

## Особенности лечения дерматитов у детей раннего возраста

Н.М. Шарова<sup>1✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-2239-7235>, nataliasharova@inbox.ru

С.В. Кукало<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-2639-6811>, svetlana\_kukalo@inbox.ru

<sup>1</sup> Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии; 107076, Россия, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 119997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

### Резюме

Кожа детей первых лет жизни имеет ряд структурных и физиологических особенностей, которые обуславливают развитие воспалительного процесса, клиническую картину заболевания. У детей первых двух лет жизни часто встречаются воспалительные заболевания кожи, такие как атопический дерматит и аллергический контактный дерматит. Атопический дерматит развивается у лиц с наследственной предрасположенностью, имеет хроническое рецидивирующее течение, характеризуется зудом, типичной морфологией и локализацией очагов поражения. Распространенность атопического дерматита составляет до 20%. Контактный аллергический дерматит развивается на фоне моновалентной сенсибилизации, распространенность составляет около 16,5%. Клиническая картина зависит от выраженности воспалительной реакции и длительности заболевания. Основной целью лечения аллергодерматозов является купирование признаков воспаления, субъективных симптомов. Наружная терапия воспалительных заболеваний кожи заключается в назначении топических глюкокортикостероидов. При выборе средств наружной терапии необходимо учитывать возраст пациента, степень выраженности воспалительного процесса, локализацию очагов поражения, фармакокинетику действующего вещества и другие факторы. В статье описан клинический случай лечения атопического дерматита (пациент 4 мес., с высыпанием на коже лица, туловища, складках кожи, со снижением аппетита и плохим сном), а также клинический случай лечения контактного аллергического дерматита у пациентов первых двух лет жизни (ухудшение кожного покрова с наступлением холодов, появление эритемы, отека в области поражения, зуд, болезненность). Выбрано лечение с использованием метилпреднизолона ацепоната с керамидами в виде крема, мази. Показана высокая эффективность и безопасность применения топических кортикостероидов у детей раннего возраста в сочетании с эмолиентами, что способствует быстрому уменьшению интенсивности воспаления и субъективных симптомов.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, дети, метилпреднизолона ацепонат, керамиды, эмолиенты.

**Для цитирования:** Шарова НМ, Кукало СВ. Особенности лечения дерматитов у детей раннего возраста. *Медицинский совет.* 2024;18(1):206–210. <https://doi.org/10.21518/ms2024-031>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Peculiarities of treatment of dermatitis in young children

Natalia M. Sharova<sup>1✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-2239-7235>, nataliasharova@inbox.ru

Svetlana V. Kukalo<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-2639-6811>, svetlana\_kukalo@inbox.ru

<sup>1</sup> State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 3, Bldg. 6, Korolenko St., Moscow, 107076, Russia

<sup>2</sup> Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia

### Abstract

The skin of children of the first years of life has a number of structural and physiological features that determine the development of inflammatory process and clinical picture of the disease. Inflammatory skin diseases such as atopic dermatitis and allergic contact dermatitis are common in children in the first two years of life. Atopic dermatitis (AD) develops in individuals with hereditary predisposition, has a chronic recurrent course, is characterized by itching, typical morphology and localization of lesions. The prevalence of atopic dermatitis is up to 20%. Contact allergic dermatitis develops on the background of monovalent sensitization, the prevalence is about 16.5%. The clinical picture depends on the severity of the inflammatory reaction and the duration of the disease. The main goal of treatment of allergeodermatoses is to stop the signs of inflammation, subjective symptoms. External therapy of inflammatory skin diseases consists in the prescription of topical glucocorticosteroids. When choosing the means of external therapy, it is necessary to take into account the age of the patient, the degree of severity of the inflammatory process, localization of lesions, pharmacokinetics of the active substance and other factors. The article describes clinical cases of treatment of atopic dermatitis, contact allergic dermatitis in patients of the first two years of life using methylprednisolone aceponate with ceramides in the form of cream, ointment. High efficacy and safety of topical corticosteroids in infants in combination with emollients has been shown to rapidly reduce the intensity of inflammation and subjective symptoms.

**Keywords:** atopic dermatitis, allergic contact dermatitis, children, methylprednisolone aceponate, ceramides, emollients

**For citation:** Sharova NM, Kukalo SV. Peculiarities of treatment of dermatitis in young children. *Meditinskiy Sovet*. 2024;18(1):206–210. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-031>.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Кожа детей первых лет жизни имеет ряд структурных и физиологических особенностей, определяющих особый подход к лечебным мероприятиям при развитии воспалительных процессов [1, 2].

