

Рациональная наружная терапия атопического дерматита у детей

По материалам сателлитного научного симпозиума
Российской научно-практической конференции
«Аллергические заболевания — проблема XXI века»
(Санкт-Петербург, 17–18 декабря, 2009 г.)

88

Актуальность темы симпозиума «Рациональная наружная терапия атопического дерматита у детей» обусловлена тем, что атопический дерматит (АтД) характеризуется не только большой распространенностью в детской популяции, но также значительным социально-экономическим ущербом, что обусловлено низким качеством жизни больных и их родителей, дезадаптацией и существенными ограничениями повседневной активности детей, пропусками работы и школы. Особенностью атопического дерматита является колонизация кожи *Staphylococcus aureus* и дрожжеподобными грибами, которые не только определяют высокую частоту вторичного инфицирования, но и напрямую участвуют в патогенезе болезни.

Работа симпозиума носила междисциплинарный характер. Проблема рациональной наружной терапии обсуждалась с позиции клинического фармаколога, аллерголога, дерматолога и педиатра, при этом дискуссия была сконцентрирована вокруг вопросов, связанных с реальной клинической практикой. В большинстве докладов было отмечено, что в течение длительного времени основной наружной фармакотерапии атопического дерматита у детей оставались топические кортикостероиды. Эти препараты обладают быстрым и выраженным эффектом, приемлемы с косметической точки зрения, однако побочные эффекты, свойственные данному классу лекарственных средств (атрофия кожи, телеангиоэктазии, акнеформная сыпь, гипертрихоз и др.) значительно ограничивают их длительное применение. Были представлены современные алгоритмы наружной терапии атопического дерматита, которые предполагают использование топических кортикостероидов в течение непродолжительного времени для купирования обострений с последующим применением этого класса препаратов по требованию (эпизодически) или назначение других средств, как, например, ингибиторов кальциневрина (ступенчатый подход) для длительной поддерживающей терапии. В докладе **Ф.И. Петровского** было подчеркнуто, что такой подход требует разработки письменного плана действий, обучения пациента принципам самолечения, четких инструкций о правилах перехода со ступени на ступень. При отсутствии подобных рекомендаций и навыков ступенчатый подход может привести к неконтролируемому использованию топических кортикостероидов, побочным эффектам терапии и, как следствие, потенцированию стероидофобии.

Н.Г. Короткий, который представлял проблему с позиции дерматолога, отметил, что атопический дерматит имеет хроническое рецидивирующее течение, часто осложняется вторичной инфекцией как бактериальной, так и грибковой природы. Данная патология требует адекватной и постоянной наружной терапии, ухода за кожей, что, очевидно, невозможно при применении только топических кортикостероидов. Были представлены две крайности

в использовании этого класса лекарственных средств: стероидофобия и неконтролируемое использование топических кортикостероидов. **Н.Г. Короткий** представил собственные данные о распространенности стероидофобии — результаты опроса, проведенного в 128 семьях детей с атопическим дерматитом. По данным анкетирования, 89% родителей испытывают беспокойство по поводу того, что их ребенок использует гормональные мази, а 32% опрошенных признались, что самостоятельно отменяли топические стероиды, назначенные врачом. **Н.Г. Короткий** привел также примеры неконтролируемого использования больными топических стероидов для достижения желаемого или поддержания нужного пациенту эффекта без учета ограничений препарата по применению. Подробно были разобраны клинические случаи пациентов, прошедших лечение на базе дерматологического отделения Российской детской клинической больницы г. Москвы, с демонстрацией не только местных (атрофия кожи, гипертрихоз, гнойничковая инфекция кожи), но и системных побочных эффектов (синдром Иценко–Кушинга). Таким образом, большое количество ограничений по применению, противопоказаний у топических кортикостероидов и ингибиторов кальциневрина объясняет сложный алгоритм наружной терапии атопического дерматита, следствием чего является низкая приверженность (комплаентность) пациентов. Вместе с тем, для врача необходима уверенность в эффективности и безопасности лечения.

