

Оценка эффективности средств по уходу за кожей у детей с атопическим дерматитом (Российское многоцентровое открытое клиническое исследование)

В.А.Ревакина¹, Н.А.Геппе², Е.Г.Кондюрина³, И.В.Макарова⁴, О.Ю.Моносова¹,
А.М.Тимофеева, Н.Г.Колосова², В.В.Зеленская³, Ю.А.Татаренко³

¹ФГБУ НИИ питания РАМН;

²ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова;

³ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет;

⁴ГБОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

В XX в. атопический дерматит (АтД) продолжает сохранять свою чрезвычайную актуальность из-за постоянного роста числа больных, особенно детей, страдающих этим сложным заболеванием [1]. Согласно данным официальной статистики заболеваемость АтД у взрослых в Российской Федерации за период 1999–2004 гг. увеличилась на 2,9%, а инвалидизация – на 8%. Расходы на лечение всех больных АтД за последние годы выросли в 5 раз. В этой связи важную роль играют современные методы терапии, направленные на контроль над течением болезни и сохранение длительной ремиссии. Именно длительная ремиссия заболевания позволяет улучшить качество жизни больного ребенка, снизить экономическое бремя семьи и расходы здравоохранения. Все это служит основанием для создания новых подходов к наружной терапии, которые включают не только применение лекарственных препаратов, но и комплекс мероприятий по уходу за кожей [2–4]. Плохая информированность о правилах ухода за кожей детей с АтД приводит к серьезным ошибкам. Особенно это касается алгоритма выбора средств базового ухода нового поколения, предназначенных для ежедневного применения. Отсутствие в терапии АтД средств по уходу за кожей приводит к частому использованию топических кортикостероидов (КС) или производных кальциевина, существенно увеличивающих стоимость лечения.

Согласно современным представлениям программа мероприятий по уходу за кожей больных АтД включает очищение и использование средств, способных улучшать ее барьерную функцию. К этим средствам предъявляются высокие требования в плане их эффективности и особенно безопасности при длительном ежедневном применении.

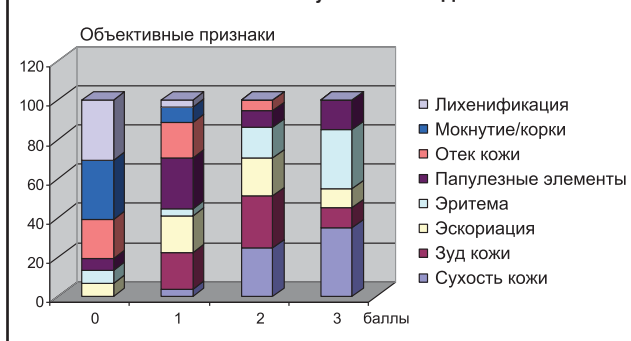
В связи с этим представляет интерес линия Трикзера бренда Авен (компания «Пьер Фабр», Франция), разработанная специально для комплексного ухода за сухой кожей больных АтД. Данные средства содержат в своем составе компоненты, которые смягчают и увлажняют кожу, восстанавливают водно-липидный слой, предотвращают потерю трансэпидермальной влаги. В состав Трикзера входят: термальная вода Авен, липидное трио (церамиды, эссенциальные жирные кислоты, холестерин), селектиоза (производное сахаров семейства рамнозы и пентилрамнозид природного происхождения с дополнительным углеродным радикалом в 5-м положении), глицин. Данный комплекс оказывает противовоспалительное, успокаивающее, противозудное действие и восстанавливает кожный барьер.

Цель данного исследования – оценить эффективность и безопасность средств линии Трикзера у детей с АтД.

Рис. 1. Способ применения средств ухода линии Трикзера у детей с АтД.



Рис. 2. Клинические симптомы у больных АтД.



Объем и методы исследования

Основную группу обследованных детей составили 80 детей в возрасте от 3 мес до 5 лет с установленным диагнозом АтД, находившихся под наблюдением в 4 медицинских центрах России: ФГБУ НИИ питания РАМН, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Новосибирского государственного медицинского университета, Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии.

Все родители детей с АтД предварительно дали письменное согласие на участие в этом исследовании.

Дизайн настоящей работы – открытое рандомизированное клиническое исследование.

Рис. 3. Распространенность кожного процесса у детей с АтД.

