

© Балаболкин И.И., Мачарадзе Д.Ш., 2004

*И.И. Балаболкин, Д.Ш. Мачарадзе*

### НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ (ГИДРАТАЦИЯ, УВЛАЖНЯЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ)

ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, Детская городская поликлиника СВАО № 102, Москва

Атопический дерматит (АД) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи. Его кардинальные признаки — сухость и зуд кожных покровов — приводят к физической и эмоциональной дезадаптации как самого больного, так и членов его семьи [1].

В 2002 г. международная экспертная группа по АД (США) пришла к следующему заключению: «АД в детском и взрослом возрасте представляется единой болезнью, несмотря на то что в дальнейшем, возможно, будут выделены генетические подтипы, имеющие различные варианты экспрессии» [1]. Эксперты подчеркивают характерную особенность течения АД: поскольку у таких пациентов нарушена барьерная функция кожи и имеет место зуд, терапия принимает симптоматическую направленность — увлажнение кожи и облегчение зуда [1].

На сегодня не вызывает сомнений тот факт, что наружная терапия является патогенетически обоснованной и совершенно необходимой для каждого пациента, страдающего АД.

Однако рекомендации по наружной терапии, включая уход за кожей и правильное применение местных препаратов, до сих пор не нашли должной степени понимания у практикующих врачей и соответственно у больных.

Более того, современные знания и достижения в лечении АД иногда слабо востребованы практикой и сводятся, главным образом, к назначению топических кортикостероидов (ТКС) и/или симптоматических средств в виде различных дерматологических прописей.

В данном сообщении мы постараемся довести эти принципы и тактику рационального лечения АД до врачей, следовательно, и до пациентов, что позволит достичь длительной ремиссии заболевания и улучшит качество жизни таких больных.

#### **Кожный барьер**

Как известно, эпидермис защищает кожу от воздействия антигенов и факторов окружающей

среды. Гидролипидная пленка, покрывающая поверхность кожи, препятствует размножению патогенных агентов благодаря сапрофитной флоре и кислому pH; предотвращает потери воды; позволяет коже дышать и осуществлять секрецию кожного сала. Нарушение целостности гидролипидной пленки приводит к потере воды, повышению чувствительности сухой кожи к ирритантам, размножению бактерий и накоплению антигенов. Клетки становятся несвязанными, что приводит к проникновению бактерий и аллергенов в более высокие слои. Истончается межклеточный цемент: недостаток липидов приводит к изменению барьерной функции кожи. Недавнее исследование показало, что при АД и гидратация эпидермиса, и поверхностный липидный слой кожи уменьшены [2].

Нарушение липидной структуры рогового слоя кожи при АД считается основной причиной ксероза и повышения чувствительности кожи к раздражителям (ирритантам) и антигенам [3].

Эпидермис состоит из клеток, которые соединены друг с другом посредством цементирующего вещества, в состав которого входят липиды: церамиды, незаменимые жирные кислоты, холестерол, триглицериды, сквален. Церамиды служат основными молекулами, задерживающими воду в экстрацеллюлярном пространстве ороговевающей оболочки [3—5]. У пациентов с АД обнаружено сниженное содержание церамидов в роговом слое как поврежденной, так и неповрежденной кожи, что приводит к нарушению экспрессии сфингомиелин-деацетилазаподобных энзимов. В свою очередь, бактериальная флора кожи, колонизирующая как экзематизированные, так и неповрежденные участки, секретирует церамидазу — фермент, разлагающий церамиды на сфингозин и жирные кислоты.

Кроме того, развитию активной фазы заболевания способствует сдвиг pH в щелочную сторону как в экзематизированных, так и неповрежденных участках кожи [5].

Установлено также, что кератиноциты пациентов с АД поддерживают воспалительный иммун-

ный ответ кожи, продуцируя хемотоксические факторы и цитокины, которые привлекают больше Т-клеток в эпидермис [3].

Важную роль в поддержании ксероза кожи играет неполное превращение  $\omega$ -6 жирных кислот (т.е. линоленовой,  $\gamma$ -линоленовой и дигомо- $\gamma$ -линоленовой) в простагландин  $E_1$  [3].

#### Вспомогательная базисная терапия

В принятом согласительном документе по АД уход за кожей отнесен к вспомогательной базисной терапии, использование которой является совершенно необходимым при лечении этого заболевания [1]. Эксперты подчеркивают также важность адекватного подбора необходимых средств ухода за кожей в зависимости от личных предпочтений, возраста пациента и типа АД индивидуально. По их мнению, это могут быть различные по механизму действия средства — окклюзивные, увлажняющие, смягчающие, а также стимуляторы восстановления белка [1].

