

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ У ПРАКТИКУ

УДК: 616.5-001/-002-056.3-053.2-085

МІСЦЕВА ЗВОЛОЖУЮЧА ТЕРАПІЯ
У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ –
ЗАПОРУКА УСПІШНОГО
ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ

І.О. Коленко

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
(м. Полтава, Україна)

Резюме. У даній статті описуються підходи до ведення дітей з atopічним дерматитом (АД) різного ступеню тяжкості, а саме можливості застосування немедикаментозних засобів (зволожуючих засобів, ванн, вологого обгортання та ін.). Atopічний дерматит – це захворювання, що супроводжується вираженим свербінням, має хронічний перебіг та вражає до 25% дитячої популяції. Ксероз є однією із основних клінічних особливостей АД, що призводить до порушення епідермального бар'єру. В лікуванні ксерозу та з метою попередження трансепідермальної втрати вологи перш за все застосовують топічні зволожуючі засоби, які містять різні пом'якшувачі речовини та/або компоненти, що посилюють бар'єрну функцію шкіри. Більшість з них містять воду, яка забезпечує лише короткочасний зволожуючий ефект, проте інші компоненти забезпечують основні переваги того чи іншого препарату.

Емоменти повинні бути основою місцевого лікування при легких формах захворювання та займати важливе місце в терапії середнього та тяжкого ступеня хвороби. Вони також є вкрай необхідним компонентом в лікуванні та профілактиці загострень. Тому, слід пам'ятати, що зволожуючі засоби – це суттєва складова та невід'ємна ланка в терапії АД, особливо в дитячій популяції.

Навіть сьогодні бракує систематичних досліджень для визначення оптимальної кількості й частоти застосування зволожуючих засобів. Прийнято вважати, що емоменти необхідно застосовувати таким чином, щоб явища ксерозу були мінімальними. Традиційні зволожуючі засоби випускаються у формі кремів, мазей, масел, гелів і лосьйонів. Більшість сучасних мазей мають велику перевагу, що не містять консервантів, які при нанесенні на пошкоджену шкіру можуть викликати печію та бути занадто жирними для хворих на АД. Лосьйони містять більший відсоток води, яка швидко випаровується, тому їх не рекомендується застосовувати у пацієнтів з вираженим ксерозом.

Клінічні випробування щодо порівняння конкретних зволожуючих засобів нечисленні, а опубліковані дані й досі не продемонстрували переваг одного емоменту над іншим. У нашій клініці також є тривалий досвід застосування емоментів у дітей, хворих на АД, у тому числі, дітей раннього віку. Найчастіше у своїй практиці ми використовуємо Топікрем, Фізiogель та Ойлатум. Для того, щоб проаналізувати ефективність кожного з них, ми виділили 24 дитини віком від 6 місяців до 2 років з встановленим діагнозом atopічний дерматит, період ремісії та порівню розділили їх на три групи. Період спостереження тривав 14 днів. Оцінка ефективності проводилась за допомогою індексу SCORAD, завдяки якому визначали не тільки об'єктивні критерії, але й проводили суб'єктивний аналіз порушення сну та вираженості свербіння. У ході проведеного дослідження, точніше клінічного спостереження, яке відноситься до III рівня доказовості (C), нам вдалося ще раз продемонструвати високу ефективність зволожуючих засобів. Аналізуючи отримані результати, перш за все, хочемо підкреслити хорошу клінічну ефективність усіх трьох емоментів.

Таким чином, вибір зволожуючого засобу – це виключно індивідуальний підхід, адже ідеальний засіб повинен бути безпечним, ефективним, доступним, не містити шкідливих добавок, ароматизаторів та інших потенційно сенсibilізуючих агентів.

Ключові слова: atopічний дерматит; діти; місцеве лікування

Atopічний дерматит (АД) – це захворювання, яке починається в ранньому віці, має рецидивуючий перебіг і, як правило, є початковим проявом atopії, а у чималій частки дітей – початком «алергічного маршу». Безумовно, АД суттєво знижує якість життя пацієнтів, тому особливе медичне та соціальне значення посідає проблема адекватного та безпечного лікування захворювання. Кому, як не педіатру чи сімейному лікарю приходиться вперше зустрічатися з такими дітьми, шукати комплаєнс не тільки з ними, а й в першу чергу з батьками. Саме лікар первинної ланки дає змогу пацієнту зрозуміти, що собою представляє АД, які методи діагностики слід застосувати і найголовніше – супроводжує його на етапі як лікування так і повсякденної життєдіяльності, забезпечуючи адекватну якість життя [1]. Звичайно питання

діагностики та визначення стратегії лікування в кожному конкретному випадку вирішує алерголог та дерматолог. Однак фахівці загальної практики та педіатри досить часто зустрічаються з пацієнтами-atopіками, в яких шкірні прояви алергії, що реалізуються в ранньому дитинстві, поступово трансформуються в алергічний риніт чи бронхіальну астму. Тому завдяки клінічному мисленню, тобто здатності аналізувати та синтезувати всі дані про хворого формується власний професійний досвід ведення пацієнтів з АД, адже лікування залежить від багатьох факторів: форми та стадії захворювання, поширеності процесу, віку дитини тощо. У першу чергу це стосується місцевого лікування як базисної терапії, що є запорукою ефективного протирецидивного лікування.

