

УДК 616.5-002.2:615.03

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМОЛЬЯНТА URIAGE “XEMOSE CERAT”
В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

А.М. Балтабаев

Приводится клинический опыт применения эмолянта Uriage “Xemose Cerat” в комплексном лечении различных форм атопического дерматита совместно с наружной кортикостероидной терапией, а также как средства дерматокосметологического ухода при повышенной сухости кожи в период ремиссии.

Ключевые слова: атопический дерматит; сухость кожи; эмолянты.

**CLINICAL EXPERIENCE WITH EMOLLIENT URIAGE "XEMOSE CERAT"
IN THE TOPICAL TREATMENT OF DIFFERENT FORMS OF ATOPIC DERMATITIS**

A.M. Baltabaev

This article describes clinical experience with emollient Uriage-Xemose Cerat in the treatment of different forms of atopic dermatitis in combination with topical corticosteroid crèmes, as well as dermatocosmetological care for extremely xerosis in remission period.

Keywords: atopic dermatitis; xerosis; emollients.

Атопический дерматит – хроническое рецидивирующее кожное заболевание с генетической детерминантой, сопровождающееся интенсивным зудом, преобладанием тонуса симпатической нервной системы и папулосквамозными высыпаниями с явлениями лихенификации. Под термином “атопия” понимается наследственно обусловленное повышение чувствительности организма к факторам окружающей среды, сопровождающееся повышением реактивных антител класса IgE [1].

Заболеваемость АтД достигает 15,0 и более случаев на 1000 населения. В Швеции исследование, проведенное среди учащихся школ, выявило распространение заболевания в 1979 г. – 7 %, а в 1991 г. – 18 %, что указывает на рост заболеваемости. В работах Roysa L. et al. показан прирост заболеваемости атопическим дерматитом с 4,3 % в 1980 г., до 9,7 % – в 1990 г. Высокие показатели отмечены Varjonen E. et. al. в урбанизированных районах в сравнении с сельской местностью. Многие исследователи признают влияние в качестве предрасполагающих факторов в распространении заболевания и провокации обострений таких факторов, как домашняя пыль, пищевые и ингаляционные аллергены, снижение периода грудного вскармливания и повышенное употребление мыляющих агентов. В 1969 г. идентифицирован клещ,

обитающий в домашней пыли – *Dermathagoides pteronyssinus*, выступающий в качестве аллергена у пациентов с АтД, также отмечено клиническое выздоровление в результате смены места проживания или переезда на новое место [1].

По данным Фитцпатрика и соавт., у 60 % пациентов дерматоз возникает в первый год жизни, в 30 % с 1 года до 5 лет [2], характеризуясь интермиттирующим течением с периодами выраженных обострений, что во взрослом периоде влияет на коммуникативные и социальные навыки, приводя к выраженным психоэмоциональным нарушениям. В анамнезе у 70 % близких родственников пациентов отмечается наличие поллиноза, аллергического ринита или бронхиальной астмы [2].

В поддержании водного баланса организма человека участвуют многочисленные структуры, регулирующие скорость трансэпидермальной потери воды и осуществляющие поступление воды из дермы в эпидермис. Непроницаемость рогового слоя обусловлена барьерными свойствами кератина, ацилцерамидов и кожного сала [3, 4]. Основной причиной патологической десквамации эпителия и ксероза является нарушение гидратации рогового слоя эпидермиса. Доказана роль мутации в гене, ответственном за продукцию филагтрина, приводящего к дефекту синтеза натурального увлажняю-

щего фактора, предрасполагающего к вульгарному ихтиозу и атопическому дерматиту [5]. В поддержании физиологического уровня гидратации эпидермиса имеет значение также механизм простой диффузии, т. е. попадание молекул воды через водные каналы, названные аквапоринами.

Аквапорины представляют собой мембранные белки, формирующие сквозные поры на поверхности клеток, через которые проходит вода, а также низкомолекулярные водорастворимые соединения, такие как глицерин и мочевины [6]. Сухость кожи влечет за собой ее повышенную проницаемость для токсичных и сенсибилизирующих веществ, способствует развитию иммунных нарушений и формированию аллергического воспаления [7, 8].

