

- spectrum without its UV component stimulates DNA synthesis in human peripheral blood lymphocytes in vivo and in vitro // Photochemistry Photobiology. 2006. Vol. 82, № 5. P. 1301–1308.*
10. Zhevago N.A., Samoilova K.A., Obolenskaya K.D. The regulatory effect of polychromatic (visible and infrared) light on human humoral immunity // *Photochemical and Photobiological Sciences. 2004. Vol. 3, № 1. P. 102–108.*
 11. Effect of visible light on some cellular and immune parameters / T. Kubasova, M. Horvath, K. Kocsis et al // *Immunol. Cell Biol. 1995. 73. P. 239–244.*
 12. Ultrasound bladder measurements in children with severe primary nocturnal enuresis: pretreatment and posttreatment evaluation and its correlation with treatment outcome / B. Sreedhar, C.K. Yeung, V.Y. Leung et al // *Urol. 2008. 179. P. 1568–1572.*
 13. Применение полихроматического некогерентного света в педиатрии: метод. рек. для врачей. М.: РНЦ восстановительной медицины и курортологии, 2006. 24 с.
 14. Физиотерапия в педиатрии: учеб. пособие / под ред. М.А. Хан. М., 2014. 194 с.
 15. Применение полихроматического некогерентного поляризованного света в лечении новорожденных и детей первых месяцев жизни / Г.В. Яцык, В.М. Шищенко, Е.П. Бомбардирова и др.: пособие для врачей. М., 2008. 28 с.
 16. The effect of polarised light on wound healing / S. Monstrey, H. Hoeksema, K. Depuydt et al // *Eur. J. Plast. Surg. 2002. 24. P. 377–382.*
 17. Хан М.А., Лян Н.А. Немедикаментозные методы лечения аллергических болезней у детей // *Клиническая аллергология детского возраста с неотложными состояниями: рук. для врачей / под ред. И.И. Балаболкина, В.А. Булгаковой. М.: Мед. информац. агентство, 2011. С. 238–259.*
 18. Физическая и реабилитационная медицина: национальное рук. / под ред. Г.Н. Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 685 с.
 19. Кучма В.Р. Научно-методические основы охраны и укрепления здоровья подростков России // *Гигиена и санитария. 2011. № 4. С. 53–59.*
 20. Эффективность оздоровления часто болеющих детей в детском учреждении оздоровительного типа / М.А. Хан, Л.В. Куянцева, М.А. Рассулова // *Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физ. культуры. 2011. № 5. С. 21–24.* ■

Использование бальзама Xeracalm в базисной терапии атопического дерматита у детей

О.В. Лысенко

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Для изучения эффективности и безопасности бальзама Ксеракалм АД при базисной терапии атопического дерматита у детей проведено сравнительное исследование, в котором 70 больных получали наружную терапию в виде ежедневного использования Ксеракалм АД бальзам 1 раз в сутки, 20 пациентов наносили крем Унна и 10 человек наружного лечения не получали. Результаты оценивали дважды с помощью индексов SCORAD и ДИКЖ. Увлажненность кожи определяли при измерении содержания влаги в роговом слое при корнеометрии аппаратом Агато МС (ARAMHUVIS com Ltd, Корея). Через 28 дней терапии у детей, получавших Ксеракалм АД бальзам, индекс SCORAD снизился с 46,2 до 23,3, а ДИКЖ с 9,6 до 7,8 баллов. Уровень увлажненности кожи достиг показателей высокой увлажненности. Данные результаты значительно превосходили показатели групп сравнения.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, базисная терапия

Сведения об авторе:

Лысенко Ольга Васильевна — д.м.н., доцент, профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, olga_lisenko@bk.ru

Use of balsam Xeracalm in the basal therapy of children`s atopic dermatitis

O. V. Lysenko

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «South-Ural State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

To study the efficacy and safety of balsam Xeracalm BP in the basic treatment of atopic dermatitis in children, a comparative study was done in which 70 patients received topical treatment in the form of daily use Xeracalm BP Balm one time a day, 20 patients applied the cream Unna and 10 people outdoor treatment did not receive. The results were evaluated twice by SCORAD index and DLQI. The skin moisturize was determined by measuring the moisture content of the stratum corneum at corneometer apparatus AramoMC (ARAMHUVIS com Ltd, Korea). After 28 days of therapy in children receiving Xeracalm BP balm, the SCORAD index fell from 46.2 to 23.3, while DLQI from 9.6 to 7.8 points. The level of skin moisture indicators reached high humidity. These results were significantly superior performance comparison groups.

