

Таблица 2. Динамика влажности кожи (в баллах) у детей с атопическим дерматитом на фоне применения крема «Атодерм»

Локализация	До лечения	Через 2 нед лечения	Через 4 нед лечения
Сгибательная поверхность рук	15,2±0,4	35,6±1,5	47±2,6
Кожа груди/спины	7,7±1,3	28,0±2,6	53,3±5,1
Наружная поверхность бедра	0	4,4±2,9	28,2±0,9
Лицо (щеки)	15,4±3,3	35,6±3,1	54,2±3,8

При клиническом осмотре оценивали выраженность лихенификации, сухости, шелушения, гиперемии, эскориаций по шкале от 0–3 баллов. Оценивали также субъективный показатель – зуд кожи.

Проведенное исследование показало, что крем «Атодерм» оказывает хорошее лечебно-профилактическое действие. Отмечен клинический эффект в виде уменьшения зуда кожных покровов, исчезновения сухости, шелушения и эскориаций, отсутствия чувства стягивания кожи, особенно после водных процедур, у подавляющего большинства больных (у 18 из 22 детей).

На участки с очень сухой кожей крем наносили 3 раза в сутки, а после достижения уровня «сухая кожа» – 2 раза в сутки. Переносимость крема была хорошей. Побочных реакций не отмечено. Благодаря легкой текстуре крем «Атодерм» легко наносился на большие поверхности тела, быстро впитывался, практически не оставлял следов на одежде.

В табл. 2 представлена динамика влажности кожи у детей с атопическим дерматитом на фоне применения крема «Атодерм».

На фоне крема «Атодерм» отмечалось значимое повышение влажности кожи, наблюдалась положительная динамика в виде исчезновения гиперемии кожи, уменьшения зуда, эскориаций и явлений лихенификации, что благоприятно отразилось на повседневной деятельности таких больных. Индекс SCORAD снизился до 0 баллов у детей с легким течением

атопического дерматита и до 12,9±4,7 балла у пациентов со среднетяжелым течением болезни.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило высокую эффективность, хорошую переносимость крема, мусса и мыла «Атодерм». Ежедневное использование крема «Атодерм» в качестве базисной терапии атопического дерматита позволяет контролировать течение болезни, повышает качество жизни пациентов. Эти лечебные средства ухода за кожей целесообразно применять ежедневно как в комплексе с другими противовоспалительными топическими препаратами, так и в качестве монотерапии в период ремиссии атопического дерматита. купирование легких обострений атопического дерматита и результаты использования крема «Атодерм» в период ремиссии позволяют рекомендовать его в широкую клиническую практику. «Атодерм» позволяет добиться существенного регресса выраженности симптомов заболевания и снизить вероятность рецидивов.

Правильный уход за кожей детей с атопическим дерматитом позволяет защитить ее от воздействия вредных внешних факторов, улучшить водно-липидный баланс эпидермиса и состояние кожных покровов, существенно увеличить продолжительность ремиссии, улучшить психосоматическое состояние таких больных [5].

Литература

1. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа. 2000.
2. Богачева Н.А. Новые наружные средства в комплексной терапии больных с контактным аллергическим дерматитом и экземой. Леч. врач. 2007; 9: 2–3.
3. Монахов С.А. Средства лечебной косметики Авен в практике дерматолога. Клин. дерматол. и венерол. 2007; 4: 1–4.
4. Монахов С.А. Препараты лечебной косметики линии А-Дерма при атопическом дерматите и экземе. Cons. Med. (Прил. Дерматология). 2007; 1: 1–3.
5. Leung D. Atopic dermatitis: new insights and opportunities for therapeutic intervention. J Allergy Clin Invest 2000; 105: 860–76.