Церамиды – основные компоненты эпидермального барьера, составляющие 40–50 % липидной структуры кожи. Важными церамидами являются О-ацилцерамиды, в состав которых входит линолевая кислота. Эта кислота относится к группе Омега-6 и является незаменимой, т. е. не синтезируется организмом. Нарушение липидной структуры рогового слоя эпидермиса у больных АД является основной причиной патологической десквамации эпителия и гиперкератоза (ксероза). Также наблюдается дефицит церамидов в роговом слое, что приводит к сниженной способности удерживать воду и, соответственно, к повышенной трансэпидермальной ее потере (TEWL – transepidermal water loss). При АД функции рогового слоя нарушены за счет:

- снижения содержания фосфолипидов, в значительной мере – церамидов;
- дефицита жирных кислот, в том числе ненасыщенных;
- трансэпидермальной потери воды;
- повреждения гидролипидной мантии [9].

В результате развития патологических процессов в ходе повышенной трансэпидермальной потери воды, ведущей к процессам ксероза, в алгоритме лечения атопического дерматита следует обратить внимание на формирование трещин, проблему наружной терапии и ухода за кожей с целью поддержания тургора и восстановления целостности эпидермиса.

Современные подходы к лечению атопического дерматита основываются на последних достижениях в области иммунологии, факторах наследственности, особенностях питания пациентов и отягощающих состояниях: заболеваниях желудочно-кишечного тракта, процессах нарушения пристеночного пищеварения в тонком кишечнике, влияющих на антигенную нагрузку. Отдельное внимание уделяется системе восстановления целостности рогового слоя эпидермиса как барьера для микроорганизмов, выступающих в качестве

суперантигенов – *Malassezia furfur*, *Staphylococcus aureus*, *Candida* и других сапрофитов микробиоценоза кожи, являющихся у пациентов с АД фактором сенсибилизации и провокации кожного процесса, что подтверждается положительными иммунными тестами и обнаружением специфических IgE к указанной флоре [1]. Применение наружных глюкокортикоидных препаратов, разных по силе действия и продолжительности, несмотря на высокую эффективность, ограничено во временном аспекте в виду широкого ряда побочных эффектов, особенно в раннем детском возрасте, учитывая, что дебют и развитие клиники болезни происходит в период от полугодового возраста до 3-х лет, и связано с ограниченным использованием при обширной площади кожного процесса.

В современных условиях грань между косметическими и лекарственными средствами постепенно стирается ввиду сложной рецептуры косметологических препаратов. Современные косметические средства влияют на физиологические процессы в коже так же, как и фармакологические препараты. Среди большого спектра дерматокосметических средств особое внимание заслуживают эмолянты, или средства для увлажнения и восстановления эпидермиса. Широкое использование средств уменьшает потребность в топических глюкокортикоидах, способствует удлинению периодов ремиссии. Достижения дерматокосметологии с применением эмолянтов позволяют использовать данную линию продуктов в качестве вспомогательной терапии при обострении, поддерживающего лечения в периоды ремиссии для защиты кожи от агрессивных химических агентов и предотвращению потери воды, ведущего к повышенной сухости кожи.

Особое внимание заслуживают средства дерматокосметологической компании Uriage, линии Xemose, предназначенные для ухода и восстановления защитного барьера кожи пациентов с атопическим дерматитом, имеющие уникальный запатентованный комплекс с Церастеролом-2F®, разработанный научными лабораториями “Биорга-Урьяж” на основе термальной воды. Это позволяет использовать данную линию в качестве дополнительного подхода в лечении и для сохранения стойкой ремиссии, позволяет уменьшить длительность и кратность топического использования глюкокортикоидных мазей. Термальная вода Uriage, источник которой находится в г. Урьяж ля Бен, обладает противовоспалительным, ранозаживляющим и увлажняющим свойствами.

