

Повышение эффективности лечения детей с атопическим дерматитом в результате использования комплекса эмолиентов

А.В. Камаев¹, О.В. Трусова¹, У.А. Бутырина², И.В. Макарова¹

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²Детское поликлиническое отделение №60 Городской поликлиники №91, Санкт-Петербург, Россия

Improvement of therapy efficacy in children with atopic dermatitis due to emollient complex

A.V. Kamaev¹, O.V. Trusova¹, U.A. Butyrina², I.V. Makarova¹

¹Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia;

²Pediatric outpatient department №60 of City outpatient clinic №91, Saint Petersburg, Russia

Активные исследования атопического дерматита выявляют новые звенья патогенеза и подтверждают необходимость комплексного подхода к лечению, включающего различные формы выпуска увлажняющих препаратов (крем и средство для купания).

Цель исследования: показать эффективность комбинации увлажняющего крема и средства для купания отечественного производства (марка «Липобейз baby») в комплексном лечении детей раннего возраста с атопическим дерматитом.

Пациенты и методы. В открытое проспективное несравнительное исследование продолжительностью 30 дней включены 30 детей (60% мальчики) в возрасте от 6 до 36 мес со среднетяжелым/легким атопическим дерматитом. На каждом визите (дважды через 2 нед) врач рассчитывал индекс SCORAD и собирал дневники ежедневного учета выраженности зуда кожи и нарушений сна, использования препаратов и нежелательных явлений. Дополнительно оценивали общее впечатление врача от проведенного лечения (индекс GETE).

Результаты. Средний комплаенс пациентов по использованию увлажняющих препаратов составил 89,2% дней. Средние значения индекса SCORAD снижались по визитам: $23,5 \pm 7,3$, $18,7 \pm 4,9$ и $14,6 \pm 3,1$ балла. Через 2 нед применения увлажняющие средства значительно снижали выраженность зуда (с 6,4 до 3,6 балла) и связанные с ним нарушения сна ребенка (с 2,6 до 1,2 балла). Выявлена прямая умеренная связь ($r=0,64$; $p=0,012$) между числом дней без зуда кожи или нарушений сна и комплаенсом использования увлажняющей косметики. Связанных с препаратами нежелательных явлений не зарегистрировано.

Заключение. Включение в комплексную терапию атопического дерматита увлажняющего крема и средства для купания отечественного производства (марка «Липобейз baby») повышает эффективность лечения.

Ключевые слова: дети, атопический дерматит, эмолиенты, эффективность лечения.

Для цитирования: Камаев А.В., Трусова О.В., Бутырина У.А., Макарова И.В. Повышение эффективности лечения детей с атопическим дерматитом в результате использования комплекса эмолиентов. Рос вестн перинатол и педиатр 2019; 64:(3): 109–117. DOI: 10.21508/1027–4065–2019–64–3–109–117

Active studies of atopic dermatitis (AtD) have revealed new disease pathways and confirmed the complex treatment approach need, including different forms of emollients (creams and bath treatments).

Study aim: to show effectiveness of locally produced moisturizing cream and bathing oil combination (Lipobase baby trademark) in the complex treatment of babies and toddlers with AtD.

Patients and methods. Thirty children (60% boys) aged from 6 to 36 months with mild/moderate AtD were included in open prospective non-comparative study 30 days long. Initial and after each 2 weeks SCORAD and dairies for 10 points skin itch and sleep disturbance scores, moisturizers consumption and adverse events were evaluated. Global evaluation of treatment effectiveness score were performed by patient's doctor.

Results. Medium compliance for moisturizers consumption was 89.2% days. Medium SCORAD results decreased from visit 1 to 3: from 23.5 ± 7.3 points to 18.7 ± 4.9 points and to 14.6 ± 3.1 points. After 2 weeks complex therapy including investigated moisturizers, medium day skin itch score was reduced from 6.4 to 3.6 points, also as sleep disturbance score from 2.6 to 1.2 points. Direct moderate correlation ($r=0.64$, $p=0.012$) was revealed between number of days without skin itch or sleep disturbance and compliance to moisturizers consumption. No any adverse event caused by investigated products was registered.

Conclusion. Inclusion of locally produced moisturizing cream and bathing oil (Lipobase baby trademark) in the complex AtD therapy improve the treatment efficacy.

Key words: children, atopic dermatitis, emollients, treatment efficacy.

For citation: Kamaev A.V., Trusova O.V., Butyrina U.A., Makarova I.V. Improvement of therapy efficacy in children with atopic dermatitis due to emollient complex. Ros Vestn Perinatol i Pediatr 2019; 64:(3): 109–117 (in Russ). DOI: 10.21508/1027–4065–2019–64–3–109–117

Проблема ведения пациентов с атопическим дерматитом привлекает внимание не только дерматологов и аллергологов-иммунологов, но и педиатров широкого профиля, а также врачей других специальностей. Как в отечественных, так и в более крупных международных эпидемиологических исследованиях

на протяжении ближайших десятилетий отмечается рост распространенности этой нозологии, особенно среди детей первого года жизни [1–3]. Такая распространенность прямо определяет актуальность представления информации об алгоритмах диагностики и ведения педиатрических пациентов с атопическим

дерматитом не только дерматологам или аллергологам-иммунологам, но и в первую очередь педиатрам широкого профиля.

