

ФГБОУ ВО « Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.
Проф. В.И. Прохоренкова

Зав. Кафедрой:
д.м.н., проф. Карачева Юлия
Викторовна



Реферат

Атопический дерматит. Дифференциальная диагностика. Лечение

Выполнила:
Ординатор 1 года обучения
Боброва Вера Сергеевна

Проверила:
д.м.н., проф. Карачева
Юлия Викторовна

Красноярск, 2019г

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования « Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф В.И. Прохоренкова

Рецензия < проф., Д.М.Н. кафедры Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология < Бобровой Веры Сергеевны> по теме:
< Атопический дерматит. Дифференциальная диагностика. Лечение>

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология:

Оценочный критерий	Положительный/ Отрицательный
1. Структурированность	полож
2. Наличие орфографических ошибок	полож
3. Соответствие текста реферата по его теме	полож
4. Владение терминологией	полож
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	полож
6. Логичность доказательной базы	полож
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	полож
8. Круг использования известных научных источников	полож
9. Умение сделать общий вывод	полож

Итоговая оценка: положительная/ отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 14.04.18

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Уаф
Боброва

Содержание:

1. Определение
2. Дифференциальная диагностика
3. Лечение

Дифференциальная диагностика атопического дерматита:

Дифференциальную диагностику проводят с себорейным дерматитом, аллергическим и контактным дерматитом, чесоткой, монетовидной экземой, псориазом, проявлениями иммунодефицита и рядом наследственных заболеваний.

Себорейный дерматит. У детей первых месяцев жизни бывает трудно отличить атопический дерматит от себорейного дерматита, особенно при первых проявлениях заболевания. Высыпания при себорейном дерматите характеризуются гиперемией и шелушением в складках (носогубных, за ушами, шейных, подмышечных, пахово-бедренных) и на волосистой части головы, зуд редкий и слабый.

Аллергический дерматит возникает при повторном контакте с аллергеном, на который развилась сенсibilизация. Высыпания в виде эритемы, отечности, папул и везикул могут появляться не только в местах контакта с аллергеном, но и на отдаленных участках. При правильном лечении высыпания быстро разрешаются.

Отличается от атопического дерматита отсутствием типичной локализации, преимущественно экссудативными высыпаниями, но может быть и начальным проявлением атопического дерматита. Сомнения разрешаются в процессе наблюдения.

Контактный дерматит ограничивается высыпаниями в месте воздействия раздражающего фактора (высокой и низкой температуры, солнечного ожога, растворов щелочей, кислот и других веществ). Интенсивность эритемы, отечности, появление пузырей и эрозий зависят от силы воздействия.

Чесотка отличается вовлечением в воспалительный процесс ладоней и подошв, наличием крупных узелков в складках кожи (лимфоплазии), преимущественно ночным зудом, отсутствием эффекта от противозудных средств и топических глюкокортикостероидов, наличием заболевания у других членов семьи.

Для **монетовидной (нуммулярной) экземы** характерно начало заболевания в связи с нарушением целостности кожи (царапины, ссадины, ранки). При неправильном лечении вокруг них возникают папуловезикулы, пустулы, мокнутие, корочки, расположенные на эритематозном фоне. Высыпания занимают все большую поверхность кожи, сливаются в бляшки, асимметричны, чаще расположены на тыле кистей, предплечьях, плечах, голенях, бедрах, реже на туловище.

При **псориазе** очаги поражения в виде бляшек с четкими границами и серебристыми чешуйками на поверхности локализуются преимущественно на волосистой части головы, локтях, коленях, лице, области промежности, зуд небольшой или отсутствует. В начальной стадии высыпания могут долго существовать в виде единичного очага на лице или волосистой части головы.

Гистиоцитоз из клеток Лангерганса (гистиоцитоз X, болезнь Леттерера—Сиве) — накопление и (или) пролиферация в очагах поражения клеток с характеристиками эпидермальных гистиоцитов — клеток Лангерганса. Для кожных поражений характерны красновато-коричневые папулы, локализованные на коже головы, за ушами, в подмышечных и паховых складках. На поверхности папул могут быть пузырьки, изъязвления. Только в редких случаях на начальной стадии бывают изолированные поражения кожи, помимо них можно обнаружить язвочки в полости рта, тромбоцитопению, гепатоспленомегалию, поражение костной ткани, легких.