Следует особо отметить важный аспект вспомогательной базисной терапии, который заключается в том, что из-за нарушения барьерной функции кожи и ее сухости, увлажняющие и смягчающие средства используют даже в те периоды заболевания, когда симптомы отсутствуют [1, 6—8]. Известно, что у больных АД в невовлеченной в патологический процесс коже находят те же воспалительные клетки, которые инфильтрируют атопические участки; ничем не отличаются также проявления кожной гиперреактивности в различных местах кожи [8, 9]. Показано также, что сухость кожи, сопровождаемая трансэпидермальной потерей воды, способствует повышению системной абсорбции топического гидрокортизона [10].

Кроме того, атопическая кожа в силу своей гиперреактивности имеет характерную особенность изменяться в зависимости от колебаний температуры воздуха, стрессовых ситуаций, после принятия определенной пищи или по другим еще каким-то неизвестным причинам [1, 4, 11]. Несомненно, состояние кожи изменяется также после нанесения наружных средств терапии. А такие изменения кожи после аппликации лекарственных средств, как жжение, усиление зуда, гиперемия, сами пациенты или врачи могут связать с применяемым препаратом, что нередко влечет за собой его отмену. На самом деле причиной изменений кожного процесса могут быть вышеперечисленные экзогенные факторы, и врачам следует помнить об этом, наблюдая больного в динамике и проводя ему тест на переносимость препарата. Хотя не следует забывать о возможности развития аллергического контактного дерматита даже на применение ТКС [12—14].

Регулярное использование смягчающих и увлажняющих средств имеет чрезвычайно важное значение для кожи. Это подтверждено доказательной медициной в ряде рандомизированных исследований.

Вначале необходимо сказать о том, что термин «смягчающее средство» нельзя приравнивать к по-

нятию «увлажняющее» [15]. Как известно, сухость кожи связана с нарушением ее барьерной функции, что имеет место не только при АД, но и ихтиозе, контактном дерматите. Однако ксероз (сухость) и нарушение барьерной функции кожи характеризуются различными биохимическими, физико-химическими и морфологическими изменениями. Изучение особенностей этих процессов лежит в основе развития нового направления в терапии кожных заболеваний — фармацевтико-косметической индустрии.

Доказано, что эффективность увлажняющих средств зависит от дозы, pH кожи, а также от компонента больных [15—18]. Входящие в состав увлажняющих средств ингредиенты (эмульсификаторы, антиоксиданты, консерванты) после аппликации остаются на поверхности кожи, абсорбируются с последующим метаболизмом или исчезают с кожи. Помимо увлажняющего эффекта, эти средства обладают также другими свойствами. Так, эмульсификаторы влияют на барьерную функцию кожи, а керамид-содержащие липидные компоненты снижают трансэпидермальную потерю воды через кожу. В целом увлажняющие средства делают атопическую кожу менее чувствительной к ирритантам и контактными аллергенам [15].

То, что смягчающие/увлажняющие средства обладают фармакологическими свойствами, подтверждено экспериментально. Так, в опытах на мышах было показано, что аппликация белого парафина или крема кетомакроголя приводит к усилению антимитотических процессов в коже [19]. Смягчающие средства, содержащие белый парафин, оказывают также вазоконстрикторное и атрофогенное действие в коже (конечно, в меньшей степени, чем ТКС) [20]. В другом исследовании была подтверждена антициклооксигеназная способность смягчающих средств, что говорит об их противовоспалительном эффекте [2].

По мнению проф. D. Leung, «увлажнение и смягчение кожи является ключевым в терапии АД» [21].

Однако, прежде чем пациенту с АД назначить смягчающие/увлажняющие средства, необходимо соблюдать определенные правила ухода за кожей.

#### Уход за кожей пациента с АД

АД требует особого ухода за кожей в любом периоде течения. Как было сказано выше, даже при отсутствии клинических симптомов АД, необходимо продолжить общий уход за кожей, одним из компонентов которого является регулярное использование смягчающих и увлажняющих средств.

#### Общие правила ухода за кожей

Вне зависимости от возраста пациенты с АД нуждаются в ежедневных 15—20-минутных водных процедурах (душ, ванна), которые очищают и увлажняют кожу, предотвращают ее инфицирование, улучшают проникновение вглубь кожи лекарственных средств [22—24]. Вода для купания

должна быть прохладной и дехлорированной путем отстаивания ее в ванне в течение 1—2 ч с последующим согреванием или добавлением кипятка. Можно использовать также воду, прошедшую очистку с помощью специальных фильтров.