У дітей раннього віку місцева терапія АД, на-

самперед, полягає у застосуванні топікальних зволожуючих засобів, водних процедур, купанні тощо. Власне про такий рутинний арсенал, який є в руках лікарів амбулаторного етапу лікування, буде йти мова у цій статті. Представлена інформація базується на власному досвіді [2] та, перш за все, на діючому міжнародному директивному документі стосовно діагностики та лікування atopічного дерматиту (Guidelines of care for the management of atopic dermatitis) [3], де викладені дані оцінені за єдиною системою SORT (класифікація значимості рекомендацій), яка розроблена редакторами американських популярних медичних журналів (Family Medicine, American Family Physician, Journal of Family Practice, and BMJ USA) [4]. Саме завдяки таким дослідженням, які проводять фахівці багатьох країн світу в різних сферах медицини, зріс не тільки авторитет доказової медицини загалом, а найголовніше, що сьогодні практикуючий лікар може користуватися керівництвами (Guidelines) у своїй повсякденній діяльності. Однак, лікарі амбулаторної практики у своїй роботі не так часто користуються директивами, викладеними за принципом консенсусу, а інколи створення чітких рекомендаційних схем викликає навіть критику, адже їх застосування обмежує здатність клінічно мислити і лікувати пацієнта. Звичайно, кожен з нас по-різному може трактувати термін «логічне мислення», але саме від лікаря залежить вибір і оцінка ефективності лікування. Власне на етапах аналізу щодо перебігу захворювання і його найбільш ймовірного прогнозу і формується клінічне мислення, тобто здатність охопити, проаналізувати і синтезувати всі

дані про хворого, які ми отримуємо різноманітними шляхами, одночасно порівнюючи їх з літературними знаннями, клінічними спостереженнями, які і формують власний професійний досвід.

Обговорюючи питання, що стосуються місцевої терапії atopічного дерматиту, зокрема осіб дитячої популяції, ми використали дані, отримані в результаті аналізу досліджень різного рівня (рандомізовані контрольовані дослідження, ретроспективний аналіз, окремі випадки). В основному вони сфокусовані на лікуванні, профілактиці та прогнозі й оцінені за допомогою 3-рівневої шкали.

I. Високої якості пацієнт-орієнтовані докази (достовірні результати, які важливі для пацієнтів: захворюваність, смертність, критерії поліпшення, якість життя і зниження витрат).

II. Обмеженої якості пацієнт-орієнтовані докази.

III. Інші дані, у тому числі, керівних документів, консенсусів, думки, тематичні дослідження, або докази, орієнтовані на захворювання (проміжні докази або кінцеві результати, які можуть демонструвати або навпаки не відображати поліпшення показників пацієнтів).

Завдяки аналізу використаних результатів досліджень та на основі доказів, представлених в директиві, були розроблені клінічні рекомендації. Вони поділяються наступним чином:

A. Рекомендація базується на сумісних пацієнт-орієнтованих доказах високої якості.

B. Рекомендація, заснована на суперечливих або пацієнт-орієнтованих доказах обмеженої якості.

C. Рекомендація ґрунтується на підставі консенсусів, окремих думок, тематичних досліджень, або доказах орієнтованих на захворювання.

Таблиця 1

Аналіз рекомендацій щодо місцевого лікування atopічного дерматиту

Рекомендація	Значимість (ефективність) рекомендації	Рівень доказовості
Використання зволожуючих засобів	A	I
Купання та водні процедури	C	III
Застосування зволожуючих засобів після ванни	B	II
Обмежене застосування миючих засобів	C	III
Відмова від додавання у ванну різних засобів та кислій мінеральної води	C	III
Вологі обгортання	B	II
Застосування топічних глюкокортикостероїдів (ТКС)	A	I
брати до уваги різні фактори, що впливають на вибір ТКС	C	III
частота нанесення	B	II
запобіжне використання ТКС в якості підтримуючої терапії	B	II
необхідність враховувати побічні ефекти у ході застосування	A	I
необхідність моніторингу шкірних побічних ефектів сильнодіючих ТКС	B	III
не потрібен особливий щоденний моніторинг системних побічних ефектів у ході застосування ТКС	C	III
певні побоювання у застосуванні	B	III
Застосування топічних інгібіторів кальциневрину (ТІК)	A	I
використання в якості додатку до стероїдних засобів	A	I
заборона використовувати ТІК у дітей молодше 2-х років	A	I
посилення місцевих реакцій ТІК після попереднього використання ТКС	B	II
запобіжне використання ТІК в якості підтримуючої терапії	A	I
комбіноване використання ТКС та ТІК	B	II

