



Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова,
кафедра кожных
и венерических
болезней ФППОВ

Новые возможности топической коррекции хронических дерматозов у детей – липосомальная линия «АЙСИДА»

Д.м.н., проф. Е.С. СНАРСКАЯ

В статье представлена современная европейская концепция патогенеза и терапевтической тактики атопического дерматита. Приводятся собственные данные о результатах применения инновационной липосомальной косметической линии «Айсид» для лечебно-профилактического ухода у детей с хроническими дерматозами. В линии представлены эффективные средства лечебного ухода, специально разработанные для особо чувствительных зон (лицо, веки, руки).

В последние 10 лет в европейских медицинских источниках активно обсуждается новая концепция патогенеза атопического дерматита (АтД), в основе которой лежит представление о том, что причиной заболевания является не генетическая поломка на уровне иммунных механизмов, а нарушение дифференцировки зернистых клеток эпидермиса вследствие мутации гена, ответственного за синтез филаггрина (FLG). Сформировалась альтернативная точка зрения на развитие АтД – «снаружи – внутрь» (англ. outside – inside) [1, 2]. В России же традиционно считается, что патогенез атопического дерматита связан с генетиче-

ским дефектом в иммунной системе – развитие «изнутри – наружу» (англ. inside – outside) [3, 4]. Таким образом, вопрос, что первично – сбой в работе иммунной системы организма или нарушение барьерных свойств кожи, – остается открытым.

Особенности течения АтД у детей обсуждались в предыдущих публикациях [5]. Атопический дерматит у детей протекает в более активной форме, чем у взрослых, в период обострения больные страдают в первую очередь от мучительного зуда, сопровождающего воспалительный процесс. На первых этапах лечения стандарты терапии включают применение глюкокортикостероидов и

иммуномодуляторов, эффективность которых не всегда одинакова [2, 4]. После острого периода наступает период ремиссии, продолжительность которого может быть различной. Клиническая картина АтД в этот период включает целый симптомокомплекс, связанный с сухостью кожи, который купируется с помощью различных эмолентов и увлажнителей, часто не являющихся лекарственными средствами. Сухая кожа, или ксероз, встречается у 48–98% больных атопическим дерматитом.

Традиционная терапевтическая стратегия лечения АтД основана на представлении о том, что первичными являются нарушения в иммунной системе, а дефект барьерной функции кожи возникает вследствие хронического локального воспаления [5]. Однако этой теории противоречит тот факт, что в период ремиссии барьерные свойства кожи не восстанавливаются до нормы (уровень гидратации остается ниже нормы – менее 30 у.е. по данным корнеометрии, уровень индекса трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ) выше нормы – $7,56 \pm 4,54$ мг/см²·хч).



Эти факты легко объясняются, если принять во внимание альтернативный «сценарий» патогенеза АтД, согласно которому причиной заболевания является генетически запрограммированный дефект барьерной функции эпидермиса. Важнейшим фактором, предрасполагающим к развитию обострений АтД, является присутствие клеток воспалительного инфильтрата в эпидермисе после стихания острого процесса, которые активируются различными раздражителями: аллергенами, химическими веществами, антигенами колонизирующих кожу бактерий (стафилококками и грибами), а также потом, перегреванием тела и др. При атопическом дерматите отмечается нарушение синтеза таких важных составляющих кожного барьера, как жирные кислоты и керамиды, дефицит гамма-линоленовой кислоты (омега-6) и дельта-6-десатуразы [7], а также мутации гена филлагрина – белка, необходимого для дифференцировки клеток эпидермиса и формирования кожного эпителиального барьера. Проникновение чужеродных агентов через нарушенный кожный барьер приводит к активизации иммунной системы и вызывает естественную ответную реакцию организма – острое воспаление. Новый подход к терапии АтД подразумевает пересмотр привычной концепции заболевания [1]. Улучшение барьерных свойств кожи позволит в значительной степени контролировать течение заболевания [1].

Использование специальных средств для ухода за кожей детей с АтД и другими хроническими дерматозами (ХД) имеет важное значение, так как не только обеспечивает базовый уход за кожей в период ремиссии, но и может применяться в качестве поддерживающей терапии в период реконвалесценции ХД [8, 9].

