

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНЫХ СМЯГЧАЮЩИХ И УВЛАЖНЯЮЩИХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Д.В. ПРОШУТИНСКАЯ, Л.В. ТЕКУЧЕВА

Efficient application of external softening and moisturizing drugs for the treatment of atopic dermatitis in children

D.V. PROSHUTINSKAYA, L.V. TEKUCHEVA

Об авторах:

Д.В. Прошутинская — заведующая отделением детской дерматологии ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», д.м.н.

Л.В. Текучева — старший научный сотрудник отделения детской дерматологии

ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», к.м.н.

Представлены данные, подтверждающие эффективность наружного использования крема Локобейз Рипеа и крема Атодерм в сочетании с 0,1% мазью гидрокортизона 17-бутирата (мазь Локоид) у детей в возрасте от 6 мес. до 12 лет, больных атопическим дерматитом средней степени тяжести. Наблюдение за пациентами осуществлялось в течение года. Эффективность лечения оценивали по динамике индекса SCORAD и показателей инструментального исследования кожи (корнеометрия, теваметрия, pH-метрия). У детей в возрасте ≥ 5 лет проводили оценку качества жизни с помощью вопросника качества жизни Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI). Указанная наружная терапия приводила к снижению частоты развития обострений атопического дерматита, уменьшению степени их тяжести, увеличению межрецидивных периодов, а также снижению потребности в использовании топических кортикостероидов.

Ключевые слова: атопический дерматит, крем Локобейз Рипеа, крем Атодерм®, эпидермальный барьер, теваметрия, корнеометрия, pH-метрия.

The article presents data confirming the efficacy of external application of Locobase Repair cream and Atoderm cream in a combination with hydrocortisone 17-butyrate 0.1% (Locoid ointment) in children aged from 6 months to 12 years suffering from moderate atopic dermatitis. The patients were followed up for a year. The treatment efficacy was estimated according to the dynamics of the SCORAD index and skin instrumental examination indices (corneometry, tewametry and pH-metry). The life quality in children younger than 5 years was estimated based on the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI). The external therapy mentioned above resulted in the decreased frequency of atopic dermatitis exacerbations, their reduced severity, increased duration of inter-recurrent periods and reduced need in topical corticosteroids.

Key words: atopic dermatitis, Locobase Repair cream, Atoderm cream, epidermal barrier, tewametry, corneometry, pH-metry.

Атопический дерматит является наиболее распространенной патологией кожи в детском возрасте. Доля атопического дерматита в структуре дерматозов у детей достигает 50—75%, причем данный показатель продолжает увеличиваться [1—3]. В развитых странах распространенность заболевания составляет от 2 до 5% популяции, достигая у детей и подростков 15—20%. В Российской Федерации распространенность атопического дерматита у детей варьирует от 5,2 до 15,5% [1].

Дебют атопического дерматита в большинстве случаев приходится на ранний детский возраст. Приобретая хроническое течение, заболевание сохраняет свои клинические признаки на протяжении многих лет [4—8], что требует проведения длительной терапии. Поскольку в основе патогенеза

атопического дерматита лежит иммунозависимое воспаление кожи, сопровождающееся повышенной ее чувствительностью к внешним и внутренним раздражителям, основу терапии составляют топические кортикостероиды, обладающие противовоспалительным и иммуносупрессивным свойствами [9—12].

Однако продолжительное применение топических кортикостероидов у детей может приводить к возникновению местных (атрофия и гиперпигментация кожи) и системных (угнетение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, замедление роста) нежелательных явлений, а также сопровождается развитием привыкания, что значительно снижает эффективность лечения. Все вышеуказанное подчеркивает необходимость разработки подходов к наружной терапии атопического дерматита у детей, позволяющих добиться уменьшения длительности непрерывного применения топических кортикостероидов.

Современными зарубежными исследованиями установлена важная роль в патогенезе атопического дерматита нарушений эпидермального барьера кожи, в частности увеличения сухости и трансэпидермальной потери воды, что создает условия для поступления аллергенов трансдермально с вовлечением механизмов, приводящих к повреждению кожи, ранней сенсibilизации организма и инициации воспаления [12—15]. В патогенезе атопического дерматита большое значение придается генетически детерминированному повреждению кожного барьера, опосредованному нарушением процессов кератинизации, в частности дефектом синтеза структурообразующих белков и изменениями липидного состава кожи. В результате происходит нарушение формирования нормального рогового слоя, что клинически проявляется выраженной сухостью кожи. В отдельных работах показана эффективность применения наружных смягчающих и увлажняющих средств в терапии атопического дерматита, позволяющих уменьшить патологическую сухость кожи и тем самым препятствовать развитию воспаления [16—30].

Одним из новых смягчающих средств является Локобейз Рипеа. Препарат представляет собой специально разработанный крем с высоким содержанием липидов, идентичных липидам кожи (холестерин, церамид III, свободные жирные кислоты) и представленных в соотношении, оптимальном для ускорения восстановления барьерной функции кожи. В ходе ранее проводившихся исследований было показано, что Локобейз Рипеа ускоряет разрешение симптомов обострения, повышает эффективность терапии топическими кортикостероидами и уменьшает потребность в их применении [29, 30].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и безопасности наружного использования Локобейз Рипеа в течение одного года у детей в возрасте от 6 мес. до 12 лет, страдающих атопическим дерматитом средней степени тяжести.