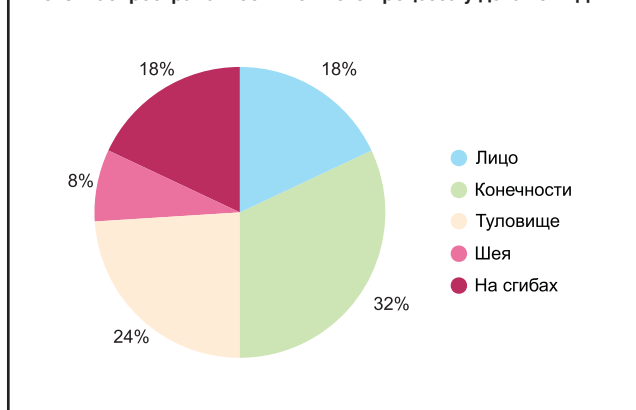


Рис. 4. Провоцирующие факторы АтД у детей.

**Критерии включения в исследование:**

- Дети (мальчики и девочки) в возрасте от 3 мес до 5 лет.
- Подписанное родителями информированное согласие.
- АтД легкой и средней степени тяжести.

Критерии исключения:

- Тяжелое течение АтД.
- Использование топических КС.
- Непереносимость одного из компонентов средства.
- АтД с вторичными инфекционными осложнениями.
- Нанесение топических КС или иммуносупрессоров на исследуемые участки или участки 7 см к этим зонам за 1 нед и менее до консультации.
- Применение системных КС или иммуносупрессоров либо получение их в течение предшествующего месяца.

Диагноз АтД и оценка степени тяжести его течения у наблюдаемых детей устанавливались на основании соответствующих критериев, изложенных в научно-практической программе «Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика (2004 г.)».

Для оценки эффективности проводимой терапии и изменения характера течения заболевания проводились врачебные осмотры перед началом лечения и через 1 мес после с занесением данных в разработанную индивидуальную регистрационную карту. В течение 1 мес родители наблюдаемых детей проводили балльную оценку симптомов на 1 и 4-й дни каждой недели.

Программа комплексного ухода за кожей детей с АтД включала очищение и применение смягчающих/увлажняющих средств.

Для очищения кожи использовались гель или ванна Трикзера 1–2 раза в день, а для ухода за кожей – крем или бальзам Трикзера 1–2 раза в день в течение 1 мес (рис. 1).

У детей со среднетяжелым течением болезни данный комплекс использовался после уменьшения острого воспаления кожи с помощью наружных КС (3–5 дней).

Критериями эффективности терапии служило достижение положительных клинических результатов в виде уменьшения или исчезновения зуда, сухости и признаков воспаления. Эффективность комплексного ухода за кожей больных АтД определялась следующим образом:

- Клиническое выздоровление – полное разрешение кожного воспалительного процесса.
- Значительное улучшение – снижение величины индекса SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis – шкала АтД) на 75% по сравнению с исходными данными.
- Улучшение – снижение величины индекса SCORAD на 25–50% по сравнению с исходными данными.
- Без изменений – снижение величины индекса SCORAD менее чем на 25% или отсутствие изменений по сравнению с исходными данными.

Рис. 5. Индекс SCORAD до применения линии Трикзера.

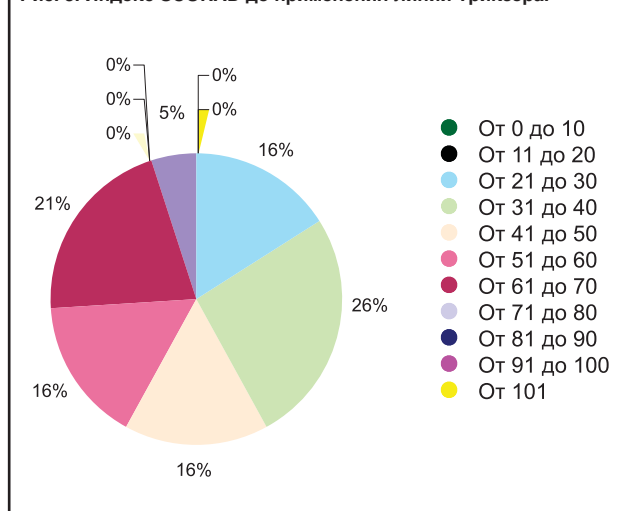
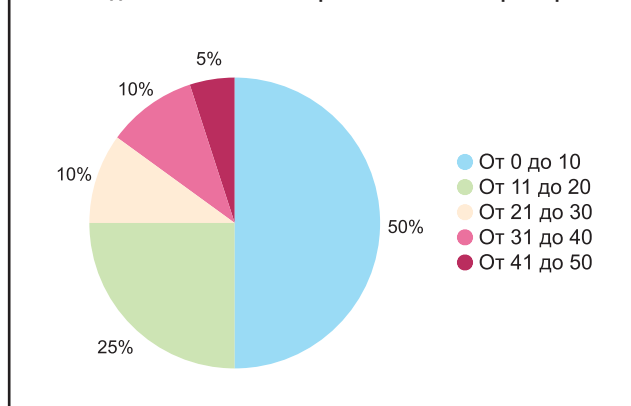


