



Л.С. Овчаренко, І.В. Самохін, А.О. Вертегел, Т.Г. Андрієнко, Н.В. Жихарева, О.В. Кряжев

МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: діти, atopічний дерматит, місцева терапія, Топікрем.

Ключевые слова: дети, atopический дерматит, местная терапия, Топикрем.

Key words: children, atopic dermatitis, local therapy, Topicream.

Наведено досвід застосування зволожуючих засобів на прикладі Топікрему в комплексній терапії дітей, хворих на atopічний дерматит. Показано ефективність і безпечність засобу для усунення основних симптомів atopічного дерматиту, особливо при його легкому та середньотяжкому перебігу.

Приведен опыт применения увлажняющих средств на примере Топикрема в комплексной терапии детей, больных atopическим дерматитом. Показана эффективность и безопасность средства для купирования основных симптомов atopического дерматита, особенно при его легком и среднетяжелом течении.

The search shows the experience of the moisturizing products use on the example of Topicream in the treatment of children with atopic dermatitis. The efficiency and security of the remedy for the relief of major symptoms of atopic dermatitis, especially in its mild and moderate flow is shown.

Атопічний дерматит (АД) є найчастішим алергічним захворюванням у дітей (50–75%) [7]. На сьогодні в Україні, як і в багатьох країнах світу, спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з важким перебігом цього захворювання [3,9]. Основне значення в розвитку АД належить харчовим алергенам, що з тих чи інших причин проникають через епітелій травного тракту, призводячи до формування сенсibiliзації. Перші прояви патології виникають, як правило, в грудному віці й пов'язані з введенням прикорму або переведенням на штучне харчування. Формуючись у дітей раннього віку, АД швидко набуває характеру хронічного рецидивуючого перебігу, викликає страждання хворої дитини, значно погіршує якість життя та є економічним, психологічним і соціальним тягарем і для пацієнта, і для родини. Крім того, АД є першим проявом «алергічного маршу» і значущим чинником ризику розвитку бронхіальної астми у дітей [3,4].

На жаль, нині повне його лікування не завжди можливе. Сучасний підхід до лікування АД має бути комплексним, включати рекомендації з покращення умов побуту, харчування, з догляду за шкірою, одночасне проведення терапевтичних заходів.

У терапії АД важливу роль відіграють заходи зі зменшення контакту з алергенами, тобто в ранньому віці основну роль відіграє дієта, а в старшому – елімінація (усунення) як ентєральних, так і респіраторних алергенів.

Лікування АД неможливе без місцевої терапії. Зовнішня терапія АД є обов'язковою і найважливішою частиною комплексного лікування у дітей. Вона має проводитись з урахуванням віку, патологічних змін у шкірі, диференційовано, з раціональним використанням топічних лікарських засобів і їх різних форм [2]. Цілі зовнішньої терапії АД полягають в усуненні запалення й свербіжу шляхом призначення протизапальних засобів; підвищенні бар'єрної функції шкіри й відновленні водно-ліпідного шару з використанням пом'якшуючих і живильних засобів.

Забезпечити правильний щоденний догляд за шкірою шляхом призначення очищуючих і зволожуючих препаратів [6]. Лікування складається з добору найбільш адекватних комбінацій допоміжної (догляд за шкірою) терапії та базисної протизапальної терапії за необхідності [1]. На сьогодні можна стверджувати, що правильний догляд за atopічною шкірою відіграє роль настільки ж важливу, наскільки важливим є і сам базисний лікувальний процес. Догляд за шкірою хворих на АД необхідно проводити як у період загострення захворювання, так і протягом клінічної ремісії, що дозволяє знизити частоту загострень.