К моменту рождения анатомически кожа ребенка практически сформирована, однако физиологическая, функциональная зрелость наступает лишь в возрасте 2–3 лет и старше. Основную барьерную функцию выполняет тонкий роговой слой, определяющий высокую ранимость и повышенную чувствительность к раздражителям. Также у детей первых месяцев жизни может наблюдаться транзитное нарушение кожного барьера, сопровождающееся сухостью кожного покрова, дефицитом керамидов. Соотношение между площадью поверхности кожи и объемом тела у младенцев увеличено по сравнению с детьми старшего возраста. Обильная васкуляризация детской кожи, недостаточно развитая базальная мембрана, сглаженность сосочкового слоя дермы обуславливают тот факт, что при развитии повреждения наблюдается склонность к развитию экссудативных реакций. Защитные свойства кожи также зависят от уровня pH, показатель у детей приближен к нейтральному, снижена секреция сальных и потовых желез. Несовершенны процессы терморегуляции, слабо развита подкожно-жировая клетчатка, определяется незрелость рецепторного аппарата [3]. Данные особенности обуславливают повышенную чувствительность кожи младенцев и детей в возрасте до 3 лет к раздражающим факторам, быстрое развитие воспалительной реакции на повреждение. При назначении наружных лекарственных средств, в частности топических глюкокортикостероидов, следует учитывать высокую проницаемость и резорбтивную способность детской кожи, трансэпидермальную потерю жидкости.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Наиболее частыми причинами обращений к дерматологу родителей с детьми первых двух лет жизни являются атопический дерматит и аллергический контактный дерматит [4, 5].

Атопический дерматит (АД) – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи. Возникает у лиц с наследственной предрасположенностью к атопии и имеет хроническое рецидивирующее течение. Распространенность атопического дерматита у детей составляет до 20%. У 80% дебют заболевания наблюдается в первые два года жизни. По мере

роста и развития ребенка тяжесть течения АД уменьшается и полностью разрешается в 50% случаев у детей старше 6 лет [6, 7]. Основными клиническими симптомами заболевания являются 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 – лихенификация, расчесы в области сгибов конечностей), хроническое течение с рецидивами и ремиссиями, наличие атопии [8].

Аллергический контактный дерматит (АКД) развивается при наличии моновалентной сенсибилизации. Ранее считалось, что АКД чаще встречается у взрослых, чем у детей. Однако современные данные свидетельствуют о том, что уровень распространенности АКД в детском возрасте составляет около 16,5% [9, 10]. Течение заболевания может быть острым или хроническим. Острый АКД проявляется отечной эритемой, на фоне которой появляются везикуло-папулезные, иногда буллезные высыпания, образующие участки мокнущих с эрозиями и серозными корками на поверхности. Хронический АКД проявляется лихенификацией, трещинами и гиперпигментацией в очагах поражения [11, 12].

Основными целями лечения данных заболеваний является купирование признаков воспаления, субъективных симптомов. Наружная терапия дерматитов заключается в назначении топических глюкокортикостероидов (ТГКС), которые обладают противовоспалительным действием. Включение ТГКС в комплекс лечебных мероприятий позволяет быстро купировать субъективные ощущения и объективные симптомы заболевания [13–15]. При выборе средств необходимо учитывать возраст пациента, степень и выраженность воспалительных проявлений, локализацию очагов поражения, наличие признаков вторичного инфицирования. Необходимо ориентироваться в том, какую химическую структуру имеет ТГКС, фармакокинетику действующего вещества, рекомендуемые сроки применения, наружную форму лекарственного средства [16, 17]. Доказанной безопасностью и эффективностью лечения дерматитов обладает ТГКС средней силы 0,1% метилпреднизолон ацепонат с керамидами в основе (Комфодерм К), разрешенный к применению у детей с 4-месячного возраста. Керамиды, входящие в состав запатентованной основы препарата Комфодерм К, способствуют проникновению активных веществ в дерму, восстановлению эпидермального барьера за счет восполнения липидов. Форма крема позволяет использовать Комфодерм К у детей на очаги острого воспаления, при локализации поражения в складках кожи.

Представляем клинические случаи пациентов, страдающих атопическим дерматитом, аллергическим

контактным дерматитом, которые в качестве наружной терапии получали 0,1% метилпреднизолона ацепонат с керамидами.