Рис. 6. Индекс SCORAD после применения линии Трикзера.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В исследовании приняли участие 80 детей в возрасте от 3 мес до 5 лет с диагнозом АтД. Средний возраст $23,2 \pm 1,2$ мес. В возрасте от 3 мес до 1 года наблюдались 22 (27,6%) ребенка, от 1 до 2 лет – 35 (43,8%), от 2 до 3 – 14 (17,5%), от 3 до 5 – 9 (11,3%). Подавляющее большинство (71,5%) детей были в возрасте до 2 лет. Мальчиков – 39 (48,8%), девочек – 41 (51,2%). Легкое течение болезни наблюдалось у 51 (40,8%) ребенка, среднетяжелое – у 29 (36,2%).

АтД у детей характеризовался неяркой гиперемией, участками экссудации, корками, лихенификацией, сухостью кожи с мелкопластинчатым шелушением, зудящими папулезными высыпаниями, эксфолиациями. Зуд носил разную интенсивность – от легкого до среднетяжелого, нарушающего сон больного (рис. 2).

Динамика кожных проявлений				
Показатели	Визит 1	Визит 2	Изменение	Улучшение, %
Площадь поражения, %	27,95	5,75	-22,2	79,4
Интенсивность кожного поражения, баллы	6,35	2,45	-3,9	61,4
Сухость кожи, баллы	2,25	0,8	-1,45	64,4
Зуд и нарушение сна, баллы	6,65	1,2	-5,45	81,95

Рис. 7. Оценка родителями выраженности симптомов АтД (баллы).

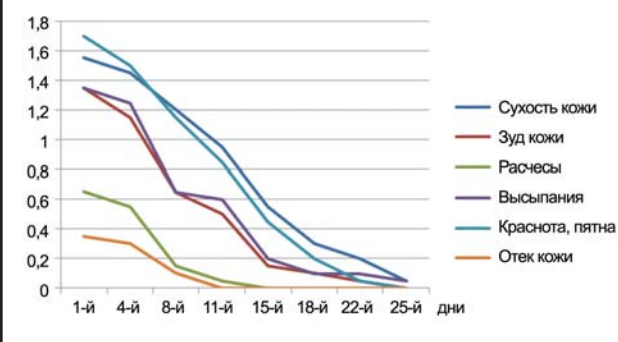


Рис. 8. Состояние сна у детей с АтД до лечения.

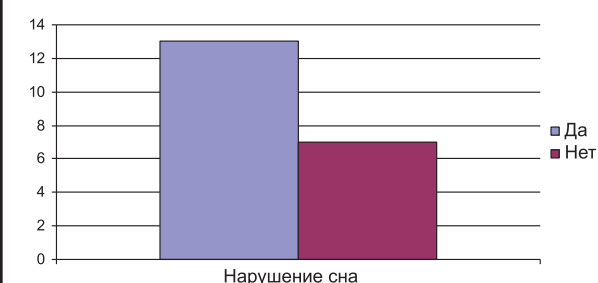


Рис. 9. Состояние сна у детей с АтД после лечения.

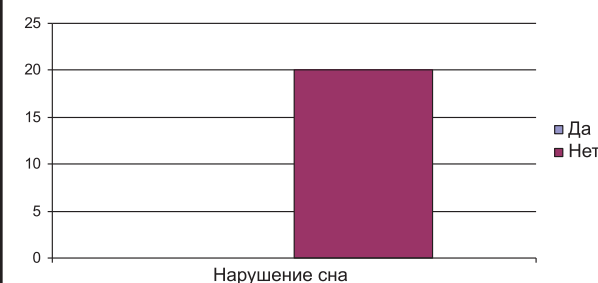


Рис. 10. Оценка родителями комфортности применения линии Триксера.