Материал и методы

Под наблюдением в отделении детской дерматологии ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» находились 30 детей (13 мальчиков и 17 девочек) в возрасте от 6 мес. до 12 лет, больных атопическим дерматитом с клиническими проявлениями средней степени тяжести (SCORAD \geq 20 и \leq 60 баллов). По клиническим формам заболевания больные были распределены следующим образом: экссудативная форма атопического дерматита не наблюдалась ни у одного пациента, у 16 (53%) больных диагностирована эритематозно-сквамозная форма, у 8 (27%) — эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, у 6 (20%) — лихеноидная форма. Пациенты случайным образом были разделены на две группы (по 15 человек в каждой): получавшие наружную терапию кремом Локобейз Рипеа или кремом Ато-

дерм® в течение 1 года с добавлением при необходимости лечения 0,1% мазью гидрокортизона 17-бутирата (Локоид®) 1—3 раза в сутки. Состав крема Локобейз Рипеа: вазелин, вода, парафин, вазелиновое масло, глицерин, сорбитан олеат, воск карнауба, холестерин, церамид III, олеиновая кислота, пальмитиновая кислота, карбомер, трометамин.

Состав крема Атодерм®: вазелиново-глицериновый комплекс в дисперсном состоянии, различные полисахариды растительного происхождения, натриевая соль этилендиаминтетрауксусной кислоты, витамин Е, феноксиэтанол, парабыны.

Наблюдение за пациентами проводили до окончания периода лечения (примерно 1 год).

Системная терапия в обеих группах включала в себя антигистаминные препараты (супрастин, фенкарол, зиртек), дезинтоксикационные (энтеросгель, лактофильтрум, тиосульфат натрия) и десенсибилизирующие средства (хлорид кальция, глицерофосфат кальция).

Расчет необходимого количества мази Локоид® производился по нижеприведенной формуле с округлением в большую сторону до кратного содержащемуся в тубе:

Количество препарата (г) = площадь поражения (см²) · 0,00154 · частота нанесения (раз в день) · количество дней до очередного визита.

Для объективной оценки степени тяжести клинических проявлений атопического дерматита и эффективности проводимой терапии у всех наблюдаемых нами больных был использован индекс SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis). Величина индекса SCORAD рассчитывалась по формуле:

$$\text{Индекс SCORAD} = A/5 + 7B/2 + C,$$

где А — сумма баллов распространенности поражения кожи — площадь поражения кожи оценивали по правилу «девятки» (площадь ладонной поверхности кисти больного равнялась 1%);

В — сумма баллов интенсивности клинических проявлений атопического дерматита (эритема, отек/папула, экссудация/корки, эскориации, лихенификация, сухость кожи). Каждый признак оценивался по шкале от 0 до 3 баллов: 0 — отсутствие признака, 1 — признак слабовыражен, 2 — признак выражен умеренно, 3 — признак выражен резко;

С — сумма баллов субъективных симптомов (зуд, нарушение сна). Каждый признак оценивался по шкале от 0 до 10 баллов.

Значения индекса SCORAD < 20 баллов соответствовали легкой степени тяжести заболевания, от 20 до 60 — средней степени тяжести, более 60 — тяжелой степени тяжести.

Определение качества жизни проводили у детей в возрасте \geq 5 лет с помощью вопросника качества жизни Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) с периодичностью 1 раз в 3 мес. Оценива-

лись следующие параметры: симптомы и ощущения, досуг, межличностные взаимоотношения, лечение, школа и отдых, сон. Степень снижения качества жизни выражали в процентах.

Для объективной оценки эффективности лечения при каждом визите больного исследователем проводилось измерение влажности кожи (корнеометрия) с помощью датчика Corneometer® CM 825, трансэпидермальной потери воды с помощью датчика Tewameter® TM 300, pH-метрия с помощью датчика Skin-pH-Meter® PH 905 на оборудовании Multi Probe Adapter MPA 5 производства COURAGE+KHAZAKA electronic GmbH (Германия). Расчеты и сохранение результатов исследования каждым датчиком осуществлялись с помощью программного обеспечения в базе данных. Результаты регистрировались в виде цифровых значений. Пределы нормальных значений показателей корнеометрии составляли от 40 и выше, теваметрии — ниже 12, pH-метрии в пределах 5,5—5,8.

Критерием эффективности лечения служило достижение положительных клинических результатов в виде уменьшения или полного разрешения зуда, признаков воспаления на коже и положительной динамики показателей инструментальных методов обследования кожи.

Клиническое выздоровление — полное разрешение кожного процесса.

Значительное улучшение — снижение величины индекса SCORAD не менее чем на 75% по сравнению с исходными данными, уменьшение выраженности сухости кожи (по показателям корнеометрии и теваметрии) не менее чем на 75% по сравнению с исходными данными.

Улучшение — снижение величины индекса SCORAD менее чем на 75%, но более 25% по сравнению с исходными показателями, положительная динамика по данным корнеометрии и теваметрии.

Без изменений — снижение величины индекса SCORAD менее чем на 25 или отсутствие изменений по сравнению с исходными данными, а также уменьшение выраженности сухости кожи менее чем на 25% или отсутствие изменений по сравнению с исходными (по показателям теваметрии и корнеометрии).

Ухудшение — ухудшение состояния кожных покровов по сравнению с исходным, отрицательная динамика данных корнеометрии и теваметрии.

