Средства лечебного и базового ухода в комплексной терапии дерматозов с нарушением кератинизации

Л.А. АНИСИМОВА[1], З.А. КУЗИНА, С.В. ГРЕБЕННИКОВА, О.А. СИДОРЕНКО, В.А. ГРЕБЕННИКОВ

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

The use of the products for medical and basic care in the combined treatment of dermatoses with abnormal keratinization

L.A. ANISIMOVA, Z.A. KUZINA, S.V. GREBENNIKOVA, O.A. SIDORENKO, V.A. GREBENNIKOV

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Ключевые слова: ксероз, дерматозы с нарушением процессов кератинизации, лечебный уход, базовый уход, средства Урьяж.

Key words: xerosis, dermatoses with abnormal keratinization, medical care, basic care, Uriage.

Многие заболевания кожи сопровождаются нарушением кератинизации, что проявляется сухостью или ксерозом. Ксероз — распространенное патологическое состояние, которое возникает вследствие разных причин. Физиологический ксероз отмечается у младенцев и стариков в результате возрастных особенностей, сухость кожи возможна при воздействиях факторов физической, химической или механической природы, также она наблюдается при некоторых заболеваниях внутренних органов (почечная недостаточность, сахарный диабет) [1]. Сухость кожи и сопутствующие ей морфологические изменения в эпидермисе приводят к нарушению ее барьерной функции, а нарушение барьерных свойств кожи зачастую является одним из ведущих этиопатогенетических факторов обострения атопического дерматита, контактных дерматитов, псориаза, экземы и ряда других дерматозов, так как нарушается преграда на пути свободного проникновения различных антигенов и токсинов через эпидермис [2—4]. Нарушение гидролипидной пленки ведет к росту обсемененности кожи различной микрофлорой [5]. Кроме того, ксероз снижает порог восприятия зуда, ведет к расчесам и в итоге — к росту антигенной нагрузки и запуску воспалительной реакции в коже [6].

В силу указанных причин важной задачей терапии указанных дерматозов являются восстановление нарушенного эпидермального барьера, снижение обсемененности кожи патогенной микрофлорой, устранение зуда, защита эпидермиса от агрессивных факторов, что предотвратит чрескожное поступление аллергенов и токсинов, стабилизирует процессы воспаления и гиперплазии за счет снижения концентрации провоспалительных цитокинов, которые вырабатываются в ответ на повреждение рогового слоя. В связи с этим мы сочли целесообразным использование в лечении дерматозов с нарушением кератинизации, наряду со стандартной терапией, дифференцированного лечебного ухода, включающего не только увлажняющие, но и антисептические, кератолитические, противозудные и изолирующие средства. Всем этим требованиям удовлетворяет линейка косметических средств *Урьяж*.

Исследование проводили на базе клиники кожных болезней и консультативной поликлиники Ростовского ГМУ.

Цель настоящего исследования — изучение эффективности применения средств лечебного ухода линии *Урьяж* в комплексном лечении дерматозов с нарушением кератинизации: средств *Прурисед* в терапии зудящих дерматозов, *Кератозана-15* в лечении псориаза, средств *Cu-Zn*$^{+}$ при атопическом дерматите, крема *Барьердерм* у больных контактным дерматитом, которые наряду с увлажнением оказывают соответствующий специфический эффект.

1-ю группу составили 32 пациента: с очаговым (8) и диффузным (5) нейродермитом, дерматитом Дюринга (6), с приобретенными кожными неопластическими синдромами (4), красным плоским лишаем (3), псориазом (3), а также страдающие сенильным зудом (3). Давность заболевания составила 2—8 мес, ведущим симптомом у всех больных был некупирующийся интенсивный зуд. Назначаемые топические глюкокортикостероиды положительного эффекта не давали или не могли быть применены

© Коллектив авторов, 2012

Klin Dermatol Venerol 2012;2:104

[1]e-mail: okt@rostgmu.ru

вследствие большой площади поражения. Всем пациентам назначали системную стандартную терапию наружно в зависимости от локализации очагов на коже или слизистых оболочках, волосистой части головы, а также в зависимости от остроты воспаления — крем или гель *Прурисед*. Он содержит каламин, гликоль, обладающие успокаивающим и противозудным эффектом, который усилен наличием термальной воды *Урьяж*, в креме присутствует масло зерен малины, оказывающее реструктурирующее действие, а в геле — глюконат кальция с противовоспалительным и заживляющим эффектом. *Прурисед* быстро снимал зуд, увеличивал промежутки между вспышками зуда.

В первые же сутки применения средств *Прурисед* положительный в той или иной степени эффект отметили 29 (91%) человек. Через 2 нед на фоне проводимой комплексной терапии зуд полностью купировался у 17 (53%) человек, значительно уменьшился у 8 (25%), уменьшился у 4 (13%) и остался без изменений у 3 (10%). Неэффективной терапия оказалась у больной дерматитом Дюринга, у пациента с кожным неопластическим синдромом и сенильным зудом (по 1 человеку).

