

И.В. ХАМАГАНОВА, профессор, д.м.н., Д.Ф. КАШЕВАРОВ, к.м.н., кафедра кожных болезней и косметологии ФУВ  
«РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва

# НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ

## АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

**В статье представлены анализ данных литературы и результаты собственного опыта этапного применения метилпреднизолона ацепоната (Адвантан, BAYER) и средств серии «Дардиа» в комплексной терапии детей, страдающих atopическим дерматитом. Показана эффективность и безопасность проведенного лечения.**

*Ключевые слова: atopический дерматит у детей, метилпреднизолона ацепонат, Адвантан, средства серии «Дардиа»*

Согласно современным представлениям, наиболее эффективным подходом в терапии atopического дерматита является комплексная терапия. У детей необходимой составляющей является гипоаллергенная диета, элиминация факторов риска в быту, десенсибилизирующие, антигистаминные средства, по показаниям – пробиотики, пребиотики, ферментативные седативные и вегетотропные препараты. При хорошей переносимости показаны повторные курсы витаминов А, Е, С [1].

Ведущую роль в комплексном лечении atopического дерматита играет наружная терапия, цель которой – подавление зуда и воспаления кожи, гидратация кожных покровов, профилактика и устранение вторичного инфицирования, улучшение барьерных функций кожи. Выбор наружных средств для лечения обусловлен возрастом ребенка, фазой заболевания, наличием осложнений [2]. Кератопластические пасты, мази и кремы, содержащие деготь, серу, нафталан, ихтиол, АСД (3-ю фракцию), обладают резким специфическим запахом, что может привести к обострению как кожного процесса, так и респираторного синдрома, который может наблюдаться при atopическом дерматите. Такие противозудные компоненты, как ментол, анестезин, помимо запаха, нередко сами обладают сенсibilизирующим действием. В большинстве случаев перечисленные наружные препараты обла-

дают недостаточно сильным противовоспалительным и противозудным действием. С целью купирования обострения процесса применяются топические глюкокортикоидные средства [1, 3]. Препараты признаны средствами первой линии терапии atopического дерматита, тогда как топические ингибиторы кальциневрина – второй линии по причине недоказанной безопасности [4]. Топические глюкокортикоидные средства являются оптимальным назначением с позиций доказательной медицины. Местные глюкокортикоиды обуславливают гипосенсибилизацию рецепторов пораженной кожи к гистамину и серотонину, блокаду гистаминазы А<sub>2</sub>,

**■ Ведущую роль в комплексном лечении atopического дерматита играет наружная терапия, цель которой – подавление зуда и воспаления кожи, гидратация кожных покровов, профилактика и устранение вторичного инфицирования, улучшение барьерных функций кожи**

повышение активности гиалуронидазы, с чем связано уменьшение проницаемости сосудистой стенки, а также экссудативных явлений и зуда, нормализация тонуса сосудов, стабилизация клеточных мембран и соединительной ткани. Основной противовоспалительный эффект стероидных средств основан на их способности тормозить процессы, зависящие от NF-kB фактора. Фактор NF-kB опосредует экспрессию генов многих цитокинов, хемокинов,

молекул адгезии и ферментов. Глюкокортикоиды ингибируют продукцию IL1 $\beta$ , TNF $\alpha$ , IL2, IL3, IL4, IL5, IL6, колониестимулирующих факторов, IL8, IL10, синтез ICAM-1, VCAM-1, E-селектина. Глюкокортикоиды снижают чувствительность нервных окончаний к гистамину и повышают связывание его и серотонина в коже, уменьшают проницаемость сосудистой стенки. В тканях и клетках воспалительного инфильтрата глюкокортикоидные средства тормозят образование лейкотриенов, простагландинов, тромбоцитарного фактора путем увеличения продукции липокортина. Воздействие топических глюкокортикоидов приводит к уменьшению зуда, эритемы, отека, инфильтрации кожи, жжения и парестезий в области очагов поражения. Также отмечается иммуносупрессивное действие, задержка пролиферации фибробластов, синтеза коллагена, эпидермального митоза. При применении глюкокортикостероидов снижается выброс лизосомальных ферментов, в эпидермисе уменьшается число клеток Лангерганса и тучных клеток, отмечается длительный ангиоспазм. Топический глюкокортикоид, применяемый в педиатрической практике, должен обладать сильным противовоспалительным действием, низкой системной биодоступностью, быстрым началом действия и минимальными местными побочными эффектами.

