

Л.А. Болотная, д.м.н., профессор, кафедра дерматовенерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Базовая наружная терапия и уход за кожей больных атопическим дерматитом



Л.А. Болотная

Атопический дерматит (АД) – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом и возрастными особенностями клинических проявлений.

АД начинается, как правило, в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать и в возрасте 30-40 лет. В большинстве случаев АД развивается у лиц с наследственной предрасположенностью, протекает как самостоятельно, так и в сочетании с другими аллергическими заболеваниями (бронхиальной астмой, аллергическим ринитом) [3, 4, 8, 15].

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты АД: ежегодно в мире регистрируется около 29 млн пациентов с данной патологией. Общая распространенность заболевания в развитых странах составляет 15-20% в детской популяции и 2-10% во взрослой [9, 17]. По данным Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины, в 2009 г. уровень заболеваемости АД составлял 382,8 случая на 100 тыс. детского населения. В Украине ежегодно увеличивается количество больных с впервые установленным диагнозом, при этом наблюдается более тяжелое течение дерматоза, особенно в раннем детском возрасте, что связано с появлением новых провоцирующих факторов, нерациональным питанием, искусственным вскармливанием, бесконтрольным применением антибиотиков и других лекарственных средств, отягощенным аллергологическим анамнезом у родителей. Так, в детской дерматологической практике до 80% пациентов, обращающихся за консультацией, имеют те или иные проявления АД [8, 9].

Почему АД является самым ранним клиническим проявлением атопии и наиболее часто встречающимся атопическим заболеванием у детей первых лет жизни? Это связано с анатомо-гистологическими особенностями, а также с характером иммунного ответа кожи на воздействие антигенов внешней среды у новорожденного и грудного ребенка [10, 14]. Собственно кожа (дерма) и подкожная жировая клетчатка детей раннего возраста представляют собой «средоточие» клеток, участвующих в распознавании, представлении антигенов и эффективном ответе на них. Подкожную клетчатку детей раннего возраста считают ретикулогистиоцитарным органом, напоминая по гистогенезу и функциям костный мозг. В дерме имеется множество фибробластов, гистиоцитов, лимфоцитов, плазматических, тучных клеток, тогда как коллагеновые и эластические волокна

недоразвиты. При этом на фоне обильной васкуляризации кожи стенки сосудов имеют лишь один слой эндотелиальных клеток, что позволяет различным веществам легко диффундировать через кожу. У детей раннего возраста коэффициент соотношения между площадью поверхности кожи и массой тела значительно выше, поэтому у них отмечается относительно большее число лимфоидных и тучных клеток в коже по сравнению с количеством таковых в других органах и тканях. Защитная «кислая» оболочка кожных покровов, образующая естественный барьер против патогенных микроорганизмов, формируется в более старшем возрасте; рН кожи младенцев составляет 6,7, тогда как у взрослых – 5,5.

Таким образом, кожные покровы ребенка в раннем возрасте становятся одним из основных органов, участвующих в формировании атопического типа ответа на антигенное воздействие, и, как следствие, основным органом-мишенью аллергической реакции.

Персистирующее иммуноассоциативное воспаление у детей с АД, в первую очередь, сопровождается структурно-функциональными изменениями в эпидермисе. В роговом слое уменьшается количество липидов, в значительной мере церамидов, дефицит полиненасыщенных жирных кислот (линолевой, линоленовой), аминокислот и гранул с кератогиалином, сокращается численность кератиносом в зернистом и шиповатом слоях, снижается активность ферментов дельта-6-десатуразы и деацилазы и т. д. [4, 7, 11, 14, 20]. Вследствие указанных изменений снижается способность рогового слоя задерживать воду, происходит расслаивание мембран и увеличивается проницаемость рогового слоя, что приводит к проникновению через кожу токсинов, аллергенов, бактерий. Показателем, характеризующим степень повреждения липидных структур рогового слоя эпидермиса, в том числе и дефицита ацилцерамидов, является величина трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ) [12]. Повышение ТЭПВ наблюдается не только в период обострения, но и во время ремиссии АД, что приводит к нарушению барьерной функции кожи, появлению сухости, усилению зуда. На фоне ксероза процессы репарации протекают крайне медленно, а иногда и приостанавливаются [10, 18].