Key words: atopic dermatitis, children, basic treatment.

Атопический дерматит (АтД) – мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.

Являясь генетически обусловленным воспалительным поражением кожи с многолетним монотонным или рецидивирующим течением, АтД требует, помимо устранения триггерных факторов, проведения непрерывной противовоспалительной поддерживающей терапии. Согласно «Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных атопическим дерматитом» (2015), эта задача решается с помощью постоянного использования средств базового ухода за кожей (эмоленгов), назначаемых всем больным АтД независимо от тяжести и распространенности процесса. Эмоленги используются часто, постоянно или длительно и в больших количествах, поскольку восстановление нарушенного эпидермального барьера

позволяет не только устранить чувство сухости кожи и уменьшить шелушение, но и предотвращает поступление аллергенов, снижает концентрацию цитокинов, стабилизирует процессы воспаления и, в конечном счете, уменьшает количество используемых лекарственных средств, которые в той или иной мере обладают неблагоприятными побочными эффектами. Средства базового ухода за кожей применяют параллельно с топическими глюкокортикостероидами или ингибиторами кальциневрина, а при стихании воспалительного процесса терапия продолжается только с помощью эмоленгов. В связи с этим регулярное их использование предъявляет к средствам длительного ежедневного применения достаточно высокие требования в плане эффективности и безопасности, особенно в педиатрической практике. Несмотря на это, некоторые эмоленги имеют в своем составе ароматические вещества и консерванты, и большинство из них привносит в кожу чужеродные жировые компоненты, но не способствует синтезу собственных липидов [1]. Исключением можно считать средства, созданные на основе термальной воды. Термальная вода в последнее время используются в наружных препаратах по уходу за кожей нескольких дермато-косметологических линий, выпускаемых за рубежом. Как правило, в качестве эффекта термальной воды указывают на ее успокаивающее действие, снимающее раздражение кожи, а также на укрепление, за счет увлажнения и смягчения, барьерной функции эпидермиса, что, в свою очередь, повышает устойчивость кожи к повреждению и проникновению микроорганизмов. [2].

К современным представителям данного ряда средств относится Ксеракалм АД – крем и бальзам, – созданные на основе термальной воды Авен. В их состав входят липиды растительного происхождения с высоким содержанием керамидов и ненасыщенных жирных кислот, что способствует быстрой регенерации эпидермиса после повреждения, препятствует процессам перекисного окисления, защищает мембраны клеток эпителия. Инновацией препаратов является запатентованный комплекс I-modulia – биотехнологическая разработка компании Pierre Fabre Laboratories, созданная в

результате 12 лет научных исследований. I-modulia моментально устраняет дискомфорт от зуда, жжения и чувства стянутости, снижает реактивность кожи и повышает ее иммунитет. Установлено, что I-modulia подавляет экспрессию ИЛ-18 (маркера степени тяжести АД) и инактивирует рецептор PAR-2, что способствует подавлению механизма развития зуда [3]. Еще одна разработка французской Лаборатории дерматологии Avene – комплекс Cer-Omega, который восстанавливает естественный гидролипидный баланс и структуру кожи, ускоряет процессы обновления клеток. Глицерин дополнительно смягчает и увлажняет кожу. Особенностью действия препаратов является образование на коже равномерно распределенной защитной пленки. Липидная пленка защищает кожу от пересыхания и раздражения обычной жесткой водопроводной водой, что является одной из наиболее распространенных проблем ухода за склонной к сухости кожей больного АД [4]. Смягчающее действие крема и бальзама сочетается с увлажняющим, и, в отличие от традиционных средств по уходу за кожей, они не содержат отдушек и консервантов, обеспечивая гидратацию в течение 48 часов, что безусловно доказано с помощью биофизических методов. Немаловажным достоинством препаратов является их возможность использования в детской практике независимо от возраста пациентов [5].