Галогенизированные топические средства обладают генотоксичностью *in vitro*, показаны хромосомные aberrации периферической крови, не установлена безопасность у детей. Применение таких препаратов приводит к снижению синтеза фибробластов, коллагена, гликозаминогликанов, замедлению темпа деления клеток эпидермиса и дермы, что приводит к развитию атрофии кожи. Длительная циркуляция в крови галогенизированных средств предопределяет подавление выработки и нарушение циркадного ритма эндогенного кортизола. Все вышеперечисленное лежит в основе развития таких нежелательных явлений, как периоральный дерматит, стрии, гипертрихоз, акнеформный фолликулит, нарушения пигментации.

В педиатрической практике предпочтительнее использовать негалогенизированные топические средства. К ним относится метилпреднизолон аце-

понат (Адвантан, Bayer), обладающий высокой противовоспалительной активностью, липофильностью, улучшенной по сравнению с ранее созданными препаратами фармакокинетикой [5].

**■ В педиатрической практике предпочтительнее использовать негалогенизированные топические средства. К ним относится метилпреднизолон ацепонат (Адвантан, Bayer), обладающий высокой противовоспалительной активностью, липофильностью, улучшенной по сравнению с ранее созданными препаратами фармакокинетикой**

Метилпреднизолон ацепонат гидролизуеться в эпидермисе и дерме. Главным и наиболее активным метаболитом является  $\beta\alpha$ -метилпреднизолон-17-пропионат, обладающий значительно более высоким сродством к кортикоидным рецепторам кожи, что указывает на наличие его биоактивации в коже. Таким образом, Адвантан является пролекарством, что, с одной стороны, обуславливает минимальные риски побочных эффектов, а, с другой, способствует быстрому началу действия именно в очаге воспаления.

Адвантан относится к классу сильных топических кортикостероидов, т. е. в 100–150 раз эффективнее гидрокортизона. При наружном применении метилпреднизолон ацепонат подавляет воспалительные и аллергические кожные реакции, так же как и реакции, связанные с усиленной пролиферацией, что приводит к уменьшению объективных симптомов (таких как эритема, отек, лихенификация) и субъективных ощущений (зуд, раздражение, боль). При применении метилпреднизолон ацепоната наружно в эффективной дозировке системное воздействие минимально. После многократного нанесения препарата на большие поверхности (40–60% поверхности кожи), а также при применении под окклюзионную повязку не отмечается нарушений функций надпочечников, уровень кортизола в плазме и его циркадный ритм остаются в

пределах нормы, уровень кортизола в суточной моче не снижается. Это происходит поскольку активное вещество быстро связывается в системном кровотоке с глюкокуроновой кислотой и инактивируется.

**■ Сочетание у Адвантана минимальных рисков побочных эффектов и быстрого противозудного и противовоспалительного действия позволяет назначать его детям уже с 4-х месяцев**

Сочетание у Адвантана минимальных рисков побочных эффектов и быстрого противозудного и противовоспалительного действия позволяет назначать его детям уже с 4-х месяцев. Корректный выбор оптимальной лекарственной формы препарата позволяет повысить эффективность терапии. При выборе формы необходимо учитывать такие морфофункциональные особенности кожи у детей, как постоянное анатомо-физиологическое развитие, быстрая смена слоев эпидермиса, рыхлость расположения ороговевающих клеток, интенсивный митоз не только в базальном, но и в шиповидном и зернистом слоях, повышенную чувствительность кожи к внешним воздействиям, обильную васкуляризацию кожи, один слой эндотелиальных клеток у сосудов. У детей первого года жизни предпочтительна эмульсия, в основе которой 67,5% воды, до 3 лет – эмульсия и крем, в основе которого 60% воды. С 3-летнего возраста на очаги хронического воспаления может быть использована мазь, на очаги упорного хронического воспаления, в особенности на участках с выраженным роговым слоем – жирная мазь [6–8].