При выборе оптимальной терапевтической стратегии врач должен учитывать не только типичные клинические симптомы дерматозов: отек, гиперемия, зуд, жжение, парестезии, но и целый ряд косметологических аспектов проблемы:

сухость кожи, шелушение, повышенную чувствительность, раздражение кожи, бледность и др., которые чаще всего наблюдаются на протяжении всего периода ремиссии [10].

В зависимости от степени обострения и стадии процесса при выборе средств наружной терапии дерматологи традиционно используют широкий спектр препаратов целенаправленного действия: противовоспалительные, цитостатические, кератолитические, кератопластические, антипролиферативные, эпителизирующие и другие препараты, которые помимо хорошего терапевтического эффекта обладают и побочными действиями [3, 4, 7, 8, 10]. Роль повреждения эпителиального барьера кожи, одним из проявлений которого является ксероз, недооценивается не только педиатрами, но и дерматологами. Почти в 80% случаев АтД повторные обострения заболевания связаны с недостаточным увлажнением кожи, нарушением липидного состава или нерациональным выбором средств ухода в период реконвалесценции [10].

Широкое и далеко не всегда обоснованное применение глюкокортикостероидов (ГКС) в лечении детей с АтД, отсутствие врачебного контроля за длительностью применения ГКС, самостоятельное использование препаратов пациентами приводят к снижению эффективности лечения и развитию целого ряда осложнений, а в некоторых случаях – к инвалидизации маленьких пациентов [9, 10].

Кожные покровы ребенка имеют ряд морфофункциональных особенностей: физиологическая сухость кожи, обусловленная атрофией секреторных долей сальных желез и снижением их функции, что связано с «гормональной паузой» (с первого года жизни до начала пубертатного периода); несовершенство гидролипидной оболочки и ее быстрое разрушение под действием экскретов (моча, кал, слюна); незначительная толщина эпидермального слоя; слабость межклеточных связей эпидермиса; нейтральная реакция кожи

Новый подход к терапии АтД основан на том, что причиной заболевания является генетически запрограммированный дефект барьерной функции эпидермиса. Улучшение барьерных свойств кожи позволит в значительной степени контролировать течение заболевания.

(рН = 6,7). Эти особенности кожи детей обуславливают ее повышенную чувствительность к неблагоприятным воздействиям внешней среды (низкая влажность воздуха, использование хлорированной и жесткой воды, щелочных моющих средств, ношение грубой одежды, перегревание, переохлаждение, потение и др.).

Косметические и лечебно-косметические средства, применяемые у детей, должны отвечать высоким требованиям, предъявляемым к наружным средствам, предназначенным для использования в педиатрической практике. Применение таких средств может предотвратить повреждение даже очень чувствительной кожи детей, помогает при лечении уже развившихся дерматитов и способствует улучшению качества жизни детей, страдающих ХД.

Появление на российском фармацевтическом рынке инновационной липосомальной линии «Айсида» отвечает всем требованиям, предъявляемым к универсальному средству для терапии и профилактики ХД. Лечебная косметика «Айсида» создана на базе антисептика-стимулятора Дорогова (АСД), компоненты которого состоят из низкомолекулярных веществ, аналогичных по структуре клеткам живого организма.

АСД заключен в липосомальную форму, которая обеспечивает целенаправленный транспорт низкомолекулярных компонентов через клеточные мембраны в глубокие слои кожи, стимулируя тем самым синтез коллагена и эластина, а также репарацию эпидермального барьера кожи [9, 11].



Липосомы представляют собой «микрочапачники» (20–30 нм), состоящие из фосфолипидов [11], которые способны обеспечить одновременную транспортировку гидрофильных и липофильных соединений в глубокие слои кожи без использования поверхностно-

рованной кожи, молочко очищающее, крем-гель для рук, крем-гель для век, в состав которых входят различные активные компоненты (масло какао, комплекс витаминов А, D, E, F, масляный экстракт цветков липы, масло оливковое, репейное, лимонника китайского,

логическими особенностями: меньшая толщина эпидермиса (за счет отсутствия зернистого слоя и меньшей толщины рогового слоя (9 мкм)), более высокое значение рН, значительное скопление солевых желез по краю века, наличие выводных протоков слезных желез в углах глаз и отсутствие подкожно-жировой клетчатки – все это обуславливает важность максимально щадящего и избирательного подхода к выбору топических препаратов для лечения этой косметически значимой зоны.

