

## Эффективность и безопасность препаратов косметической линии «Айсида» в лечении детей с атопическим дерматитом

И.А. Горланов, Л.М. Леина, И.Р. Милявская, С.Ю. Куликова

Кафедра дерматовенерологии (зав. — проф. И.А. Горланов) ГБОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Минздравсоцразвития России

*Атопический дерматит является одним из распространенных кожных заболеваний. Препараты для наружного лечения хронических дерматозов у детей должны обеспечивать свободный транспорт активных веществ в межклеточное пространство и внутрь клетки, не нарушать структуру липидного барьера, восстанавливать эпидермальный барьер и встраиваться в него, заполняя поврежденные участки. Такими свойствами обладает современная липосомальная косметика «Айсида» с активным действующим веществом АСД (антисептик стимулятор Дорогова). Представлены данные, подтверждающие эффективность наружного использования препаратов «Айсида» у детей, страдающих атопическим дерматитом. Эффективность лечения оценивали по динамике индекса SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) и детского дерматологического индекса качества жизни.*

**Ключевые слова:** атопический дерматит, эпидермальный барьер, качество жизни, липосомальная косметика «Айсида»

### EFFICIENCY AND SAFETY OF ISIDA COSMETIC AGENTS IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

I.A. Gorlanov, L.M. Leina, I.R. Milyavskaya, S.Yu. Kulikova

*Atopic dermatitis is one of the prevalent skin diseases. Drugs for external therapy of chronic dermatosis in children should allow free transport of active substances to the cell-cell space and inside the cells, should spare the lipid barrier structure, restore the epidermal barrier and be incorporate in it, filling the damaged sites. Isida, a series of modern liposomal cosmetic means with a DAS (Dorogov's antiseptic stimulant), is characterized by these activities. The efficiency of Isida external agents in children with atopic dermatitis is demonstrated. The treatment efficiency was evaluated by the time course of SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) index and the children's quality of life dermatological index.*

**Key words:** atopic dermatitis, epidermal barrier, quality of life, Isida liposomal cosmetic preparations

Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее распространенных кожных заболеваний, частота его встречаемости у взрослых составляет 2—5%, у детей — до 15—20% [1—5].

Ведение пациентов с АД требует перманентного контроля за состоянием их кожи и индивидуального подбора средств наружной терапии. Больные не всегда нуждаются в назначении интенсивного лечения, им в большей степени требуется правильный уход за кожей [1, 6].

Средства наружной терапии для лечения АД различаются по составу и механизму действия. Первой линией терапии АД в острую стадию являются топические глюкокортикостероиды, которые оказывают противовоспалительное, антиаллергическое и противозудное действие [7—9]. Однако использование сильных топических кортикостероидов приводит к развитию таких нежелательных побочных эффектов, как атрофия кожи, телеангиоэктазии, стрии, вторичные пиодермии. Перечисленные побочные действия ограничивают применение этих препаратов у детей и нередко приводят к развитию стероидофобии, как у

пациентов, так и у врачей [10]. В связи с этим наружное применение топических кортикостероидов коротким курсом в основном оправдано для купирования острой стадии АД. Однако после снятия острых симптомов воспаления перед врачом встает вопрос, какие лекарственные препараты использовать для дальнейшей терапии. В арсенале дерматологов имеется ряд прописей, содержащих такие препараты, как деготь, ихтиол, нафталан, но не всегда имеется возможность их приготовить и не всегда эти препараты отличаются достаточной эффективностью и хорошими органолептическими свойствами. Таким образом, для эффективного наружного лечения АД необходимо сократить срок применения топических кортикостероидов и подобрать препараты для лечения АД в подострую и хроническую стадию заболевания [9].

Универсальное средство для наружного лечения хронических дерматозов у детей должно обладать следующими свойствами: обеспечивать свободный транспорт активных веществ в межклеточное пространство и внутрь клетки без разрушения клеточных мембран и внеклеточных структур; не нарушать структуру ли-

Сведения об авторах:

Горланов И. А. — д-р мед. наук, проф. (venerology@mail.ru); Леина Л. М. — канд. мед. наук, доц.; Милявская И. Р. — канд. мед. наук, доц.; Куликова С. Ю. — ассистент.