Известные попытки первичной профилактики болезней атопического круга пока представляются безуспешными в глобальном плане. Растет распространенность не только атопического дерматита, но и аллергического ринита, и бронхиальной астмы у детей [4, 5]. Для аллерголога-иммунолога атопический дерматит в раннем возрасте может служить маркером повышенного риска формирования аллергического ринита и бронхиальной астмы у ребенка в будущем. Один из наиболее эффективных методов первичной профилактики дерматита и вторичной профилактики последующего движения ребенка по «атопическому маршу» в сторону респираторной аллергии — использование средств лечебной косметики [6].

Актуальная концепция патогенеза атопического дерматита в настоящее время предполагает равные и взаимодополняющие роли трех ключевых компонентов: пищевой сенсibilизации, межклеточных контактов эпидермиса (в частности, состоятельности филлагрина) и хронического иммунного воспаления кожи [7, 8]. Исходя из этого все современные руководства подчеркивают необходимость мотивации родителей на регулярное долгосрочное применение комплекса средств ухода за кожей — лечебной косметики наряду с активным использованием противовоспалительных средств (топических глюкокортикостероидов и топических ингибиторов кальциневрина). Такие средства лечебной косметики широко представлены различными производителями в аптечной сети; нередко выбор конкретной марки представляет затруднение не только для родителей пациента, но и для постоянно наблюдающего ребенка педиатра широкого профиля. Результаты исследований, проведенных с участием российских пациентов, могут служить одним из аргументов в пользу выбора лечебной косметики определенного производителя.

© Коллектив авторов, 2019

Адрес для корреспонденции: Камаев Андрей Вячеславович — к.м.н., доц. кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, ORCID: 0000-0001-9654-3429
andykkam@mail.ru

Трусова Ольга Валерьевна — к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. М.В. Чернуцкого Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Макарова Ирина Вадимовна — к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. М.В. Чернуцкого Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, гл. внештатный детский аллерголог-иммунолог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

197022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8.

Бутырина Ульяна Андреевна — врач-педиатр Детского поликлинического отделения №60 Городской поликлиники №91

198329 Санкт-Петербург, просп. Ветеранов, д. 143, корп. 2.

В отечественной педиатрической практике ранее широко была распространена рекомендация по ограничению в купании детей с атопическим дерматитом [9]; современные руководства и изменившиеся подходы к использованию нелекарственных средств ухода за кожей отвергают это положение [7, 10]. При условии использования прохладных (36–37) непродолжительных (до 10 мин) ванн с применением бесщелочных очищающих средств можно не только достичь дополнительной гидратации кожи ребенка, но и обеспечить лучший доступ лечебных и питательных средств для улучшения функций эпидермиса [11].

Настоящее исследование предпринято в условиях клинической практики для оценки эффективности комплекса средств ухода за кожей отечественного производства: увлажняющего и восстанавливающего крема и масла для купания «Липобейз baby» в ведении пациентов раннего возраста с атопическим дерматитом. По данным, представленным производителем, «Липобейз baby», крем для тела содержит физиологические натуральные масла (макадами, оливковое, кокосовое, зародышей пшеницы) и обеспечивает кожу комплексом липидов, необходимых для восстановления и поддержания кожного барьера, питает и смягчает кожу, делает ее эластичной и гладкой. Другие компоненты крема оказывают увлажняющее (хлопковое молочко), регенерирующее (пантенол) и антиоксидантное (экстракт розмарина и витамин Е) действия. Входящий в состав экстракт розмарина нормализует баланс микробиома кожи. Крем не содержит парабенов, минеральных масел, вазелина. В составе средства «Липобейз baby» масла для купания — масла макадами, оливковое, миндальное и зародышей пшеницы. Эти компоненты бережно очищают кожу, восстанавливая и поддерживая ее барьерную функцию. Масло поддерживает баланс микробиома кожи благодаря экстракту розмарина и дает антиоксидантный эффект благодаря витамину Е.

Кроме того, представленная работа оценивает безопасность применения обсуждаемой гаммы косметических средств и удовлетворенность родителей использованием «Липобейз baby» в комплексном лечении атопического дерматита.

Характеристика детей и методы исследования

Исследование проведено на базе трех аллергологических кабинетов поликлинической сети г. Санкт-Петербурга: детского поликлинического отделения №41 городской поликлиники №44, детского поликлинического отделения №16 городской поликлиники №114, а также городского аллергокабинета детской городской поликлиники №44.

