

Круглый стол. Атопический дерматит: базовый уход за кожей детей как важная часть терапии

Для цитирования: Круглый стол. Атопический дерматит: базовый уход за кожей детей как важная часть терапии. Дерматология [Прил. к журн. Consilium Medicum]. 2017; 3: 8–11.

Round table. Atopic dermatitis: basic care of children's skin as an important part of therapy

For citation: Round table. Atopic dermatitis: basic care of children's skin as an important part of therapy. Dermatology (Suppl. Consilium Medicum). 2017; 3: 8–11.



Alex Zvulunov – MD, MHA Head, Department of Dermatology, Soroka University Medical Center, associate professor in Dermatology & Pediatrics, Faculty of Health Sciences, Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel



Денис Владимирович Заславский – доктор медицинских наук, профессор, главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе РФ, профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

– В последние годы достигнут серьезный прогресс в понимании патогенеза атопического дерматита (АтД) в связи с переоценкой роли барьерной функции кожи. Какие факторы приводят к дисфункции эпидермального барьера при этом заболевании?

A.Zvulunov: Последние достижения в понимании природы АтД показали, что данное заболевание является следствием дисфункции эпидермального барьера, иммунной реакции на факторы окружающей среды, а также гиперреактивного ответа центральной нервной системы на сенсорные раздражители.

Генетическая предрасположенность к атопии является необходимым условием для возможности развития АтД. Так, у детей из семей с высоким уровнем риска дисфункция эпидермального барьера наблюдается с рождения, а гиперреактивный ответ на сенсорные раздражители – с младенчества.

Дисфункция эпидермального барьера обычно усугубляется такими факторами окружающей среды, как сухой холодный климат, контакт кожи с раздражителями, такими как щелочные мыла и моющие средства, физическое нарушение целостности кожного покрова вследствие трения или расчесывания, а также кожные инфекции.

Воздействие факторов, запускающих атопический иммунный ответ, проявляется в младенчестве, если и когда имеют место исключение из рациона потенциально аллергенной пищи, отказ от вакцинаций или предотвращение контактов с естественной, окружающей ребенка в повседневной жизни микрофлорой. Все это отрицательно сказывается на формировании толерантности к разным потенциальным аллергенам. В дальнейшем обострения АтД могут развиваться вследствие обычных инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей или желудочно-кишечного тракта. Расчесывание кожи само по себе вызывает воспалительную реакцию, которая запускает порочный круг «воспаление>зуд>расчесывание».

У пациентов с АтД гиперреактивность на сенсорные раздражители может усугубляться разными факторами, такими как прямой контакт кожи с шерстяной или синтетической тканью, потливость, высокая температура окружающей среды и эмоциональный стресс.

Д.В.Заславский: Если ранее считалось, что АтД является прежде всего аллергическим заболеванием, то в настоящее время его все чаще рассматривают как нарушение эпидермального барьера. Это полностью изменяет взгляд на АтД и подчеркивает важность нормализации кожного барьера в профилактике.

При АтД отмечается уменьшение количества и изменение соотношения разных фракций керамидов, снижается содержание длинноцепочечных свободных жирных кислот. Эти изменения приводят к увеличению трансэпидермальной потери воды и, как следствие, к повышенной сухости кожи и усилению кожного зуда.

Определенную роль в качестве триггерных факторов играют микробная и грибковая флора – *Staphylococcus aureus*, *Pityrosporum ovale*, *Candida albicans*. Обычно эти факторы редко встречаются как самостоятельные этиологически значимые аллергены, чаще они выступают в ассоциации с другими аллергенами.

У некоторых детей обострение АтД может быть вызвано разными лекарственными средствами. Среди них ведущее место занимают антибиотики, особенно пенициллинового ряда, сульфаниламиды, витамины и др.

Среди факторов, поддерживающих хроническое течение АтД, следует отметить патологию органов желудочно-кишечного тракта, выявляемую у 80–97% больных АтД, хронические очаги инфекции (50–60%), аллергические заболевания органов дыхания (30–40%).

Следует учитывать и роль психосоматических расстройств, обусловленных врожденными и приобретенными нарушениями нервной системы. Неврологические нарушения выявляются у 55–70% детей, страдающих АтД.

– Базовый уход (базовая терапия) за кожей с применением специализированных косметических средств уже прочно вошел в клинические рекомендации по ведению пациентов с АтД многих стран. Какова главная цель такой терапии?

A.Zvulunov: Основная концепция терапии АтД, в дополнение к подавлению активного воспалительного процесса в коже и контролю зуда, включает в себя предотвращение воздействия указанных триггеров воспаления.

Д.В.Заславский: К сожалению, волшебной палочки для лечения АТД нет! Терапия должна быть комплексной, строго индивидуальной с учетом клинической формы, стадии и периода болезни, сопутствующих патологических состояний и осложнений. Так как АТД заболевание хроническое, то и лечение должно быть хроническим, всю жизнь необходимо использовать корнеопротекторы, эмоленты для увлажнения кожи. Главное, не путать ожирение мазью и увлажнение специальными кремами, эмульсиями, бальзамами. А лучший лекарь лечения АТД – это время!

