

Інноваційні аспекти догляду за шкірою у хворих на atopічний дерматит

С. О. Галнікіна

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті представлені основні аспекти сучасної концепції зовнішньої терапії atopічного дерматиту (АД) та ролі лікаря-дерматолога в її призначенні. Автор статті обґрунтовує значущість зовнішньої терапії АД, наводить огляд групи емолієнтів як основних засобів догляду за шкірою при цьому дерматозі. У якості нового зволожувального і відновлювального засобу для atopічної шкіри запропоновано Топікрем-АД – пом'якшувальний бальзам для обличчя і тіла, регулярне застосування якого забезпечує зволоження і комфорт, що покращує якість життя пацієнтів і забезпечує контроль над захворюванням.

Ключові слова: шкіра, atopічний дерматит, догляд, емолієнти, Топікрем-АД пом'якшувальний бальзам для обличчя і тіла.

Атопічний дерматит (АД) є одним із найпоширеніших алергійних захворювань дитячого віку, що зумовлює постійний інтерес багатьох фахівців. Це захворювання багатофакторіальне, зі складним патогенезом, тому вимагає комплексного підходу до терапії. Обов'язковим компонентом лікування atopічного дерматиту є зовнішня терапія, яка згідно із сучасними уявленнями передбачає не лише застосування лікарських засобів, але і догляд за шкірою. Зовнішню терапію широко застосовують як у комплексному лікуванні, так і самостійно. В останні роки з'явилися безліч вітчизняних і зарубіжних засобів, призначених для зовнішньої терапії при АД. Тактику ведення хворих на АД обирають після визначення пріоритетів щодо призначення системної і/або зовнішньої терапії залежно від віку, чинників ризику, імунопатогенезу, результатів діагностики і варіантів клінічної презентації цього дерматозу.

Згідно з сучасними рекомендаціями, зовнішню терапію здійснюють у режимі ступінчастої терапії з урахуванням тяжкості захворювання. Ступінь тяжкості АД є головним критерієм під час вибору засобів зовнішньої терапії.

Однією з головних позицій терапевтичних програм, які створюють для хворих на АД, є зовнішня терапія. Цей розділ належить до повної компетенції лікарів-дерматовенерологів, і лише вони мають право його формувати і контролювати.

Етапність призначення засобів зовнішньої терапії для хворих на АД, на наш погляд, може бути представлена таким чином: проведення тривалої підтримувальної терапії, забезпечення зволоження, пом'якшення і живлення шкіри. Ці заходи є важливими під час лікування пацієнтів, хворих на АД, вони рекомендовані для регулярного проведення.

Унаслідок порушення структури ліпідів рогового шару шкіри у хворих на АД відзначається підвищена її сухість, нерідко виникають мікро- і макротріщини, з'являється відчуття стягнення шкіри і свербіж, а також зниження її бар'єрної функції стосовно екзогенних алергенів.

Відомо, що роговий шар епідермісу складається з корнеоцитів, з'єднаних між собою за допомогою цементувальної субстанції, і ліпідів, представлених керамідами, незамінними жирними кислотами, холестеролом, тригліцери-

дами, сквалеоном. Функція керамідів полягає у затриманні води в екстрацелюлярному просторі рогового шару шкіри. У хворих на АД в ураженій і неуразеній шкірі знижений вміст керамідів, що спричинює порушення експресії сфінгомеліндацилазаподібних ферментів. Мікроорганізми, які вегетують на шкірі, виділяють фермент керамідазу, що призводить до розпаду керамідів на сфінголізин і жирні кислоти. Істотне значення у підтриманні ксерозу шкіри має неповне перетворення омега-6 жирних кислот (ліноленової, γ -ліноленової, дигомо- γ -ліноленової) на ПГЕ 1. Порушення в системі ліпідів–вода–корнеоцит призводять до надмірної трансепідермальної втрати води і порушення захисно-бар'єрних властивостей шкіри, чого не слід допускати. Таким чином, без адекватного зволоження шкіри домогтися її повноцінної біоревіталізації неможливо. При цьому потрібний ретельний догляд за шкірою, її гідратація і регулярне використання препаратів, які зволожують шкіру, – так званих емолієнтів.

