

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРЕПАРАТАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ АНТИСЕПТИК СТИМУЛЯТОР ДОРОГОВА «АЙСИДА»

С.В. КЛЮЧАРЕВА, В.А. ПИРЯТИНСКАЯ

Evaluation of clinical efficacy of treating patients suffering from atopic dermatitis with drugs containing Aicida, an antiseptic stimulator of Dorogov

S.V. KLYUCHAREVA, V.A. PIRYATINSKAYA

Об авторах:

С.В. Ключарева — профессор кафедры дерматовенерологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, д.м.н.

В.А. Пирятинская — доцент кафедры дерматовенерологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, к.м.н.

Представлены результаты исследования эффективности применения у больных атопическим дерматитом средств лечебной косметики «Айсиды», действующим веществом которых является АСД (антисептик стимулятор Дорогова), заключенный в липосомальную форму, обеспечивающую целенаправленный транспорт его в глубокие слои кожи. Показаны высокая эффективность и хорошая переносимость данной косметической линии у больных легкими и среднетяжелыми формами атопического дерматита.

Ключевые слова: атопический дерматит, лечение, АСД, «Айсиды», качество жизни.

The article presents the results of a study of efficacy of using Aicida, a cosmetic drug with such an active substance as ASD (Dorogov's antiseptic stimulator) in a liposomal form providing for the target delivery of the drug to deep skin tissues, for treatment of patients with atopic dermatitis.

It also demonstrates high efficacy and good tolerance of the cosmetic product in patients with medium to severe forms of atopic dermatitis.

Key words: atopic dermatitis, eczema, sensitive skin, psoriasis, treatment, ASD, Aicida, life quality.

Кожа является цельной структурой и представляет собой универсальный барьер, способный успешно противостоять внешнему негативному воздействию, обеспечивая тем самым органическое и функциональное постоянство внутренней среды организма. К сожалению, приходится констатировать, что в современном бурно развивающемся мире, в условиях постоянно нарастающего внешнего стресса кожа оказывается все менее способной к выполнению своей основной функции. Нарушение целостности кожного барьера является значимым фактором в развитии хронических кожных заболеваний.

Нарушения кожной мантии и эпидермального барьера, клинически проявляющиеся сухостью, шелушением, зудом, чувством стягивания, являются признаками чувствительной кожи. С течением времени, при усилении патологического процесса, наличии дополнительных предраспола-

гающих факторов (инфекционных, генетических, наследственных, гормональных, иммунных и т. п.), указанные нарушения становятся ведущим клиническим и патогенетическим звеном в развитии алергодерматозов.

Атопический дерматит (АД) — одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, удельный вес которого в общей структуре дерматологической заболеваемости экономически развитых стран составляет от 10 до 30%. Заболеваемость АД демонстрирует устойчивую тенденцию к росту, который ведущие отечественные исследователи напрямую связывают с ухудшением экологии, усилением психоэмоционального напряжения, неблагоприятными условиями труда [1—3]. Многими авторами подчеркивается существенная роль нарушений кожного барьера в патогенезе данного заболевания. Наиболее важными из них считаются: снижение уровня церамидов в коже, повышение содержания свободного холестерина, изменения структуры и синтеза липидов ламеллярными тельцами. Появляющаяся при этом диспропорция вызывает нарушения строения билипидного слоя и процессов десквамации ке-

ратиноцитов, снижение эластичности корнеоцитов, увеличение межклеточных промежутков, увеличение трансэпидермальной потери воды и развитие ксероза [4—6].

Высокая частота встречаемости АД, его длительное прогрессирующее течение диктуют необходимость перманентного контроля за состоянием кожи больных, индивидуального подбора средств терапии. В то же время не все больные постоянно нуждаются в интенсивном аллопатическом, физиотерапевтическом и аппаратном лечении. Вне периода обострения симптоматическая терапия с использованием наружных средств зачастую является ведущей и достаточной для предотвращения прогрессирования и рецидивов дерматоза.

