

Екзодерил

ТРОЙНОЙ УДАР ПО ГРИБКАМ!

**Быстро устраняет зуд, снимает
воспаление и уничтожает грибок!^{1,2}**



**ДОСТАТОЧНО ПРИМЕНЯТЬ
1 РАЗ В СУТКИ!³**

**ШИРОКИЙ
ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ
СПЕКТР ДЕЙСТВИЯ^{2,3}**

**МОЩНЫЙ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ
ЭФФЕКТ^{2,3}**

**ДОКАЗАННАЯ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ
АКТИВНОСТЬ^{2,3}**

МИК в роговом слое кожи – 96 часов!

1. Инструкция по применению препарата Экзодерил

2. Андрашко Ю.В. «Топические противогрибковые средства в лечении микозов стоп и онихомикозов», «Здоровье Украины» №2 (351) Январь 2015г.

3. Андрашко Ю.В., Чечерск Т.И., Коваль Г.М. «Современный взгляд на себорейный дерматит Рациональная тактика лечения легких и неосложненных форм дерматоза» «Здоровье Украины» №19 (344) 2014.

Информация исключительно для специалистов сферы здравоохранения.

Экзодерил крем: РП № UA/3960/01/01 приказ МОЗ Украины №787 от 14.11.2011. Производитель: Сандоз ГмбХ Австрия.

Препарат имеет побочные реакции, противопоказания и особенности в применении. Вы можете сообщить о побочных реакциях и / или отсутствие эффективности лекарственного средства представителя заявителя по адресу или по телефону: ул. Амосова, 12, г. Киев, 03680; тел. +38 (044) 495 288 66. Не для продажи. www.sandoz.ua

КМ 4-45-ЭКЗ-ОТС-0515



SANDOZ
a Novartis company

Ю.В. Андрашко, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии Ужгородского национального университета

Эффективный менеджмент в лечении атопического дерматита у детей: взгляд дерматолога



Ю.В. Андрашко

Атопический дерматит (АД) представляет собой весьма распространенное хроническое воспалительное заболевание кожи, которое характеризуется интенсивным зудом, сухостью, шелушением, уплотнением и лихенизацией кожи. Согласно современным эпидемиологическим данным распространенность АД у детей в развитых странах неуклонно возрастает и уже превышает 20% (С. Flohr, G. Mann, 2014). Как правило, АД возникает в младенчестве и раннем детстве и может сохраняться во взрослом возрасте. АД рассматривается как первый шаг в развитии так называемого атопического марша и характеризуется весьма вариабельным клиническим течением. У многих детей с АД по мере взросления могут развиваться аллергический ринит, аллергический конъюнктивит и респираторные аллергии, в частности бронхиальная астма. Так, по последним данным, у более чем половины детей раннего возраста с АД существует угроза развития респираторных аллергий в старшем возрасте (В.У. Рууп, 2015). Несмотря на ряд успехов, которых удалось достичь в последние годы в направлении понимания этиопатогенеза АД (например, открытие белка эпидермиса филагрина, специфически взаимодействующего с промежуточными филаментами – кератинами), доступное в настоящее время лечение АД обеспечивает лишь контроль заболевания и эффективное облегчение его симптомов, но не полное излечение. В ситуации, когда врач-педиатр констатирует наличие у ребенка атопии и АД как одного из ее проявлений, целесообразно направить его на консультацию к дерматологу, который должен определить тактику дальнейшего ведения маленького пациента и обеспечить эффективный менеджмент в лечении этого заболевания.

Точная причина развития АД до сих пор неизвестна. Считается, что это заболевание, вероятно, является следствием взаимодействия между генетическими факторами и факторами окружающей среды. К числу наиболее значимых генетически детерминированных иммунологических нарушений при АД относят дисбаланс Th1- и Th2-клеток (с преобладанием последних), повышенную дегрануляцию тучных клеток и измененную антигенпрезентирующую активность клеток Лангерганса. Также у больных АД имеют место генетически детерминированные нарушения функции кожного барьера (повышение уровня pH кожи и изменение ее проницаемости), обуславливающие развитие вторичных бактериальных, вирусных и грибковых инфекций кожи, которые приводят к еще большим нарушениям барьерных функций кожи, замыкая этот порочный круг (В. Eberlein-Konig et al., 2000; К. Aberg et al., 2008). Реализации генетической предрасположенности способствуют различные триггерные факторы как аллергенной, так и неаллергенной природы. Так, у детей раннего возраста (до 3-5 лет) наиболее вероятно наличие пищевой аллергии, у детей старшего возраста (от 5 до 12 лет) – воздействия внешних средовых аэроаллергенов, а у подростков и взрослых основную роль в развитии АД играют факторы инфекционной природы. Среди главных пищевых аллергенов, которые могут выступать в качестве основных триггеров, – молоко, яйца, арахис, пшеница, соя, рыба. К настоящей времени накоплен огромный положительный опыт диетотерапии у детей с АД. У грудных детей диетические рекомендации основываются на полном исключении причинно-значимых продуктов из рациона кормящей матери; при искусственном вскармливании возможно использование гипоаллергенных смесей с высокой степенью гидролиза или аминокислотных смесей. Кроме того, у детей с АД очень часто выявляют дисбиоз кишечника, наличие которого требует коррекции состояния кишечной микрофлоры путем назначения пробиотиков, в частности хорошо известного педиатрам и прекрасного зарекомендовавшего себя в клинической практике препарата **Линекс**[®] (Е.В. Матшевская, Е.В. Свиришевская, 2013).

