

# Атопический дерматит

# **АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ** –

аллергическое генетически обусловленное воспаление кожи, в основе которого лежат иммунные механизмы, приводящее к повреждению всех слоев эпидермиса и клинически характеризующееся зудом, возрастной морфологией высыпаний, локализацией, стадийностью и склонностью к хроническому течению

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

- Атопический дерматит является одним из самых распространенных заболеваний аллергических заболеваний
- Распространенность в экономических развитых странах составляет от 10 до 28%
- В структуре аллергических заболеваний АД составляет 50-75%
- В Республике Казахстан распространенность АД составляет 123,25 на 1000 детского населения

# Кто чаще болеет АД?

- Среди заболевших 35%- мальчики, 65% - девочки;
- частота зависит от возраста, а возраст начала определяет степень тяжести. Если заболевание началось в первые 4 недели, оно протекает достоверно тяжелее, чем если началось после 8 недель;
- В большинстве случаев начало - в 10 недель (2,5 месяца);
- у 85% больных АД начинается на первом году, и в 95% случаев - до 4-х лет;
- если заболевание началось ПОСЛЕ пубертата, то лечить его гораздо сложнее, чем до его начала;

# ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АД

## ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- Наследственность
- Атопия
- Гиперреактивность кожи

## ЭКЗОГЕННЫЙ ФАКТОРЫ

1. Причинные факторы (триггеры)
  - Аллергенные
  - Неаллергенные
2. Факторы усугубляющие действие триггеров

# Причинные факторы (триггеры)

## 1. Аллергенные

- Пищевые, бытовые, пыльцевые, эпидермальные, грибковые, бактериальные, вакцинальные

## 2. Неаллергенные

- Психоэмоциональные нагрузки, изменение метеоситуации, табачный дым, пищевые добавки, поллютанты

# Факторы усугубляющие действие триггеров

- Климатогеографические
- Нарушения характера питания
- Нарушения правил режима и ухода за кожей
- Бытовые условия
- Вакцинация
- Психологический стресс
- Острые вирусные инфекции

# Причиннозначимые аллергены

- Среди причиннозначимых аллергенов при АД ведущая роль принадлежит **пищевой аллергии**, которая встречается практически у всех детей, особенно на **первом году жизни** (94–100% случаев). По существу, пищевая аллергия является стартовой сенсibilизацией, на фоне которой путем перекрестных реакций формируется гиперчувствительность к другим аллергенам.
- Как правило, **после трех лет** доминирующая роль пищевой аллергии уменьшается и возрастает значимость **ингаляционных аллергенов – прежде всего бытовых (38%), эпидермальных (35%), пылевых аллергенов (32%), бактериальных (20%)**



# КЛАССИФИКАЦИЯ АД

1. **Стадии развития, периоды и фазы заболевания**
  - Начальная стадия
  - Стадия выраженных изменений (период обострения)
    - острая фаза
    - хроническая фаза
  - Стадия ремиссии
    - неполная (подострый период)
    - полная
  - Клиническое выздоровление

## 2. Клинические формы в зависимости от возраста

- Младенческая (от 2-3 мес до 3 лет)

*Характеризуется в 70% случаев наличием выраженной экссудации и мокнутия с развитием острого воспаления кожи в виде эритемы, отека, высыпаний в виде папул и микровезикул (так называемая экссудативная форма).*

*Эти проявления локализованы чаще всего на лице или имеют распространенный характер с поражением кожи туловища и конечностей. У 30% больных характерны гиперемия, инфильтрация и легкое шелушение кожи без экссудации –это эритемато–сквамозная форма АД.*

- **Детская (от 3 до 12 лет)**

*Проявляется складчатым характером поражения, утолщением кожи, гиперкератозом, наличием эритематозных папул. В дальнейшем формируются лихеноидные папулы и очаги лихенификации с типичной локализацией в складках кожи – это лихеноидная форма АД.*

- **Подростковая (от 12 до 18 лет)**

*Характеризуется резко выраженной лихенизацией, сухостью и шелушением, преимущественными поражениями кожи лица и верхней части туловища и непрерывно рецидивирующим течением.*

# Распространенность кожного процесса

## 3. По распространенности

- **Ограниченный** поражении в патологический процесс вовлекаются локтевые и/или подколенные складки, кожа кистей или кожа шеи и/или лица. Площадь поражения не превышает 5% кожного покрова.
- **Распространенный** в процессе частично поражена кожа груди, спины, шеи, помимо локтевых и подколенных складок вовлекаются в процесс другие участки кожи конечностей (плечи, предплечья, голени, бедра). Площадь поражения составляет от 5 до 50% кожного покрова.
- **Диффузный** в патологический процесс вовлекается более 50% кожного покрова.

