

С. В. БАТЫРШИНА, Л. А. ХАЕРТДИНОВА

Казанская государственная медицинская академия

Концепция местной терапии больных атопическим дерматитом

Батыршина Светлана Васильевна

доктор медицинских наук, профессор,

заведующая кафедрой дерматовенерологии КГМА

420012, г.Казань, ул. Муштары, д. 11, тел./факс: (843) 238-69-16

В статье представлен концептуальный подход к лечению больных атопическим дерматитом. Определены современные принципы наружной терапии. Отмечен рейтинговый ряд топических средств, дана их краткая характеристика и обоснована этапность назначения. Указаны инновационные разработки, предусматривающие совместное или последовательное назначение топических противовоспалительных, увлажняющих и смягчающих средств, позволяющие осуществить качественную биоревитализацию кожи и создать инструмент управления данным заболеванием.

В статье приведен перечень документов, действующих в России и за рубежом, являющихся основанием для формирования диагностического и терапевтического маршрутов для пациентов, страдающих АД.

Ключевые слова: атопический дерматит, лечение.

S. V. BATYRSHINA, L. A. KHAERTDINOVA

The concept of local therapy at patients with atopic dermatitis

In article the conceptual approach to treatment of patients with atopic dermatitis is presented. Modern principles of external therapy are certain. A rating line topic means is noted, their brief characteristic is given and proved stages assignments. The innovative development providing joint or consecutive purpose topic anti-inflammatory, humidifying and softening means are specified, allowing to carry out qualitative biorevitalisation of skin and to create the tool of management of the given disease. In article is outlined the list of the documents operating in Russia and abroad, being by the basis for formation of diagnostic and therapeutic routes for the patients, suffering AD.

Keywords: atopic dermatitis, treatment.

Современные особенности течения атопического дерматита (АД) — раннее начало, неуклонный рост заболеваемости, упорное рецидивирующее течение, увеличение тяжелых резистентных к терапии форм заболевания, частое присоединение вторичной инфекции, а также снижение качества жизни пациентов, придают вопросам выбора рациональной терапии данного дерматоза особую актуальность [1, 2, 3, 4]. Сотрудничество специалистов различного профиля и, прежде всего, дерматовенерологов, педиатров, аллергологов и иммунологов привело к ощутимым результатам в создании программ и алгоритмов ведения пациентов, страдающих АД. Предлагаемые разработчиками варианты терапии достаточно разнообразны. На каждом этапе получения новых данных о патогенезе болезни или создании и использовании в практике новых системных и топических лекарственных средств появлялись и быстро реализовывались предложения по внедрению дополнительных фрагментов в комплексную терапию больных. При этом акценты в значимости и первенстве того или иного профиля специалистов постоянно перераспределяются. В связи с этим продолжает оставаться актуальной разработка лечебно-диагностического

маршрута пациентов, причем как стандартизация, так и индивидуализация.

В России взгляд на проблему атопического дерматита и ее решение, в том числе и вопросов терапии больных АД, изложен в ряде документов. Так, в 2000 г. Союзом педиатров России была создана Национальная программа «Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение, профилактика». В 2002 г. Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) разработан «Российский национальный документ по атопическому дерматиту». Далее, в 2003 г., переизданные в 2007 г. для практического здравоохранения, были предложены клинические рекомендации «Дерматовенерология» (РОДВ) по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, и заболеваний кожи, содержащие разделы, определяющие основной диагностический маршрут и базовые лекарственные препараты для больных АД. В 2004 г. Союзом педиатров России был сформирован Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России «Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра».

Необходимо отметить, что в настоящее время в России утверждены стандарты медицинской помощи больным АД с наличием разделов, определяющих модель пациента, а также объем, частоту предоставления и среднее количество диагностических и лечебных технологий в условиях оказания амбулаторно-поликлинической (приказ от 23.11.2004 г. № 268), стационарной (приказ от 30.05. 2006 г. № 432), а также санаторно-курортной помощи (приказ от 22.11.2004 г. №225). В соответствии с приказом №220 Минздравсоцразвития России от 29.03.2006 г. пациенты, страдающие атопическим дерматитом, могут получить и высокотехнологичную помощь, право на оказание которой в настоящее время предоставлено 9 федеральным научно-исследовательским институтам, центрам и больницам.

