

Проактивная терапия атопического дерматита у детей с применением эмолентов

© О.Н. ЗАЙНУЛЛИНА¹, З.Р. ХИСМАТУЛЛИНА¹, Д.В. ПЕЧКУРОВ²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия;

²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

РЕЗЮМЕ

Атопический дерматит у детей характеризуется стадийностью развития, полиморфизмом клинических проявлений и упорным рецидивирующим течением. Одной из основных задач лечения атопического дерматита является предотвращение рецидивов заболевания, что достигается комплексной наружной проактивной терапией.

Цель исследования — изучение эффективности проактивной поддерживающей терапии атопического дерматита у детей в межрецидивном периоде с применением 0,03% мази такролимуса и эмоlientного крема с высоким содержанием омега-полиненасыщенных жирных кислот. В исследование включены 37 детей с установленным диагнозом «атопический дерматит» в стадии ремиссии. После снятия островоспалительного процесса детям назначали комплексную наружную терапию такролимусом в виде 0,03% мази 2 раза в неделю (на область излюбленных очагов локализации морфологических элементов) и эмоlientным кремом ежедневно в течение 6 мес. Комплексное наружное проактивное лечение с применением такролимуса в виде 0,03% мази и эмоlientного крема в течение 6 мес у детей с атопическим дерматитом привело к улучшению ДИКЖ и степени гидратации кожи, что подтверждено данными инструментальных методов исследования.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, проактивное лечение, базовая терапия, такролимус, эмоlientны.

Зайнуллина О.Н. — <https://orcid.org/0000-0002-6366-3595>

Хисматуллина З.Р. — <https://orcid.org/0000-0001-8674-2803>

Печкуров Д.В. — <https://orcid.org/0000-0002-5869-289>

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Зайнуллина О.Н., Хисматуллина З.Р., Печкуров Д.В. Проактивная терапия атопического дерматита у детей с применением эмоlientнов. *Клиническая дерматология и венерология*. 2020;19(1):87-91. <https://doi.org/10.17116/klinderma20201901187>

Proactive therapy of atopic dermatitis in children with the use of emollients

© O.N. ZAJNULLINA¹, Z.R. KHISMATULLINA¹, D.V. PECHKUROV²

¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia;

²Samara State Medical University, Samara, Russia

ABSTRACT

Atopic dermatitis in children is characterized by a staged development, polymorphism of clinical signs and a persistent recurrent course. One of the main objectives of the treatment of atopic dermatitis is the prevention of relapse of the disease, which is achieved by a complex external proactive therapy.

Purpose of study — to study the effectiveness of proactive maintenance therapy of atopic dermatitis in children in the inter-relapse period using 0.03% tacrolimus ointment and emollient cream with a high content of omega-polyunsaturated fatty acids. The study included 37 children with a diagnosis of atopic dermatitis in remission. In postacute period, children were prescribed complex external therapy with tacrolimus in the form of 0.03% ointment 2 times a week (to the area of favorite localization of morphological elements) and emollient cream daily for 6 months. A complex external proactive treatment using tacrolimus in the form of 0.03% ointment and emollient cream for 6 months in children with atopic dermatitis led to an improvement in DLQI and the degree of skin hydration, as confirmed by instrumental research.

Keywords: atopic dermatitis, children, proactive treatment, background therapy, tacrolimus, emollients.

Zajnullina O.N. — <https://orcid.org/0000-0002-6366-3595>

Khismatullina Z.R. — <https://orcid.org/0000-0001-8674-2803>

Pechkurov D.V. — <https://orcid.org/0000-0002-5869-289>

TO CITE THIS ARTICLE:

Zajnullina ON, Khismatullina ZR, Pechkurov DV. Proactive therapy of atopic dermatitis in children with the use of emollients. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology = Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2020;19(1):87-91. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma20201901187>

Автор, ответственный за переписку: Зайнуллина О.Н. — e-mail: olisenok@mail.ru

Corresponding author: Zainullina O.N. — e-mail: olisenok@mail.ru

Введение

Необходимость разработки и внедрения новых методов лечения атопического дерматита (АД) у детей обусловлена ростом заболеваемости, ранним началом, полиморфизмом клинических проявлений и упорным, рецидивирующим течением.