Результаты

В 1-ю группу входило 15 детей в возрасте от 6 мес. до 12 лет, больных атопическим дерматитом в стадии обострения с клиническими проявлениями средней степени тяжести, в наружной терапии которых применяли крем Локобейз Рипеа и мазь Локоид®. В период обострения мазь Локоид® применялась 2 раза в сутки в течение 5—7 дней, затем в режиме через день на протяжении 7 дней, затем 2 раза в неделю на протяжении 14 дней. Крем Локобейз Рипеа применяли в виде аппликаций 1—2 раза

в сутки в период обострения с последующим переходом на применение 1 раз в сутки. Среднее значение индекса SCORAD на момент включения пациентов в исследование составило $47,0 \pm 10,8$ балла. Пациенты с экссудативной формой атопического дерматита не были включены в исследование. У 8 наблюдаемых пациентов отмечалась эритематозно-сквамозная форма атопического дерматита, у 5 — эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, у 2 — лихеноидная форма. Число рецидивов, возникших в течение года перед началом лечения у пациентов данной группы, равнялось в среднем $5,9 \pm 0,9$.

Во 2-ю группу входило 15 детей в возрасте от 1 года до 12 лет, больных атопическим дерматитом, с клиническими проявлениями средней степени тяжести, в наружной терапии которых применяли крем Атодерм® и мазь Локоид®. Крем Атодерм® назначали в виде аппликаций 2 раза в сутки на протяжении всего периода исследования. Мазь Локоид® применяли в период обострения 2 раза в сутки в течение 5—7 дней, затем в режиме через день на протяжении 7 дней, затем 2 раза в неделю на протяжении 14 дней. Среднее значение индекса SCORAD составило $44,1 \pm 14,9$ балла. У 8 пациентов наблюдалась эритематозно-сквамозная форма атопического дерматита, у 3 — эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, у 4 — лихеноидная форма. Число рецидивов, развившихся в течение года до начала лечения у пациентов данной группы, составляло в среднем $6,1 \pm 1,2$.

У всех пациентов 1-й группы лечения к концу 7-го дня лечения наблюдали улучшение кожного патологического процесса. У 3 (20%) детей наблюдалось значительное улучшение, у 12 (80%) — улучшение. Среднее значение индекса SCORAD составило $30,1 \pm 3,5$ балла (рис. 1). Отмечалось уменьшение выраженности эритемы, инфильтрации, сухости и шелушения в очагах поражения, а также их размеров или полное разрешение воспаления и папулезных высыпаний. Кроме того, нами констатировано уменьшение сухости всех кожных покровов. У пациентов 2-й группы на 7-й день от начала лечения значительное улучшение кожного процесса наблюдалось у 1 (6,7%) пациента, улучшение — у 13 (86,7%), отсутствие положительной динамики в лечении — у 1 (6,7%), ухудшения не отмечено ни у одного пациента. Среднее значение индекса SCORAD составило $31,2 \pm 4,3$ балла. Улучшение кожного процесса заключалось в частичном разрешении очагов поражения, уменьшении в них отечности, эритемы и инфильтрации, а также сухости и шелушения кожных покровов. У всех наблюдаемых пациентов уменьшилась интенсивность зуда, улучшился сон.

Через месяц от начала лечения в 1-й группе клиническое выздоровление наблюдалось у 1 (6,7%) ребенка, значительное улучшение — у 10 (66,7%), улучшение — у 4 (26,7%), ухудшения кожного про-

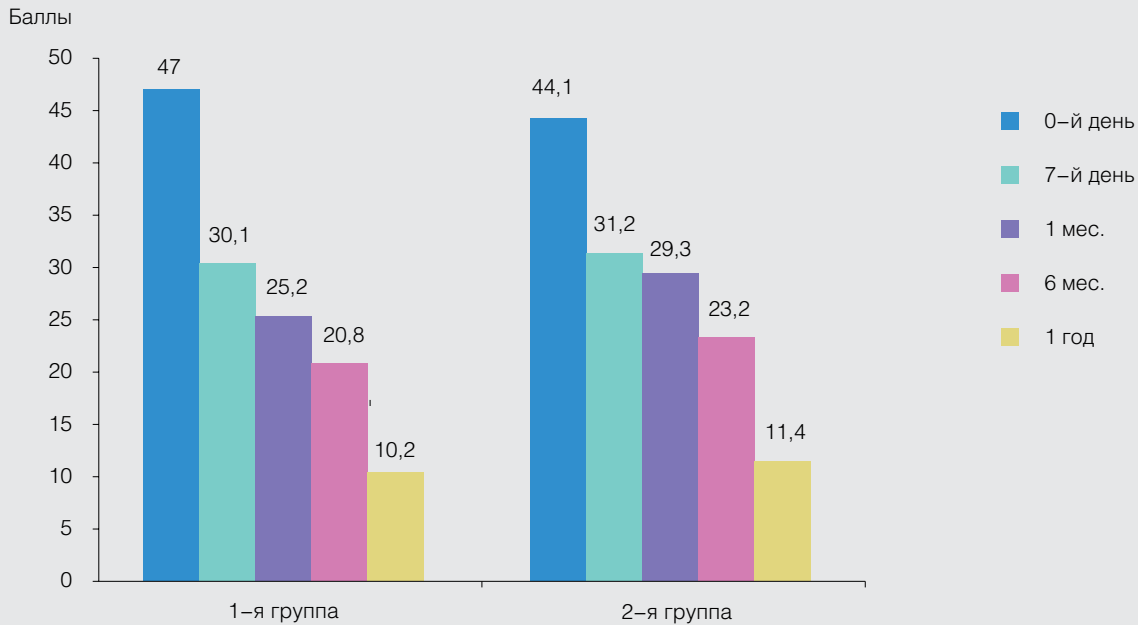


Рис. 1. Динамика индекса SCORAD при лечении больных атопическим дерматитом кремом Локобейз Рипеа в сочетании с мазью Локоид® (1-я группа) и кремом Атодерм® в сочетании с мазью Локоид® (2-я группа)

