

-
13. Рябов М. В., Странадко Е. Ф., Волкова Е. Н. // Лаз. мед., 2002. – Т. 6, №1. – С. 18-24.
 14. Странадко Е.Ф. // Фотодинамическая терапия: Материалы Всерос. симп., 3. – М., 1999. – С. 3-14.
 15. Странадко Е.Ф., Рябов М.В., Маркичев Н.А., Волкова Н.Н. // Фотодинамическая терапия: Матер. Всерос. симп., 3. – М., 1999. – С. 72-82.
 16. Сухова Т. Е. Особенности клиники и течения базалиомы в Московской области и разработка метода фотодинамической терапии базалиомы на основе отечественного фотосенсибилизатора Фотосенса / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 25 с.
 17. Шенталь В. В., Пустынский И. Н., Малаев С. Г. // Мед. помощь. – 2000. – № 4. – С. 6-10.
 18. Якубовская Р.И., Кармакова Т.А., Морозова Н.Б. // Рос. биотерапевт. журн. – 2004. – №2. – С. 60.
 19. Berman B. // Int. J. Dermatol. – 2001, Sep., № 40(9) – P. 573-576.
 20. Kelty C.-J., Brown N.-J., Reed M.-W., Ackroyd R. // Photochem. Photobiol. Sci. – 2002. – V. 1, № 3. – P. 158-168.
 21. Leman J.A., Morton C.A. // Expert. Opin. Biol. Ther. – 2002. – V. 2, № 1. – P. 45-53.
 22. Nguyen T.H., Ho D.Q. // Curr. Treat. Options Oncol, – 2002. – № 3 (3). – P. 193-203.
 23. Ochsner M. // J. Photochem. Photobiol. B. – 1997. –V. 39 – P. 1-18.
 24. Rie M.A., Pavel S. // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 2002, Oct. 12. – № 146 (41). – P. 1924-1929.
 25. Stockfleth E., Sterry W. // Recent Results Cancer Res. – 2002. – №. 160 – P. 259-268.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПИОДЕРМИЕЙ, У ДЕТЕЙ

***И.В. Хамаганова, А.Г. Шекрота, Г.Д. Никифорова, З.В. Макушина,
И.А. Трофимчук***

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

Детская инфекционная больница № 8, Москва

В настоящее время представлены многочисленные доказательства необходимости комплексной терапии atopического дерматита [1, 2, 3, 4]. Наибольшее влияние на течение развития осложнений оказывают токсигенные штаммы *Staphylococcus aureus*, у детей также дрожжеподобные грибы. Косвенно роль грибковой инфекции подтверждается уменьшением тяжести течения atopического дерматита после терапии антигрибковыми препаратами.

У детей необходимой составляющей лечения является диета [5, 6, 7]. В настоящее время в терапии алергодерматозов стали применять препараты, содержащие лактулозу. Так, правильный подбор дозы, от 3 до 10 мл в сутки в зависимости от возраста и степени тяжести дисбактериоза, обеспечивает проявление пребиотического действия препарата «Дюфалак». При недостаточности панкреатических ферментов применяется «Креон 10 000»: детям до одного года

на каждые 120 мл молочной смеси или грудного молока в качестве начальной дозы рекомендуется применять от 1/4 до 1/3 капсулы «Креон 10 000» (2500 – 3000 ЕД липазы), максимальная суточная доза составляет не более 10 000 ЕД липазы на 1 кг массы тела в сутки. После одного года назначается 1-2 капсулы препарата «Креон 10 000» на основной прием пищи, максимальная суточная доза составляет не более 15000-20000 ЕД липазы на 1 кг массы тела.

Необходимо включать в план лечения антигистаминные препараты. Например, оправдано применение цетиризина: детям в возрасте от одного года до 5 лет – по 5 мг (10 капель) 1 раз в сутки или по 5 капель утром и вечером; детям от 6 лет и старше препарат назначается по 10 мг (1 таблетка или 20 капель) 1 раз в сутки. Десенсибилизирующие средства (препараты кальция, тиосульфат натрия, сернокислая магнезия) в возрастных дозировках снижают клинические проявления аллергизации, обладают детоксицирующим, седативным действием.

Особого подхода требуют бактериальные осложнения атопического дерматита. При отсутствии эффекта от местной антибактериальной терапии, расположении очагов пиодермии на лице, шее, волосистой части головы показано применение антибиотиков внутрь. Выбор препарата представляет собой серьёзную задачу, так как у этих детей чаще, чем в общей популяции, отмечается сенситизация к антибактериальным средствам.

