

УДК: 616.5-001/-002-056.3-053.2-085

Коленко І.О.

Місцева зволожуюча терапія у дітей з atopічним дерматитом – запорука успішного протирецидивного лікування

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра педіатрії №2, м. Полтава, Україна

Коленко И.А.

Местная увлажняющая терапия у детей с atopическим дерматитом – залог успешного противорецидивного лечения

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», кафедра педиатрии №2, г. Полтава, Украина

Kolenko I.O.

Using the topical moisturizing agent in children with atopic dermatitis is the cornerstone of the successful preventive treatment

Higher Education Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy", Department of Pediatrics # 2, Poltava, Ukraine

Резюме.

Коленко І.О.

Місцева зволожуюча терапія у дітей з atopічним дерматитом – запорука успішного протирецидивного лікування

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра педіатрії №2, м. Полтава, Україна

У даній статті описуються підходи до ведення дітей з atopічним дерматитом (АД) різного ступеню тяжкості, а саме можливості застосуванні немедикаментозних засобів (зволожуючих засобів, ванн, вологого обгортання та ін.). Atopічний дерматит – це захворювання, що супроводжується вираженим свербіжем, має хронічний перебіг та вражає до 25% дитячої популяції. Ксероз є однією із основних клінічних особливостей АД, що призводить до порушення епідермального бар'єру. В лікуванні ксерозу та з метою попередження трансепідермальної втрати вологи перш за все застосовують топічні зволожуючі засоби, які містять різні пом'якшуючі речовини та/або компоненти, що посилюють бар'єрну функцію шкіри. Більшість з них містять воду, яка забезпечує лише

короткочасний зволожуючий ефект, проте інші компоненти забезпечують основні переваги того чи іншого препарату.

Емоменти повинні бути основою місцевого лікування при легких формах захворювання та займати важливе місце в терапії середнього та тяжкого ступеня хвороби. Вони також є вкрай необхідним компонентом в лікуванні та профілактиці загострень. Тому, слід пам'ятати, що зволожуючі засоби – це суттєва складова та невід'ємна ланка в терапії АД, особливо в дитячій популяції.

Навіть сьогодні бракує систематичних досліджень, щоб визначити оптимальну кількість та частоту застосування зволожуючих засобів. Прийнято вважати, що емоменти необхідно застосовувати таким чином, щоб явища ксерозу були мінімальними. Традиційні зволожуючі засоби випускаються у формі кремів, мазей, масел, гелів і лосьйонів. Більшість сучасних мазей мають велику перевагу, що не містять консервантів, які при нанесенні на пошкоджену шкіру можуть викликати печію та бути занадто жирними для хворих АД. Лосьйони містять більший відсоток води, яка швидко випаровується, тому їх не рекомендується застосовувати у пацієнтів з вираженим ксерозом.

Клінічні випробування щодо порівняння конкретних зволожуючих засобів нечисленні, а опубліковані дані і досі не продемонстрували переваг одного емоменту над іншим. В нашій клініці також є тривалий досвід застосування емоментів у дітей з АД, у тому числі раннього віку. Найчастіше у своїй практиці ми використовуємо Топікрем, Фізюгель та Ойлатум. Для того, щоб проаналізувати ефективність кожного з них, ми виділили 24 дитини віком від 6 місяців до 2 років з встановленим діагнозом atopічний дерматит, період ремісії та порівну розділили їх на три групи. Період спостереження тривав 14 днів. Оцінка ефективності проводилась за допомогою індексу SCORAD, завдяки якому визначали не тільки об'єктивні критерії, але й проводили суб'єктивний аналіз порушення сну та вираженості свербіжку. У ході проведеного дослідження, точніше клінічного спостереження, яке відносить до III рівня доказовості (C), нам вдалося ще раз продемонструвати високу ефективність зволожуючих засобів. Аналізуючи отримані результати, перш за все, хочемо підкреслити хорошу клінічну ефективність усіх трьох емоментів.

Таким чином, вибір зволожуючого засобу – це виключно індивідуальний підхід, адже ідеальний засіб повинен бути безпечним, ефективним, доступним, не містити шкідливих добавок, ароматизаторів та інших потенційно сенсibiliзуючих агентів.

Ключові слова: atopічний дерматит; діти; місцеве лікування

Summary.

Kolenko I.O.