цесса не отмечено. Среднее значение индекса SCORAD составило $25,2 \pm 8,9$ балла. Во 2-й группе значительное улучшение наблюдали у 8 (53,3%) пациентов, улучшение — у 7 (46,7%), ухудшения кожного процесса не отмечалось. Среднее значение индекса SCORAD составило $29,3 \pm 5,4$ балла.

Через 6 мес. от начала лечения в 1-й группе клиническое выздоровление наблюдалось у 2 (13,3%) пациентов, значительное улучшение — у 12 (80%), улучшение — у 1 (6,7%). У пациентов данной группы средний показатель индекса SCORAD уменьшился и составил $20,8 \pm 14,4$ балла. Во 2-й группе через 6 мес. от начала терапии клиническое выздоровление наблюдалось у 1 (6,7%) пациента, значительное улучшение — у 9 (60%), улучшение — у 5 (33,3%). Средняя величина индекса SCORAD составила $23,2 \pm 4,8$ балла.

К окончанию лечения в 1-й группе клиническое выздоровление наблюдали у 4 (26,7%) пациентов, значительное улучшение — у 11 (73,3%). Среднее значение индекса SCORAD составило $10,2 \pm 8,9$ балла, что значительно ниже исходного показателя до лечения ($47,0 \pm 10,8$ балла). В результате проведенного лечения уменьшилось число рецидивов в течение года с $5,9 \pm 0,9$ до $3,6 \pm 1,2$. Рецидивы были связаны с погрешностями в питании, приемом лекарственных препаратов по поводу сопутствующих заболеваний, стрессовыми ситуациями. У пациентов 2-й группы через год от начала лечения наблюдалось улучшение клинической картины заболевания, субъективных ощущений и качества жизни

больных, уменьшение частоты развития рецидивов. Клиническое выздоровление достигнуто у 2 (13,3%) пациентов, значительное улучшение — у 10 (66,7%), улучшение — у 3 (20%). Средняя величина индекса SCORAD составила $11,4 \pm 8,6$ балла. Уменьшилось число рецидивов, развившихся в течение года, которое составило у пациентов данной группы $4,1 \pm 0,8$ (до лечения — $6,1 \pm 1,2$).

На протяжении всего периода лечения у пациентов обеих групп рассчитывалась суточная и месячная потребность в использовании мази Локоид®. На момент начала лечения суточная потребность в использовании мази Локоид® у пациентов 1-й группы, применявших крем Локобейз Рипеа, составила в среднем $2,3 \pm 2,0$ г, у пациентов 2-й группы, применявших крем Атодерм® — $2,9 \pm 2,7$ г. К окончанию 1-го месяца лечения суточная потребность в использовании мази Локоид® у пациентов 1-й группы составила в среднем $1,9 \pm 0,6$ г, месячная потребность — $60,3 \pm 8,2$ г, у пациентов 2-й группы — соответственно $2,1 \pm 1,1$ и $58,1 \pm 5,3$ г.

Через 6 мес. от начала лечения суточная потребность в мази Локоид® у пациентов 1-й группы составила $1,8 \pm 0,3$ г, месячная потребность — $30,5 \pm 4,6$ г, что значительно меньше месячной потребности в препарате в начале терапии ($60,3 \pm 8,2$ г). У пациентов 2-й группы суточная потребность в использовании мази Локоид® составила в среднем $2,0 \pm 0,5$ г, месячная потребность — $38,2 \pm 6,4$ г.

Через год от начала лечения у пациентов, получавших крем Локобейз Рипеа и мазь Локоид®,

месячная потребность в применении топического глюкокортикостероида значительно уменьшилась и к окончанию наблюдения составила $20,6 \pm 3,4$ г (до лечения $60,3 \pm 8,2$ г). У пациентов, получавших крем Атодерм® в сочетании с мазью Локоид®, месячная потребность в глюкокортикостероидном препарате также уменьшилась и составила $28,9 \pm 5,8$ г (до лечения $58,1 \pm 5,3$ г), но оказалась выше, чем у пациентов 1-й группы (рис. 2).

В течение всего периода наблюдения у пациентов обеих групп с помощью инструментальных методов обследования оценивали показатели барьерной функции кожи — сухость (корнеометрия), трансэпидермальную потерю воды (теваметрия) и pH. У пациентов 1-й группы в начале лечения среднее значение показателя корнеометрии составило $19,2 \pm 5,1$, теваметрии — $38,0 \pm 15,1$, pH-метрии — $5,9 \pm 0,6$, у пациентов 2-й группы — соответственно $22,5 \pm 9,3$, $34,8 \pm 15,6$ и $6,0 \pm 0,9$. На 7-й день лечения показатели барьерной функции кожи улучшились в обеих группах: у пациентов 1-й группы среднее значение показателя корнеометрии составило $30,5 \pm 3,1$, теваметрии — $26,5 \pm 7,6$, pH-метрии — $5,8 \pm 1,1$, у пациентов 2-й группы — соответственно $28,9 \pm 6,8$, $28,4 \pm 3,2$, и $5,8 \pm 1,5$ (рис. 3, 4).

