

Е.Н. Охотникова¹, д.м.н., профессор, зав. кафедрой педиатрии № 1,
Т.И. Гавриленко², д.биол.н., профессор,
Ю.И. Гладуш³, к.м.н., генеральный директор,
Т.П. Иванова³, **Н.Ю. Яковлева**¹, **Р.В. Мостовенко**³,
Д.Б. Цецерошенко¹

¹ Национальная медицинская академия
 последиplomного образования им. П.Л. Шупика,

² ГУ «Институт кардиологии им. Д.Д. Стражеско»,

³ Национальная детская клиническая больница
 «ОХМАТДЕТ», г. Киев



Д.м.н., профессор
 Е.Н. Охотникова

Эффективность и безопасность современной наружной противовоспалительной терапии атопического дерматита у детей

Атопический дерматит (АД) – хроническое заболевание кожи, развивающееся у лиц с наследственной склонностью к атопии, характеризующееся рецидивирующим течением, стадийностью и определенной локализацией очагов поражения различной интенсивности и возникающее чаще в раннем детском возрасте, проявляющееся зудом, эритемой, инфильтрацией, мокнутием, лихенификацией и сухостью кожи [1, 6].

АД является наиболее ранней и частой клинической формой аллергии у детей. По данным эпидемиологических исследований, заболеваемость колеблется от 6 до 25 случаев на 1 000 населения [16]. По результатам исследований, проведенных в начале 1960-х годов, распространенность АД составляла не более 3% [14]. В настоящее время частота встречаемости АД в детской популяции США достигла 17,2%, в Европе – 15,6%, Японии – 24%, России – от 5,2 до 15% [22], Украине – 7,61%.

АД характеризуется ранним началом, полиморфизмом клинической картины, сложным патогенезом и разнообразными причинами его возникновения [10]. Наибольшая частота развития заболевания отмечается у детей раннего возраста:

у 45% детей первый эпизод АД регистрируется в первые 6 мес, 69% – в течение первого года жизни, 85% – до 5-летнего возраста. Наряду с увеличением числа детей с АД и тенденцией к раннему началу заболевания характерно быстрое развитие хронических форм заболевания, увеличение числа больных сочетанными формами кожной и респираторной аллергии в виде так называемого дермо-респираторного синдрома.

Крайне важно то, что АД нередко является одной из первых клинических манифестаций аллергического марша у детей [7]. Пусковым фактором развития АД в большинстве случаев является пищевая аллергия, которая способна вызывать не только обострение, но и поддерживать тяжелое течение заболевания [6, 7, 10].

Патогенетическую основу АД составляет хроническое воспаление кожи, что требует эффективного воздействия на все ведущие звенья воспалительного процесса в коже. Ведущим направлением в лечении АД является наружная противовоспалительная терапия. При ее проведении учитывается характер, распространенность и локализация воспалительного очага, стадия воспалительного процесса, данные об эффективности и переносимости ранее

используемых средств. Признанным стандартом терапии АД, что отражено в отечественных рекомендательных документах по оказанию медицинской помощи детям, страдающим АД [8, 14], являются топические глюкокортикостероиды (ТГКС).

Механизм действия ТГКС определяется их многообразным влиянием на развитие воспаления в коже. Важнейшими эффектами ГКС являются противовоспалительный, иммуносупрессивный, антимитотический и сосудосуживающий. **Многогранное действие ТГКС проявляется в [11]:**

- увеличении связывания гистамина и серотонина в коже и уменьшении чувствительности нервных окончаний к нейропептидам и гистамину;
- угнетении синтеза интерлейкинов (ИЛ)-1, -2, -3, -4, -5, -6, -9, -11, -12 и -13, интерферона- γ , а также других цитокинов, мукополисахаридов и нуклеиновых кислот;
- снижении активности фосфолипазы А2 и образования эйкозаноидов;
- уменьшении экспрессии молекул клеточной адгезии и чувствительности эндотелия к медиаторам аллергии;
- торможении миграции эозинофилов и пролиферации Т-лимфоцитов;
- снижении проницаемости сосудов и нормализации микроциркуляции;
- уменьшении образования свободных кислородных радикалов.

Таким образом, ТГКС воздействуют на раннюю и позднюю фазы аллергической реакции и обладают мощным противовоспалительным и мембраностабилизирующим эффектами.