Дизайн протокола — открытое несравнительное проспективное исследование. В работу включены данные 30 пациентов, наблюдавшихся по поводу

атопического дерматита в указанных поликлинических центрах. Продолжительность исследования – 30 дней, на протяжении которых каждый из включенных пациентов осуществил 3 визита с интервалом 14 дней (допускались отклонения от запланированной даты визита не более 2 дней). Препараты «Липобейз baby крем» и «Липобейз baby масло» для купания для пациентов на все время участия в исследовании предоставлены производителем – ООО «Фармтек». Частота визитов выбрана для оценки комплаенса в отношении использования средств лечебной косметики, а также для регистрации возможных нежелательных явлений. Применение увлажняющих препаратов осуществлялось согласно рекомендациям производителя: крема не реже чем 2 раза в день ежедневно, а масла для купания – через день для купания в большой ванне или ежедневно при использовании душа.

Для обеспечения соответствия клинической практике при отборе пациентов для участия в протоколе использован минимум критериев включения и невключения. К критериям включения относились: – возраст от 6 до 35 мес; – установленный не менее 1 мес перед включением диагноз атопического дерматита в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями [7]; – индекс SCORAD от 15 до 60 баллов.

Среди критериев невключения: нежелание сотрудничества в рамках протокола (частота визитов, заполнение дневника) у родителей пациента; известные анамнестические реакции на применение компонентов гаммы «Липобейз»; пиодермия или тяжелое, непрерывно-рецидивирующее течение, установленное при осмотре в день визита включения.

В качестве объективного инструмента оценки динамики патологического процесса при атопическом дерматите использовали индекс SCORAD, расчет которого проводили при включении в исследование и затем на каждом визите пациента в центр [12]. Кроме того, на визитах 2 и 3 наблюдающий врач аллерголог-иммунолог осуществлял общую оценку эффективности терапии (GETE index) в градациях оценки от «ухудшения», «состояния без перемен», до «улучшения» либо «выраженного улучшения» состояния пациента. К «улучшению» относили сохранение сухости кожи и высыпания при уменьшении их интенсивности и площади; к «выраженному улучшению» – отсутствие жалоб и объективных находок при осмотре.

Кроме индексов SCORAD и GETE, учитывали данные ежедневной субъективной оценки зуда кожи и нарушения сна из-за зуда кожи, отмечавшиеся родителями ежедневно в дневнике пациента. Для объективизации динамики у каждого пациента по данным показателям рассчитывали среднее значение на 1–4-й неделях, а затем полученные данные компоновали по всем включенным пациентам.

Зуд кожных покровов оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 баллов: 0 баллов – отсутствие зуда, от 3 до 5 баллов – слабый зуд, от 6 до 8 баллов – умеренный зуд, от 9 до 10 баллов – тяжелый зуд. Нарушение сна также оценивали по ВАШ от 0 до 10 баллов, где 0 – отсутствует, 10 – сильно выражено. Отдельно учитывали число дней, в которые симптомы атопического дерматита нарастали (субъективное ухудшение), и число дней, когда пациентам потребовалось внепланово использовать противовоспалительный препарат (топические глюкокортикостероиды/топические ингибиторы кальциневрина, в зависимости от тяжести обострения). По данным дневников самонаблюдения, а также по результатам сбора анамнеза на визитах 2 и 3 определяли характер, частоту нежелательных явлений и их возможную связь с применением средств лечебной косметики.

Полученные результаты обрабатывали с использованием пакета StatisticaforWindows 10.0 («Statsoft Inc», США). Данные представлены в виде среднего (M) и его стандартной ошибки ($\pm\sigma$), в некоторых случаях – в виде медианы (Me) с указанием первого и третьего квартилей [Q_{25} ; Q_{75}]. Для оценки различий результатов выборок, учитывая вероятность отклонений от нормальности распределения, использовали непараметрический U -критерий Манна–Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. При расчете корреляций в связи с оценкой связи между количественными и ранговыми показателями, а также небольшим объемом выборки использовали коэффициент Спирмена.

Результаты

В исследование включены 30 пациентов, в том числе 18 (60%)* мальчиков. Медиана возраста в выборке составила 13,6 мес, первый и третий квартили ($[Q_{25}; Q_{75}]$) – [7,2; 19,5] мес соответственно. Давность регистрации диагноза атопического дерматита преимущественно превышала 10 мес: медиана 10,6 [5,8; 15,4] мес.

Подгруппа легкого течения атопического дерматита состояла из 19 (63,3%) детей, подгруппа средне-тяжелого течения – из 11 (36,7%). Для купирования обострений основным противовоспалительным средством были топические глюкокортикостероиды у 8 (26,7%) пациентов, топические ингибиторы кальциневрина – у 15 (50%), у 7 (23,3%) детей обострения купировали без использования противовоспалительных средств (пероральные антигистаминные средства, препараты цинка, увеличение объема эмолиентов).