Using the topical moisturizing agent in children with atopic dermatitis is the cornerstone of the successful preventive treatment

Higher Education Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy", Department of Pediatrics # 2, Poltava, Ukraine

This article describes the management of pediatric atopic dermatitis (AD) of all severities and covers the use of nonpharmacologic approaches (eg, moisturizers, bathing practices, and wet wraps). Atopic dermatitis is a chronic, pruritic, inflammatory dermatitis that affects up to 25% of children. Xerosis is one of the cardinal clinical features of AD and results from a dysfunctional epidermal barrier. Topical moisturizers are used to combat xerosis and transepidermal water loss, with traditional agents containing different amounts of emollient, occlusive, and/or humectant ingredients. Although they often include water as well, this only delivers a transient effect, whereas the other components provide the main benefits.

Moisturizers can be the main primary treatment for mild disease and should be a part of the regimen for moderate and severe disease. They are also an important component of maintenance treatment and prevention of flares. Moisturizers are therefore a cornerstone of AD therapy and should be included in the management plans especially in children.

There are a few systematic studies to define an optimal amount or frequency of application of moisturizers. It is generally thought that liberal and frequent reapplication is necessary to reduce xerosis to minimal. Traditional moisturizers are formulated into a variety of delivery systems, including creams, ointments, oils, gels, and lotions. Although most ointments have the advantage of not containing preservatives, which may cause stinging when applied to inflamed skin, they may be too greasy for some patients with AD. Lotions have a higher water content that can evaporate and may be less ideal in those with significant xerosis.

Head-to-head trials between specific moisturizing products are few, and the published information has not demonstrated the preference of one emollient to others. Therefore, the choice of moisturizing agent highly depends on the individual preference. In our clinic we also have a long experience of using emollients in children with AD, including young children. Very often in our practice we use Topicrem, Physiogel and Oilatum. Analyzing efficiency of each, we have identified 24 children aged from 6 months to 2 years with a diagnosis of atopic dermatitis in remission and divided them into three equal groups. Observation period lasted 14 days. Evaluation of efficacy was performed using SCORAD index, determined not only objective criteria but also subjective marks sleep disorders and severity of itching. During the study, accurately clinical observation refers to the third level of evidence (C), we were able to demonstrate again the high efficiency of moisturizers. Analyzing the results, first of all, we want to emphasize the good clinical efficacy of all three emollients.

To conclude, the choice of moisturizers demands an individual approach. The ideal agent should be safe, effective, inexpensive, and free of additives, fragrances, perfumes, and other potentially sensitizing agents.

Keywords: atopic dermatitis; children; topical treatment

Резюме.

Коленко И.А.

Местная увлажняющая терапия у детей с атопическим дерматитом – залог успешного противорецидивного лечения

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», кафедра педиатрии №2, г. Полтава, Украина

В данной статье описываются подходы к ведению детей с атопическим дерматитом (АД) разной степени тяжести, а именно возможности применения немедикаментозных средств (увлажняющих средств, ванн, влажного обертывания и др.). Атопический дерматит - это заболевание, сопровождающееся выраженным зудом, имеет хроническое течение и поражает до 25% детской популяции. Ксероз является одной из кардинальных клинических особенностей атопического дерматита и приводит к нарушению эпидермального барьера. В лечении ксероза и с целью предупреждения трансэпидермальной потери влаги, прежде всего, применяют топические увлажняющие средства, в состав которых входят различные смягчающие вещества и/или компоненты, усиливающие барьерную функцию кожи. Большинство из них содержат воду, которая обеспечивает лишь кратковременный увлажняющий эффект, однако другие компоненты обеспечивают основные преимущества того или иного препарата.

Эмоленты должны быть основой местного лечения при легких формах заболевания и занимать важное место в терапии средней и тяжелой степени болезни. Они также являются крайне необходимым компонентом в лечении и профилактике обострений. Поэтому, следует помнить, что увлажняющие средства - это важная составляющая и неотъемлемое звено в терапии АД, особенно в детской популяции.

Даже сегодня не хватает систематических исследований, чтобы определить оптимальное количество и частоту применения увлажняющих средств. Принято считать, что эмоленты необходимо применять таким образом, чтобы явления ксероза были минимальными. Традиционные увлажняющие средства выпускаются в форме кремов, мазей, масел, гелей и лосьонов. Большинство современных мазей имеют большое преимущество, не содержат консервантов, которые при нанесении на поврежденную кожу могут вызвать жжение и быть слишком жирными для больных с АД. Лосьоны содержат больший процент

воды, быстро испаряются, поэтому их не рекомендуется применять у пациентов с выраженным ксерозом.