Принципы использования ТГКС в детской практике [2]:

- применение на ограниченных участках кожи (не более 20% поверхности тела);
- нанесение ТГКС с учетом суточных биоритмов, в частности ГКС-функции коры надпочечников;
- использование ТГКС пролонгированного действия, что позволяет применять препарат 1 раз в сутки;
- исключение применения фторированных ТГКС;
- использование ТГКС с низкой или умеренной активностью;
- индивидуальный подход с учетом возраста, клинических проявлений АД, обширности поражения и эффективности предшествующего лечения.

Критериями для назначения ТГКС при АД являются обострение заболевания любой степени тяжести и наличие зуда и высыпаний на коже, характерных для фазы обострения. Важным аргументом в пользу применения препаратов данной группы является также неблагоприятное влияние дерматоза на качество жизни, психоэмоциональное состояние и сон ребенка.

В настоящее время в арсенале врача имеется широкий спектр ТГКС для лечения АД у детей. Выбор оптимального топического препарата в детском возрасте определяется прежде всего соотношением польза/риск, отражающим клиническую эффективность и безопасность терапии, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями кожи детей. Так, у детей эпидермис тонкий; клеточные структуры

доминируют над волокнами; сосочковый слой дермы сглажен, а многочисленные кровеносные сосуды кожи выстланы лишь одним рядом эндотелиальных клеток и характеризуются повышенной проницаемостью, при этом регуляция их деятельности несовершенна [8, 9]. Перечисленные выше особенности строения и функции кожи у детей способствуют быстрому всасыванию местно применяемых лекарственных средств, что диктует необходимость назначения высокоэффективных и одновременно безопасных гормональных препаратов для контроля АД.

Решающим фактором более широкого использования ТГКС и снижения риска при их применении стал синтез двойной этерификации молекулярной структуры и отказ от галогенирования. Двойная этерификация, во-первых, увеличивает степень липофильности, обеспечивая лучшую проникающую способность в кожу; во-вторых, обеспечивает быстрый распад этерифицированных групп, более короткий период полураспада активного ингредиента и, таким образом, лучшую системную и местную переносимость. Такими преимуществами обладает предникарбат – оригинальное действующее вещество ТГКС IV поколения Преднитоба (Dermapharm AG, Германия) [18].

Предникарбат – усовершенствованный (умеренно-сильный, или II класс по Европейской классификации Miller & Munro) негалогенизированный ТГКС с четко выраженным противовоспалительным, противозудным, антиэкссудативным, противоаллергическим и антипролиферативным действием [3]. Он является первым и наиболее ярким представителем передового поколения ТГКС с улучшенными возможностями предотвращения риска развития побочных реакций, что делает его эталоном безопасности в лечении стероид-чувствительных воспалительно-пролиферативных дерматозов [19, 20]. Доказана его высокая клиническая безопасность в лечении детей, начиная с 1-месячного возраста, а также при непрерывном применении в течение 1,5 мес.

Препарат может использоваться на участках с тонкой кожей и при обширных очагах поражения, применяется 1 раз в сутки. Учитывая высочайший уровень безопасности, Преднитоб наиболее предпочтителен для применения в детской практике, а также для нанесения на нежные участки кожи (лицо, зона декольте, кожные складки) и при обширных очагах поражения. Вскоре после начала действия предникарбат быстро превращается в биологически неактивные метаболиты, не вызывающие негативных последствий, что наиболее существенно для детей раннего возраста и особенно новорожденных. По результатам 3 двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, переносимость предникарбата в 98,9% оценивалась как хорошая и очень хорошая [12, 15].

Местный противовоспалительный эффект предникарбата обеспечивается селективной стимуляцией синтеза липокортина, ингибирующего фосфолипазу А2, угнетением синтеза из арахидоновой кислоты и высвобождения медиаторов воспаления – эйкозаноидов (простагландинов, лейкотриенов), фактора активации тромбоцитов. Препарат стабилизирует мембраны, в том числе и клеточных органелл; тормозит выход ферментов, повреждающих клетки, и дегрануляцию тучных клеток; снижает миграцию

лейкоцитов и проницаемость капилляров, улучшает микроциркуляцию [17, 21].