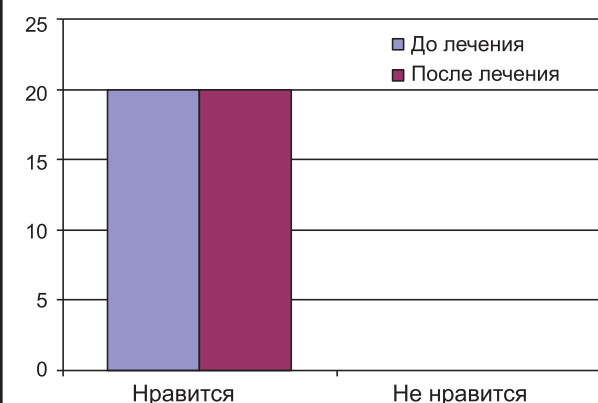


Рис. 11. Готовность родителей детей с АтД к повторному использованию средств ухода за кожей Триксера + селективола.



Распространенная форма АтД наблюдалась у 34 (42,5%) детей, а локальная – у 46 (57,5%). Локализация кожного процесса была разной (рис. 3).

Анализ анамнестических данных показал, что дебют заболевания у большинства детей состоялся в возрасте до 1 года. Длительность заболевания составила от 30 дней до 3,5 лет (в среднем 1,5 года).

Анамнестические данные позволили уточнить возможные провоцирующие факторы в развитии АтД, среди которых продукты питания вызвали обострение заболевания у 39,0% детей. У 30,0% детей причиной возникновения АтД был прикорм в виде зерновых и овощных блюд (рис. 4).

Среди других алиментарных причин (5%) дебюта заболевания: следует отметить погрешности в диете матерей, вскармливающих детей грудным молоком. Ранний перевод ребенка с грудного на искусственное вскармливание явился важным провоцирующим фактором развития АтД. Большая часть детей были переведены на искусственное вскармливание в возрасте до 3 мес.

Оценка эффективности программы ухода за кожей по истечении 1 мес по результатам балльной оценки выраженности симптомов АтД и суммарного индекса SCORAD показала значительное уменьшение или исчезновение клинических признаков болезни (рис. 5, 6).

На 5–7-й день от начала комплексного ухода за кожей наблюдалось улучшение кожного процесса, характеризующееся уменьшением или исчезновением гиперемии, отека, инфильтрации, сухости, папулезных элементов в очагах воспаления. Отмечалась положительная динамика со стороны зуда кожных покровов и шелушения. Эти симптомы исчезали практически у всех пациентов.

Объективная оценка степени тяжести клинических проявлений и эффективности терапии у всех больных с помощью индекса SCORAD показала существенное снижение данного показателя после проведенного комплексного ухода за кожей больных АтД (см. рис. 5, 6).

К концу 4-й недели наблюдения у 50% детей средний показатель индекса SCORAD составил $4,8 \pm 2,7$ балла, у 25% – $12,9 \pm 5,6$, у 20% – $22,8 \pm 7,6$. У 5% детей средний показатель индекса SCORAD составил $43,4 \pm 6,1$ балла.

На фоне проводимого комплексного ухода за кожей у детей с АтД значительно уменьшилась площадь и интенсивность кожного поражения (см. таблицу).

Родители пациентов отмечали существенное улучшение в состоянии ребенка, быстрое исчезновение раздражительности и беспокойства (рис. 7). Родители отметили также улучшение сна на фоне использования линии Трикзера (рис. 8, 9).

Подавляющее большинство родителей отметили хорошую переносимость применяемых средств, легкую впитываемость, быстрое устранение видимой сухости кожи (рис. 10).

Заключительная оценка эффективности проводимой терапии показала: клиническое выздоровление наблюдалось у 40 (50%), значительное улучшение – у 20 (25%), улучшение – у 16 (20%), без изменений – у 4 (5%) детей.

Побочных реакции на данную линию Трикзера у наблюдаемых больных детей не отмечалось. У 3 детей было небольшое жжение, однако это не послужило поводом для отмены терапии.

Результаты проведенного клинического исследования свидетельствуют о высокой эффективности линии Трикзера в комплексной терапии детей с АтД: 95% родителей детей подтвердили эффективность использованных средств ухода за кожей Трикзера и готовность повторного их использования (рис. 11).

Таким образом, ежедневное использование линии Трикзера у детей с АтД приводит к разрешению симптомов заболевания, повышает эффективность терапии, улучшает качество жизни больного ребенка и уменьшает потребность в применении топических КС.