Продовження таблиці 1

інформування пацієнтів щодо можливого ризику виникнення шкірних вірусних інфекцій на фоні використання	C	III
усвідомлювати небезпеку у використанні ТІК	C	III
не потрібен щоденний моніторинг рівня ТІК в крові	A	I
Запобігання щоденного використання місцевих антистафілококових засобів	A	I
Застосування відбілюючих ванн та мупіроцину інтраназально у пацієнтів з АД середньої тяжкості та тяжким	B	II
Запобігання використання місцевих антигістамінних	B	II

Ксероз є однією із основних клінічних особливостей АД, що призводить до порушення епідермального бар'єру. В лікуванні ксерозу та з метою попередження трансепідермальної втрати вологи перш за все застосовують топічні зволожуючі засоби, які містять різні пом'якшуючі речовини та/або компоненти, що посилюють бар'єрну функцію шкіри. Більшість з них містять воду, яка забезпечує лише короточасний зволожуючий ефект, проте інші компоненти забезпечують основні переваги того чи іншого препарату [5]. Наприклад, гліколь, гліцерилстеарат, соєві стероли покривають та пом'якшують шкіру, оклюзивні компоненти, такі як вазелін, діметікон, мінеральне масло утворюють шар, щоб сповільнити випаровування води, а гліцерин, молочна кислота та сечовина є ефективними зволожуючими компонентами, які притягують та утримують воду.

Застосування зволожуючих засобів достовірно збільшує гідратацію шкіри, що доведено як суб'єктивною оцінкою пацієнтів, так і шляхом об'єктивного вимірювання місткості та провідності води в шкірі за допомогою мікроскопії [5, 6]. Крім того, ряд клінічних випробувань показали, що емоменти зменшують симптоми та ознаки АД, у тому числі, свербіж, еритему, десквамацію та ліхеніфікацію шкіри [6-9]. Таким чином, зволожуючі засоби самі здатні знижувати місцеве запалення і, як результат, – тяжкість захворювання. Крім того, їх постійне використання зменшує необхідність у застосуванні протизапальних препаратів, що призначають для контролю за АД [7, 10, 11]. Емоменти повинні бути основою місцевого лікування при легких формах захворювання та займати важливе місце в терапії середнього та тяжкого ступеня хвороби [12]. Вони також є вкрай необхідним компонентом в лікуванні та профілактиці загострень. Тому слід пам'ятати, що зволожуючі засоби – це суттєва складова та невід'ємна ланка в терапії АД, особливо в дитячій популяції.

Навіть сьогодні бракує систематичних досліджень, щоб визначити оптимальну кількість та частоту застосування зволожуючих засобів [13]. Прийнято вважати, що емоменти необхідно застосовувати таким чином, щоб явища ксерозу були мінімальними. Традиційні зволожуючі засоби випускаються у формі кремів, мазей, масел, гелів і лосьйонів. Більшість сучасних мазей мають велику перевагу, що не містять консервантів, які при нанесенні на пошкоджену шкіру можуть викликати печію та бути занадто жирними для хворих АД. Лосьйони містять більший відсоток води, яка швидко випаровується, тому їх не рекомендується застосовувати у пацієнтів з вираженим ксерозом.

Застосування пом'якшуючих та зволожуючих

засобів дозволяє вирішити проблему шкірного дефекту та пошкодження бар'єрної функції шкіри і є новою важливою сходинкою в лікуванні та контролі проявів АД. До складу цих засобів у різному співвідношенні входять ліпіди, які імітують ендогенні їх композиції і креми, що містять пальмітоїллетаноламін, гліцирризинову кислоту або інші гідроліпіди. Їх рекомендовано застосовувати з метою зменшення симптомів АД, у тому числі, сухості шкіри та запалення двічі або тричі на день в залежності від конкретного складника, про що свідчать дані контрольованих досліджень [12, 14, 15].

