

А.А. Тихомиров, Б.Н. Гамаюнов, В.Н. Короткий

РАЦИОНАЛЬНАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЭМОЛЕНТОВ

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздравсоцразвития России, Москва

Рациональная наружная терапия занимает ведущее место в лечении atopического дерматита (АтД) у детей, особенно при легкой и средней степени тяжести заболевания. Обоснованы данные о необходимости включения увлажняющих средств в схему наружной терапии для борьбы с причинами и последствиями сухости кожи. Проведена сравнительная оценка и показана более высокая клиническая эффективность, очень хорошая переносимость и безопасность современных эмолентов – препаратов Эмолиум П по сравнению с традиционными увлажняющими, антисептическими средствами в наружной терапии детей с АтД легкой и средней степени тяжести.

Ключевые слова: atopический дерматит, наружная терапия, сухость кожи, эмоленты, дети.

Rational external therapy plays main role in treatment of pediatric atopic dermatitis (AtD), especially in cases of mild and moderate AtD. Authors prove necessity of moisturizing preparations including in protocols of external therapy in order to influence upon the causes and sequels of xeroderma. Comparative estimation showed better clinical efficacy, good tolerance and safety of modern emolents – Emolium P preparations in comparison with routine moisturizing and anticeptic preparations for external therapy in cases of mild and moderate pediatric AtD.

Key words: atopic dermatitis, external therapy, xeroderma, emolents.

Контактная информация:

Тихомиров Александр Александрович – к.м.н., доц. каф. дерматовенерологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России

Адрес: 117997 г. Москва, ул. Островитянова, 1

Тел.: (495) 936-93-81, E-mail: tikhal@mail.ru

Статья поступила 12.09.11, принята к печати 28.09.11.

Наружная терапия занимает ведущее место в лечении атопического дерматита (АтД) у детей, особенно при легкой и средней степени тяжести заболевания. Основными целями наружной терапии являются уменьшение и устранение субъективных ощущений у больного ребенка, купирование кожных проявлений, лечение и профилактика вторичной инфекции, активное увлажнение, восстановление эпидермального барьера и защитной функции кожи от неблагоприятных воздействий внешней среды. Исчезновение или уменьшение под влиянием наружной терапии проявлений АтД благоприятно сказывается на общем и психоэмоциональном состоянии ребенка [1, 2].

Следует напомнить, что кожа детей значительно отличается от кожи взрослых. Она тонкая, менее эластичная, более проницаемая, что способствует потере воды с ее поверхности, более легкому проникновению микроорганизмов, аллергенов, усиливает негативное воздействие внешних факторов, таких как низкая и высокая температура, солнечное излучение, детергенты и др. Физиологическая гипофункция сальных и потовых желез у детей также создает предпосылки для снижения барьерной функции кожи [1].

Кроме этого, нарушение барьерных свойств кожи в ряде случаев является первичным патогенетическим звеном в развитии кожных заболеваний, участвует в развитии таких заболеваний, как АтД и других аллергодерматозов, способствует проникновению в эпидермис аллергенов, микроорганизмов, запускающих воспалительную реакцию. Воспаление сопровождается продукцией свободных радикалов, приводящих к дальнейшему повреждению клеток, перекисному окислению липидов и разрушению липидных структур эпидермиса. Поврежденные эпидермоциты не могут обеспечить полное восстановление липидного барьера, в результате чего усиливается трансэпидермальная потеря воды, эпидермис постепенно обезвоживается, кожа становится сухой, шелушащейся и воспаленной [2–4].

Таким образом, кожа детей, страдающих АтД, отличается повышенной чувствительностью к действию триггерных раздражителей, нарушением барьерной функции, дегидратацией кожи с развитием выраженной сухости, изменением микроциркуляции, а также повышенным уровнем обсемененности различной микрофлорой. Так, например, 90% больных АтД являются носителями *Staphylococcus aureus*, а у 60% больных обнаруживается ассоциация стафилококка и стрептококка, что способствует развитию вторичных пиодермий [2].

Сухость кожи и незначительные трещины в роговом слое у пациентов с АтД снижают порог восприятия зуда, и если не предотвратить расчесывание кожи, даже минимально выраженный ксероз может привести к обострению заболевания.