## 4. Тяжесть течения

- **Легкое течение** - частота обострений 1-2 раз в год, длительность ремиссий 6-8 месяцев
- **Средней тяжести** - частота обострений 3-4 раз в год, длительность ремиссий 2-3 месяца
- **Тяжелое течение** - частота обострений 5 раз и более в год, длительность ремиссий от 1 до 1,5 месяцев и как правило, неполная

## 5. Клинико-этиологические варианты

с преобладанием

- клещевой
- грибковой
- пыльцевой
- и пр. аллергии

# ПАТОГЕНЕЗ

- Патогенетическую основу АД составляют наследственно-обусловленные IgE-опосредуемые аллергические реакции, являющиеся следствием сенсibilизации организма к различным группам экзоаллергенов. На формирование и течение АД существенное влияние оказывают преморбидные факторы, т.е. наследственная предрасположенность к аллергии с полигенными формами наследования.

# Схема патогенеза АД

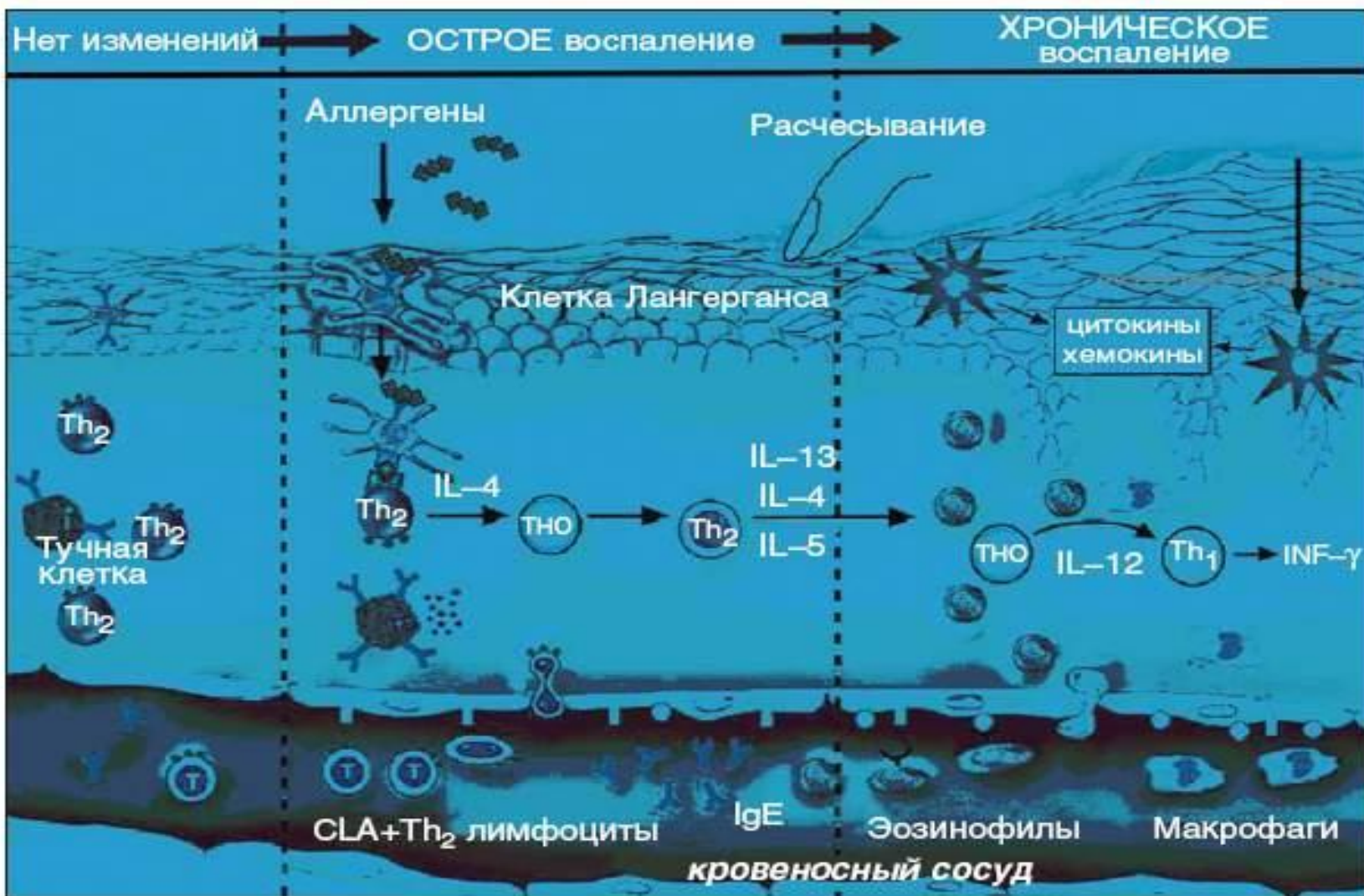


Рис. 1. Схема патогенеза atopического дерматита

- В основе патогенеза АД лежат иммунные механизмы с ведущей ролью Т–лимфоцитов и клеток Лангерганса. Причем клетки Лангерганса являются основными клетками, ответственными за IgE–опосредованное накопление аллергенов в коже и их презентацию Т–лимфоцитам. При антигенном контакте идет определенный обмен внутри клеток Лангерганса. Антиген связывается с высокоаффинными рецепторами IgE, которые расположены на поверхности клеток Лангерганса, в них аллергены подвергаются ферментативному расщеплению. Образующийся при этом полипептид специфически распознается Т–клеточным рецептором CD4+ лимфоцитов. Получив информацию, клетки Лангерганса перемещаются в лимфатические узлы, где вступают во взаимодействие с Th0–лимфоцитами, что способствует активации Т–лимфоцитов–хелперов и усилению дифференцировки их в сторону Th2. Это сопровождается выделением цитокинов. При этом Th2–хелперы продуцируют интерлейкины (ИЛ) – ИЛ–4, ИЛ–5, ИЛ–10, ИЛ–13 и активируют В–лимфоциты с локальной гиперпродукцией специфических IgE. При повторном поступлении аллергена происходит дегрануляция тучных клеток с выделением медиаторов воспаления и хемотаксических агентов, которые запускают