Важливо підкреслити, що емоменти пройшли премаркетингову нотифікацію керівництва з контролю за продуктами та медикаментами (Food and Drug Administration, FDA) і затверджені як засоби 510 (K), що відновлюють бар'єрну функцію шкіри і не мають токсичного впливу. Хоча дана група засобів не потребує такої суворої та прискіпливої оцінки клінічної ефективності та схвалення FDA щодо безпечності, все ж вони вважаються безпечними додатковим засобом лікуванням, хоч і не дешевим. В аптечній мережі можна також зустріти зволожувачі засоби, які містять кераміди та/або проміжні продукти філагрину, які відіграють важливу роль у функціонуванні рогового шару, утворюючи білково-ліпідний бар'єр, що зменшує потрапляння алергенів та перешкоджає втраті води, але дані комбінації не завжди еквівалентні емолентам. Клінічні випробування щодо порівняння конкретних зволожуючих засобів нечисленні, а опубліковані дані й досі не продемонстрували переваг одного емоменту над іншим. У дослідженні, де приймали участь 39 пацієнтів з легкими та середньотяжкими проявами АД, не виявили відмінностей щодо ефективності використання протягом трьох тижнів гліцирризинової кислоти в складі гідроліпідного крему (кераміди, холестерин та вільні жирні кислоти у співвідношенні 3:1:1) і зволожуючого крему, що містить продукти нафтової переробки (дермопротектори) [16]. Аналогічні дані отримали у ході порівняння трьох відновлюючих кремів у якості монотерапії в дітей віком 2-17 років з проявами АД від легкого до середнього ступеню тяжкості: один містить гліцирризинову кислоту (BRC-Gly, Atopiclair®), інший – кераміди (BRC-Cer, EpiCeram®) і третій – протектор на основі продуктів нафтової переробки (OTC-Pet, Aquaphor Healing Ointment®) [17]. Ще одне дослідження продемонструвало аналогічний паритет 4-х тижневого застосування зволожуючого крему на масляній основі і пальмітоїллетаноламідвмісного емоменту [12].

У нашій клініці також є тривалий досвід застосування емоментів у дітей з АД, у тому числі,

раннього віку. Найчастіше у своїй практиці ми використовуємо Топікрем, Фізіогель та Ойлатум. Можна багато говорити про ефективність одного чи іншого засобу, адже завдяки багаторічному існуванню на фармацевтичному ринку вони заслужили довіру і посідають одну з перших сходинок в арсеналі місцевих зволожуючих засобів. Для того, щоб проаналізувати ефективність кожного з них, ми виділили 24 дитини віком від 6 місяців до 2 років із встановленим діагнозом atopічного дерматиту, періоду ремісії та порівню розділили їх на три групи. Кожна з груп включала по четверо дітей з легкою формою хвороби та хворобою середньої тяжкості. Всі пацієнти отримували лише місцеву зволожуючу терапію, а саме: одна група пацієнтів (n=8) двічі на день застосовувала Топікрем, друга (n=8) – Фізіогель, а третя (n=8) – Ойлатум. Період спостереження тривав 14 днів. Оцінка ефективності проводилась за допомогою індексу SCORAD, завдяки якому визначали не тільки об'єктивні критерії, але й проводили суб'єктивний аналіз порушення сну та вираженості свербіжу. Середнє значення коефіцієнту SCORAD (kS) на початку лікування достовірно не відрізнялось між групами (kСтопікрем – 31,1; kСфізіогель – 30,9; kСойлатум – 29,9). Наступна оцінка, яка проводилась через 7 днів, продемонструвала рівноправне зниження клінічного індексу у пацієнтів всіх трьох груп без достовірної різниці між ними, а саме: kСтопікрем – 19,1; kСфізіогель – 18,9; kСойлатум – 18,0. Аналогічна динаміка коефіцієнту рееструвалася і на 14 день дослідження (kСтопікрем – 8,6; kСфізіогель – 8,9; kСойлатум – 9,1) де шкірні прояви зберігалися, переважно, за рахунок дітей з середньо-тяжкою формою АД. Позитивні характеристики щодо застосування емоменти були отримані також від батьків пацієнтів.

Отже, у ході проведеного дослідження, точніше клінічного спостереження, яке відносить до III рівня доказовості (C), але має право на існування, нам вдалося ще раз продемонструвати високу ефективність зволожуючих засобів. Аналізуючи отримані результати, перш за все, хочемо підкреслити хорошу клінічну ефективність усіх трьох емоментів. Таким чином, вибір зволожуючого засобу – це виключно індивідуальний підхід, адже ідеальний засіб повинен бути безпечним, ефективним, доступним, не містити шкідливих добавок, ароматизаторів та інших потенційно сенсibilізуючих агентів. Незалежно від засобу, який використовується, основна мішень емоменту – відновити шкірний бар'єр, що є важливою терапевтичною концепцією, враховуючи наше сьогоденне розуміння патогенезу АД. Актуальними зараз є також дослідження, де вивчається як відновлення та захист шкірного бар'єру з народження, так і зменшення ймовірності розвитку бронхіальної астми у дітей, генетично схильних до atopії [18].