Необхідно пам'ятати, що тканини шкіри містять до 70% води, завдяки чому вона зберігає ніжність і еластичність. Запальний процес при шкірній алергії викликає її обезводнення. Отримані дані біохімічних досліджень свідчать про порушення властивостей ліпідів (церамідів) шкіри у хворих на АД. У порівнянні зі здоровою, суха шкіра втрачає еластичність, що призводить до її пошкодження, появи тріщин, особливо в області складок і згинів. Сухість шкіри призводить до порушення бар'єрної функції, що спричинює чутливість до бактерій, грибів і вірусів [8]. Отже, дуже важливим є правильний догляд за шкірою, зокрема, нанесення захисного засобу для усунення дії подразнюючих факторів.

Топічні глюкокортикостероїди, що застосовуються в дитячій практиці, показали високу ефективність і нерідко посідають лідируючі позиції в місцевій терапії більшості дерматозів дитячого віку. Для підвищення ефективності топічних глюкокортикостероїдів при лікуванні АД доцільно застосовувати їх на фоні пом'якшуючих і живильних засобів [5].

Препарати для місцевої терапії АД у дітей не мають містити ароматизатори, барвники і консерванти. Важливою є відсутність вікового цензу й можливість їх застосування у наймолодших пацієнтів. Важливу роль відіграє також форма і текстура препарату.

Таким вимогам повною мірою відповідає Топікрем (Нижи-Шарльє, Франція, № 05.03.02-03/34046 від



21.05.2010) – гіпоалергенна високоефективна, негормональна зволожуюча емульсія для обличчя й тіла. Топікрем відновлює рівень гідратації шкіри завдяки комбінації зволожуючих і пом'якшуючих речовин (сечовини – 2%, гліцерину – 9,5%), гідро-ліпідну плівку на поверхні шкіри – завдяки реліпідуючим жирним речовинам, усуває відчуття стягнення шкіри, робить її м'якшою та еластичнішою, миттєво вбирається, не залишаючи жирної плівки. Топікрем можна призначати дітям з перших місяців життя.

МЕТА РОБОТИ

Вивчення ефективності зволожуючих засобів на прикладі Топікрему в лікуванні різних форм і стадій atopічного дерматиту у дітей.

ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебували 37 дітей, хворих на АД, віком від 6 місяців до 4 років (середній вік – $2,4 \pm 0,8$ років). На момент включення в дослідження у 9 хворих на АД мав поширений характер, у інших 28 пацієнтів зареєстровано обмежену форму захворювання.

Для об'єктивної оцінки ступеня тяжкості шкірного процесу й динаміки перебігу захворювання у дітей з АД використовували коефіцієнт SCORAD (SEVERITY SCORING OF ATOPIC DERMATITIS), затверджений Європейським товариством дерматовенерологів. Коефіцієнт об'єднує площу ураження і ступінь вираженості об'єктивних і суб'єктивних симптомів. У 23 (62,2%) дітей, хворих на АД, середнє значення SCORAD склало $16,2 \pm 1,2$ од., що відповідало легкому ступеню перебігу захворювання. Клінічна картина АД у хворих з легким ступенем тяжкості захворювання характеризувалась обмеженою площею ураження шкіри з локалізацією в периоральній області, ліктьових згинах, підколінних ямках. Відзначено слабку вираженість еритеми, лущення, папульозних елементів, екскоріацій, лихеніфікацій і свербіння шкіри.

У 12 (32,4%) пацієнтів із середнім ступенем тяжкості перебігу АД значення SCORAD в середньому дорівнювало $31,1 \pm 2,2$ од., що характеризувалось поширеним ураженням шкіри обличчя, передньої поверхні шиї, ліктьових згинів, згинальної та розгинальної поверхонь променезап'ясткових суглобів, підколінних ямок. Інтенсивний свербіж шкіри супроводжувався порушенням сну. Еритема, набряк, папульозні елементи яскравого червоного кольору, кірки, екскоріації, тріщини на фоні вогнищ лихеніфікації, сухість шкіри і лущення були помірно виражені.

У 2 (5,4%) хворих перебіг АД був важким, при цьому значення SCORAD склало $65,3 \pm 1,4$ од., шкірний процес мав поширений або дифузний характер з численними вогнищами почервоніння, лущенням, потовщенням шкіри з тріщинами, серозно-геморагічними кірками. Значне свербіння шкіри приводило до порушення сну.