Тот факт, что сухость и нарушение барьерной функции кожи влияют на течение АД, вполне очевиден. В результате многих исследований установлена взаимосвязь между зудом, сухостью и воспалением кожи, однако какой из указанных феноменов является первичным, пока не ясно. В последнее время нарушение барьерной функции кожи рассматривают как один из важных фенотипических признаков АД, который обуславливает не только ксероз, но и снижение уровня антимикробных пептидов в коже, повышение ТЭПВ, чувствительности кожи к различным ирритантам и аллергенам.

В настоящее время благодаря достижениям молекулярной генетики и биологии, междисциплинарному подходу получены новые сведения о патофизиологии и терапии этого заболевания, что отражено международными экспертами в согласительном документе «Диагностика и лечение атопического дерматита у детей и взрослых» (2006) [13], а также в клинических рекомендациях по ведению больных атопическим дерматитом Российского общества дерматовенерологов (2010) [4]. Проект клинических рекомендаций по диагностике, профилактике и лечению АД подготовлен в 2010 г. группой отечественных экспертов под руководством заведующей кафедрой дерматовенерологии Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктора медицинских наук, профессора Л.Д. Калужной. Лечение больных АД предполагает использование различных медикаментозных препаратов как наружного, так и системного действия, фототерапии в сочетании с базовой топической терапией. Одобрена ступенчатая тактика ведения больных АД с определением приоритетов системной и/или наружной терапии в зависимости от тяжести заболевания. Выбор метода лечения определяется индивидуально с учетом клинической картины заболевания, возраста, сопутствующей патологии.

Основной целью терапии АД должно быть уменьшение выраженности симптомов, обеспечение длительного контроля над заболеванием путем предотвращения или снижения тяжести обострений и изменение естественного течения заболевания [3, 5]. В первую очередь необходимо минимизировать факторы, которые могут спровоцировать обострение АД, например неблагоприятное воздействие окружающей среды, контактных, ингаляционных и пищевых аллергенов, химических раздражителей и др. Соблюдение индивидуальной гипоаллергенной диеты также является не менее важным условием коррекции симптомов АД [8].

Наружная терапия является патогенетически обоснованной и необходимой для каждого пациента с АД, поскольку может изменить течение и исход болезни. Принципиальное значение топической терапии объясняется, во-первых, тем, что АД – это хронический воспалительный процесс, во-вторых, крайне важно достичь восстановления и поддержания целостности кожного барьера, нарушение которого является кардинальным признаком [2, 7, 21]. Еще одним значимым подходом является воздействие на сухость кожи при АД. Установлено, что сухость кожи, сопровождаемая ТЭПВ, ведет к повышенной системной абсорбции топических глюкокортикостероидов (ТГКС), поэтому эффективная вспомогательная терапия с целью устранения сухости, зуда кожи, а также нарушений барьерной функции, заключающаяся в регулярном нанесении средств для увлажнения кожи, будет способствовать повышению результатов лечения АД. Следует отметить, что увлажняющие/смягчающие средства не обладают противовоспалительным действием (либо указанный эффект выражен слабо) и в меньшей степени облегчают симптомы, определяющие тяжесть течения АД, а противовоспалительные препараты не предназначены для лечения сухости кожи [2, 11].

Всем больным АД независимо от тяжести, распространенности, течения патологического процесса, наличия/отсутствия осложнений и даже в период ремиссии показана базовая топическая терапия, на фоне которой в дальнейшем назначают противовоспалительные препараты (ТГКС, топические ингибиторы кальциневрина). При осложнении АД бактериальной/грибковой/вирусной инфекцией лечение следует продолжить наружными комбинированными или системными препаратами [4, 5].