Сравнительные испытания между конкретными увлажняющими средствами малочисленны, а опубликованные исследования до сих пор не продемонстрировали преимуществ одного эмоленга перед другим. В нашей клинике также есть длительный опыт применения эмоленгов у больных с АД, в том числе у детей раннего возраста. Чаще всего в своей практике мы используем Топикрем, Физиогель и Ойлатум. Для того, чтобы проанализировать эффективность каждого из них, мы выделили 24 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 2 лет с установленным диагнозом атопический дерматит, период ремиссии и поровну разделили их на три группы. Период наблюдения длился 14 дней. Оценка эффективности проводилась с помощью индекса SCORAD, благодаря которому определяли не только объективные критерии, но и проводили субъективный анализ нарушения сна и выраженности зуда. В ходе проведенного исследования, точнее клинического наблюдения, которое относит к III уровню доказательности (C), нам удалось еще раз продемонстрировать высокую эффективность увлажняющих средств. Анализируя полученные результаты, прежде всего, хотим подчеркнуть хорошую клиническую эффективность всех трех эмоленгов.

Таким образом, выбор увлажняющего средства - это исключительно индивидуальный выбор, ведь идеальное средство должен быть безопасным, эффективным, доступным, не содержать вредных добавок, ароматизаторов и других потенциально сенсibiliзирующих агентов.

Ключевые слова: атопический дерматит; дети; местное лечение

Атопічний дерматит (АД) – це захворювання, яке починається в ранньому віці, має рецидивуючий перебіг і, як правило, є початковим проявом атопії, а у чималій частки дітей – початком «алергічного маршу». Безумовно, АД суттєво знижує якість життя пацієнтів, тому особливе медичне та соціальне значення посідає проблема адекватного та безпечного лікування захворювання. Кому, як не педіатру чи сімейному лікарю приходится вперше зустрічатися з такими дітьми, шукати комплаєнс не тільки з ними, а й в першу чергу з батьками. Саме лікар первинної ланки дає змогу пацієнту зрозуміти що собою представляє АД, які методи діагностики слід застосувати і найголовніше – супроводжує його на етапі як лікування так і повсякденної життєдіяльності, забезпечуючи адекватну якість життя [1]. Звичайно питання діагностики та визначення стратегії лікування в кожному конкретному випадку вирішує алерголог та дерматолог. Однак фахівці загальної практики та педіатри досить часто зустрічаються з пацієнтами-атопіками, в яких шкірні прояви алергії, що реалізуються в ранньому дитинстві, поступово трансформуються в алергічний риніт чи

бронхіальну астму. Тому завдяки клінічному мисленню, тобто здатності аналізувати та синтезувати всі дані про хворого формується власний професійний досвід ведення пацієнтів з АД, адже лікування залежить від багатьох факторів: форми та стадії захворювання, поширеності процесу, віку дитини тощо. В першу чергу це стосується місцевого лікування як базисної терапії, що є запорукою ефективного протирецидивного лікування.

У дітей раннього віку місцева терапія АД, на сам перед, полягає у застосуванні топікальних зволожуючих засобів, водних процедурах, купанні тощо. Власне про такий рутинний арсенал, який є в руках лікарів амбулаторного етапу лікування, буде йти мова у цій статті. Представлена інформація базується на власному досвіді [2] та, перш за все, на діючому міжнародному директивному документі по діагностиці та лікуванні atopічного дерматиту (*Guidelines of care for the management of atopic dermatitis*) [3], де викладені дані оцінені за єдиною системою SORT (класифікація значимості рекомендацій), яка розроблена редакторами американських популярних медичних журналів (*Family Medicine, American Family Physician, Journal of Family Practice, and BMJ USA*) [4]. Саме завдяки таким дослідженням, які проводять фахівці багатьох країн світу в різних сферах медицини, зріс не тільки авторитет до доказової медицини загалом, а найголовніше, що сьогодні практикуючий лікар може користуватися керівництвами (*Guidelines*) у своїй повсякденній діяльності. Однак, лікарі амбулаторної практики у своїй роботі не так часто користуються директивами викладеними за принципом консенсусу, а інколи створення чітких рекомендаційних схем викликає навіть критику, адже їх застосування обмежує здатність клінічно мислити і лікувати пацієнта. Звичайно, кожен з нас по-різному може трактувати термін «логічне мислення», але саме від лікаря залежить вибір і оцінка ефективності лікування. Власне на етапах аналізу щодо перебігу захворювання і його найбільш ймовірного прогнозу і формується клінічне мислення, тобто здатність охопити, проаналізувати і синтезувати всі дані про хворого, які ми отримуємо різноманітними шляхами, одночасно порівнюючи їх з літературними знаннями, клінічними спостереженнями, які і формують власний професійний досвід.