Таким образом, замыкается патологический круг болезни: при ксерозе кожа трескается, вследствие чего возникает зуд, пациент расчесывает кожу, возникают воспаление и проявления дерматита, а воспаленная кожа плохо удерживает воду и сухость кожи нарастает [2, 3].

Основными средствами наружной терапии для борьбы с причинами и последствиями сухости кожи являются различные эмоленты. Современные эмоленты обеспечивают комплексное воздействие на пораженную кожу, а именно: помогают восстановить водно-липидный слой кожи; восполняют нехватку липидов в глубоких слоях кожи; обеспечивают правильное увлажнение кожи: предотвращают потерю влаги, а также доставляют вещества, связывающие воду в коже; смягчают и успокаивают кожу, возвращая ей комфорт. Следует также отметить, что использование современных эмолентов уменьшает потребность в топических глюкокортикостероидах, обладающих при нерациональном использовании рядом нежелательных побочных эффектов [4, 5].

Средства линии Эмолиум благодаря специально подобранным активным веществам полностью соответствуют требованиям к современным эмолентам. Так, например, масло макадамии, масло карите, парафиновое масло регенируют водно-липидную мантию на поверхности кожи, триглицериды кукурузного масла и аллантоин смягчают и успокаивают, гиалуронат натрия, мочевины и глицерин прекрасно увлажняют и удерживают воду в коже, Arlasilk® и Phospholipid GLA обогащают кожу межклеточными липидами.

Целью нашего исследования стала сравнительная оценка клинической эффективности, переносимости, безопасности препаратов Эмолиум П и традиционных увлажняющих (крем Унны), антисептических средств (водные и спиртовые растворы анилиновых красителей) в наружной терапии детей с АтД легкой и средней степени тяжести при наличии вторичной бактериальной инфекции, высоком риске ее присоединения или подозрении на нее.

Мы применяли триактивный крем Эмолиум П и триактивную эмульсию для купания Эмолиум П в наружной терапии детей с АтД легкой и средней степени тяжести. Триактивный крем и эмульсия Эмолиум П оказывают одновременно успокаивающее, антибактериальное и эмолентное действие на сухую и очень сухую кожу. Благодаря сочетанию запатентованных активных веществ, быстро смягчают и успокаивают кожу, восполняют нехватку липидов рогового слоя эпидермиса, продолжительно восстанавливают водно-липидный слой кожи.

Под нашим наблюдением находились 40 детей и подростков с АтД в возрасте от 3 месяцев до 17 лет. Распределение больных по группам лечения представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных АтД по группам лечения

Группы лечения	Степень тяжести заболевания		Всего больных
	легкая (кS=0–20 баллов)	среднетяжелая (кS=20–40 баллов)	
Триактивный крем и эмульсия Эмолиум П	10	10	20
Крем Унны и растворы анилиновых красителей	10	10	20
Итого	20	20	40

Все дети имели подтвержденный диагноз АтД и находились в состоянии обострения кожного процесса с легкой или средней степенью тяжести заболевания с признаками вторичной бактериальной инфекции или высоким риском ее присоединения. Длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 16 лет. Распределение больных обеих групп лечения по полу и возрасту представлено в табл. 2 и 3.

Триактивный крем Эмолиум П применяли тонким слоем на проявления АтД, сопровождающиеся зудом и жжением (в том числе и на расчесы, корочки, трещины или проявления бактериальной инфекции), а также на участки сухой и очень сухой кожи 2 раза в день. Триактивную эмульсию

трещины или проявления бактериальной инфекции тушировали водными или спиртовыми растворами анилиновых красителей 2 раза в день.

В обеих группах допускалось назначение седативных и антигистаминных средств. Общая продолжительность исследования составила 3 недели и включала первичный клинический осмотр с контрольными осмотрами после 1-й, 2-й и 3-й недели от начала лечения.

Для объективной оценки степени тяжести течения заболевания и эффективности проводимой терапии у наблюдаемых детей использовали коэффициент SCORAD (кS). Используя кS, объективно оценивали степень тяжести течения кожного процесса у каждого обследуемого ребенка: $0 < kS < 20$ баллов – легкая степень, $20 < kS < 40$ баллов – средняя степень.