В настоящей работе нами проведены клинические исследования эффективности применения новых отечественных средств лечебной косметики «Айсида» (Миракс-Фарма, Москва). Действующее вещество косметической линии «Айсида» — компонент АСД (антисептик стимулятор Дорогова). Созданный еще в 1948 г., он представляет собой продукт термического расщепления костных тканей крупного рогатого скота и содержащихся в них органических веществ (белков, жиров, углеводов, нуклеиновых кислот) до низкомолекулярных компонентов, по структуре аналогичных продуктам метаболизма живых клеток. Заключение в липосомальную форму, обеспечивающую целенаправленный транспорт действующего вещества в глубокие слои кожи, компоненты АСД стимулируют выработку медиаторов и информационных белков. Это приводит к индукции синтеза собственного коллагена и эластина и репарации клеток кожи. АСД содержит такие низкомолекулярные компоненты, как: ацетат метиламина (активатор синтеза биологических аминов — холина, серотонина, гистамина, адреналина и т. д.); метилмеркаптан (донор тиолового кофактора, принимающий участие в синтезе глутатиона, метионина, холина, креатинина и блокирующий аутоокисление SH-групп в белках); метилмочевина (активный компонент синтеза производных жирных кислот, участвующих в обменных процессах); циклопентан (промежуточный продукт синтеза пуриновых и пиримидиновых оснований); асфальтены (ингибиторы радикальных реакций); декан (промежуточный продукт синтеза эфиров, спиртов, кетонов, участник процессов окисления-восстановления, синтеза витаминов, жирных кислот, липидов, каротиноидов); толуол (участник синтеза ароматических углеводов и их производных, обладающих бактерицидными и бактериостатическими свойствами); уксусная кислота (промежуточный метаболит, выполняющий структурную и энергетическую функцию в обмене веществ, активный структурный компонент коэнзима А, участвующий в синтезе дикарбоновых и трикарбоновых кислот, кетоновых тел, стероидов, урбихинона, биосинтезе ацетилхолина).

Препараты линии «Айсида» обладают несколькими механизмами действия:

- снижают уровень чувствительности рецепторов клеток к иммуноглобулину E (IgE);
- усиливают выработку эндогенных интерферонов, подавляют чрезмерную выработку IgE, усиливают связывания гистамина и серотонина;
- активируют действие гистаминазы;
- подавляют синтез провоспалительных цитокинов (интерлейкинов-1,6,8; фактора некроза опухоли- α);
- ингибируют синтез ЦОГ-2 (циклооксигеназы 2-го типа) и ПГ;
- повреждают клеточные стенки микроорганизмов и нарушают в них синтез белка;
- подавляют реакции перекисного окисления липидов и образование свободных радикалов.

Кроме действующего вещества АСД в состав данных средств входят следующие ингредиенты: глицерин, оливковое масло, липофолк, аристофлекс, катон, эфирное масло лаванды, коэнзим Q₁₀, вода особо высокой очистки с ионами серебра. Указанные компоненты включены в состав препаратов в различных пропорциях и концентрациях, что позволило создать несколько лекарственных форм — крем-гель для сухой и чувствительной кожи; молочко очищающее; крем-гель для рук; крем-гель для век и, таким образом, сформировать целую линию лечебно-косметических средств под общим названием «Айсида».

Целью настоящей работы явилось обоснование возможности и целесообразности применения препарата «Айсида» в лечении больных.