Гипер-IgE-синдром (синдром Джоба—Бакли). В первые 3 мес жизни появляются высыпания в виде мелких папул, пустул, везикул и эритемы на голове, лице, в крупных складках, позже — абсцессов на коже и волосистой части головы, рецидивирующих тяжелых стафилококковых инфекций ушей, носоглотки, легких, кандидоза кожи и слизистых оболочек. Характерны грубые черты лица. Уровень IgE в сыворотке превышает 2000 МЕ/мл.

Некоторые наследственные заболевания также требуют дифференциальной диагностики с атопическим дерматитом.

Обычный аутосомно-доминантный ихтиоз трудно диагностировать на ранних стадиях, в этом помогают семейный анамнез, раннее генерализованное шелушение кожи с отсутствием его в кожных складках, складчатостью ладоней и подошв (неотличимы от атопических ладоней), отсутствием воспалительных изменений и зуда (за исключением сочетания с атопическим дерматитом).

X-сцепленный синдром Вискотта-Олдрича — рецессивное, сцепленное с полом заболевание, поражающее только мальчиков. Помимо кожных изменений, напоминающих атопический дерматит, регистрируются тромбоцитопения и иммунодефицит. Высыпания располагаются на лице, ушных раковинах, в складках кожи. Кожные признаки тромбоцитопении — петехии, пурпура, носовые кровотечения и диарея с примесью крови.

Признаки иммунодефицита — частые простудные заболевания, воспаление среднего уха.

Синдром Нетертона представляет собой аутосомно-рецессивно наследуемое сочетание высыпаний, не отличающихся по клиническим проявлениям от

атопического дерматита и характерных для небуллезной врожденной ихтиозиформной эритродермии, но редко захватывающих весь кожный покров, часто периоральной эритемы, фотодерматита, аномалии строения стержня волоса по типу бамбуковидных волос (*trichorrhexis invaginata*), часто аминоаци- дурии, катаракты. Синдром существует с рождения.

Лечение:

Схемы лечения

При лечении больных атопическим дерматитом широкое применение нашел ступенчатый подход для выбора адекватной терапии [1]:

- каждая последующая степень лечения является дополнением предыдущей;
- в случае присоединения инфекции к лечению необходимо добавить антисептические / антибактериальные препараты;
- при неэффективности терапии необходимо исключить нарушение комплаентности и уточнить диагноз.

Тяжелая степень: SCORAD > 40 / упорное течение АД (непрерывное обострение)	Системная иммуносупрессивная терапия: системные ГКС (коротким циклом), циклоспорин
Среднетяжелая степень: SCORAD 15–40 / рецидивирующий АД	Седативные антигистаминные препараты, УФ терапия (УФВ, УФА1), коррекция психосоматического состояния, климатотерапия
Легкая степень: SCORAD < 15 / транзиторный АД	ГКС или топические блокаторы кальциневрина
Базисная терапия	Обучающие программы, эмолиенты, масла для ванн, элиминационная диета у пациентов, склонных к пищевой аллергии, устранение аллергенов (в случае их выявления при аллергологическом исследовании)

1. Наружная терапия.

Эффективность наружной терапии зависит от трех основных принципов: достаточная сила препарата, достаточная доза и правильное нанесение. Наружные лекарственные средства необходимо наносить на увлажненную кожу.

Наружные противовоспалительные препараты наносят непосредственно на очаги поражения кожи и прекращают применение в случае разрешения процесса. В последнее время рекомендуют метод проактивного лечения: длительное использование малых доз топических противовоспалительных препаратов на пораженные участки кожи в сочетании с применением эмолиентов на весь кожный покров и регулярное посещение дерматолога для оценки состояния кожного процесса [17].