Активно обговорюється також ефективність купання дітей та доцільність використання при цьому додаткових засобів. Залежно від того, яким чином здійснюється купання, воно реалізує на шкірі різні ефекти, адже ванна може зволожувати шкіру і видаляти кірки, спричиняючи подразнення речовинами та алергенами, що є надзвичайно

важливим у пацієнтів з АД [19]. Однак, при випаровуванні вологи з поверхні шкіри відбувається її ще більша трансепідермальна втрата [20]. Таким чином, застосування емоментів одразу після купання є, перш за все, необхідним для підтримки гідратації шкіри [21].

Є кілька об'єктивних даних, з яких можна визначити кращі варіанти купання, але більшість рекомендацій є результатом окремих свідчень експертів або базуються на особистому досвіді. Було проведено одне анкетування, яке свідчить, що більшість пацієнтів з АД віддають перевагу душі, а не ванні. Проте 80% опитаних були діти старше 5 років і немає інших порівняльних досліджень, які б дозволили визначити переваги якої-небудь з форм купання [22]. Також немає ясності щодо її оптимальної частоти і тривалості. Тим не менш, як правило, рекомендується купання один раз в день впродовж 5-10 хвилин з використанням теплої води. Якщо є ділянки з вираженим запаленням шкіри, експозиція у воді повинна тривати протягом 20 хвилин з наступним негайним застосуванням протизапальних засобів (наприклад ТКС). При цьому непотрібно витирати шкіру насухо - це важливий є терапевтичний нюанс. Техніка «намочити і намазати» може покращити лікувальний ефект у тих випадках, коли недостатньо застосування лише місцевих протизапальних засобів [19].

Рекомендується також використовувати гіпоалергенні миючі засоби без запаху, які не містять мила (nonsoap) з нейтральним або з низьким рН. Адже мило складається з поверхнево-активних речовин, які взаємодіють з білками і ліпідами рогового шару шкіри і, таким чином, пошкоджують його, викликаючи сухість та подразнення [23]. Більшість сортів мила мають лужну рН, тоді як нормальна рН шкіри становить від 4 до 5,5. Саме тому, для кращої переносимості рекомендується використовувати синтетичні миючі засоби та сурфактанти, що виготовляються за принципом nonsoap, хоча і це твердження базується лише на декількох допоміжних клінічних дослідженнях [24, 25].

Немає також достатньо даних, які б свідчили про ефективність додавання у ванну масла, емоментів та інших компонентів до води у пацієнтів з АД [22]. Ні в одному рандомізованому дослідженні не було доведено лікувального ефекту пом'якшуючих речовин, що додаються в ванну. Таким чином, застосування добавок у ванну не може бути однозначно рекомендовано. Використання мінеральної води для купання (бальнеотерапія) також має обмежену кількість доказів. Не було продемонстровано і переваг щодо застосування пом'якшуючих засобів перед використанням звичайної води [26].

Одним з методів, який також застосовується при виражених загостреннях та/або резистентних формах АД, є вологе обгортання. Методика його полягає в декількох простих кроках. Спочатку дитина знаходиться у ванні з теплою водою протягом 15 – 20 хв. Після цього на вражені ділянки шкіри, поки вона ще волога, швидко наносять топічні препарати у вигляді кремів або мазей (зволожуючі засоби, ТКС). Потім дитину обертають мокрою тканиною або одягають у мокрий бавовняний одяг, після чого одягають у сухі речі. Воло-

ге обгортання можна виконувати в амбулаторних чи стаціонарних умовах тривалістю від 2 до 24 годин, в залежності від переносимості пацієнтом. Курс даного лікування становить декілька днів, хоча є позитивні результати, що рекомендують продовжувати їх протягом 2-х тижнів і більше [27, 28]. За рахунок оклюзії збільшується проникнення місцевих засобів та зменшується втрата води.

Існують дані, що вологі обгортання більш ефективні у комбінації з ТКС, ніж із зволожуючими засобами. Проте, слід проявляти обережність, застосовуючи сильні та помірні за ефективністю кортикостероїди перед вологим обгортанням, адже це збільшує поглинання ТКС і може призвести до пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, особливо при нанесенні на великі ділянки шкіри. Але цей ризик можна знизити за рахунок зменшення кількості обгортань або розведення сильнодіючих ТКС до 10% або навіть 5% від їх початкової концентрації. Деякі фахівці вважають, що з цією метою краще використовувати слабкі ТКС замість їх розведення. Проте вологі обгортання у пацієнтів мають право на існування, адже демонструють позитивні результати, особливо у дітей із АД середньої тяжкості та тяжким.