пидного барьера; восстанавливать эпидермальный барьер и встраиваться в него, заполняя поврежденные участки. Оно должно быть эффективным, безопасным и применяемым длительно в качестве поддерживающего средства терапии хронических дерматозов в период стихания острых явлений болезни.

Такими свойствами обладает современная липосомальная косметика «Айсида» с активным действующим веществом (антисептик стимулятор Дорогова — АСД), которая рекомендована в комплексной ступенчатой терапии хронических аллергодерматозов и дерматозов сочетанной этиологии в подострую и хроническую стадию, а также в период ремиссии как базовый уход за кожей. Препараты «Айсида» являются современными, улучшенными наружными средствами, разработанными с учетом новейших технологий, их действующим веществом является проверенное временем, наиболее популярное и эффективное традиционное средство АСД [11].

АСД — биогенный модулятор обменных процессов и иммунитета. Представляет собой комплекс органических и неорганических низкомолекулярных компонентов. Применение липосомальной технологии обеспечивает целенаправленный транспорт действующего вещества в глубокие слои кожи и межклеточное пространство. Содержащиеся в АСД предшественники белков (метионин, креатинин, холин, серотонин и др.) стимулируют образование ферментов (глутатион), медиаторов и информационных белков, что приводит к стимуляции синтеза собственного коллагена и эластина и репарации клеток кожи.

К низкомолекулярным компонентам АСД относятся:

- ацетат метиламина (активатор синтеза биологических аминов — холина, серотонина, гистамина, адреналина и др.);
- метилмеркаптан (донор тиолового кофактора, принимающий участие в синтезе глутатиона, метионина, холина, креатинина).

Препарат АСД-3 при наружном применении оказывает стимулирующее действие на ретикулоэндотелиальную систему, нормализует трофику и ускоряет регенерацию поврежденных тканей, обладает выраженным антисептическим свойством. В рекомендуемых дозах не оказывает сенсibiliзирующее и местно-раздражающее действие. Фармакологическим комитетом Минздрава СССР в 1951 г. было разрешено применение обеих фракций АСД, препарат был внесен в фармацевтический справочник М.Д. Машковского (цит. по [11]).

Косметические препараты линии «Айсида» содержат 0,8—1,5% (в зависимости от формы) концентрацию действующего вещества. Данная концентрация достаточна для оказания терапевтического действия, так как липосомальная технология обеспечивает полное и быстрое проникновение вещества в глубокие слои кожи без потери эффективности воздействия. Комбинация 2-й и 3-й фракций АСД обладает комплексом патогенетически направленных механизмов воздействия на поврежденную кожу [11]. Препараты линии «Айсида» дают противовоспалительный, противозудный, антибактериальный эффект, восстанавливают целостность кожного покрова, активируя

собственные репаративные механизмы, оказывают детоксикационное действие. Благодаря технологии липосом «Айсида» глубоко увлажняет и восстанавливает водно-липидный баланс кожи.

Сочетание уникальных свойств косметической линии «Айсида» позволяет пациентам с хроническими дерматозами уменьшить длительность применения кортикостероидных средств, а также обеспечить полноценный уход и лечение в межрецидивный период. Она рекомендована в качестве комплексного базового ухода и сопроводительной терапии у детей, больных АД.

Препарат отличается выраженным репаративным действием (восстанавливает барьерную функцию кожи), устраняет зуд, воспаление и другие аллергические проявления, блокируя синтез провоспалительных цитокинов, не дает кумулятивный эффект и не вызывает привыкания.