Эффективность проводимой терапии оценивали по следующим параметрам: клиническая ремиссия, значительное улучшение, улучшение, без эффекта, ухудшение и отражали в виде графика изменения среднего значения кS во времени на 8-й, 15-й и 22-й день от начала исследования для каждой степени тяжести заболевания (рис. 1 и 2). Безопасность проводимой терапии оценивали по частоте встречаемости отрицательных побочных эффектов или нежелательных явлений в обеих группах сравнения. Переносимость исследуемых препаратов оценивалась как врачом, так и пациентом или его родителем на протяжении всего курса терапии.

В соответствии с группами лечения и полученными значениями коэффициента кS на первичном осмотре до начала лечения мы разделили больных в каждой группе лечения по степени тяжести течения кожного процесса (табл. 4).

Группу лечения препаратами Эмолиум П составили 20 человек, из них 10 больных с АтД легкой степени тяжести со средним значением кS на первичном осмотре $17,5 \pm 1,8$ баллов и 10 пациентов с АтД средней степени тяжести и средним значением кS на первичном осмотре $27,6 \pm 4,6$ баллов.

В группу традиционного наружного лечения (группа сравнения) вошли 20 пациентов, из них 10 больных с АтД легкой степени тяжести со средним значением кS на первичном осмотре $17,2 \pm 1,5$ баллов и 10 пациентов с АтД средней степени тяжести со средним значением кS на первичном осмотре $24,7 \pm 3,4$ баллов.

Таблица 2

Распределение больных, получавших средства Эмолиум П, по полу и возрасту

Возраст	Девочки	Мальчики	Всего
От 3 мес до 5 лет	8	4	12
От 6 до 10 лет	2	2	4
От 11 до 17 лет	–	4	4
Итого	10	10	20

Таблица 3

Распределение больных, получавших традиционную терапию, по полу и возрасту

Возраст	Девочки	Мальчики	Всего
От 3 мес до 5 лет	3	3	6
От 6 до 10 лет	3	3	6
От 11 до 17 лет	3	5	8
Итого	9	11	20

Эмолиум П добавляли по 15–30 мл в наполненную до половины ванну. Пациенты принимали ванны по 15 мин 2–3 раза в неделю.

В группе сравнения применяли крем Унны тонким слоем на проявления АтД, сопровождающиеся зудом и жжением, а также на участки сухой и очень сухой кожи 2 раза в день. Расчесы, корочки,

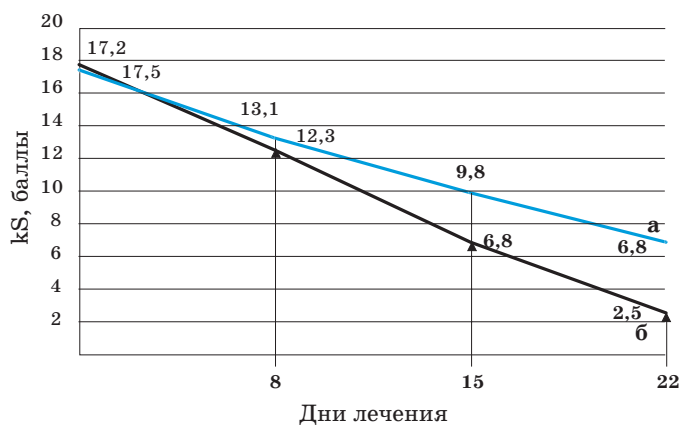


Рис. 1. Динамика среднего значения кS у больных обеих групп лечения с легкой степенью тяжести заболевания в процессе исследования.

Здесь и на рис. 2: а – Эмолиум П, б – крем Унны.