В последние десятилетия в разных странах проведены исследования свойств метилпреднизолона ацепоната. Так, в отечественной практике также накоплен опыт эффективного применения Адвантана в педиатрической практике [9].

По данным опроса родителей, устранение зуда является одним из первоочередных факторов в лечении атопического дерматита у детей. Именно зуд нарушает сон, снижает концентрацию внима-

ния и мешает детям и их родителям вести привычный образ жизни. Адвантан быстро снимает зуд и воспаление у детей. По результатам ряда исследований, значительное уменьшение зуда и воспаления при применении Адвантана отмечалось уже в течение первых 3 дней от начала лечения более чем у 2/3 пациентов. Помимо снятия зуда и снижения воспаления, терапия препаратом приводит к улучшению общего состояния, в частности устраняет расстройства сна, что весьма существенно в ведении детей, страдающих атопическим дерматитом [10, 11]. Метилпреднизолона ацепонат обладает высокой эффективностью в лечении атопического дерматита у подростков [12, 13].

Согласно международным рекомендациям по ведению атопического дерматита, необходима гидратация кожных покровов, улучшение барьерных функций кожи [14, 15].

Известно, что атопический дерматит характеризуется подавлением продукции липидов, дефицитом керамидов 1-го и 3-го типов, снижением активности кислой и нейтральной сфингомиелиназы-ключевого фермента синтеза керамидов. Показано, что препараты серии «Дардиа» обладают свойством восстанавливать целостность кожного барьера, устранять трансэпидермальную потерю воды, поддерживать ранее достигнутый противовоспалительный и противозудный эффект, предупреждать развитие ксероза. Восстановление водно-липидной мантии кожи предотвращает инфицирование, трансэпидермальное проникновение аллергенов [14].

Линия «Дардиа» выпускается в 3 формах – липокрем, липомолочко и липобальзам.

В состав линии «Дардиа» входят гидрофильные и гидрофобные компоненты.

Гидрофильная группа включает следующие компоненты: вода (крем, молочко); глицерин и его производные (крем, молочко); молочная кислота (крем, молочко); лактат натрия (крем, молочко); стеараты (крем, молочко); кукурузный крахмал (бальзам); мочевины (молочко, бальзам);

Гидрофобная группа включает: каприловый триглицерид, дикаприлиловый эфир (крем, молочко); белый воск (крем); воск микрокристаллический

(бальзам); олеила эрукат (бальзам); жидкий парафин (бальзам); вазелин (крем); цетеарилаэтилгексаноат (крем, молочко).

Крем и молочко содержат также стабилизатор – сульфат магния. Крем и молочко серии «Дардиа» основаны на структурной форме по типу «вода в масле». В состав молочка и бальзама входит микрокристаллическая мочеви́на. Бальзам «Дардиа» имеет безводную основу. Входящие в состав липолинии «Дардиа» совместимые с кожей триглицериды с цепями средней величины стабилизируют липидный баланс эпидермиса, что является необходимым условием нормального функционирования и поддержания структуры кожи.

Цетеарила этилгексаноат создает на коже дополнительный защитный слой, поддерживая тем самым ее естественную барьерную функцию.

Липокрем «Дардиа» представляет собой запатентованный состав по типу эмульсии «вода в масле», оптимально подходящий для сухой чувствительной кожи, в т. ч. кожи лица и периорбитальной области.

Липомолочко «Дардиа» представляет собой запатентованный состав по типу эмульсии «вода в масле», оптимально подходящий для очень сухой кожи на любом участке тела.

**■ По данным опроса родителей, устранение зуда является одним из первоочередных факторов в лечении atopического дерматита у детей. Именно зуд нарушает сон, снижает концентрацию внимания и мешает детям и их родителям вести привычный образ жизни**

Липобальзам «Дардиа» представлен запатентованной безводной формой, идеально подходящей для крайне сухой кожи и таких участков тела, как ладони, подошвы, колени, локти.

С сентября 2013 г., кроме привычных «больших» упаковок, все формы «Дардиа» выпускаются в виде упаковок 15 мл. Если есть пациенты, которые еще не слышали о линии «Дардиа», им можно пореко-

мендовать для увлажнения попробовать «Дардиа» в форме 15 мл.