В 2006 г. Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии и Американской академией аллергии, астмы и иммунологии была создана рабочая группа (PRACTALL), которая разработала клинические рекомендации по ведению пациентов, страдающих АД, для использования в странах Европы и Северной Америки. В документе представлены наиболее рациональные подходы к созданию терапевтических программ для больных АД дерматовенерологами, педиатрами, аллергологами и клиническими иммунологами, позволяющие держать под контролем данное заболевание. С этой целью предложена ступенчатая тактика ведения больных АД с определением приоритетов назначения системной и/или наружной терапии в зависимости от возраста, факторов риска, иммунопатогенеза, результатов диагностики и вариантов клинической презентации данного дерматоза [5].

Алгоритм ведения больных АД строится на индивидуализации программ лечения и реабилитации с учетом остроты и характера кожного процесса, его локализации, длительности заболевания, возраста пациентов, предшествующего лечения и его эффективности.

Концептуальный подход к лечению больных атопическим дерматитом направлен на достижение следующих основных задач:

- борьба с зудом;
- проведение патогенетической терапии, направленной на снижение активности аллергического воспаления на коже;
- устранение сухости кожных покровов;
- предупреждение и минимизация частоты обострений с целью возможности «управления заболеванием».

Наряду с этим приоритетными задачами лечения пациентов, страдающих АД, являются проведение патогенетической терапии, предупреждение и минимизация частоты обострений, обеспечение длительного контроля над заболеванием с использованием современных технологий ведения пациентов.

Таким образом, ключевые позиции, определяющие структуру формирования протокола ведения больных атопическим дерматитом, включают:

- элиминацию причинно-значимых аллергенов с назначением диетотерапии и контролем неблагоприятных факторов окружающей среды;
- купирование обострения заболевания (симптоматическая терапия);
- контроль состояния аллергического воспаления (базисная и противорецидивная терапия);
- наружную терапию, направленную на биоревитализацию кожи;
- дифференцированную коррекцию сопутствующих изменений и нарушений: иммунологического статуса, центральной и вегетативной нервной системы (ЦНС и ВНС), органов пищеварительного тракта, обмена веществ; восстановление уровня витаминов и микроэлементов; санацию очагов хронической

инфекции. Реабилитационные мероприятия, включающие и санаторно-курортное лечение;

- немедикаментозные методы терапии, обладающие высокой эффективностью и хорошей переносимостью;
- образовательные программы для пациентов и их родителей.

Суммируя вышеперечисленное, следует отметить, что основные принципы ведения пациентов, страдающих АД, представляются основными четырьмя позициями:

Первую из них определяют как общие мероприятия. Их безупречное выполнение позволит свести к минимуму саму возможность возникновения обострения, рецидива заболевания или его интермиттирующего течения.

Вторая позиция представлена наружной терапией в варианте увлажнения и ожирения, она должна проводиться постоянно. Представляется в виде индивидуально составленных программ.

Третью позицию занимает системная терапия, которая проводится либо в варианте профилактической, позволяющей контролировать общесоматическое состояние пациентов, либо включается как минимальным, так и весьма активным своими компонентами при недостаточной эффективности проводимых до этого общих мероприятий и способов наружной терапии.

Четвертой немаловажной позицией определяют обязательное использование обучающих и общеобразовательных программ.

Одной из весьма существенных позиций терапевтической программы, создаваемых для больных АД, является наружная терапия. Данный раздел находится в полной компетенции врачей-дерматовенерологов, и лишь они вправе его формировать и контролировать.