Материал и методы исследования

Группу наблюдения составили 54 пациента с АД (19 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 21 года до 48 лет со средней продолжительностью болезни $14,7 \pm 5,3$ года и преимущественно среднетяжелым течением заболевания. Величины индекса SCORAD до лечения варьировали от 32,4 до 53,0 балла, среднее значение составило $41,6 \pm 6,9$ балла. Большинство пациентов — 38 (70,4%) из 54 — сообщали об 1 обострении заболевания в течение года, 13 (24,1%) больных отмечали не менее 3—4 обострений в год, 3 (5,5%) — указывали на перманентное течение патологического процесса. Основная масса обследованных указывала на сезонность обострений, в том числе 29 (53,7%) — в осенне-весенний период, 14 (25,9%) — в зимний. У 11 (20,4%) пациентов четкой связи обострения с временем года проследить не удалось. У 34 (63,0%) пациентов кожный процесс носил распространенный характер, у 8 (14,8%) — универсальный (диффузный), у 12 (22,2%) — проявлялся в виде ограниченных очагов поражения с преимущественной локализацией на сгибательных поверхностях локтевых, коленных, лучезапястных

суставов, шее, лице, кистях, туловище. Высыпания были представлены мелкопапулезными элементами, многочисленными экскориациями, очаговой или диффузной эритемой, инфильтрацией, лихенификацией. Все пациенты указывали на постоянное наличие зуда различной интенсивности. Наличие психосоматических нарушений различной степени выраженности также было констатировано у всех больных. Явления депрессии и астенизации — нарушения сна различного характера, повышенная утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, плаксивость и пр. присутствовали у каждого больного даже в период ремиссии. Все пациенты до настоящего исследования уже получали лекарственную терапию заболевания, в том числе имели опыт использования наружных кортикостероидных препаратов.

Согласно дизайну и программе исследования пациенты были разделены на две равноценные группы сравнения. Представители 1-й (основной) группы наблюдения получали монотерапию препаратами линии «Айсида» дважды в сутки на протяжении всего периода исследования. Больные 2-й (контрольной) группы в течение того же срока получали наружно мометазона фуроат (0,1% мазь, крем), либо гидрокортизона 17-бутират (0,1% мазь), либо метилпреднизолона ацепонат (0,1% мазь, крем, эмульсия) 1—2 раза в день в течение 10—14 дней; пимекролимус (1% крем) — 1 раз в день; пиритион цинк активированный (0,2% крем или аэрозоль) 1—2 раза в день в течение 14 дней. Кроме того, все пациенты контрольной группы получали антигистаминные препараты — лоратадин либо эбастин по 1 таблетке 1 раз в день в течение 14 дней, системную гипосенсибилизирующую терапию — тиосульфат натрия (30% раствор 10,0 мл внутривенно), либо магния сульфат (25% раствор 5,0 мл внутримышечно) через день, № 10—14; седативные средства — глицин 100 мг 2 раза в день либо настойку валерианы 20—30 капель 2—3 раза в день, в течение 28 дней. По индивидуальным показаниям назначали транквилизаторы — бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,5 мг 1 раз в день; антидепрессанты — amitриптилин 25 мг на ночь.

Построенное в рамках программы сравнительных клинических испытаний эффективности лечения больных АД средствами линии «Айсида» и традиционными схемами терапии с применением средств базового ухода, данное исследование осуществлялось с использованием следующих критериев эффективности терапии:

1. Влияние используемых средств терапии на выраженность основных клинических признаков патологического процесса (критерий 1).
2. Глобальная оценка терапевтического эффекта (ГОТЭ; критерий 2).
3. Частота возникновения побочных эффектов терапии (критерий 3).

4. Качество жизни пациентов (ДИКЖ; критерий 4).

5. Потребительские свойства препарата (критерий 5).

Работа выполнялась в течение 2009—2010 гг. сотрудниками Северо-Западного центра лазерной хирургии кожи на базе кафедры кожных и венерических болезней Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова.

Критерии включения/исключения.