Часто появление сухости кожи и обострение АД связаны с купанием в бассейнах с химически обработанной водой и другими водными процедурами. Доказано, что кожа пациентов с АД более чувствительна к воздействию остаточного хлора, содержащегося в водопроводной воде, по сравнению с кожей здоровых лиц [25]. Кроме того, само воздействие остаточного хлора может играть провоцирующую роль в развитии и обострении АД.

При посещении бассейнов некоторые больные отмечают ухудшение состояния кожи, другим же, напротив, подобный вид спорта может приносить пользу [22]. Сразу после плавания в бассейнах пациентам с АД рекомендуют применять мягкие очищающие средства для удаления хлора или брома, а затем наносить увлажняющее средство.

При купании нельзя пользоваться мочалками, растирать кожу; желателен применять высококачественные моющие средства с нейтральным pH 5,5 (исключить мыло!); после купания кожу промокают (не вытирать досуха!) полотенцем; для предотвращения эффекта испарения на еще влажную кожу, особенно на участки повышенной сухости, наносят смягчающие и увлажняющие средства ухода за кожей.

#### Гидратация кожи и увлажняющие препараты

Большинство исследований подтверждают эффективность ежедневной увлажняющей терапии у пациентов с АД [2, 18, 24]. Особенно важно сочетанное применение таких средств с противовоспалительными препаратами.

У детей и взрослых, страдающих легкой и среднетяжелой степенью тяжести течения АД, J. Hanifm et al. провели сравнительное исследование эффективности местного применения увлажняющего крема 3 раза в сутки в сочетании с ТКС 2 раза в сутки (1-я группа) и монотерапии гормональным препаратом (2-я группа) [18]. Через 3 недели лечения у 1-й группы больных было достигнуто достоверное клиническое улучшение по сравнению со 2-й группой. Кроме того, более 95% всех участников исследования изъявили желание получать комбинированную терапию.

В другом исследовании смягчающий крем был добавлен к 2,5% крему гидрокортизона, который применяли однократно в сутки; такой режим лечения сравнивали с эффективностью двукратного использования только одного ТКС [26]. Было показано, что смягчающее средство снижает потребность в ТКС, а их регулярное применение помогает предотвратить обострения АД. Однако у  $\frac{2}{3}$  детей в возрасте старше 1 года монотерапия смягчающими и гидратирующими средствами не способствовала профилактике обострений АД.

Эффективность применения гидратации кожи и увлажняющих препаратов получила клинико-морфологическое подтверждение в исследовании S. Chamlin et al., которые добавляли к стандартной терапии группы детей с «упорным резистентным АД» смягчающее средство с преобладанием керамидов [27]. К концу 6—12-й недели у всех больных было отмечено клиническое улучшение симптомов АД. Кроме того, в ультраструктуре рогового слоя обнаружались экстрацеллюлярные ламинарные мембраны, которые почти совершенно отсутствовали исходно.

Еще раньше R. Marks сообщил о том, что у взрослых больных дерматитом рук, использующих увлажняющие средства на протяжении более месяца, клиническое улучшение (по оценке степени тяжести АД с использованием индекса SCORAD) было сравнимо с группой больных, применяющих в лечении высокоактивный ТКС — 0,025% бетаметазона валерат [20].

Очень интересное исследование было проведено P. Ainley-Walker et al., которые у пациентов с АД изучали эффективность различных наружных средств путем их нанесения на два симметричных участка пораженной кожи [11]. В исследование было включено 82 пациента (из них 66 ребенка), которые применяли ТКС средней и высокой активности, а также смягчающие средства. Были выявлены следующие особенности наружной терапии. Так, при сравнении эффективности ТКС легкого класса и смягчающего средства ТКС был эффективен в 10 случаях из 17, в 5 случаях клиническая эффективность препаратов была одинаковой, а в 2 — смягчающее средство оказалось даже более эффективным, чем наружный кортикостероид. В другой группе сравнения у 3 больных смягчающее средство по терапевтической эффективности почти не отличалось от ТКС средней активности.

Однако эти заключения должны быть подтверждены в рандомизированных клинических исследованиях [21, 22].

#### Какими увлажнителями следует пользоваться пациентам с АД?

Для ежедневных гигиенических ванн следует использовать препараты *лечебно-косметологической линии*. К ним относят средства для ухода за атопической кожей типа «Мустела Стелатопия» (Mustela), «Авен» (Avene), «Виши» (Vichy), «Урьяж» (Uriage) и др.