Четкая связь обострений с употреблением определенного пищевого продукта прослеживалась у 22

* Здесь и далее процент вычислен условно, так как число детей меньше 100.

(73,3%) детей, у остальных причинами обострений были нарушения работы желудочно-кишечного тракта (как задержка, так и учащение/разжижение стула) – у 5 (16,7%) детей и ОРВИ – у 3 (10%). Среди пациентов с анамнестически очерченной пищевой сенсibilизацией ведущим аллергеном было коровье молоко (у 21 ребенка, или 95,4%), пшеница (у 10 детей, или 45,4%), белок куриного яйца (у 9 детей, или 40,9%) и овсяная крупа (у 7 детей, или 31,8%).

На визите 1 зарегистрировано обострение atopического дерматита у 18 (60%) больных, в том числе в подгруппе пациентов со среднетяжелым течением – у 7 (38,9%) и в подгруппе пациентов с легким течением заболевания – у 11 (61,1%). Всем детям, наряду с выдачей препаратов гаммы «Липобейз» назначены топические глюкокортикостероиды или топические ингибиторы кальциневрина в соответствии с общепринятой клинической практикой в зависимости от объема и выраженности зарегистрированных обострений на сроки от 5 до 10 дней. Из 30 детей 12 (40%) были включены в протокол в состоянии ремиссии, им выдавались письменные рекомендации по сочетанному применению средств лечебной косметики («Липобейз baby крем» и «Липобейз baby масло» для купания) и противовоспалительного средства (топические глюкокортикостероиды/топические ингибиторы кальциневрина) с первого дня обострения, в случае его развития вне сроков визита по протоколу.

Все пациенты, включенные в исследование, осуществили оба визита последующего наблюдения в запланированные протоколом сроки; анализируемая выборка для каждого из визитов составляет 30 пациентов.

К визиту 2 число пациентов, у которых зарегистрировано обострение atopического дерматита, уменьшилось до 7 (23,3%), в их числе: 5 (71,4%) из 19 детей со среднетяжелым течением и 2 (28,6%) из 11 – с легким течением болезни. К визиту 3 в состоянии обострения дерматита находились только 3 ребенка со среднетяжелым течением заболевания, у 2 из них это обострение было спровоцировано погрешностью в элиминационной диете в предшествующую визиту неделю – контактом с известным пищевым аллергеном.

Комплаенс в отношении использования препаратов (число дней применения «Липобейз baby крема» 2 раза и более, по данным дневников самонаблюдения) составил 100% у 25 (83,3%) детей к визиту 2; у остальных 5 детей он колебался от 85,8 до 92,9%. К визиту 3 доля пациентов, полностью выполнивших назначения врача, составила 80% (24 ребенка); еще 5 детей пропустили от одного до двух дней (комплаенс более 80%), один пациент пропустил 5 дней использования в связи с поездкой к бабушке (препарат забыли дома), однако это не привело к обострению atopического дерматита. Расход препаратов составил по одной упаковке каждого из средств в течение 12–16 дней, на всю продолжительность исследования – по две упаковки «Липобейз baby крема» и масла для купания на каждого пациента.

Исходно средний по группе индекс SCORAD составил $23,5 \pm 7,3$ балла. В дальнейшем, к визиту 2 и особенно к визиту 3, средние значения индекса SCORAD неуклонно снижались (рис. 1). При сопоставлении результатов визита 1 и визита 3 оказалось, что снижение индекса SCORAD достигло статистической значимости ($p=0,041$). Это прямо связано с уменьшением числа пациентов в состоянии обострения дерматита.

Данные по разделению пациентов на подгруппы легкого и среднетяжелого течения atopического дерматита, а также по числу пациентов в состоянии обострения на каждый из визитов исследования и средним значениям индекса SCORAD ($\pm\sigma$) по более мелким подгруппам представлены в сводной табл. 1.

Как по суммарному индексу SCORAD, так и по отдельным субъективным показателям наиболее значимым для качества жизни ребенка с atopическим дерматитом и членов его семьи – зуду кожи и нарушению сна – наблюдалась отчетливая положительная динамика. Поскольку в отличие от характера и площади поражения кожи оба эти показателя всегда оцениваются родителями, в рамках настоящего исследования мы включили эти показатели в дневник самонаблюдения для ежедневной оценки. На рис. 2 представлены средние значения обоих показателей с недельными интервалами; статистически значимое снижение на фоне применения средств лечебной косметики «Липобейз baby крем»

Таблица 1. Распределение пациентов по степени тяжести atopического дерматита, фазам обострения и ремиссии по визитам, а также значения индекса SCORAD в подгруппах

Table 1. Atopic dermatitis severity, exacerbation or remission phase distribution by visits and SCORAD results in subgroups

Течение atopического дерматита	Фаза atopического дерматита	Визит 1		Визит 2		Визит 3	
		n	SCORAD, баллы	n	SCORAD, баллы	n	SCORAD, баллы
Легкое (n=19)	Обострение	11	22,6±3,1	2	23,2±1,8	0	–
	Ремиссия	8	14,1±1,7	17	13,5±2,9	19	9,8±1,4
Среднетяжелое (n=11)	Обострение	7	37,7±5,6	5	35,9±3,7	3	40,6±5,9
	Ремиссия	4	19,8±4,2	6	17,4±2,1	8	16,3±2,3

и «Липобейз baby масло» для купания наблюдалось уже после 2 нед использования препаратов.

