



СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА УХОДА ЗА КОЖЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

С.В. Ходарев, Т.М. Поддубная, Т.Ю. Яновская
ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 1»
Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Атопический дерматит (АД) – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, в основе которого лежит реакция воспаления. Патогистологически она характеризуется пролиферативным гиперкератозом (усилением пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, подавлением их апоптоза) и акантозом (увеличением толщины эпидермиса).

Гиперплазия эпидермиса, особенно его рогового слоя, приводит к повышению трансэпидермальной потери влаги. Этот процесс усугубляется при длительном течении заболевания и появлении очагов лихенификации, сопровождается еще большим утолщением кожи, усилением кожного рисунка (гистологически определяется гиперкератоз и акантоз с удлинением эпидермальных отростков, иногда – паракератоз и спонгиоз) [1]. Следовательно, основным патогенетическим способом лечения АД является грамотное и своевременное использование современных противовоспалительных средств – топических глюкокортикостероидов и ингибиторов кальциневрина.

АД возникает, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к atopическим заболеваниям и обусловлен гиперчувствительностью к аллергенам и неспецифическим раздражителям [2]. Для достижения стойкой ремиссии заболевания и профилактики его обострений необходимо строгое соблюдение элиминационных мероприятий в зависимости от этиологии процесса и ограничение действия триггеров (агрессивных моющих средств, грубой одежды из синтетических и шерстяных тканей, низкой и высокой температуры, травматизации кожи расчесыванием).

При АД нарушен обмен жирных кислот в коже. В результате дефицита керамидов в роговом слое эпидермиса формируется неполноценный защитный гидролипидный слой, что приводит к транскутанной потере воды и облегчает проникновение аллергенов и ирритантов.

Клинически эти процессы проявляются сухостью кожи, которая усугубляется при действии различных неблагоприятных факторов. Сухость наряду с воспалением и рядом других факторов приводит к возникновению и усилению зуда. Ребенок, пытаясь прекратить это мучительное ощущение, расчесывает кожу, травмирует ее, что в свою очередь лишь усиливает воспаление и зуд, способствует инфицированию патологических очагов. Таким образом, формируется «замкнутый круг», который безусловно, необходимо прервать. Поэтому наряду с мерами по профи-

лактике аллергических реакций, неспецифического раздражения и лечению воспаления важную роль играет увлажнение кожи и насыщение ее липидами. Достаточная гидратация кожи уменьшает сухость и интенсивность воспаления [3, 4, 5]. Поэтому следует:

- поддерживать достаточную влажность воздуха (около 60%) в жилом помещении;
- ежедневно купать ребенка – это не только насыщает кожу водой, но и улучшает самочувствие, способствует хорошему проникновению наружных средств терапии, предотвращает инфицирование (купание запрещается при распространенной гнойничковой и герпетической инфекции!);
- соблюдать оптимальное для насыщения рогового слоя кожи водой время купания, составляющее 15–20 минут;
- использовать для купания воду 35–37 °С с учетом индивидуальной чувствительности ребенка (горячая вода обычно переносится плохо и нередко приводит к обострению заболевания);
- отстаивать воду для купания 1–2 часа с целью удаления хлора или фильтровать;
- добавлять в ванну специальные увлажняющие и липидовосполняющие средства;
- при плохой переносимости купания в ванне использовать душ;
- при невозможности купания очищать кожу специальными мицелловыми растворами, содержащими липиды, а для гидратации использовать влажные компрессы с хорошо очищенной водой либо водой из термальных источников;
- в течение дня орошать кожу ребенка термальной водой.

