

## СПЕЦИФИКА УХОДА ЗА КОЖЕЙ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

И.М. Корсунская<sup>1</sup>, Е.В. Дворянкова<sup>1</sup>, З.А. Невозинская<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, г. Москва, Россия

<sup>2</sup>Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, г. Москва, Россия

*В работе описаны современные данные о дерматозах беременных: полиморфный дерматит беременных, atopический дерматит и другие. Приводятся результаты собственного исследования включения в терапию данных состояний увлажняющих средств линейки XeraCalm для купирования зуда и остроты процесса.*

*Ключевые слова:* дерматозы беременных, зуд, уход за кожей, увлажняющие средства.

## Skincare for dermatoses of pregnancy

I.M. Korsunskaya<sup>1</sup>, E.V. Dvoryankova<sup>1</sup>, Z.A. Nevozinskaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Center for theoretical problems of physic-chemistry pharmacology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Moscow Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow, Russia

*The paper describes modern data on pregnant women's dermatoses: pregnant polymorphic dermatitis, atopic dermatitis and others. There are presented the results of our own study of the inclusion of the XeraCalm line's moisturizing agent for the relief of itching and the severity of the process in the therapy of these conditions.*

*Keywords:* dermatoses of pregnancy, itch, skincare, moisturizers.

Специфические дерматозы беременных представляют собой гетерогенную группу зудящих кожных заболеваний, к которым в настоящее время относят пемфигоид беременных, полиморфные высыпания беременных, кожный зуд на фоне внутрипеченочного холестаза беременных и atopические поражения кожи беременных. При этом все эти заболевания объединены общим симптомом – выраженным кожным зудом, который существенно ухудшает качество жизни беременной женщины. Кроме того, возникновение специфического дерматоза беременных может быть связано с последующим рождением недоношенных и маловесных детей, повышает риск развития дистресса плода, а также мертворождения. Относительная редкость этих заболеваний, их разнородная клиническая морфология, отсутствие однозначных диагностических тестов (за исключением иммунофлюоресценции при pemphigoid gestationis), а также ограниченные возможности лечения создают дополнительные трудности в ведении таких пациенток.

Комплекс эндокринологических, иммунологических, метаболических и сосудистых изменений, развивающихся на фоне беременности, может приводить к изменениям кожи и ее придатков, расце-

ниваемых как физиологические изменения (гиперпигментация, мелазма, стрии, ладонная эритема, гипертрихоз, андрогенная алопеция, дистальный онихолизис и др.), которые возникают у подавляющего большинства беременных женщин и, как правило, самостоятельно регрессируют в течение 6–12 месяцев после родов.

Полиморфный дерматоз беременных является доброкачественным воспалительным заболеванием кожи у беременных женщин и возникает примерно в одной из 160 беременностей [1, 2]. Обычно он возникает в конце третьего триместра беременности или в послеродовом периоде первой беременности, и риск его развития увеличивается при повторных беременностях и при быстром наборе женщиной массы тела. Считается, что полиморфный дерматоз беременных возникает в результате повреждения соединительной ткани в связи с чрезмерным растяжением, в результате которого образуется антиген и возникает иммунный ответ. Заболевание характеризуется появлением на коже живота сильно зудящих уртикарных папул 1–2 мм в диаметре, обычно в области стрий, но в отличие от пемфигоида беременных, исключая область пупочной ямки. Затем высыпания распространяются на кожу бедер и ягодиц. В редких случаях

высыпания могут приобрести генерализованный характер. Спустя 4–6 недель заболевание спонтанно регрессирует и, как правило, не рецидивирует. Однако при повторных беременностях полиморфный дерматоз может возникнуть вновь.

Полиморфный дерматоз беременных, согласно опубликованным данным, не имеет негативных последствий для плода [1, 3].

Лечение полиморфного дерматоза беременных симптоматическое, с использованием топических кортикостероидов и антигистаминных препаратов. При генерализации высыпаний применяют пульс-терапию системными кортикостероидами.

Атопическое поражение кожи беременных является наиболее частым специфическим поражением кожи женщин, ожидающих ребенка, и наблюдается примерно в 50% случаев [4]. Считается, что атопическое поражение кожи беременных возникает на фоне изменений иммунной системы, связанных с беременностью. При этом имеет место сдвиг в сторону гуморального иммунитета и повышенной активации Th2, особенно у женщин, предрасположенных к развитию атопического дерматита [3].

Этот дерматоз представляет собой доброкачественное поражение кожи, характеризующееся появлением зудящих экзематозных или папулезных высыпаний и, как правило, развивается в первых двух триместрах беременности [5]. В двух третях случаев при данном заболевании экзематозные высыпания локализуются на характерных для атопического дерматита участках кожного покрова – на шее и сгибательных поверхностях конечностей. В остальных случаях папулезные высыпания могут появляться на коже живота и конечностей.

Атопическое поражение кожи беременных хорошо поддается симптоматической терапии и спонтанно регрессирует после родов, но часто рецидивирует при повторных беременностях. На здоровье плода данное заболевание не влияет, но

может повышать риск развития у него атопического дерматита [4].