Число дней, в которые пациенты не испытывали зуд кожи и/или нарушения сна, также значительно увеличивалось на протяжении регулярного применения средств лечебной косметики; лучших результатов здесь ожидаемо достигла подгруппа пациентов с легким течением заболевания, включенных в исследование вне стадии обострения. Более подробно данные представлены в табл. 2.

При расчете корреляции показателей «количество дней без зуда кожи либо нарушения сна»

и комплайенса в отношении лечебной косметики по 3 рангам: полный, удовлетворительный (>80%) и неудовлетворительный (≤80%) для всей выборки в целом получена умеренная прямая связь ($r=0,64$; $p=0,012$). Максимальной выраженности корреляция выявлена между показателями «использование масла для купания» (3 ранга: «ежедневное», «по рекомендациям (через день)» и «реже чем рекомендовано») и балльной оценкой зуда кожи – сильная обратная связь ($r=-0,82$; $p=0,0001$). Более подробно различные корреляции, выявленные в ходе настоящего исследования, представлены в табл. 3.

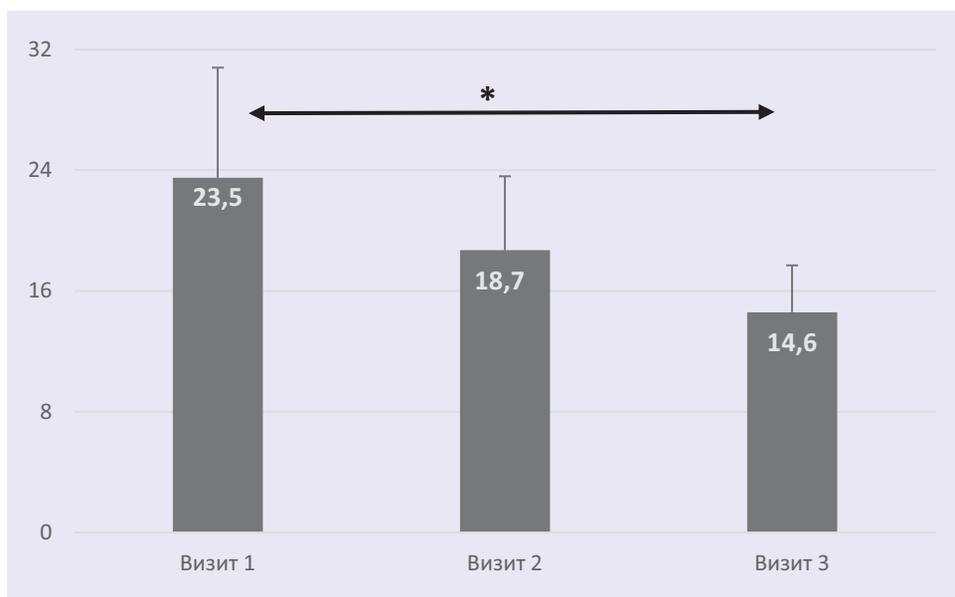


Рис. 1. Динамика средних значений индекса SCORAD ($\pm\sigma$) по визитам, баллы. * – $p=0,041$.

Fig. 1. Mean ($\pm\sigma$) SCORAD readings change by visits, points. * – $p=0,041$.