Для эффективного транспорта липидов и других лекарственных веществ необходимо придание им оптимальных свойств и форм для проникновения внутрь клетки и проведения активно действующих веществ в глубокие участки межклеточного пространства. Липосомы представляют собой «микрочаптеры» (30—50 нм) из фосфолипидов и являются наиболее удобными физиологическими носителями, которые благодаря высокой степени сродства с живыми клетками способны осуществлять быстрый и глубокий трансэпидермальный транспорт гидрофильных (внутри липосомы) и липофильных (снаружи липосомы) соединений в самые глубокие слои кожи, что важно для людей с чувствительной кожей и хроническими дерматозами.

Для лечения хронических дерматозов у детей могут использоваться следующие препараты из серии «Айсида»: очищающее молочко, крем-гель для рук и крем-гель для сухой и чувствительной кожи.

В косметику «Айсида» кроме АСД входят масляные экстракты цветков липы, корня лопуха, водно-спиртовой экстракт листьев и почек березы, оливковое масло и масло какао, эфирное масло лаванды, коэнзим Q10, вода особо высокой очистки с ионами серебра, комплекс витаминов (А, D, E, F).

Очищающее молочко способствует эффективному очищению кожи. Крем-гель для рук и крем-гель для сухой и чувствительной кожи восстанавливают защитный барьер кожи после агрессивного воздействия внешних факторов, эффективно увлажняют кожу.

Косметические препараты линии «Айсида» имеют приятный запах. Запах АСД присутствует лишь в виде горьковато-дымной ноты, он быстро исчезает при нанесении на кожу.

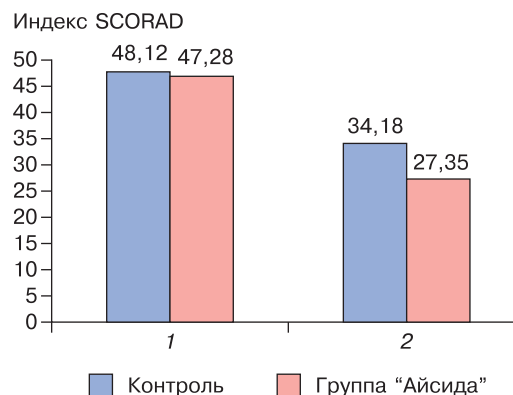
Под нашим наблюдением в кожной клинике Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии находились 30 больных АД в возрасте от 3 до 15 лет, из них у 17 была детская стадия, у 13 — подростково-взрослая. У всех пациентов заболевание началось на 1—2-м году жизни и протекало с периодическими обострениями (2—3 раза в год), чаще в осенне-зимний период. У 24 (80%) детей наследственность была отягощена по атопическим заболеваниям.

Все пациенты жаловались на сильный кожный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время. Поражение кожи у них носило распространенный характер с преимущественной локализацией в крупных складках и сгибах, а также на лице и туловище. В клинической картине преобладали очаги папулезной инфильтрации с нечеткими границами, располагающиеся на эритематозном фоне различной интенсивности. Высыпания представляли собой лихеноидные эпидермодермальные папулы бледно-розового или телесного цвета, местами сливающиеся. В локтевых, коленных сгибах, области лучезапястных и голеностопных суставов на фоне инфильтрации была выражена лихенификация, и обнаруживалось большое количество линейных трещин, эскориаций от расчесов и корочек серозно-геморрагического характера. У всех детей отмечалась выраженная сухость кожи как в очагах поражения, так и на видимо непораженной коже.

Диагноз атопического дерматита устанавливали на основании обязательных и дополнительных критериев. К обязательным критериям в диагностике АД относятся зуд, характерная локализация и морфология высыпных элементов, хроническое рецидивирующее течение заболевания и атопия в анамнезе. Из дополнительных критериев наиболее часто отмечали ксероз, начало заболевания в раннем возрасте, частое присоединение вторичной гнойной инфекции, складки Денни—Моргана и белый дермографизм [5, 12—14].

Всем детям назначили комплексное лечение, включавшее гипоаллергенную диету, антигистаминные препараты, седативные средства и сорбенты. У 12 (40%) пациентов течение АД осложнилось присоединением вторичной гнойной инфекции, по поводу которой провели системную антибактериальную терапию в течение 6—8 дней и наружно использовали антисептические средства. У 18 (60%) пациентов в острую стадию заболевания наружно применяли топические кортикостероиды (3—5 дней).

