

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНЫЙ УХОД ЗА КОЖЕЙ

Т.В. ПРОЦЕНКО, О.А. ПРОЦЕНКО

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального
медицинского университета им. М. Горького*

Атопический дерматит (АД) — одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний, с наследственной предрасположенностью к развитию, хроническим рецидивирующим течением, проявляющееся первично возникающим зудом, возрастной изменчивостью клинических проявлений сыпи на коже, гиперчувствительностью ко многим иммунным и неиммунным раздражителям [1].

Генетически обусловленный реагиновый тип аллергии сохраняется на протяжении всей жизни, именно с этим связано развитие аллергических реакций и появление рецидивов АД даже после многолетней ремиссии дерматоза. Неконтролируемое течение АД может быть первой ступенью манифестации «атопического марша», вплоть до развития бронхиальной астмы и инвалидизации больного. Поэтому очень важно с первых проявлений АД обеспечить адекватную врачебную тактику, выявить и элиминировать все предрасполагающие факторы, научить больного и/или близкое ему окружение жить с этой проблемой и контролировать течение АД.

Наружное лечение, являющееся неотъемлемой частью комплексной терапии АД, проводится с учетом бифазности развития воспаления в дерме, которое стартует как неиммунное, обусловленное нарушением барьерной функции кожи, с последующим развитием иммунозависимого воспаления, острая (экссудативная) стадия которого связана с Т-хелпер-2-клетками, а хроническая (инфильтрация, лихенификация) — с Т-хелпер-1-лимфоцитами.

Поэтому базисную наружную терапию АД следует проводить в двух направлениях:

1. Коррекция сухости кожи и восстановление защитно-барьерной функции. С этой целью используют средства лечебной косметики и препараты, идентичные по составу липидам кожи или гидролипидной мантии кожи.

2. Подавление иммунозависимого воспаления в коже, которое достигается путем применения топических кортикостероидов (ТКС) и препаратов — ингибиторов кальционеврина (такролимус, пимекролимус).

Классические дерматологические лекарственные формы (пасты, растворы, водно-взбалтываемые смеси, мази), хотя и не утратили своей актуальности, в последние годы используются значительно реже, особенно в амбулаторной практике, из-за особенностей органолептических свойств (неприятный запах, пачкание одежды, окрашивание кожи и одежды), медленного наступления лечебного эффекта, необходимости этапного длительного их применения.

И врач, и пациент (или его родители) желают получить быстрое облегчение симптомов болезни, косметическую комфортность применения наружного средства, не ограничивающую социальную активность больного. Этим требованиям вполне отвечают ТКС, что и объясняет их широкую популярность не только среди дерматологов, но и у врачей других специальностей.

Критерием выбора препарата среди многочисленных средств наружной терапии, как правило, является возможность получить выраженный терапевтический эффект в максимально короткие сроки и пролонгировать его на возможно более продолжительное время.

Быстрый терапевтический эффект, косметическая привлекательность ТКС приводят нередко к необоснованно широкому их применению как в виде самолечения, так и в практике педиатров и аллергологов, что при нерациональном использовании обуславливает хронизацию процесса, а часто повторяющееся и многолетнее нанесение приводит к формированию осложнений:

- активации условно-патогенной флоры кожи с развитием стрептодермий, кандидоза кожи;
- стойкой (стероидной) эритеме;
- телеангиэктазиям;
- стероидным акне;
- атрофии кожи;
- гипертрихозу;
- подавлению функции надпочечников за счет резорбтивного действия и др.).

Все это приводит к дискредитации ТКС с последующей гормонофобией и неадекватностью лечебной тактики.

Грамотное применение ТКС предполагает знание:

1) особенностей активного компонента ТКС;

2) особенностей выбора форм наружного средства в зависимости от морфологии сыпи;

3) морфофункциональных особенностей кожи в различные возрастные периоды и в различных топографических регионах.

Активность ТКС определяется химическим строением молекулы, концентрацией стероида в препарате, составом его основы. Риски осложнений при использовании ТКС во многом связаны с входящими в их состав атомами фтора и хлора. В связи с этим выделяют следующие группы ТКС:

— негалогенизированные (не содержащие ни атома фтора, ни атома хлора) — гидрокортизона ацетат, гидрокортизона бутират (локоид), метилпреднизолона ацепонат (адвантан);

— галогенизированные нефторированные (содержащие атом хлора, но не имеющие в составе атома фтора) — бетаметазона валерат (целестодерм), мометазона фуруат (элоком) и др.;

— галогенизированные фторированные (содержащие атомы фтора и хлора) — триамцинолона ацетонид (фторокорт, полькортолон), флюо-кортолона ацетонид (флуцинар, синафлан), флуметазона пивалат (лоринден), мазипредон (деперзолон) и др.

