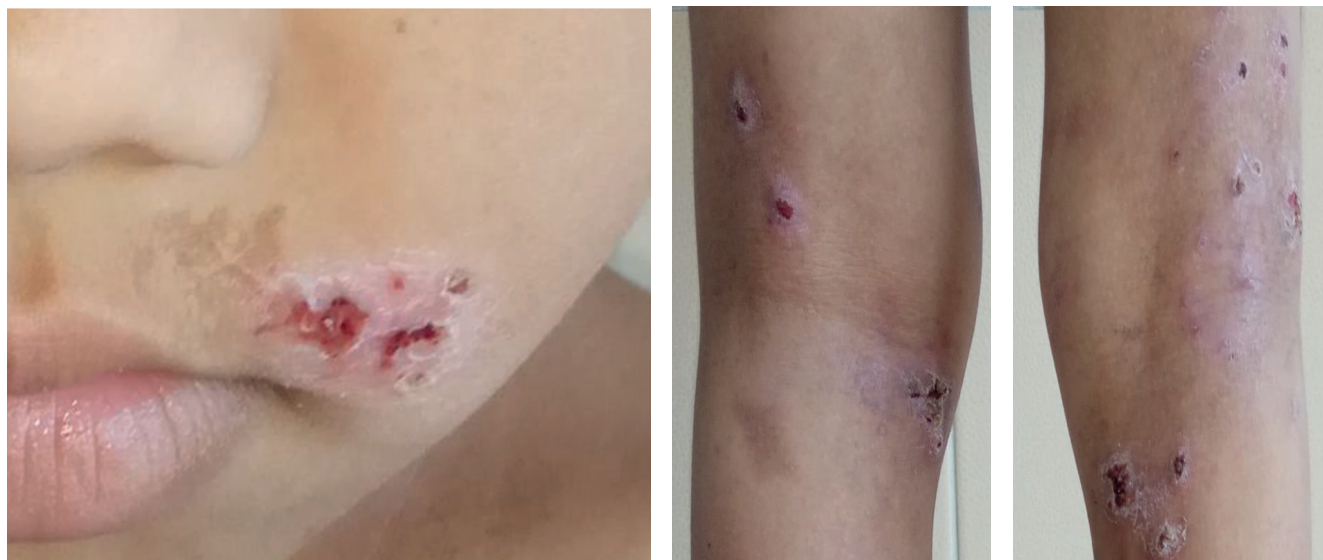
Status localis. Патологический кожный процесс, распространенный, симметричный, воспалительного характера. Локализуется на коже лица в периоральной области, шеи, сгибательных поверхностей предплечий, нижних конечностей. Представлен изолированными плотными папулезными элементами 5–7 мм в диаметре, на поверхности элементов геморрагические корочки или эрозии. На местах разрешившихся элементов сформировались атрофические рубчики. Выявлен белый дермографизм.

Диагноз «atопический дерматит, распространенный, стадия обострения» (рис. 3).

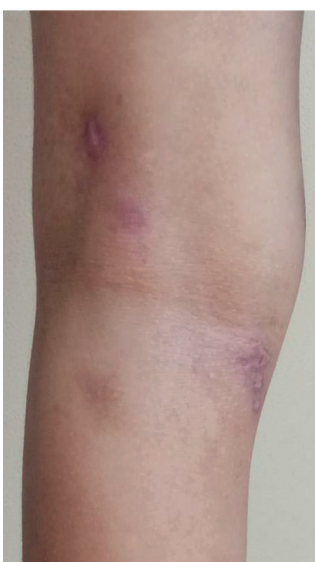
Назначено лечение Комфодермом К (МПА + керамида в основе) один раз в сутки на основные очаги. С целью увлажнения кожи применяли Сенсадерм 2–3 раза в день и по мере необходимости. На 3-и сут. лечения отмечалась положительная динамика, улучшились субъективные показатели, интенсивность зуда уменьшилась. К 8-му дню уменьшилась инфильтрация элементов. В связи с частыми курсами топических стероидов в анамнезе, пациенту противопоказана длительная терапия топическими стероидами, поэтому на 14 день от начала лечения, после завершения курса применения крема Комфодерм К была назначена 0,03%-ная мазь такролимус (Такропик) два раза в сутки в течение 7 дней, затем кратность нанесения составила один раз в сутки в течение 2 нед. Далее в течение месяца один раз в день три раза в неделю. В качестве эмолента продолжали применение специального крема

● **Рисунок 3.** Клинический пример 2. Больной А., 11 лет, atopический дерматит, стадия обострения, до лечения

● **Figure 3.** Clinical example 2. Patient А., 11 years old, atopical dermatitis, acute stage, before treatment



- **Рисунок 4.** Клинический пример 2. Больной А., 11 лет, atopический дерматит, после лечения
 ● **Figure 4.** Clinical example 2. Patient A., 11 years old, atopic dermatitis, after treatment



Сенсадерм два раза в сутки. Отмечалась положительная динамика, регресс высыпаний, обострений кожного процесса не наблюдалось. За весь период лечения аллергических реакций, нежелательных явлений не было (рис. 4).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 3

Больной Д., 15 лет. Жалобы: зуд и высыпания на коже туловища и верхних конечностей.