Основной целью лечения АД всегда является сокращение количества и снижение тяжести обострений, а также продление периодов ремиссии. Как системная, так и местная терапия АД у детей всегда применяется на фоне мероприятий по устранению воздействия причинно-значимых аллергенов (элиминационная диета и изменения аллергенного окружения) и других триггерных факторов, а также соответствующего ухода за кожей (использование современных эмульсионных). Системная фармакотерапия АД включает применение антигистаминных

препаратов, глюкокортикоидов (только для купирования тяжелых обострений), мембраностабилизирующих препаратов, седативную терапию, физиотерапию. У больных с тяжелым течением АД, резистентным к стандартной терапии, возможно назначение циклоспорина А. Что же касается такого многообещающего метода лечения аллергических заболеваний, как аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ), то единого экспертного мнения в отношении ее эффективности при АД на сегодня не выработано. С учетом полученных до настоящего времени данных исследований АСИТ при АД вопрос о применении указанного метода лечения может рассматриваться у части пациентов с сенсibilизацией к ингаляционным аллергенам (L. Schneider et al., 2013).

Наружная терапия при АД у детей направлена, прежде всего, на уменьшение и устранение субъективных ощущений (зуда, боли, жжения), купирование кожных проявлений аллергии в острой и хронической фазах болезни, профилактику и лечение вторичной инфекции, уменьшение или устранение сухости кожи как в очагах, так и вне очагов поражения, защиту кожи от неблагоприятных воздействий внешней среды (А.А. Чуслева, 2014). Она включает применение топических глюкокортикоидов (ТГК) и топических ингибиторов кальциневрина, а также местных средств терапии вторичных инфекционных осложнений АД. ТГК являются препаратами первой линии в наружной терапии АД и оказывают выраженный клинический эффект как при остром, так и при хроническом воспалении. Наиболее оптимальным профилем безопасности и более высокой терапевтической эффективности обладают препараты последнего поколения – нефторированные ТГК. Выбор лекарственной формы и класса ТГК в зависимости от активности (слабые, умеренной силы, сильные, очень сильные) определяется выраженностью воспалительного процесса в коже и необходимой глубиной воздействия. Чем активнее воспаление, тем более щадящей должна быть терапия, поскольку воспаленная кожа более интенсивно абсорбирует препараты для местного применения. Кроме того, при выборе ТГК необходимо помнить о том, что различные участки кожи отличаются по своей способности к всасыванию ТГК: например, тонкая кожа век и интертригинозные области быстро отвечают на низкоактивные ТГК, а поражения на ладонях и стопах требуют назначения более активных препаратов. Топические ингибиторы кальциневрина обладают высокой противовоспалительной активностью, их использование у детей возможно с 2-летнего возраста и является предпочтительным при локализации высыпаний на тонкой коже лица, шеи, крупных складок и аногенитальной области. Эти препараты могут применяться как

с целью купирования обострений, так и в качестве противорецидивной терапии в период ремиссии (А.Н. Пампура, А.А. Чуслева, 2014).