Частыми симптомами атопического дерматита являются зуд, шелушение и эритема кожи век и периорбитальной зоны с выраженной складкой Денни – Моргана, а также поражения кожи губ в виде стойкого хейлита, трещин углов рта, которые формируют типичный облик пациента *facies atorica* и представляют серьезную косметическую проблему, влияющую на психологический статус больного [6, 7].

Препараты для наружной терапии периорбитальной зоны должны содержать достаточную концентрацию активных компонентов и при этом не вызывать пастозности, не раздражать слизистую глаз. Все манипуляции в периорбитальной области должны осуществляться по линиям наименьшего растяжения кожи век – от внутреннего угла глаза к наружному

Лечебная косметика «Айсид» создана на базе антисептика-стимулятора Дорогова (АСД), компоненты которого состоят из низкомолекулярных веществ, аналогичных по структуре клеткам живого организма.

активных веществ, которые, как известно, являются сильными раздражителями, в связи с чем их применение при нарушении барьерной функции кожи крайне нежелательно.

АСД обладает универсальным и многокаскадным механизмом действия. Наиболее значимыми эффектами препарата являются:

- подавление синтеза провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, -6, -8; ФНО-альфа);
- снижение уровня чувствительности рецепторов клеток к иммуноглобулину E;
- стимуляция интерфероногенеза, подавление чрезмерной выработки иммуноглобулина E;
- активация гистаминазы;
- подавление синтеза циклооксигеназы второго типа (ЦОГ-2) и простагландинов;
- повреждение клеточных стенок микроорганизмов и нарушение их белкового синтеза;
- подавление образования свободных радикалов и блокада инициации каскада перекисного окисления липидов в мембранах и ядрах клеток, защита ДНК клеток кожи от повреждения;
- восстановление эпидермального барьера кожи и его защитных свойств.

Косметическая серия «Айсид» включает специально разработанные формы препаратов: крем-гель для сухой и чувствительной кожи, крем-гель для жирной и комбини-

козним Q₁₀, вода высокой очистки с ионами серебра и др.). Такой состав обеспечивает возможность эффективного лечебного ухода за особо чувствительными и требовательными участками кожи. Благодаря уникальному сочетанию компонентов, заключенных в липосомальную форму, препараты линии «Айсид» эффективно устраняют воспаление, зуд, раздражение, препятствуют развитию вторичной инфекции, восстанавливают барьерные свойства и длительно увлажняют кожу, что значительно уменьшает необходимость использования топических глюкокортикостероидов, а в ряде случаев даже позволяет отказаться от их применения.

АСД заключен в липосомальную форму, которая обеспечивает целенаправленный транспорт низкомолекулярных компонентов через клеточные мембраны в глубокие слои кожи, стимулируя тем самым синтез коллагена и эластина, а также репарацию эпидермального барьера кожи.

В повседневной практике дерматологу часто приходится иметь дело с различными дерматозами и косметическими недостатками, локализующимися на коже лица, шеи, рук. Особой чувствительностью отличается кожа век, что объясняется прежде всего физио-

по верхнему веку и в обратном направлении по нижнему веку не ближе 5 мм от края века [6].

Различные формы лечебно-косметической линии «Айсид», предназначенные для кожи век и лица, учитывают все анатомические и физиологические осо-



бенности этих зон и позволяют осуществлять полноценный лечебно-косметический уход. Известно, что кожа рук также является чувствительной и особенно подвержена ХД в связи с постоянным воздействием внешних факторов окружающей среды и анатомо-физиологическими особенностями. Тыл кистей покрыт тонкой нежной кожей (толщина 1–2 мм), с обилием волосяных луковиц и сальных желез. Для эпидермиса этой зоны характерны малое количество рядов кератиноцитов и небольшая толщина рогового слоя, а дерма и подкожно-жировая клетчатка в области тыла кистей развита слабо и склонна к физиологической атрофии [6]. Эти особенности обуславливают склонность кожи к устойчивой делипидизации эпидермиса, что приводит к повышенной чувствительности, раздражительности, сухости, образованию трещин и развитию ксероза. Кожа ладонной поверхности, напротив, характеризуется значительной толщиной эпидермиса (более 5 мм) и рогового слоя, отсутствием сальных желез и волосяных луковиц, тонким слоем дермы и гиподермы, обилием эккринных потовых желез, участвующих в терморегуляции. Гипергидроз и дисгидроз, кератоз и