Выбор джозамицина при атопическом дерматите предопределен хорошей переносимостью препарата, высокой активностью в отношении грамположительных аэробных бактерий (стафилококков, стрептококков и т.п.). Препарат может использоваться начиная с 3-месячного возраста. При назначении грудным детям от 3 месяцев до одного года при массе тела от 5,5 до 10 кг суточная доза суспензии составляет 7,5- 15 мл; от одного года до 6 лет при массе тела от 10 до 21 кг суточная доза составляет 15-30 мл, от 6 до 14 лет, при массе тела свыше 21 кг суточная доза составляет 30-45 мл. Суточная доза назначается в 3 приёма. Хотя в целом детям до 14 лет рекомендуется применение джозамицина в виде суспензии, при атопическом дерматите в некоторых случаях возможно развитие аллергических реакций на компоненты суспензии. С учетом возрастных дозировок и лекарственной формы в виде таблеток, покрытых оболочкой, детям старше одного года препарат чаще назначается в виде таблеток. При назначении таблеток детям от одного года до 6 лет при массе тела от 10 до 21 кг суточная доза составляет 500 мг, от 6 до 14 лет, при массе тела свыше 21 кг, суточная доза составляет 500-1000 мг. Суточная доза назначается в 1-2 приёма. Вильпрафен не назначают недоношенным детям. Применение препарата у грудных детей требует контроля функции печени.

Наружная терапия атопического дерматита наряду с противовоспалительными должна включать антибактериальные и противомикоти-

ческие препараты. Этим требованиям отвечает пимафукорт – комбинированный препарат, содержащий натамицин, неомицин, гидрокортизон, отличающийся эффективностью и безопасностью. На очаги поражения без клинических признаков пиодермии с 6-месячного возраста целесообразно использовать 0,1% мазь «Локоид»: 1 г мази содержит гидрокортизона 17-бутирата 1 мг, в тубах по 30 г. Гидрокортизона 17-бутират оказывает противовоспалительное, противоотечное, противозудное действие, инфильтрацию, миграцию лейкоцитов и лимфоцитов в область воспаления.

Представленная схема лечения была применена у 123 детей в возрасте от 2 до 6 лет, страдавших атопическим дерматитом, осложненным пиодермией. Во всех случаях был достигнут выраженный терапевтический эффект. Побочных реакций и нежелательных явлений при проведении лечения отмечено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит: наружная терапия. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту // Под ред. Р.М. Хаитова, А.А. Кубановой. – Consilium medicum. – 2004. – Т. 6. – № 3. – С. 167-173.
2. Баранов А.А., Ревякина В.А., Короткий Н.Г. и др. Атопический дерматит: диагностика, лечение и профилактика. – М., 2004. – № 196. – С. 8.
3. Потеев Н.Н. // Клин. дерматол. и венерол. – 2003. – № 2. – С. 39-44.
4. Хамаганова И.В., Савина М.И., Симонова А.В. Микрофлора кожи и молекулярная характеристика иммунокомпетентных клеток у больных атопическим дерматитом / Матер. V междисциплин. симпози.: Новое в дерматовенерологии, андрологии, акушерстве и гинекологии: наука и практика. – 2002. – С. 45.
5. Шилина Н.М., Конь И.Я., Белицкая М.Ю. и др. // Вопр. дет. диетологии. – 2004. – Т. 2. – № 6; 2005. – Т. 3. – № 5 (on-line версия журнала). – С. 8-10.
6. Юхтина Н.В. // Вопр. соврем. педиатр. – 2003. – Т. 2. – № 1. – С. 74-76.
7. Host A., Halken S., Jacobsen A.E. et al. // *Pediatr. Allergy Immunol.* – 2002. – V. 15 (suppl. 13). – P. 23-28.

АРОМАТИЧЕСКИЕ РЕТИНОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ АТИПИЧНЫХ КЕРАТОАКОНТОМ

*А.Н. Хлебникова, Е.В. Бочкарёва, Ж.С. Кунцевич
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Ароматические ретиноиды этритинат (тигазон) и ацетритин (неотигазон) обладают химиотерапевтическим и химиопревентивным эффектом при доброкачественных и злокачественных опухолях кожи [1]. Они оказывают иммуномодулирующее действие (как на гуморальное, так и на клеточное звено иммунитета), тормозят безудержную пролиферацию эпителиальных клеток, способствуют предотвращению злокачественной трансформации эпидермиса [2].