В практике дерматолога наблюдались клинические случаи атопического дерматита, когда применение увлажняющих средств приносило кратковре-

менное действие ввиду выраженной сухости кожи, ведущей к быстрой абсорбции наружных средств, что затрудняет уход за кожей, вследствие необходимости постоянного нанесения кремов на обширную площадь тела больного. С учетом данного аспекта выделен отдельный продукт линии Uriage Xemose-Cerat, предназначенный для применения при экстремальной сухости кожи, содержащий комплекс Церастерол-2F с оригинальной комбинацией липидов, состоящий из омега-жирных кислот: омега-3-церамидов, омега-6-церамидов и фитостерола PhSt, которые способны встраиваться в структуру биомембран клеток кожного барьера. Они восстанавливают и усиливают гидролипидную мантию кожи. Благодаря гидрофильности и обволакивающим свойствам данный продукт обладает способностью заполнять физиологические промежутки между клетками эпидермиса, улучшает структуру рогового слоя кожи, восстанавливает трансэпидермальный барьер. После нанесения на кожу эмульгант обладает длительным действием, вследствие образования тонкой гидрофобной пленки, позволяющей наносить его 1–2 раза на протяжении суток при активном использовании средств, обладающих ощелачивающим действием, при частом мытье рук и воздействии агрессивных факторов окружающей среды. Использование средства Xemose-Cerat является весьма полезным и удобным средством дерматокосметологического ухода с целью уменьшения ксероза, смягчения кожи и облегчения страданий пациента.

Нами проведено исследование и наблюдение пациентов с различными клиническими формами атопического дерматита для оценки эффективности и возможности применения препарата при ксерозе и выраженной лихенификации кожи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 10 пациентов в возрасте от 3 до 35 лет, с различными клиническими проявлениями атопического дерматита, в основном с явлениями ксероза. Продолжительность кожного процесса составила более одного года. 7 пациентов применяли наружные кортикостероидные мази среднего и очень сильного действия, регулярно на протяжении от 3 месяцев до 2 лет. Пациентам был проведен базисный курс терапии с применением антигистаминных, десенсибилизирующих и наружных кортикостероидных мазей для снятия активности воспалительного процесса с последующим применением эмульганта Uriage Xemose-Cerat в качестве базисного ухода пациентов с ксерозом и лихенификацией очагов поражений на протяжении от 1 месяца до полугода.

Клинические наблюдения.

Случай 1. Ребенок 3-х лет, находится под наблюдением с диагнозом: Атопический дерматит,

эритематозно-сквамозная форма, стационарная стадия в течение 4-х месяцев. При осмотре – желто-белые на чувствительности зуд и высыпания в области ягодиц, щек, бляшки в области обеих пяток, которые беспокоят ребенка с полугодовалого возраста. **Наследственный анамнез:** наличие аналогичного состояния у старшей сестры (19 лет), мать страдает поллинозом. Ранее наблюдался у педиатра, принимал фенистил-капли внутрь, фенистил-гель – на очаги, с чередованием Бепантен-крема. Отмечался кратковременный эффект, очаги ксероза и трещины не заживали. Диета соблюдалась нерегулярно. Наблюдалась периоды нерегулярного стула, затруднения при акте дефекации. При незначительном нарушении диеты наблюдалось сильнейшее обострение кожного процесса, последний раз в виде аллергической крапивницы. После осмотра и сбора анамнеза **рекомендовано:** антигистаминный препарат – цетиризин в каплях, десенсибилизирующие и холеретические препараты. **Наружно:** гидрокортизоновая мазь в виде местных аппликаций 2–3 раза в день. После проведенного курса лечения и соблюдения гипоаллергенной диеты наблюдалась неполная клиническая ремиссия; гиперемия на щеках и ягодицах регрессировала, однако очаги ксероза на стопах и трещины сохранялись. Был рекомендован дерматокосметологический препарат лаборатории Uriage Xemose-Cerat – аппликация на очаги два раза в день. **При динамическом наблюдении:** на приеме через 10 дней наблюдалась положительная динамика кожного процесса с заживлением и рассасыванием бляшек, однако сохранялась гиперемия на месте бывших высыпаний. Мать ребенка отмечала удобство в применении, мягкую текстуру крема, высокую степень резорбции и сохранение эффекта на протяжении двенадцати часов. **Рекомендовано:** продолжить использование крема после купания на местах повышенной сухости на протяжении 2-х месяцев (рисунок 1).