В ходе клинических исследований предникарбата отмечена ингибция фосфолипазы А2 через 30 мин после его наружного нанесения. Отчетливые результаты лечения (уменьшение клинической симптоматики или клиническое выздоровление) наблюдаются через 7 дней [21]. Системная абсорбция предникарбата при местном применении незначительна.

Особо следует отметить минимальный риск атрофии кожи при применении предникарбата. Результаты двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, проведенного с участием 24 здоровых взрослых добровольцев, подтвердили, что при применении 0,25% мази предникарбата риск истончения кожи является достоверно более низким по сравнению с относимыми к сильным по действию галогенизированными ТГКС – молекулами бетаметазона 17-валерата (мазь 0,1%) и мометазона фууроата (мазь 0,1%) [18]. В течение 6 нед у всех тестируемых пациентов препараты наносились на один и тот же участок неповрежденной кожи на внутренней поверхности локтевого сгиба 2 раза в день. Динамика толщины кожного покрова определялась методом 50- и 20-МГц сонографии DERMASCAN Cortex Technology. Оценивались атрофические и другие специфические изменения кожных покровов (рис. 1).

При использовании мази предникарбат в течение 36 дней выявлено истончение кожи от исходных показателей на 13% (см. рис. 1). По сравнению с этим, при использовании обоих галогенизированных ГКС на исследуемых участках кожи было выявлено значительное истончение: на 24% – при использовании мази бетаметазона 17-валерата и на 17% – мометазона фууроата. При использовании предникарбата атрофия или телеангиэктазии визуально не отмечались. При продолжительном использовании других веществ (бетаметазон, мометазон) у каждого второго исследуемого определялись типичные побочные эффекты, характерные для местной ГКС-терапии [5, 11].

Эффективное местное лечение воспалительных дерматозов базируется на хорошей проникающей способности действующего вещества, а также высокой степени проникновения активных веществ в клетку. При этом важным является отсутствие системного влияния. Этим критериям в полной мере соответствует предникарбат, который дерматологи активно

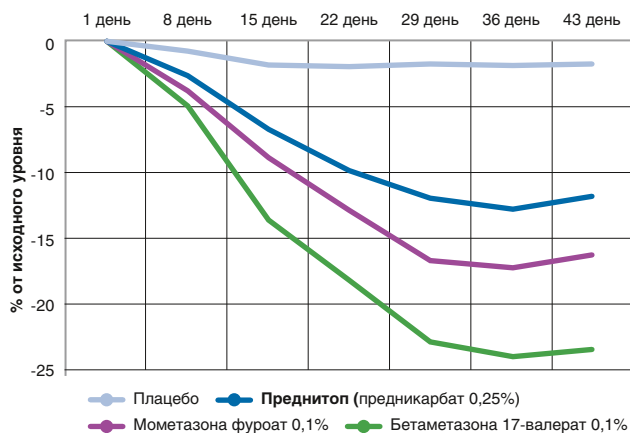


Рис. 1. Влияние различных ТГКС на толщину кожи по сравнению с исходными данными

используют в лечении АД, гиперкератоза, псориаза, контактных дерматитов, дисгидроза ладоней, других дерматозов и даже солнечных ожогов (кратковременно).

Общие указания при назначении Предниктопа [3, 12]:

- у новорожденных использование Предниктопа разрешено только в тех случаях, когда польза превышает потенциальный риск. Применение Предниктопа у новорожденных может вызвать развитие синдрома Кушинга вследствие повышенного метаболизма;
- не разрешается наносить препарат на участки кожи вокруг глаз, поскольку регулярное попадание ГКС в конъюнктивальный мешок может привести к развитию глаукомы и катаракты;
- если препарат не применяли ранее, то не следует удваивать его дозу. Необходимо продолжить лечение согласно назначению врача;
- при бактериальных и грибковых инфекциях кожи местное лечение Предниктопом возможно лишь вместе с препаратами антибактериального и/или противогрибкового действия;
- следует учитывать возможную повышенную чувствительность больного к цетиловому и стеариловому спирту.

Формы выпуска предникарбата представлены кремом, мазью и жирной мазью по 10 г, 30 г в тубе. Препарат применяется наружно: наносят один раз в день тонким слоем на пораженные участки кожи, легко втирая. При необходимости частоту нанесения можно увеличить до 2 раз в день. Курс лечения обычно составляет 2–3 нед (но не более 4 нед). Не следует сочетать препарат с ТГКС резорбтивного действия, поскольку повышается вероятность системных побочных эффектов [3].