Через месяц у пациентов 1-й группы среднее значение показателя корнеометрии равнялось $35,4 \pm 9,2$, теваметрии — $24,8 \pm 2,3$, pH-метрии — $5,7 \pm 0,4$, у пациентов 2-й группы — соответственно $30,5 \pm 9,1$, $25,1 \pm 5,8$ и $5,8 \pm 0,9$. Значительно улучшились показатели барьерной функции кожи у пациентов 1-й группы. Через 6 мес. от на-

чала лечения средние значения этих показателей соответствовали у больных 1-й группы — $39,15 \pm 8,3$, $15,9 \pm 5,7$ и $5,6 \pm 0,9$, у больных 2-й группы — $38,3 \pm 5,7$, $19,8 \pm 3,5$ и $5,8 \pm 1,2$.

Через год от начала лечения у пациентов 1-й и 2-й групп лечения установлено как субъективное, так и объективное улучшение состояния кожных покровов. Инструментальными исследованиями более выраженная динамика показателей барьерной функции кожи выявлена у пациентов 1-й группы, в терапии которых применяли крем Локобейз Рипеа: среднее значение показателя корнеометрии составило $48,9 \pm 9,8$ (до лечения — $19,2 \pm 5,1$), теваметрии — $12,0 \pm 2,6$ (до лечения — $38,0 \pm 15,1$), pH-метрии — $5,5 \pm 0,9$ (до лечения — $5,9 \pm 0,6$). При клиническом осмотре у всех пациентов уменьшились сухость и шелушение кожных покровов. Субъективно все больные отмечали длительное увлажнение кожи в течение дня. У пациентов 2-й группы, в терапии которых применяли крем Атодерм®, среднее значение показателя корнеометрии составило $43,4 \pm 9,2$, теваметрии — $13,8 \pm 3,3$, pH-метрии — $5,6 \pm 0,8$ (см. рис. 3, 4).

Большинство пациентов обеих групп отмечали значительное улучшение качества жизни в течение периода наблюдения. Степень снижения качества жизни, определяемого по шкале CDLQI, на момент включения в исследование у пациентов 1-й группы составила $27,9 \pm 5,1\%$, у пациентов 2-й группы — $23,8 \pm 1,3\%$, через 6 мес. от начала лечения — соответственно $19,2 \pm 5,1$ и $19,1 \pm 1,5\%$, к окончанию лечения — $5,7 \pm 2,5$ и $6,2 \pm 0,9\%$ (рис. 5).

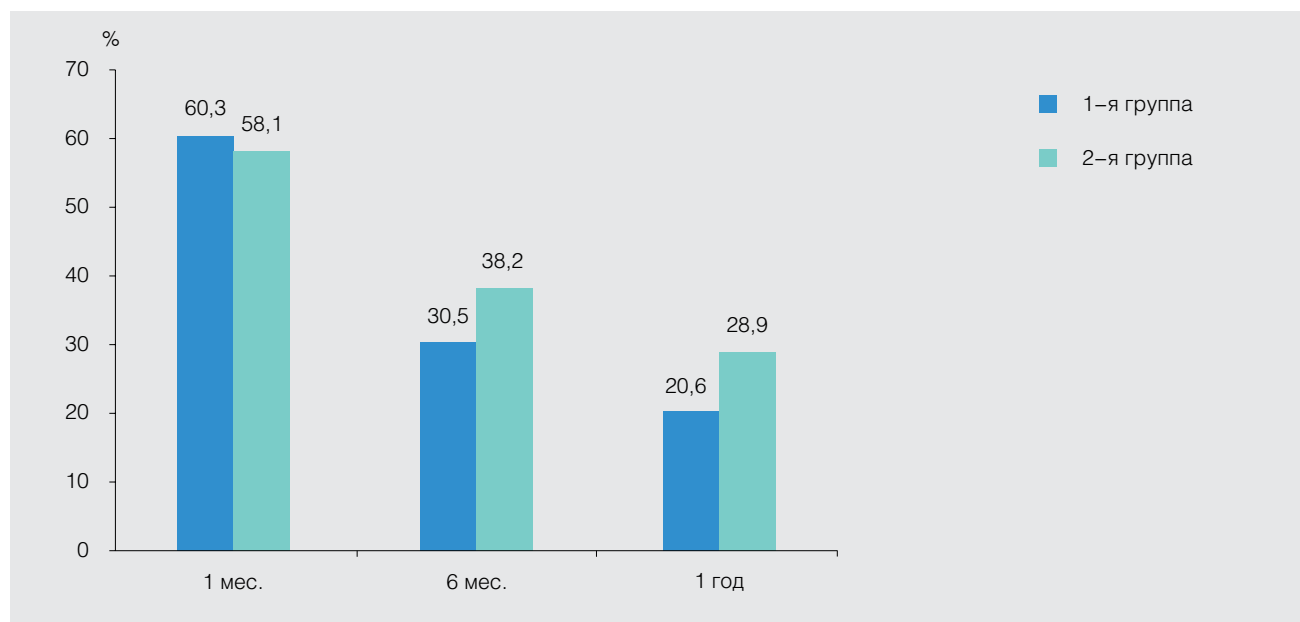


Рис. 2. Месячная потребность в использовании мази Локоид® у больных atopическим дерматитом на фоне применения крема Локобейз Рипеа (1-я группа) и крема Атодерм® (2-я группа)