В педиатрической практике липокрем «Дардиа» может использоваться без возрастных ограничений, липомолочко и липобальзам – с одного года.

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность этапного применения Адвантана (BAYER) и средств серии «Дардиа» в комплексной терапии детей, страдающих atopическим дерматитом.

## ■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с марта 2013 по октябрь 2013 г. находились 32 пациента, страдавших atopическим дерматитом. Среди них было 16 девочек, 16 мальчиков в возрасте от 4 мес. до 15 лет. У всех пациентов имелись признаки экзацербации кожного процесса, постоянный зуд, повышенная возбудимость, беспокойство. У 22 детей сильный зуд приводил к расстройству сна. Диагноз впервые был установлен от 2 нед. до 15 лет назад. При постановке диагноза во всех случаях ориентировались на следующие признаки, указанные в Российском согласительном документе по atopическому дерматиту:

- наличие заболевания в раннем возрасте;
- наличие аллергических заболеваний у родителей и/или родственников пробанда;
- зуд кожных покровов разной интенсивности;
- типичная морфология кожных высыпаний в виде стойкой гиперемии или преходящей эритемы, папуловезикулезных высыпаний на эритематозном фоне с экссудацией или инфильтрации, сухости кожи, шелушения, лихенификации;
- типичная локализация поражения кожных покровов;
- хроническое рецидивирующее течение;
- высокий уровень общего IgE и аллерген-специфических IgE-антител в сыворотке крови.

26 из 32 пациентов ранее получали повторные курсы терапии, включавшие антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, пробиотики, пребиотики, наружные противовоспалительные средства, включая топические глюкокортикоидные

препараты. Два пациента в возрасте 4 мес. ранее какого-либо лечения не получали.

**■ Липокрем «Дардиа» представляет собой запатентованный состав по типу эмульсии «вода в масле», оптимально подходящий для сухой чувствительной кожи, в т. ч. кожи лица и периорбитальной области**

Клинические проявления заболевания соответствовали возрастному периоду пациентов. У 14 детей в возрасте от 4 мес. до 3 лет преобладали везикулопапулезные высыпания, мокнутие, образование обильных и толстых серозных корок, образование эрозий, трещин, выделяющих серозный экссудат и серозногеморрагическую жидкость, отмечалась значительная отечность очагов. На щеках имелись эритематозные, слегка отечные и шелушащиеся очаги, иногда с явлениями мокнутия, и появлялись серозные корки. Процесс распространялся на кожу лба, волосистую часть головы. При существовании очагов поражения свыше 3 мес. возникали плоские папулы, очаги лихенификации, эксфолиации. У всех 14 детей этой группы ухудшение течения кожного процесса в холодное время года, улучшение – в летнее.

У 12 детей в возрасте от 3 до 12 лет в клинической картине преобладали лихеноидные папулы сероватого цвета, фолликулярные папулы, эксфолиации. Патологический процесс был наиболее выражен в локтевых сгибах и подколенных складках, на шее, за ушными раковинами. Выявлялась разной степени выраженности отечность век с углублением естественных складок на них. На коже боковых поверхностей туловища, спины распространяются полушаровидные фолликулярные папулы. На кистях имелись инфильтрированные очаги. У 11 из 12 детей в этой группе отмечалась выраженная сухость кожных покровов, явления атопического хейлита. У 11 пациентов ухудшение течения кожного процесса в холодное время года, улучшение – в летнее. У 1 из 12 детей выраженной зависимости кожного процесса от времени года не отмечалось.

У 6 детей от 12 до 15 лет очаги поражения имели преимущественную локализацию в верхней части тела. Отмечена выраженная лихенификация в локтевых сгибах, подколенных впадинах. На руках очаги выявлялись не только на сгибательной, но и на разгибательной поверхности. Диффузно располагались лихеноидные плоские полигональные и округлые полушаровидные папулы. У 1 девочки наблюдалось ухудшение течения кожного процесса в холодное время года, улучшение – в летнее. У 5 из 6 пациентов выраженной зависимости кожного процесса от времени года не отмечалось, но у 2 из них наблюдалось значительное улучшение состояния после морских купаний в сочетании с солнечной инсоляцией в летнее время.