Для рационального выбора ТКС была предложена классификация, разделяющая их в зависимости от состава и связанной с этим силы местного противовоспалительного действия на 4 класса [10].

К 1-му классу (слабым ТКС) относят гидрокортизона ацетат (гидрокортизон), который назначают при слабо выраженных воспалительных явлениях, при локализации высыпаний на лице, а также у детей первого года жизни.

Препараты 2-го класса (средней силы) — флуметазона пивалат (лоринден), мазипредон (деперзолон) — назначают при необходимости купирования остро воспалительных явлений, при локализации процесса в области складок.

ТКС 3-го класса (сильные) используют при хронических упорных дерматозах, при необходимости быстрого купирования острого воспаления: гидрокортизона бутират (локоид), мометазона фуруат (элоком), метилпреднизолона ацепонат (адвантан), бетаметазона валериат (целестодерм), триамцинолона ацетонид (полькортолон, фторокорт), флуценолона ацетонид (синалар, синафлан). Высокая эффективность действия некоторых из этих препаратов связана с входящими в их состав атомами фтора и хлора, в то же время именно они обуславливают высокую резорбцию с риском системного действия, из-за чего их не назначают детям до 6 лет, а также на область лица во все возрастные периоды (риск стероидной эритемы, телеангиэктазий, гипертрихоза).

ТКС 4-го класса (клобетазона пропионат — дермовейт) обладают очень сильной терапевтической активностью и по силе действия могут быть сравнимы с системными КС. Их используют при инфильтрированных поражениях при первично хронических дерматозах (красный плоский лишай, лимфомы кожи, красная волчанка) и не назначают детям, а также на лицо и область складок.

Благодаря достижениям современной науки разработаны ТКС сильного действия, которые не содержат в своей структуре атомы фтора и хлора; по интенсивности воздействия они сопоставимы с «фторированными» ТКС, но нежелательные действия минимальны. Одним из самых совершенных новых препаратов, активных ингибиторов медиаторов иммунного воспаления в коже среди препаратов 3-й группы является гидрокортизона-17-бутират (локоид), который обеспечивает быстрый (в течение 1–2 ч) терапевтический ответ и возможность короткого курса лечения [10]. Препарат по структуре близок к гидрокортизону — самому безопасному ТКС, однако по действию гораздо сильнее и по сравнению с другими препаратами этой группы обеспечивает высокий профиль местной и системной безопасности [2, 3].

Сухость кожи — признак, свойственный АД, который является одним из раздражающих факторов, вызывающих зуд и провоцирующих иммунозависимое воспаление кожи с последующим развитием характерных морфологических элементов сыпи, обусловлен двумя основными механизмами:

— количественными и качественными нарушениями синтеза керамидов (уменьшением образования сфинголипидов 1-го и 3-го типов), являющихся одним из основных компонентов липидов рогового слоя, или межкратиноцитарного цемента рогового слоя; керамиды удерживают натуральный увлажняющий фактор (NMF) в экстрацеллюлярном пространстве рогового слоя;

— аномалиями метаболизма основных жирных кислот: линолевой (омега-6) и линоленовой (омега-3).

Сухость кожи при АД, характерная как для поврежденной, так и для неповрежденной кожи, является основной причиной повышенной чувствительности кожи к раздражителям и антигенам. Сниженное содержание керамидов приводит к нарушению экспрессии сфингомиелиндацетилазаподобных энзимов, обеспечивающих защитные свойства кожи. В этих условиях бактериальная флора, в норме колонизирующая кожу, секретирует керамидазу — фермент, разлагающий керамиды на сфингозин и жирные кислоты [2, 13]. Указанные изменения приводят к нарушению защитно-барьерной функции кожи и усилению транс-

эпидермальной потери влаги (ТЭПВ), что, в свою очередь, усиливает сухость кожи и способствует возникновению зуда. Возникает порочный круг: зуд — расчесы — нарушение целостности кожи и воспаление — увеличение ТЭПВ — нарастание сухости и зуда. Это один из факторов дебюта или рецидива АД. Показано, что ТЭПВ способствует повышению системной абсорбции ТКС, поэтому их применение у детей с АД должно быть строго аргументировано.