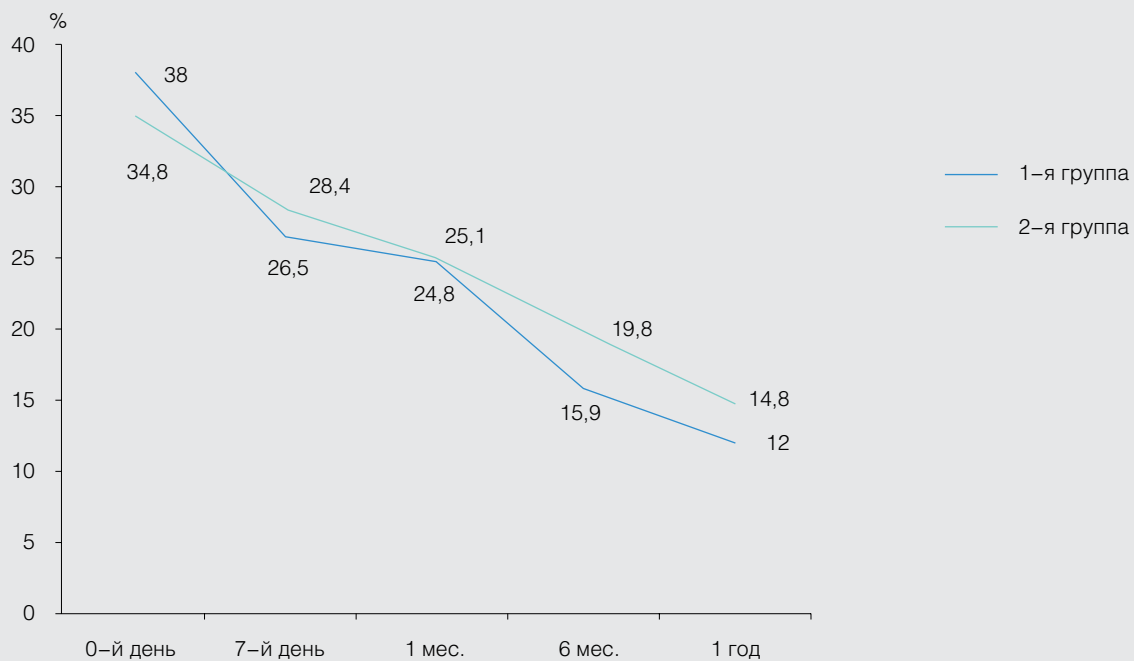


Рис. 3. Динамика показателя трансэпидермальной потери воды у больных атопическим дерматитом при лечении кремом Локобейз Рипеа в сочетании с мазью Локоид® (1-я группа) и кремом Атодерм® в сочетании с мазью Локоид® (2-я группа)

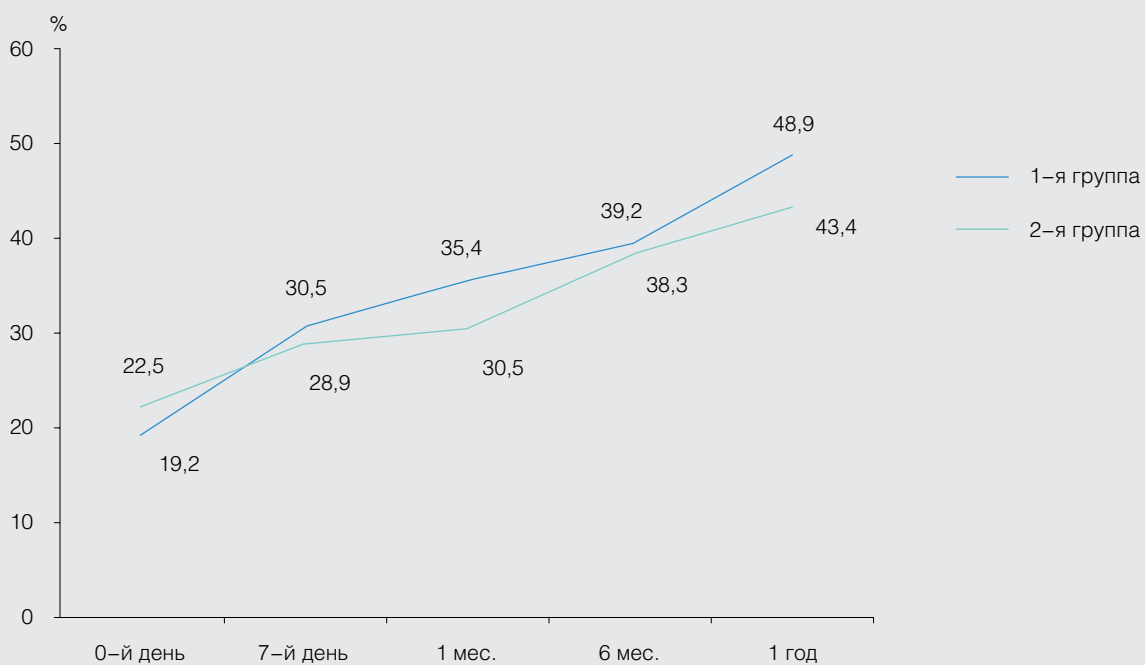


Рис. 4. Динамика показателя сухости кожи (корнеометрия) у больных атопическим дерматитом при лечении кремом Локобейз Рипеа в сочетании с мазью Локоид® (1-я группа) и кремом Атодерм® в сочетании с мазью Локоид® (2-я группа)