От родителей (законных представителей) получено письменное информированное согласие на публикацию изображений в медицинском журнале.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент М., 4 мес. Жалобы на высыпания на коже лица, туловища, складках кожи, снижение аппетита и плохой сон ребенка.

**Anamnesis morbi.** Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первом и втором триместрах. Роды срочные, физиологические. Ребенок с рождения на искусственном вскармливании. Со слов матери, первые высыпания стали появляться на коже лица, волосистой части головы в возрасте 1,5 мес. Ребенок был переведен на смесь с гидролизатом белка, наружное лечение проводилось болтушкой с оксидом цинка, эмолентами. В возрасте 3 мес. мальчик перенес острую респираторную инфекцию, количество высыпаний и площадь поражения резко увеличилась. Аллергоанамнез: у мамы atopический дерматит в детском возрасте. У бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. **Status localis.** Патологический кожный процесс распространенный, симметричный, воспалительного характера. Локализуется на коже лица, волосистой части головы, на коже туловища, шейной и паховых складках, в подколенных ямках. Представлен эритематозными, папуло-везикулезными высыпаниями, на коже лица отмечается мокнутие, в теменной области волосистой части головы – желтоватые корочки. Диагноз: «Атопический дерматит, младенческая форма» (рис. 1). Назначено лечение: антигистаминные препараты *per os* (цетиризин в возрастной дозировке), наружно – метилпреднизолона ацепонат 0,1% крем (Комфодерм К) один раз в сутки на основные очаги, увлажнение кожи 1–2 раза в день (эмоленты, содержащие декспантенол). На третьи

● **Рисунок 1.** Пациент М., 4 мес., атопический дерматит, младенческая форма, до лечения

● **Figure 1.** A 4-month-old patient M. with infantile-onset atopic dermatitis, prior to treatment initiation



сутки было отмечено уменьшение выраженности воспалительной реакции. Через неделю от начала терапии положительная динамика сохранялась, площадь поражения сократилась, улучшился аппетит и сон ребенка (рис. 2). Нежелательных явлений при проведении лечения не отмечалось.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка С., 2 года 3 мес. Жалобы на высыпания на коже лица, конечностях, зуд кожи в области поражения, нарушения сна.

**Anamnesis morbi.** Ребенок болен atopическим дерматитом с 5-месячного возраста. Мать начало заболевания связывает с введением в рацион прикорма (молочные продукты, фрукты, соки). На коже щек стали появляться эритематозно-сквамозные высыпания, на волосистой части головы – корочки. Постепенно количество высыпаний, площадь поражения увеличивались. Консультированы дерматологом по месту жительства, назначена наружная терапия: эмоленты, ТГКС коротким курсом, лечение с улучшением. Обострения наблюдались при введении в рацион новых продуктов, в холодное время года, самостоятельно использовали ТГКС для купирования высыпаний. Настоящее обострение в течение двух недель возникло на фоне перенесенной респираторной инфекции и острого отита, приема антибактериальных средств пенициллиновой группы. Аллергоанамнез: не отягощен. **Status localis.** Патологический кожный процесс, распространенный, симметричный, воспалительного характера. Локализуется на коже лица, преимущественно в периоральной области, на коже верхних и нижних конечностей, в области локтевых сгибов, в подколенных ямках. Представлен эритематозно-сквамозными очагами с четкими границами, эксфолиациями в области поражения, сухостью кожных покровов (рис. 3). Назначено лечение: антигистаминные препараты *per os* (цетиризин в возрастной дозировке), наружно – метилпреднизолона ацепонат

● **Рисунок 2.** Пациент М., 4 мес., атопический дерматит, младенческая форма, через 5 дней от начала лечения

● **Figure 2.** A 4-month-old patient M. with infantile-onset atopic dermatitis, 5 days after therapy initiation



● **Рисунок 3.** Пациентка С., 2 года 3 мес., атопический дерматит, детская форма, до лечения

● **Figure 3.** A 2-year-3-month-old patient S. with childhood-onset atopic dermatitis, prior to treatment



● **Рисунок 4.** Пациентка С., 2 года 3 мес., атопический дерматит, детская форма, на 5-е сут. от начала лечения

● **Figure 4.** A 2-year-3-month-old patient S. with childhood-onset atopic dermatitis, on day 5 after treatment initiation