Лечебно-косметические линии включают также другие специальные лечебные и гипоаллергенные средства: шампуни, губные помады, жидкие мыла, очищающие составы и др. Так, для пациентов с АД лаборатория «Биодерм» (Франция) предлагает следующие средства:

- *мылс Атодерм*, сверхпитательное мыло Атодерм — очищающее средство, не содержит мыло, используют для ежедневной гигиены сухой и атопической кожи; увлажняет, успокаивает, смягчает кожу;

- *крем Атодерм РО цинк* — успокаивающий, противозудный и увлажняющий крем для сухой раздраженной кожи в периоды обострения АД;

- *крем Атодерм* — компенсирующий, защитный и увлажняющий крем для ухода за кожей вне обострения.

В своей монографии «Атопический дерматит у детей» проф. Н.Г. Короткий подробно описывает состав препаратов продукции некоторых французских компаний (La Roche-Posay, Vichy и др.), которые применяют в лечении АД [28].

*Липикар Синдет* — жидкое очищающее средство с рН 5,5. Содержит масло каритэ 1% — уменьшает сухость кожи, восстанавливая гидролипидную пленку на поверхности эпидермиса; глицерин 2% — обеспечивает быстрое увлажнение верхних слоев эпидермиса; смягчающие компоненты 8% — успокаивают раздраженную кожу; противоизвестковые компоненты 0,3% — нейтрализуют известковую воду.

*Масло Липикар* — успокаивающее липидовосполняющее средство для ванны. Растворяют в ванне или наносят непосредственно на кожу под душем. Вступая в контакт с водой, масло Липикар восстанавливает поврежденную гидролипидную пленку чрезвычайно сухой кожи, защищая ее от дегидратирующего и раздражающего действия солей, содержащихся в водопроводной воде. Липикар содержит масло каритэ 5% и активные составляющие компоненты эпидермиса: жирные кислоты — близкие по структуре к тем, что отсутствуют или значительно снижены у людей с сухой кожей; стеролы — снимают раздражение кожи и обладают заживляющим действием.

*Бальзам-Липикар* — первый липидовосполняющий бальзам для лица и тела, не вызывающий закупорки пор, и первая эмульсия «масло в воде», содержащая олеосомы. Олеосомы представляют собой микрокапельки масла, заключающие в себе липофильные активные компоненты, которые обладают большим сродством к поверхностным слоям эпидермиса (за счет последнего достигается выраженное и длительное увлажняющее действие препарата на кожу). Кроме олеосом в состав Липикара входят масло каритэ 20% — обеспечивает естественное восполнение кожных липидов, обладает ранозаживляющим и смягчающим действием; глицерин 10% — увлажняющий компонент; рапсовое масло 5% — оказывает смягчающее действие; термальная вода La Roche-Posay — успокаивает и смягчает кожу, оказывает ранозаживляющее действие.

*Эмульсия Липикар* — увлажняющая смягчающая эмульсия для лица и тела. Содержит  $\alpha$ -бисабол — интенсивно увлажняет и смягчает кожу; алантоин — предотвращает появление лихенификации; масло каритэ — восстанавливает гидролипидную пленку на поверхности эпидермиса; термальную воду La Roche-Posay — успокаивает и смягчает кожу, оказывает ранозаживляющее действие.

*Цералип* — восстанавливающий крем для губ. Содержит масло каритэ — восполняет недостаток жирных кислот на поверхности кожи губ; воск — обеспечивает дополнительную защиту кожи губ от внешнего воздействия неблагоприятных факторов; не содержит консервантов и не имеет запаха.

Серия фармацевтических косметических средств лаборатории Vichy по уходу за атопической кожей включает молочко Липидиоз 1, крем Липидиоз 2, крем Липидиоз для рук, крем для лица Нутриложи 1 и Нутриложи 2,стик Липидиоз для губ.

*Липидиоз 1* — увлажняющее молочко для сухой кожи туловища. Содержит активные гидрофиксаторы (мочевина + лактат аммония), глицерин, масло каритэ, термальную воду Vichy. Гидрофиксаторы удерживают влагу в коже и ограничивают дезорганизацию липидных пластинок, что способствует увлажнению кожи в течение 24 ч. Применение Липидиоза 1 обеспечивает исчезновение ощущения стянутости кожи и трещин.

*Липидиоз 2* — жидкий крем для очень сухой кожи туловища. Содержит глицерин, минеральное масло, оливковое масло, масло авокадо, масло косточек смородины, масло каритэ, термальную воду Vichy. Поступление преструктурированных липидов позволяет восстановить разрывы в межклеточном цементе и оптимально повысить защитную функцию кожи. В результате применения устраняются шелушение и зуд кожи, заживают трещины, кожа становится ровной и мягкой.