Количество топического препарата для наружного применения измеряется согласно правила «длины кончика пальца» (FTU, FingerTipUnit), при этом одна 1 FTU соответствует столбику мази диаметром 5 мм и длиной, равной дистальной фаланге указательного пальца, что соответствует массе около 0,5 г. Этой дозы топического средства достаточно для нанесения на кожу двух ладоней взрослого человека, что составляет около 2% всей площади поверхности тела (таблица 1).

Таблица 1. Количество топического препарата для наружного применения в зависимости от возраста и области нанесения [18].

	FTUs/возраст				
	3–6 месяцев	1–2 года	3–5 лет	6–10 лет	Взрослые
Лицо, шея	1	1,5	1,5	2	2,5
Верхние конечности	1	1,5	2	2,5	4
Нижние конечности	1,5	2	3	4,5	8
Грудь, живот	1	2	3	3,5	7
Спина, ягодицы	1,5	3	3,5	5	7

В соответствии с клиническими проявлениями заболевания и локализацией очагов поражения могут использоваться следующие лекарственные формы: водные растворы, эмульсии, лосьоны, аэрозоли, пасты, кремы, мази. Экстемпоральные мази, пасты, примочки, имеющие в своём составе салициловую кислоту, вазелин, вазелиновое масло, метилурацил, ланолин, нафталан, ихтиол, дерматол, цинк, крахмал, висмут, тальк, борную кислоту, йод, масло оливковое, обладают комплексным противовоспалительным, кератолитическим, кератопластическим, дезинфицирующим, высушивающим действием.

1.1. Топические глюкокортикостероидные препараты

Топические глюкокортикостероидные препараты (тГКС) являются препаратами первого выбора для местной противовоспалительной терапии, обладают выраженным эффектом в отношении кожного процесса по сравнению с плацебо-эффектом (А), особенно при использовании их с

помощью влажно-высыхающих повязок (А). Проактивная терапия тГКС (использование 2 раза в неделю под контролем в течение длительного времени) помогает снизить вероятность обострения АД (А). тГКС могут быть рекомендованы в начальной стадии обострения АД для уменьшения зуда (А) [19–28].

Применение тГКС показано при выраженных воспалительных явлениях, значительном зуде и отсутствии эффекта от применения других средств наружной терапии. тГКС необходимо наносить только на пораженные участки кожного покрова, не затрагивая здоровую кожу.

тГКС классифицируют по составу действующих веществ (простые и комбинированные), а также по силе противовоспалительной активности (таблица 2).

Таблица 2. Классификация топических глюкокортикостероидов по степени активности, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Степень активности	Лекарственные препараты
Класс 1 (очень сильные)	Клобетазола пропионат 0,05% мазь, крем Бетаметазона дипропионат 0,05% мазь, крем
Класс 2 (сильные)	Мометазона фураат 0,1% мазь Триамцинолона ацетонид 0,5% мазь
Класс 3 (сильные)	Бетаметазона валерат 0,01% мазь Флутиказона пропионат 0,005% мазь Триамцинолона ацетонид 0,1% мазь Триамцинолона ацетонид 0,5% крем
Класс 4 (средней силы)	Флуоцинолона ацетонид 0,025% мазь Мометазона фураат 0,1% крем, лосьон Триамцинолона ацетонид 0,1% мазь Метилпреднизолона ацепонат 0,1% крем, мазь, мазь жирная, эмульсия
Класс 5 (средней силы)	Бетаметазона валерат 0,01% крем Гидрокортизона бутират 0,1% крем, мазь Флуоцинолона ацетонид 0,025% крем, линимент, гель Флутиказона пропионат 0,005% крем
Класс 6 (средней силы)	Алклометазона дипропионат 0.05% мазь, крем
Класс 7 (слабые)	Гидрокортизон, 0,5%, 1%, 2,5% мазь Преднизолон 0,5% мазь Флуметазон 0,02% крем, мазь

Общие рекомендации по применению топических глюкокортикостероидных препаратов:

- При назначении тГКС необходимо учитывать степень активности препарата и лекарственную форму.