Отдельное внимание на симпозиуме было уделено вопросу о роли микробиоценоза кожи в патогенезе атопического дерматита. В докладах **Г.А. Новика**, **Н.Г. Короткого**, **Ф.И. Петровского** были представлены данные о роли микробной флоры кожи в формировании и поддержании не только инфекционного, но и аллергического воспаления. При атопическом дерматите более чем у 90% пациентов на коже обнаруживается *S. aureus*. Важность колонизации *S. aureus* при АтД подтверждается наблюдениями о том, что не только у пациентов с заболеванием, явно осложненным инфекцией, но также и у больных без видимых признаков суперинфекции отмечается клинический эффект при комбинированном лечении противостафилококковыми антибиотиками и наружными кортикостероидами. **Г.А. Новик** в своем докладе отдельно выделил участие грибковой флоры в патогенезе АтД, в частности *Malassezia furfur*, которая индуцирует синтез специфических IgE и стимулирует дермальные лимфоциты. Было установлено, что уровень IgE-антител к *Malassezia spp.* прямо пропорционален тяжести атопического дерматита, при этом наличие этих антител в раннем детском возрасте расценивается как неблагоприятный прогностический признак.

Таким образом, по мнению участников симпозиума, при атопическом дерматите, даже при отсутствии явных симптомов вторичного инфицирования всегда необходимо



Одобрено
национальным
альянсом
дерматологов
и косметологов

Скин-кап – инновация, проверенная временем!*

Скин-кап - эффективный
негормональный
препарат для лечения
атопического дерматита
с тройным активным
действием:
противовоспалительным
антибактериальным
противогрибковым.



НОВИНКА
Скин-кап
крем 15 г

отпускается
БЕЗ РЕЦЕПТА

Произведено «Хеминова Интернасьональ, С.А.» Мадрид, Испания для ООО «Инвар®», Россия

www.skin-cap.ru, www.invar.ru

Реклама. Товар сертифицирован.

Регистрационное удостоверение №П N012231/02 от 07.07.2008.

* - В России с 1995 года.

предполагать высокую вероятность присутствия в очаге поражения как бактериальной, так и грибковой флоры и учитывать это при назначении наружной терапии. Возможность применения антисептиков описана в совместных рекомендациях Европейской рабочей группы по атопическому дерматиту и Европейской академии дерматологии и венерологии.

Известно, что максимальной эффективностью обладают средства, воздействующие на все звенья патогенеза болезни. В качестве такого средства для терапии атопического дерматита был разработан препарат Скин-кап, содержащий активированный пиритион цинка. Средства на основе пиритиона цинка, использовавшиеся ранее, хорошо зарекомендовали себя в лечении себорейного дерматита, были химически неустойчивыми (характерное свойство пиритионов) и плохо проникали в глубокие слои эпидермиса. Компании Хеминова Интернасьональ удалось разработать лекарственную форму пиритиона цинка, которая отличается очень высокой стабильностью, так называемый активированный пиритион цинка. Так появился оригинальный препарат Скин-кап для терапии атопического дерматита. В отличие от топических кортикостероидов, активированный пиритион цинка при сопоставимой эффективности не имеет существенных побочных эффектов, и, благодаря уникальному разнонаправленному механизму действия, включающему противомикробную и противогрибковую активность, противовоспалительную и проапоптогенную активность, представляет собой средство наружной терапии атопического дерматита наиболее близкое к оптимальному балансу эффективности и безопасности. В докладе **Ф. И. Петровского** был подробно освещен механизм действия препарата.

Д. С. Коростовцев представил аудитории данные недавно проведенного Российского многоцентрового плацебоконтролируемого исследования КАДЕТ, доказывающие, что препарат активированного пиритиона цинка отличается исключительно высокой эффективностью при атопическом дерматите у детей. При его применении значительно снижалась выраженность симптомов атопического дерматита уже через 7 дней терапии (индекс SCORAD). Очень важно, что в течение первой недели применения существенно увеличивалась доля дней без зуда, а через 3 недели регулярного использования выраженность зуда была минимальной. Применение этого средства сопровождалось в несколько раз меньшей потребностью в использовании топических стероидов и антигистаминных препаратов. У большинства пациентов была достигнута клиническая ремиссия, которая сохранялась на протяжении как минимум 14 дней после отмены препарата. Топические кортикостероиды и ингибиторы кальциневрина также обладают хорошей клинической эффек-