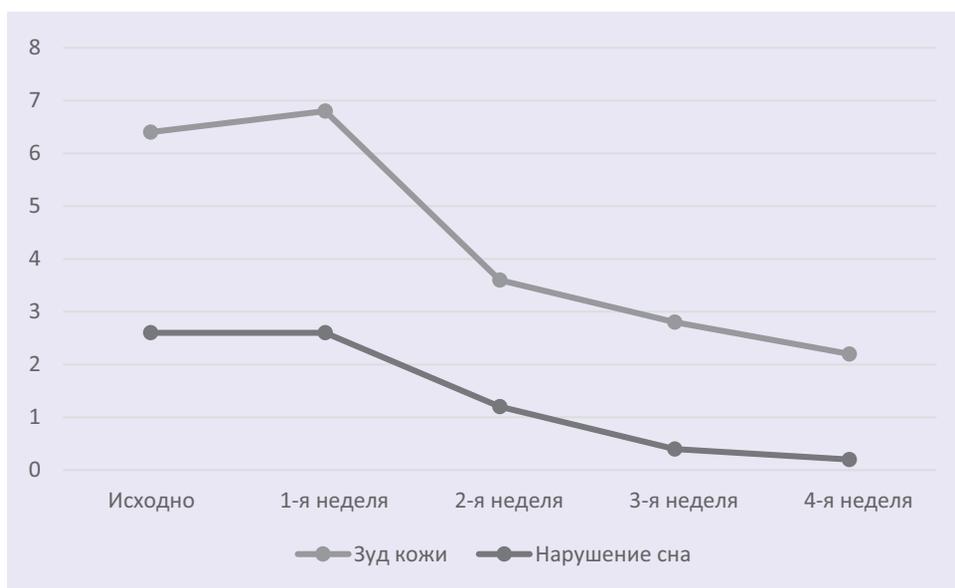


Рис. 2. Уменьшение средней балльной оценки выраженности зуда кожи и нарушений сна у пациентов по неделям наблюдения.

Fig. 2. Mean itch intensity and sleep disturbance score decrease by weeks of observation.

Таблица 2. Среднее число дней ($\pm\sigma$) без зуда кожи и нарушений сна в подгруппах по неделям лечения
Table 2. Mean ($\pm\sigma$) number of days without skin itch and sleep disturbance by weeks of treatment

Течение атопического дерматита	Фаза заболевания	Неделя			
		1-я	2-я	3-я	4-я
Легкое	Обострение	2,1 \pm 0,9	3,5 \pm 1,1	4,7 \pm 0,6	5,4 \pm 1,2
	Ремиссия	5,4 \pm 1,3	6,1 \pm 0,9	6,3 \pm 1,5	6,7 \pm 0,5
Среднетяжелое	Обострение	0,8 \pm 0,7	1,7 \pm 0,6	3,6 \pm 0,8	3,8 \pm 0,4
	Ремиссия	4,3 \pm 1,1	4,5 \pm 1,2	5,1 \pm 0,7	5,2 \pm 1,2

Таблица 3. Корреляционный анализ использования препаратов лечебной косметики гаммы «Липобейз baby» и интенсивности зуда и нарушений сна у детей

Table 3. Correlation analysis of emollient utilization compliance and skin itch or sleep disturbance intensity

Параметр	Комплайенс		
	по крему	по маслу для купания	общий по препаратам
Выраженность зуда	$r=-0,54$ ($p=0,06$)	$r=-0,82$ ($p=0,0001$)	$r=-0,59$ ($p=0,04$)
Нарушения сна	$r=-0,37$ ($p=0,18$)	$r=-0,12$ ($p=0,8$)	$r=-0,26$ ($p=0,03$)
Число дней без зуда кожи или нарушений сна	$r=0,62$ ($p=0,026$)	$r=0,41$ ($p=0,052$)	$r=0,64$ ($p=0,012$)

Как видно из данных, представленных в табл. 3, применение препаратов для восполнения липидов эпидермиса, восстановления барьерной функции кожи и ее дополнительного увлажнения уменьшает выраженность зуда кожи, нарушения сна у детей с атопическим дерматитом и повышает степень контроля заболевания в целом. Наблюдающие врачи отмечали только «улучшение» (8 пациентов, или 26,7%) либо «выраженное улучшение» (22 пациента, или 73,3%) в состоянии включенных пациентов. Даже у пациентов, у которых произошло обострение к моменту визита 3 (3 человека из группы среднетяжелого дерматита), общее впечатление от курса лечения в течение 30 дней расценено как «улучшение».

Не отмечено нежелательных реакций, связанных с использованием увлажняющего крема или масла для купания «Липобейз baby», на протяжении 30 дней участия в протоколе.

Обсуждение

Потребность в регулярном, долгосрочном использовании средств лечебной косметики пациентами с атопическим дерматитом как один из ключевых компонентов достижения контроля и удержания ремиссии в настоящее время не вызывает сомнения у практикующих дерматологов и аллергологов [13, 14]. В то же время для пациентов и их родителей особенно важно мнение постоянно наблюдающего педиатра широкого профиля, а не только врачей-консультантов. Вот почему для сохранения приемлемого уровня комплаенса необходимо знакомить широкую педиатрическую аудиторию с новыми исследованиями по оценке эффективности использования лечебной косметики у детей с атопическим дерматитом. Настоящую работу отличает применение

доступной гаммы средств отечественного производства в целях лечебного ухода за атопичной кожей, что может быть дополнительным мотивирующим фактором для отдельных пациентов при выборе лечебного комплекса [10, 15]. Для пациентов с легким/среднетяжелым течением атопического дерматита в дошкольном возрасте расход увлажняющего крема в количестве 1 упаковки за 2 нед может быть признан минимально достаточным; у некоторых более крупных детей или при более выраженных проявлениях можно рекомендовать и более интенсивное использование, до 1 упаковки в неделю [7, 15].