Емолієнти

Емолієнти є основними засобами базової терапії хворих на АД, вони виконують роль відновлення та захисту рогового шару епідермісу, підтримуючи гідроліпідний баланс та запобігаючи трансепідермальній втраті води. Сухість шкіри – основний фактор, що стимулює запалення та свербіж при АД, зумовлюючи виникнення та тривалість рецидивів захворювання. Емолієнти створюють необхідні умови та значно сприяють досягненню лікувального ефекту топічних засобів. Це великий клас різномірних за структурою, походженням, механізмами впливу засобів, які прямо відновлюють у шкірі запаси води (регідранти), запобігають її втраті, відновлюють у шкірі пул фізіологічних ліпідів та інших макромолекул. Єдиної загальноприйнятої класифікації емолієнтів/регідрантів наразі не існує.

За природою та розчинністю виділяють ліпофільні, гідрофільні та амфіфільні (змішані) емолієнти.

За технологією виробництва змішані емолієнти можуть бути такими, що виробляються шляхом змішування двох фракцій – водної та жирової, із додаванням емульгаторів, а також такими, що виробляються за технологіями дермомембранної структури (ДМС), мікросфер/ліпосом та нанотехнологіями.

За механізмами впливу на структури шкіри емолієнти/регідранти поділяють на захисні та пом'якшувальні (переважно ліпідні мінерального/рослинного походження – олії, рідкий парафін, білий вазелін, ланолін та його похідні), відновні/замісні (переважно фізіологічні ліпідні та ліпоїди – кераміди, фосфоліпідні, тригліцериди, холестерол та його етери, сквален), власне регідративні (органічні спирти, гліцерин, сечовина, моно- та олігосахаридні компоненти натурального зволожувального фактора – NMF), спрямованої дії – протисвербінні (гліцин, бісаболон, агоністи канабіноїдних рецепторів – PEA (пальмітолетаноламін), з репаративним ефектом (декспантонол), поєднаної

дії з протизапальним та імуномодулювальними ефектами (термальна вода, специфічні і безпротеїнові екстракти паростків злаків) тощо.

За натуральністю інгредієнтів емолієнти/регідратанти поділяють на природні (50% інгредієнтів мають природне походження, з яких 5% мають бути класифіковані як органічні) та органічні (95% інгредієнтів мають природне походження, з яких 10% мають бути класифіковані як органічні). Подібні емолієнти мають бути гіпоалергенними. Більшість компонентів у цих засобах мають рослинне походження, серед них повинні бути відсутні протеїнові фракції – потенційні алергени. Емолієнти є фоновими засобами за будь-якого ступеня тяжкості АД і мають використовуватися як основа догляду за шкірою пацієнтів у поєднанні з будь-яким видом місцевої або системної терапії. При АД доцільне використання більшості видів емолієнтів та зволожувачів. Необхідно підбирати емолієнти залежно від стану шкіри пацієнта, переносимості того чи іншого засобу, погодних та кліматичних умов, розпорядку дня, звичок та інших обставин. Емолієнти можуть застосовуватися разом із водними процедурами (ванна, душ, умивання), тобто при наявності води, або без води – шляхом нанесення на поверхню шкіри.

Емолієнти у вигляді емульсії типу «вода в олії» або «олія у воді» традиційно застосовують для догляду за шкірою в нормі та при патології. Об'ємну частку ліпідного компонента обирають залежно від віку пацієнтів, стану шкіри, кліматичних умов та клінічних проявів дерматозу. У разі вираженої сухості шкіри, великих за розміром ділянок ліхеніфікації, у холодному кліматі доцільно застосовувати емолієнти з високим вмістом ліпідів (ліпоемульсії, ліпокреми). Разом з тим, слід пам'ятати, що емолієнти цього типу містять емульгатори, які можуть емульгувати власні фізіологічні ліпіди епідермісу і в ході наступних водних процедур (ванна, душ) ці емульсовані ліпіди вимиваються з епідермісу, додатково посилюючи сухість та подразнення шкіри (wash-outeffect). Найагресивнішими стосовно епідермального ліпідного бар'єра є аніонні та катіонні емульгатори (лаурилсульфат натрію, біс-четвертинні амонієві сполуки тощо), тому в цьому аспекті перевага має надаватися емолієнтам з неіоногенними та амфотерними емульгаторами (карбомер, ефіри макроголу, гліцерину, сорбітану, холестеролу, фосфоліпіди, бетаїн тощо). В останні десятиріччя набули популярності емолієнти, вироблені за новітніми технологіями без додавання емульгаторів. Емолієнти, що містять рідкий парафін або білий вазелін, відновлюють бар'єрну функцію рогового шару епідермісу та запобігають трансдермальній втраті води шляхом утворення на поверхні шкіри ліпідної мікроплівки. При застосуванні під час водних гігієнічних процедур емолієнти цього типу утворюють мікроемульсію, що рівномірно розподіляється поверхнею шкіри.