Однако при распространенных и диффузных формах АД, при которых поражено более 20% поверхности тела, для снижения риска развития побочных эффектов ТГКС используются следующие подходы к наружному лечению [14]:

- ступенчатая терапия (поочередное нанесение ТГКС на различные участки пораженной кожи 1 раз в день, а второй раз – безопасного противовоспалительного препарата);
- спарринг-терапия (нанесение ТГКС на очаги воспаления кожи после предварительного нанесения на всю поверхность кожи регидрантов, содержащих мочевины).

В этих схемах наряду с ТГКС используется нестероидный препарат, который должен быть эффективным в отношении воспаления кожи. В этой связи следует обратить внимание на препараты синтетических танинов, основными свойствами которых являются противовоспалительное, противозудное, антимикробное и вяжущее. Препараты синтетических танинов давно и успешно применяются в странах Европы. В нашей стране пока доступен только один препарат этой группы, который выпускается под торговым названием Деласкин (Dermapharm AG, Германия).

Деласкин – негормональный препарат нового класса, представленный синтетическими танинами. Действующим веществом Деласкина является 0,4% фенол-метаналь мочевины поликонденсат [13]. Препарат обладает саморегулирующимся

механизмом проникновения в кожу до уровня эпидермиса и верхних слоев дермы. Нанесение на очаг воспаления создает эффект депо, что способствует достижению в нем эффективной концентрации. При этом образуется коагуляционная пленка. Препарату свойственна высокая клиническая эффективность и отсутствие системных и местных побочных реакций [13].

Показания для применения Деласкина крема (20 и 50 г в тубе):

- подострый период аллергодерматозов с обеспечением барьерного и противовоспалительного действия;
- как альтернатива ТГКС при стероидофобии и стероидорезистентности;
- в качестве нестероидного средства при сочетанной схеме лечения;
- в качестве симптоматической терапии для устранения зуда различной этиологии и локализации.

Критерии назначения Деласкина порошка (саше 10 и 150 г):

- острый период аллергодерматозов для обеспечения антиэкссудативного, подсушивающего и противозудного эффекта;
- в качестве симптоматического средства с целью устранения мацерации и мокнутия различной этиологии и локализации.

Деласкин (крем, порошок, ванны) успешно используется при различных аллергодерматозах и инфекциях, проявляющихся поражениями кожи у детей в виде зуда и выраженного мокнутия. Применение Деласкина порошка (0,4%) в виде примочек, ополаскиваний и ванн (0,006–0,04% после разведения) показано также при кандидозе крупных складок с явлениями гипергидроза, опрелостях и пеленочном дерматите, а также ветряной оспе для уменьшения зуда и подсушивания везикул [20].

Цель исследования – оценка эффективности и безопасности применения наружной монотерапии кремом Деласкин, а также сочетанного использования кремов Преднистон и Деласкин в лечении обострения АД у детей.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 50 детей с подтвержденным диагнозом АД в возрасте от 1 года до 12 лет: 27 девочек и 23 мальчика. Лечение проводилось в стадии обострения кожного процесса.

Пациенты были распределены в 3 группы:

- 1-я группа – 10 детей с локализованной формой АД легкой степени тяжести, у которых крем Деласкин применялся в качестве монотерапии (3 раза в сутки в течение 14 дней);
- 2-я группа – 20 детей с распространенной и диффузной формой АД средней и тяжелой степени, получавших сочетанную терапию кремами Преднистон и Деласкин в режиме ступенчатой терапии (утром и днем – Деласкин, вечером – Преднистон тонким слоем на протяжении 14 дней);
- 3-я группа – 20 детей с распространенной и диффузной формой АД средней и тяжелой степени, получавших сочетанную терапию кремом Преднистон и увлажняющим кремом в режиме

ступенчатой терапии (утром и днем – увлажняющий крем, вечером – Преднистон в течение 14 дней).

Терапия ТГКС проводилась в течение 14 дней (максимальный срок использования ТГКС у детей). Лечение всех детей, участвовавших в исследовании, проводили после подписания родителями информированного согласия. Также родители осуществляли элиминационные мероприятия, направленные на уменьшение влияния причинно-значимых факторов.