Целью наружной терапии является устранение клинических признаков заболевания, обеспечение психологического комфорта ребенку и длительный контроль течения дерматоза [6, 7, 8, 9, 10]. Задачами наружной терапии являются:

- уменьшение и устранение субъективных ощущений, чаще всего регистрируемых в варианте зуда, боли, жжения, что достигается путем воздействия на сенсорные рецепторы кожи, их вызывающие;
- подавление каскада иммунопатологических процессов в очагах поражения кожи (высвобождения медиаторов воспаления и зуда, миграции, пролиферации и деструкции клеток), что позволит купировать проявления аллергии на коже;
- профилактика и лечение вторичной инфекции;
- улучшение микроциркуляции, морфологии и функции микрососудов кожи;
- восстановление метаболизма в очагах поражения;
- элиминация биологически активных веществ и деструктивных субстанций, восстановление поврежденного эпидермиса и улучшение его барьерной функции;
- защита кожного покрова от неблагоприятных влияний внешней среды и ежедневный уход за кожей в варианте ее очищения, увлажнения и смягчения.

Перед назначением средств наружной терапии необходимо:

- провести осмотр и оценку состояния кожи больного как в очагах поражения, так и вне их (сухость, тургор, цвет);
- оценить глубину патологического процесса, характер морфологических изменений, степень их выраженности, локализацию и площадь поражения кожи;
- выбрать фармакологическое средство с учетом механизма действия лекарственных субстанций, применяемых в моноформе или в композиции;

- выбрать индивидуально для каждого больного лекарственную форму в зависимости от характера клинико-морфологических изменений;
- определить методику применения наружного средства;
- при необходимости произвести подготовку (очищение) кожи перед началом проведения наружной терапии;
- проводить (при необходимости) фармакологическую пробу перед использованием наружного средства;
- соблюдать последовательность применения и проводить смену лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса (ступенчатый подход);
- учитывать индивидуальные топические и возрастные особенности кожи.

Рейтинговый ряд топических средств, назначаемых пациентам, страдающим АД, постоянно и способствующих увлажнению и ожирению или в периоды обострения, в качестве препаратов первой или второй линии, быстро ликвидирующих воспаление и позволяющих в дальнейшем держать его под контролем, представлен следующим образом:

- увлажняющие средства;
- топические кортикостероиды (ТГКС);
- топические иммуномодуляторы (TIMs);
- местные антигистаминные средства;
- классические дерматологические средства с разнонаправленным действием («традиционные» местные средства);
- местные антибактериальные, антимикотические, противовирусные средства;
- физиотерапевтические методы лечения.

Выбор средств наружной терапии осуществляется дифференцированно в зависимости от возраста ребенка, периода заболевания (острый, подострый, ремиссия), морфологической картины (экссудативная, эритематозно-сквамозная, лихеноидная, пруригинозная форма), фазы заболевания (острая или хроническая), степени тяжести (легкая, средне-тяжелая, тяжелая), наличия вторичной инфекции (вирусной, бактериальной, грибковой, микт-инфекции), а также с учетом фармакоэкономических аспектов.

Этапность назначения средств наружной терапии больных атопическим дерматитом, на наш взгляд, может быть представлена следующим образом:

Проведение длительной поддерживающей терапии, создание увлажнения, смягчение и питание кожи рассматриваются как важное направление в терапии пациентов, страдающих АД, рекомендуемое к регулярному проведению. Вследствие нарушения структуры липидов рогового слоя кожи у больных АД отмечается повышенная ее сухость, нередкое возникновение микро- и макротрещин, появление чувства стягивания кожи и зуда, а также снижение ее барьерной функции к экзогенным аллергенам и повышение чувствительности к раздражителям.

Известно, что роговой слой эпидермиса состоит из корнеоцитов, соединенных между собой посредством цементирующей субстанции, и липидов, представленных керамидами, незаменимыми жирными кислотами, холестерином, триглицеридами, скваленом. Функция керамидов состоит в задержании воды в экстрацеллюлярном пространстве рогового слоя кожи. У больных АД в пораженной и непораженной коже снижено содержание керамидов, что способствует нарушению экспрессии сфингомиелиндеацилазаподобных ферментов. Микроорганизмы, вегетирующие на коже, выделяют фермент керамидазу, вызывающий распад керамидов до сфинголизина и жирных кислот. Существенное