Опыт применения мази Д-Пантенол при лечении дерматитов различной этиологии у детей первого года жизни

Г.В.Язык, А.А.Степанов, Д.А.Новикова
НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, Москва

Термином «дерматит» принято обозначать воспаление кожи, вызванное раздражающим или сенсibilизирующим действием экзогенных факторов. К экзогенным раздражителям относят безусловные (облигатные), которые в зависимости от длительности и интенсивности воздействия способны вызвать патологические изменения у всех людей (кислоты, щелочи, высокие температуры), а также условные (факультативные) раздражители, оказывающие негативное воздействие только при наличии определенных патогенетических влияний. Данный вид дерматитов присущ некоторым лицам, имеющим повышенную чувствительность к данному виду раздра-

жителей. К этому виду дерматитов относятся аллергические контактные дерматиты, развивающиеся через определенный временной интервал при повторных воздействиях на кожу условных раздражителей. По форме дерматиты подразделяют на острые и хронические в зависимости от длительности воздействия раздражителя на кожные покровы, его концентрации (силы), а также индивидуальной реактивности больного. Морфологически острый дерматит может характеризоваться эритемой, отеком, везикулезными, буллезными высыпаниями или некрозом тканей с образованием изъязвления, оставляющего после себя рубец или рубцовую атрофию. Хронический

дерматит проявляется в виде неяркой гиперемии, инфильтрации, лихенификации и гиперкератоза.

Для контактного дерматита (син.: – дерматит простой, дерматит артифициальный) характерно возникновение очага поражения непосредственно на месте раздражающего фактора, отсутствие сенсibilизации и тенденции к распространению процесса по периферии очага. Острое начало сразу после воздействия раздражителя – обязательный признак заболевания. Характерна также быстрая регрессия воспаления кожных покровов сразу после прекращения действия раздражителя.

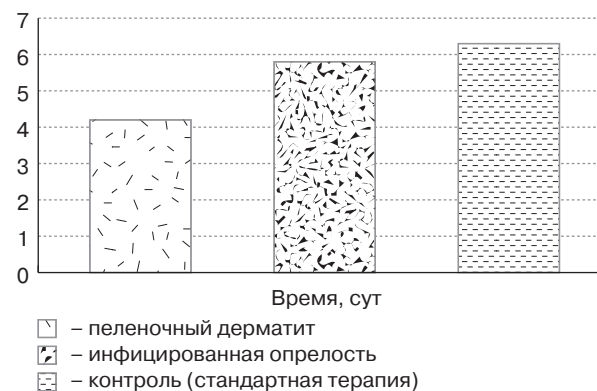
Причины, вызывающие контактный дерматит, могут быть разделены на механические, воздействие физических агентов, химические раздражители и биологические.

Механические причины, вызывающие контактный дерматит (такие как длительное давление, трение), обуславливают образование потертостей, таких как при ношении тесной обуви или на ладонях при физической работе с инструментами. В результате трения соприкасающихся поверхностей кожи возникает мацерация. Обычно при потертостях изменения кожных покровов стадийны: гиперемия и отечность, а в некоторых случаях – пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, после вскрытия которых вследствие их травмирования образуются эрозивные поверхности. В местах данных патологических процессов могут ощущаться болезненность и жжение. При длительном воздействии физических факторов с небольшой интенсивностью происходит уплотнение пораженных участков, кожа лихенизируется и инфильтрируется, утолщается эпидермис. Данным участкам характерен гиперкератоз.

Для грудных детей, особенно с паратрофией, наиболее актуальна одна из форм контактного дерматита – интертриго (опрелость). Она характеризуется гиперемией, мацерацией эпидермиса, а при возникновении эрозий – мокнутием. Как правило, данные процессы могут сопровождаться болезненностью и чувством жжения. Данная форма заболевания возникает в складках кожи в результате трения соприкасающихся поверхностей.

Анатомо-физиологические особенности кожного покрова детей грудного возраста определяют более выраженную активность течения инфекционных и аллергических заболеваний по сравнению с детьми старшего возраста. Это обусловлено особенностями ее строения, прежде всего у новорожденных, к которым относятся: тонкий эпидермальный слой, густая сосудистая сеть кожи, недоразвитые выводящие протоки потовых желез. Также у детей до 6 мес жизни в структуре кожи отсутствуют эластичные волокна, которые формируются только ко 2-му году жизни. Их отсутствие компенсируются большим количеством влаги в коже, что обеспечивает защиту от механических повреждений, но вместе с тем увеличивает склонность к отечным реакциям. Активность местного иммунитета довольно низкая, и защитная функция кожи является недостаточной. Проницаемость кожи у детей грудного возраста значительно выше, чем у взрослых, в то время как выделительная функция снижена, что определяет ряд ограничений и противопоказаний к применению местной терапии во избежание общетоксического действия. Установлено, что проницаемость кожи значительно меняется при воспалительных изменениях. Вещества, которые не проникали через слой неповрежденной кожи, свободно преодолевают барьер при незначительных повреждениях. В 10–100 раз увеличивается проницаемость кожи в результате повышения ее влажности. Известно, что жиры и растворенные в них вещества лучше проникают через кожу. Этот факт, несомнен-