Данные семейного анамнеза свидетельствовали о высокой наследственной предрасположенности пациентов к аллергической патологии. Так, аллергические заболевания в семье наблюдались у 48 (96%) детей, из них по материнской линии – 31 (64,6%), по отцовской – 10 (20,8%), по обеим линиям – 7 (14,6%).

Уровень общего IgE (методом иммуноферментного анализа) в сыворотке крови в обеих группах был повышен у 62% детей. Повышенная концентрация специфических IgE к пищевым аллергенам (коровье молоко, говядина, куриное яйцо, пшеничная и овсяная мука, рыба, соя и др.) выявлена у 81,7% детей. У 63,3% пациентов отмечалась сенсibilизация к бытовым и у 21,7% – к пыльцевым аллергенам. Гиперчувствительность к бытовым и пыльцевым аллергенам у детей с дермо-респираторным синдромом определялась в 86,7 и 36,7% случаев соответственно.

Для оценки степени тяжести поражения и эффективности лечения использовался индекс SCORAD, вычисленный по формуле:

$$A/5 + 7B/2 + C,$$

где А – площадь поражения, В – выраженность симптомов, С – зуд и нарушения сна.

Кроме того, у всех детей оценивали динамику основных клинических симптомов АД (эритема, зуд, инфильтрация, сухость кожи, лихенификация, шелушение, папулы).

Результаты наружной терапии оценивали по следующим критериям:

- клиническое выздоровление (ликвидация всех элементов высыпаний);
- значительное улучшение (выраженное уменьшение кожных симптомов);
- улучшение (уменьшение признаков заболевания не менее чем на 50%);
- без эффекта (значительных изменений со стороны клинических проявлений не выявлено).

Для оценки характера инфекционной сенсibilизации в сыворотке крови определяли уровни специфических IgE-антител к актуальным для АД бактериальным (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*) и грибковым (*Aspergillus flavus*, *Candida albicans*, *Candida cruzi*) аллергенам.

С целью выявления бактериально-грибкового обсеменения кожи в очагах поражения и влияния ТГКС на степень микробной инфицированности проводилось микробиологическое исследование качественных показателей бактерий *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. pyogenes* и грибов *A. flavus*, *C. albicans* и *C. cruzi* с контрольным определением их через 14 дней терапии.

Степень тяжести кожного процесса оценивали при помощи индекса SCORAD: при легком течении АД он составлял 0–20, при среднетяжелом – 20–40,

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів по ступеню тяжкості АД в залежності від величини індекса SCORAD

Ступень тяжкості течення АД	Кількість пацієнтів	
	Абс. число	%
Легка	10	20
Среднетяжеля	34	68
Тяжеля	6	12
Всього	50	100

при важелом – выше 40 [16]. Розподіл пацієнтів по ступеню тяжкості течення АД представлено в таблиці 1.

Динаміку стану шкіри оцінювали на 2-, 4-, 7-, 11-, 14-й день лікування.

Всім дітям перед початком терапії і після її закінчення проводили контроль гемограми, загального аналізу мочі і біохімічного аналізу крові (загальний білок, АЛТ, АСТ, білірубін, щелочна фосфатаза, α -амілаза, глюкоза, креатинін, мочевина, холестерин). Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась на персональному комп'ютері з використанням програми Excel 2003.

Результати дослідження і їх обговорення

У дітей з легкою локалізованою формою АД, отримавших монотерапію кремом Деласкін, уже к 7-му дню лікування відмічено виражене клінічне покращення, а к 14-му дню висипання повністю зникли у всіх пацієнтів цієї групи (табл. 2), що збігається з результатами В.А. Клименко і соавт. [4]. Препарат добре переносився, побічних реакцій не було.

На фоні комбінованої терапії кремами Преднітоп і Деласкін, а також кремом Преднітоп і зволожуючим кремом в режимі ступінчастої терапії у дітей відмічена виражена позитивна динаміка кожного процесу, проявляючись в зниженні середнього значення індекса SCORAD і зменшенні об'єктивних симптомів уже в перші дні лікування. При цьому к концу 2-х суток спостерігалось зменшення ексудації і гіперемії шкіри, на 4-е сутки значно знизилась інтенсивність свербіжності шкіри, а к концу 7–14-х суток запалювальні явища на шкірі були купіровані (рис. 2). Нежелательних побічних реакцій не відмічалось.