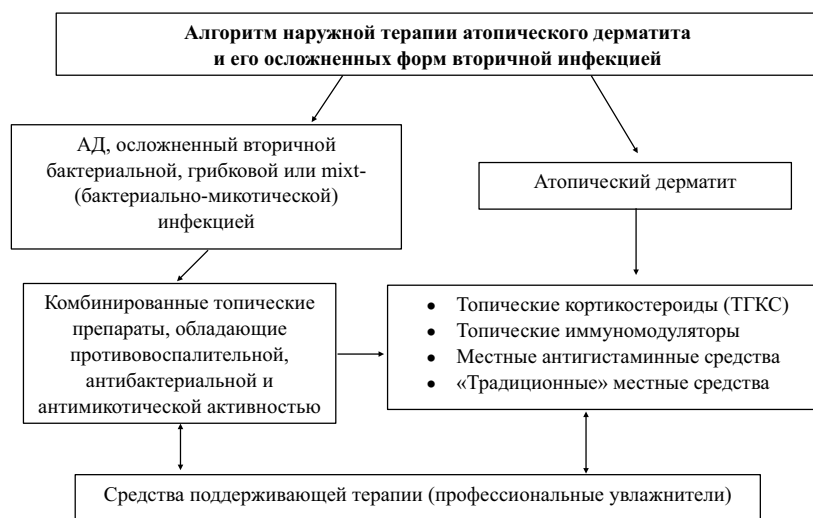


Рисунок 1

Этапность назначения средств наружной терапии больным атопическим дерматитом

значение в поддержании ксероза кожи имеет неполное превращение омега-6-жирных кислот (линоленовой, γ-линоленовой и дигомо-γ-линоленовой) в ПГЕ1. Нарушения в системе липиды–вода–корнеоцит приводят к чрезмерной трансэпидермальной потере воды и нарушению защитно-барьерных свойств кожи, которого не следует допускать. Таким образом, без адекватного увлажнения кожи достичь полноценной ее биоревитализации невозможно. При этом необходим тщательный уход за кожей, ее гидратация и регулярное использование увлажняющих кожу препаратов.

Программа уменьшения сухости кожи включает:

- обеспечение оптимальной влажности в помещении (не менее 50%);
- ежедневные водные процедуры с использованием очищенной или дехлорированной воды. Длительность водных процедур, из которых предпочтительнее душ, не должна превышать 15-20 минут. Рекомендуется использование высококачественных моющих средств с нейтральным pH (5,5). Благоприятное влияние — купание в прохладной морской воде (при отсутствии трещин).
- после душа, ванны или бассейна необходимо применять увлажняющие, смягчающие и средства дерматологической косметики, соблюдая при этом «правило 3-х минут»: после купания кожу промокнуть полотенцем (не вытирать насухо) и на влажную, еще не высохшую кожу, особенно на участки повышенной сухости, в течение 3 минут после водной процедуры нанести смягчающе-увлажняющее средство.

В настоящее время фармацевтические фирмы предлагают инновационные разработки, на основе которых формируются так называемые программы «Skinsense», которые предусматривают совместное или последовательное назначение топических противовоспалительных, увлажняющих и смягчающих средств.

Основные принципы увлажнения средствами (лекарственными и профессиональной косметики), представленными эмолиентами, эмолиентами, эмолиантами (Emollient), увлажнителями (Moisturizer), увлажнителями (Lubricant) и гомектантами (Humectant) состоят в способности создания ими соединений, формирующих защитную пленку (полупроницаемую мембрану); она ограничивает трансэпидермальную потерю воды, или они способны, встраиваясь в липидный матрикс рогового слоя, удерживать влагу внутри и предотвратить испарение воды с поверхности кожи (гидрофобное увлажнение), или же она свя-

зывается и удерживается у поверхности кожи или проникает в структуру рогового барьера, увлажняя ее изнутри (гидрофильное увлажнение). Гидрофобное увлажнение оказывается более предпочтительным в связи с тем, что роговой барьер более проницаем для гидрофобных соединений.