К ксерозу как основному симптому АД приводят изменения, происходящие в коже больных АД (гиперплазия рогового слоя, ухудшение работы сальных и потовых желез, сбой процессов кератинизации, уменьшение содержания компонентов естественного увлажняющего фактора, увеличение трансэпидермальной потери воды, нарушение барьерной функции кожи) [1].

Целью терапии АД является уменьшение клинических проявлений заболевания, а также предотвращение рецидивов и повышение качества жизни больных. Очевидно, что огромное влияние на возникновение обострений АД имеет сухость кожи, обусловленная структурными изменениями липидов эпидермального слоя. Значительные нарушения в составе липидов рогового слоя отмечаются не только на участках пораженной кожи. Уровень гидратации у этих пациентов снижен даже на участках визуально здоровой кожи [2]. В связи с этим в терапии АД важным условием является применение эмоленов — специальных увлажняющих и питающих кожный покров средств. Эмоленов наносят на кожу как на фоне применения топических стероидов и ингибиторов кальциневрина, так и в период ремиссии, когда отсутствуют симптомы АД. Добавление эмоленов к терапии АД приводит к регенерации барьерной функции кожи и, как следствие, к снижению проницаемости кожи для аллергенов [3, 4]. В литературе указано на необходимость использования эмоленов у детей с высоким риском развития АД с момента рождения [5].

Примером увлажняющего крема с оптимальным составом и подходящей для детей с первых дней жизни текстурой может служить крем *Сенсадерм* производства JagoPro Sp.z.o.o (Польша). Крем *Сенсадерм* предназначен для специального ухода за сухой, раздраженной и аллергичной кожей. Активными ингредиентами крема являются ненасыщенные жирные кислоты (масла канولا и ши), способствующие восстановлению поверхностного гидролипидного слоя и совместно с маслами макадамии и кукурузы обеспечивающие восполнение дефицита межклеточных липидов в глубоких слоях эпидермиса кожи. Входящее в состав крема масло инка-инчи (*Omega butter*) отличается самым высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот омега-3-6-9, обеспечивающих увлажнение кожи и снижение трансэпидермальной потери влаги. Дополнительному увлажнению способствует наличие в креме мочевины и натрия гиалуроната. Пантенол и аллантоин, входя-

щие в состав крема, успокаивают раздраженную и гиперчувствительную кожу. У крема высокий профиль безопасности (гипоаллергенный, не содержит парабенов, красителей и ароматизаторов).

Цель открытого наблюдательного не сравнительного исследования — изучение эффективности проактивной поддерживающей терапии АД у детей в межрецидивном периоде с применением 0,03% мази такролимуса (*Такропик*) и крема *Сенсадерм*.

Материал и методы

Под наблюдением в республиканском кожно-венерологическом диспансере Республики Башкортостан находились 37 детей (15 (40,5%) девочек и 22 (59,5%) мальчика) в возрастной группе от 2 до 12 лет с подтвержденным диагнозом АД средней степени тяжести.

Критерии включения в исследование: наличие ремиссии АД, информированное согласие родителей, возможность и желание строго следовать медицинским рекомендациям и проходить контрольное обследование. Критерии исключения: острая стадия кожного процесса, наличие наследственных, инфекционных заболеваний, тяжелой соматической патологии, индивидуальной непереносимости препарата.

В период обострения кожный процесс у 18 (48,6%) детей проявлялся в виде ограниченных очагов поражения, преимущественно на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, распространенный характер поражения отмечен у 19 (51,4%) пациентов. При этом кожный синдром характеризовался шелушением, отеком, эритемой, мокнутием, инфильтрацией, трещинами и лихенификацией. Основными жалобами были зуд и жжение кожи, сухость кожных покровов, преимущественно в ночное время, нарушение сна.