Как известно, синтез липидов осуществляется в ламеллярных тельцах клеток зернистого слоя. Липиды, выходя из клеток, заполняют межклеточное пространство и образуют липидную прослойку, непроницаемую для водорастворимых веществ. Выявленные у больных АД мутации ряда важнейших генов (профилаггрина, каллекреина 7, SPINK5 и др.) приводят к разбалансировке действия ферментов, обеспечивающих десквамацию корнеоцитов, усилению отшелушивания клеток, истончению рогового слоя и изменению липидной мантии [6]. При этом данные изменения отмечаются не только в воспалительных очагах, но и на клинически неизменной коже. Оценить состояние и увлажненность кожи возможно с помощью неинвазивных биофизических методов, которые доступны, просты в использовании, инфор-

мативны и предоставляют возможность статистической обработки материала.

Одним из широко распространенных методов прямой оценки гидратации рогового слоя эпидермиса является корнеометрия, определяющая изменения диэлектрических свойств кожи в зависимости от количества влаги в роговом слое, поскольку кожа является диэлектрической средой, и любые изменения диэлектрической постоянной, возникающие в результате колебаний содержания воды в поверхностных слоях, приводят к изменению емкостных характеристик измерительной системы. Корнеометрия относится к полуколичественным методам, результаты выражаются в условных единицах [7]. Использование корнеометрии при оценке гидратации кожи обладает рядом преимуществ, поскольку исключается влияние глубже расположенных тканей, и кратковременность измерения предотвращает окклюзию, влияющую на точность измерения. Корнеометры просты в использовании, глубина проникновения электрических волн незначительна и устанавливает влажность именно рогового слоя, а небольшой размер измерительной поверхности позволяет проводить оценку любых участков кожного покрова. Учитывая эти достоинства, корнеометры легко применимы у детей любого возраста и позволят провести объективную оценку, как исходного состояния кожного покрова, так и изменений, возникших в результате использования эмоленгов.

Целью нашей работы явилось изучение безопасности и эффективности бальзама Ксеракалм АД при базисной терапии атопического дерматита у детей с помощью измерения содержания влаги в роговом слое.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Простективное сравнительное исследование, проведенное на базе педиатрических и дерматовенерологических поликлиник г. Челябинска, включало 100 детей, больных АД, из которых 70 получали бальзам Ксеракалм АД (группа наблюдения), 20 использовали для гидратации крем Унна и 10 базисной терапии не получали, что было собственным решением родителей пациентов (1-я и 2-я группы сравне-

ния). Среди детей группы наблюдения (70 человек) 60% составили 42 девочки и 40% – 28 мальчиков в возрасте от 2 до 18 лет, средний возраст детей равнялся 9 годам. Группы сравнения, не отличающиеся по возрасту, состояли из 13 (43,3%) девочек и 17 (56,7%) мальчиков.

Диагноз АтД устанавливался в соответствии с «Федеральными клиническими рекомендациями по ведению больных атопическим дерматитом» (2015), среднетяжелое течение имело место у 48 (68,6%) детей из группы наблюдения и 21 (70%) ребенка из групп сравнения. Соответственно легкая форма болезни зафиксирована у 22 пациентов, получающих Ксеракалм АД, и у 9, составивших сравнительные группы. Критериями исключения стали применение системных кортикостероидов или иммуносупрессоров в момент исследования или позднее, чем за 1 месяц до него, нанесение топических кортикостероидов или других иммуносупрессантов на исследуемые участки в момент исследования или за неделю до него.