трещины – типичные клинические проявления атопического дерматита, хронической экземы и псориаза в этих зонах [4, 7]. Применение специальной формы для кожи рук из линии «Айсида» позволяет оптимизировать схемы лечения и ухода за этой зоной. Основываясь на результатах успешного клинического применения лечебной линии «Айсида» у взрослых пациентов с чувствительной кожей и хроническими дерматозами, мы решили использовать препараты этой серии у детей на ранних стадиях реконвалесценции атопического дерматита, а также у пациентов с ксерозом кожи [10, 11]. Под нашим динамическим наблюдением находятся 20 детей с диагнозом «атопический дерматит» преимущественно средней степени тяжести, в возрасте от 3 до 13 лет (мальчиков – 6, девочек – 14). Всем больным детям были назначены препараты линии «Айсида» с рекомендацией избирательного нанесения 2 раза в день в течение 7–10 дней. В дальнейшем рекомендовано применение препаратов один раз в сутки. До и после лечения препаратами «Айсида» мы проводили определение барьерной функции кожи методом теваметрии. До лечения у всех пациентов индекс ТЭПВ (актив-

ная фаза заболевания) в среднем составлял $9,02 \pm 5,33$ мг/см²хч, через 2 месяца после лечения (клиническая ремиссия) – в среднем $5,56 \pm 2,04$ мг/см²хч, что соответствует показателям ТЭПВ здоровой кожи.

Через 4 недели после основного курса лечения в стационаре пациенты продолжают использование средств лечебной линии «Айсида» однократно в течение дня с целью базового ухода за кожей. Случаев обострения АтД на фоне применения препаратов «Айсида» в сроки до 3 месяцев выявлено не было. Пациенты отмечали значительное улучшение состояния кожи лица (отсутствие сухости, незначительная выраженность складки Денни – Моргана, отсутствие хейлита и трещин углов рта) и кожи рук (хорошая эластичность, отсутствие трещин).

У двух пациентов наметившиеся признаки воспаления были купированы без применения глюкокортикостероидных препаратов благодаря увеличению кратности применения препаратов «Айсида» до 3 раз в день.

В целом на фоне применения лечебной линии «Айсида» мы отметили ряд особенностей течения АтД: отсутствие присоединения вторичной инфекции у всех пациентов, устойчивую нормализацию показателей ТЭПВ (по данным теваметрии).

Дети и их родители отмечали удобство использования препаратов, позитивно реагировали на предложение о продолжении терапии в амбулаторных условиях в качестве базового лечебного ухода. Все пациенты, вошедшие в группу наблюдения, находятся на амбулаторном контроле, визиты к дерматологу осуществляются один раз в две недели. Дальнейшее наблюдение будет продолжено с целью оценки отдаленных результатов использования препаратов.

Проведенный нами анализ реакций на применение средств косметической линии «Айсида» позволяет рекомендовать данные средства в качестве сопроводительной терапии и базового лечебного ухода у больных детей с АтД. ✨

Литература
→ С. 87



Преимущества инновационной лечебной линии «Айсида»

- Выраженное репаративное действие: восстановление барьерной функции кожи за счет активизации собственных механизмов регенерации кожи.
- Уменьшает необходимость использования топических глюкокортикостероидов.
- Высокая эффективность, обусловленная возможностью одновременной транспортировки гидрофильных (внутри липосомы) и липофильных (снаружи липосомы) соединений.
- Эффективное устранение зуда и воспаления, а также другие аллергических проявлений за счет блокирования синтеза провоспалительных цитокинов.
- Отсутствие кумулятивного эффекта и эффекта привыкания, что позволяет применять препараты неограниченно долго (очень важное преимущество для больных АтД).