*Критериями включения в настоящее исследование являлись:*

- 1) клинические признаки атопического дерматита в стадии обострения;
- 2) степень тяжести атопического дерматита от 20 до 60 баллов SCORAD;
- 3) возраст старше 4 мес.

*Критериями исключения являлись:*

- 1) состояние эритродермии;
- 2) гиперчувствительность к компонентам применяемых средств;
- 3) возраст младше 4 мес.;
- 4) наличие любого состояния, которое может создать неоправданный риск нанесения вреда здоровью пациента;
- 5) терапия системными глюкокортикоидными средствами, топическими ингибиторами кальциневрина, средствами, восстанавливающими целостность кожного барьера и увлажняющими в течение предшествующих 4 нед.;
- 6) терапия топическими кортикостероидными препаратами в течение предшествующих 3 нед.

В ходе исследования была обязательной регистрация любых нежелательных явлений для дальнейшей оценки безопасности метилпреднизолон ацепоната и средств серии «Дардиа». Лечение всем пациентам проводилось амбулаторно.

Адвантан применяли на очаги поражения, препараты серии «Дардиа» – на весь кожный покров в

соответствующей лекарственной форме. Метилпреднизолон ацепонат в виде эмульсии применяли всем детям в возрасте от 4 мес. до 3 лет, а также пациентам старше 3 лет – на очаги, расположенные на лице, и участки поражения с выраженными эксудативными явлениями. На другие очаги поражения детям старше 3 лет применяли Адвантан в виде крема. Эмульсию либо крем применяли в виде аппликаций 1–2 раза в день.

Детям до 1 года после достижения выраженного улучшения состояния назначали крем «Дардиа». Пациентам старше одного года после регресса островоспалительных проявлений применение метилпреднизолон ацепоната (1 раз в день) чередовали с препаратами серии «Дардиа» – липокремом на лицо, молочком на туловище и конечности, липобальзамом на колени, ладони, подошвы (1 раз в день).

Помимо наружной терапии все пациенты получали внутрь антигистаминные, десенсибилизирующие средства в возрастных дозировках в течение первых 10 дней терапии.

**■ Препараты серии «Дардиа» обладают свойством восстанавливать целостность кожного барьера, устранять трансэпидермальную потерю воды, поддерживать ранее достигнутый противовоспалительный и противозудный эффект, предупреждать развитие ксероза**

## РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов было отмечено выраженное уменьшение зуда, эритемы, отечности на 2-й день применения Адвантана, в дальнейшем регресс высыпаний постепенно продолжался. К 5-му дню лечения самочувствие всех детей улучшилось, уменьшилось беспокойство. Через 7–10 дней применения метилпреднизолон ацепоната в виде эмульсии либо крема отмечался полный регресс

островоспалительных явлений, ночной сон был восстановлен. На 12–14-й день у всех пациентов отмечено значительное улучшение (рис. 1–6).

Применение средств серии «Дардиа» способствовало выраженному уменьшению ксероза кожи, сопровождалось высокой субъективной оценкой пациентов и/или родителей. По окончании курса

Рисунок 1. Пациент Л., 11 месяцев, очаг поражения на боковой поверхности бедра до лечения



Рисунок 2. Пациент Л., 11 месяцев, очаг поражения на боковой поверхности бедра после лечения



Рисунок 3. Пациент К., 6 лет, очаги поражения в подколенных впадинах до лечения



Рисунок 4. Пациент К. очаги поражения после проведенной терапии



терапии индекс SCORAD снижался до 4–8 баллов. Терапию все пациенты переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных явлений ни в одном случае отмечено не было. Не было отмечено какого-либо отрицательного воздействия проводимой терапии на показатели периферической крови, мочи.

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные нами результаты подтверждают ранее описанную высокую терапевтическую эффективность и безопасность наружной терапии у детей с применением соответствующих лекарственных форм Адвантана [4–14]. В различных возрастных группах у детей, страдающих атопическим дерматитом, отмечен высокий терапевтический эффект препарата: у пациентов в возрасте от 4 мес. до 3 лет – в виде эмульсии, старше 3 лет – в виде эмульсии – на очаги на лице и на участки поражения с выраженными экссудативными явлениями, крема – на другие участки.