Обговорюючи питання, що стосуються місцевої терапії atopічного дерматиту, зокрема осіб дитячої популяції, ми використали дані отримані в результаті аналізу досліджень різного рівню (рандомізовані контрольовані дослідження, ретроспективний аналіз, окремі випадки). В основному вони сфокусовані на лікуванні, профілактиці та прогнозі і оцінені за допомогою 3-рівневої шкали.

- I. Високої якості пацієнт-орієнтовані докази (достовірні результати, які важливі для пацієнтів: захворюваність, смертність, критерії поліпшення, якість життя і зниження витрат).

- II. Обмеженої якості пацієнт-орієнтовані докази.
- III. Інші дані в тому числі керівних документів, консенсусів, думки, тематичні дослідження, або докази орієнтовані на захворювання (проміжні докази або кінцеві результати, які можуть демонструвати або навпаки не відображати поліпшення показників пацієнтів).

Завдяки аналізу використаних результатів досліджень та на основі доказів представлених в директиві були розроблені клінічні рекомендації. Вони поділяються наступним чином:

- A. Рекомендація базується на сумісних пацієнт-орієнтованих доказах високої якості.
- B. Рекомендація заснована на суперечливих або пацієнт-орієнтованих доказах обмеженої якості.
- C. Рекомендація ґрунтується на підставі консенсусів, окремих думок, тематичних дослідженнях, або доказах орієнтованих на захворювання.

Таблиця 1.

Аналіз рекомендацій щодо місцевого лікування atopічного дерматиту

Рекомендація	Значимість (ефективність) рекомендації	Рівень доказовості
Використання зволожуючих засобів	A	I
Купання та водні процедури	C	III
Застосування зволожуючих засобів після ванни	B	II
Обмежене застосування миючих засобів	C	III
Відмова від додавання у ванну різних засобів та кислоти мінеральної води	C	III
Вологі обгортання	B	II
Застосування топічних глюкокортикостероїдів (ТКС)	A	I
– брати до уваги різні фактори, що впливають на вибір ТКС	C	III
– частота нанесення	B	II
– запобіжне використання ТКС в якості підтримуючої терапії	B	II
– необхідність враховувати побічні ефекти у ході застосування	A	I
– необхідність моніторингу шкірних побічних ефектів сильнодіючих ТКС	B	III
– не потрібен особливий щоденний моніторинг системних побічних ефектів у ході застосування ТКС	C	III
– певні побоювання у застосуванні	B	III
Застосування топічних інгібіторів кальциневрину (ТІК)	A	I
– використання в якості додатку до стероїдних засобів	A	I
– заборона використовувати ТІК у дітей молодше 2-х років	A	I

– посилення місцевих реакцій ТПК після попереднього використання ТКС	В	II
– запобіжне використання ТПК в якості підтримуючої терапії	А	I
– комбіноване використання ТКС та ТПК	В	II
– інформування пацієнтів щодо можливого ризику виникнення шкірних вірусних інфекцій на фоні використання	С	III
– усвідомлювати небезпеку у використанні ТПК	С	III
– не потрібен щоденний моніторинг рівня ТПК в крові	А	I
Запобігання щоденного використання місцевих антистафілококових засобів	А	I
Застосування відбілюючих ванн та мупіроцину інтраназально у пацієнтів з АД середньої тяжкості та тяжким	В	II
Запобігання використанню місцевих антигістамінних	В	II

Ксероз є однією із основних клінічних особливостей АД, що призводить до порушення епідермального бар'єру. В лікуванні ксерозу та з метою попередження трансепідермальної втрати вологи перш за все застосовують топічні зволожуючі засоби, які містять різні пом'якшуючі речовини та/або компоненти, що посилюють бар'єрну функцію шкіри. Більшість з них містять воду, яка забезпечує лише короткочасний зволожуючий ефект, проте інші компоненти забезпечують основні переваги того чи іншого препарату [5]. Наприклад, гліколь, гліцерилстеарат, соєві стероли покривають та пом'якшують шкіру, оклюзивні компоненти, такі як вазелін, діметікон, мінеральне масло утворюють шар, щоб сповільнити випаровування води, а гліцерин, молочна кислота та сечовина є ефективними зволожуючими компонентами, які притягують та утримують воду.