Представляется интересным, что независимо от ключевого триггера обострений даже у пациентов без пищевой сенсibilизации была показана эффективность комплекса увлажняющих препаратов «Липобейз baby» (крем и масло для купания). Понимание наличия разных фенотипов и клинко-патогенетических вариантов атопического дерматита активно обсуждается в актуальной медицинской периодике, однако подчеркивается, что базовый уход за кожей необходим всем пациентам, независимо от ведущего патогенетического звена атопического дерматита [16, 17].

В представленной работе показано повышение эффективности терапии атопического дерматита при использовании комплекса средств увлажнения кожи. Важно, что у отдельных пациентов применение этого комплекса начато в фазу обострения заболевания. Вопрос о сроках назначения лечебной косметики и возможности ее сочетания с фармакологическими противовоспалительными лекарственными препаратами нередко встает перед практикующими врачами. Дополнительное подтверждение безопасности и эффективности раннего назначения увлажняющих средств отвечает требованиям современных

клинических рекомендаций [7, 8] и будет способствовать внедрению такого подхода в широкую клиническую практику.

Наши данные по положительной динамике ключевого объективного показателя контроля за течением атопического дерматита — индекса SCORAD — сопоставимы с результатами других работ [10, 14, 15] и подтверждают возможность рекомендации линейки «Липобейз baby крем» и «Липобейз baby масло» для купания для эффективного ведения детей с атопическим дерматитом как на этапе обострения, так и ремиссии основного заболевания. Показатели зуда и нарушения сна выбраны как в наибольшей степени ухудшающие качество жизни компоненты патогенеза атопического дерматита у пациентов первых 3 лет жизни. Кроме того, показано, что неукротимый зуд, особенно, ведущий к нарушению сна, существенно влияет на психомоторное развитие детей [9, 11]. Купирование и долгосрочный контроль этого показателя меняют течение атопического дерматита и восприятие этого заболевания пациентом и родителями.

Гамма «Липобейз baby» эффективна для контроля обоих субъективных показателей течения дерматита.

В целом средства лечебной косметики «Липобейз baby крем» и масло для купания показали высокую эффективность в достижении и удержании ремиссии у детей раннего возраста (0,5–3 лет жизни) с атопическим дерматитом легкого и среднетяжелого течения при начале терапии как в фазу обострения, так и ремиссии заболевания. Показана высокая удовлетворенность наблюдающих врачей и родителей пациентов проводимым лечением. Не зарегистрировано случаев нежелательных явлений либо непереносимости, связанных с использованием гаммы «Липобейз baby». Полученные в настоящем протоколе результаты в отношении скорости достижения ремиссии у больных атопическим дерматитом, динамики индекса SCORAD и показатели удовлетворенности пациентов и наблюдающих врачей сопоставимы с результатами апробаций немецких и французских косметических средств, ранее проводившихся авторами [18, 19].