Зовнішню терапію проводили в комплексі з базисною терапією, що включала гіпоалергенну дієту, антигістамінні препарати, ферменти, гепатопротектори, ентеросорбенти з еубіотиками, седативні засоби за показаннями.

Топікрем, призначений після зменшення гострих ознак запалення та мокноття, наносили двічі на добу протягом

4 тижнів, а також після водних процедур на уражені й сухі ділянки шкіри. При важкому перебігу захворювання Топікрем застосовували у поєднанні з терапією топічними глюкокортикостероїдами

Ефективність лікування фіксували у щоденниках само-контролю й оцінювали за 4-бальною шкалою (0 – погіршення стану, 1 – відсутність ефекту, 2 – покращення, 3 – значне покращення) з реєстрацією таких параметрів: інтенсивність шкірного свербіння, порушення сну дитини, ступінь сухості, почервоніння шкіри, екскоріації, наявність папульозних висипань, набряк шкіри.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Позитивну динаміку клінічної картини АД на фоні застосування Топікрему відзначено у всіх хворих з легким перебігом хвороби й у 10 дітей (83,3%) з перебігом АД середньої тяжкості, що виражалось у зниженні середнього значення коефіцієнта SCORAD. Найбільш виражений ефект спостерігали у дітей з лихенізаціями: застосування Топікрему сприяло значному зменшенню гіперкератозу і лихенізації, швидше відновлювалась еластичність і дерматогліфіка шкіри.

Слід зазначити, що помітний ефект терапії зафіксовано уже протягом 1 тижня застосування Топікрему: зменшувались основні клінічні ознаки АД, зникали сухість і гіперемія шкіри, купірувалось лущення і зменшувалась потреба у використанні топічних глюкокортикостероїдів. До кінця 4 тижня терапії у 21 (91,3%) хворого з легким перебігом захворювання діагностовано клінічну ремісію АД; у 2 пацієнтів (8,7%), у яких зберігались незначні прояви АД (легка еритема або лихеніфікація), констатовано значне покращення загального стану. У пацієнтів із середньотяжким перебігом АД на 28–30 день терапії коефіцієнт SCORAD знизився в середньому в групі на 80–85% від початкового рівня, при важкому перебігу захворювання у обох хворих відзначено покращення стану й зменшення коефіцієнта SCORAD на 65–70%, що дозволило зменшити частоту і термін застосування топічних глюкокортикостероїдів.

За результатами самоконтролю ефективності застосування Топікрему в комплексній терапії АД батьки 86% хворих відзначали значне покращення стану дитини (оцінка 3): зменшувалась сухість шкіри, лущення і почервоніння. У інших 14% хворих батьки також відзначали поліпшення стану шкіри, зменшення сухості й гіперемії шкіри (оцінка 2). Дещо меншою є дія лікування на інтенсивність шкірного свербіння (за оцінкою батьків хворих дітей): значне зменшення шкірного свербіння (оцінка 3) відзначено у 9 хворих з обмеженою формою АД (32,1%), помірне зменшення шкірного свербіння (оцінка 2) спостережено у 18 (64,3%) пацієнтів, оцінка 1, тобто відсутність впливу на інтенсивність шкірного свербіння виставлена 1 (3,6%) дитині.

Слід зазначити, що Топікрем добре переносили усі пацієнти, в жодному випадку не відзначено погіршення стану. Також не зареєстровано побічних ефектів і неприємних відчуттів при його застосуванні у високочутливих зонах (обличчя, шиї і шкірні складки). Після досягнення стійкої ремісії з метою профілактики рецидивів рекомендовано



профілактичне застосування Топікрему в щоденному догляді за шкірою дитини.

ВИСНОВКИ

1. Топікрем є ефективним засобом місцевого лікування хворих на АД дітей. Рекомендовано тривалість місцевого лікування із застосуванням Топікрему при АД у дітей має складати не менше 3 тижнів.