ТКС назначают только на ограниченные участки (не более 20 % площади тела), короткими курсами (на лицо — не более 7 дней, на другие участки — не более 2 недель), с минимальной частотой аппликаций (1 раз в день). Нельзя назначать ТКС в дозах, превышающих для сильных препаратов 30 г в неделю, средних ТКС — 50 г в неделю, слабых ТКС — 200 г в неделю. Применение фторсодержащих ТКС (флуцинар, фторокорт, синаflan и др.) детям противопоказано.

Патогенетические механизмы формирования иммунозависимого воспаления в коже при АД связаны с наследственно обусловленным реактивным типом аллергии, избыточным образованием реактивных антител IgE и наличием в коже клеток, имеющих на поверхности IgE-восприимчивые рецепторы (клетки Лангерганса, тучные клетки). При присоединении IgE к восприимчивым рецепторам этих клеток, которые инфильтрируют не только пораженную атопическую кожу, но и непораженные участки, развивается IgE-опосредованное иммунное воспаление и гиперреактивность кожи. Вследствие этого она начинает реагировать на раздражители иммунного и неиммунного генеза, разнообразные экзогенные (расчесы, ветер, холод) и эндогенные факторы (стресс, пища и др.). Поэтому кожа больных АД требует постоянного применения защитных средств и средств ухода, а при дебюте воспаления — быстрого его подавления. Показано, что раздражаемые при зуде кератиноциты у больных АД вырабатывают хемотаксический фактор и цитокины, привлекающие Т-лимфоциты в эпидермис и дерму, тем самым иницируют и/или поддерживают иммунозависимое воспаление в коже. Клинически это проявляется вначале эритемой, воспалительной инфильтрацией, а затем лихенификацией [13]. Вот почему оправдана тактика применения изначально сильных ТКС, с быстрым достижением терапевтического эффекта, а не постепенного усиления интенсивности действия ТКС. Недопустимо «разбавлять» ТКС детским или другими кремами, поскольку меняется не только концентрация активного вещества, но и основа препарата, обеспечивающая прогнозируемый эффект.

Более целесообразно, что подтверждено многочисленными исследованиями, ежедневное использование больными АД увлажняющих

средств в сочетании с ТКС. Доказано, что регулярное использование смягчающих средств снижает потребность в ТКС и помогает предотвратить обострения АД. Однако у 2/3 детей в возрасте старше 1 года монотерапии смягчающими и гидратирующими средствами было недостаточно для профилактики обострений АД [1–4, 6, 11–14].

Понимание стратегии ведения лиц с АД (обследование с целью выявления триггерных факторов, системная терапия — по показаниям, наружная терапия и рациональный уход за кожей) необходимо не только врачам, но и пациентам и/или лицам, обеспечивающим уход за ними. При планировании лечебно-профилактических мероприятий для лиц с АД очень важно не только обеспечить адекватное лечение, но и мотивировать и научить пациента и/или его родителей правилам рационального ухода за кожей.

Средства для лечебного ухода рекомендуется использовать в качестве постоянного ухода за кожей во время ремиссии АД, а также в период обострения заболевания в сочетании с ТКС. В то же время препараты противовоспалительного действия следует наносить после гидратации и увлажнения кожи.

Применение смягчающих и увлажняющих средств — важный компонент наружной терапии, но они не заменяют препараты, обладающие противовоспалительным действием (ТКС, топические ингибиторы кальциневрина — такролимус, пимекролимус). В международном согласительном документе по АД (США, 2002) отмечено, что оба вида наружной терапии имеют симптоматическую направленность — облегчение зуда, уменьшение и/или предотвращение воспаления.

По нашим клиническим наблюдениям и опыту, сочетанное применение ТКС и дерматокосметических средств у больных АД существенно повышает эффективность и комфортность лечения при всех вариантах течения дерматоза. Мы использовали методику тандем-терапии: 1 раз в день — ТКС, 1 раз — дерматокосметические средства (кремы или мази, в зависимости от морфологии сыпи) в течение 7–14 дней, затем ТКС наносили через день или 1 раз в 2–3 дня на отдельные пораженные участки (штриховым или ступенчатым методом) в течение 1–2 недель.

Рациональный подход к наружной терапии при АД предполагает соблюдение определенных общих правил ухода за атопической кожей.

Общие правила ухода за кожей

1. Очень важно правильно очищать кожу. Применение обычных моющих и косметических средств с $\text{pH} > 7,0$ (щелочные) разрушает гидролипидную мантию кожи, может усилить сухость кожи и служить факто-

ром обострения дерматоза. Предпочтение следует отдавать мылам или гелям на безмыльной основе со слабокислой рН.