0,1% крем (Комфодерм К) один раз в сутки, увлажнение кожи 1–2 раза в сутки + по потребности (эмоленты, содержащие 3%-ную мочевины). На 5-е сут. была отмечена устойчивая положительная динамика, уменьшение воспаления, сохранялась сухость кожи в области поражения (рис. 4). При проведении наружной терапии нежелательных явлений не отмечалось.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Пациент П., 1 год 10 мес. На прием к дерматологу обратилась женщина с ребенком, предъявляет жалобы на высыпания на коже кистей рук, щеках, зуд, болезненность в области поражения. *Anamnesis morbi.* Рост, развитие ребенка в соответствии с возрастом. Аллергоанамнез: на первом году жизни при введении прикорма периодически на щеках появлялись высыпания, которые разрешались самостоятельно. В течение последних трех месяцев наблюдается сухость кожи кистей рук, щек, шелушение в очагах поражения.

● **Рисунок 5.** Пациент П., 1 год 10 мес., аллергический контактный дерматит, до лечения

● **Figure 5.** A 1-year-10-month-old patient S. with allergic contact dermatitis prior to treatment initiation



Ухудшение кожного покрова мать отметила с наступлением холодов, появилась эритема, отек в области поражения, зуд, болезненность (рис. 5). Лечение не проводилось. *Status localis.* Патологический кожный процесс, распространенный, симметричный, островоспалительного характера. Локализуется на коже тыльной поверхности кистей рук, щеках. Представлен эритемой с нечеткими границами с микротрещинками на поверхности, мелкопластинчатым шелушением. Отмечается отечность очагов, зуд, болезненность. Диагноз: «Аллергический контактный дерматит». Назначена наружная терапия: метилпреднизолона ацепонат 0,1% мазь (Комфодерм К) один раз в сутки, увлажнение кожи 1–2 раза в сутки (эмоленты, содержащие 3%-ную мочевины). Перед прогулками, за 30–40 мин, смазывать кожу открытых участков кожи жирным кремом. На фоне проводимой терапии через семь дней от начала лечения островоспалительные явления купировались, сохраняются явления сухости (рис. 6). Отмечалась хорошая переносимость терапии, нежелательных явлений не зафиксировано.

● **Рисунок 6.** Пациент П., 1 год 10 мес., аллергический контактный дерматит, после лечения

● **Figure 6.** A 1-year-10-month-old patient S. with allergic contact dermatitis after treatment





## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанные клинические примеры показали безопасность, высокую клиническую эффективность крема, мази, содержащих метилпреднизолона ацепонат + керамиды (Комфодерм К), у детей первых лет жизни с atopическим дерматитом и аллергическим контактным дерматитом.

Сочетанное применение топических кортикостероидов и эмоленов способствует быстрому купированию воспаления, уменьшению сухости кожи, интенсивности зуда, препятствует развитию рецидивов заболевания.



Поступила / Received 11.01.2024  
Поступила после рецензирования / Revised 25.01.2024  
Принята в печать / Accepted 02.02.2024