Согласно международным и отечественным рекомендациям увлажняющие и смягчающие средства входят в стандартную терапию АД.

Эти средства обладают глюкокортикоидсберегающим эффектом и используются для достижения и поддержания контроля заболевания [2, 3, 7]. Разработан целый ряд специальных лечебных средств ухода за сухой и атопической кожей [12]. Способностью восстанавливать и поддерживать нарушенный при АД трансэпидермальный барьер обладают далеко не все увлажняющие/смягчающие средства, присутствующие на рынке. Особый интерес представляют косметические средства Локобейз Рипеа и Локобейз

Липокрем, разработанный компанией «Астеллас Фарма».

В механизме действия увлажняющих средств можно выделить 3 основных этапа: очень быстрое (менее 1 ч) уменьшение ТЭПВ благодаря окклюзивным свойствам компонентов; проникновение в роговой слой эпидермиса и замещение дефицита липидов, формирующих кожный барьер (менее 6 ч); проникновение в эпидермис глубже рогового слоя, интеграция липидов, идентичных содержащимся в коже, в ламеллярные тельца зернистого слоя (последние секретируют эти липиды как нормальные; данный эффект продолжается от 6 до 24 ч) [12]. Механизм действия большинства увлажняющих средств включает лишь первые два этапа, поэтому через непродолжительное время возникает необходимость в повторном их применении, в то время как воздействие Локобейз Рипеа последовательно реализуется в указанные три этапа.

Известно, что эффективность любого косметического средства и влияние на восполнение дефектов кожи определяется его составом.

В состав препарата входят вещества, которые обеспечивают разнонаправленное восполнение дефекта эпидермального барьера [7, 11, 16]. Локобейз Рипеа — эмульсия типа «вода в масле» с высоким (63%) содержанием липидов. В состав Локобейз Рипеа входят липиды, идентичные липидам кожи, и свободные жирные кислоты (олеиновая и пальмитиновая) в соотношении 1:1:1, оптимальном для ускорения восстановления барьерной функции кожи. Это является ключевой особенностью указанного препарата, которая обеспечивает длительно сохраняющееся (до 24 ч) увлажняющее действие при нанесении 1 р/сут.

Локобейз Рипеа также содержит вазелин, жидкий парафин и наночастицы твердого парафина, которые удлиняют время действия крема. Указанные компоненты препятствуют ТЭПВ. Кроме того, наночастицы парафина оказывают матирующее действие, обеспечивая хороший косметический эффект. Глицерин, входящий в состав препарата, обеспечивает функцию увлажнения кожи, сорбитана олеат, воск из листьев пальмы карнауба, карбопол и трометамин — стабилизаторы, поддерживающие частицы парафина равномерно распределенными в эмульсии и обеспечивающие оптимальный pH. Локобейз Рипеа не содержит красителей, отдушек и консервантов, что минимизирует риск развития аллергических реакций. Восстанавливая гидролипидную пленку на поверхности кожи, Локобейз Рипеа, вероятно, предотвращает выброс цитокинов, запускающих воспалительные процессы при повреждении эпидермального барьера.

Результаты мультицентрового сравнительного исследования эффективности Локобейз Рипеа у пациентов с АД свидетельствуют, что его применение сопровождается восстановлением барьерной функции кожи, уменьшением выраженности симптомов (сухости, шелушения, зуда, эритемы) и тяжести болезни через 4 и 8 нед независимо от использования ТГКС. Однако комбинированное назначение

последних и Локобейз Рипеа повышает эффективность терапии и оказывает эффект глюкокортикостероидсберегающее действие [19]. В контрольной группе, получавшей комбинированную терапию с кремом Унны (соотношение в нем ланолина, подсолнечного масла и воды составляет 1:1:1), стабилизация процесса наблюдалась только у 50% больных [6]. Постоянное использование Локобейз Рипеа при АД после устранения симптомов активного воспаления позволяет значительно продлить период ремиссии и, следовательно, снизить стероидную нагрузку [11, 16].