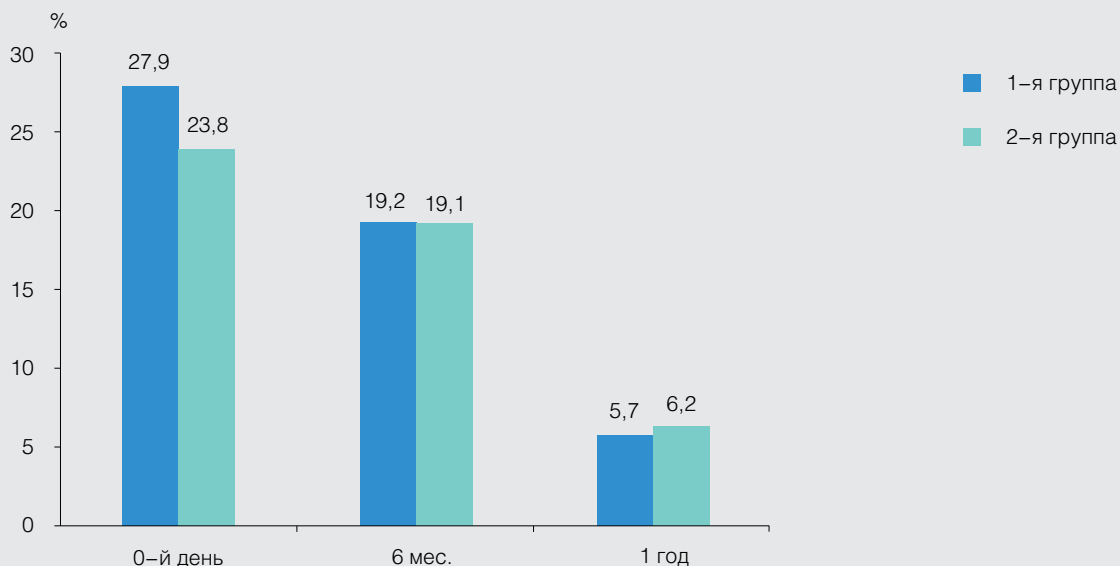


Рис. 5. Изменение степени снижения качества жизни (CDLQI) у больных атопическим дерматитом на фоне лечения кремом Локобейз Рипеа в сочетании с мазью Локоид® (1-я группа) и кремом Атодерм® в сочетании с мазью Локоид® (2-я группа)

Обсуждение

В проведенном нами сравнительном исследовании эффективности применения двух средств наружного действия — крема Локобейз Рипеа и крема Атодерм® у детей, больных атопическим дерматитом средней степени тяжести, получены положительные результаты в виде улучшения клинической картины заболевания — уменьшения сухости и шелушения кожных покровов, выраженности зуда, полного или частичного разрешения воспалительного процесса, улучшения сна, значительного улучшения показателей качества жизни, а также улучшение барьерной функции кожи (по данным инструментальных методов обследования — корнеометрии, теваметрии, рН-метрии). Через год от начала терапии более выраженный эффект достигнут у пациентов, применявших крем Локобейз Рипеа. У пациентов данной группы на фоне использования указанного эмоленга установлена более низкая месячная потребность в топическом глюкокортикостероидном препарате (мази Локоид®) по сравнению с больными, применявшими крем Атодерм® ($20,6 \pm 3,4$ и $28,9 \pm 5,8$ г соответственно; см. рис. 2). Динамика показателей барьерной функции кожи была более выраженной у пациентов, использовавших крем Локобейз Рипеа, по сравнению с пациентами, применявшими крем Атодерм®, — средние значения показателей корнеометрии соответствовали $48,9 \pm 9,8$ и $43,4 \pm 9,2$, теваметрии — $12,0 \pm 2,6$ и $14,8 \pm 3,3$.

Полученные нами результаты согласуются с данными ранее проведенных исследований, в ходе ко-

торых было показано, что применение крема Локобейз Рипеа ускоряет разрешение симптомов атопического дерматита, повышает эффективность терапии топическими кортикостероидами и уменьшает потребность в их использовании.

Заключение

Таким образом, сочетанное применение в наружной терапии больных атопическим дерматитом топических кортикостероидных препаратов и наружных увлажняющих/смягчающих средств позволяет наряду с положительными клиническими результатами достигнуть улучшения увлажненности кожи и уменьшения трансэпидермальной потери воды, что способствует снижению чувствительности кожи к различным ирритантам и аллергенам. Применение увлажняющих/смягчающих средств в наружной терапии больных атопическим дерматитом позволяет уменьшить потребность в топических кортикостероидных средствах, увеличить продолжительность безрецидивного периода, уменьшить степень тяжести клинических проявлений атопического дерматита.