Очень важно правильно подобрать средство для очищения кожи при купании. Оно не должно содержать спирта и вяжущих средств, которые вызывают сухость кожи и оказывают липидоразрушающее действие, а также парфюмерных отдушек и консервантов, нередко провоцирующих аллергические реакции. Средство для мытья должно иметь нейтральный pH (5,5), не нарушать водно-липидный баланс эпидермиса и его барьерные функции. Всем этим требованиям отвечают очищающий

увлажняющий гель для лица и тела **ЛИПИКАР СИНДЭТ** и очищающее средство для лица и тела **ЛИПИКАР СЮРГА**. В их состав входят масло каритэ, глицерин и смягчающие компоненты, которые позволяют не только мягко очистить кожу, не раздражая ее, но и смягчают и увлажняют ее. Содержащиеся в этих средствах противомышьяковые компоненты нейтрализуют действие жесткой воды.

ЛИПИКАР СИНДЭТ предназначен для ежедневного очищения сухой, раздраженной, склонной к атопии кожи детей и взрослых во время приема ванны или душа. Он наносится на мокрую кожу лица и/или тела легкими массирующими движениями, а затем тщательно смывается водой.

ЛИПИКАР СЮРГА – очищающее средство для лица и тела можно использовать ежедневно вместо обыкновенного мыла. Оно также не сушит и не раздражает кожу, восстанавливает физиологическое значение рН и естественную гидролипидную пленку на ее поверхности.

Для одновременной гидратации и восстановления липидного слоя очень удобны средства, обладающие как увлажняющим, так и липидовосстанавливающим действием [6, 7, 8]. Их следует наносить на кожу несколько раз в течение дня так, чтобы кожа не была сухой ни одной минуты. Как правило, первое время требуется многократное применение средства, а затем потребность в нем сокращается до 1–2 раз в сутки. Очень важно использовать выбранное средство сразу после купания. Для этого кожу ребенка следует промокнуть мягким полотенцем (ни в коем случае не растирать!) и в течение трех минут, не выходя из ванной, нанести эмульсию или бальзам.

ЛИПИКАР БАЛЬЗАМ АР – инновационное липидовосполняющее, увлажняющее средство, обладающее противозудным действием. В его состав входит масло каритэ, масло канолы, свободные стеролы, глицерин и ниацинамид. Масло каритэ содержит жирные кислоты, сходные по составу с жирными кислотами кожи. Масло канолы – источник омега-3 и омега-6 жирных кислот. Свободные стеролы восстанавливают барьерную функцию кожи и обладают специфической противовоспалительной активностью.

Глицерин способствует увлажнению кожи. Ниацинамид, влияя на высвобождение предшественников медиаторов воспаления, регулируя выработку гистамина, повышая синтез жирных кислот и керамидов в роговом слое, снижает трансэпидермальные потери воды, купирует воспаление кожи, восстанавливает ее защитный барьер и, самое главное, устраняет зуд. Используется 1 раз в день.


АД – заболевание, значительно снижающее качество жизни ребенка и его семьи. Добиться стойкой ремиссии и полноценной активной жизни для каждого конкретного ребенка можно, лишь используя весь современный арсенал медикаментозных и немедикаментозных средств, устраняющих воспаление, зуд и косметические дефекты кожи. Это возможно в том случае, если ребенок и его родители становятся активными союзниками врача в процессе борьбы с этим непростым заболеванием. Этой цели в первую очередь служат образовательные программы для детей, больных АД, и их родителей.

Так, в Центре восстановительной медицины и реабилитации № 1 Ростовской области в течение пяти лет функционирует школа для детей, страдающих АД, и их родителей «Здоровая кожа». На ее занятиях слушатели знакомятся с основными причинами возникновения АД, способами его лечения и профилактики обострений. Большое внимание уделяется уходу за кожей больных детей. В 2009–2010 годах в рамках школы «Здоровая кожа» и проведения реабилитации детей, страдающих АД, использовалось современное липидовосполняющее средство **Липикар Бальзам АР**. Он наносился 2 раза в день – утром и вечером после купания – на всю поверхность кожи ребенка. В период обострения **Липикар Бальзам АР** назначался вместе с топическими препаратами. В период неполной ремиссии **Липикар Бальзам АР** применялся в качестве монотерапии. Все дети и их родители отмечали хорошую переносимость, приятную текстуру и легкость нанесения бальзама.