Застосування зволожуючих засобів достовірно збільшує гідrataцію шкіри, що доведено як суб'єктивною оцінкою пацієнтів, так і шляхом об'єктивного вимірювання місткості та провідності води в шкірі за допомогою мікроскопії [5, 6]. Крім того, ряд клінічних випробувань показали, що емоменти зменшують симптоми та ознаки АД, у тому числі свербіж, еритему, десквамацію та ліхеніфікацію шкіри [6-9]. Таким чином, зволожуючі засоби самі здатні знижувати місцеве запалення і як результат – тяжкість захворювання. Крім того, їх постійне використання зменшує необхідність у застосуванні протизапальних препаратів, що призначають для контролю за АД [7, 10, 11]. Емоменти повинні бути основою місцевого лікування при легких формах захворювання та займати важливе місце в терапії середнього та тяжкого ступеня хвороби [12]. Вони також є вкрай необхідним компонентом в лікуванні та профілактиці загострень. Тому, слід пам'ятати, що зволожуючі засоби – це суттєва складова та невід'ємна ланка в терапії АД, особливо в дитячій популяції.

Навіть сьогодні бракує систематичних досліджень, щоб визначити оптимальну кількість та частоту застосування зволожуючих засобів [13]. Прийнято вважати, що емоменти необхідно застосовувати таким чином, щоб явища ксерозу були мінімальними. Традиційні зволожуючі засоби випускаються у формі кремів, мазей, масел, гелів і лосьйонів. Більшість сучасних мазей мають велику перевагу, що не містять консервантів, які при нанесенні на пошкоджену шкіру можуть викликати печію та бути занадто жирними для хворих АД. Лосьйони містять більший відсоток води, яка швидко випаровується, тому їх не рекомендується застосовувати у пацієнтів з вираженим ксерозом.

Застосування пом'якшуючих та зволожуючих засобів дозволяє вирішити проблему шкірного дефекту та пошкодження бар'єрної функції шкіри і є новою важливою сходинкою в лікуванні та контролі проявів АД. До складу цих засобів у різному співвідношенні входять ліпіди, які імітують ендогенні їх композиції і креми, що містять пальмітоїлетаноламін, гліцирризинову кислоту або інші гідроліпіди. Їх рекомендовано застосовувати з метою зменшення симптомів АД, в тому числі сухості шкіри та запалення двічі або тричі на день в залежності від конкретного складника, про що свідчать дані контрольованих досліджень [12, 14, 15].

Важливо підкреслити, що емоменти пройшли премаркетингову нотифікацію керівництва з контролю за продуктами та медикаментами (Food and Drug Administration, FDA) і затверджені як засоби 510 (K), що відновлюють бар'єрну функцію шкіри і не мають токсичного впливу. Хоча дана група засобів не потребує такої суворої та прискіпливої оцінки клінічної ефективності та схвалення FDA щодо безпечності, все ж вони вважаються безпечними додатковим засобом лікуванням, хоч і не дешевим. В аптечній мережі можна також зустріти зволожувачі засоби, які містять кераміди та/або проміжні продукти філагрину, які відіграють важливу роль у функціонуванні рогового шару, утворюючи білково-ліпідний бар'єр, що зменшує потрапляння алергенів та перешкоджає втраті води, але дані комбінації не завжди еквівалентні емолентам. Клінічні випробування щодо порівняння конкретних зволожуючих засобів нечисленні, а опубліковані дані і досі не продемонстрували переваг одного емоленту над іншим. У дослідженні, де приймали участь 39 пацієнтів з легкими та середньо тяжкими проявами АД не виявили відмінностей в ефективності використання протягом трьох тижнів гліцирризинової кислоти в складі гідроліпідного крему (кераміди, холестерин та вільні жирні кислоти у співвідношенні 3:1:1) і зволожуючого крему, що містить продукти нафтової переробки (дермопротектори) [16]. Аналогічні дані отримали у ході порівняння трьох відновлюючих кремів в якості монотерапії у дітей віком 2-17 років з проявами АД від легкого до середнього ступеню тяжкості: один містить гліцирризинову кислоту (BRC-Gly, Atopiclair®), інший – кераміди (BRC-Cer,

EpiCeram®) і третій – протектор на основі продуктів нафтової переробки (OTC-Pet, Aquaphor Healing Ointment®) [17]. Ще одне дослідження продемонструвало аналогічний паритет 4-х тижневого застосування зволожуючого крему на масляній основі і пальмітоїлетаноламідвмісного емолену [12].