В период обострения больные АД получали стандартную терапию (дезинтоксикационные, десенсибилизирующие, антигистаминные средства, гипоаллергенная диета, наружно 0,03% мазь *Такропик* 2 раза в день). После окончания стандартной терапии (купирование островоспалительного процесса и наступление периода ремиссии) больным продолжили терапию *Такропиком* в виде 0,03% мази (2 раза в неделю на области излюбленных очагов локализации) и кремом *Сенсадерм* (ежедневно 2 раз в день) в течение 6 мес.

Эффективность комплексной наружной проактивной терапии в период ремиссии с применением эмоленов изучали в контрольных точках (после окончания общей терапии, через 1, 3 и 6 мес проактивного лечения). Оценивали следующие параметры: качество жизни с помощью дерматологического индекса — опросника ДИКЖ в его варианте для детей; выраженность кожного процесса по стандартизованному индексу SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis);

увлажненность кожного покрова в очагах поражения с помощью корнеометрии видеодермоскопом Kowa BS-888pro; структурные параметры кожного покрова (микрорельеф и микротопографию) с помощью видеокамеры Labomicro Camera HD Pro (Dermotricos, Италия) [6–8].

Статистическую обработку проводили с применением общепринятых компьютерных программ: Excel фирмы Microsoft с использованием системы Statistica 6.0 фирмы StatSoft (США). Описательная статистика качественных признаков представлена абсолютными и относительными частотами. Достоверность различий оценивали при помощи t-критерия Стьюдента, при этом критической величиной уровня значимости считали $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ходе наблюдения в динамике у всех детей отмечен положительный эффект действия комплексной наружной проактивной терапии в период ремиссии с применением эмолента: значительное улучшение общего состояния, уменьшение эритемы и отека, количества и площади распространенности высыпаний. Уменьшились сухость кожи и зуд, восстановились процессы кератинизации. Комплексное применение крема *Сенсадерм* и мази *Такропик* позволило предотвратить присоединение вторичной инфекции и оказывало успокаивающее, смягчающее, противовоспалительное воздействие на кожу. При этом у больных в процессе лечения не отмечено отрицательных побочных явлений. Проактивную терапию все перенесли хорошо, лишь у 3 пациентов в первые дни проактивного лечения с эмолентами отмечены субъективные признаки в виде незначительного жжения, что не потребовало отмены препаратов. В течение 6 мес наблюдения не зарегистрировано ни одного случая обострения АД у больных.

В процессе комплексной наружной проактивной терапии в течение 6 мес оценена степень воздействия АД на качество жизни пациентов с применением

ДИКЖ. В среднем ДИКЖ до начала лечения составил $16,9 \pm 3,2$ балла, в процессе проактивного лечения отмечался регресс показателя до $4,5 \pm 1,7$ балла ($p < 0,01$) (рис. 1).

Наблюдение за динамикой клинических симптомов и индекса SCORAD позволило установить, что наиболее значимым результатом комплексной наружной проактивной терапии является влияние на такие субъективные симптомы, как интенсивность кожного зуда и нарушение сна, а также на процессы папулообразования и сухости кожных покровов.

Стартовые значения индекса SCORAD находились в пределах от 11,8 до 23,5 балла, в среднем $19,7 \pm 3,7$ балла (после стандартной терапии рецидивного периода дерматоза). Таким образом, стандартная терапия в рецидивном периоде полностью не редуцировала клинические проявления — сохранялись незначительный зуд (особенно в ночное время), легкая эритема, единичные папулы, сухость кожи и лихенификация. После 1 мес применения крема *Сенсадерм* и мази *Такропик* установлена положительная динамика клинической картины заболевания, что подтверждено уменьшением индекса SCORAD до $13,1 \pm 2,9$ балла ($p < 0,05$). При продолжении комплексной проактивной терапии до 3 мес индекс SCORAD составил в среднем $6,9 \pm 1,8$ балла, а через 6 мес проактивного лечения снизился до $5,2 \pm 1,8$ ($p < 0,05$) (рис. 2).