- Не рекомендуется смешивать топические глюкокортикостероидные препараты с другими препаратами наружной терапии.
- Наружные глюкокортикостероидные препараты наносят на пораженные участки кожи от 1 до 3 раз в сутки, в зависимости от выбранного препарата и тяжести воспалительного процесса. При легком течении атопического дерматита достаточно небольшого количества тГКС 2–3 раза в неделю в сочетании с использованием эмолиентов.
- Необходимо избегать использования тГКС высокой активности на кожу лица, область гениталий и интертригинозные участки. Для этих областей обычно рекомендуются тГКС с минимальным атрофогенным эффектом (мометазона фураат, метилпреднизолона ацепонат, гидрокортизона-17-бутират).
- Во избежание резкого обострения заболевания дозу тГКС следует снижать постепенно. Это возможно путем перехода к тГКС меньшей степени активности с сохранением ежедневного использования или путем продолжения использования сильного тГКС, но со снижением частоты аппликаций (интермиттирующий режим).
- Зуд можно рассматривать в качестве ключевого симптома при оценке эффективности проводимой терапии, поэтому не следует снижать дозу тГКС до исчезновения зуда у пациентов с атопическим дерматитом.

Противопоказания/ограничения к применению топических глюкокортикостероидных препаратов:

- бактериальные, грибковые, вирусные инфекции кожи;
- розацеа, периоральный дерматит, акне;
- местные реакции на вакцинацию;
- гиперчувствительность;
- значительные трофические изменения кожи.

Побочные эффекты при применении топических глюкокортикостероидных препаратов.

Побочные эффекты возникают в случаях неконтролируемого длительного применения глюкокортикостероидных препаратов без учета локализации очагов поражения и проявляются в виде локальных изменений (атрофии кожи, стрии, стероидных акне, гирсутизм, инфекционных осложнений, периорального дерматита, розацеа, телеангиэктазий, нарушений пигментации), а при нанесении на обширные участки кожи наблюдается системное действие в виде подавления функции оси «гипоталамус-гипофиз-надпочечники» в результате трансдермальной абсорбции препаратов.

Особые ситуации

Таблица 3. Глюкокортикостероидные препараты, рекомендуемые для лечения атопического дерматита у детей

Формы	Действующее вещество
Лосьон, крем, мазь	Гидрокортизон, флутиказона пропионат
Мазь	Мометазона фураат
Эмульсия, крем, мазь, жирная мазь	Гидрокортизона бутират, флутиказона пропионат

1.2. Ингибиторы кальциневрина для наружного применения

Общие рекомендации по применению топических ингибиторов кальциневрина:

- Такролимус применяется в виде мази 0,03% и 0,1% у взрослых лиц и мази 0,03% у детей в возрасте от 2 лет и старше.
- Препараты блокаторов кальциневрина наносят тонким слоем на пораженную поверхность 2 раза в сутки.
- По мере улучшения состояния кожи можно уменьшить частоту нанесения мази 0,1% или использовать мазь 0,03%. В случае повторного возникновения симптомов заболевания следует возобновить лечение такролимусом в виде мази 0,1% 2 раза в сутки.
- Такролимус можно использовать для поддерживающей терапии атопического дерматита (средней степени тяжести и тяжелых форм) 2 раза в неделю (например, в понедельник и четверг), с нанесением на участки кожи, на которых наиболее часто возникают очаги поражения, у пациентов с частыми обострениями (свыше 4 эпизодов в год) с целью предупреждения новых обострений и продления периода ремиссии. Данная терапия показана только тем пациентам, у которых ранее лечение такролимусом привело к полному или почти полному разрешению кожного процесса при применении препарата по схеме 2 раза в день продолжительностью не более 6 недель. Данных по аналогичному использованию пимекролимуса нет.
- Через 12 месяцев поддерживающей терапии необходимо оценить динамику клинических проявлений и решить вопрос о целесообразности продолжения использования такролимуса.
- Лечение местными ингибиторами кальциневрина не вызывает атрофию кожи, поэтому может назначаться на участки, где длительное применение глюкокортикостероидных препаратов нежелательно (лицо, интертригинозные зоны).
- Не следует наносить препараты на слизистые оболочки и под окклюзионные повязки.