2. Топікрем є ефективним і безпечним засобом для усунення запалення шкіри у дітей, хворих на АД, особливо при його легкому та середньотяжкому перебігу.

3. Використання Топікрему в якості підтримуючої терапії призводить до поліпшення стану шкіри. Після настання стійкої ремісії профілактичне застосування Топікрему в щоденному догляді за шкірою призводить до зменшення рецидивів захворювання.

Отже, результати дослідження свідчать про доцільність і ефективність постійного використання зволожуючих засобів на прикладі Топікрему у дітей, хворих на різні форми і стадії АД, в комплексі з елімінаційними заходами, топічними глюкокортикостероїдами і фармакотерапією. За нашими даними, Топікрем особливо показаний на ранніх стадіях АД, адже його раннє застосування швидко ліквідує прояви АД, запобігає вираженій маніфестації та формуванню важкого перебігу захворювання. У реабілітаційний період для профілактики загострення АД необхідне

обов'язкове щоденне використання зволожуючих засобів, таких як Топікрем, що сприятиме зменшенню сухості шкіри, що відзначають і при клінічній ремісії захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ерошкин Е.* Практический опыт применения дерматокосметических средств Атопрел в лечении atopического дерматита у детей / *Ерошкин Е.* // Медицинская газета «Здоров'я України». – 2009. – №4/1. – С. 42.
2. *Ласица О.И.* Атопический дерматит у детей. Современные подходы к диагностике и лечению: Практ. руков. в табл. и схемах / *Ласица О.И., Бережной В.В.* – К., 2001. – 24 с.
3. *Ласица О.И.* Алергія дитячого віку / *Ласица О.И., Ласица Т.С., Недельская С.М.* – К.: Книга плюс, 2004. – 368 с.
4. *Смирнова Г.И.* Атопический дерматит у детей / *Смирнова Г.И.* // Фармацевт. вестник. – 2002. – №10. – С. 6–10.
5. *Смирнова Г.И.* Опыт клинического применения мусса и крема атодерма при atopическом дерматите у детей / *Смирнова Г.И.* // Вопр. совр. педиатрии. – 2002. – Т. 1, прил. 1. – С. 44–45.
6. *Смирнова Г.И.* Патогенетические основы повышения эффективности наружной терапии atopического дерматита у детей / *Смирнова Г.И.* // РМЖ. – 2005. – Т. 13, № 16. – С. 1075–1081.
7. Сучасні підходи до застосування препаратів зовнішньої дії, що містять глюкокортикостероїди: Метод. рекомендації Українського НДІ дерматології та венерології. – Харків, 2000. – 34 с.
8. *Феденко Е.С.* Уход за кожей больных atopическим дерматитом с использованием увлажняющих средств / *Феденко Е.С., Латышева Т.В.* // Российский аллергологический журнал. – 2005. – №1. – С. 21–26.
9. *Hanifin J.M.* Epidemiology of atopical dermatitis / *Hanifin J.M.* // Immunol. Allergy Clin. NA. – 2002. – Vol. 22. – P. 1–24.

Відомості про авторів:

Овчаренко Л.С., д. мед. н., професор, зав. каф. педіатрії і неонатології ЗМАПО.

Самохін І.В., к. мед. н., асистент каф. педіатрії і неонатології ЗМАПО.

Вертегел А.О., к. мед. н., асистент каф. педіатрії і неонатології ЗМАПО.

Андрієнко Т.Г., к. мед. н., доцент каф. педіатрії і неонатології ЗМАПО.

Жихарева Н.В., к. мед. н., асистент каф. педіатрії і неонатології ЗМАПО.

Кряжев О.В., аспірант каф. педіатрії і неонатології ЗМАПО.

Адреса для листування:

Овчаренко Леонід Сергійович. 69059, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, ЗМАПО.

Тел.: (0612) 96 15 23.