В результаті проведеного аналізу було запропоновано чіткі рекомендації щодо місцевого лікування atopічного дерматиту:

- застосування емоментів повинно стати невід'ємною частиною лікування пацієнтів з АД, оскільки є переконливі докази, що їх використання може зменшити тяжкість захворювання і необхідність призначення фармакологічних препаратів;
- купання рекомендується для пацієнтів з АД

Література

1. Tkachenko O. The relevance of studying quality of life in children with allergic diseases / O Tkachenko // children health. -2013. - №8 (51). - S. 151-155.
2. Ichthyosis in children. Congenital erythroderma ihtioziformna Brock / TO Krjuchko, MN Pyeshyy VI Pohylko [et al.] // Neonatology, surgery and perinatal medytsyna. 2012. -T.2, №1 (3). - S. 110-115.Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies / L.F. Eichenfield, W.L. Tom, T.G. Berger [et al.] // Am Acad Dermatol. -2014. -Vol. 71 (1). - P.116-132.
3. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature / M.H. Ebell, J. Siwek, B.D. Weiss [et al.] // J Am Board Fam Pract. -2004. -Vol.17. - P. 59-67.
4. Rawlings A.V. Moisturizer technology versus clinical performance / A.V. Rawlings, D.A. Canestrari, B. Dobkowski // Dermatol Ther. - 2004. -Vol. 17. - P. 49-56.
5. Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation / M. Breternitz, D. Kowatzki, M. Langenauer [et al.] // Skin Pharmacol Physiol. - 2008. - Vol. 21. - P. 39-45.
6. Grimalt R. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study / R. Grimalt, V. Mengeaud, F. Cambazard // Dermatology. - 2007. - Vol. 214. - P. 61-67.
7. Efficacy and tolerability of pale sulfonated shale oil cream 4% in the treatment of mild to moderate atopic eczema in children: a multicenter, randomized vehicle-controlled trial / H.C Korting, C. Schollmann, W. Cholcha [et al.] // J Eur Acad Dermatol Venereol. -2010. - Vol. 24. - P. 1176-1182.
8. Verallo-Rowell V.M. Novel antibacterial and emollient effects of coconut and virgin olive oils in adult atopic dermatitis / V.M. Verallo-Rowell, K.M. Dillague, B.S. Syah-Tjundawan // Dermatitis. - 2008. - Vol. 19. - P. 308-315.
9. New emollient with topical corticosteroid-sparing effect in treatment of childhood atopic dermatitis: SCORAD and quality of life improvement / P. Msika, C. De Belilovsky, N. Piccardi [et al.] // Pediatr Dermatol. - 2008. - Vol. 25. - P. 606 - 612.
10. A randomized double-blind controlled trial to compare a triclosan-containing emollient with vehicle for the treatment of atopic dermatitis / W.P. Tan, S. Suresh, H.L. Tey [et al.] // Clin Exp Dermatol. - 2010. - Vol. 35. - P. 109-12.
11. Draelos Z.D. An evaluation of prescription device moisturizers / Z.D. Draelos // J Cosmet Dermatol. - 2009. - Vol. 8. - P. 40-3.
12. Estimating emollient usage in patients with eczema / K.L. Hon, G.K. Ching, T.F. Leung [et al.] // Clin Exp Dermatol. - 2010 - Vol. 35. - P. 22-26.
13. Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study) / B. Eberlein, C. Eicke, H.W. Reinhardt [et al.] // J Eur Acad Dermatol Venereol. - 2008. - Vol. 22. - P. 73-82.
14. Sugarman J.L. Efficacy of a lipid-based barrier repair formulation in moderate-to-severe pediatric atopic dermatitis / J.L. Sugarman, L.C. Parish // J Drugs Dermatol. - 2009. - Vol.8. - P. 1106-1111.
15. An over-the-counter moisturizer is as clinically effective as, and more cost-effective than, prescription barrier creams in the treatment of children with mild-to-moderate atopic dermatitis: a randomized, controlled trial / Miller D.W,

як в рамках лікування, так і з метою збереження ремісії, однак немає чітких норм щодо частоти або тривалості купання;

- емоменти слід застосовувати відразу ж після купання, щоб поліпшити зволоження шкіри у пацієнтів з АД;
- рекомендується обмежене використання nonsoar миючих засобів (перевага надається з нейтральним та низьких рН, гіпоалергенним, без запаху);
- додавання до ванн масла, пом'якшуючих та інших засобів, а також використання кислої мінеральної води не може бути рекомендовано для лікування пацієнтів з АД через нестачу доказів;
- можна рекомендувати вологе обгортання з або без топічних кортикостероїдів для пацієнтів з помірним і важким перебігом АД з метою зменшення тяжкості захворювання і попередження втрати вологи під час загострень.

Висновок

Сучасна терапія atopічного дерматиту в першу чергу має патогенетичну спрямованість і основна її мета – це попередження загострень захворювання. Проте лікування АД у дітей, безумовно, має бути комплексним, індивідуальним і залежати від віку дитини, форми та стадії захворювання. Перед лікарем первинної ланки досить часто постає проблема вибору адекватного та ефективного терапевтичного засобу для дитини з легким чи середньотяжким перебігом АД. Тому аналіз різних методів лікування з позицій доказової медицини є однією з необхідних умов формування особистої клінічної думки у кожного з лікарів, які опікуються пацієнтами, хворими на atopічний дерматит.