От участия в испытаниях были отстранены лица с заболеваниями и состояниями, способными оказать влияние на результат исследования. К их числу были отнесены больные с наличием:

- психосоматических нарушений;
- тяжелой соматической патологии с выраженной симптоматикой поражения основных систем жизнедеятельности;
- сахарного диабета, других системных, наследственных и онкологических заболеваний;
- острых и хронических инфекционных (паразитарных) заболеваний различной этиологии, включая венерические, сексуально-трансмиссивные заболевания, в том числе и ВИЧ-инфекции;
- беременные, кормящие грудью матери;
- пациенты с индивидуальной непереносимостью отдельных компонентов, входящих в препараты, используемые в исследовании;
- пациенты, ранее принимавшие участие в аналогичных исследованиях либо параллельно участвующие в других клинических исследованиях.

При анализе результатов испытаний не учитывали некорректные наблюдения, выполненные с нарушениями заявленных условий исследования: досрочное прекращение участия в исследовании по объективным и субъективным причинам: отказ от выполнения либо недобросовестное выполнение медицинских рекомендаций; несанкционированное использование не предусмотренных программой исследования медицинских препаратов и методов терапии.

Критериями включения в программу клинических испытаний являлось:

- добровольное информированное согласие на участие в исследовании;
- наличие подтвержденного ранее диагноза АД;
- возраст от 21 года до 59 лет включительно;
- соблюдение оговоренных условий испытания, подразумевающих под собой неукоснительное выполнение медицинских рекомендаций и продолжение участия в исследовании вплоть до его завершения.

Эффективность лечения определяли по балльной системе на основании динамики жалоб, симптомов, степени выраженности клинических признаков (оцениваемых в соответствии с общепризнанными шкалами и индексами, применяемыми для каждой нозо-

логической формы заболевания), результатов анализа переносимости терапии. Заключительная оценка осуществлялась на 28-е сутки от начала лечения.

Объективными критериями терапевтической эффективности лечения в группах сравнения являлись следующие специфические и неспецифические показатели:

1) динамика регресса симптомов заболевания, оцениваемая на основании расчета дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС), суть которого заключается в индексации степени выраженности каждого из 9 основных симптомов дерматоза (эритемы, отека, мокнутия, лихенификации, папул, сухости, шелушения, трещин, зуда) по 4-балльной шкале (0 — отсутствие симптома, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — значительная выраженность симптома). У каждого больного рассчитывали общую сумму баллов выраженности симптомов, которую оценивали в 1, 7, 14 и на 28-е сутки наблюдения;

2) динамика распространенности и тяжести кожного процесса (SCORAD). Контрольные точки — 1, 14 и 28-е сутки наблюдения;

3) глобальная оценка терапевтического эффекта (ГОТЭ, вариант адаптации, применительно к условиям данного исследования) — оценка результатов лечения в группах сравнения по числу пациентов, достигших:

- клинического выздоровления (отличный результат лечения — уменьшение выраженности клинических признаков заболевания на 75% и более от исходного уровня);
- значительного улучшения (хороший результат лечения — уменьшение выраженности клинических признаков заболевания на 50%—75% от исходного уровня);
- улучшения (удовлетворительный результат лечения — уменьшение выраженности клинических признаков заболевания на 25—50% от исходного уровня);
- а также больных, у которых эффект отсутствовал (неудовлетворительный результат лечения — уменьшение выраженности клинических признаков заболевания менее чем на 25% от исходного уровня). Для оценки достоверности различий при статистической обработке данных использовался метод ранжирования: отличный резуль-

тат — 3 балла, хороший результат — 2 балла, удовлетворительный результат — 1 балл, неудовлетворительный результат — 0 баллов. Контрольная точка оценки — 28-е сутки наблюдения;

4) частота развития нежелательных побочных эффектов лечения, на основании чего производилась сравнительная оценка безопасности и переносимости средств «Айсида» и традиционных средств наружной терапии;

5) динамика показателя (индекса) степени выраженности зуда, рассчитываемого по 10-балльной шкале (Visual Analogue Scale — VAS) — наиболее постоянного признака, характерного для данного дерматоза. Менее 2 баллов — недостоверные и неспецифические проявления признака, более 2 (3—5) баллов — слабый, более 5 (6—8) баллов — умеренный, более 8 (9—10) баллов — тяжелый зуд;

6) изменения в оценке качества жизни на основании динамики индекса DLQI — Dermatology Life Quality Index (Finlay A., Khan G., 1994). Оценка проводилась в 1 и на 28-е сутки наблюдения;

7) оценка результатов и качества лечения представителями групп сравнения, анализ потребительских свойств и реакции пациентов на изучаемый препарат. Контрольная точка оценки — 28-е сутки наблюдения.