Случай 2. Пациентка 18-ти лет. Страдает атопическим дерматитом с 3-летнего возраста. Периоды обострения кожного процесса наблюдались в весеннее и зимнее время года, появлялись высыпания в области разгибательной поверхности локтей, на кистях рук, наблюдалась повышенная сухость губ с наличием трещин и их повышенной кровоточивостью. Периодически, в периоды обострения, пользовалась бетаметазоновой мазью курсами по 5–10 дней. За последние 10 лет лечение не получала. Диету не соблюдала. Наблюдалась выраженная воспалительная реакция кожи при контакте с томатами, сопровождающаяся появлением высыпаний на кистях рук с зудом и жжением. **На момент осмотра:** общее состояние удовлетворительное, имелись высыпания в обла-



а)



б)

Рисунок 1 – Атопический дерматит, эритематозно-сквамозная форма: а) до лечения; б) на 10-й день наблюдения



а)



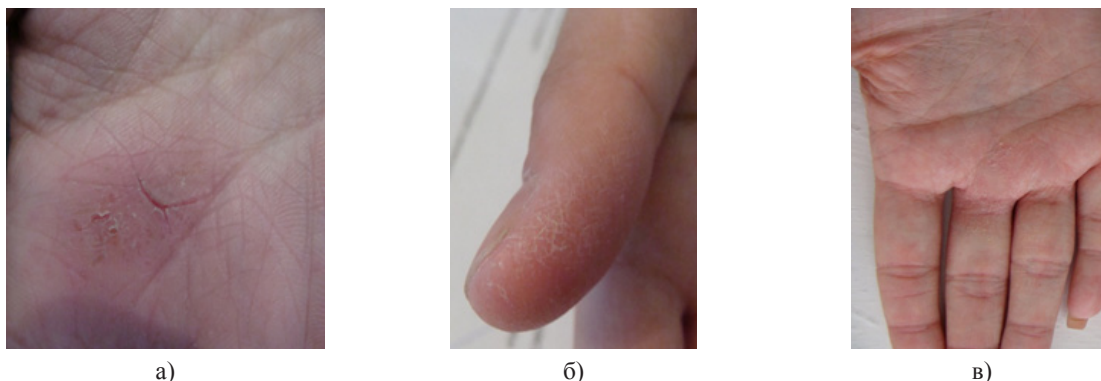
б)

Рисунок 2 – Атопический дерматит, прогрессирующая стадия. Атопический хейлит: а) до лечения; б) на 10-й день наблюдения

ти шеи и локтях, беспокоила чрезмерная сухость губ, трещины и зуд. **Выставлен диагноз:** Атопический дерматит, прогрессирующая стадия. Атопический хейлит. **Назначена терапия:** антигистаминный препарат, десенсибилизирующее лечение, витамины группы А и Е, **наружно:** бета-метазоновая мазь – на очаг в области шеи, нанесение мази два раза в сутки, на область губ – крем Uriage Xemose-Cerat на область губ тонким слоем 2–3 раза в сутки, соблюдение гипоаллергенной диеты. На контрольном осмотре через 10 дней, состояние пациентки удовлетворительное, диету соблюдает, новых высыпаний нет, наблюдалось полное разрешение очага на задней поверхности шеи, дерматоз в стадии клинической ремиссии. В области губ отмечалось незначительное шелушение, трещины отсутствовали. Пациентка наблюдала уменьшение сухости, зуд отсутствовал. **Рекомендовано** использование крема в качестве ежедневного ухода для кожи губ (рисунок 2).