Клинический мониторинг осуществляли путем определения степени выраженности субъективных симптомов, тщательного сбора анамнеза и описания исходного дерматологического статуса. При необходимости, дети получали системную терапию, предусмотренную «Клиническими рекомендациями по ведению больных атопическим дерматитом» (2015), включающую антигистаминные препараты и десенсибилизирующую терапию. Наружно пациенты из группы наблюдения использовали Ксеракалм АД бальзам, который наносили 1 раз в сутки ежедневно, 20 человек 2 раза в сутки применяли крем Унна, 10 детей базисной терапии не использовали. Динамику процесса отслеживали на 14-й и 28-й день проводимой (или не проводимой) терапии, оценивая по 5-балльной шкале следующие признаки: отек кожи, эритема, папулезные элементы, экскориации, зуд кожи, сухость. Комплексную оценку проводили с помощью индексов ДИКЖ (дерматологический индекс качества жизни) и SCORAD. Критериями эффективности терапии служило достижение положительных клинических результатов в виде уменьшения или исчезновения сухости и признаков воспаления.

Эффективность использования препаратов по уходу за кожей больных АтД определяли следующим образом:

- клиническое выздоровление – полное разрешение кожного воспалительного процесса;
- значительное улучшение – снижение величины индекса SCORAD на 75% по сравнению с исходными данными;
- улучшение – снижение величины индекса SCORAD на 25–50%;
- без изменений – снижение величины индекса SCORAD менее чем на 25% или отсутствие изменений.

Корнеометрию осуществляли определителем влажности кожи Aramo MC (ARAM HUVIS com Ltd, Корея). Для устранения влияния на показатели корнеометрии температуры и относительной влажности, исследование проводилось в одном и том же помещении, в единое время суток, в течение одного летнего месяца. Согласно характеристикам прибора, уровень влажности расценивался как высокий при значениях более 45,0, как нормальный при 30,0–44,9 и низкий при показателе ниже 30,0.

Статистический анализ данных проводили с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 6.0 (for Windows; «StatSoft, Inc.», 2001).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При сборе анамнеза и изучении исходного дерматологического статуса установлено, что среди 100 детей (70 человек группы наблюдения и 30 группы сравнения) у 54 (54%) заболевание началось в первые 6 месяцев, у 16 (16%) – в течение первого года, у 14 (14%) – в первые 3 года, у остальных 16 первые проявления АтД возникли после 3 лет. Среди клинических форм наиболее часто регистрировалась эритематозно-сквамозная (82 пациента), реже отмечалась экссудативная (16 детей), эритематозно-сквамозная с лихенификацией отмечена только у 2 больных в возрасте 12 и 14 лет. Распространенная форма заболевания имела место у 77 детей, ограниченная – у 23 пациентов. Воспалительный процесс протекал в среднетяжелой форме у 79 детей (SCORAD от 30 до 60), легкое течение заболевания имело место у 21 ребенка. Средний индекс SCORAD в группе

Рисунок 1. Динамика основных показателей дерматологического процесса в группе детей, применявших при базисной терапии бальзам Ксеракалм АД (оценка по пятибалльной шкале)

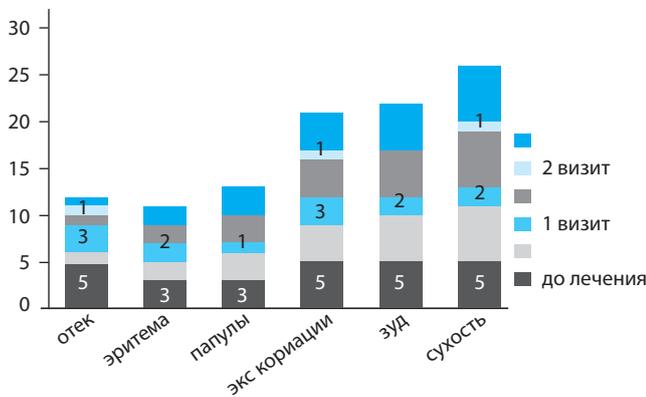


Рисунок 2. Динамика индекса SCORAD у детей, больных АтД, в процессе использования в качестве базисной терапии бальзама Ксеракалм АД