Литература

1. Ревякина В.В. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей и организация педиатрической аллергологической службы в России. *Педиатрия*. 2003; 4: 47–51.
2. Кубанова А.А. *Дерматовенерология. Клин. рекомендации*. М., 2007; с. 21.
3. *Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика*. М., 2004; с. 76.
4. Bieber T. *Atopic dermatitis*. *N Engl J Med* 2008; 358: 1483–94.

Мицелиальные грибы в жилых помещениях – источник аллергенов

Т.М.Желтикова

ФГБУ НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова РАМН

Отношения между человеком и грибами неоднозначны. Мы используем их (грибы), чтобы получить пенициллин и варить пиво, они снижают урожай на полях и угрожают нам самыми опасными болезнями.

Э.Мюллер и В.Лефлер «Микология», 1968.

Интерес к плесневым грибам, заселяющим жилище человека, возник давно. Сохранились письменные свидетельства, что еще в 1300 г. до Рождества Христова врачи советовали тщательно удалять со стен штукатурку, зараженную плесенью. С 30-х годов XX в. началось направленное изучение микобиоты жилых помещений.

Мицелиальные (плесневые) грибы (их споры, фрагменты мицелия), колонизирующие помещение, могут оказывать на человека многофакторное воздействие. Помимо инфекционных болезней и токсического эффекта они могут вызывать развитие аллергических реакций (P.Black и соавт., 2000; M.Ross и соавт., 2000). Большую проблему в современных городах, например в Москве и Санкт-Петербурге, представляют здания с нарушенной гидроизоляцией, которые из-за проникновения влаги (осадков, грунтовых вод) повреждаются, вследствие чего создаются благоприятные условия для колонизации их грибами. Существует группа заболеваний, объединенных под общим названием «синдром больных зданий» (sick building syndrome), – этими заболеваниями страдают люди, длительное время находящиеся в «неблагополучных» помещениях, в том числе пораженных плесневыми грибами (D.Kuhn, M.Ghannoum, 2003).

В последнее время в научной литературе появились данные, свидетельствующие о том, что антигены мицелиальных грибов обладают адьювантным эффектом, т.е. могут усиливать специфический иммунный ответ на другие аллергены (например, клещевые) у sensibilizированных больных (R.Savilahti и соавт., 2001; W.Chen и соавт., 2003). Большой интерес представляет спорная гипотеза об обладании грибами свойствами суперантигенов (D.Dennis, 2003).

Сенсибилизация к микоаллергенам у больных с генетической предрасположенностью к атопии может развиваться вследствие формирования в непосредственном окружении больного экспозиции спор грибов (концентрации спор грибов в воздухе). При этом споры и частицы мицелия проникают в дыхательные пути человека, не колонизируя их, а провоцируя развитие аллергических реакций как немедленного, IgE-опосредованного, так и замедленного, клеточного типа (H.Kauffman и соавт., 1995). Установлено, что сенсибилизация к плесневым грибам у жителей разных стран варьирует от 1,1 до 64% (G.Loureiro и соавт., 2000; N.Migacheva и соавт., 2000). Клинически микогенная аллергия проявляется чаще как риносинусит, экзогенный аллергический альвеолит (синдром гиперчувствительности легких «hypersensitivity pneumonitis»). Бронхиальная астма, осложненная сенсибилизацией к аллергенам мицелиальных грибов, протекает тяжелее и имеет менее благоприятный прогноз.

Споры грибов попадают в помещения из внешней среды с атмосферным воздухом, заносятся человеком на одежде, обуви, предметах быта и т.д. Однако в помещении формируется совершенно самостоятельная, отличающаяся от комплекса микромицетов внешней среды, имеющая свой набор видов микобиота (А.Д.Петрова-Никитина и соавт., 2002; А.Б.Антропова и соавт., 2003, 2004). Благодаря наличию широкого спектра ферментов грибы могут использовать в качестве пищи самые разные и неожиданные субстраты: ткани, древесину, обои, масляную и водоэмульсионную краски, штукатурку, побелку, цемент, развиваясь на мебели, стенах, потолке, оконных рамах, трубах отопления, одежде, обуви и т.д. Грибы активно колонизируют пищевые продукты. В каждом жилом помещении присутствует богатая микобиота. Однако характер ее, уровень численности и сезонная динамика зависят как от микроклимата квартиры (температура, относительной влажности воздуха), так и от климатогеографического расположения населенного пункта, в котором находится здание. В жилых помещениях разных стран в об-