Важким качеством препарату Преднітоп є його здатність ефективно зменшувати свербіжність шкіри. Відмічене уже к 4-му дню лікування зниження інтенсивності свербіжності сприятливо впливало на психоемоційний стан дітей, особливо старшого

віку: діти стали помітно спокійніші, покращився нічний сон. Такі зміни були характерні для пацієнтів 1-ї, 2-ї груп. Більш виражених позитивних результатів вдалося досягти у дітей з середнетяжелою течією АД як 2-ї, так і 3-ї груп. У пацієнтів з важелою ступеню АД динаміка згасання симптоматики була більш повільною.

Кінцеві результати лікування у дітей з АД 2-ї і 3-ї груп були однаково позитивними. Разом з тим, позитивний ефект терапії у пацієнтів 2-ї групи проявлявся значно швидше (уже з 2-го дня), і швидкість регресії шкірних симптомів була вище в порівнянні з пацієнтами 3-ї групи, що підтверджує динаміку зниження середнього значення індекса SCORAD. Швидке настання позитивного клінічного ефекту при комбінованої терапії кремами Преднітоп і Деласкін дозволяє скоротити терміни використання ТГКС, що особливо важливо в дитячому віці. З одного боку, це дозволяє знизити ризик розвитку побічних реакцій ТГКС, які у дітей, в силу анатомо-функціональних особливостей шкіри, можуть проявитись швидше і більш виразно. З іншого боку, психологічно це більш прийнятно для батьків, у яких, к сожалению, часто зустрічається гормонофобія, навіть в відношенні місцевого застосування ГКС.

Терапія АД середньої і важелою ступеню також була успішною у 100% дітей 2-ї і 3-ї груп. В 2-ї групі клінічна ремісія відмічалась у 9 пацієнтів, значительне покращення – 9, покращення – 2; відсутність ефекту не спостерігалось. В 3-ї групі клінічна ремісія АД констатована у 8 пацієнтів, значительне покращення – 11, покращення – 1 дитини; відсутність ефекту також не спостерігалось.

Препарат добре переносився всіма пацієнтами. Побічних реакцій в час застосування крему Преднітоп у дітей 2-ї і 3-ї груп і крему Деласкін у пацієнтів з АД 2-ї групи не спостерігалось. Патологічних змін з боку гемограми, загального аналізу мочі, біохімічних показувачів крові після закінчення терапії ні у кого з учасників дослідження не відмічалось.

По даним алергологічного тестування, у 28,4% дітей, застосовували крем Деласкін в якості монотерапії, перед початком лікування був виявлений низький титр специфічних IgE к *S. aureus*, *C. albicans* і *C. cruzi*. Після проведеного лікування не відмічено наростання титрів антител к зазначеним подразникам.

У 40% пацієнтів, застосовували зовнішню комбіновану терапію кремами Преднітоп і Деласкін, до початку лікування виявлені низькі титри специфічних IgE-антител к *S. aureus* і *C. albicans*, 20%

Таблиця 2. Динаміка індекса SCORAD у дітей з АД на фоні різних варіантів терапії

Варіант зовнішнього лікування	До початку лікування	Дні лікування				
		2-й	4-й	7-й	11-й	14-й
Монотерапія кремом Деласкін	16,8	14,2	9,7	2,2	1,1	0
Комбінована терапія кремом Преднітоп і кремом Деласкін	35,1	29,2	18,6	8,7	6,1	3,1
Комбінована терапія кремом Преднітоп і зволожуючим кремом	34,8	32,9	23,7	13,9	7,7	3,5