раннюю фазу аллергической реакции, клинически проявляющуюся выраженным зудом, гиперемией, отеком. Под действием ИЛ–5, ИЛ–6, ИЛ–8 происходит усиление миграции эозинофилов и макрофагов в воспалительный очаг, что определяет темпы хронизации аллергического воспаления кожи. Причем в хронизации АД особое значение имеют эозинофилы–долгожители, продуцируют высокие уровни основного белка эозинофилов, а также обеспечивают активацию Th1–хелперов с преимущественной продукцией интерферона–гамма (ИФН– $\gamma$ ). Этот процесс «переключения» Th2–клеток на Th1 связан с повышенной продукцией ИЛ–12, что способствует хронизации аллергического процесса в коже.



# ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ АД

- зуд кожных покровов
- типичная морфология и локализация кожных высыпаний
- хроническое рецидивирующее течение
- атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии

***Для диагностики необходимо иметь все эти критерии 3 и более дополнительных критериев***

# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИИ

- ксероз (сухость) кожных покровов
- ладонный ихтиоз
- реакция немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами
- локализация кожного процесса на кистях и стопах
- хейлит
- экзема сосков
- трещины за ушами
- высокий уровень Ig E в сыворотке крови
- начало заболевания в детском возрасте
- складки Денье –Моргана (суборбитальные складки)
- рецидивирующий конъюнктивит
- кератоконус (коническое выпячивание роговицы)
- передние субкапсулярные катаракты

# Клиника атопического дерматита у детей:



**Типичные  
элементы  
сыпи на лице  
у ребенка на  
первом году  
жизни**



Рис. 1. Отек, папулообразование



Рис. 2. Мокнутие, корки:



Рис. 3. Экскориации:



Рис. 1. Лихенификация



Рис 2. Мокнущие, корки:



Рис 1. Эритема:  
1 балл



Рис. 2. Эритема:  
2 балла



Рис. 3. Эритема:  
3 балла

# Клиника атопического дерматита у детей:



**Симптом  
«грязной шеи» у  
подростка**

# Симптом Денни-Моргана:



**Это двойная  
складка в области  
нижнего века  
причиной её  
возникновения  
является  
аллергически  
опосредованный  
отёк**



# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

1. Сбор аллергологического анамнеза
2. Общий анализ крови
3. Физикальное обследование
4. Специфическая аллергологическая диагностика
5. Иммуноглобулин Е в сыворотки крови

# ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ АД

- Устранение или уменьшение воспалительных изменений на коже и кожного зуда
- Восстановление структуры и функции кожи (улучшение микроциркуляции и метаболизма в очагах поражения, нормализация влажности кожи)
- Предотвращение развития тяжелых форм заболевания, приводящих к снижению качества жизни больного и инвалидизации
- Лечение сопутствующих заболеваний, усугубляющих течение АД

# ЛЕЧЕНИЕ

1. Диетотерапия
2. Контроль за окружающей среды
3. Фармакотерапия
  - Антигистаминные препараты
  - Мембраностабилизаторы
  - Препараты улучшающие функции органов пищеварения
  - Витаминотерапия
4. Наружная терапия
  - Противовоспалительные препараты
  - Устранение сухости кожи
  - Наружные средства при вторичном инфицировании

# ДИЕТОТЕРАПИЯ

**Исключить из рациона питания высоко аллергизирующие продукты**– коровье молоко, рыба, яйцо, куриное мясо, клубника, малина, ананасы, виноград, дыня, хурма, гранаты, цитрусовые, шоколад, кофе, какао, орехи, мед, грибы, горчица, томаты, свекла

**Включить в рацион питания слабо аллергизирующие** – конина, баранина (нежирные сорта), кабачки, патиссоны, яблоки зеленой и желтой окраски, белая черешня, зеленый огурец, капуста, картофель (моченный), гречка, кефир

# Контроль за окружающей среды

- подушки и одеяло должно быть синтетическими или ватными
- в комнате не должно быть мягкой мебели, мягких игрушек, ковров
- телевизор и компьютер в комнате ребенка должны быть убраны
- частые влажные уборки
- в квартире не должно быть животных (кошки, собаки, попугаи, рыбки)
- не должно быть цветущих растений

# Фармакотерапия

## 1. Антигистаминные препараты

- препараты 1-го поколения (супрастин, кестин, тавегил, фенкарол, фенистил)
- препараты 2-го поколения (эролин, цетиризин, зиртек, гисталонг, эбастин, носмин)
- препараты 3-го поколения (телфаст, алтива)

## 2. Мембраностабилизаторы

- кетотифен, налкром

# Антигистаминные препараты

Таблица 13. Антигистаминные препараты 1-го («старого») поколения (формы для приема внутрь)

Название препарата торговое	генерическое (химическое)	Форма выпуска	Дозы и кратность приема
Диазолин	мебгидролин	драже* 0,05 и 0,1 г	от 2 до 5 лет – 50–100 мг/сут от 5 до 10 лет по 100 мг/сут кратность приема – 2 раза/сут
Перитол	ципрогептадин	табл. 0,004 г сироп (1 мл = 0,4 мг)	от 6 мес до 2 лет (по особым показаниям!) – 0,4 мг/кг/сут от 2 до 6 лет – 6 мг/сут от 6 до 14 лет – до 12 мг/сут кратность приема – 3 раза/сут
Супрастин	хлоропирамин	табл. 0,025 г	от 1 мес. до 1 года – по $\frac{1}{4}$ табл., от 1 до 6 лет – по $\frac{1}{3}$ табл. от 6 до 14 лет – по $\frac{1}{2}$ табл. кратность приема – 2–3 раза/сут
Тавегил	клемастин	табл. 0,001 г, сироп (5 мл = 0,0005 г)	от 1 до 3 лет – по 2–2,5 мл сиропа от 3 до 6 лет – по 5 мл сиропа или $\frac{1}{2}$ табл. от 6 до 12 лет – по 0,5–1 табл. старше 12 лет – по 1 табл. (10 мл сиропа) кратность приема – 2 раза/сут
Фенистил	диметинден малеат	капли для приема внутрь (1 мл = 20 капель = 1 мг) капсулы 0,004 г	от 1 мес до 1 года – по 3–10 капель от 1 года до 3 лет – по 10–15 капель от 3 до 12 лет – по 15–20 капель кратность приема капель – 3 раза/сут старше 12 лет – 1 капсула 1 раз/сут
Фенкарол	хифенадин	табл. 0,01, 0,025 и 0,5 г	от 1 года до 3 лет – по 5 мг от 3 до 7 лет – по 10 мг от 7 до 12 лет – по 10–15 мг от 12 лет и старше – по 25 мг кратность приема – 2–3 раза/сут
Задиген, Кетоф, Астафен и др.	кетотифен	табл. 0,001 г сироп (1 мл = 0,0002 г)	от 1 года до 3 лет – по 0,0005 г старше 3 лет – по 0,001 г кратность приема – 2 раза/сут