Емолієнти, які містять фізіологічні ліпіди, відновлюють міжклітинні ліпідні пласти, які складаються з ефірів холестеролу, сквалєну, керамідів, фосфоліпідів, тригліцеридів та вищих жирних кислот. Пул фізіологічних ліпідів при АД виснажується, що зумовлює екскоріації та деякі засоби місцевої терапії. Ефект емолієнтів цього типу тим більше виражений, чим більше ліпідний склад та мікроструктура наближені до складу та структури здорового епідермісу. У зв'язку з цим все більшої популярності набувають емолієнти, які мають у своєму складі кераміди, холестерол, тригліцериди, фосфоліпіди, жирні кислоти у фізіологічному співвідношенні та у вигляді ДМС.

Емолієнти, які містять у своєму складі полідоканол або бісболол, можуть бути ефективними для зменшення свербіжу при АД. Емолієнти, які містять РЕА (пальмітоїлетано-

ламін), який є структурним аналогом анандаміду – ендогенного агоніста канабіноїдних рецепторів та має антиоксидантні властивості, зумовлюють додаткову протизапальну дію і пригнічують свербіж, що може бути зіставне з впливом гідрокортизону.

Емолієнти/регідратанти з додаванням сечовини або саліцилової кислоти сприяють відповідно збереженню гідрорезерву шкіри та усуненню гіперкератозів. Властивості щодо пом'якшення шкіри та відновлення її гідрорезерву притаманні емолієнтам, що містять у складі багатоатомні спирти (гліцерин, цетеариловий спирт) та біополімери (гіалуронова кислота).

Емолієнти/регідратанти на основі термальної води чинять комплексну дію на суху та подразнену шкіру пацієнтів з АД, зумовлюючи її пом'якшення, зволоження та захист. Для максимального терапевтичного ефекту термальна вода має бути стерильною, з дрібнодисперсними кристалами правильної форми. Мінералізація води не повинна ставати додатковим подразником для ураженої шкіри.

Щодо доцільності застосування кожного окремого виду емолієнтів/регідратантів у пацієнтів з АД немає достатньої кількості доказів, підкріплених результатами контрольованих клінічних досліджень. Тому слід використовувати найкращий досвід застосування конкретних засобів та експертну думку щодо них.

Емолієнти слід поєднувати з місцевою та системною терапією АД за будь-якого ступеня тяжкості захворювання, а в період ремісії застосовувати самостійно, збільшуючи тривалість останньої і запобігаючи рецидивам.

Застосування емолієнтів слід розглядати як обов'язковий елемент щоденного догляду за сухою та подразненою шкірою. Пацієнти, хворі на АД, повинні лікуватися із застосуванням емолієнтів. Можуть використовуватися різні форми емолієнтів, залежно від віку пацієнтів, стану їхньої шкіри та клінічних проявів дерматозу. Підбір того або іншого емолієнта має здійснюватися залежно від стану шкіри пацієнта, переносимості того чи іншого засобу, погодних та кліматичних умов, розпорядку дня, звичок та інших обставин.