Под нашим наблюдением находилось 59 детей в возрасте от 1 года до 15 лет, страдающих АД. У 20 человек имело место среднетяжелое течение заболевания, у 39 пациентов – легкое

течение. В исследование были включены больные, кожный процесс у которых находился в стадии обострения (29 детей) и неполной ремиссии (30 человек). Системная терапия проводилась в соответствии с тяжестью течения заболевания и включала диетотерапию, использование энтеральных сорбентов, антигистаминных препаратов II поколения и симптоматических средств. Местно в области очагов острого воспаления использовались топические стероиды в течение 5–7 дней.

До начала лечения индекс тяжести по шкале SCORAD составлял в среднем $58,4 \pm 3,6$ балла, дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) – $18,2 \pm 2,4$ балла. Через один месяц после начала лечения у всех детей значительно уменьшилась сухость кожных покровов, отмечался регресс высыпаний и выраженное снижение интенсивности зуда, уменьшились раздражительность и беспокойство. Через два месяца после начала наблюдения сохранялась положительная динамика клинической симптоматики, индекс тяжести по шкале SCORAD составил $18,8 \pm 2,4$, ДИКЖ – $6 \pm 1,1$ балла. Обострений заболевания не наблюдалось, кожа вне очагов поражения была эластичной и умеренно влажной, площадь высыпаний и участков гиперемии сократилась в 2,5–3 раза, зуд беспокоил детей эпизодически (10% детей), иногда сопровождался повышенным беспокойством, раздражительностью (10%).

Таким образом, использование современных увлажняющих и липидовосполняющих средств ухода за кожей детей с АД позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания и повысить качество жизни больного и его семьи. **Липикар Бальзам AP** является высокоэффективным средством ухода за кожей, позволяющим не только увлажнять кожу и нормализовать ее липидный состав, но и обладающим выраженным противозудным действием благодаря входящему в его состав ниацинамиду в достаточно высокой концентрации (4%). 

Список литературы:

1. Мяделец О.Д., Адаскевич В.П. Функциональная морфология и общая патология кожи.

Витебск: Изд-во Витебского медицинского института, 1997. – 269 с.

2. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту / под ред. Р.М. Хаитова, А.А. Кубановой. М., 2002. – 192 с.

3. Атопический дерматит. Новые подходы к профилактике и наружной терапии / под ред. Ю.В. Сергеева. М.: Медицина для всех, 2005. – 64 с.

4. Hara, J., Higuchi, K., Okamoto, R., et al. (2000), High-expression of sphingomyelin deacylase in an important determinant of ceramide deficiency leading to barrier disruption in atopic dermatitis, J. Invest. Dermatol., 115(3) (2000) 406–413.

5. Chamlin, S. L., Frieden, E.J., Fowler, A., et al. (2001), Ceramidedominant, barrier-repair lipids improve childhood atopic dermatitis, Arch. Dermatol., 137 (2001) 1110–1112.

6. Монахов К.Н., Соколовский Е.В., Мельникова Т.В. «Базовый» уход за кожей больных атопическим дерматитом // Вестник дерматологии и венерологии. 2002. № 6. С. 27–28.

7. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А. Применение современных негормональных увлажняющих средств в наружной терапии атопического дерматита у детей // Журнал дерматовенерологии и косметологии. 2002. № 2. С. 35–36.

8. Монахов С.А. Термальные источники и их использование в дерматологии и косметологии // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004. № 1. С. 66–70.

Сведения об авторах:

Сергей Владимирович Ходарев, д.м.н., главный врач ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 1» Ростовской области

Татьяна Михайловна Поддубная, к.м.н., заведующая детского реабилитационного отделения ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 1» Ростовской области

Татьяна Юрьевна Яновская, врач аллерголог-иммунолог высшей категории