– Расскажите, пожалуйста, о роли эмолентов в комплексном уходе за кожей.

А.Zvulunov: Основная роль эмолентов заключается в сохранении и/или восстановлении барьерных функций кожи. Так, например, регулярное ежедневное нанесение эмолентов с самого рождения снижает вероятность возникновения АТД у детей с высоким риском развития заболевания.

– Каковы основные критерии назначения разных средств ухода, например, индивидуальный статус кожи, острая, подострая стадия или ремиссия?

А.Zvulunov: Основной принцип лечения АТД состоит в одновременном подавлении воспаления кожи, контроле зуда и восстановлении барьерной функции кожи. Выбор конкретного метода лечения индивидуален для каждого пациента и зависит от тяжести и распространенности заболевания, наличия или отсутствия вторичной инфекции в пораженных участках кожи, выраженности зуда, топографического расположения пораженных участков кожи и ответа на примененные ранее методы терапии.

– Наших читателей интересует вопрос: что наносить первым на кожу – эмомент или мазь с глюкокортикостероидом? Есть ли у вас рекомендации?

А.Zvulunov: Первыми должны наноситься эмоленты, желательно сразу после купания, так как данный подход способствует лучшей гидратации как пораженных, так и непораженных участков кожи. Однако если брать во внимание только пораженные участки кожи, то последовательность нанесения топических кортикостероидов и эмолентов не влияет на темпы проявления клинических улучшений.

Д.В.Заславский: Топические препараты всегда следует наносить на увлажненную кожу, особенно при использовании мазей. Кремы с топическими глюкокортикостероидами наносят на кожу через 15 мин после увлажнения кожи эмоментом. Мази с топическими глюкокортикостероидами наносим на кожу за 15 мин до использования эмолентов.

– Какие еще косметические средства, помимо эмолентов, вы рекомендуете для ухода за кожей?

А.Zvulunov: В настоящее время эмоленты делятся на 2 основные категории: косметические средства и изделия медицинского назначения. В то время как эмоленты, относящиеся к изделиям медицинского назначения, обязаны иметь объективные доказательства, подтверждающие эффективность восстановления барьерной функции кожи, «косметические» эмоленты не подпадают под данное требование, хотя их способность восстанавливать барьерную функцию кожи может ничем не уступать изделиям медицинского назначения. В связи с тем, что эмоленты, относящиеся к изделиям медицинского назначения, значительно дороже «косметических» эмолентов, многие родители, отдающие предпочтение первым, стараются расходувать их очень экономно, тем самым

серьезно снижая их потенциальную пользу. Поэтому если стоимость эмолентов является критически значимой для соблюдения режима терапии, лучше щедро наносить на кожу «косметические» эмоленты, чем небольшие количества эмолентов, относящихся к изделиям медицинского назначения.

Использование мягкого мыла, не содержащего раздражающих веществ, таких как SLS (лаурилсульфат натрия), или использование масел для ванны может способствовать сохранению барьерной функции кожи.

Д.В.Заславский: Эмоленты существуют в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн. Конкретный препарат и его лекарственная форма подбираются индивидуально на основании предпочтений пациента, индивидуальных особенностей кожи, сезона, климатических условий, а также времени суток.

Приведем общие рекомендации по применению увлажняющих и смягчающих средств.

Больным АТД необходимо постоянно, часто и в больших количествах использовать увлажняющие и смягчающие средства (не менее 3–4 раз в день) как самостоятельно, так и после водных процедур по принципу «намочить–намазать» (soak and seal): ежедневные ванны с теплой водой (27–30°C) в течение 5 мин с добавлением масла для ванн (за 2 мин до окончания водных процедур) с последующим нанесением на влажную кожу смягчающего препарата (после водных процедур кожу необходимо вытирать промокательными движениями, избегая трения). Однако есть данные, что нанесение эмолентов без принятия ванны имеет более продолжительное действие.

Наиболее выраженный эффект увлажняющих и смягчающих препаратов наблюдается при их постоянном использовании в виде крема, мази, масла для ванны и заменителей мыла. В зимнее время предпочтительно использовать более жирные ингредиенты. Для достижения клинического эффекта необходимо использовать достаточный объем смягчающих препаратов (у взрослого с распространенным поражением кожи расходуется до 600 г в неделю, у ребенка – до 250 г).

– Возможно ли с помощью правильно подобранной схемы базового ухода облегчить зуд, улучшить самочувствие и качество жизни ребенка?

A.Zvulunov: Конечно, это и есть основная цель терапии! Хотя в настоящее время не существует терапии, которая бы обеспечивала полное излечение, но есть широкий выбор местных и системных методов лечения, которые могут обеспечить контроль над заболеванием и позволяют детям с АТД и их семьям значительно улучшить качество жизни.

Д.В.Заславский: Второй важный момент – это профилактика АТД:

- постоянный базовый уход за кожей;
- элиминация провоцирующих факторов;
- назначение пробиотиков дополнительно к основному питанию матерей с отягощенным аллергологическим анамнезом (в последние недели беременности) и/или новорожденным с риском развития атопии в течение первых месяцев жизни.