Литература

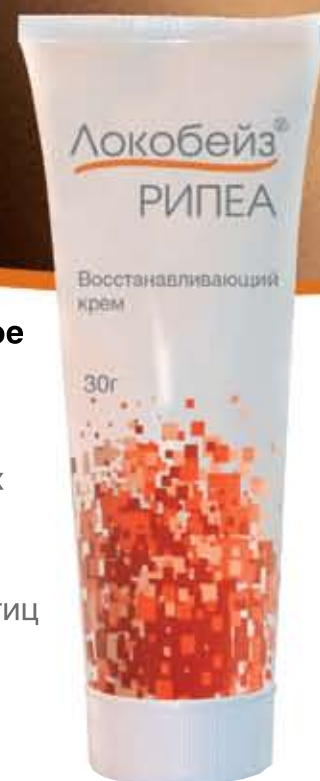
1. Кубанова А.А. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки населения Российской Федерации, по данным официальной государственной статистики. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2008; № 5, 8—18.
2. Балаболкин И.И. Современная концепция патогенеза и терапии атопического дерматита у детей. *Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии.* М., 1998; 113—119.

3. Хаитов Р.М., Кубанова А.А. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту. М.: Фармарус Принт, 2002; 192 с.
4. Смолкин Ю.С., Чебуркин А.А., Ревакина В.А. Механизмы развития атопического дерматита у детей: Обзор литературы. Рос. вестн. перинатол. и педиат. 2000; 45: 3: 25—29.
5. Деягин В.М., Румянцев А.Г. Атопический дерматит у детей. Современные концепции патогенеза и терапии: Руководство для практических врачей. М., 2004; 437 с.
6. Ellis C., Luger T. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II) Clinical update and current treatment strategie. Br J Dermatol. 2003; 48: 3—10.
7. Schultz-Larsen F., Hanifin J.M. Epidemiology of atopic dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am 2002; 22: 1—24.
8. Ring J., Przybilla B., Ruzicka T., eds. Handbook of Atopic Eczema, 2nd edn., Springer, Heidelberg, 2006.
9. Торопова Н.П. Патогенетические основы и ключевые принципы наружной терапии при атопическом дерматите у детей. Вопр. соврем. педиат. 2002; 1: 6: 80—83.
10. Хаитов Р.М., Кубанова А.А. Атопический дерматит: наружная терапия. Иллюстрированный атлас. М., 2002; 72.
11. Hiscott J., Pestka S. Cytokine and growth factor: Reviews. Amsterdam: Elsevier 2007; 545.
12. Leung D.Y. Atopic dermatitis: the skin as a window into the pathogenesis of chronic allergic diseases. J Allergy Clin Immunol 1995; 96: 3: 302—318.
13. Leung D. Atopic dermatitis — An Update for the Next Millennium. J Allergy Clin Immunol 1999; 104: 132—135.
14. Leung D.Y., Jane N., Leo L. New concepts in the pathogenesis of atopic dermatitis. Curr Opin Immunol 2003; 15: 634—638.
15. Akdis C., Akdis M., Bieber T. et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. J Allergy Clin Immunol 2006; 118: 152—169.
16. Elias P. Stratum corneum defensive functions: an integrated view. J Invest Dermatol 2005; 125: 183—200.
17. Imokawa G., Abe A., Yin K. et al. Decreased level of ceramides in stratum corneum of atopic dermatitis: an etiologic factor in atopic dry skin? Ibid 1991; 96: 523—526.
18. Nassif A., Chan S., Storrs G., Hanifin J. Abnormal skin irritancy in atopic dermatitis and in atopy without dermatitis. Arch Dermatol 1994; 130: 1402—1407.
19. Di Nardo A., Werlz P., Giannetti A., Seidenari S. Ceramide and cholesterol composition of the skin of patients with atopic dermatitis. Acta Derm Venerol 1998; 78: 27—30.
20. Aalto-Korte K., Turpeinen M. Transepidermal water loss predicts systemic absorption of topical hydrocortisone in atopic dermatitis. Br J Dermatol 1996; 135: 497—498.
21. Hanifin J., Hebert A., Mays S. Effects of a low-potency corticosteroid lotion plus a moisturizing regimen in the treatment of atopic dermatitis. Curr Ther Res 1998; 59: 227—233.
22. Lucky A., Leach A., 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; 14: 321—324.
23. Long C., Mills C., Finlay A. A practical guide to topical therapy in children. Br J Dermatol 1998; 138: 293—296.
24. Chamlin S.L., Kao J., Freiden I.J. et al. Ceramide-dominant barrier repair lipids alleviate childhood atopic dermatitis: changes in barrier function provide a sensitive indicator of disease activity. J Am Acad Dermatol 2002; 47: 198—208.
25. Wood L.C., Elias P.M., Calhoun C. et al. Barrier disruption stimulates interleukin-1 alpha expression and release from a preformed pool in murine epidermis. J Invest Dermatol 1996; 106: 397—403.
26. Taieb A. Hypothesis: from epidermal barrier dysfunction to atopic disorders. Contact Dermatitis 1999; 41: 177—80.
27. Palmer C.N., Irvine A.D., Terron-Kwiatkowski A. et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. Nat Genet 2006; 38: 441—6.
28. 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; 118: 3—21.
29. Sator P., Schmidt J., Honigsmann H. et al. Comparison of epidermal hydration and skin surface lipids in healthy individuals and in patients with atopic dermatitis. Am Acad Dermatol 2003; 48: 352—358.
30. Johansson S.G.O., Bieber T., Dahl R., et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. J Allergy Clin Immunol 2004; 113: 832—836.

Локобейз РИПЕА

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



Локобейз РИПЕА