S.B. Koch, B.A. Yentzer [et al.] // J Drugs Dermatol. – 2011. – Vol. 10. – P. 531–537.

16. Kircik L.H. Nonsteroidal treatment of atopic dermatitis in pediatric patients with a ceramide-dominant topical emulsion formulated with an optimized ratio of physiological lipids / L.H. Kircik, J.Q. Del Rosso // J Clin Aesthet Dermatol. – 2011. – Vol. 4. – P. 25–31.

17. A pilot study of emollient therapy for the primary prevention of atopic dermatitis / E.L. Simpson, T.M. Berry, P.A. Brown [et al.] // J Am Acad Dermatol. – 2010. – Vol. 63. – P. 587–593.

18. Soak and smear: a standard technique revisited / A.B. Gutman, A.M. Kligman, J. Sciacca [et al.] // Arch Dermatol. – 2005. – Vol. 141. – P. 1556–1559.

19. Chiang C. Quantitative assessment of combination bathing and moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis / C. Chiang, L.F. Eichenfield // Pediatr Dermatol. – 2009. – Vol. 26. – P. 273–278.

20. Safety and tolerability of a body wash and moisturizer when applied to infants and toddlers with a history of atopic dermatitis: results from an open-label study / E. Simpson, N.S. Trookman, R.L. Rizer [et al.] // Pediatr Dermatol. – 2012. – Vol. 29. – P. 590–597.

21. A survey of bathing and showering practices in children with atopic eczema. / K.L. Hon, T.F. Leung, Y. Wong [et al.] // Clin Exp Dermatol. – 2005. – Vol. 30. – P. 351–354.

22. Cleansing without compromise: the impact of cleansers on the skin barrier and the technology of mild cleansing / K.P. Ananthapadmanabhan, D.J. Moore, K. Subramanyan [et al.] // Dermatol Ther. – 2004. – Vol. 17. – P. 16–25.

23. Cheong W. K. Gentle cleansing and moisturizing for patients with atopic dermatitis and sensitive skin / W.K. Cheong // Am J Clin Dermatol. – 2009. – Vol. 10. – P. 13–17.

24. Benefits of mild cleansing: synthetic surfactant based (syndet) bars for patients with atopic dermatitis / G. Solodkin, U. Chaudhari, K. Subramanyan [et al.] // Cutis. – 2006. – Vol. 77. – P. 317–324.

25. A randomized controlled trial of ion-exchange water softeners for the treatment of eczema in children / K.S. Thomas, T. Dean, C. O'Leary [et al.] // C PLoS Med. – 2011. -- Vol. 8. – P. 1000–1395.

26. Wet dressing therapy in conjunction with topical corticosteroids is effective for rapid control of severe pediatric atopic dermatitis: experience with 218 patients over 30 years at Mayo Clinic / T.S. Dabade, D.M. Davis, D.A. Wetter [et al.] // J Am Acad Dermatol. – 2012. – Vol. 67. – P. 100–106.

27. Devillers A.C. Efficacy and safety of 'wet-wrap' dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature / A.C. Devillers, A.P. Oranje // Br J Dermatol. – 2006. – Vol. 154. – P. 579–585.

МЕСТНАЯ УВЛАЖНЯЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ – ЗАЛОГ УСПЕШНОГО ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

И.А. Коленко

Высшее государственное учебное заведение
Украины «Украинская медицинская
стоматологическая академия»
(г. Полтава, Украина)

Резюме. В данной статье описываются подходы к ведению детей с атопическим дерматитом (АД) разной степени тяжести, а именно, возможности применения немедикаментозных средств (увлажняющих средств, ванн, влажного обертывания и др.). Атопический дерматит - это заболевание, сопровождающееся выраженным зудом, имеет хроническое течение и поражает до 25% детской популяции. Ксероз является одной из кардинальных клинических особенностей атопического дерматита и приводит к нарушению эпидермального барьера. В лечении ксероза и с целью предупреждения трансэпидермальной потери влаги, прежде всего, применяют топические увлажняющие средства, в состав которых входят различные смягчающие вещества и/или компоненты, усиливающие барьерную функцию кожи. Большинство из них содержат воду, которая обеспечивает лишь кратковременный увлажняющий эффект, однако другие компоненты обеспечивают основные преимущества того или иного препарата.