Среди широкой гаммы современных средств поддерживающей терапии особый интерес вызывают средства, представляющие профессиональный подход к увлажнению и восстановлению кожи больных дерматозами. Они созданы в нескольких вариантах:

- серия «Локобейз» представлена на российском рынке двумя увлажняющими средствами: «Локобейз Рипеа» и «Локобейз Липокрем»;

- серия средств «DARDIA» представлена в виде трех мазевых форм: липо-крем, липо-молочко и липо-бальзам;

- топикрем — ультрагидратирующая эмульсия, топикрем — специфик визаж, увлажняющий и защитный крем для лица, топикрем — увлажняющая эмульсия с блесками, топикрем — увлажняющий крем для рук, бодижель — очищающий гель без мыла, бодижель — очищающий дермо-протектор с биоэкологией и для специфического ухода, топик 10 — смягчающий крем для тела, третман PV-гель-мусс для тела и волос, предлагаемые Laboratoires Nygu — Charlieu.

Лаборатория Эволюционной Дерматологии LED представляет лечебно-косметическую линию «Эписофта А» в варианте крема.

Натуральный комплекс «Акважениум»

Кроме того, дерматовенерологами широко используются: линия «А-Дерма» (дерматологических лабораторий Дюкрэ), использующая экстракт молочка овса Реальба, программа для атопичной кожи (Авен) на основе термальной воды («Дермалибур», «Сикальфат»), La Roche-Posay («Липикар», «Гидранорм», «Цералип»), Vichy («Липидиоз 1,2», «Нутриложи 1,2»), Avene («Трикзера»), Uriage (Cu-Zn-крем, спрей), косметическая линия из серии Mustela Stell Atopia («Mustela очищающий крем», «Mustela масло», «Mustela крем-эмульсия»), линия из серии «Гидрабио» (H₂O мицелловый раствор, Очищающее молочко, Увлажняющий раствор, Лежер крем, Риш крем, крем Бон Мин, Увлажняющая восстанавливающая маска).

Современные профессиональные космецевтики дают возможность больным атопическим дерматитом и/или их родителям самостоятельно эффективно контролировать состояние кожного процесса в межрецидивный период и пролонгировать его.

Традиционно для наружной терапии применяются такие лекарственные формы, как примочки, взбалтываемые смеси, пасты, кремы, мази, компрессы с учетом соответствующих стадий АД и переносимости их пациентами, благодаря своим физическим свойствам могут содержать антисептические, противовоспалительные, противомикробные и вяжущие средства (борная кислота, дерматол, алюминия ацетат в варианте жидкости Бурова, вода свинцовая или свинцовая примочка, настой ромашки, чая, анилиновые красители: фукоцин, фукасеппол; раствор перекиси водорода 3%; паста и мазь 5% АСД; цинка оксид: взвесь циндол, мазь цинковая, паста цинковая; галогенсодержащие соединения: раствор хлоргексидина 0,1%, крем бепантен и мазь 5% бепантен; раствор мирамистина; 5% мазь диоксида; мазь фурациллиновая 0,2%; сульфатизол серебра: крем аргосульфат, мазь дермазин, мазь сульфаргин; висмутсодержащие мази: дерматоловая 10% и ксероформная 10%), кератопластические средства (осажденная сера, нафталан, линимент нафталанской нефти 10%, метилурацил), редуцирующие (раствор берестин, деготь березовый, мазь ихтиоловая 10 и 20 %), зудоуспокаивающие (ментол и т. д.). Заживлению, улучшению трофики и регенерации тканей способствуют:

- ретинола пальмитат (мази видестим, радевит, редецил); метилурацил (мази метилурациловая 10%, стизамет, редецил);
- дексапантенол (аэрозоль пантенол, крем и мазь бепантен 5%, крем бепантен плюс);
- гемодериваты телячьей крови (гель, крем и мазь актовегин, гель и мазь солкосерил), цинка гиалуронат (гель куриозин);
- крем витамина Ф-99.

При наличии глубоких трещин показана самоклеящаяся гидроколлоидная пленка Varihesive, которую следует менять ежедневно или через день и которую целесообразнее всего накладывать на предварительно нанесенный топический глюкокортикостероидный препарат. Через 2-3 дня лечение продолжают только гидроколлоидными пленками.

Среди местных антигистаминных препаратов хорошо зарекомендовал себя преимущественно в детской практике, фенистил-гель (диметиндена малеат), блокатор H₁-гистаминовых рецепторов. В большинстве случаев рекомендуется к назначению при наличии причин для отказа от использования топических глюкокортикостероидов (ТГКС).