*Липидиоз* — восстанавливающее средство для ухода за сухой и потрескавшейся кожей губ. Уникальный состав препарата защищает красную кайму губ от ультрафиолетовых лучей, способствует заживлению трещин, питает и смягчает кожу губ.

*Нутриложи 1* — крем для сухой кожи лица на основе запатентованного сфинголипида и олеосомной технологии. Сфинголипид — экзогенный предшественник липидов — восстанавливает нарушенный естественный процесс воспроизводства собственных липидов кожи и барьерной функции эпидермиса. Олеосома — новейшая галеническая транспортная форма переноса липофильных активных компонентов, обеспечивающая защиту, глубокое проникновение и пролонгированное действие липофильных компонентов (сфинголипидов). Кроме того, Нутриложи 1 содержит запатентованный сфинголипид — N-(2-гидроксигексадеканойл сфинганин), церамиды, токоферол, холестерол, глицерин, дисодиум ЭДТА, абрикосовое масло, термальную воду Vichy. Благодаря олеосомной технологии сфинголипид проникает в глубокие слои кожи и восстанавливает способность кожи вырабатывать собственные липиды. Абрикосовое масло, глицерин, эссенциальные жирные кислоты смягчают и питают кожу. Термальная вода оказывает успокаивающее действие на кожу и повышает ее естественные защитные свойства. Крем Нутриложи 1 восстанавливает барьерные свойства эпидермиса за счет повышения уровня кожей

собственных керамидов, смягчает и питает кожу, вследствие чего она становится гладкой и мягкой.

*Нутриложи 2* — крем для очень сухой кожи лица на основе запатентованного сфинголипида и олеосомной технологии. Состав и механизм действия аналогичен крему Нутриложи 1. Дополнительно содержит пчелиный воск, вазелин, масло каритэ, благодаря которым питающее и смягчающее действие на кожу усиливается.

Другая французская компания Laboratoires Nygu-Charlieu специально разработала и выпускает гипоаллергенную, высокоэффективную увлажняющую эмульсию Топикрем.

*Топикрем* — водно-масляная эмульсия на основе глицерина (длительно увлажняет кожу), мочевины 2% (кератолитическое средство), которую можно использовать при сухости и шелушении кожи, в том числе у новорожденных.

Топикрем быстро восстанавливает водно-жировой баланс на поверхности кожи, эффективно смягчает и устраняет чувство стягивания, возникающее при выраженной сухости кожи [25].

Более 50 лет французская компания Laboratories Expancience создает косметические средства ухода за кожей новорожденных и детей, в том числе для больных, страдающих АД. Косметическая линия Mustela из серии StelAtopia разработана для ухода за атопической кожей с использованием дистиллята масла подсолнечника. Активные ингредиенты препарата включают: 90% незаменимые липиды (линолевые и олеиновые триглицериды), 5% фитостеролы, 1%  $\alpha$ -токоферол (на 90% натуральный витамин E), керамиды, смягчающие компоненты. Запатентованный дистиллят масла подсолнечника имеет химическую структуру, которая способна включаться в метаболизм липидов. Как известно, сухость кожи при АД приводит к изменениям эпидермального барьера и связана с нарушением содержания в ней липидов, поэтому очень важно использовать препараты, способные влиять на липидный баланс кожи.

Исследования *in vitro* подтвердили способность липидной эмульсии дистиллята масла подсолнечника увеличивать неосинтез керамидов, цереброзидов и холестерина в эпидермисе атопической кожи [29]. Клинические исследования эффекта нанесения 2% эмульсии дистиллята масла подсолнечника у 227 детей с АД также подтвердили ярко выраженный эффект препарата на степень увлажнения внешних слоев кожи, а также значительное увеличение липидов на поверхности кожи по сравнению с первоначальными значениями [29]. Липидная эмульсия дистиллята масла подсолнечника способствует также увеличению синтеза керамидов, которые, как известно, участвуют в регулировании проницаемости барьера кожи. Значительное увеличение неосинтеза холестерина в коже после нанесения 2% эмульсии StelAtopia указывает на его участие в регуляции сцепления ороговевших клеток и, таким образом, в поддержании барьерной функции кожи.

*StelAtopia Mustela очищающий крем* — средство без мыла, содержит концентрат подсолнечника, глицерин, касторовое масло, глицин. Используют для ежедневного мытья в ванне или под душем, смывают водой. Защищает и смягчает кожу.

*StelAtopia Mustela масло для ванны* содержит 90% смягчающих веществ, включая олеодистиллят подсолнечника, бисаболол, фосфолипиды. Идеально подходит для сухой атопической кожи; жировая основа делает кожу мягкой; снимает воспаление, облегчает зуд. Добавляют в воду 2—3 колпачка на ванну. После мытья не смывают, кожу промокают полотенцем.