Эффективность лечения больных оценивали по динамике индекса SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). Индекс SCORAD основан на объективных (интенсивность и распространенность кожных поражений) и субъективных (интенсивность дневного кожного зуда и нарушение сна) критериях. Объективные симптомы (эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутые, эскориации, лихенификация/шелушение, сухость кожи) определяли по



Эффективность лечения пациентов с атопическим дерматитом по динамике индекса SCORAD при использовании препаратов «Айсид» (на 19,98% выше, чем в контрольной группе).

1 — до лечения; 2 — через 14 дней.

4-уровневой шкале: 0 — отсутствие, 1 — слабые, 2 — умеренные, 3 — сильные. Индекс SCORAD рассчитывали по формуле:

$$SCORAD = A/5 + 7B + C,$$

где: *A* — распространенность поражения кожи, *B* — сумма интенсивности клинических симптомов АД, *C* — сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале от 0 до 10.

Значения индекса варьируют от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение АД).

Психологический статус пациентов изучали по детскому дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ) на основании опросника. У детей младшего возраста анкету заполняли родители, подростки это делали самостоятельно [15].

Среднее значение индекса SCORAD при поступлении в клинику составило  $47,28 \pm 3,44$  (колебания значений от 35 до 57). Это были пациенты с легким и среднетяжелым течением заболевания.

Детский ДИКЖ составил в среднем 8 (разброс значений от 2 до 16).

Препараты «Айсид» назначали в подострую и хроническую стадию заболевания в сочетании с традиционной терапией (гипоаллергенная диета, антигистаминные препараты, сорбенты). Крем-гель для рук и крем-гель для сухой и чувствительной кожи наносили на предварительно очищенную молочком «Айсид» кожу. Крем наносили на пораженные участки 2 раза в день. Курс лечения в клинике

Динамика изменения индекса SCORAD и детского ДИКЖ у пациентов с атопическим дерматитом, при использовании препаратов «Айсид» в течение 2 нед

Группа больных	n	Индекс SCORAD		Детский ДИКЖ	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
АД	30	47,28 ± 3,44	27,35 ± 2,80	13,75 ± 1,31	8,31 ± 0,94
В том числе:					
детская стадия	17	48,21 ± 3,69	28,25 ± 3,10	16,75 ± 1,54	10,15 ± 1,04
подростково-взрослая стадия	13	46,06 ± 3,94	26,17 ± 2,94	9,77 ± 1,18	5,92 ± 0,72
Контроль	10	48,12 ± 3,78	34,18 ± 3,09	14,05 ± 1,54	6,71 ± 0,74

## ЛИТЕРАТУРА

данными препаратами составил в среднем 14 дней. Улучшение состояния кожи наступало на 4—7-е сутки лечения в зависимости от тяжести течения заболевания. После выписки из стационара больным было рекомендовано продолжить лечение препаратами «Айсида» с целью базового ухода за кожей 1—2 раза в сутки в течение 1 мес.

На фоне проводимой терапии отметили снижение индекса SCORAD на 42,1% (с  $47,28 \pm 3,44$  до  $27,35 \pm 2,84$ ). Эффективность терапии у пациентов, применявших «Айсиду», была на 19,98% выше, чем в контрольной группе (20 больных, получающие традиционную терапию) (см. рисунок). Клинически выявили уменьшение эритемы, инфильтрации в очагах поражения, значительно уменьшилась сухость кожи. Все больные указали на улучшение субъективных показателей: нормализовался сон и уменьшился зуд. Детский ДИКЖ снизился на 39,4% (с  $13,72 \pm 1,31$  до  $8,31 \pm 0,94$ ). Данные в зависимости от стадии АД представлены в таблице.