Сравнительная эффективность терапии Д-Пантенолом при пеленочном дерматите.



но, обуславливает особые требования к составу косметических масел и мазей, применяемых у маленьких детей.

Давно доказано, что новорожденные «дышат» кожей. Это обусловлено обилием капиллярных сосудов, своеобразным строением сосудистой стенки, что позволяет газам легко проникать через нее. Загрязнение кожи ухудшает процесс газообмена, что, несомненно, отрицательно отражается на общем состоянии ребенка. Бесспорен и тот факт, что огромное значение имеет чувствительная функция кожных покровов. Огромное количество механических, химических, осозательных, температурных и болевых рецепторов позволяет считать кожу одним из пяти органов чувств. Согласно современным данным, новорожденный, а тем более недоношенный ребенок, воспринимает чрезмерное раздражение любого вида рецепторов, например зуд от грязных пеленок, как разлитую боль, что часто является причиной беспокойства, нарушения сна и аппетита.

Учитывая особенности строения детской кожи, к потертостям и опрелостям присоединяется интенсивное развитие дрожжевой и пиогенной инфекции, что меняет клиническую картину и значительно утяжеляет течение заболевания и общего состояния ребенка. Следует помнить: в научных исследованиях убедительно доказано, что упорно не поддающийся стандартному лечению более 3 дней пеленочный дерматит носит, как правило, грибковый характер.

Температурные воздействия, ультрафиолетовые лучи, рентгеновское излучение и поражения вследствие воздействия радиации относят к физическим причинам развития контактного дерматита.

Наиболее распространенными патологическими физическими причинами контактных дерматитов являются воздействия высоких температур, приводящие к ожогам. В педиатрической практике подавляющее большинство ожогов возникает в результате приема ванн с температурой воды выше 40°C и других термических воздействий. Традиционно выделяют 4 степени ожогов. Первая степень характеризуется образованием на пораженном участке кожи эритемы и небольшой отечности, сопровождающихся жжением и болезненностью. При ожоге II степени в месте воздействия горячей воды на фоне гиперемии и отечности образуются пузыри. Для ожога III степени характерен некроз поверхностных слоев дермы без образования струпа. Наиболее тяжелым является ожог IV степени, при котором происходит некротизация всех слоев кожи и образование струпа, после отторжения которого открывается язвенная поверхность. Течение и исходы ожогов, несомненно, зависят от степени, размеров поврежденного участка кожи, а

также от присоединения вторичной инфекции, возраста больного и общего состояния организма.

Воздействие низкой температуры, повреждающее ткани, обозначают термином «отморожение». При воздействии холода отмечаются местные реакции кожных покровов в виде понижения местной температуры, побледнения участка кожи, снижения чувствительности, предшествующих непосредственно отморожениям. Наиболее характерны для возникновения данного патологического состояния открытые, дистально расположенные участки кожи (пальцы рук и ног, нос, щеки, ушные раковины). Факторами, способствующими возникновению отморожений, являются повышенная влажность воздуха, ветреная погода, тесная одежда и обувь, общая астенизированность организма. При неблагоприятных сочетаниях данных факторов отморожения могут возникать даже при положительной температуре воздуха (5–8°C). Отморожения, подобно ожогам, в зависимости от тяжести поражения разделяют по степеням. Отморожение I степени характеризуется отеком участка, застойно-синюшным цветом участка, подвергнутого воздействию низких температур. При этом ощущаются зуд и покалывание. При II степени присоединяется образование пузырей с серозным или серозно-геморрагическим содержимым. При отморожении III степени отмечается омертвление пораженных участков с образованием струпа. Данные процессы сопровождаются сильными болями. При крайней, IV степени отморожения отмечается глубокий некроз тканей, вплоть до костей.