*StelAtopia Mustela крем-эмульсия* содержит концентрат подсолнечника, незаменимые жирные кислоты, керамиды, ситостерол, производные сахарозы, смягчающие компоненты. Восстанавливает ключевые липиды кожи, снимает воспаление. Наносят на чистую сухую кожу лица и тела 2—3 раза в день.

Таким образом, для детей с АД используют в период обострения АД — StelAtopia масло для ванны + StelAtopia крем-эмульсия; в период ремиссии АД — StelAtopia очищающий крем + StelAtopia крем-эмульсия.

При использовании смягчающих и увлажняющих средств следует учитывать возраст ребенка (кожа детей имеет более нейтральный pH, более проницаема, у детей выше интенсивность кожного дыхания и др.), состав и показания к их применению.

Однако, хотя препараты фармакологической линии являются важным составляющим компонентом наружной терапии АД, они не заменяют лечебные противовоспалительные средства (ТКС, топические ингибиторы кальциневрина). В то же время препараты противовоспалительного действия следует наносить после гидратации и увлажнения кожи.

В таблице отражены наиболее важные сравнительные характеристики выше упомянутых средств ухода за кожей.

В последнее время для уменьшения сухости кожи, при которой смягчающие и увлажняющие средства малоэффективны, разработана новая линия препаратов, способных влиять на внеклеточную мембрану эпидермиса — так называемые керамид-доминирующие смягчающие средства [16, 17].

Показано, например, что применение многослойной эмульсии Атопалм в качестве наполнителя в комбинации с ТКС способствует уменьшению атрофии кожи по сравнению с монотерапией только гормональным препаратом и позволяет предупредить повышение pH кожи [17].

Для устранения сухости кожи применяют также Бепантен, F-99, Драполен, кремы детский, Роса, крем Глутамол (ЗАО «Инфарма»), который содержит выделенное из морских моллюсков вещество глутамол, витамины А и Е, вазелиновое масло, глицерин, эмульгаторы и др. [24, 28]. С этой же целью продолжают также широко применять крем Унна (Lanolini, Ol. Olivari, Ag. destill. aa).

Таблица

## Сравнительная характеристика основных свойств средств ухода за атопической кожей

Название	Полнога серии	Возраст, годы	Создание защитной пленки	Увлажнение кожи	Восстановление липидов кожи	Купирование воспаления	Подавление роста микроорганизмов	Активный компонент	Примечание
<i>Laboratories Expanscience:</i> Масло для ванны StelAtopia	Гигиена: обострение, ремиссия + увлажнение	0—12	Да	Да	Да	Да	Да	Молекулярный дистиллят подсолнечника	Основной компонент — растительные масла
Очищающий крем StelAtopia			Да	Да	Да	Да	Да		
Крем-эмульсия StelAtopia			Да	Да	Да	Да	Да		
<i>La Roche-Posay:</i> Масло для ванны Липикар	Гигиена: обострение, ремиссия + увлажнение	после 2 лет и взрослым	Да	Да	Нет	Да	Нет	Масло каритэ (растительное масло)	Основной компонент — минеральное масло. Масло каритэ — в малом кол-ве
Бальзам Липикар			Да	Да	Нет	Да	Нет		
<i>Bioderma:</i> Атодерм сверхпитательное мыло	Гигиена: ремиссия + увлажнение	0 — взрослые	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Сульфат Cu, сульфат Zn	
Атодерм мусс			Нет	Да	Нет	Да	Да		
Атодерм крем			Да	Да	Нет	Да	Нет		
Атодерм Р.О. Цинк крем			Да	Да	Нет	Да	Да		
<i>Uriage:</i> Cu-Zn гель	Гигиена: ремиссия + увлажнение	0 — взрослые	Нет	Да	Нет	Да	Да	Термальная вода Урьяж, пиролидон, карбоксилат Cu, Zn, оксид Zn	
Cu-Zn крем			Да	Нет	Нет	Да	Да		
Гидролипидик			Да	Да	Нет	Да	Нет		
Эмольтант			Да	Да	Нет	Да	Нет		
Прурисед крем			Да	Нет	Нет	Да	Нет	Термальная вода Урьяж, каламин	Противозудное
<i>Nigy Charlieu:</i> Топикрем	Гигиена: увлажнение	0 — взрослые	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Глицерин, 9,5% мочевины, минеральное масло, пчелиный воск	Ароматизатор, минеральное масло, аналог кольд-крема Mustela
<i>Schering-Plough:</i> Фридерм рН-баланс (шампунь)	Гигиена: ремиссия	0 — взрослые	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет		Лечебный шампунь

Иногда при применении смягчающих и увлажняющих средств больные испытывают незначительные побочные эффекты, главным образом жжение кожи (2%) [30].