## Список литературы / References

1. Ковалева ЮС, Зяблицкая НК, Оробей МВ, Бишевская НК. Комбинированная патогенетическая терапия аллергических дерматозов у детей. *Медицинский совет*. 2021;(8):28–38. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-8-28-38>.
2. Kovalova JS, Zyblytskaya NK, Orobei MV, Bishevskaya NK. Combined pathogenetic therapy of allergic dermatoses in children. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(8):28–38. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-8-28-38>.
3. Холодова ИН. Особенности наружной терапии аллергических заболеваний кожи у детей. *Медицинский совет*. 2022;16(1):143–148. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-1-143-148>.
4. Kholodova IN. Features of external therapy of allergic skin diseases in children. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(1):143–148. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-1-143-148>.
5. Шарова НМ. Бережный уход за кожей младенцев. *Медицинский совет*. 2016;(7):12–14. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-07-12-14>.
6. Sharova NM. Gentle care for baby skin. *Meditsinskiy Sovet*. 2016;(7):12–14. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-07-12-14>.
7. Tramontana M, Hansel K, Bianchi L, Sensini C, Malatesta N, Stingeni L. Advancing the understanding of allergic contact dermatitis: from pathophysiology to novel therapeutic approaches. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1184289. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1184289>.
8. Chu DK, Chu AWL, Rayner DG, Guyatt GH, Yepes-Nuñez JJ, Gomez-Escobar L et al. Topical treatments for atopic dermatitis (eczema): Systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *J Allergy Clin Immunol*. 2023;152(6):1493–1519. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2023.08.030>.
9. Radi G, Campanti A, Diotallevi F, Martina E, Marani A, Offidani A. A Systematic Review of Atopic Dermatitis: The Intriguing Journey Starting from Physiopathology to Treatment, from Laboratory Bench to Bedside. *Biomedicine*. 2022;10(11):2700. <https://doi.org/10.3390/biomedicine10112700>.
10. Ständer S. Atopic Dermatitis. *N Engl J Med*. 2021;384(12):1136–1143. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2023911>.
11. Захарова ИН (ред.). *Актуальные вопросы педиатрии*. М.; 2021. 216 с.
12. Neale H, Garza-Mayers AC, Ily T, JiaDe Yu. Pediatric allergic contact dermatitis. Part I: Clinical features and common contact allergens in children. *J Am Acad Dermatol*. 2021;84(2):235–244. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.11.002>.
13. Dupuy E, Miller M, Harter N. What We Have Learned—Milestones in Pediatric Contact Dermatitis. *Curr Dermatol Rep*. 2022;11(1):1–12. <https://doi.org/10.1007/s13671-022-00353-w>.
14. Slodownik D, Bar J, Solomon M, Lavy Y, Baum S, Galed OM et al. Pediatric Contact Dermatitis: A 10-Year Multicenter Retrospective Study. *Dermatitis*. 2023;34(5):399–404. <https://doi.org/10.1089/derm.2023.0009>.
15. Fortina AB, Caroppo F, Cicogna GT. Allergic contact dermatitis in children. *Expert Rev Clin Immunol*. 2020;16(6):579–589. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1777858>.
16. Скороходкина ОВ, Зайнетдинова ГМ, Хакимова РФ. Топические глюкокортикостероиды в лечении atopического дерматита у детей: результаты собственных наблюдений. *Медицинский совет*. 2023;17(2):114–120. <https://doi.org/10.21518/ms2023-029>.
17. Skorokhodkina OV, Zaynetdinova GM, Khakimova RF. Atopic dermatitis management with topical corticosteroids in children: own observations. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(2):114–120. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-029>.
18. Bieber T. Atopic dermatitis: an expanding therapeutic pipeline for a complex disease. *Nat Rev Drug Discov*. 2022;21(1):21–40. <https://doi.org/10.1038/s41573-021-00266-6>.
19. Sideris N, Paschou E, Bakirtzi K, Kiritsi D, Papadimitriou I, Tsentemidou A et al. New and Upcoming Topical Treatments for Atopic Dermatitis: A Review of the Literature. *J Clin Med*. 2022;11(17):4974. <https://doi.org/10.3390/jcm11174974>.
20. Закирова АМ, Шаяпова ДТ, Вахитов ХМ, Пальмова ЛЮ, Кадриев АГ, Рашитова ЭЛ и др. Перспективы использования адекватной наружной терапии при atopическом/аллергическом дерматите у детей. *Медицинский совет*. 2023;17(12):129–138. <https://doi.org/10.21518/ms2023-224>.
21. Zakirova AM, Shayapova DT, Vakhitov KhM, Palmova LYU, Kadriev AG, Rashitova EL et al. Prospects for the use of adequate external therapy for atopic/allergic dermatitis in children. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(12):129–138. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-224>.
22. Goh MSY, Yun JSW, Su JC. Management of atopic dermatitis: a narrative review. *Med J Aust*. 2022;216(11):587–593. <https://doi.org/10.5694/mja2.51560>.

## Информация об авторах:

**Шарова Наталья Михайловна**, д.м.н., профессор, заведующая образовательным отделом, Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии; 107076, Россия, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6; [nataliasharova@inbox.ru](mailto:nataliasharova@inbox.ru)

**Кукало Светлана Васильевна**, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии педиатрического факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 119997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; [svetlana\\_kukalo@inbox.ru](mailto:svetlana_kukalo@inbox.ru)

## Information about the authors:

**Natalia M. Sharova**, Dr. Sci. (Med.), Professor Head of Education Department, State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 3, Bldg. 6, Korolenko St., Moscow, 107076, Russia; [nataliasharova@inbox.ru](mailto:nataliasharova@inbox.ru)

**Svetlana V. Kukalo**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Dermatovenereology of the Pediatric Faculty, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; [svetlana\\_kukalo@inbox.ru](mailto:svetlana_kukalo@inbox.ru)