К холодным патологическим воздействиям на кожу относят так называемое ознобление, возникающее при длительном пребывании на холоде при повышенной влажности. Фактором, способствующим возникновению данного состояния, является гиповитаминоз А и С. Ознобление проявляется в виде ограниченной отеком плотноватой или мягкой консистенции, цианотично-красноватого цвета в области средних и дистальных фаланг пальцев или бледно-красного – в области кожи щек. Характерны зуд и жжение, усиливающиеся при согревании.

Под воздействием солнечных лучей может развиваться солнечный дерматит как в острой, так и хронической форме. Наиболее значимыми в патогенезе данного состояния являются ультрафиолетовые и коротковолновые лучи солнечного спектра. При резкой инсоляции у лиц с чувствительной (чаще слабопигментированной) кожей развивается острый солнечный дерматит, характеризующийся покраснением и отеком кожи. В зависимости от площади поражения часто страдает общее состояние. При длительном пребывании на солнце может развиваться стойкий солнечный дерматит, проявляющийся инфильтрацией, пигментацией и сухостью кожных покровов.

При воздействии на кожу различных видов ионизирующей радиации (α -, β -, γ -лучей, рентгеновских лучей, нейтронного излучения) могут развиваться лучевые дерматиты. В зависимости от дозы и проникающей способности облучения, площади поражения и индивидуальной чувствительности лучевой дерматит может проявляться в виде эритемы, временным выпадением волос или стойкой алопецией, некротической реакцией. Для хронического лучевого дерматита характерны сухость и истончение кожи, снижение тургора тканей, телеангиэктазии, появление участков с гипо- и гиперпигментацией. Характерен зуд. На поврежденных участках могут образовываться папилломы, бородавки, имеющие склонность к малигнизации.

В группу химических агентов, вызывающих контактный дерматит, входят кислоты и щелочи, соли

щелочных металлов и кислот, боевые отравляющие вещества. Как правило, все перечисленные вещества, являются облигатными раздражителями. Химический дерматит протекает в виде некроза с образованием струпа, после отторжения которого открывается язвенная поверхность. Длительное воздействие на кожные покровы химических агентов в слабых концентрациях может вызвать развитие хронического дерматита, проявляющегося сухостью и десквамацией кожи с образованием трещин. В детском возрасте необходимо учитывать воздействие дезинфицирующих средств, стиральных порошков, ополаскивателя при автоматической стирке.

Контактный дерматит под воздействием биологических факторов может возникать вследствие контакта с растениями (фитодерматит). Облигатными агентами могут являться такие растения, как борщевик, белый ясенец, лютиковые, крапива и т.п. Характерны эритема, пузырьковые высыпания с серозным содержимым, остающиеся после разрешения нестойкую пигментацию. Некоторые виды гусениц могут вызвать уртикарную сыпь в виде полоски по ходу ее движения по коже.

Аллергический контактный дерматит возникает у больных с повышенной чувствительностью к любому веществу (аллергену). Чаще всего гиперчувствительность возникает при повторном воздействии аллергена на организм. Редко встречаемая врожденная чувствительность называется идиосинক্রазией. В развитии контактной чувствительности участвуют механизмы гиперчувствительности немедленного типа, что происходит за счет фиксации на поверхности тучных клеток и базофилов иммунных комплексов, образующихся в крови и содержащих кожно-сенсibilизирующие антитела. Дегрануляция этих клеток приводит к выделению гистамина, гепарина и других биологически активных веществ, что приводит к развитию острых реакций немедленного типа. В дальнейшем формируется гиперчувствительность замедленного типа. Огромную роль в развитии аллергического контактного дерматита играет общее состояние организма. В начальных стадиях данное заболевание характеризуется моновалентной сенсibilизацией, а расширение спектра аллергенов и поливалентность сенсibilизации могут являться признаками трансформации дерматита в экзему.