Эмоленты должны быть основой местного лечения при легких формах заболевания и занимать важное место в терапии болезни средней и тяжелой степени тяжести. Они также являются крайне

USING THE TOPICAL MOISTURIZING AGENT IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS IS THE CORNERSTONE OF THE SUCCESSFUL PREVENTIVE TREATMENT

I.O. Kolenko

Higher Education Institution of Ukraine
«Ukrainian Medical
Dental Academy»
(Poltava, Ukraine)

Summary. This article describes the management of pediatric atopic dermatitis (AD) of all severities and covers the use of nonpharmacologic approaches (eg, moisturizers, bathing practices, and wet wraps). Atopic dermatitis is a chronic, pruritic, inflammatory dermatitis that affects up to 25% of children. Xerosis is one of the cardinal clinical features of AD and results from a dysfunctional epidermal barrier. Topical moisturizers are used to combat xerosis and transepidermal water loss, with traditional agents containing different amounts of emollient, occlusive, and/or humectant ingredients. Although they often include water as well, this only delivers a transient effect, whereas the other components provide the main benefits.

Moisturizers can be the main primary treatment for mild disease and should be a part of the regimen for moderate and severe disease. They are also an important component of maintenance treatment and prevention of flares. Moisturizers are therefore a cornerstone of AD therapy and should be included in to the management plans especially in children.

There are a few systematic studies to define an optimal amount or frequency of application of moisturizers. It is generally thought that liberal and

необходимым компонентом в лечении и профилактике обострений. Поэтому следует помнить, что увлажняющие средства - это важная составляющая и неотъемлемое звено в терапии АД, особенно в детской популяции.

Даже сегодня не хватает систематических исследований, чтобы определить оптимальное количество и частоту применения увлажняющих средств. Принято считать, что эмоленты необходимо применять таким образом, чтобы явления ксероза были минимальными. Традиционные увлажняющие средства выпускаются в форме кремов, мазей, масел, гелей и лосьонов. Большинство современных мазей имеют большое преимущество, не содержат консервантов, которые при нанесении на поврежденную кожу могут вызвать жжение и быть слишком жирными для больных с АД. Лосьоны содержат большой процент воды, быстро испаряются, поэтому их не рекомендуется применять у пациентов с выраженным ксерозом.

Сравнительные испытания между конкретными увлажняющими средствами малочисленны, а опубликованные исследования до сих пор не продемонстрировали преимуществ одного эмолента перед другим. В нашей клинике также есть длительный опыт применения эмолентов у больных с АД, в том числе у детей раннего возраста. Чаще всего в своей практике мы используем Топикрем, Физиогель и Ойлатум. Для того, чтобы проанализировать эффективность каждого из них, мы выделили 24 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 2 лет с установленным диагнозом атопического дерматита, периода ремиссии и разделили их поровну на три группы. Период наблюдения составил 14 дней. Оценка эффективности проводилась с помощью индекса SCORAD, благодаря которому определяли не только объективные критерии, но и проводили субъективный анализ нарушения сна и выраженности зуда. В ходе проведенного исследования, точнее клинического наблюдения, которое относится к III уровню доказательности (C), нам удалось еще раз продемонстрировать высокую эффективность увлажняющих средств. Анализируя полученные результаты, прежде всего, хотим подчеркнуть хорошую клиническую эффективность всех трех эмолентов.

Таким образом, выбор увлажняющего средства - это исключительно индивидуальный выбор, ведь идеальное средство должен быть безопасным, эффективным, доступным, не содержать вредных добавок, ароматизаторов и других потенциально сенсibiliзирующих агентов.

Ключевые слова: атопический дерматит; дети; местное лечение.

frequent reapplication is necessary to reduce xerosis to minimal. Traditional moisturizers are formulated into a variety of delivery systems, including creams, ointments, oils, gels, and lotions. Although most ointments have the advantage of not containing preservatives, which may cause stinging when applied to inflamed skin, they may be too greasy for some patients with AD. Lotions have a higher water content that can evaporate and may be less ideal in those with significant xerosis.

Head-to-head trials between specific moisturizing products are few, and the published information has not demonstrated the preference of one emollient to others. Therefore, the choice of moisturizing agent highly depends on the individual preference. In our clinic we also have a long experience of using emollients in children with AD, including young children. Very often in our practice we use Topicrem, Physiogel and Oilatum. Analyzing efficiency of each, we have identified 24 children aged from 6 months to 2 years with a diagnosis of atopic dermatitis in remission and divided them into three equal groups. Observation period lasted 14 days. Evaluation of efficacy was performed using SCORAD index, determined not only objective criteria but also subjective marks sleep disorders and severity of itching. During the study, accurately clinical observation refers to the third level of evidence (C), we were able to demonstrate again the high efficiency of moisturizers. Analyzing the results, first of all, we want to emphasize the good clinical efficacy of all three emollients.

To conclude, the choice of moisturizers demands an individual approach. The ideal agent should be safe, effective, inexpensive, and free of additives, fragrances, perfumes, and other potentially sensitizing agents.

Keywords: atopic dermatitis; children; topical treatment