Значимых различий исходных величин клинических показателей, а также существенных расхождений в оценке качества жизни до лечения у представителей обеих групп не отмечено ($p > 0,05$; табл. 1).

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного лечения у большинства больных вне зависимости от применяемого метода терапии отмечалась положительная динамика клинических симптомов заболевания. Различия показателей тяжести и распространенности кожного процесса в исходной и конечной точках наблюдения были статистически значимы. Однако темпы снижения оцениваемых показателей в группах сравнения были различными (см. табл. 2). В контрольной группе уменьшение основных симптомов АД (количества высыпаний, интенсивности эритемы, выраженности отека, сухости кожи и пр.) было достоверным уже к 7-му дню терапии (ДИШС на 2-е сутки лечения равнялся $7,80 \pm 1,62$, против $12,68 \pm 2,96$ в исходной точке наблюдения; $p < 0,05$). В основной

Таблица 1

Сравнительная оценка распространенности тяжести и клинических проявлений кожного процесса у больных АД до лечения

Показатель/индекс	1-я группа (основная; n = 28)	2-я группа (контрольная; n = 26)
SCORAD	41,74 ± 9,32	44,16 ± 8,80
VAS	6,67 ± 2,09	7,13 ± 1,40
DLQI	18,70 ± 3,09	19,84 ± 4,17
ДИШС	13,75 ± 2,73	12,68 ± 2,96

Таблица 2

Сравнительная динамика клинических показателей патологического процесса в процессе терапии больных АД

Показатель / индекс	1-я группа (основная; n = 28)				2-я группа (контрольная; n = 26)			
	контрольные точки наблюдения							
	1-е сутки	7-е сутки	14-е сутки	28-е сутки	1-е сутки	7-е сутки	14-е сутки	28-е сутки
ДИШС	13,75 ± 2,73	10,32 ± 2,84	7,22 ± 2,09*	3,70 ± 1,59*	12,68 ± 2,96	7,80 ± 1,62*	4,70 ± 1,11*	2,82 ± 1,04*
SCORAD	41,74 ± 9,32	—	15,66 ± 4,52*#	8,13 ± 1,89*	44,16 ± 8,80	—	9,97 ± 1,10*#	7,57 ± 1,04*
VAS	6,67 ± 2,09	5,58 ± 0,93	2,56 ± 1,37*	0,53 ± 0,40*#	7,13 ± 1,40	3,21 ± 1,08*	2,19 ± 0,52*	1,58 ± 0,37*#
DLQI	18,70 ± 3,09	—	—	4,69 ± 1,27*#	19,84 ± 4,17	—	—	7,78 ± 1,07*#

Примечание. * В границах 95% доверительного интервала, внутрigrупповые различия показателей относительно исходного значения статистически значимы ($p < 0,05$). # В границах 95% доверительного интервала, межгрупповые различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

же группе статистически значимое снижение величины данного показателя отмечалось лишь после 2 нед. лечения. Более отчетливая, нежели в основной группе наблюдения, динамика индекса SCORAD в контрольной группе (существенное снижение его средних значений и статистически значимые межгрупповые различия показателей на 14-е сутки наблюдения) свидетельствует о некоторых преимуществах традиционной терапии перед препаратом «Айсида», а именно: меньших сроках, необходимых для купирования манифестных симптомов патологического процесса. Вместе с тем отсутствие достоверных межгрупповых различий индексов ДИШС и SCORAD в конце наблюдений является свидетельством одинаковой эффективности применения средств традиционной терапии и препарата «Айсида» при более длительных сроках лечения.