Побочных эффектов в процессе лечения препаратами «Айсида» не наблюдали. Улучшение в состоянии кожи у пациентов, использовавших препараты «Айсида», по сравнению с таковыми у тех, кто применял традиционные средства (ланолиновый крем, цинковая паста и т. д.), наступало быстрее. Дети и их родители отмечали хорошую переносимость препарата, удобство в использовании и высокие косметологические свойства (хорошая впитываемость, отсутствие блеска, не пачкает одежду).

Для оценки отдаленных результатов лечения требуется дальнейшее наблюдение за больными.

Таким образом, препараты косметической линии «Айсида» обеспечивают полноценный уход за кожей при лечении АД в подострой и хронической стадии заболевания. Применение средств «Айсида» в комплексной терапии позволяет сократить сроки лечения и пребывания пациентов в стационаре. К препаратам нет привыкания, они безопасны при длительном применении и могут использоваться на всех участках кожного покрова без ограничения площади.

1. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика: Научно-практическая программа. М.: Информатик; 2001.
2. Короткий Н.Г., ред. Атопический дерматит у детей: Руководство для врачей. Тверь: Триада; 2003.
3. Hanifin J.M., Chan S.C. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *Dermatol. Therapy*. 1996; 1: 9—18.
4. Paller Amy S., Mancini A.J. Hurwitz clinical pediatric dermatology: A textbook of skin disorders of childhood and adolescence. Elsevier Saunders; 2011.
5. Weston W.L., Lane A.T., Morelli J.G. Color textbook of pediatric dermatology. Philadelphia: Mosby; 2007.
6. Белоусова Т.А., Горячкина М.В., Филиппова В.А. Consilium medicum. Дерматология. 2009; 3: 15—8.
7. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., ред. Клиническая дерматовенерология: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009: т. 2.
8. Кубанова А.А., ред. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. М.: ДЭКС-Пресс; 2007.
9. Ott H., Hoeger P. Treatment of atopic eczema in childhood. *Padiatrische Praxis* 2004; 65: 445—58.
10. Aubert-Wastiaux H., Moret L., Le Rhun A., Fontenoy A.M., Nguyen J.M., Leux C., et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *Br. J. Dermatol.* 2011; 165(4): 808—14. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10449.x
11. Ключарева С.В. Результаты сравнительного исследования косметической линии «Айсида» и стандартных схем терапии у пациентов с чувствительной кожей и хроническими дерматозами. М.; 2010.
12. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm. Venerol.* 1980; 114(suppl) (Stockh.): 146—8.
13. Uter W., Schwanz H.J., Pfahlberg A., Gefeller O. Atopic signs and symptoms: assessing the 'atopy score' concept. *Dermatology*. 2001; 202(1): 4—8.
14. Williams H.C., Burney P.G., Pembroke A.C., Hay R.J. Validation of the U.K. diagnostic criteria for atopic dermatitis in a population setting. U.K. Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis Working Party. *Br. J. Dermatol.* 1996; 135(1): 12—7.
15. Каурова Т.В. Изучение качества жизни в детской дерматологической практике. В кн.: Материалы II Российской научно-практической конференции «Аллергические и иммунопатологические заболевания — проблема XXI века». СПб.; 2010: 21—2.

Поступила 20.04.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012  
УДК 616.517-092:612.017.1]-078.33-091.8

## Роль CD45RA<sup>+</sup>, CD45RO<sup>+</sup>-лимфоцитов в патогенезе псориаза

В.Р. Хайрутдинов<sup>1</sup>, А.Ф. Михайличенко<sup>1</sup>, А.Л. Пискунова<sup>2</sup>, М.С. Мухина<sup>3</sup>, Г.Н. Тарасенко<sup>4</sup>, А.В. Самцов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. А.В. Самцов) ФГОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>кафедра дерматовенерологии и косметологии (зав. — проф. А.В. Самцов) Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>лаборатория иммуногистохимии (зав. — К.М. Пожарисский) Российского научного центра радиологии и хирургических технологий Росмедтехнологий, Санкт-Петербург; <sup>4</sup>кожно-венерологическое отделение (зав. — доцент Г.Н. Тарасенко) ФГКУ 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого Минобороны России, Красногорск, Московская область