- Не рекомендуется назначать топические ингибиторы кальциневрина при бактериальной и/или вирусной инфекции.
- В период лечения ингибиторами кальциневрина следует избегать искусственного или избыточного естественного ультрафиолетового облучения кожи.
- Топические ингибиторы кальциневрина нельзя использовать у больных с врожденными или приобретенными иммунодефицитами или у пациентов, которые принимают иммуносупрессивные препараты.
- Несмотря на то, что клинический эффект топических ингибиторов кальциневрина развивается медленнее, чем при применении топических глюкокортикостероидов, препараты этих групп сопоставимы по противовоспалительному действию: эффективность такролимуса аналогична эффективности сильных топических глюкокортикостероидных препаратов, а пимекролимуса – эффективности топических глюкокортикостероидных препаратов слабой и средней силы.
- При сохранении выраженности симптомов заболевания в течение 6 недель применения препаратов необходима повторная консультация врача-дерматовенеролога для уточнения диагноза атопического дерматита.

Противопоказания/ограничения к применению топических ингибиторов кальциневрина:

- гиперчувствительность;
- детский возраст (для пимекролимуса – до 3 месяцев, для такролимуса – до 2 лет);
- острые вирусные, бактериальные и грибковые инфекции кожи;
- учитывая возможный риск повышения системной абсорбции препарата, ингибиторы кальциневрина не рекомендуется применять у больных с синдромом Нетертона или при атопической эритродермии;
- не рекомендуется нанесение на область введения вакцины до тех пор, пока полностью не исчезнут местные проявления поствакцинальной реакции.

Побочные реакции при применении топических ингибиторов кальциневрина.

Наиболее частыми побочными реакциями являются симптомы раздражения кожи (ощущение жжения и зуда, покраснение) в местах нанесения. Эти явления возникают в первые дни лечения через 5 минут после аппликации, длятся до 1 часа и, как правило, к концу первой недели существенно уменьшаются или исчезают.

У пациентов, применяющих топические ингибиторы кальциневрина, иногда (менее 1% случаев) отмечается ухудшение течения атопического дерматита, развитие вирусной (простой герпес, контагиозный моллюск, папилломы) или бактериальной инфекции (фолликулиты, фурункулы), а также местные реакции (боль, парестезии, шелушение, сухость).

Особые ситуации

Беременность и лактация

Данных по использованию местных ингибиторов кальциневрина при беременности лактации недостаточно. Пимекролимус с осторожностью применяют в эти периоды (полностью исключая нанесение на область молочных желез при грудном вскармливании). Такролимус на сегодняшний день не рекомендуется при беременности и лактации.

2. Фототерапия.

Для лечения атопического дерматита применяют несколько методов ультрафиолетовой терапии (А) [72–79]:

- узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия 311 нм (УФВ диапазон, длина волны 310–315 нм с максимумом эмиссии 311 нм);
- ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона (УФА-1 диапазон, длина волны 340—400 нм);
- селективная фототерапия (широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (диапазон УФВ с длиной волны 280–320 нм).

Средние дозы УФА-1 терапии по эффективности не уступают узкополосной УФВ (А). Высокие дозы УФА1 предпочтительно использовать в период обострения АтД (А) [72–79].

Фототерапия проводится как в стационарных, так и в амбулаторных условиях в виде монотерапии или в комплексе с медикаментозным лечением.

Все указанные методы ультрафиолетовой терапии могут назначаться взрослым; детям в возрасте старше 7 лет возможно назначение узкополосной фототерапии.

3. Системная терапия

3.1. Циклоспорин

Циклоспорин назначается при тяжелом течении АтД у взрослых (А) [16, 80–83].