В нашій клініці також є тривалий досвід застосування емолентів у дітей з АД, у тому числі раннього віку. Найчастіше у своїй практиці ми використовуємо Топікрем, Фізігель та Ойлатум. Можна багато говорити про ефективність одного чи іншого засобу, адже завдяки багаторічному існуванню на фармацевтичному вони заслужили довіру та посідають одну з перших сходинок в арсеналі місцевих зволожуючих засобів. Для того, щоб проаналізувати ефективність кожного з них, ми виділили 24 дитини віком від 6 місяців до 2 років з встановленим діагнозом атопічний дерматит, період ремісії та порівню розділили їх на три групи. Кожна з груп включала по четверо дітей з легкою формою та середньої тяжкості. Всі пацієнти отримували лише місцеву зволожуючу терапію, а саме: одна група пацієнтів (n=8) двічі на день застосовувала Топікрем, друга (n=8) – Фізігель, а третя (n=8) – Ойлатум. Період спостереження тривав 14 днів. Оцінка ефективності проводилась за допомогою індексу SCORAD, завдяки якому визначали не тільки об'єктивні критерії, але й проводили суб'єктивний аналіз порушення сну та вираженості сверб'ї. Середні значення коефіцієнта SCORAD (kS) на початку лікування достовірно не відрізнялось між групами (kS_{Топікрем} – 31,1; kS_{Фізігель} – 30,9; kS_{Ойлатум} – 29,9). Наступна оцінка, яка проводилась через 7 днів продемонструвала рівноправне зниження клінічного індексу у пацієнтів всіх трьох груп без достовірної різниці між ними, а саме: kS_{Топікрем} – 19,1; kS_{Фізігель} – 18,9; kS_{Ойлатум} – 18,0. Аналогічна динаміка коефіцієнту реєструвалася і на 14 день дослідження (kS_{Топікрем} – 8,6; kS_{Фізігель} – 8,9; kS_{Ойлатум} – 9,1) де шкірні прояви зберігалися, в основному, за рахунок дітей з середньо-тяжкою формою АД. Позитивні характеристики емоленти отримали також від батьків пацієнтів.

Отже, у ході проведеного дослідження, точніше клінічного спостереження, яке відносить до III рівня доказовості (C), але має право на існування, нам вдалося ще раз продемонструвати високу ефективність зволожуючих засобів. Аналізуючи отримані результати, перш за все, хочемо підкреслити хорошу клінічну ефективність усіх трьох емолентів. Таким чином, вибір зволожуючого засобу – це виключно індивідуальний підхід, адже ідеальний засіб повинен бути безпечним, ефективним, доступним, не містити шкідливих добавок, ароматизаторів та інших потенційно сенсibiliзуючих агентів. Незалежно від засобу, який використовується, основна мішень емолену – відновити шкірний бар'єр, що є важливою терапевтичною концепцією, враховуючи наше сьогоденне розуміння патогенезу АД. Актуальними зараз є також дослідження де вивчається як

відновлення та захист шкірного бар'єру з народження зменшує ймовірність розвитку бронхіальної астми у генетично схильних до атопії дітей [18].

Активно обговорюється також ефективність купання та доцільність використання при цьому додаткових засобів. Залежно від того, яким чином здійснюється купання, воно реалізує на шкірі різні ефекти, адже ванна може зволожувати шкіру і видаляти кірки, подразнюючі речовини та алергени, що надзвичайно необхідно для пацієнтів з АД [19]. Однак, при випаровуванні вологи з поверхні шкіри відбувається її ще більша транспідермальна втрата [20]. Таким чином, застосування емоментів одразу після купання є, перш за все, необхідно для підтримки гідратації шкіри [21].