– Соблюдают ли родители ваших пациентов все ваши назначения? Как повысить их комплаентность, как наладить сотрудничество врач – родитель малыша-атопика?

A.Zvulunov: Лечение детей с АТД многогранно. Чтобы обеспечить полную комплаентность, лечащий врач должен использовать следующие стратегии:

1) считать родителей и их ребенка (применимо для детей старше 2–3 лет) членами терапевтической команды;

2) обеспечить понимание родителями и детьми смысла и необходимости каждого действия, указанного в плане лечения;

3) доверить выполнение некоторых лечебных мероприятий самому ребенку, в соответствии с его/ее уровнем развития;

4) разъяснить, в какие реальные сроки стоит ожидать проявления эффекта от лечения;

5) разумно выбирать план лечения, отдавая предпочтение наиболее простым планам с приемлемыми сроками проявления ожидаемых эффектов лечения;

6) обсудить с родителями их потенциально возможный страх перед стероидами, перед седативным эффектом антигистаминных препаратов или страх побочных эффектов от применения ингибиторов кальциневрина;

7) предоставить семьям с АТД разные варианты связи с врачом, чтобы в случае необходимости они могли быстро получить удаленную профессиональную консультацию.

Д.В.Заславский: На нашей кафедре проводилось исследование, которое показало, что только 20,2% подростков и 56,4% родителей всегда точно выполняют назначения врача.

По нашим данным, 40,1% подростков и 38,2% родителей предпочитают не рассказывать врачу о нарушениях режима питания и лечения. Показатели приверженности лечению выше у девочек старшего возраста по сравнению с юношами. 40% опрошенных больных не применяют прописанную врачом наружную терапию.

Факторы, под влиянием которых складывается отношение больного к врачебным рекомендациям:

- Специфика хронической дерматологической патологии у детей, смена периодов обострения и ремиссии.
- «Лекарственный негативизм».
- Недооценка ребенком и его родителями серьезности патологии.
- Недостаточный санитарный и культурный уровень семьи пациента.
- Материальные затраты, связанные с лечением.
- Большая нагрузка на приемах.
- Вопросы симуляции комплаентности:

– некоторые дети не принимают назначенного лечения, но создают впечатление хорошей приверженности терапии;

– феномен «приверженности белому халату», когда назначенный препарат обязательно принимается перед посещением врача.

Собирая анамнез, врач часто может получить ту информацию, которую хочет услышать, а не ту, что отражает действительность.

Так какие же пути решения низкой приверженности лечению? Самым влиятельным агентом формирования комплаентности является врач. Одним из направлений в улучшении приверженности лечению может быть система обучения больных. Рекомендуются введение в штат медицинских учреждений психолога.

К сожалению, большую роль в лечении пациентов играют социальные сети в Интернете. И неверно поставленный диагноз приводит к самолечению. Врачам необходимо проводить разъяснительную работу, что форумы в соцсетях – это не консилиум квалифицированных специалистов, и они не несут никакой ответственности!

– Есть ли в Израиле школы для родителей детей с АТД? Насколько, на ваш взгляд, они необходимы для повышения качества лечения детей с АТД?

A.Zvulunov: На сегодняшний день в Израиле нет школ экземы/АТД. Наличие таких школ было бы, безусловно, полезно для пациентов и их семей. Такие школы должны управляться экспертной группой пациентов, возглавляе-

мой ответственным пациентом или родителями, в тесном сотрудничестве с дерматологами.

Д.В.Заславский: В России уже много лет проводятся обучающие программы при кожно-венерологических диспансерах и университетских клиниках. Эти курсы являются высокоэффективными и проводятся в рамках школ для пациентов с АД.

Например, разработанная нами программа «Альтернатива чесанию»:

- Начать с родителей. Ваши руки – это продолжения наших. Чем возбужденнее ребенок – тем плавнее движения. Крем на тело – через руки. Только разогрев ладошкой, плавно растереть.
- Красивый плавный жест – это хорошие ощущения у ребенка и у напряженных родителей. Массажная техника для нанесения эмоленгов.
- Играем в «белую божью коровку». Лечение животного дети переносят на себя.

- Другие рекомендации: полотенцем промакиваем, а не растираем. Губкой мыться нельзя. Область спины – тыльной поверхностью кисти. Орошение через салфетку раствором без отдушек, раствор из холодильника. Массажные ролики. Холодные камушки в кармашках – массаж и охлаждение. Растирание в руках. Резиновые мячики. Разные по диаметру и по ощущениям. Мягкие и жесткие. Пакеты с гелем для холодильника. Просяные зернышки из холодильника. Игрушки – мягкие пупсы. Липучку приклеить на спину куклы. К мобильному телефону приклеить липучку – аксиогенные связи. На ночь варежки и тонкие перчатки. Можно их самостоятельно ребенку разрисовать. Мой опыт говорит о том, что любое лечение ребенка нужно начинать с его родителей. Самый главный участник влияния – это бабушка. Также необходимо найти контакт и с мамой. И тогда мы получим моральное удовлетворение от проведенного лечения и клиническую ремиссию заболевания.