Особого внимания заслуживает вопрос назначения наружной терапии при столь частом осложнении АД, как **присоединение вторичной инфекции**. У больных АД выявляется колонизация кожи различными патогенами, в первую очередь, бактериями *Staphylococcus aureus*, а также дрожжеподобными грибами *Malassezia furfur*, *Candida*, дерматомицетами *Trichophyton rubrum*. Так, колонизация кожи *Staphylococcus aureus* наблюдается у 90% больных АД, при этом интенсивность зуда и тяжесть заболевания часто коррелируют с интенсивностью колонизации (D. Nissen et al., 1998; S.R. Dillon et al., 2004; E. Sonkoly et al., 2006). Показано, что колонизация *S. aureus* фактически является как одной из причин, так и последствием аллергического воспаления кожи. Механизмы, посредством которых аллергическое воспаление кожи способствует усилению колонизации *S. aureus*, включают дисфункцию кожного барьера, повышенный синтез адгезинов внеклеточного матрикса для *S. aureus* и дефектные врожденные иммунные реакции ввиду снижения продукции эндогенных противомикробных пептидов. С другой стороны, экзотоксины, секретируемые *S. aureus*, являются суперантигенами. Стафилококковые суперантигены (ССАг) могут проникать через кожный барьер и обуславливать персистенцию и развитие обострений аллергического воспаления кожи при АД посредством стимуляции Т-клеток, выполнения роли аллергенов, прямой стимуляции антигенпрезентирующих клеток и кератиноцитов, а также усиления индуцированного аллергеном воспаления кожи. ССАг также индуцируют резистентность к глюкокортикоидам (Y.T. Lin et al., 2007). Поэтому у пациентов с АД, осложненным вторичной бактериальной инфекцией, а также при неудовлетворительном контроле АД рекомендуется комбинированная терапия противовоспалительными препаратами и антибиотиками. При этом в большинстве случаев при появлении у ребенка клинических признаков присоединения бактериальной инфекции в дерматологической практике успешно используют именно местные антибактериальные и антисептические препараты в различных лекарственных формах: мази, растворы, примочки, пасты, присыпки и др. Местные антимикробные препараты имеют ряд преимуществ: используются в малых количествах, что позволяет применять вещества, которые могут быть токсичны при системном использовании; концентрации действующих веществ в месте нанесения во много раз превосходят минимальные подавляющие концентрации, необходимые для борьбы с возможными возбудителями раневой инфекции; активные ингредиенты находятся в прямом контакте с патогенными

микроорганизмами. Показания к назначению системных антибиотиков при вторичной бактериальной инфекции, осложняющей течение АД у детей, ограничиваются случаями распространенных пустулезных высыпаний, локализацией элементов пиодермии на лице, общими нарушениями (лихорадка, лимфаденопатия, изменения в общем анализе крови), а также недостаточной эффективностью наружной антибактериальной терапии (А.А. Чуслева, 2014). Следует подчеркнуть, что при выборе конкретных топических антибактериальных препаратов врачу следует учитывать такое явление, как растущая антибиотикорезистентность возбудителей кожных инфекций, и отдавать предпочтение современным противомикробным препаратам, обладающим доказанной активностью в отношении широкого спектра патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Одним из таких средств является комбинированный препарат **Банеоцин**[®] производства известной европейской фармацевтической компании «Сандоз», который содержит два бактерицидных антибиотика с синергичным действием – неомидин сульфат (5000 МЕ) и бацитрацин цинк (250 МЕ). Он выпускается в двух лекарственных формах – в виде мази и порошка, и может применяться даже у детей грудного возраста (с первых дней жизни при использовании в форме порошка).

При АД также часто наблюдается присоединение грибковой инфекции, которая вносит свой вклад в активность заболевания. Существует риск развития сенсibilизации к грибковым аллергенам, в частности к *Malassezia furfur*, которая является одним из факторов, способствующих упорному течению сочетанного АД, особенно при локализации высыпаний на лице и шее. В данной ситуации показано наружное использование противогрибковых препаратов. Однако инфекция кожи у детей и подростков с АД чаще всего носит смешанный характер. При сочетании бактериальной и грибковой инфекции, а также выраженной воспалительной реакции кожи целесообразно назначение комбинированных препаратов, оказывающих противовоспалительное, противомикробное и противогрибковое действие. С учетом этого заслуживает внимания противогрибковый препарат **Экзодерил**[®], активное вещество которого – нафтифин – не только оказывает противогрибковое действие, но и проявляет антибактериальную активность в отношении грамположительных и грамотрицательных возбудителей вторичных бактериальных инфекций, а также обладает противовоспалительными свойствами, способствующими быстрому устранению симптомов воспаления и зуда.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что лечение АД и его осложнений у детей требует индивидуального подхода и является тем самым случаем, когда результат напрямую зависит от клинического мышления и врачебного искусства, заключающегося во вдумчивом анализе конкретных особенностей этиопатогенеза заболевания у каждого ребенка, умения подобрать наиболее оптимальные для него общие немедикаментозные мероприятия, а также рационально и дифференцированно подойти к вопросу выбора лекарственных препаратов (в том числе средств наружной терапии).

КМ 4-45-ЭК3-ОТС-0515