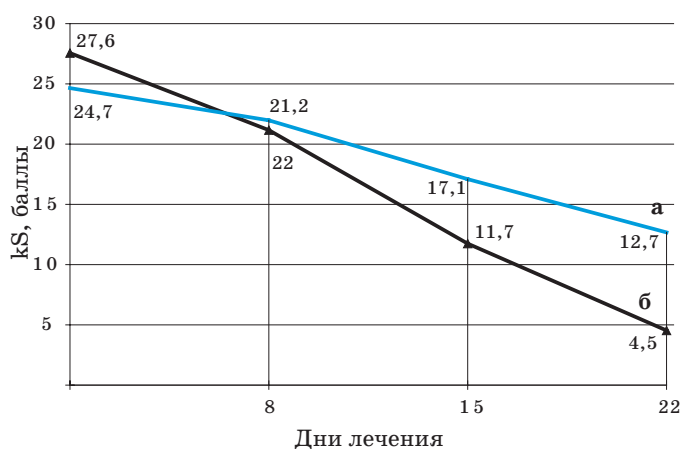


Рис. 2. Динамика среднего значения кS у больных обеих групп лечения со средней степенью тяжести заболевания в процессе исследования.

Клиническая картина АтД у больных обеих групп лечения с легкой степенью тяжести заболевания характеризовалась ограниченной площадью поражения кожных покровов. Патологический процесс локализовался в локтевых сгибах, подколенных ямках, периоральной области и был представлен слабо выраженной эритемой, шелушением, папулезными элементами, эксфолиациями и тре-

щинами с риском пустулизации, единичными пустулами. Кроме этого отмечались незначительный зуд кожи и лихенификация в очагах поражения.

Среди преобладающих симптомов у пациентов обеих групп лечения со средней степенью тяжести заболевания мы выделили более интенсивный зуд кожи по сравнению с группой легкой степени тяжести заболевания, в ряде случаев сопровождающийся нарушением сна. Кожный процесс носил распространенный характер и локализовался на коже лица (периорбитальная и периоральная области), передней поверхности шеи, локтевых сгибах, сгибательной и разгибательной поверхностях лучезапястных суставов, подколенных ямках. Отмечалась более выраженная острота воспалительной реакции: умеренно выраженные эритема и отек, папулезные элементы ярко-красного цвета, пустулезные элементы, серозно-геморрагические и гнойные корки, эксфолиации, трещины на фоне очагов лихенификации, выраженной сухости кожи и значительного шелушения, как в очагах АтД, так и на не пораженной коже.

У 20 больных группы лечения препаратами Эмолиум П с легкой и средней степенью тяжести заболевания на фоне их применения мы отмечали более выраженную, постоянную положительную динамику, проявляющуюся в снижении среднего значения кS и уменьшении основных клинических признаков АтД, в частности остроты воспалительной реакции, зуда кожных покровов, сухости и шелушения кожи как в очагах, так и вне очагов поражения, а также признаков бактериальной инфекции (пустулезных элементов, эксфолиаций, трещин) уже на 2-й неделе от начала лечения (рис. 1 и 2), по сравнению с 20 пациентами группы сравнения, получавшими традиционное наружное лечение.

Обобщая результаты 3-недельного применения триактивного крема и триактивной эмульсии для купания Эмолиум П (табл. 5), мы констатировали клиническую ремиссию (отсутствие проявлений АтД и признаков вторичной бактериальной инфекции) у 5 детей (25%), значительное улучшение (полное отсутствие признаков вторичной бактериальной инфекции и сохранение незначительных проявлений АтД, таких как легкая эритема или лихенификация) у 11 пациентов (55%),

Таблица 4

Распределение больных на группы лечения и среднее значение коэффициента кS в каждой группе

Группы лечения	Степень тяжести заболевания / кS, баллы	Среднее значение кS, баллы	Количество больных
Триактивный крем и эмульсия Эмолиум П (n=20)	легкая/ 0–20	17,5±1,8	10
	средняя/ 20–40	27,6±4,6	10
Крем Унны и растворы анилиновых красителей (n=20)	легкая/ 0–20	17,2±1,5	10
	средняя/ 20–40	24,7±3,4	10
Итого			40

Таблица 5

Клиническая эффективность применения триактивного крема Эмолиум П и триактивной эмульсии для купания Эмолиум П в терапии детей с АтД