Разработка топических ингибиторов кальциневрина началась после того, как был отмечен положительный эффект системного препарата циклоспорина А, высокоактивного ингибитора Т-клеток при лечении экзематизированных дерматитов и псориаза. Другой высокоактивный иммуносупрессант — такролимус («протопик» — 0,03% для детей 2 лет и старше и 0,1% для взрослых), используемый для предотвращения отторжения трансплантата, показал свою активность и при наружном применении в лечении АД. Протопик за рубежом разрешен к использованию с 4-летнего возраста, в нашей стране в настоящее время проводятся его клинические испытания, препарат находится на этапе регистрации. Специально для лечения воспалительных заболеваний кожи разработан клеточно-селективный ингибитор синтеза и высвобождения воспалительных цитокинов — пимекролимус, производное аскомицина, полученный в результате перспективного скрининга сотен химических соединений. Пимекролимус является активным компонентом 1% крема «Элидел». На территории РФ «Элидел» разрешен к применению с 6-месячного возраста, в странах Европы и в США он рекомендуется к применению с 2-х летнего возраста. Пимекролимус, избирательно воздействуя на Т-клетки, связывается с цитозольным рецептором — белком макрофилином-12 — и ингибирует кальциневрин-фосфатазу, необходимую для транслокации нуклеарного фактора активированных Т-лимфоцитов (NF-AT) в ядро. Это предотвращает образование и высвобождение из активированных Т-лимфоцитов воспалительных цитокинов IL-2, IL-3, IL-4, IL-8, IL-10, g-INF, TNF-α и пролиферацию Т-лимфоцитов в ответ на антигенную стимуляцию Т-клеточных рецепторов. Кроме того, он также препятствует высвобождению из активированных тучных клеток таких медиаторов воспаления, как гистамин, триптаза, TNF-α и др. Таким образом, пимекролимус селективно угнетает продукцию воспалительных цитокинов, играющих ключевую роль в патогенезе АД и вызывающих покраснение и зуд кожи, типичные для данного заболевания.

Наиболее выраженный клинический эффект оказывают препараты, содержащие топические глюкокортикостероиды (ТГКС), благодаря значительной противовоспалительной, противоаллергической, противозудной активности. Важно, что ТГКС действуют как на раннюю, так и на позднюю фазы аллергического воспаления.

Из ведущих механизмов действия

ТГКС следует указать на:

- повышение связывания гистамина и серотонина в очагах

воспаления, активизация гистаминазы, что приводит к снижению зуда и процессов экссудации;

- снижение чувствительности нервных окончаний к гистамину;
- ингибирующее влияние на процессы местной иммунной защиты;
- блокаду фосфолипазы A2 и как следствие — снижение синтеза лейкотриенов (противовоспалительный эффект);
- торможение синтеза нуклеиновых кислот, прежде всего ДНК;
- задержку эпидермального митоза и лизосомальную стабилизацию;
- снижение активности гиалуронидазы, что приводит к уменьшению проницаемости сосудистой стенки, нормализации тонуса капилляров и исчезновению воспалительного отека;
- уменьшение количества растворимого и нерастворимого коллагена и мукополисахаридных фракций с воздействием на кератиноциты и фибробласты;
- выраженный ангиоспазм.

ТГКС классифицируют по составу действующих веществ, по содержанию или отсутствию фтора, по силе противовоспалительной активности, которая значимо варьирует — от очень высокой (класс IV) до низкой (класс I). В настоящее время кортикостероидные препараты представлены широкой гаммой наружных форм — кремы, мази, лосьоны, липо-кремы, аэрозоли.

Необходимо отметить, что до настоящего времени показания к использованию ТГКС при АД не стандартизованы. С целью оптимизации тактики наружной стероидной терапии и минимизации нежелательных побочных эффектов целесообразно:

- использовать ТГКС только для лечения, а не для профилактики;
- назначать при отсутствии эффекта от индифферентной терапии;
- использовать препараты с высокой эффективностью и максимальной безопасностью, желателен с пролонгированным действием;
- длительность применения не более 14-21 дней;
- при неэффективности — определить причину (исключить вторичные инфекции кожи);
- использовать разработанные технологии применения: тандем-терапия, ступенчатая терапия, штриховой метод, метод нисходящей терапии.