Эффективность примененной схемы комплексного проактивного лечения детей в стадии ремиссии показало и изменение степени гидратации кожи у больных (рис. 3). Через 1 мес после начала лечения показатель корнеометрии увеличился с $20,7 \pm 1,21$ до $32,8 \pm 4,21$ ед. (прирост составил 58,4% от исходных значений), через 3 мес показатель вырос до $47,1 \pm 2,35$ ед., а через 6 мес лечения достиг $67,2 \pm 4,9$ ед.

Микрорельеф кожи у детей с АД до начала комплексного проактивного лечения был представлен усилением кожного рисунка (лихенификация) и избыточным шелушением, что подтверждало дезорганизацию липидных структур эпидермиса. Изучение

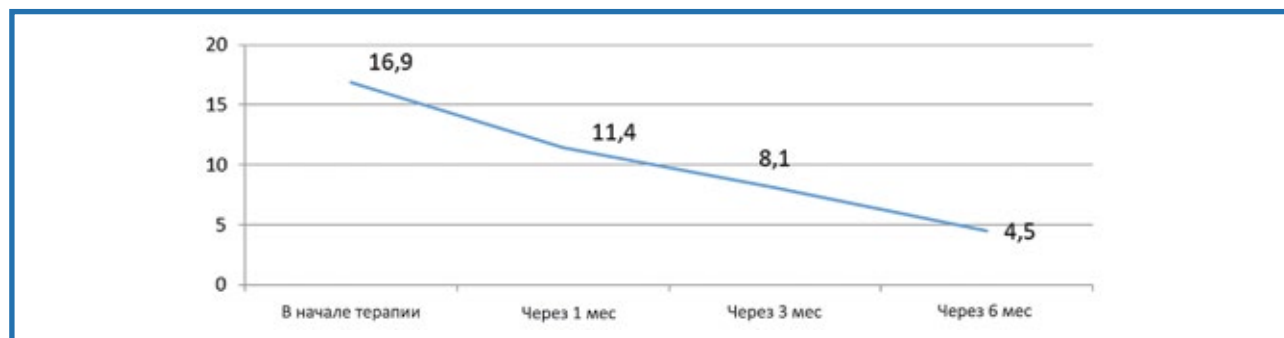


Рис. 1. Динамика ДИКЖ у детей с атопическим дерматитом в процессе проведения комплексной наружной проактивной терапии, баллы.

Fig. 1. DLQI dynamics in children with atopic dermatitis in the course of complex external proactive therapy, points.

структурных параметров кожи через 6 мес комплексного использования мази *Такропик* и крема *Сенсдерм* свидетельствовало об улучшении регенерации рогового слоя, что подтверждалось отсутствием шелушения, сглаживанием кожного рисунка и выравниванием текстуры кожи (рис. 4).

Заключение

Проведенное клиническое исследование показало высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость комплексного использования 0,03% мази такролимуса (*Такропик*) и эмолентного крема

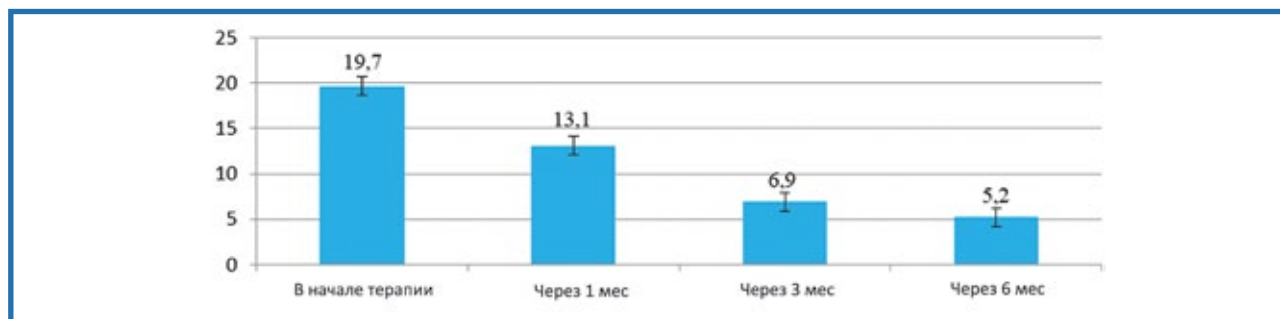


Рис. 2. Динамика средних показателей SCORAD в процессе наблюдения, баллы.