Одним з інноваційних продуктів для догляду за шкірою у хворих на АД можна вважати Топікрем-АД пом'якшувальний бальзам для обличчя та тіла, розроблений для догляду за дуже сухою чутливою і atopічною шкірою у немовлят, дітей і дорослих. Він відновлює гідроліпідну плівку, заспокоює, зволожує і пом'якшує шкіру. Містить лляну олію (насичує необхідними жирними кислотами омега-3 і -6, відновлює гідроліпідну плівку) і алантоїн (зменшує подразнення, свербіж та дискомфорт). Значною перевагою цього продукту є високий вміст поліненасичених жирних кислот (ПНЖК). ПНЖК активізують ліпідний обмін і відновлюють бар'єрні функції епідермісу, мають потужні антиоксидантні і регенерувальні властивості, відіграють важливу роль у стабілізації колагену і збереженні еластину. Омега-3 жирні кислоти також чинять потужну протизапальну дію. Здатність пригнічувати запалення – одна з найвідоміших властивостей омега-3. Лляна олія, яка входить у склад бальзаму, містить достатньо велику кількість вітаміну Е (80–95 мг на 100 г), завдяки антиоксидантним властивостям якого вітамін Е не окиснюється, а значить, зберігає свої властивості. Алантоїн, який входить у склад бальзаму, забезпечує регенеративну дію на ушкоджену шкіру та сприяє зменшенню суб'єктивних відчуттів.

З огляду на наведене вище, препарат Топікрем-АД пом'якшувальний бальзам для обличчя та тіла може бути рекомендовано в комплексній терапії у хворих на АД.

Инновационные аспекты ухода за кожей у больных атопическим дерматитом
С.А. Галныкина

В статье представлены основные аспекты современной концепции внешней терапии атопического дерматита (АД) и роли врача-дерматолога в ее назначении. Автор статьи обосновывает значимость наружной терапии АД, приводит обзор группы эмолиентов как основных препаратов ухода за кожей при этом дерматозе. В качестве нового увлажняющего и восстанавливающего средства для атопичной кожи предложено Топикрем-АД смягчающий бальзам для лица и тела, регулярное применение которого обеспечивают увлажнение и комфорт, что улучшает качество жизни пациентов и обеспечивает контроль над заболеванием.

Ключевые слова: кожа, атопический дерматит, уход, эмолиенты, Топикрем-АД смягчающий бальзам для лица и тела.

Innovative aspects of skin care in patients with atopic dermatitis
S.A. Galnykina

The paper presents the main aspects of the modern concept of external therapy of atopic dermatitis (AD) and the role of the dermatologist in her appointment. The author substantiates the importance of external therapy of AD, gives an overview of the main group of emollients as skin care products with the dermatosis. As a new moisturizer and a reducing agent for atopic skin suggested Topicrem-AD soothing balm for the face and body, the regular use of which provide hydration and comfort that improves the quality of life of patients and provides control over the disease.

Key words: skin, atopic dermatitis, care, emollients, Topicrem-AD soothing balm for the face and body.

Сведения об авторе

Галныкина Светлана Александровна – Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел.: (0352) 52-44-92

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аряев М.Л. Атопічний дерматит у дітей / М.Л. Аряев, В.А. Клименко, А.И. Кожемяка. – К., 2006. – 88 с.
2. Ласиця О.Л. Алергологія дитячого віку / О.Л. Ласиця, Т.С. Ласиця, С.М. Недільська. – К.: Книга плюс, 2004. – С. 80–106.
3. Аряев М.Л. Атопический дерматит в практике педиатра / Н.Л. Аряев, В.А. Клименко, В.А. Феклин – К., 2007. – 32 с.
4. Атопический дерматит у детей / под общ. ред. Н.Г. Короткого. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2003. – 238 с.
5. Беш Л.В. Алергічний марш: перспективи профілактики і прогнозу / Л.В. Беш. – Львів: Каменяр, 2010. – 68 с.
6. Зубаренко А.В. Атопический дерматит. Концепция эффективной терапии / А.В. Зубаренко, О.А. Портнова // Здоровье ребенка. – 2009. – № 3. – С. 103–108.
7. Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. – М., 2004. – 96 с.
8. Ellis C. International consensus conference on atopic dermatitis II (ICAAD II): clinical update and current treatment strategies / C. Ellis, T. Luger, D. Abecketal // Br. J. Dermatol. – 2003. – Vol. 148 (suppl. 63). – P. 3–10.

Статья поступила в редакцию 24.09.2014