# Антигистаминные препараты

Таблица 15. Антигистаминные препараты 2-го и 3-го поколений («нового» поколения)

Название препарата		Форма выпуска	Дозы и кратность приема
торговое	генерическое (химическое)		
Кларитин	лоратадин	табл. 0,01 г; сироп (5 мл = 0,005 г)	от 2 лет и при массе тела до 30 кг – по 5 мг, при массе тела больше 30 кг – по 10 мг 1 раз/сут
Зиртек	цетиризин	табл. 0,01 г; капли (1 мл = 20 капель = 0,01 г)	от 1 до 2 лет – по 5 капель 2 раза/сут от 2 до 6 лет – по 5 капель 2 раза/сут или по 10 капель 1 раз/сут старше 6 лет – по 10 мг (1 табл. или 20 капель) 1 раз/сут
Телфаст	фексофенадин	табл. 0,030 г; 0,120 г; 0,180 г	от 6 до 12 лет – по 30 мг 2 раза/сут старше 12 лет – по 120 или 180 мг 1 раз/сут
Эриус	дезлоратадин	табл. 0,005 г сироп (1 мл = 0,005 г)	от 2 до 5 лет – по 2,5 мл сиропа в сут от 6 до 11 лет – по 5 мл сиропа в сут старше 12 лет – по 5 мг в сут (1 табл. или 10 мл сиропа)



Таблица 14. Возраст детей, с которого разрешены к использованию различные антигистаминные препараты 1-го поколения

Торговое название	Наличие седативного эффекта	Возраст
Супрастин	+	с 1 мес
Фенистил	+	с 1 мес
Кетотифен	+	с 1 мес
Диазолин	±/-	с 2 лет
Фенкарол	±/-	с 6 мес
Тавегил	+	с 1 года

Таблица 16. Возраст детей, с которого разрешены к использованию различные антигистаминные препараты «нового» поколения

Химическое соединение	Торговое название	Возраст
Лоратадин*	Кларитин, эролин и др.	с 2 лет
Цетиризин**	Зиртек, Цетрин и др.	с 1 года
Эбастин*	Кестин	с 12 лет
Фексофенадин**	Телфаст, Фексадин	с 6 лет
Дезлоратадин**	Эриус	с 2 лет

Примечания: \* пролекарство, \*\* активный метаболит

# Мембраностабилизаторы

- **Кетотифен** 0,001. От года до 3 лет по 1\2 таб, после 3 лет по 1 таб 2 раза в день, 2-3 мес.
- **Налкром** –капсулы по 100 мг кромогликата натрия. Назначается с 2-х месячного возраста.  
Дозируется: от 2 до 14 лет –по 1 капсуле 4 раза в сутки, от 2 мес до 2 лет 20-40 мг/кг (за исключением недоношенных).  
Длительность не менее 3 мес.

# ЦЕЛИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ

- подавление признаков воспаления кожи
- устранение сухости кожи
- профилактика и устранение вторичного инфицирования
- восстановление поврежденного эпителия
- улучшение барьерных функций кожи

# Наружная терапия

## 1. противовоспалительные препараты:

- Наиболее выраженным противовоспалительным эффектом обладают топические ГКС, и являются современным стандартом противовоспалительной терапии.
- ГКС назначаются в острый период АД при выраженных проявлениях и при его тяжелом течении, короткими курсами 5–7 дней по интермиттирующей методике через день или 2 раза в неделю.
- Для повышения эффективности топических ГКС при лечении АД целесообразно применять их на фоне смягчающих и питательных средств

Таблица 18. Европейская классификация потенциальной активности местных глюкокортикостероидов (по Miller, Munro)