Anamnesis morbi. Высыпания на коже верхних конечностей возникли примерно за неделю до обращения. Появилось раздражение, покраснение кожи, затем шелушение кожи локтевых сгибов. Далее процесс стал распространяться на кожу плечевого пояса, верхнюю треть спины.

Подросток активно занимается греко-римской борьбой. Три недели назад перенес ОРВИ (принимал НПВС). Аллергоанамнез не отягощен.

Status localis. Патологический кожный процесс, распространенный, симметричный, воспалительного характера. Локализуется на коже верхних конечностей, верхней трети спины, груди. На коже локтевых сгибов, разгибательной поверхности плеч ярко-розовая разлитая эритема без четких границ с милиарными папулезными элементами и мелкопластинчатым шелушением на поверхности. На коже верхней трети спины и груди эритема светло-розового цвета, выраженное мелкопластинчатое шелушение.

Диагноз «аллергический контактный дерматит» (рис. 5).

Рекомендовано: внутрь клемастина гидрофумарат 1 мг по одной таблетке два раза в сутки. Наружно на очаги поражения в области локтевых сгибов – крем МПА + керамиды один раз в сутки. С целью глубокого увлажнения кожи применяли специальный крем Сенсадерм с физиологическими липидами два раза в день и при необходимости. К 5-му дню терапии в области локтевых суставов значительно уменьшилась эритема, уплостились, частично разрешились папулы, умень-

шилось шелушение (рис. 6). На 10-е сут. кожный процесс разрешился. На коже спины и груди к 3-му дню наблюдалась положительная динамика, значительно уменьшилось шелушение, на 6-й день полностью прекратилось (рис. 7).

- **Рисунок 5.** Клинический пример 3. Больной Д., 15 лет, аллергический контактный дерматит, до лечения
 ● **Figure 5.** Clinical example 3. Patient D., 15 years old, allergic contact dermatitis, before treatment



- **Рисунок 6.** Клинический пример 3. Больной Д., 15 лет, аллергический контактный дерматит, 5-й день терапии (область локтевых суставов)
- **Figure 6.** Clinical example 3. Patient D., 15 years old, allergic contact dermatitis, day 5 of therapy (elbow joint area)



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные клинические случаи демонстрируют высокую клиническую эффективность крема МПА + керамида в основе, 0,03%-ной мази такролимус и увлажняющего специального крема Сенсадерм с физиологическими липидами 3–6–9. Сочетанное применение топических кортикостероидов и эмоленгов способствует быстрому уменьшению сухости кожи и зуда, а также интенсивности воспаления. Возможность использовать крем МПА с керамидами в основе один раз в сутки и комбинировать с эмоленговыми средствами с физиологическими липидами повышает эффективность терапии и снижает риски

- **Рисунок 7.** Клинический пример 3. Больной Д., 15 лет, аллергический контактный дерматит, 6-й день терапии (область спины и груди)
- **Figure 7.** Clinical example 3. Patient D., 15 years old, allergic contact dermatitis, day 6 of therapy (back and chest area)



развития побочных эффектов при применении топических кортикостероидов у детей.

Поступила / Received 11.01.2021
Поступила после рецензирования / Revised 27.01.2021
Принята в печать / Accepted 01.02.2021

Список литературы

1. Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В. Технологии микронизации лекарственных препаратов: новые возможности топических глюкокортикостероидов в дерматологии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;(1):43–48. doi: 10.17116/klinderma201716143-48.
2. Филимонкова Н.Н., Бахлыкова Е.А. Комбинированная топическая терапия хронических дерматозов. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015;91(3):147–152. Режим доступа: <https://vestnikdv.ru/jour/article/view/154>.
3. Афанасьева И.Г. Применение комфодекса К и такролика для лечения atopического дерматита у детей. *Дерматология в России*. 2017;(1 Suppl.):7–8. Режим доступа: <https://ismu.baikal.ru/src/portfolio/14689.pdf>.

References

1. Matushevskaya E.V., Svirshchetskaya E.V. Drug micronization technique: new possibilities of topical corticosteroids in dermatology. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya = Russian Journal of Dermatology and Venerology*. 2017;(1):43–48. (In Russ.) doi: 10.17116/klinderma201716143-48.
2. Filimonkova N.N., Bakhlykova E.A. A combined topical therapy of chronic dermatoses. *Vestnik dermatologii i venerologii = Journal of Dermatology and Venereology*. 2015;91(3):147–152. (In Russ.) Available at: <https://vestnikdv.ru/jour/article/view/154>.
3. Afanasieva I.G. Application of comfoderm K and tacropic for the treatment of atopical dermatitis in children. *Dermatologiya v Rossii = Dermatology in Russia*. 2017;(1 Suppl.):7–8. (In Russ.) Available at: <https://ismu.baikal.ru/src/portfolio/14689.pdf>.

Информация об авторах:

Шарова Наталья Михайловна, д.м.н., профессор, профессор кафедры дерматовенерологии, педиатрический факультет, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 119997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; e-mail: nataliasharova@inbox.ru

Кукало Светлана Васильевна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, педиатрический факультет, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 119997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; e-mail: svetlana_kukalo@inbox.ru

Information about the authors:

Natalia M. Sharova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Pediatrics, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; e-mail: nataliasharova@inbox.ru

Svetlana V. Kukalo, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Pediatrics, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; e-mail: svetlana_kukalo@inbox.ru