Fig. 2. Average SCORAD dynamics during observation, points.

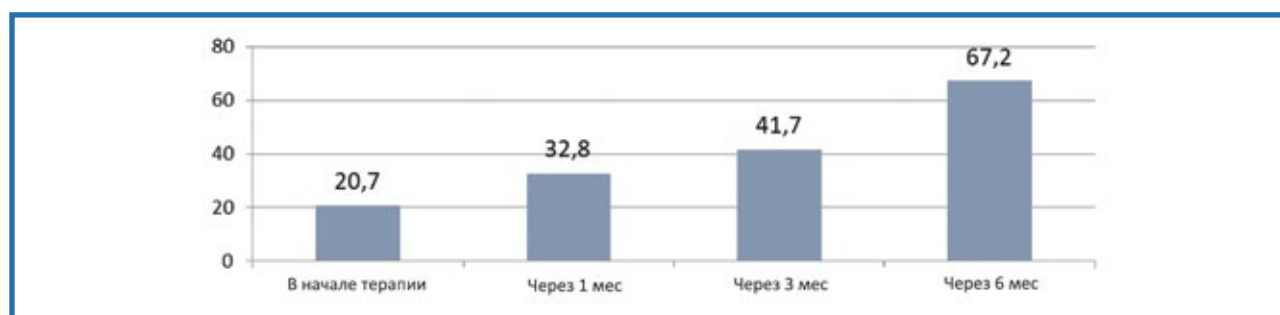


Рис. 3. Динамика показателей корнеометрии у больных атопическим дерматитом при комплексной проактивной терапии, ед.

Fig. 3. Dynamics of corneometry in patients with atopic dermatitis in the course of complex proactive therapy, units.

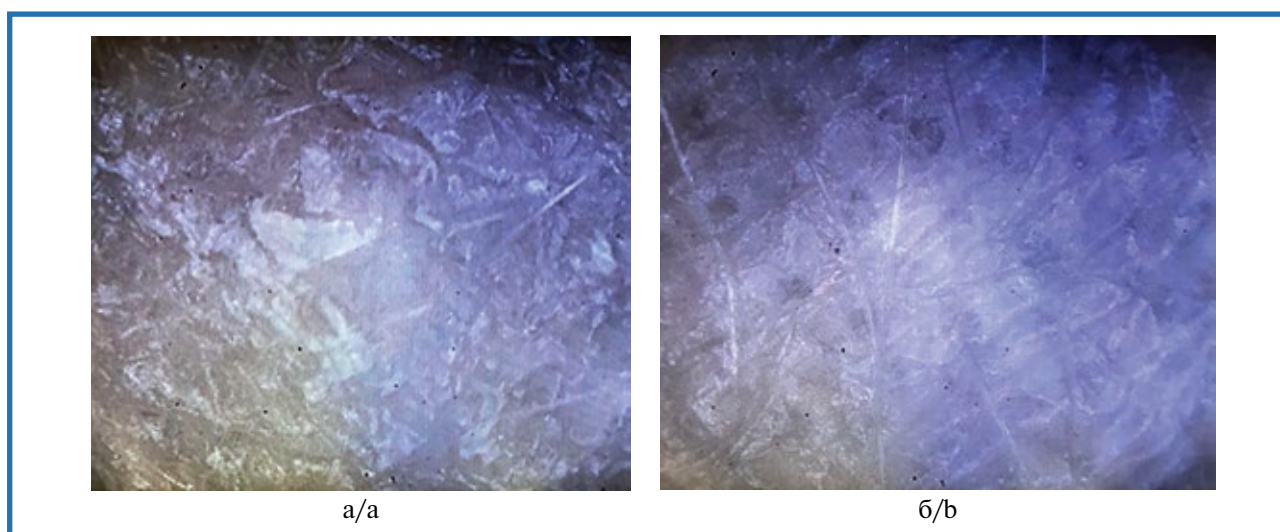


Рис. 4. Микрорельеф кожи больного К., 5 лет, с атопическим дерматитом.