<i>Слабые (класс 1)</i>	
Fluocinolone acetonide 0,0025%	Гидрокортизон
Hydrocortisone 0,1–1,0%	
<i>Средние (класс 2)</i>	
Alkometasone dipropionate 0,05%	Бетновейт Дерматол
Betamethasone valerate 0,025%	
Prednicarbate	
Clobetasone butirate 0,05%	
Desoxymethasone 0,05%	
Fluocinolone acetonide 0,00625%	
Flucortolone (hexanoat 0,1–0,25% + pivalate 0,1–0,25%)	
Flurandrenolone 0,0125%	
Triamcinolone acetonide 0,02; 0,05	
<i>Сильные (класс 3)</i>	
Betamethasone dipropionate 0,025%; 0,05%	Белодерм Целестодерм Апулеин Травокорт Синалар, Синафлар Флуцинар Локоид Адвантан Элоком Фторокорт Триакорт
Betamethasone valerate 0,1%	
Budesonide 0,025%	
Desoxymethasone 0,25%	
Diflucortolone valerate 0,1%	
Fludrolone acetonide 0,025%	
Flucinonide 0,05%	
Hydrocortisone butirate 0,1%	
Metilprednisolone aceponate 0,1%	
Mometasone furoate 0,1%	
Triamcinolone acetonide 0,1%	
<i>Очень сильные (класс 4)</i>	
Clobetasol propionate 0,05%	Дермовейт
Diflucortolone valerate 0,3%	
Halcinonide 0,1%	

# Побочные эффекты при ГКС (особенно фторсодержащих)

- местных – атрофия кожи, увеличение апоптоза клеток Лангерганса, формирование стрий, телеангиэктазий, нарушений пигментации; снижение местного иммунитета с развитием инфекционных осложнений, тахифилаксия, синдром отмены, эритема.
- системных – угнетение гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковой системы, нарушения роста, развитие синдрома Кушинга, особенно при раннем и длительном применении у детей с 2–х лет.

# Принципы назначения местных ГКС

- Не использовать фторсодержащие топические ГКС
- Назначать топические ГКС при выраженном обострении и тяжелом течении АД, не использовать для профилактики АД
- Использовать эффективные и безопасные ГКС с пролонгированным действием, применять только короткими курсами (не более 2 недель!)
- Использовать интермиттирующую методику – через день или 2 раза в неделю, на поверхности не более 20% площади кожи
- Не использовать под окклюзионную повязку и на чувствительные участки кожи (лицо, шея, складки)
- Выбирать лекарственные формы ГКС в зависимости от активности воспаления и локализации процесса
- До начала применения ГКС купировать инфекцию!
- Не применять для ГКС метод разведения.

# Противовоспалительные средства

**Таблица 1. Противовоспалительные средства для наружной терапии атопического дерматита**

Топические ГКС	Средства, не содержащие ГКС
Элоком Адвантан Локоид	<b>Традиционные:</b> Нафталан Деготь Ихтиол АСД фракция III <b>Современные:</b> Элидел Средства дерматологической косметики



# Элидел

- **Элидел® (Пимекролимус) 1% крем** – новый нестероидный противовоспалительный препарат специально создан для лечения АД может наноситься на любые участки кожи, в том числе на особо чувствительные (лицо, шея), используется длительно, а также в более раннем возрасте – у детей с 3-х месяцев

# Наружная терапия

## 2. Устранение сухости кожи

1. ежедневное купание

2. смягчающие и питательные средства

- **Питательные крема** (Гидрабис насыщенный крем или Топикрем).
- **Увлажняющие, питательные крема** (Атодерм, Эмольтант экстрем)

## 3. Наружные средства при вторичном инфицировании:

- антисептические средства, наружные антибактериальные препараты (эритромициновые пасты, мазь бактробан и др.)

# Местная терапия

1. При наличии мокнутия – примочки с раствором риванола 1:1000, р-ром резорцина 1%, 1% раствором танина. Примочки делают несколько раз в день.
2. После купирования мокнутия применяют мазевую терапию (кремы, мази).
3. После купирования острого воспалительного процесса используются индифферентные мази и кремы на основе нафтала, дегтя, ихтиола

## Местная терапия (2)

4. В подострой фазе целесообразно применение препаратов улучшающих микроциркуляцию и метаболизм в очагах поражения (актовегин, гепариновая мазь). При глубоких трещинах и язвенных поражениях показаны эпителизирующие и кератопластические средства (бепантен, солкосерил, мази с витамином А)
5. Устранение сухости кожи –увлажняющие детские крема (ежедневно!)