2. Лица с АД, независимо от возраста, нуждаются в ежедневных 15–20-минутных водных процедурах (душ, ванна), которые очищают и увлажняют кожу, предотвращают ее инфицирование, улучшают проникновение в глубь кожи лекарственных средств.

3. Вода для купания должна быть прохладной, не горячей (!) (37–38 °С).

4. Целесообразно использовать дехлорированную воду путем отстаивания ее в ванне в течение 1–2 часов с последующим согреванием или добавлением кипятка. Можно использовать также воду, прошедшую очистку с помощью специальных фильтров.

5. Нельзя добавлять в воду для купания отвары трав (череды, ромашки, чистотела), поскольку это пересушивает кожу, иногда вызывает аллергические реакции. Показаны смягчающие ванны с использованием специальных средств (триксерса эмульсия для ванн), отвара льняного семени, крахмала, отрубей (из расчета 100 г на 30 л воды) или ванны Клеопатры (смешать или взбить миксером 1/2 стакана сливок и 1/2 стакана растительного масла, полученную смесь вылить в ванну).

6. При купании нельзя пользоваться мочалками и растирать кожу.

7. После купания кожу промокают (не вытирают досуха!) полотенцем; для предотвращения эффекта испарения на еще влажную кожу, особенно на участки повышенной сухости, наносят смягчающие и увлажняющие средства ухода за кожей.

8. Для умывания лучше использовать очищенную при помощи фильтра или минеральную воду. Замечателен старинный рецепт воды для умывания: 2/3 кипяченой воды и 1/3 кипяченого молока. После умывания водопроводной водой необходимо протереть лицо безалкогольным тоником, иначе остатки солей, содержащихся в такой воде, сушат кожу.

9. Кожа пациентов с АД более чувствительна к воздействию остаточного хлора, содержащегося в водопроводной воде, по сравнению с кожей здоровых лиц. Кроме того, само воздействие остаточного хлора может играть провоцирующую роль в развитии и обострении АД.

10. Усиление сухости кожи и обострение АД могут быть связаны с купанием в бассейнах с химически обработанной водой. Сразу после плавания в бассейнах пациентам с АД рекомендуют применять мягкие очищающие средства для удаления хлора или остатка солей, а затем наносить увлажняющие средства.

11. При появлении ощущения стянутости кожи необходимо повторно в течение дня наносить увлажняющие средства. Вариантом выбора

может быть использование спрея с термальной водой (ежедневно и неограниченное количество раз).

12. Увлажняющие средства применяют утром и вечером; при появлении сухости или стянутости кожи — на протяжении всего дня несколько раз; обязательно после ванны и душа; по показаниям — в сочетании с наружными противовоспалительными средствами (ТКС, такролимусом, пимекролимусом и др.).

Наиболее частые ошибки лечебного ухода за кожей у лиц с АД:

— применение ТКС без учета локализации процесса или характера повреждений кожи (например, мазь на кожу лица при эритеме или в область складок; мазь на мокнутие и др.);

— одновременное применение нескольких средств, назначенных разными специалистами;

— использование цинксодержащих средств на большую площадь пораженной кожи;

— выбор способа применения наружных средств без учета возрастных особенностей организма (например, холодные примочки у детей грудного возраста могут вызвать переохлаждение);

— необоснованное применение ТКС при зуде кожи;

— применение ТКС в ремиссии АД для профилактики обострений;

— смешивание разных препаратов (например, «разведение» ТКС смягчающими кремами изменяет фармакокинетику препарата, что отражается на его эффективности);

— неиспользование средств ухода в период манифестных проявлений АД;

— ограничение использования водных процедур из-за боязни обострения АД;

— использование детских кремов с травами, которые могут усиливать сухость кожи (детские кремы с чередой, чистотелом, ромашкой и др.);

— использование спиртосодержащих лосьонов или тоников;

— использование средств ухода или ТКС на инфицированные очаги;

— самолечение или использование парамедицинских подходов к лечению.

Заключение

Дифференцированный подход к наружной терапии и лечебному уходу за кожей при АД может существенно повысить эффективность лечения, увеличить продолжительность ремиссии и, следовательно, повысить качество жизни пациента и членов его семьи.

