

Увлажняющий крем *Aqualan L* в лечении больных атопическим дерматитом

Дюдюн А.Д., Федотов В.П., Горбунцов В.В., Захаров В.К., Левицкая Н.Ф.

Днепропетровская государственная медицинская академия

ЗВОЛОЖУЮЩИЙ КРЕМ AQUALAN L У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

Дюдюн А.Д., Федотов В.П., Горбунцов В.В., Захаров В.К., Левицька Н.Ф.

Дано оцінку ефективності застосування зволожуючого крему *Aqualan L* (*Orion Pharma*, Фінляндія) у комплексній терапії хворих на атопічний дерматит дітей. Доведено, що даний крем добре переноситься хворими, не має побічних дій і не дає ускладнень. Його систематичне застосування сприяє позитивній динаміці клінічної картини атопічного дерматиту і поліпшенню подальшого ходу захворювання.

MOISTENING CREAM AQUALAN L IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

Dyudyun A.D., Fedotov V.P., Gorbuntsov V.V., Zakharov V.K., Levitskaja N.F.

Efficiency evaluation of the moistening cream *Aqualan L* (*Orion Pharma*, Finland) in complex therapy of atopic dermatitis at children has been carried out. This is evidence that the cream is well sustained by patients, has no side effects and complications. Its systematic application favors the positive dynamics of atopic dermatitis clinical presentation and improvement of further course of the disease.

Атопический дерматит (АД) – хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с наследственной предрасположенностью к атопии; характеризуется повышенным уровнем общего и специфических *IgE* и эозинофилов крови, хроническим течением и возрастными особенностями клинических проявлений

АД по-прежнему остается одной из актуальных проблем современной дерматовенерологии. Актуальность АД обусловлена широкой распространенностью заболевания, рецидивирующим течением патологического процесса и высоким уровнем заболеваемости – особенно среди населения крупных промышленных центров [2, 5]. Заболевание возникает, как правило, в первом году жизни у лиц с генетической предрасположенностью к атопии и характеризуется тяжелым, непрерывно рецидивирующим течением с возрастными особенностями клинической картины, приводя к значимому снижению качества жизни пациентов, а также к инвалидности их [4].

Современные терапевтические возможности при лечении больных АД имеют патогенетическую направленность и носят симптоматический характер; это, прежде всего:

- устранение или уменьшение воспалитель-

ных изменений кожи, интенсивности кожного зуда и улучшение структуры и функции кожи;

- лечение сопутствующих заболеваний, которые осложняют течение АД;

- контроль над патологическим состоянием у больных АД с предупреждением развития тяжелых форм заболевания.

Базисная терапия больных АД включает:

- устранение контакта со специфическими и неспецифическими триггерами;

- применение смягчающих и увлажняющих средств;

- проведение обучающих программ для пациентов или лиц, обслуживающих их.

Комплексное лечение больных с кожной патологией немыслимо без применения топических средств. Однако, помимо терапевтического эффекта, наружная терапия, как и всякое лечение, обладает в ряде случаев и нежелательными побочными действиями. Например, для топических кортикостероидов, так часто и неизбежно применяемых при многих кожных заболеваниях, характерны атрофогенный эффект, тахифилаксия (риск развития стероидной резистентности), вторичное инфицирование, телеангиэктазии и пр. Высокая информированность больных о побочных эффектах «гормо-

нального» лечения иногда является основанием для развития стероидной фобии. Для огромного числа больных с так наз. стероидчувствительными дерматозами (атопический дерматит, экзема, аллергический дерматит, псориаз, красный плоский лишай и др.) применение топических стероидов оказывается ежедневной практикой, особенно в периоды обострений. Топические стероиды, обладая мощной противовоспалительной и противозудной активностью, стоят в ряду лекарственных средств первого выбора при острых воспалительных заболеваниях кожных покровов. Делаются попытки снизить риск развития упомянутых побочных явлений в виде уменьшения частоты и количества наносимого препарата. Особенно нерациональным является, предварительное «разбавления» патентованного сбалансированного средства какой-либо мазевой основой типа вазелина или детского крема; это неминуемо приводит, в лучшем случае, к резкому снижению эффективности терапии, а то и вовсе к отсутствию ожидаемого лечебного действия.

Другой дерматологической проблемой представляется лечение и уход за такими состояниями кожи, как сухость, шелушение, трещины, повышенная чувствительность, которые могут быть как самостоятельными явлениями, так и сопутствующими. Для решения этих и других подобных проблем врачи прибегают к применению самых разнообразных смягчающих, увлажняющих, защитных, успокаивающих, заживляющих и прочих средств. В силу различной индивидуальной чувствительности и переносимости, выбор такого средства в конкретном случае может оказаться затруднительным.