тивностью, угнетают активность воспаления. Важным отличием препарата активированного пиритиона цинка от этих средств является противомикробная и противогрибковая активность, которая имеет существенное значение в терапии атопического дерматита. При атопическом дерматите активированный пиритион цинка обладает значительным положительным эффектом не только на клиническое течение, но и на колонизацию кожи *S. aureus*, который сопоставим с комбинированным использованием мометазона и мощного антисептика повидон-йода. Снижение колонизации *S. aureus* при различных режимах терапии — активированным пиритионом цинка, мометазоном в сочетании с повидон-йодом и мометазоном, отмечалось у 68, 60 и 44% пациентов, соответственно. **Г. А. Новик** в своем докладе доложил результаты исследования И. А. Мокроносковой, в котором было установлено, что ряд кортикостероидов, используемых для местной терапии атопического дерматита, способен стимулировать рост грибов *Malassezia in vitro*, в то время как внесение в среду активированного пиритиона цинка имеет противоположное действие. Важно отметить, что применение топических кортикостероидов и ингибиторов кальциневрина ограничено или противопоказано при инфекциях кожи. Очевидно, что в подобных ситуациях препарат активированного пиритиона цинка должен стать препаратом выбора при наружной терапии атопического дерматита, так как является единственным негормональным некомбинированным средством с тройным активным эффектом: противовоспалительным, противогрибковым и антибактериальным.

Таким образом, по общему мнению выступавших на симпозиуме специалистов, применение препарата пиритиона цинка в терапии атопического дерматита у детей открывает новые возможности. Скин-кап обеспечивает воздействие на все компоненты патогенеза АД; результат терапии сопоставим с эффективностью топических кортикостероидов, отличается высокой безопасностью и хорошей переносимостью. Данный препарат упрощает алгоритм наружной терапии АД, поскольку имеет минимальные по сравнению с топическими стероидами и ингибиторами кальциневрина ограничения по применению как по площади, так и по различным участкам тела и используется при вторичной инфекции. Наличие нескольких лекарственных форм — крема и аэрозоля — дает возможность использовать препарат при различных формах атопического дерматита. Отсутствие опасений возникновения побочных эффектов, связанных с приемом препарата, простая схема применения, несомненно, не только улучшит выполнение врачебных рекомендаций, но и повысит общий эффект терапии и укрепит сотрудничество между больным и врачом.

БИБЛИОГРАФИЯ СИМПОЗИУМА

1. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. Пособие для врачей. М.: 2004. 104 с.
2. Маланичева Т. Г., Саломыков Д. В., Глушко Н. И. Диагностика и лечение атопического дерматита у детей, осложненного микотической инфекцией // Росс. аллергол. журн. 2004. Т. 2. С. 90–93.
3. Мокроносowa М. А., Максимова А. Е., Батурo А. П. и др. Влияние различных методов наружной терапии на колонизацию кожи *Staphylococcus aureus* и течение атопического дерматита // Росс. аллергол. журн. 2004. Т. 1. С. 58–61.
4. Мокроносowa М. А., Пыж В. В., Кашаева О. В. и др. Терапевтический эффект активированного цинка пиритиона у больных с синдромом атопического дерматита/экземы с сенсibilизацией к дрожжеподобным грибам // Росс. аллергол. журн. 2004. Т. 3. С. 83–87.
5. Скрипкин Ю. К., Петровский Ф. И., Феденко Е. С. и др. Активированный пиритион цинка (Скин-кап). Механизмы действия. Клиническое применение // Росс. аллергол. журн. 2007. Т. 3. С. 70–75.
6. Фассахов Р. С., Пампура А. Н., Коростовцев Д. С. и др. Скин-Кап в терапии атопического дерматита у детей (по результатам Российского многоцентрового исследования КАДЕТ) // Росс. аллергол. журн. 2007. Т. 2. С. 75–81.
7. Фассахов Р. С., Пампура А. Н., Коростовцев Д. С. и др. Эффективность и безопасность активированного цинк пиритиона (Скин-кап) в лечении атопического дерматита у детей (результаты Российского многоцентрового исследования) // Вестн. пед. фарм. и нутрициологии. 2006. Т. 3. С. 28–31.
8. Darsow U., Wollenberg A., Simon D. et al. ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2009.