Средства серии «Дардиа» позволяют стабилизировать достигнутый терапевтический эффект, устраняют явления ксероза. В педиатрической практике нашли применение различные лекарственные формы (детям в возрасте до 1 года и на очаги поражения на лице показано применение крема, детям с 1 года – молочко на туловище и конечности, липобальзам на колени, ладони, подошвы). Курс лечения способствовал быстрому регрессу островоспалительных явлений, восстановлению ночного сна, устранению зуда и беспокойства. Побочных действий примененных препаратов отмечено не было, терапию все дети переносили хорошо, что согласуется с данными, ранее представленными в литературе [4–14].

Рисунок 5. Пациентка А., 13 лет, очаг поражения в области локтевого сгиба до начала лечения



Рисунок 6. Пациентка А., очаг поражения после лечения



Способствует  
быстрому  
облегчению  
зуда и воспаления  
при дерматитах  
и экземе<sup>1</sup>



**Адвантан®**  
0,1% метилпреднизолона ацепонат



**ЭМУЛЬСИЯ**  
Острый процесс  
с мокнутием



**КРЕМ**  
Острый / подострый  
процесс без мокнутия



**МАЗЬ**  
Подострый /  
хронический процесс



**ЖИРНАЯ МАЗЬ**  
Длительный  
хронический процесс



**Помогает избавиться от зуда  
и воспаления на различных участках  
кожи**



**Не содержит агрессивных для кожи  
галогенов фтора и хлора**

**Лекарственные формы:** эмульсия, крем, мазь, жирная мазь. В каждой форме 0,1% метилпреднизолона ацепоната.

**Показания к применению:** Воспалительные заболевания кожи, чувствительные к терапии глюкокортикостероидами: атопический дерматит, нейродермит, детская экзема, истинная экзема, микробная экзема, профессиональная экзема, простой контактный дерматит, аллергический (контактный) дерматит; дисгидротическая экзема.

**Противопоказания:** Туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата, вирусные заболевания (например, ветряная оспа, опоясывающий лишай), в области нанесения препарата, розацеа, периоральный дерматит в области нанесения препарата, детский возраст до 4-х месяцев, участки кожи с проявлениями реакции на вакцинацию, гиперчувствительность к компонентам препарата.

**Способ применения:** препарат наносят 1 раз в сутки на пораженные участки кожи. Длительность терапии для крема, мази, жирной мази: для взрослых – не более 12 недель, для детей – не более 4 недель, для эмульсии – не более 2 недель. При солнечных ожогах эмульсию можно применять максимум 2 раза в сутки.

**Беременность и лактация:** При необходимости применения крема Адвантан во время беременности и лактации следует тщательно взвешивать потенциальный риск



**Правильный выбор формы ускоряет  
выздоровление**



**Применяется один раз в сутки**

для плода и ожидаемую пользу лечения для матери. В эти периоды не рекомендуется длительное применение препарата на обширных поверхностях кожи. Кормящим матерям не следует наносить препарат на молочные железы.

**Побочное действие:** Обычно препарат хорошо переносится. Очень редко (менее, чем в 0,01% случаев) могут наблюдаться местные реакции, такие как зуд, жжение, эритема, образование везикулёзной сыпи. Если препарат применяют более 4-х недель и/или на площади 10% и более поверхности тела. Могут возникнуть следующие реакции: атрофия кожи, телеангиэктазии, стрии, акнеформные изменения кожи, системные эффекты, обусловленные абсорбцией кортикостероида. В ходе клинических исследований ни один из вышеперечисленных побочных эффектов не был отмечен при применении Адвантана до 12 недель у взрослых и до 4-х недель у детей. В редких случаях (0,01% - 0,1%) может наблюдаться фолликулит, гипертрихоз, периоральный дерматит, депигментация кожи, аллергические реакции на один из компонентов препарата.

Reg. удостоверения: эмульсия – П № 013563/02; крем – П № 013563/01; мазь – П № 013563/03, жирная мазь – П № 013563/04.