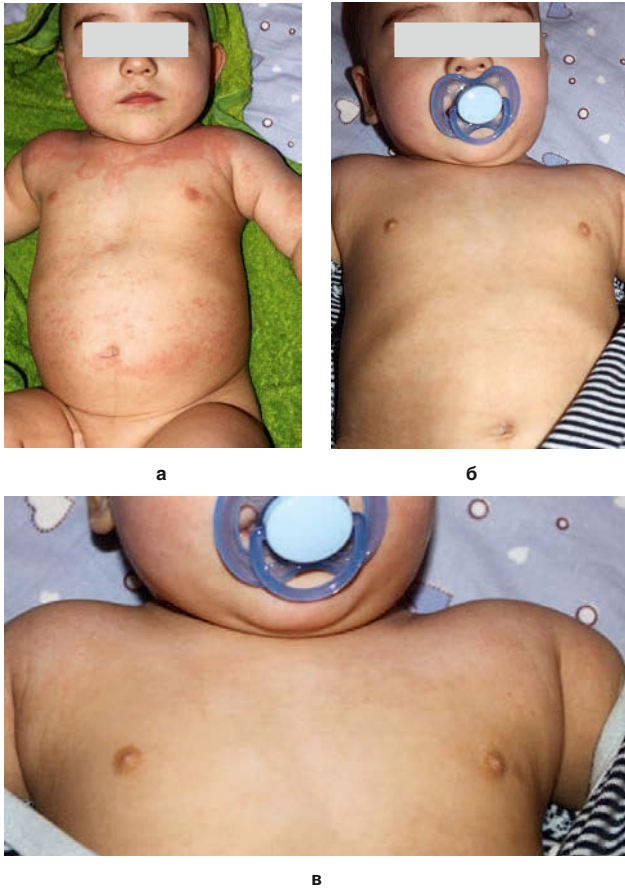


Рис. 2. Динаміка кожної симптоматики АД у ребенка при спаринг-терапії Преднітопом і Деласкином: а – до лікування; б – 7-й день терапії; в – 14-й день терапії

дітей – *C. cruzei*, 20% – *A. flavus*. Після курсу лікування збільшення їх рівня також не відмічено.

У 50% дітей, використовували комбіновану терапію кремом Преднітоп і зволожуючим кремом, відмічені низький титр специфічних IgE-антител

к *S. aureus* і умерений рівень – к *S. epidermidis* і *C. cruzei*. Після проведеної терапії підвищення рівня IgE-антител к досліджуемым возбудителям не виявлено.

Результати мікробіологічного аналізу шкіри показали, що шкіра дітей в очагах ураження значительно обсеменена мікробіологіями, в основному були виділені *S. aureus*, *S. epidermidis* і *C. albicans*. Після проведеного лікування у дітей всіх груп була відмічена значительна елімінація мікробіологіями, за виключенням тільки умереного росту *S. epidermidis*.

Выводи

Таким образом, в процесі проведеного дослідження відмічалась чітка позитивна динаміка течія АД на фоні як зовнішньої монотерапії Деласкином, так і місцевого комбінованого лікування Преднітопом і Деласкином, що проявлялось в поступовому, але швидкому зменшенні площі ураження шкіри і регресії елементів висипань, зникненні шкірних проявів уже на 7–14-й день.

В висновок слід сказати, що для досягнення ефективного і швидкого результату лікування АД необхідно вибір таких зовнішніх засобів, які б відповідали віку, клінічними проявленнями і ступеню тяжкості кожного процесу, мали швидку дію, потужним протизапальним ефектом і одночасно високою безпекою. Результати проведеного нами клінічного дослідження підтверджують високу протизапальну активність і хорошу переносимість препаратів Преднітоп і Деласкин, що дозволяє рекомендувати їх для широкого застосування в комплексному лікуванні АД у дітей різного віку.

Список літератури знаходиться в редакції

Шановні колеги!

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» запрошує вас взяти участь у науково-практичній конференції з міжнародною участю «**Актуальні питання респіраторної та алергічної патології у дітей: національний консенсус**», яка відбудеться **13–14 квітня 2016 р.** у м. Київ.

До участі у науково-практичній конференції запрошуються головні позаштатні спеціалісти МОЗ України та структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій зі спеціальностей «Дитяча алергологія», та «Дитяча пульмонологія», лікарі-педіатри, лікарі зі спеціальностей «загальна практика сімейної медицини», лікарі інших педіатричних спеціальностей, організатори охорони здоров'я, завідувачі та співробітники педіатричних кафедр та кафедр сімейної медицини, вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти, профільних науково-дослідних установ МОЗ України та НАМН України.

Місце проведення: ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», вул. П. Майбороди, 8, м. Київ

Реєстрація: 13.04 – 14.04 з 08:00.

Початок: 09.00.

Електронна адреса оргкомітету: tetiana.umanets@gmail.com, lapshynbox@ukr.net.

Телефон для довідок: (044) 483-90-94; 483-60-16.

Медіапартнер – журнал «Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»