Длительная поддерживающая терапия циклоспорином позволяет пациентам поддерживать состояние ремиссии. После прекращения приема препарата возможно обострение заболевания в течение следующих 8 недель, но выраженность клинических симптомов заболевания обычно не достигает той степени, которая отмечалась до начала терапии.

3.2. Системные глюкокортикостероидные препараты

Системные глюкокортикостероидные препараты используют в терапии больных атопическим дерматитом только для купирования обострений при тяжелом течении заболевания у взрослых лиц и крайне редко – у детей. Такая тактика назначения связана, в первую очередь, с возможностью развития обострения заболевания после отмены препарата. Также при длительном приеме системных глюкокортикостероидных препаратов повышается вероятность развития побочных эффектов.

3.3. Антигистаминные препараты

Таблица 5. Дозы и схемы применения препаратов блокаторов H1-гистаминовых рецепторов у взрослых

Международное непатентованное наименование	Пероральное применение	Парентеральное применение	Длительность применения
Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов 1-го поколения			
Клемастин	1 мг 2 раза в сутки	внутримышечно 2мг 2 раза в сутки	7–10 дней
Хлоропирамин	25 мг 1–2 раза в сутки	внутримышечно 20–40 мг 1–3 раза в сутки	7–10 дней
Хифенадин	25 мг 1–2 раза в сутки	–	7–20 дней
Сехифенадин	50–100 мг 1–2 раза в сутки	–	5–15 дней
Ципрогептадин	4 мг 3 раза в сутки	–	7–10 дней
Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения			
Акривастин	8 мг 3 раза в сутки	–	1–18 недель
Терфенадин	60 мг 2 раза или 120 мг 1 раз в сутки	–	1–18 недель
Лоратадин	10 мг 1 раз в сутки	–	1–18 недель
Цетиризин	10 мг 1 раз в сутки	–	1–18 недель

Левосетиризин	5 мг 1 раз в сутки	-	1–18 недель
---------------	--------------------	---	-------------

Таблица 6. Дозы и схемы применения препаратов блокаторов H1-гистаминовых рецепторов у детей

Международное непатентованное наименование	Пероральное применение	Парентеральное применение	Длительность применения
Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов 1-го поколения			
Мебгидролин	В возрасте до 2 лет – 50–100 мг в сутки, от 2 до 5 лет – 50–150 мг в сутки, от 5 до 10 лет – 100–200 мг в сутки, старше 10 лет – 100–300 мг в сутки	-	7–10 дней
Клемастин	В возрасте от 1 года до 3 лет – 2–2,5 мл (200–250 мкг) 2 раза в сутки, от 3 до 6 лет – 5 мл (500 мкг) 2 раза в сутки, от 6 до 12 лет 5–10 мл (500 мкг–1 мг) 2 раза в сутки, детям старше 12 лет и 1 мг 2–3 раза в сутки	25 мг на кг массы тела в сутки	7–10 дней
Хлоропирамин	В возрасте от 1 месяца до 1 года – 6,25 мг (1/4 таблетки) 2–3 раза в сутки, от 1 года до 6 лет – 8,3 мг (1/3 таблетки) 2–3 раза в сутки, от 6 до 14 лет – 12,5 мг (1/2 таблетки) 2–3 раза в сутки, старше 14 лет – 25 мг 1–2 раза в сутки	в возрасте от 1 месяца до 1 года – 5 мг (0,25 мл раствора), от 1 года до 6 лет – 10 мг (0,5 мл раствора), от 6 до 14 лет 10–20 мг (0,5–1 мл раствора), старше 14 лет 20–40 мг 1 раз в сутки.	7–10 дней
Хифенадин	В возрасте до 3 лет – 5 мг в сутки, с 3 до 7 лет – 10–15 мг 2–3 раза в сутки,	-	7–10 дней