Контактный аллергический дерматит отличается от простого дерматита наличием истинного полиморфизма в клинической симптоматике. Так, наряду с клинической картиной простого дерматита отмечаются признаки, характерные для экземы (везикуляция, мокнутие, рецидивирующее течение). Патологические изменения могут выходить за пределы зон воздействия раздражителей, выражены зуд, жжение, болезненность в очагах. Гистологические изменения более выражены.

Проблема лечения патологических изменений кожи у детей первого года жизни остается актуальной.

До последнего времени в распоряжении педиатров не было в равной мере эффективного и безопасного средства для лечения заболеваний кожи у детей раннего возраста, действующего местно и одновременно потенцирующего процессы регенерации на клеточном уровне. Препарат Д-Пантенол (производство «АО «Ядран», Хорватия, маркетинг и дистрибуция ОАО «Нижфарм») явился удачным сочетанием перечисленных свойств. Действующее вещество этого препарата – декспантенол, производное д-пантотеновой кислоты, являющейся составной частью кофермента А. Д-пантотеновая кислота стимулирует функцию надпочечников, необходима для образования антител, способствует росту и регенерации кожных покровов. Повышение потребности в пантоте-

новой кислоте наблюдается в организме при деструкции или повреждении тканей и кожи. Ее дефицит можно восполнить местным применением Д-Пантенола. Свойства кожи новорожденных, особенно недоношенных, делают особенно важной способность препарата медленно и глубоко проникать в нее за счет гидрофильности, низких молекулярной массы и полярности.

Оценку эффективности мази Д-Пантенол проводили в отделении для недоношенных детей и Федеральном центре реабилитации маловесных детей Научного центра здоровья детей РАМН. Были обследованы 32 ребенка (12 мальчиков и 20 девочек), 21 из которых был недоношенным со сроком гестации до 37 нед, в том числе 3 родились с экстремально низкой массой тела (до 800 г), и 11 детей, рожденных в срок.

На момент исследования возраст этих пациентов составлял до 16 дней. Основным диагнозом у всех детей была церебральная ишемия разной степени тяжести, в большинстве случаев сочетавшаяся с другой патологией (инфекционной, аллергической).

У детей наблюдались следующие патологические изменения кожи: пеленочный дерматит в сочетании с опрелостью, потертостями и раздражением кожи (n=18) и атопический дерматит (n=14).

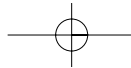
У детей с проявлениями пеленочного дерматита в 10 случаях из 18 он сочетался с потертостью и раздражением кожи, что эквивалентно тяжелому течению заболевания. Выраженность кожных изменений оценивали по традиционной классификации (F.Germozzo, 1984). У 8 детей была диагностирована средняя степень поражения кожных покровов. У 5 детей пеленочный дерматит осложнился присоединением грибковой и/или бактериальной опрелости.

При сравнении эффективности стандартной схемы терапии пеленочного дерматита (коррекция диеты, терапия эубиотиками, пищеварительными ферментами) с результатами применения мази Д-Пантенол отмечено, что в последнем случае срок регенерации поврежденной кожи значительно сокращался (в среднем на $4,6 \pm 0,3$ сут) (см. рисунок).

Мазь тонким слоем регулярно наносили на пораженный участок кожи ребенка во время смены подгузника (5–6 раз в сутки). Ощутимый клинический эффект наступал на 2–3-и сутки ее использования. Применение мази с терапевтической целью продолжалось до полного исчезновения симптомов и в среднем составило $4,2 \pm 0,3$ дня при средней тяжести поражения. При тяжелом течении пеленочного дерматита в сочетании с потертостями кожи и микстинфицированной опрелостью положительного результата удавалось достичь за $5,8 \pm 0,1$ дня (см. рисунок). При этом дополнительно применяли воздушные ванны, облучение поляризованным светом и др.

Клинический эффект был наилучшим, когда после острого периода мазь использовали еще 5–7 дней. В особенности это касалось детей, склонных к возникновению дерматита смешанной этиологии с отягощенным аллергоanamнезом или страдающих пищевой непереносимостью.

В младенческом возрасте при лечении местных проявлений атопического дерматита предпочтительно не применять глюкокортикостероидные кремы и мази из-за их выраженных побочных реакций. Использование мазей с глюкокортикостероидами, даже не содержащими молекулы фтора, весьма ограничено у детей раннего возраста как по длительности лечения, так и по площади нанесения препарата, особенно в местах, где наиболее часто возникают патологические кожные проявления (естественные складки, шея, лицо, аногенитальная область). Не показано и применение топических глюкокортикостероидов для профилактики обострений атопического дерматита.