Случай 3. Женщина 35-ти лет. Страдала кожным заболеванием на протяжении 15 последних

лет, высыпания в виде лихенифицированной кожи на разгибательных поверхностях локтей, трещины и сухость кожи кистей рук, зуд, усиливающийся при потливости, имела положительный анамнез на наличие контактного дерматита, вызванного металлами – золото и никель. Наблюдалось аналогичное состояние у старшего брата, мать пациентки страдала аллергическим бронхитом. Из анамнеза выяснено, что при контакте с мыломоющими средствами неделю назад наблюдалось ухудшение состояния, появление глубоких трещин на ладонях, беспокоил зуд. Для снятия вышеуказанных симптомов пользовалась мазью “Синафлан” с хорошим эффектом. Регулярно пользовалась увлажняющими кремами, но отмечала кратковременность эффекта, вследствие повышенной сухости кожи в очагах поражений. **Выставлен диагноз:** Атопический дерматит, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, стадия прогрессирования. Физиологические отправления нерегулярные, принимала слабительные препараты – сеннаде. **Рекомендовано:** антигистаминный препарат, витамины группы



а) б) в)
Рисунок 3 – Атопический дерматит, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией:
а) до лечения; б, в) во время наблюдения

А и Е, холеретические и спазмолитические средства. На область трещин – синафлан 2 раза в сутки, на протяжении 10 дней. На очаги поражений: эмолянт Uriage Xemose-Cerat наносился регулярно после мытья рук. При повторном осмотре состояние улучшилось, наблюдалось исчезновение трещин, но незначительная сухость сохранялась в области кистей рук. **Рекомендовано:** УЗИ органов брюшной полости и консультация гастроэнтеролога. Дан совет продолжить прием витамина А и Е повторными курсами, наружно нанесение на очаги поражений крема Uriage Xemose-Cerat. При осмотре через 15 дней дерматоз находился в стадии клинической ремиссии, сухость сохранялась на подушечках больших пальцев рук, трещины отсутствовали. Регулярно пользуется кремом, наблюдала длительное действие после нанесения, большую гидрофобность по сравнению с обычными увлажняющими средствами, экономичность в расходовании крема (рисунок 3).

Выводы

1. На основании собственного наблюдения и полученных данных 10 пациентов с различными клиническими формами атопического дерматита, преобладанием ксероза и процесса лихенификации очагов поражений и длительностью заболевания от одного года и более отмечена положительная динамика от проводимого противоаллергического лечения с применением эмолянта дерматокосметологической фирмы Uriage Xemose-Cerat в качестве вспомогательной и поддерживающей монотерапии взамен длительной топической кортикостероидной терапии.

2. Крем Uriage Xemose-Cerat является средством для профилактики и лечения повышенной сухости кожи благодаря содержанию комплекса Церастерол-2F – запатентованной комбинацией

церамидов и фитостеролов, восстанавливающий гидролипидную мантию кожи, обеспечивающий стойкий обволакивающий и увлажняющий эффект.

Литература

1. Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. II. С. 121.
2. Фитцпатрик Т. Дерматология: атлас-справочник / Т. Фитцпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф, М. Полано и др. М.: ПРАКТИКА, 1999. С. 54.
3. Кошевенко Ю.Н. Кожа человека / Ю.Н. Кошевенко. Т. 2. М.: Медицина, 2008. 754 с.
4. Кошевенко Ю.Н. Кожа человека / Ю.Н. Кошевенко. Т. 1. М.: Медицина, 2006. 360 с.
5. Lecture notes. Dermatology / Robin Graham-Brown, Tony Burns. 10th ed. Blackwell Publishing, 2011. P. 2.
6. Ткаченко С. Аквапорины в регуляции водного баланса кожи / С. Ткаченко, Е. Эрнандес // Косметика и медицина. 2011. № 2. С. 26–33.
7. Ломакина Е.А. Роль барьерной функции кожи в патогенезе некоторых дерматозов / Е.А. Ломакина // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2009. № 2. С. 87–90.
8. Калюжная Л.Д. Атопический дерматит и сухость кожи / Л.Д. Калюжная // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2009. № 1. С. 27–18.
9. Гуслева О.Р. Методы функциональной диагностики кожи для объективной оценки тяжести атопического дерматита / О.Р. Гуслева, Я.Г. Петунова, И.А. Орлова и др. // Материалы Междунар. науч.-практ. конф. “Доказательная косметология: методы, критерии, перспективы”. М., 2008. С. 52–54.