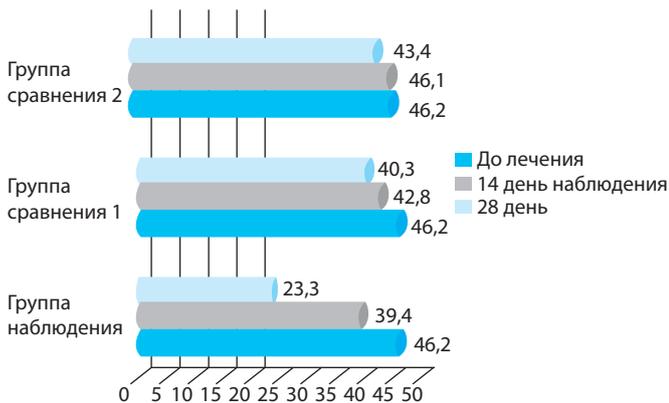
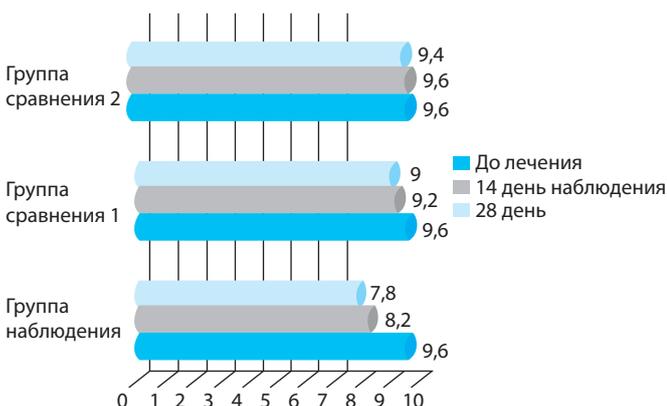


Рисунок 3. Динамика ДИКЖ у детей, больных АтД, в процессе использования в качестве базисной терапии бальзама Ксеракалм АД



наблюдения составил 46,15 баллов, в группе сравнения – 44,8 балла. ДИКЖ до начала терапии, по мнению пациентов или их родителей, в среднем равнялся 9,6, имея значения от 2 до 28 баллов. Выраженные зуд и сухость кожных покровов имели место у всех участвующих в исследовании пациентов. Ранее у детей постоянно или периодически использовались другие эмоленты.

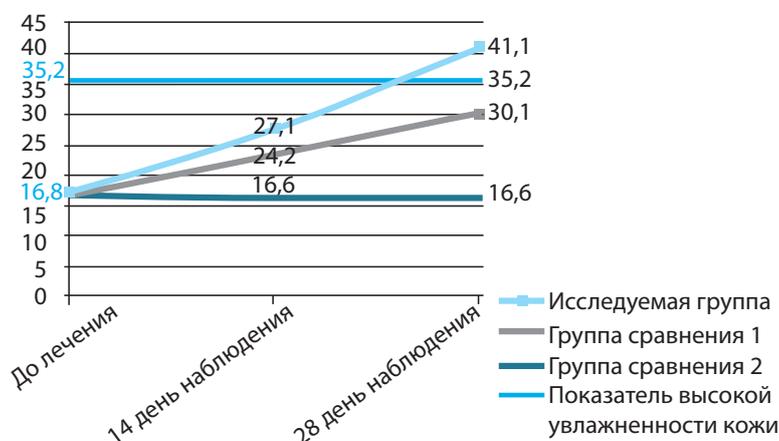
Липидовосстанавливающий бальзам Ксеракалм АД наносили на весь кожный покров 1 раз в сутки весь период наблюдения за пациентами. Во время первого контроля через 14 дней проведенного лечения, по сообщениям больных или их родителей, значительно уменьшилось чувство зуда, в связи с чем частично восстановился сон. Больные отмечали отличную переносимость препарата и эффективность, превосходящую этот показатель у ранее применяемых ими средств. Индекс SCORAD к 14 дню наблюдения у детей понизился с 46,15 до 39,4, у ДИКЖ наметилась тенденция к уменьшению с 9,6 до 8,2.

У 20 пациентов, использовавших в качестве базисной терапии крем Унна, уменьшение показателей SCORAD было менее выраженным, индекс составил в среднем 42,8 баллов, у больных АтД, не получавших эмолентов, динамики индекса не отмечалось.

Наиболее достоверные изменения в статусе и качестве жизни детей были отмечены во время второго визита – через 28 дней терапии.