а — до начала, б — после 6 мес комплексного проактивного лечения.

Fig. 4. Skin microrelief of patient K., 5 years old, with atopic dermatitis.

а — before the start of treatment, б — after 6 months of complex proactive treatment.

Сенсадерм с высоким содержанием 3-6-9-омега-полиненасыщенных жирных кислот как проактивного метода терапии АД у детей. Использование современных эмоленов, направленных на коррекцию нарушений эпидермального барьера, является патогенетически обоснованным. Расширение арсенала топических средств и возможностей их использования с целью предотвращения рецидивов заболевания и повышения качества жизни пациентов остается одним из перспективных направлений в терапии АД.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — О.Н. Зайнуллина, З.Р. Хисматуллина

Сбор и обработка материала — О.Н. Зайнуллина

Статистическая обработка данных — О.Н. Зайнуллина

Написание текста — О.Н. Зайнуллина, З.Р. Хисматуллина, Д.В. Печкуров

Редактирование — З.Р. Хисматуллина, Д.В. Печкуров

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Authors' contributions:

The concept and design of the study — O.N. Zajnullina, Z.R. Khismatullina

Collecting and interpreting the data — O.N. Zajnullina

Statistical analysis — O.N. Zajnullina

Drafting the manuscript — O.N. Zajnullina, Z.R. Khismatullina, D.V. Pechkurov

Revising the manuscript — Z.R. Khismatullina, D.V. Pechkurov

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Катханова О.А. Эффективность применения лечебной косметики у детей с аллергическими дерматозами. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012;2:61-65.
Katkhanova OA. The effectiveness of the use of medical cosmetics in children with allergic dermatoses. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venerology = Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2012;2:61-65. (In Russ.)
2. Lindh JD, Bradley M. Clinical Effectiveness of moisturizers in atopic dermatitis and related disorders: a systematic review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2015;16(5):341-359.
<https://doi.org/10.1007/s40257-015-0146-4>
3. Зайцева С.В. Роль эмоленов в патогенетической терапии atopического дерматита у детей. *Медицинский совет*. 2017;1:45-50.
Zajtseva SV. The role of emollients in the pathogenetic therapy of atopic dermatitis in children. *Meditsinskij sovet*. 2017;1:45-50. (In Russ.)
<https://doi.org/10.21518/2079-701x-2017-1-45-50>
4. Иванова И.Е. Уход за кожей у детей с atopическим дерматитом. *Здравоохранение Чувашии*. 2019;3:70-76.
Ivanova IE. Skin care in children with atopic dermatitis. *Zdravookhranenie Chuvashii*. 2019;3:70-76. (In Russ.)
5. Van Smeden J, Bouwstra JA. Stratum Corneum Lipids: Their Role for the Skin Barrier Function in Healthy Subjects and Atopic Dermatitis Patients. *Curr Probl Dermatol*. 2016;49:8-26. PMID: 26844894.
<https://doi.org/10.1159/000441540>
6. Камашева Г.Р., Хакимова Р.Ф., Валиуллина С.А. Методы оценки степени тяжести atopического дерматита у детей раннего возраста. *Земский врач*. 2010;4:32-34.
Kamasheva GR., Khakimova RF, Valiullina SA. Methods for assessing the severity of atopic dermatitis in young children. *Zemskij vrach*. 2010;4:32-34. (In Russ.)
7. Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *Br J Dermatol*. 2007;157:645-648.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08112.x>
8. Хисматуллина З.Р., Зайнуллина О.Н. Современный подход к наружной терапии легких форм atopического дерматита. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2016;11;5(65):168-171.
Khismatullina ZR, Zajnullina ON. A modern approach to external therapy of mild forms of atopic dermatitis. *Meditsinskij vestnik Bashkortostana*. 2016; 11;5(65):168-171. (In Russ.)

Поступила в редакцию 13.12.19

Received 13.12.19

Отправлена на доработку 25.12.19

Revision received 25.12.19

Принята к печати 15.01.20

Accepted 15.01.20

Акрихин

Такропик