Локобейз Рипеа рекомендуется больным АД в качестве единственного средства или в сочетании с противовоспалительными топическими средствами как в период обострения, так и во время ремиссии. Возможно использование данного средства и при других дерматозах, сопровождающихся ксерозом (контактном дерматите, псориазе, красном отрубевидном волосяном лишае — болезни Девержи — и др.), а также в качестве профилактического средства ухода за сухой и сухой чувствительной кожей.

Локобейз Рипеа имеет уникальные характеристики: очень высокое содержание липидов, наличие наночастиц парафина, повышающих эффективность эссенциальных липидов, возможность использования 1 раз в сутки, обширную доказательную базу. Как показывают клинические наблюдения и результаты проспективного исследования, за счет восстановления и поддержания нарушенной барьерной функции кожи у пациентов с АД Локобейз Рипеа ускоряет купирование симптомов обострения, повышает эффективность ТГКС и обладает глюкокортикостероидсберегающим действием.

Необходимость использования косметических средств в периоды клинической ремиссии обусловлена тем, что даже в отсутствие клинических проявлений АД персистирует воспаление и сохраняется сухость кожи, поэтому для длительного ухода за кожей можно использовать Локобейз Липокрем. Это эмульсия типа «масло в воде» с высоким содержанием липидов (до 70%), обладающая способностью повышать гидратацию рогового слоя эпидермиса и уменьшать выраженность субъективных симптомов ксероза; средство проникает только в верхние слои эпидермиса, действует до 6 ч.

В состав средства входят вазелин и жидкий парафин, имеющие окклюзионные свойства и оказывающие смягчающее действие; цитрат натрия и лимонная кислота, нормализующие pH; эмульсификаторы — цетостеариловый спирт, макрогала цетостеариловый эфир и консервант метилпарагидроксibenзоат. Локобейз Липокрем не содержит отдушек и красителей, что обеспечивает благоприятный профиль безопасности и низкий риск развития контактного дерматита.

Локобейз Липокрем используется у пациентов с АД в сочетании с Локобейз Рипеа на визуально неизмененных участках кожи в период обострения и ремиссии, у пациентов с хроническими дерматозами, сопровождающимися выраженной сухостью, — в качестве профилактического

средства ухода за сухой кожей, длительно и/или часто подвергающейся неблагоприятному воздействию факторов внешней среды.

Таким образом, нарушение целостности кожного барьера является основным патофизиологическим фактором АД. Серия увлажняющих средств Локобейз, разработанных с учетом структуры и функции кожи, может повышать эффективность терапии АД и других состояний, сопровождающихся сухостью кожных покровов. Средства данной серии также могут использоваться для профилактического ухода за сухой кожей. Постоянное использование специально разработанных для базового ухода за атопической кожей средств, способных эффективно восстанавливать эпидермальный барьер, позволяет существенно снизить количество обострений и удлинить период ремиссии, уменьшить потребность в применении ТГКС и улучшить качество жизни больных АД.

Литература

1. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Современные представления о структуре и функции кожного барьера и терапевтические возможности коррекции его нарушений // Русский медицинский журнал. — 2004. — Т. 12, № 18. — С. 1082-1084.
2. Белоусова Т.А., Горячкина М.В., Филиппова В.А. Современная стратегия наружной терапии воспалительных дерматозов // Consilium Medicum. — 2009. — № 3. — С. 41-46.
3. Калужная Л.Д. Современная концепция повседневной терапии атопического дерматита // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. — 2006. — № 3. — С. 56-60.
4. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. Под ред. Кубановой А.А. — М.: ДЭКС-Пресс, 2010. — 40 с.
5. Кениксфест Ю.В., Кохан М.М. Современный подход к наружной терапии и реабилитации кожи больных атопическим дерматитом // Клиническая дерматология и венерология. — 2006. — № 1. — С. 59-62.

6. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Крем Локобейз Рипеа в наружной терапии атопического дерматита у детей // Вопросы практической педиатрии. — 2009. — № 4. — С. 77-81.
7. Монахов К.Н., Очеленко С.А. Применение увлажняющих средств при нарушении кожного барьера // Клиническая дерматология и венерология. — 2009. — № 1. — С. 74-79.
8. Намазова Л.С., Вознесенская Н.И., Мазитова Л.П. Атопический дерматит у детей — проблемы и решения // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 19. — С. 44-49.
9. Наружная терапия и уход за кожей при атопическом дерматите у детей. Практическое руководство для врачей. Под ред. проф. Казначеевой Л.Ф. — Новосибирск, 2003. — 24 с.
10. Смирнова Г.И. Современные принципы наружной терапии атопического дерматита у детей // Русский медицинский журнал. — 2004. — Т. 12, № 18. — С. 1089-1092.
11. Хлебникова А.Н. Увлажняющие средства в терапии хронических дерматозов // Клиническая дерматология и венерология. — 2010. — № 4. — С. 32-38.
12. Эрнандес Е., Марголина А., Петрухина А. Липидный барьер кожи и косметические средства // Косметика и медицина. — 2005. — № 6. — С. 35-38.
13. Akdis C., Akdis M., Bieber T. et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology / American Academy of Allergy, Asthma and Immunology / PRACTALL Consensus Report // J. Allergy. Clin. Immunol. — 2006. — Vol. 118, № 5. — P. 152-169.
14. Cork M.J., Robinson D.A., Vasilopoulos Y. et al. New perspectives on epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis: gene-environment interactions // J. Allergy Clin. Immunol. — 2006. — Vol. 118, № 1. — P. 3-21.
15. Folster-Holst R., Pape M., Buss Y. et al. Low prevalence of the intrinsic form of atopic dermatitis among adult patients // Allergy. — 2006. — Vol. 61, № 8. — P. 629-632.
16. Kawashima M., Mizuno A. Usefulness of Locobase REPAIR for the treatment of dry skin found in atopic and xeroderma // J. Skin. Res. — 2002. — Vol. 1, № 4. — P. 338-346.
17. Leung D. New insights into atopic dermatitis // J. Clin. Invest. — 2004. — Vol. 113, № 4. — P. 651-657.
18. Loden M. The clinical benefit of moisturizers // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. — 2005. — Vol. 19, № 6. — P. 672-688.
19. Lucky A.W., Leach A.D., Laskarzewski P., Wenck H. Use of an emollient as a steroid-sparing agent in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis in children // Pediatr. Dermatol. — 1997. — Vol. 14, № 4. — P. 321-324.
20. Serge J.A. Epidermal barrier formation and recovery in skin disorders // J. Clin. Invest. — 2006. — Vol. 116, № 5. — P. 1150-1158.
21. Simion FA, Abrutyn ES, Draeos ZD. Ability of moisturizers to reduce dry skin and irritation and to prevent their return // J. Cosmet. Sci. — 2005. — Vol. 56, № 6. — P. 427-444.

Локобейз РИПЕА

Восстанавливающий крем 30г

Разработанное дерматологами увлажняющее косметическое средство с клинически доказанной способностью восстанавливать функцию кожного барьера

- характеризуется высоким содержанием липидов, идентичных липидам здоровой кожи, в соотношении, оптимальном для быстрого восстановления барьерной функции кожи
- создано с использованием современной технологии наночастиц
- быстро и эффективно восстанавливает функцию кожного барьера при атопическом и контактном дерматите, а также при других состояниях, сопровождающихся сухостью кожи, обусловленной дефицитом эссенциальных липидов

astellas
Сист. ведущий к жизни

Астеллас Фарма Юроп Б.В. в Украине
04050 Украина, г. Киев, ул. Пимоненко, 13, корпус 5А, оф.41.
Тел./факс: +38 (044) 490-68-26

Локобейз РИПЕА