Субъективная оценка эффективности лечения, основанная на анализе динамики показателя тяжести зуда (VAS) и изменении качества жизни (DLQI), выявила вполне определенные различия влияния использованных методов терапии на физическую, психическую и социальную адаптацию больных. Несмотря на более высокие темпы снижения интенсивности зуда у больных 2-й группы, индекс которого у них уже на 7-й день лечения был достоверно меньшим, чем в начале исследования ($3,21 \pm 1,08$ балла против $7,13 \pm 1,40$ балла; $p < 0,05$), в конце курса терапии величина данного показателя была статистически значимо более низкой у пациентов 1-й группы наблюдения ($0,53 \pm 0,40$ балла против $1,58 \pm 0,37$ балла во 2-й группе; $p < 0,05$).

Анализ качества жизни после лечения позволил выявить значимые различия величин данного показателя в группах сравнения.

Несмотря на то что динамика снижения ДИКЖ после лечения в обеих группах была достоверной ($p < 0,05$), в основной группе наблюдения величина данного параметра на 28-е сутки наблюдения оказалась значимо более низкой, чем в контрольной группе ($4,69 \pm 1,27$ против $7,78 \pm 1,07$ балла; $p < 0,05$).

Относительное снижение средней величины индекса качества жизни в 1-й группе составило 74,9%, в то время как во 2-й группе — лишь 60,8%.

Анализ степени риска возникновения побочных эффектов при использовании традиционных средств лечения АД показал, что более чем у 1/3 (38,5%) больных традиционная терапия сопровождалась развитием тех или иных нежелательных реакций со стороны кожных покровов. Причем большая их часть обусловлена применением топических кортикостероидов (табл. 3). В то же время в основной группе наблюдения лишь у 1 (3,6%) пациента в начале лечения были отмечены незначительные явления раздражения кожи, спонтанно купировавшиеся без использования дополнительных средств. Помимо демонстрации высокого профиля безопасности и хорошей переносимости изучаемого препарата данное наблюдение свидетельствует о низком уровне его аллергенности, что особенно важно, принимая во внимание особенности патогенеза АД.

Анализ результатов лечения больных АД свидетельствует об адекватности и достаточно высокой эффективности обоих вариантов терапии (табл. 4). Основанием для такого заключения является отсутствие в обеих группах наблюдения случаев констатации неудовлетворительных результатов и приблизительно равная величина среднего показателя эффективности терапии — 2,6 и 2,7 балла в 1 и 2-й группах соответственно. Вместе с тем в контрольной группе наблюдения доля лиц, у которых достигнут отличный результат (клиническое выздоровление), оказалась существенно выше, чем в основной группе (76,9% против 67,9%). При отсутствии достоверных различий показателей ДИШС и SCORAD (см. табл. 2) этот факт может быть интерпретирован как признак относительного преимущества традиционной терапии перед лечением препаратом «Айсида».

Однако субъективная оценка результатов терапии, данная участниками сравнительных испытаний, во многом не совпала с объективной оценкой (табл. 5).

Таблица 3

Сравнительная оценка безопасности и переносимости лечения больных АД (частота развития нежелательных побочных эффектов терапии)

Показатель	1-я группа (n = 28)		2-я группа (n = 26)	
	абс.	%	абс.	%
Атрофия	0	0,0	1	3,8
Боль, покалывание	0	0,0	1	3,8
Телеангиэктазии	0	0,0	1	3,8
Появление свежих папул	0	0,0	2	7,7
Эритема	0	0,0	2	7,7
Аллергические реакции	0	0,0	2	7,7
Индивидуальная непереносимость	1	3,6	1	3,8
Всего	1	3,6	10	38,5

Таблица 4

Глобальная оценка терапевтической эффективности (ГОТЭ) изучаемых методов лечения больных АД