Топическое лечение больных АД является основной и неотъемлемой частью комплексной терапии пациентов. Оно проводится с учетом возраста, периода, тяжести заболевания, выраженности воспалительной реакции, распространенности патологического процесса и сопутствующих осложнений. Исчезновение или уменьшение под воздействием внешней терапии проявлений АД благоприятно отражается на общем и психоэмоциональном состоянии больного ребенка и его родителей.

Барьерная функция кожи человека обусловлена ее анатомо-физиологическими особенностями. Кожа покрыта биологически активным слоем, который представляет собой водно-жировую эмульсионную пленку. У детей защитная функция кожи несовершенная в результате

нежности и рыхлости эпидермиса и морфологической незрелости ряда ее структур. Кожные покровы у детей, больных АД, отличаются [1]:

- изменением микроциркуляции с парадоксальной сосудистой реакцией;
- повышенной чувствительностью к действию различных триггерных раздражителей;
- нарушением барьерной функции;
- увеличением трансэпидермальной потери воды с развитием выраженной сухости;
- повышенным уровнем контаминации разной микробиотой.

Поэтому для предотвращения ее повреждения, профилактики вторичного инфицирования, эффективного местного лечения АД необходимое использование увлажняющих, смягчающих, защитных косметических лечебно-профилактических средств. Использование увлажняющих средств обеспечивает возобновление и сохранение барьерной функции рогового слоя кожных покровов. Одной из важных частей местной терапии больных АД является устранение сухости кожи, которая очень часто возникает после применения топических кортикостероидных мазей и кремов [3]. Следует особенно отметить, что из-за нарушения барьерной функции кожи и ее сухости применение увлажняющих и смягчающих средств должно проводиться даже в те периоды, когда симптомы заболевания отсутствуют.

Учитывая необходимость постоянного и длительного использования топических средств терапии больных АД, к средствам наружной терапии выставляют высокие требования:

- отсутствие ароматических веществ и красителей;
- легкость нанесения и быстрое всасывание;
- отсутствие явления сальности кожи и способности загрязнять одежду, постельное и нательное белье.

Таким требованиям в полной мере отвечает увлажняющий крем для чувствительной и склонной к аллергическим проявлениям кожи *Aqualan L* (Orion Corporation, Финляндия). Крем *Aqualan L* характеризуется оригинальной рецептурой и системой ухода за кожей и включает в себе 65 % воды, традиционно используемый при лечении АД глицерин. Назначение внешней терапии увлажняющим кремом *Aqualan L* обеспечивает:

- уменьшение очагов воспаления;
- устранение сухости кожи;
- профилактику вторичного инфицирования

пораженных участков;

- возобновление структуры эпидермиса и его барьерных функций;
- улучшение состояния кожи с эритемой, трещинами и зудом;
- возобновление слизистых оболочек губ и гениталий.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 47 детей в возрасте от 2 до 17 лет, страдающих АД, с давностью заболевания от 2,5 до 15,5 лет. Всем наблюдаемым больным диагноз атопический дерматит устанавливался на основании наличия не менее трёх основных и трёх дополнительных диагностических критериев. Все больные АД находились в состоянии обострения кожного процесса с легкой или средней степенью тяжести заболевания.

У 27 наблюдаемых больных констатировано легкое течение болезни, которое характеризовалось локальными проявлениями кожного процесса, незначительным кожным зудом; обострения заболевания возникали 1-2 раза в год, обычно – в холодное время. Проводимое лечение давало хороший терапевтический эффект.

У 20 больных патологическое состояние, оцененное как средней тяжести, сопровождалось более обширными, распространенными поражениями кожи с обострениями заболевания 3-4 раза в год и более. Проводимое общепринятое лечение не всегда давало хороший терапевтический эффект.

Лечение больных АД проводилось в период рецидива в амбулаторных условиях. В комплексную терапию АД включали:

- гипоаллергенную диету;
- антигистаминные препараты;
- ферменты;
- гепатопротекторы
- энтеросорбенты с эубиотиками;
- седативные средства.

Увлажняющий крем *Aqualan L* назначался после снятия острых признаков воспаления и мокнутия. Показания для назначения крема *Aqualan L*:

- сухость кожи;
- зуд;
- признаки воспаления кожи.

Крем *Aqualan L* наносился на пораженные участки кожи, в том числе и на высокочувствительные участки, 3 раза в сутки. Общая продолжительность исследования составила 3 недели

и включала первичный клинический осмотр больного с контрольными посещениями врача через одну, две и три недели от начала лечения.

Для объективной оценки степени тяжести кожного процесса и динамики хода заболевания у детей с АД использовался коэффициент *SCORAD* (*Severity sCORing of Atopic Dermatitis*), утвержденный Европейским обществом дерматовенерологов, объединяющий площадь поражения и степень выраженности объективных и субъективных симптомов. Среднее значение *SCORAD* составило:

- $15,3 \pm 1,1$ ед. у 27 больных АД, что отвечало легкой степени тяжести протекания заболевания;
- $32,2 \pm 2,4$ ед. у 20 больных со средней степенью тяжести протекания АД.