К наружной терапии относят также такие дерматологические и симптоматические средства, как противовоспалительные препараты в виде цинка, нафталанна, дегтя; мази или гели, содержащие антигистаминные средства (Фенистиль-гель, Псило-бальзам).

В практике лечения АД нередко применяют также фитокремы, особенно с использованием основ китайской медицины [31].

Чрезвычайно важное и интересное исследование провели недавно Н. Ramsay et al. среди детей с АД, чьи родители сообщили об использовании фитокремов с положительным эффектом [32]. 19 пациентам было предложено проведение химического анализа крема, который они используют. Определение гидрокортизона, клобетазона бутирата, бетаметазона валерата и клобетазола пропионата проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Было исследовано 24 образца крема. 7 образцов крема содержали в составе клобетазона пропионат (в частности, 20% Дермовейта), 13 из 17 образцов крема неизвестных производителей также содержали различные ТКС. Никто из родителей не предполагал, что используемый ими крем содержит кортикостероид, в том числе сильного и очень сильного класса. В заключении статьи говорится о том, что этот факт требует немедленного принятия мер в области лицензирования фитокремов и совершенствования системы информирования населения о возможных опасностях, которыми чреваты нетрадиционные способы лечения.

За рубежом, в частности в Великобритании, широко практикуется использование компрессов со смягчающими средствами и/или ТКС — окклюзионных циркулярных повязок, которые накладывают поверх лекарственного препарата [33, 34]. С позиций доказательной медицины эффективность применения смягчающих/увлажняющих средств при АД предполагается, тогда как эффективность применения компрессов и других видов повязок у больных АД не установлена [35].

Таким образом, гидратация и увлажнение кожи являются ключевым методом лечения всех стадий АД. Увлажняющие и смягчающие препараты даже могут оказать своеобразный превентивный эффект еще до появления выраженных симптомов обострения заболевания и позволяют заметно сократить объем медикаментозной терапии [11, 15, 18].

Однако значимость использования смягчающих и увлажняющих средств в терапии АД существенно занижена из-за недостаточной роли, кото-

рую придают врачи этим лекарственным средствам, или же из-за низкого комплайенса со стороны самих пациентов. Как показал недавно проведенный опрос, из 77% детей, страдающих АД, которым специалисты назначили смягчающие мази, лишь 21% использовали их сразу после мытья [30].

Обычно смягчающие и увлажняющие средства применяют с утра и на протяжении всего дня несколько раз, а также обязательно после ванны и душа, тогда как ТКС в основном назначают на ночь.

Кроме того, врач и медсестра подробно объясняют больному, как использовать местное средство, дают ему письменные инструкции; во время местного лечения регулярно осматривают больного, оценивают эффективность препаратов, при необходимости изменяют схему лечения; больного обязательно ставят в известность о стоимости лечения, особенно перед тем, как назначить дорогой препарат [36].

### Заключение

Поскольку для АД характерно изменение баланса между водой и липидами поверхности кожи, что ведет к развитию таких клинических симптомов, как сухость кожи, становится абсолютно очевидной необходимость применения вспомогательной базисной терапии.

Хотя применение смягчающих и увлажняющих средств — важный компонент наружной терапии, однако они не заменяют препараты, обладающие противовоспалительным действием (ТКС, топические ингибиторы кальциневрина). Вместе с тем, как сказано в международном согласительном документе по АД (США, 2002), оба вида наружной терапии имеют симптоматическую направленность — увлажнение кожи и облегчение зуда.