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Смирнова Г.И. Актуальный атопический дерматит: проблемы и перспективы. Российский аллергологический журнал 2017; 14: 4–5: 30–39. [Smirnova G.I. Actual atopic dermatitis: problems and perspectives. Rossiiskii allergologicheskii zhurnal 2017; 14: 4–5: 30–39. (in Russ)]
2. Mortz C.G., Andersen K.E., Dellgren C., Barington T., Bindeslev-Jensen C. Atopic dermatitis from adolescence to adulthood in the TOACS cohort: prevalence, persistence and comorbidities. Allergy 2015; 70(7): 836–845. DOI: 10.1111/all.12619
3. Al-naqeeb J., Danner S., Fagnan L.J., Ramsey K., Michaels L.A., Mitchell J. et al. The Burden of Childhood Atopic Dermatitis in the Primary Care Setting: A Report from the Meta-LARC Consortium. J Am Board Fam Med 2019; 32(2): 191–200. DOI: 10.3122/jabfm.2019.02.180225
4. Mallol J., Crane J., von Mutius E., Odhiambo J., Keil U., Stewart A.; ISAAC Phase Three Study Group. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: a global synthesis. Allergol Immunopathol (Madr) 2013; 41(2): 73–85. DOI: 10.1016/j.aller.2012.03.001
5. Батожаргалова Б.Ц., Мизерницкий Ю.Л., Подольная М.А. Метаанализ распространенности астмоподобных симптомов и бронхиальной астмы в России (по результатам программы ISAAC). Российский вестник перинатологии и педиатрии 2016; 61(4): 59–69. [Batozhargalova B.C., Mizernickij Yu.L., Podol'naja M.A. Metanalysis of the prevalence of asthma-like symptoms and bronchial asthma in Russia (ISAAC program results). Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Peditrii (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics) 2016; 61(4): 59–69. (in Russ)]. DOI: 10.21508/1027-4065-2016-61-4-59-69
6. Simpson E.L., Chalmers J.R., Hanifin J.M., Thomas K.S., Cork M.J., McLean W.H. et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. J Allergy Clin Immunol 2014; 134: 818–823. DOI: 10.1016/j.jaci.2014.08.005
7. Атопический дерматит у детей. Федеральные клинические рекомендации. М., 2016; 60. [Atopic dermatitis in children. Federal clinical recommendations. Moscow, 2016; 60. (in Russ)]
8. Werfel T., Heratizadeh A., Aberer W., Ahrens F., Augustin M., Biedermann T. et al. S2k guideline on diagnosis and treatment of atopic dermatitis – short version. Allergo J Int 2016; 25: 82–95. DOI: 10.1007/s40629-016-0110-8
9. Скрипкин Ю. К., Зверькова Ф.А., Шаранова Г.Я., Студницын А.А. Руководство по детской дерматовенерологии. Ленинград: Медицина, 1983; 477. [Scripkin Yu. K., Zver'kova F.A., Sharapova G.Ja., Studnicyn A.A. Pediatric dermatovenerology guideline. Lenigrad: Meditsina, 1983; 477. (in Russ)]
10. Зайцева С.В., Застрожина А.К., Муртазаева О.А. Наружная терапия атопического дерматита у детей. Медицинский совет 2017; 19: 149–152. [Zajceva S.V., Zastrozhina A.K., Murtazaeva O.A. Topical therapy of atopic dermatitis in children. Medicinskii sovet 2017; 19: 149–152. (in Russ)]
11. Смирнова Г.И. Атопический дерматит у детей: новое в патогенезе, диагностике и лечении. Лечащий врач 2017; 4: 12–18. [Smirnova G.I. Atopic dermatitis in children: news in pathogenesis, diagnostics and treatment. Lechashchii vrach 2017; 4: 12–18. (in Russ)]
12. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatol 1993; 186(1): 23–31.
13. Weidinger S., Novak N. Atopic dermatitis. Lancet 2016; 387:1109.
14. Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Елисеева Т.И. Нарушение кожного барьера и продукты лечебной косметики для ухода за кожей при атопическом дерматите у детей. Фарматека 2018; S1: 64–71. [Balabolkin I.I., Bulgakova V.A., Eliseeva T.I. Skin barrier impairment and medical cosmetic skin care products for atopic dermatitis in children. Pharmateca 2018; S1: 64–71. (in Russ)]
15. Камаев А.В., Трусова О.В., Ляшенко Н.Л., Макарова И.В. Эмолиенты в терапии атопического дерматита у детей: анализ клинической и фармакоэкономической эффективности. Российский аллергологический журнал 2017; 14(4–5): 98–107. [Kamaev A.V., Trusova O.V., Ljashenko N.L., Makarova I.V. Emollients in atopic dermatitis treatment in children: analysis of clinical and pharmacoeco-

- nomical efficacy. Rossiiskii allergologicheskii zhurnal 2017; 14(4–5): 98–107. (in Russ)]
16. Cabanillas B., Brehler A.C., Novak N. Atopic dermatitis phenotypes and the need for personalized medicine. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2017; 17: 309–315. DOI: 10.1097/ACI.0000000000000376
 17. Roduit C., Frei R., Depner M., Karvonen A.M., Renz H., Braun-Fahrlander C. et al. Phenotypes of Atopic Dermatitis Depending on the Timing of Onset and Progression in Childhood. JAMA Pediatr 2017; 171(7): 655–662. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.0556
 18. Макарова И.В. Уход за кожей больных атопическим дерматитом. Аллергология 2005; 1: 47–52. [Makarova I.V. Skin care for atopic dermatitis patients. Allergologiya 2005; 1: 47–52. (in Russ)]
 19. Макарова И.В. Комплексный подход к наружной терапии детей с атопическим дерматитом с использованием средств ухода за кожей серии Бальнеум. Вопросы практической педиатрии 2007; 2(6): 60–64. [Makarova I.V. Complex approach to the topic therapy in children with atopic dermatitis: Balneum skin care products usage. Voprosy prakticheskoi pediatrii 2007; 2(6): 60–64. (in Russ)]

Поступила: 03.04.19

Received on: 2019.04.03

Конфликт интересов:

Препараты лечебной косметики для использования в настоящем протоколе предоставлены производителем ООО «Фармтек». В статистической обработке, интерпретации результатов и подготовке настоящей публикации представители компании-производителя участия не принимали.

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

Products of medical cosmetics for use in this Protocol are provided by the Pharmatek Company LLC. Representatives of the Company did not participate in the statistical processing, interpretation of the results and preparation of this publication.

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.

Благодарность:

Авторы выражают благодарность врачам-аллергологам Беляевой Галине Владимировне, Жиглинской Ольге Владимировне, Медведевой Елене Александровне, Ляшенко Наталье Леонидовне и Осолодкиной Анне Анатольевне за помощь в сборе фактического материала для данного исследования.