Результаты лечения	Степень тяжести заболевания		Всего
	легкая (кS<20 баллов)	среднетяжелая (кS>20 баллов)	
Клиническая ремиссия	4	1	5
Значительное улучшение	5	6	11
Улучшение	1	3	4
Без эффекта	–	–	–
Ухудшение	–	–	–
Итого	10	10	20

Таблица 6

Клиническая эффективность применения традиционных увлажняющих и антисептических средств в терапии детей с АтД

Результаты лечения	Степень тяжести заболевания		Всего
	легкая (кS<20 баллов)	среднетяжелая (кS>20 баллов)	
Клиническая ремиссия	1	–	1
Значительное улучшение	3	2	5
Улучшение	4	6	10
Без эффекта	2	2	4
Ухудшение	–	–	–
Итого	10	10	20

улучшение (полное отсутствие признаков вторичной бактериальной инфекции и уменьшение объективных и субъективных проявлений АтД) у 4 больных (20%). Случаев отсутствия эффекта или ухудшения в процессе применения препаратов Эмолиум П мы не наблюдали.

В результате 3-недельного применения традиционных увлажняющих и антисептических средств (табл. 6) мы констатировали клиническую ремиссию (отсутствие проявлений АтД и признаков вторичной бактериальной инфекции) у одного ребенка (5%), значительное улучшение (полное отсутствие признаков вторичной бактериальной инфекции и сохранение незначительных проявлений АтД, таких как легкая эритема или лихенификация) у 5 пациентов (25%), улучшение (полное отсутствие признаков вторичной бактериальной инфекции и уменьшение объективных и субъективных проявлений АтД) у 10 больных (50%), без эффекта (наличие признаков бактериальной инфекции или высокий риск ее присоединения, сохранение объективных и субъективных проявлений АтД) у 4 больных (20%). Случаев ухудшения в процессе применения традиционных наружных средств не наблюдали.

Переносимость триактивного крема Эмолиум П и триактивной эмульсии для купания Эмолиум П среди разных возрастных групп детей, больных АтД, на протяжении всего курса лечения

оценена нами, пациентами и/или их родителями как очень хорошая у всех 20 больных (100%). Случаев развития побочных эффектов и осложнений нами не наблюдалось.

Переносимость применения традиционных увлажняющих и антисептических средств оценена нами, пациентами и/или их родителями как хорошая у 16 больных (80%) и удовлетворительная у 4 пациентов (20%). Серьезных нежелательных явлений в ходе исследования не было.

Таким образом, в ходе 3-недельного исследования была продемонстрирована более высокая клиническая эффективность, очень хорошая переносимость и безопасность препаратов Эмолиум П по сравнению с традиционными увлажняющими, антисептическими средствами в наружной терапии детей с АтД легкой и средней степени тяжести. Триактивный крем Эмолиум П и триактивная эмульсия для купания Эмолиум П быстро устраняют сухость и шелушение, прекрасно увлажняют кожу, как в очагах АтД, так и вне очагов поражения, уменьшают остроту воспалительных явлений, обладают противозудным эффектом. Следует также отметить, что применение триактивного крема Эмолиум П и триактивной эмульсии для купания Эмолиум П препятствует развитию вторичных бактериальных инфекций кожи (пиодермий), которые очень часто осложняют течение АтД у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Сидоренко О.А.* Современная наружная и физиотерапия дерматозов. М.: «Экзамен», 2007: 703 с.
2. *Короткий Н.Г., Гамаюнов Б.Н.* Причины сухости кожи и лечебно-косметический уход за ней. *Клин. дерматология и венерология.* 2006; 4: 98–101.
3. *Эрнандес Е.И., Марголина А.А., Петрухина А.О.* Липидный барьер кожи и косметические средства. 3-е изд. М.: ООО «Фирма КЛАВЕЛЬ», 2005: 400 с.
4. *Del Rosso JQ.* Repair and Maintenance of the Epidermal Barrier in Patients Diagnosed with Atopic Dermatitis. *J. Clinical and Aesthetic Dermatol.* 2011; 6: 45–55.
5. *Simpson EL, Berry TM, Brown PA, Hanifin JM.* A Pilot Study of Emollient Therapy for the Primary Prevention of Atopic Dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2010; 63 (4): 587–593.