



Особенности терапии атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией, у детей

Д.м.н. Е.В. ДВОРЯНКОВА, Р.О. ЖУКОВСКИЙ,
д.м.н., проф. И.М. КОРСУНСКАЯ

Атопический дерматит (АД) является самым распространенным заболеванием в детской дерматологической практике. В качестве местной терапии АД наиболее эффективны комбинированные препараты, одним из которых является Пимафукорт. В статье приводятся данные анализа клинической эффективности препарата по результатам наблюдения у 48 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет с диагнозом «атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией». Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности крема Пимафукорт в терапии грибково-бактериальных осложнений атопического дерматита.

В настоящее время атопией страдают 6–15% населения, а у детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет диагноз атопического дерматита ставится в 20–30% случаев [1]. В дерматологической практике очень часто к различным дерматозам присоединяется вторичная инфекция, которая может быть вызвана как бактериальной, так и микотической флорой, а в некоторых случаях той и другой одновременно.

По данным кожно-венерологического диспансера № 15 (г. Москва) за 2010 г., из обратившихся за помощью 378 детей с атопическим дерматитом впервые

данный диагноз был установлен у 204 пациентов младше 5 лет; 119 пациентов с атопическим дерматитом были подростками, АД был впервые выявлен у 9 человек.

У детей до 2 лет наиболее часто встречается экссудативная форма, с 2 до 12 лет – эритематозно-сквамозная форма АД. У подростков чаще встречается лихеноидная и пруригинозная формы АД. Клинические проявления заболевания зависят как от возраста пациента, так и от наличия других дерматологических заболеваний, в частности ихтиоза.

Клинические проявления АД при младенческой форме (экссудативно-

катаральный диатез) выражены гиперемией, отечностью, микро-везикулезными высыпаниями, экссудацией, корками, трещинами и шелушением, которые, как правило, локализуются на лице, поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямках, запястьях, туловище, ягодицах и сопровождаются сильным зудом. Патологические изменения затрагивают в основном эпидермис, имеются признаки смешанного или красного дермографизма. Начальная стадия, проявляющаяся гиперемией и отечностью щек, легким шелушением, переходящей эритемой кожи щек и ягодиц, при условии своевременного начатого лечения является обратимой, в противном случае заболевание переходит в следующую стадию – выраженных изменений (период обострения), которая делится на острую фазу, проявляющуюся эритемой, папулами, переходящими в везикулы, образованием эрозий, корок и шелушением, и хроническую фазу, при которой папулы сменяются шелушащейся поверхностью кожи, эксфолиацией и лихенификацией.

У таких пациентов очень тяжело протекают вирусные и бактериальные инфекции, которые часто сопровождаются генерализацией процесса, а также дерматофитии,



которые развиваются с выраженным отеком, инфильтрацией и часто резистентны к терапии. Но чаще течение АД осложняется присоединением микробной или микотической инфекции, что изменяет типичную картину заболевания.

По данным ряда авторов, микрофлора у больных АД заметно отличается от микрофлоры у здоровых лиц соответствующих возрастных групп [2].

Так, у больных АД отмечается повышенная колонизация кожи *St. aureus*, *Pityrosporum orbiculare*, *Candida* [2]. Снижение резистентности к инфекционным агентам у этих больных в большей мере связано с иммунологическими нарушениями, которые проявляются в снижении хемотаксиса нейтрофилов и моноцитов на фоне повышенной продукции гистамина [2, 3].

Инфекционные поражения кожи у больных атопическим дерматитом проявляются в виде пиодермий, которые вызывают альфа- и гамма-гемолитические стрептококки, золотистый стафилококк, грибковая инфекция, возбудителями ее в большинстве случаев являются *Candida albicans* и дрожжеподобные грибы *Pityrosporum orbiculare* [1, 3].

Появление комбинированных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды (ГКС), позволило решить ряд проблем в лечении таких пациентов. При бактериальных поражениях кожи на фоне хронической экземы используются ГКС-содержащие антибиотики, однако их применение может спровоцировать бурный рост сапрофитной кандидозной флоры, что, естественно, осложняет течение заболевания. То же самое наблюдается при лечении микозов на фоне аллергических заболеваний ГКС-содержащими антимикотиками, в этом случае процесс может осложняться присоединением бактериальной флоры.

Наиболее эффективны в качестве местной терапии комбинированные препараты, в состав которых помимо ГКС входят антибактериальные и антимикотические средства, что позволяет воздействовать

одновременно на все звенья патологического процесса [4].

Одним из представителей комбинированных ГКС-содержащих препаратов, в состав которых входит антибиотик и антимикотик, является Пимафукорт. Он представляет собой комбинацию из 1% гидрокортизона, 1% натамицина и 0,35% неомицина на кремовой или мазевой основе.

Входящий в состав препарата глюкокортикостероид гидрокортизон обладает местным противовоспалительным, противозудным действием и показан при наличии местных воспалительных явлений и зуде.

Неомицин – антибиотик широкого спектра действия, активный в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, что обеспечивает высокую эффективность препарата при местном применении для лечения первичных и вторичных инфекций кожи.

Антимикотик натамицин является синтетическим средством широкого спектра действия, влияющим на стеролы мембраны грибковой клетки, показан для местного применения при лечении микозов, вызванных грибами *Candida albicans*, *Trichophyton rubrum* и др.

На сегодняшний день Пимафукорт – единственный препарат тройного действия, который может применяться у детей до двух лет.

Под нашим наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет с диагнозом «атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией». Проведенное лабораторное исследование показало, что у 56% пациентов в очагах поражения присутствовали как *Candida alb.*, так и *St. aureus* в высоких концентрациях, у 26% – *Candida alb.* и *Protea inconstans*, у 13% – *St. aureus* и *St. epiderm.*, у 5% – *St. epiderm.*, *Pantoea agglomerans*, *St. saproth.*

Всем пациентам местно назначался крем Пимафукорт на 7–10 дней 2 раза в день, после исчезновения острых проявлений пациентам назначался Локоид 1 раз в день утром и Локобейз Рипеа на ночь до полного исчезновения прояв-



Рис. 1. Атопический дерматит без лечения



Рис. 2. Атопический дерматит после лечения

лений. В дальнейшем в качестве средства для ухода использовался Локобейз Рипеа.

В качестве примера приводим историю болезни пациента С. 4 лет, обратившегося с диагнозом «атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией». Высыпания на коже беспокоят с 9 месяцев после перенесенного ОРВИ. Обострения, как правило, связаны с респираторным заболеванием. При обращении у пациента наблюдались высыпания в виде папулезных элементов, многослойных серозно-геморрагических корочек, экскориаций, которые располагались на коже туловища и конечностей на фоне выраженной гиперемии и инфильтрации (рис. 1). Местно ребенку однократно был назначен Фукорцин и крем Пимафукорт 2 раза в день, на 7-й день остро-воспалительные проявления разрешились, оставались единичные папулезные элементы и единичные геморрагические корочки (рис. 2). Ребенку рекомендован Локоид 1 раз в день до полного разрешения высыпаний.

Полученные результаты продемонстрировали высокую эффективность крема Пимафукорт в терапии микобактериальных осложнений атопического дерматита и возможность применения препарата в тех случаях, когда проведение лабораторных исследований на флору в очагах поражения невозможно или затруднительно. ✨

Литература
→ С. 60