Врач должен подробно объяснять больному и/или родителям, как использовать средства ухода и как сочетать их с ТКС; регулярно осматривать больного, оценивать эффективность лечения и ухода, при необходимости — изменять методику лечения.

Больного следует информировать о стоимости препаратов, особенно перед назначением дорогостоящих средств. Назначаемые препараты должны быть реальны для применения (приобретения), но при этом необходимо основываться на мотивированном выборе средств терапии не по принципу «что подешевле», а на доминанте «эффективность — качество жизни — стоимость», ведь, как известно, скупой платит дважды. В этом плане задача медицинского работника — объяснить больному и/или его родителям лечебную тактику, представить достоверную и корректную информацию для осознанного и мотивированного выбора пациента.

Памятка лицам с АД и/или их родителям:

- Рациональный уход за кожей и специальные мероприятия по выявлению и устранению триггерных факторов — успех лечения АД.

- Уход за кожей больных АД должен проводиться как в период обострения, так и в период ремиссии.

- Уход за кожей больных АД включает использование дерматокосметических средств, водных и физиотерапевтических процедур (по показаниям).

- Наружную терапию АД назначает только врач. Нельзя использовать самостоятельно гормональные кортикостероидные мази для лечения АД.

- Необходимо ежедневно уделять время уходу за кожей ребенка и обработке очагов поражения (утром и вечером, лучше за 30–40 мин до сна).

- Сразу после водных процедур на слегка влажную кожу нужно нанести увлажняющие или питательные средства.

- Прекращать все водные процедуры на период осложнения АД гнойной инфекцией, чтобы не допустить ее распространения.

- Ежедневно менять нательное и постельное белье, особенно при распространенном кожном процессе. Белье должно быть из неокрашенных хлопчатобумажных или льняных тканей.

- Избегать ношения одежды из плотных синтетических, шерстяных и ворсинчатых материалов.

- Стирать белье детей только мылом, многократно прополаскивать его, гладить горячим утюгом с обеих сторон.

- Использовать для маленьких детей подкладную медицинскую клеенку, а не различные пленки, по возможности избегать их применения, особенно если у ребенка поражена кожа ягодиц, бедер.

— Не использовать горшки из полимерных материалов, пользоваться только эмалированными, обрабатывая их горячей водой с мылом.

— Избегать интенсивного потения (при физических нагрузках, инсоляции).

— Не носить бижутерию; хорошо переносятся кожей только изделия из золота.

— Избегать резких перепадов температуры; прежде чем с мороза войти в теплое помещение, целесообразно постоять на лестничной площадке (в вестибюле).

— Для уменьшения сухости кожи, поддерживаемой дефицитом линоленовой кислоты, следует в достаточном количестве употреблять с пищей растительные масла (оливковое или подсолнечное) и рыбу.

Литература

1. *Атопический дерматит: Руководство для врачей / Под ред. проф. Т.В. Проценко. — Донецк, 2003. — 148 с.*

2. Белоусова Т.А., Кочергин Н.Г. Кортикостероидные препараты для наружного применения // *Рос. журн. кож. и вен. бол.* — 1998. — № 3. — С. 78-79.

3. Балаболкин И.И., Мачарадзе Д.Ш. Наружная терапия атопического дерматита у детей // *Педиатрия.* — 2005. — № 3. — С. 78-84.

4. *Діагностика та терапія атопічного дерматиту (стандарти діагностики та терапії).* — К., 2002. — 32 с.

5. Марголина А., Эрнандес Е. Детская косметика // *Косметика и медицина.* — 2002. — № 6. — С. 32-37.

6. Мачарадзе Д.Ш. Вспомогательная базисная терапия атопического дерматита у детей // *Лечащий врач.* — 2005. — № 1. — С. 8-13.

7. Смирнова Г.И. Современные технологии местного лечения атопического дерматита у детей // *Иммунопатология, аллергология, инфектология.* — 2003. — № 3. — С. 75-82.

8. Суворова К.Н., Варданян К.Л. Трудности и ошибки в диагностике и лечении атопического дерматита у детей // *Лечащий врач.* — 2005. — № 7. — С. 34-38.

9. Парк Б.Д., Юм Дж.К., Чай Е.Х. и др. Как сохранить структуру липидов рогового слоя эпидермиса, чтобы улучшить барьерную функцию кожи // *Рос. мед. журнал.* — 2003. — № 1. — С. 43-44.

10. Хаитов Р.М., Кубанова А.А. Атопический дерматит: наружная терапия // *Consilium Medicum.* — 2005. — Т. 6, № 3. — С. 167-173.