# Наружная терапия

- При поражении волосистой части ГОЛОВЫ особенно удобны лосьоны, эмульсии, при их отсутствии — кремы или мази (пасты не применяются).
- На кожу лица лучше использовать кремы или лосьоны (эмульсии).
- На область складок, в особенности подмышечных и пахово-бедренных, применение мазей не рекомендовано. Предпочтение следует отдавать другим лекарственным формам.

# Осложненные формы атопического дерматита

- Присоединение вторичной бактериальной инфекции – наиболее частое осложнение АтД. Пиококковые осложнения проявляются в виде различных форм пиодермии: остиофолликулитов, фолликулитов, стрептококковой фликтены, реже фурункулов или эктимы
- Разнообразная грибковая инфекция (дерматофиты, дрожжеподобные, плесневые и другие виды грибов) также часто осложняет течение АтД, приводит к более продолжительному течению обострений, отсутствию улучшения или даже ухудшению в теплое время года
- Присоединение герпетической вирусной инфекции может привести к редкому, но тяжелому осложнению – генерализованной герпетической экземе Капоши с возможным (при отсутствии адекватной терапии) летальным исходом. Заболевание характеризуется распространенными высыпаниями, сильным зудом, повышением температуры тела до высоких цифр, присоединением пиококковой инфекции, поражением ЦНС, глаз, развитием сепсиса.

# Топические комбинированные КС

## 1. Препараты, содержащие КС и антибиотики

Бетаметазон + гентамицин (Целестодерм-В с гармицином, Белогент, Кутерид Г)

Флуоцинолон + неомицин (Синалар Н, Флуцинар Н, Флукорт-Н)

Гидрокортизон + окситетрациклин (Геокортон, Гиоксизон, Оксикорт)

Гидрокортизон + хлорамфеникол (Кортомицетин)

Преднизолон + окситетрациклин (Оксициклозоль)

Триамцинолон + тетрациклин (Полькортолон)

Гидрокортизона ацетат + фузидиевая кислота (Фуцидин Г)

Бетаметазон + фузидиевая кислота (Фуцикорт)

## 2. Препараты, содержащие КС и антисептики

Гидрокортизон + хлоргексидин (Сибкорт)

Галометазон + триклозан (Сикортен Плюс)

Флуметазон + клиохинол (Лоринден С)

Флуоцинолон + клиохинол (Синалар К, Флукорт Ц)

Преднизолон + клиохинол (Дермозолон)

# Топические комбинированные КС

## 3. Препараты, содержащие КС и противогрибковые средства

Бетаметазон + клотримазол (Лотридерм)

Беклометазон + клотримазол (Кандид Б)

Мазипредон + миконазол (Микозолон)

Дифлукортолон + изоконазол (Травокорт)

## 4. Препараты, содержащие КС, противомикробные и противогрибковые средства

Бетаметазон + гентамицин + клотримазол (Тридерм)

Гидрокортизон + неомицин + натамицин (Пимафукорт)

Гидрокортизон + клиохинол + нистатин (Нистаформ)

## 5. Препараты, содержащие КС и салициловую кислоту

Бетаметазон + салициловая кислота (Дипросалик, Белосалик)



# Больным АДД необходимо:

- максимально избегать контактов с сильными моющими (очищающими) средствами (стиральными порошками, средствами для мытья посуды и т.д.),
- максимально исключать попадание на кожу растворителей (бензина, скипидара, ацетона, диметилсульфоксида и др.), клеев, красок, лаков,
- избегать контакта с кремом для обуви, воском для натирания полов, средствами для чистки мебели, окон, машин и др.,
- избегать контакта кожи рук с соками фруктов и овощей (апельсина, лимона, свежего картофеля, лука, томата),
- при стирке, полоскании белья пользоваться перчатками из пластика (не резиновыми, которые могут вызывать экзематозные высыпания), под которые надевать тонкие перчатки из хлопка или льна; продолжительность нахождения в перчатках – не более 20 мин

# Профилактика АД

- оздоровление окружающей больного обстановки
- санация очагов инфекции
- назначение сбалансированной терапии
- регулирование эмоционально-психических и физических нагрузок
- рекомендации на улучшение качества жизни

# РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АД

- Физические методы терапии – переменное магнитное поле, лазеротерапия, ультрафонофорез
- Санаторно-курортное лечение