Показатель эффективности лечения	1-я группа (n = 28)		2-я группа (n = 26)	
	абс.	%	абс.	%
Отличный результат (3 балла)	19	67,9	20	76,9
Хороший результат (2 балла)	7	25,0	5	19,2
Удовлетворительный результат (1 балл)	2	7,1	1	3,9
Неудовлетворительный результат (0 баллов)	0	0,0	0	0,0
Средний балл	2,6		2,7	

Таблица 5

Сравнительная оценка качества лечения больными

Субъективные замечания	1-я группа (n = 28)		2-я группа (n = 26)	
	+	-	+	-
Наличие побочных эффектов	1 (3,6%)	26 (96,4%)	10 (38,5%)	16 (61,5%)
Удобство применения	25 (89,3%)	3 (10,7%)	9 (34,6%)	17 (65,4%)
Наличие дополнительных пожеланий	2 (7,1%)	26 (92,9%)	18 (69,2%)	8 (30,8%)
Удовлетворенность результатами терапии	23 (82,1%)	5 (17,9%)	16 (61,5%)	10 (38,5%)
Готовность к продолжению терапии	24 (85,7%)	4 (14,3%)	13 (50,0%)	13 (50,0%)

Пациенты контрольной группы значительно реже, чем больные основной группы наблюдения (61,5 против 82,1%), выражали удовлетворенность результатами терапии. В то же время они значительно чаще (69,2 против 7,1%) имели дополнительные пожелания и существенно реже (50,0 против 85,7%) демонстрировали дальнейшую готовность к выполнению прежнего объема терапевтических мероприятий, мотивируя свое отрицательное решение

сложностью соблюдения режима, профессиональной занятостью, наличием побочных эффектов, материальной несостоятельностью и пр.

Таким образом, сравнительный анализ результатов применения стандартных схем лечения и наружной терапии с использованием препаратов линии «Айсида» у больных с АД по изучаемым параметрам эффективности и безопасности позволяет дать положительную оценку данного лечебно-космети-

ческого средства в терапии этой нозологической формы хронического дерматоза. Хорошие показатели переносимости и удобство в использовании позволяют считать применение препаратов «Айсиды» в лечении легких и среднетяжелых форм АД обоснованным и целесообразным.

Литература

1. Хаитов Р.М., Кубанова А.А., редакторы. Атопический дерматит. Рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту. М., 2002.
2. Короткий Н.Г. Атопический дерматит у детей: Руководство для врачей. Тверь, 2003.
3. Союз педиатров России. Международный фонд охраны матери и ребенка. Научно-практическая программа «Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика». М., 2001.
4. Холодилова Н.А., Монахов К.Н. Использование средств базового ухода за кожей у пациентов с нарушением кожного барьера. Рос. журн. кож. и вен. бол. 2009; 6: 68—69.
5. Глядко В.В., Масюкова С.А., Гайворонский Д.А., Санакоева Э.Г. Новые возможности выбора поддерживающей наружной терапии при алергодерматозах и сухой чувствительной коже. Рос. журн. кож. и вен. бол. 2009; 5: 30—35.
6. Fluhr J.W., Elias P.M. Exogenous Dermatol 2002; 1, (4):163—175.

Внимание! Инновация!



АЙСИДА®

Новая линия липосомальной косметики на основе **лечебного компонента АСД***.

«АЙСИДА®» рекомендована для регулярной профилактики обострений атопического дерматита, экземы и псориаза.

NEW!



**При экземе, дерматите -
всегда Айсиды на защите!**

**НЕ применять
во время обострений!!!**

ПРОДАЕТСЯ ТОЛЬКО В АПТЕКАХ

Телефон горячей линии: **8-800-555-8-800** (звонки по России бесплатно).
Закажите по телефону или на сайте www.aicida.ru

*АСД (Антисептик Стимулятор Дорогова) Рег. удостоверение № 77.99.03.915.Д.014251.12.09 от 01.12.2009 г.

на правах рекламы