	старше 7 лет – 25–50 мг 2–3 раза в сутки		
Ципрогептадин	В возрасте от 6 месяцев до 2 лет (с осторожностью только в особых случаях) – до 0,4 мг на кг массы тела в сутки, от 2 до 6 лет – 6 мг в сутки, от 6 до 14 лет – 12 мг в сутки.		7–10 дней
Диметинден	В возрасте от 1 месяца до 1 года – 5–10 капель 2–3 раза в сутки, от 1 до 3 лет – 10–15 капель 2–3 раза в сутки, от 3 до 10 лет – 15–20 капель 2–3 раза в сутки, старше 10 лет – 20 капель 3 раза в сутки.		7–10 дней
Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения			
Активастин	В возрасте старше 12 лет – 8 мг 3 раза в сутки.		1–18 недель
Терфенадин	В возрасте от 3 до 5 лет – 15 мг 2 раза в сутки, от 6 до 12 лет – 30 мг 2 раза в сутки, старше 12 лет – 60 мг 2 раза или 120 мг 1 раз в сутки		1–18 недель
Лоратадин	В возрасте от 2 до 12 лет – 5 мг (1/2 таблетки или 1 чайная ложка сиропа) 1 раз в сутки, старше 12 лет или при массе тела более 30 кг – 10 мг 1 раз в сутки		1–18 недель

Цетиризин	В возрасте 6–12 месяцев – 2,5 мг 1 раз в сутки, от 1 до 2 лет – 2,5 мг 2 раза в сутки, от 2 до 6 лет – 5 мг 1 раз в сутки или 2,5 мг 2 раза в сутки (в зависимости от тяжести состояния или ответной реакции), старше 6 лет – 10 мг 1 раз в сутки или 5 мг 2 раза в сутки		1–18 недель
-----------	--	--	-------------

4. Базисная терапия

Базисная терапия включает в себя регулярное использование смягчающих и увлажняющих средств, устранение (по возможности) действия провоцирующих факторов.

4.1. Обучающие программы

Являются высокоэффективными и проводятся во многих странах в рамках «Школ для пациентов с атопическим дерматитом» (А).

4.2. Смягчающие/увлажняющие средства (С)

Эмолиенты существуют в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн. Конкретный препарат и его лекарственная форма подбираются индивидуально на основании предпочтений пациента, индивидуальных особенностей кожи, сезона, климатических условий, а также времени суток.

Таблица 7. Рекомендуемое количество эмолиентов для использования 2 раза в день в течение недели у взрослых [6]

	крем/мазь(g)	лосьон (ml)
Лицо	15–30	100
Кисти	25–30	200
Волосистая часть головы	50–100	200
Верхние/нижние конечности	100–200	200
Туловище	400	500
Паховая область и гениталии	15–25	100

Лечение атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией

Системная антибактериальная терапия назначается при распространенном вторичном инфицировании очагов поражения при АД (В) [84–86].

Антибактериальные препараты для наружного применения

Антибактериальные препараты для наружного применения используются для лечения локализованных форм вторичной инфекции.

Топические комбинированные препараты, содержащие глюкокортикостероидные средства в сочетании с антибактериальными, антисептическими, противогрибковыми препаратами, могут использоваться короткими курсами (обычно в течение 1 недели) при наличии признаков вторичного инфицирования кожи.

Антимикробные препараты для наружного применения наносятся на пораженные участки кожи 1–4 раза в сутки продолжительностью до 2 недель с учетом клинических проявлений.

С целью предупреждения и устранения вторичного инфицирования на местах экскориаций и трещин, особенно у детей, применяют анилиновые красители: фукорцин, 1–2% водный раствор метиленового синего (метилтиониния хлорид). Кратность применения 1–2 раза в сутки в течение 5–10 дней.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов
2. Альбанова, В. И. Атопический дерматит. Учебное пособие / В.И. Альбанова, А.Н. Пампура. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с.
3. Атопический дерматит. Школа для пациентов и их родственников / А.Н. Львов и др. - М.: Миклош, 2010. - 269 с.
4. Балаболкин, И. И. Атопический дерматит у детей / И.И. Балаболкин, В.Н. Гребенюк. - М.: Медицина, 1999. - 240 с.
5. Болотовский, Г. В. Атопический дерматит / Г.В. Болотовский, Т.В. Медведева. - М.: Омега, 2007. - 160 с.