О важной роли вспомогательной базисной терапии, заключающейся в регулярном нанесении средств для увлажнения и смягчения кожи при АД, свидетельствует тот факт, что такой подход остается совершенно необходимым при всех стадиях течения заболевания (обострение, ремиссия). Основанием подобного подхода служат такие доказанные факторы, как свойственная атопической коже повышенная трансэпидермальная потеря влаги, нарушение баланса между водой и липидами поверхности кожи (в сторону их снижения), что ведет к развитию ксероза кожных покровов. Кроме того, даже описаны случаи эквивалентной эффективности смягчающих средств и ТКС при лечении пациентов с АД. В целом гидратация кожи и применение смягчающих/увлажняющих средств значительно повышают эффективность комплексной терапии АД и качество жизни больных.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ellis C., Luger T., Abeck D. et al. // Аллергология — 2003. — № 4. — С. 50—58.
2. Sator P., Schmidt J., Honigsmann H. et al. // Am. Acad. Dermatol. — 2003. — Vol. 48. — P. 352—358.
3. Novak N., Bieber T., Leung D. // J. Allergy Clin. Immunol. — 2003. — Vol. 112. — S128 — S139.
4. Di Nardo A., werlz P., Giannetti A., Seidenari S. // Acta Derm. Venerol. — 1998. — Vol. 78. — P. 27— 30.
5. Gfesser M., Rakoski L., Ring J. // Br. J. Dermatol. — 1996. — Vol. 135. — P. 560 — 565.
6. Bannister M., Freeman S. // Austr. J. Dermatol. — 2000. — Vol. 41. — P. 225 —228.
7. Leung D. // J. Allergy Clin. Invest. — 2000. — Vol. 105. — P. 860—876.
8. Leung A., Barber K. // Adv. Ther. — 2003. — Vol. 20, № 3. — P. 129—137.
9. Nassif A., Chan S., Storrs G., Hanifin J. // Arch. Dermatol. — 1994. — Vol. 130. — P. 1402—1407.
10. Aalto-Korte K., Turpeinen M. // Br. J. Dermatol. — 1996. — Vol. 135, № 3. — P. 497—498.
11. Ainley-Walker P., Patel L., David T. // Arch. Dis. Child. —1998. — Vol. 79. — P. 149 —152.
12. Wilkinson S., Cartwright P., English J. // Lancet. — 1991. — Vol. 337. — P. 761— 762.
13. Korting H., Maibach H. // Curr. Probl. Dermatol. — 1993. — Vol. 21. — P. 170 —179.
14. Dooms-Goossens A., Meinardi M., Bos J., Degreef H. // Br. J. Dermatol. — 1994. — Vol. 130. — P. 42— 47.
15. Loden M. // Am. J. Clin. Dermatol. — 2003. — Vol. 4, № 11. — P. 771—788.
16. Chamlin S., Kao J., Frieden L. et al. // J. Am. Acad. Dermatol. — 2002. — Vol. 47. — P. 198—208.
17. Ким И., Ан С., Йонг С. и др. // Леч. врач. — 2002. — № 12. — С. 30 — 32.
18. Hanifin J., Hebert A., Mays S. // Curr. Ther. Res. —1998. — Vol. 59. — P. 227— 233.
19. Imokawa G., Abe A., Jin K. et al. // J. Allergy Clin. Immunol. — 1999. — Vol. 104. — S123 — S125.
20. Marks R. // Principles of cosmetics for the dermatologist. / Eds. Frost P., Hurwitz S. — St. Louis, CV Mosby, 1982. — P. 334 — 336.
21. Leung D. // J. Clin. Invest. — 2004. — Vol. 113. — P. 651— 657.
22. Boguniewicz M., Eichenfield L., Hultsch T. // J. Allergy. Clin. Immunol. — 2003. — Vol. 112. — S140—S150.
23. Макарова И.В. // Вопр. совр. педиатрии. — 2003. — № 2. — С. 33 — 36.
24. Ревякина В.А. // Там же. — 2002. — № 1 (4). — С. 54 — 56.
25. Seki T., Morimatsu S., Nagahori H., Morohasi M. // Там же. — 2003. — № 2 (3). — С. 32.
26. Lucky A., Leach A., Laskarzewski P., Wenck H. // Pediatr. Dermatol. — 1997. — Vol. 14. — P. 321— 324.
27. Chamlin S., Kao J., Frieden I. et al. // J. Am. Acad. Dermatol. — 2002. — Vol. 47. — P. 198 — 208.
28. Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей. / Под ред. Н.Г. Короткого. — М., 2003. — 218 с.
29. Пиккирили А., Шуло ЖС., Пикарди Н., Мсика П. // Европейский дерматологический конгресс, 2000.
30. Thorn G., Halbert A. // Austr. J. Dermatol. — 2003. — Vol. 44, № 1. — P. 28 — 33.
31. Schempp C., Windeck T., Hezel S., Simon J. // Phytomedicine. — 2003. — Vol. 10. — Suppl. 4. — P. 31— 37.



32. Ramsay H., Goddard W., Gill S., Moss C. // *Вопр. совр. педиатрии.* — 2004. — № 3 (1). — С. 60.
33. Goodyear H., Spowart K., Harper J. // *Br. J. Dermatol.* — 1991. — Vol. 125. — P. 604.
34. Mallon E., Powell S., Bridgman A. // *J. Dermatol. Treat.* — 1994. — Vol. 5. — P. 97— 98.
35. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. — М., 2002. — 1400 с.
36. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики: Пер. с англ. Мак-Гроу-Хилл, Либри, Италия. — М., 1998. — 1230 с.