При наблюдении за больными, продолжавшееся в течение 6 мес, было установлено, что 20 пациентов из числа получивших эффект от терапии в разные сроки прекратили применение *Пруриседа* в связи с исчезновением зуда, а остальные 9 продолжили его применять значительно реже (при необходимости).

Полученные данные свидетельствуют о высоком противозудном эффекте средств *Прурисед*, позволяющих снять зуд или увеличить промежутки между его приступами, уменьшить интенсивность зуда. Применение данных средств представляет возможность в ряде случаев избежать назначения топических глюкокортикостеродов, имеющих ряд побочных эффектов, противопоказаний к применению, особенно при наличии обширных очагов поражения кожи.

Во 2-ю группу вошли 19 больных вульгарным псориазом с тяжелым течением в возрасте от 19 до 68 лет и со сроком давности заболевания от 8 мес до 29 лет. Обострения дерматоза отмечались 3 раза в год и более. У всех пациентов процесс носил распространенный характер, папулезные бляшки сливались в обширные очаги с выраженным шелушением и трещинами, у 7 пациентов отмечались шелушение в области ладоней и подошв, умеренный гиперкератоз. Пациенты отмечали зуд, сухость и чувство стягивания кожи.

Для объективной оценки тяжести дерматоза и эффективности проводимой терапии мы использовали PASI (Psoriasis Area and SeverityIndex — Индекс распространенности и тяжести псориаза). В исследуемой группе индекс PASI составил 29,7. Стандартная терапия включала наружное применение топических глюкокортикостероидов в сочетании с салициловой кислотой и молочком *Кератозан-15* (2—3 аппликации в день). *Кератозан-15* молочко (масло в воде) содержит кератолитик мочевину и молочную кислоту, увлажняющий комплекс, холестерол и масло подсолнечника, а также термальную воду *Урьяж,* обладающие смягчающим действием.

У большинства пациентов уже к концу 1-й недели терапии уменьшились сухость кожных покровов, чувство стягивания, шелушение бляшек, отмечались признаки регресса воспаления и инфильтрации. Применение увлажняющего средства способствовало эпителизации трещин, увлажнению участков гиперкератоза кожи ладоней и стоп. Через 2 нед терапии улучшение выразилось в снижении PASI на 50%. Через 4 нед клиническая ремиссия была достигнута у 70% пациентов, значительное улучшение — у 19%, улучшение — у 12%, среднее значение PASI составило 5,8.

Включение в схему лечения увлажняющего средства *Кератозан-15* с кератолитическим эффектом обеспечило у всех больных высокую эффективность терапии, быстрый регресс клинических симптомов и субъективных ощущений. Кроме того, устранение сухости кожи, восстановление ее барьерных свойств позволило избежать системной абсорбции топических глюкокортикостероидов, а, следовательно, и их побочных эффектов.

3-ю группу составили 28 детей с атопическим дерматитом. В их комплексном лечении использовали антисептическое противовоспалительное средство *Урьяж — крем дерматологический Cu-Zn*$^{+}$ и другие формы этой линии. Под наблюдением находились больные в возрасте от 2 до 16 лет со среднетяжелой формой заболевания. Пациенты были разделены на две подгруппы. 1-ю подгруппу (3-й группы) составили 17 человек, которые, кроме стандартной терапии, ежедневно 2 раза в сутки на очаги поражения кожи получали *крем Cu-Zn*$^{+}$, на мокнущие зоны — *спрей Cu-Zn*$^{+}$. Для гигиенических процедур использовали *гель Cu-Zn*$^{+}$. Важной составляющей средств являются глюконаты меди и цинка, обеспечивающие антисептическое и противовоспалительное действие. Наличие в креме силикатов и полидеценов, алоэ вера обеспечивает восстановление защитной гидролипидной пленки. В состав спрея входит термальная вода *Урьяж*, оказывающая успокаивающее действие, и смектит, обладающий сильным абсорбирующим влиянием. Во 2-ю подгруппу сравнения (3-й группы) вошли 11 человек, получавшие стандартную терапию, без включения средств ухода *Cu-Zn*$^{+}$. Для объективной оценки эффективности лечения использовали коэффициент SCORAD, отражающий площадь поражения, степень выраженности объективных и субъективных симптомов. Среднее значение индекса SCORAD у пациентов 1-й подгруппы 3-й группы составило 49 баллов, а

2-й подгруппы — 50 баллов. Клиническую оценку эффективности терапии проводили через 2 нед и 6 мес.