Отпускается без рецепта. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

ЗАО «Байер»  
107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д.18, стр.2  
Тел.: (495)232-11-41, факс: 232-11-43



**150 Years  
Science For A Better Life**

<sup>1</sup> 150 лет Науки Для Лучшей Жизни

Полученные нами данные позволяют рекомендовать Адвантан в виде эмульсии и крема для снятия обострений атопического дерматита у детей в различных возрастных группах. Средства серии «Дардиа» целесообразно применять для стабилизации достигнутого терапевтического эффекта, устранения явлений ксероза.

## ВЫВОДЫ

1. Метилпреднизолона ацепонат (Адвантан, BAYER) в виде эмульсии эффективен у пациентов в возрасте от 4 мес. до 3 лет, а также у старших детей – на очаги, расположенные на лице, а также

участки поражения с выраженными экссудативными явлениями.

2. Метилпреднизолона ацепонат (Адвантан, BAYER) в виде крема эффективен при применении у детей старше 3 лет с острым/подострым воспалением в очагах поражения.

3. Средства серии «Дардиа» могут применяться как в чередовании, так и после курса метилпреднизолона ацепоната с целью устранения ксероза и стабилизации достигнутого улучшения. Пациентам в возрасте до 1 года целесообразно назначать крем «Дардиа», старше 1 года – крем на лицо, молочко – на туловище и конечности, липобальзам на колени, ладони, подошвы.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Короткий Н.Г., Шарова Н.М. Современные подходы к лечению пеленочного дерматита // Вопросы современной педиатрии. 2011. Т. 6. №2. С. 74.
2. Carbone A, Siu A, Patel R. Pediatric atopic dermatitis: a review of the medical management // Ann. Pharmacother. 2010. Vol. 44. P. 1448–1458.
3. Akdis C.A., Akdis M., Bieber T. et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology / American Academy of Allergy, Asthma and Immunology / PRACTALL Consensus Report // J. Allergy Clin. Immunol. 2006. Vol. 61. P. 969–987.
4. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Luger T.A. Balancing efficacy and safety in the management of atopic dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2011. Vol. 25. P. 251–258.
6. Blume-Peytavi U., Wahn U. Optimizing the treatment of atopic dermatitis in children: a review of the benefit/risk ratio of methylprednisolone aceponate // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2011. Vol. 25. P. 508–515.
7. Schmitt J., Von Kobyletzky I., Svensson A. et al. Efficacy and tolerability of proactive treatment with topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for atopic eczema: systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials // Br. J. Dermatol. 2011. Vol. 164. P. 415–428.
8. Blume-Peytavi U., Metz M. Atopic dermatitis in children: management of pruritus // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2012. Vol. 26 (suppl. 6). P. 2–8.
9. Кулагин В.И., Хамаганова И.В., Войнич З.В., Шекрота А.Г. Опыт применения мази «Адвантан» в детской дерматологической практике // Вестник дерматологии и венерологии. 2000. №6. С. 50.
10. Machado S. Effective use of methylprednisolone aceponate 0,1% in a 9-month old infant with atopic eczema and sleep disturbance // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2012. Vol. 26 (suppl. 6). P. 14–15.
11. Torrelo A. Successful treatment of widespread eczema and sleep disruption in a 7-month-old infant with methylprednisolone aceponate 0,1% // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2012. Vol. 26 (suppl. 6). P. 16–17.
12. Bieber T., Vick K., Fölster-Holst R. et al. Efficacy and safety of methylprednisolone aceponate 0,1% compared to tacrolimus 0,03% in children and adolescents with an acute flare of severe atopic dermatitis // Allergy. 2007. Vol. 62. P. 184–189.
13. Khamaganova I. Alleviation of a severe pruritic flare-up in a 13-year-old child with chronic atopic dermatitis treated with // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2012. Vol. 26 (suppl. 6). P. 20–21.
14. Peserico A., Städtler G., Sebastian M. et al. Reduction of relapses of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponate cream twice weekly in addition to maintenance treatment with emollient: a multicenter, randomized, double-blind, control study // Br. J. Dermatol. 2008. Vol. 158. P. 801–807.
15. Torrelo A. Methylprednisolone aceponate 0,1% in the treatment of pruritic lichenified eczema in a 3-year-old child with chronic atopic dermatitis // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2012. Vol. 26 (suppl. 6). P. 16–17.