Среди ТГКС, используемых в терапии АД, ведущие позиции занимают:

- «Локоид» (производное гидрокортизона — гидрокортизона 17-бутират)
- «Адвантан» (метилпреднизолон ацепонат)
- «Афлодерм» (алклометазон дипропионат)
- «Элоком» (мометазон фураат).

С учетом биоритма продукции кортизола в организме и ритма эпидермальной пролиферации рекомендуется для усиления действия кортикостероидных кремов применять их в утренние часы, а для уменьшения антипролиферативного действия — вечером.

Следует отметить, что после появления на фармацевтическом рынке топических ингибиторов кальциневрина подход к наружной терапии больных АД изменился. Рассматривают четыре режима применения топических препаратов: высокоактивные ТГКС, ТГКС низкой активности, топические ингибиторы кальциневрина, комбинацию из ТГКС и топический ингибитор кальциневрина. При достижении клинического эффекта терапию продолжают одним из препаратов, формирующих вышеуказанные режимы.

Препараты для наружной терапии атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией, должны отвечать следующим требованиям: оказывать противовоспалительный эффект и обладать антибактериальным и противогрибковым действием [11, 12, 13].

Наружная терапия осложненных форм АД проводится в два этапа:

I этап включает в себя санацию вторичной инфекции и противовоспалительную терапию.

II этап — длительное поддерживающее лечение, включающее в себя лечебно-косметический уход за кожей.

В настоящее время оптимальными средствами для купирования инфекционных осложнений при АД являются комбинированные препараты: пимафукорт, травокорт, тридерм, акридерм ГК, скин-кап и др. Наружное лечение больных атопическим дерматитом, осложненным вторичной инфекцией, должно проводиться до полного исчезновения даже самых минимальных симптомов болезни, так как любой очаг кожного воспаления является основой рецидива.

В заключение следует отметить, что наружная терапия была и остается прерогативой врачей-дерматовенерологов. В создании концептуального подхода к наружной терапии больных АД, на наш взгляд, должны быть использованы принципы непрерывности ее проведения, адекватности подбора препаратов, этапности, иерархии, комбинированности, вариации малых и средних доз, а также сезонности назначения, что позволит осуществить качественную биоревитализацию кожи и создать инструмент управления данным заболеванием.

ЛИТЕРАТУРА

- Короткого Н.Г. Атопический дерматит у детей: рук-во для врачей. Тверь: ООО изд-во «Триада», 2003. с. 238
- Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина, 1999. с. 240
- Мачарадзе Д.Ш. Тяжелое упорное течение атопического дерматита: особенности лечения у детей. Лечащий врач 2005; 9: 74-78.
- Торопова Н.П., Синявская О.А. Экзема и нейродермит у детей. Свердловск, 1993. с. 447
- Кочергин Н.Г. Атопический дерматит: современные аспекты патогенеза и терапии. Русский медицинский журнал 2004; т. 12: 18 1076-1083.
- Сергеева Ю.В. Атопический дерматит: новые подходы к профилактике и наружной терапии: рекомендации для врачей. М.: Медицина для всех, 2005. с. 64
- Балаболкина И.И. Лечение аллергических болезней у детей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. с. 352
- Лусс Л.В. Атопический дерматит: современная концепция локальной терапии. Педиатрия 2002; 4:73-77.
- Ревакина В.А. Иммунологические основы развития атопического дерматита и новая стратегия терапии. Consilium medicum 2004; т.6: 3: 176-180.
- Феденко Е.С. Атопический дерматит: обоснование поэтапного подхода к терапии. Consilium medicum 2002; т.3: 4: 176-182.
- Маланичева Т.Г., Глушко Н.И., Саломыков Д.В. Диагностика и лечение атопического дерматита у детей, осложненного микотической инфекцией. Российский аллергологический журнал 2004; 2: 90-93.
- Смирнова Г.И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей. М., 2006. с.132
- Хаертдинова Л.А. Медико-социальные аспекты атопического дерматита у детей, осложненного вторичной инфекцией: автореф. дис. ...канд. мед. наук. Казань, 2006.