Внутрипеченочный холестаза беременных является обратимым состоянием, развивающимся на фоне гормональных изменений у беременных женщин. Он характеризуется острым началом, проявляется в виде сильного зуда сначала на ладонях и подошвах, а затем генерализованного. Как правило, заболевание проявляется лишь в виде вторичных поражений на коже в виде эксфолиаций. У 10% женщин может возникать желтуха из-за сопутствующего внепеченочного холестаза. Заболевание самостоятельно разрешается в течение нескольких недель после родов, однако может рецидивировать во время последующих беременностей и на фоне приема оральных контрацептивов [6].

Выраженный зуд при внутрипеченочном холестаза беременных возникает в связи с повышением содержания конъюгированных желчных солей в периферической крови. Этот процесс имеет многофакторный характер и зависит от генетической предрасположенности, воздействия факторов окружающей среды и гормональных изменений [4].

Внутрипеченочный холестаза беременных может приводить к недоношенности плода, нарушениям внутриутробного развития, а также к внутриутробной гибели плода. При этом степень влияния заболевания на плод коррелирует с уровнем общих желчных кислот в сыворотке крови матери. Тяжелые формы заболевания, осложненные желтухой, повышают риск кровотечения у матери в связи с нарушением всасывания витамина К [2, 4].

Лечение внутрипеченочного холестаза беременных основано на снижении содержания в сыворотке крови желчных кислот. Для этого применяют урсодезоксихолевую кислоту. Для снижения зуда применяют антигистаминные препараты [6].

К сожалению, работ по уходу за кожей при дерматозах беременных крайне мало. Под нашим

#### Сведения об авторах:

**Корсунская Ирина Марковна** – д.м.н., профессор, зав. лабораторией молекулярно-генетических проблем дерматологии Центра теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, 119991, г. Москва, ул. Косыгина, д. 4, e-mail: marykor@bk.ru.

**Дворянкова Евгения Викторовна** – д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории молекулярно-генетических проблем дерматологии Центра теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, 119991, г. Москва, ул. Косыгина, д. 4, e-mail: dvoriankova@mail.ru.

**Невозинская Зосия Анатольевна** – к.м.н., врач-дерматолог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, 119071, г. Москва, Ленинский проспект, д. 17, e-mail: nezosia@mail.ru.

Фото 1. Атопический дерматит беременных



Фото 2. Полиморфный дерматит беременных



наблюдением находилась 21 пациентка в возрасте от 19 до 37 лет на разных сроках беременности с жалобами на зуд и высыпания с разной локализацией. 15 пациенток находились в стадии обострения атопического дерматита (фото 1), до беременности пациентки наблюдались по поводу данной патологии. У 6 пациенток был диагностирован полиморфный дерматит беременных (фото 2), ранее дерматологическими патологиями не страдали.

Всем пациенткам проводилось корнеометрическое исследование с помощью аппарата SoftPlus (Италия), показавшее низкую увлажненность кожи ( $19,6 \pm 2,04$ , при норме выше 59). Также всем пациенткам было предложено оценить интенсивность зуда по 4-балльной системе, где:

- 0 – нет зуда;
- 1 – слабый (присутствует, но не беспокоит);
- 2 – умеренный (беспокоит, но не мешает ежедневной активности и/или сну);
- 3 – тяжелый/интенсивный (беспокоит и мешает ежедневной активности и/или сну).

Пациентки были разделены на две группы. В первой группе в качестве увлажняющего средства назначался XeraCalmA.D. Cream relipidant 1 раз в сутки, во второй группе – 2 раза в сутки с интервалом 12 часов. Как видно из рисунка 1, наибольший эффект отмечается в интервале от 6 до 12 часов от начала применения. В дальнейшем XeraCalmA.D. Cream relipidant назначали 2 раза в сутки в обеих группах. На 10-й день проводилось повторное исследование корнеометрических показателей кожи. Увлажненность увеличилась до  $35,2 \pm 1,87$ . Интенсивность зуда уменьшилась до умеренного и слабого, новые высыпания отсутствовали. Высы-

пания полностью разрешились к 14-му дню. В дальнейшем пациенткам было рекомендовано применение XeraCalmA.D. Cream relipidant 1 раз в сутки до конца беременности. За все время терапии нежелательные эффекты отмечены не были.

Таким образом, можно отметить высокую эффективность XeraCalmA.D. Cream relipidant в качестве увлажняющего средства, уменьшающего зуд и проявления дерматозов у беременных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ambros-Rudolph C.M. Disorders of pregnancy. In: Burgdorf WHC, Plewig G., Wolff H.H., Landthaler M., editors. Braun-Falco's dermatology. 3rd ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009. P. 1160–1169.
2. Shornick J.K. Dermatoses of pregnancy // Semin. Cutan. Med. Surg. 1998, Sep. Vol. 17, № 3. P. 172–181.
3. Warshauer E., Mercurio M. Update on dermatoses of pregnancy // Int. J. Dermatol. 2013, Jan. Vol. 52, № 1. P. 6–13.
4. Ambros-Rudolph C.M. Dermatoses of Pregnancy – Clues to Diagnosis, Fetal Risk and Therapy // Ann. Dermatol. 2011. Vol. 23, № 3. P. 265–275.
5. Ghazeeri G., Kibbi A.G., Abbas O. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: epidemiological, clinical, and histopathological study of 18 cases from Lebanon // Int. J. Dermatol. 2012, Sep. Vol. 51, № 9. 1047–1053.
6. Lammert F., Marschall H.U., Glantz A. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: molecular pathogenesis, diagnosis and management // J. Hepatol. 2000, Dec. Vol. 33, № 6. P. 1012–1021. ■