Результаты исследования и их обсуждения. Клиническая картина АД у больных с легкой степенью тяжести заболевания характеризовалась ограниченной площадью поражения кожных покровов. Патологический процесс локализовался преимущественно в локтевых изгибах, подколенных ямках, периоральный области и был представлен слабо выраженной эритемой, шелушением, папулезными элементами, эскориациями, одиночными пустулами. Дети жаловались на незначительный зуд кожи. В некоторых участках поражения наблюдалась незначительная лихенификация.

У больных АД средней тяжести интенсивный зуд кожи нарастал, что в ряде случаев сопровождалось нарушением сна. Кожный процесс носил распространенный характер и локализовался на коже лица, передней поверхности шеи, локтевых изгибах, изгибистой и разгибательной поверхностях лучезапястных суставов, подколенных ямках. Острота воспалительной реакции характеризовалась умеренно выраженной эритемой и отеком, наличием папулезных элементов синюшно-красного цвета, серозно-геморрагическими и гнойными корками, эскориациями, трещинами на фоне очагов лихенификации, выраженной сухости кожи и значительного шелушения.

Комплексное лечение с применением крема *Aqualan L* все больные переносили хорошо. Ни в одном случае не были зафиксированы побочные реакции на применение крема *Aqualan L*. Крем *Aqualan L* хороший по текстуре, обладает хорошим матирующим эффектом, не загрязняет белье, не оставляет жирных пятен на коже.

На фоне применения крем *Aqualan L* отмечается положительная динамика течения патологического процесса у больных АД, а также снижение среднего значения коэффициента *SCORAD*.

Проводимое лечение проводило к ослаблению основных клинических проявлений АД – снижение сухости, шелушения и зуда кожных покровов нами было отмечено у всех больных с легким течением болезни и у 19 (95 %) детей со средней степенью тяжести течения АД. У всех больных с легким ходом АД на 4-5-й день применения крема *Aqualan L* было отмечено снижение интенсивности зуда. У 9 детей зуда кожи исчез уже в первые трое суток. На протяжении 14 дней лечение у всех больных разрешилась эритема. Папулезные высыпания начали разрешаться на 6-7-й день лечения. Участки лихенификации у большинства больных разрешались к 14-му дню лечения кремом *Aqualan L*.

Комплексная трехнедельная терапия с применением увлажняющего крема *Aqualan L* способствовала выраженной клинической ремиссии кожного процесса и значительному улучшению общего состояния и качества жизни наблюда-

емых больных. Лишь у незначительного количества больных отмечалась легкая эритема или невыраженная лихенификация, которая имела тенденцию к разрешению.

У больных АД со средней степенью тяжести применение крема *Aqualan L* уменьшало интенсивность зуда, выраженность гиперемии, отека кожи и приводило к улучшению сна. К концу 2-й недели лечения у больных со средней степенью тяжести отмечено улучшение общего самочувствия, нормализация сна, снижение коэффициента *SCORAD* на 70 % от начального уровня. Значительно уменьшились эритема, отек, лихенификация, ксероз кожи. На 21-й день терапии кремом *Aqualan L* коэффициент *SCORAD* в данной группе больных снизился в среднем на 85 %.

Заключение. Использование увлажняющего крема *Aqualan L* в комплексном лечении детей, страдающих атопическим дерматитом легкой и средней степени тяжести, продемонстрировало высокую его клиническую эффективность, хорошую переносимость и отсутствие побочных действий и осложнений. Применение увлажняющего крема *Aqualan L* давало возможность контроля над течением заболевания.

Выводы

1. Увлажняющий крем *Aqualan L* (*Orion Pharma*, Финляндия) является эффективным средством топического лечения больных АД с длительностью местного лечения до трёх недель.

2. Крем *Aqualan L* обладает противовоспалительным, антиаллергенным, противозудным действием, хорошо переносится больными.

3. Более широкое использование крема *Aqualan L* в клинической практике позволит оптимизировать лечение больных АД.

3. Длительное использование крема *Aqualan L* в качестве поддерживающей терапии приводит к улучшению состояния кожного покрова и способствует длительным ремиссиям заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. - М.: Медицина, 1999. - 238 с.
2. Гасич Н.А., Прохоренков В.И. Применение крема Акридерм и мази Акридерм СК в комплексном лечении атопического дерматита // www.medi.ru. - 2007.
3. Зубаренко А.В., Портнова О.А. Атопический дерматит. Концепция эффективной терапии

// Здоровье ребенка. - 2009. - № 3 (18). - С. 121-127.

4. Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y., Dykes P.J. The Infants' Dermatitis Quality of Life Index // Br. J. Dermatol. - 2001. - Vol. 144. - P. 104-110
5. Schultz-Larsen F., Hanifin J.M. Epidemiology of atopic dermatitis // Immunol. Allergy Clin. North Am. - 2002. - Vol. 22. - P. 1-24.