Мазь Д-Пантенол оказалась весьма эффективной при младенческой форме атопического дерматита. В отличие от наружных глюкокортикостероидов, угнетающих синтез коллагена и мукополисахаридов, а также митоз клеток эпидермиса и дермы, репаративные свойства Д-Пантенола и мягкая стимуляция им надпочечников делают возможным его применение в педиатрической практике у детей самого раннего возраста, в том числе и с профилактической целью.

Под нашим наблюдением находились 16 детей с атопическим дерматитом различной степени тяжести. Легкое течение атопического дерматита было диагностировано у 9, средняя степень тяжести – у 7 больных. Этиологическим фактором во всех случаях являлись пищевые аллергены. У 3 пациентов имелись признаки вторичного инфицирования, поэтому перед использованием мази Д-Пантенол пораженные участки кожи обрабатывали антисептиком (раствором фурацилина).

При применении элиминационной диеты и классического терапевтического комплекса в сочетании с Д-Пантенолом на 3 ± 1 сут быстрее достигался положительный результат при острой фазе процесса или при обострении хронического атопического дерматита: уменьшалась экссудация, исчезали трещины, шелушение, гиперемия кожи, значительно меньше беспокоил зуд.

Следует отметить, что врачи, принимавшие участие в испытании, отметили достоверный положительный клинический эффект от применения этой мази. Дети хорошо ее переносили, не было выявлено ни одного случая побочного действия. Препарат хорошо сочетался с другими видами терапии (воздействие светотерапии – линейного поляризованного полихроматического света с длиной волны от 400 до 2000 нм; воздушные и травяные ванны и др.).

Таким образом, проведенные нами наблюдения свидетельствуют о клинической эффективности Д-Пантенола при терапии пеленочного дерматита, опрелостей, потертостей и раздражения кожи, атопического дерматита, а также различных сочетаний этих патологических состояний кожи у детей раннего воз-

раста. Хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных реакций дают возможность применять эту мазь у детей начиная с периода новорожденности. Сочетаемость мази с другими терапевтическими методами воздействия делает целесообразным включение Д-Пантенола в комплексную терапию детей с атопическим дерматитом. Препарат может быть использован как с профилактической, так и с терапевтической целью при различных заболеваниях кожи у детей. В перспективе необходимо изучить возможность сочетания Д-Пантенола с местными глюкокортикостероидами при необходимости их применения.

Литература

1. Балаболкин И.И. Проблема аллергии в педиатрии. *Рос. педиатр. журн.* 1998; 2: 49–51
2. Белоусова Т.А. Аллергодерматозы – болезни современной цивилизации. *РМЖ.* 2003; 11 (27): 1538–42.
3. Вельтищев Ю.Е., Святкина О.Б. Атопическая аллергия у детей. *Рос. вестн. перинатол. и педиатр.* 1995; 1: 4–10.
4. Занько Н.И. Эффективность новых технологий ухода за кожей детей раннего возраста. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2000.
5. Ревакина В.А. Атопический дерматит у детей. Дис. ... докт. мед. наук. М., 1993.
6. Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В., Симонова А.В. Патогенетические подходы к терапии атопического дерматита. Методические рекомендации для врачей-дерматовенерологов. М., 2002.
7. Смолкин Ю.С., Чебуркин А.А., Ревакина В.А. Механизмы развития атопического дерматита у детей (обзор литературы). *Рос. вестн. перинатол. и педиатр.* 2000; 3.
8. Harrigan E, Rabinowitz LG. *Immunol Allergy Clin* 1999; 19 (2): 383–96.
9. Laine AT, Render PA, Helm K. *Am J.D.C.* 1990; 144: 315–9.
10. Leung D. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 96: 302.
11. Patel L, Clayton PE, Addison GM. *Br J Dermatol* 1995; 132: 950–5.
12. Rosinska-Borcovska D. *Ped Pol* 1994; 69: 129–33.