Так, пациенты или родители детей, применявших при лечении бальзам Ксеракалм, отмечали существенное уменьшение зуда и сухости кожи, быстрое исчезновение раздражительности и беспокойства, восстановление сна. При осмотре выявлялось значительное уменьшение или исчезновение клинических признаков заболевания (гиперемии и отека у детей, имевших экссудативную форму процесса, папулезных высыпаний и экс кориаций) (рисунок 1). Средний индекс SCORAD в данной группе снизился до 23,3 балла, ДИКЖ уменьшился до 7,8. В первой группе сравнения, у больных, использовавших крем Унна, индекс SCORAD понизился до 40,3, а ДИКЖ до 9,0 баллов. Во 2-й группе сравнения динамики показателей не отмечено. Характер изменения

Рисунок 4. Динамика показателей корнеометрии у детей, больных АтД, в процессе использования бальзама Ксеракалм АД



индексов исследуемых групп представлен на рисунках 2 и 3.

Уровень увлажненности кожи по показателям корнеометрии у детей, получавших бальзам Ксеракалм АД, значительно увеличился, практически приблизившись к показателям высокой увлажнённости. Так, при исходном показателе во всех группах 16,9–16,8, в группе наблюдения на 14 день его величина возросла до 27,1, а на 28 день – до 41,1 условной единицы. В то же время у детей, использовавших крем Унна, и на 14, и на 28 день увеличение показателя было менее значительным, а у тех, кто не применял базисной терапии, роста его значения не произошло (рис. 4).

Результаты проведенного клинического исследования показали высокую эффективность бальзама Ксеракалм АД. Клиническое выздоровление после 28 дней его использования наступило у 18 детей со среднетяжелой формой заболевания, что составило 37,5%, и практически у всех (21 ребенок из 22) при легкой форме заболевания. У остальных пациентов отмечалось значительное улучшение дерматологического процесса. При этом системная терапия у наблюдаемых больных проводилась без применения иммуносупрессивных препаратов (системные глюкокортикостероиды, циклоспорин и т.д.), а Ксеракалм АД бальзам был единственным наружным средством.

В группе пациентов, использовавших крем Унна, выздоровление при среднетяжелой

форме заболевания наступило в 10%, а при легкой – в 9,5% случаев.

Пациенты и подавляющее большинство родителей отметили хорошую переносимость бальзама, легкую впитываемость, быстрое устранение видимой сухости кожи. Побочных реакций на препарат при проведении терапии не отмечено.

Таким образом, ежедневное использование бальзама Ксеракалм АД в комбинации с традиционной системной терапией у детей, страдающих АтД, приводит к разрешению симптомов заболевания, повышению эффективности терапии,

улучшает качество жизни больных и устраняет потребность в применении топических глюкокортикостероидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Барьерные свойства кожи и базовый уход: инновации в терапии и практике // *Вестн. дерматологии и венерологии* 2010. № 6. С. 135 – 139.
2. *Атопический дерматит: новые подходы к профилактике и наружной терапии: рек. для врачей / под ред. Ю.В. Сергеева. М., 2003.*
3. Олисова О.Ю. Инновационное средство лечения атопического дерматита // *Лечебное дело*. 2015. № 2. С. 27–33.
4. Хисматуллина З.Р., Мухамадеева О.Р., Даниленко Р.У. О лечебном уходе за кожей больных вульгарным псориазом // *Клинич. дерматология и венерология*. 2015. № 4. С. 50–53.
5. Изменение уровня увлажненности кожи у больных атопическим дерматитом при использовании эмолента XeraCalm A.D. / О.В. Лысенко, О.Р. Зиганшин, С.А. Ковалева и др. // *Эффективная фармакотерапия. Дерматология и дерматокосметология*. 2016. № 1/2. С. 6–10.
6. Хлебникова А.Н. Увлажняющие средства в терапии хронических дерматозов // *Клинич. дерматология и венерология*. 2010. № 4. С. 32–38.
7. *Современные методы оценки гидратации и биохимических свойств кожи / О.С. Панова, Е.И. Губанова, Н.Г. Лапатина и др. // Вестн. дерматологии и венерологии*. 2009. № 2. С. 80–87.