На 14-е сутки лечения наблюдалось улучшение состояния пораженной кожи у всех больных, что нашло отражение в снижении значения индекса SCORAD у детей из 1-й подгруппы до 23 баллов и у детей из 2-й подгруппы — до 29 баллов. При этом в 1-й подгруппе у 4 (24%) пациентов патологический кожный процесс полностью разрешился, а у остальных отмечалось значительное улучшение. По окончании курса терапии пациенты продолжали использовать лечебный *крем Cu-Zn*$^{+}$ 1—2 раза в день. Среди детей 2-й подгруппы значительное улучшение зарегистрировано в 5 (46%) случаях, а в остальных — только улучшение.

Во время 6-месячного наблюдения за больными 1-й подгруппы 3-й группы обострений заболевания не выявлено у 9 (53%) детей. На более поздних, чем обычно сроках обострение наступило, но и протекало существенно легче у 7 (41%) детей, и лишь у 1 (6%) пациента изменений не отмечалось. У пациентов 2-й подгруппы обострение наступило в обычные сроки и имело прежнюю степень тяжести у 7 (64%) детей. Некоторое улучшение выраженности дерматоза отмечалось у 4 (36%) пациентов.

В ходе исследования выявлена высокая клиническая эффективность включенных в комплексную терапию атопического дерматита у детей наряду со стандартными средств антисептического, противовоспалительного ухода *Урьяж*, что отразилось не только во время лечения, но и в отдаленные сроки наблюдения.

В 4-й группе оценивали эффективность крема *Барьердерм* у 32 пациентов с аллергическим контактным дерматитом. Возраст больных варьировал от 19 до 72 лет. Среди этих пациентов были медики (хирурги, стоматологи, процедурные медсестры) — 12 человек, парикмахеры — 7, домохозяйки — 13. Дерматит был обусловлен контактом с металлическими молниями, пряжками, косметическими средствами, обувью, продуктами бытовой химии, а также окрашенной тканью. Давность заболевания составляла от 4 нед до 6 мес, высыпания носили распространенный характер с максимальными проявлениями в области контакта. Для лечения пациентов данной группы использовали антигистаминные препараты, наружно кортикостероидные крема (элоком, адвантан) с последующей аппликацией через 15 мин крема *Барьердерм*. *Барьердерм* — изолирующий, восстанавливающий крем, представляющий собой нежирную эмульсию вода в масле, включающий в себя запатентованный комплекс POLY-2P 2%, который защищает и восстанавливает эпидермис. Кроме того, в него входят растительный сквален и стеролы, которые восстанавливают гидролипидную пленку и межклеточный цемент, а также термальная вода *Урьяж*, обладающая увлажняющими и успокаивающими свойствами, глицерин и полидецен, усиливающие увлажняющий эффект. Крем гипоаллергенный, водостойкий.

Через 10—14 дней по достижении эффекта кортикостероидные наружные средства и антигистаминные препараты были отменены, и в дальнейшем применялся только крем *Барьердерм* 2—4 раза в сутки (при локализации на кистях — после каждого мытья рук). Во время наблюдения за больными в течение 6—12 мес рецидивов не выявлено у 28 (88%) пациентов, у 4 пациентов обострение протекало в легкой форме. Все пациенты продолжали работать на своих местах.

Представленные данные позволяют предположить, что крем *Барьердерм* изолирующий можно использовать для лечения и профилактики контактного аллергического дерматита, обеспечивая защиту и восстановление эпидермиса от разнообразных агрессивных факторов.

Выводы

Таким образом, современный подход к наружной терапии хронических дерматозов должен быть комплексным и включать не только увлажняющие средства, но и одновременно решающие ряд проблем: устранение зуда, снижение обсемененности кожи патогенной микрофлорой, уменьшение гиперкератоза, а также позволяющий изолировать поверхность кожи от воздействия различных агрессивных факторов. Результаты исследования средств *Урьяж* свидетельствуют об их высокой эффективности и хорошей переносимости, что позволяет рекомендовать данную лечебную косметику для использования в дерматологической практике при наружном лечении дерматозов с нарушением кератинизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Irvine A.D., McLean W.H.* Breaking the (un) sound barrier: filaggrin is a major gene for atopic dermatitis. J Invest Dermatol 2006; 126: 6: 1200—1202.
2. *Serge J.A.* Epidermal barrier formation and recovery in skin disorders. J Clin Invest 2006; 116: 1150—1158.
3. *Хлебникова А.Н.* Увлажняющие средства в терапии хронических дерматозов. Клин дерматол и венерол 2010; 4: 32—39.
4. *Эрнандес Е., Марголина А., Петрухина А.* Липидный барьер кожи и косметические средства. Косметика и медицина 2005; 6: 35—38.
5. *Короткий Н.Г., Таганов А.В., Тихомиров А.А.* Современная наружная терапия дерматозов (с элементами физиотерапии). Тверь: Губернская медицина 2001; 528.
6. *Белоусова Т.А., Горячкина М.В.* Современные представления о структуре и функции кожного барьера и терапевтические возможности коррекции его нарушений. Рус мед журн 2004; 12: 18: 1082—1084.