Є кілька об'єктивних даних, з яких можна визначити кращі варіанти купання, але більшість рекомендацій є результатом окремих свідчень експертів або базуються на особистому досвіді. Хоча було проведено одне анкетування, яке свідчить, що більшість пацієнтів з АД віддають перевагу душі, а не ванні. Проте 80% опитаних були діти старше 5 років і немає інших порівняльних досліджень, які б дозволили визначити переваги якої-небудь з форм купання [22]. Також немає ясності щодо її оптимальної частоти і тривалості. Тим не менш, як правило, рекомендується купання один раз в день впродовж 5-10 хвилин з використанням теплої води. Якщо є ділянки з вираженим запаленням шкіри, необхідна їх експозиція у воді протягом 20 хвилин з наступним негайним застосуванням протизапальних засобів (наприклад ТКС), до речі непотрібно витирати шкіру насухо (це важливий терапевтичний нюанс). Техніка «намочити і намазати» може покращити лікувальний ефект у тих випадках, коли недостатньо застосування лише місцевих протизапальних засобів [19].

Рекомендується також застосовувати гіпоалергенні миючі засоби без запаху, які не містять мила (ponsoap) з нейтральним або з низьким рН. Адже мило складається з поверхнево-активних речовин, які взаємодіють з білками і ліпідами рогового шару шкіри і, таким чином, пошкоджують його, викликаючи сухість та подразнення [23]. Більшість сортів мила мають лужну рН, тоді як нормальна рН шкіри становить від 4 до 5,5. Саме тому, для кращої переносимості рекомендується використовувати синтетичні миючі засоби та сурфактанти, що виготовляються за принципом ponsoap, хоча і це твердження базується лише на декількох допоміжних клінічних дослідженнях [24, 25].

Немає також достатньо даних, які б свідчили про ефективність додавання у ванну масла, емоментів та інших компонентів до води у пацієнтів з АД [22]. Ні в одному рандомізованому дослідженні не доведений лікувальний ефект пом'якшуючих речовин, що додаються в ванну. Таким чином, застосування добавок у ванну не може бути однозначно рекомендовано. Використання мінеральної води, для купання (бальнеотерапія) також має

обмежену кількість доказів. Не було продемонстровано і переваг щодо застосування пом'якшуючих засобів перед використанням звичайної води [26].

Одним з методів, який також застосовується при виражених загостреннях та/або резистентних формах АД є вологе обгортання. Методика його полягає в декількох простих кроках. Спочатку дитина знаходиться у ванні з теплою водою протягом 15 – 20 хв. Після цього на вражені ділянки шкіри, поки вона ще волога, швидко наносять топічні препарати у вигляді кремів або мазей (зволожуючі засоби, ТКС). Потім дитину обертають мокрою тканиною або одягають у мокрий бавовняний одяг, після чого одягають у сухі речі. Вологе обгортання можна виконувати в амбулаторних чи стаціонарних умовах тривалістю від 2 до 24 годин, в залежності від переносимості пацієнтом. Курс даного лікування становить декілька днів, хоча є позитивні результати, що рекомендують продовжувати їх протягом 2-х тижнів і більше [27, 28]. За рахунок оклюзії збільшується проникнення місцевих засобів та зменшується втрата води.

Існують данні, що вологі обгортання більш ефективні у комбінації з ТКС ніж із зволожуючими засобами. Проте, слід проявляти обережність застосовуючи сильні та помірні за ефективністю кортикостероїди перед вологим обгортанням, адже це збільшує поглинання ТКС і може призвести до пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, особливо при нанесенні на великі ділянки шкіри. Але цей ризик можна знизити за рахунок зменшення кількості обгортань або розведення сильнодіючих ТКС до 10% або навіть 5% від їх початкової концентрації. Деякі вважають, що з цією метою краще використовувати слабкі ТКС замість їх розведення. Проте вологі обгортання у пацієнтів мають право на існування, адже демонструють позитивні результати, особливо у дітей із АД середньої тяжкості та тяжким.

В результаті проведеного аналізу були висунуті чіткі рекомендації, щодо місцевого лікування атопічного дерматиту:

- застосування емоментів повинно стати невід'ємною частиною лікування пацієнтів з АД, оскільки є переконливі докази, що їх використання може зменшити тяжкість захворювання і необхідність призначення фармакологічних препаратів;
- купання рекомендується для пацієнтів з АД як в рамках лікування так і з метою збереження ремісії, однак немає чітких норм щодо частоти або тривалості купання;
- емоменти слід застосовувати відразу ж після купання, щоб поліпшити зволоження шкіри у пацієнтів з АД;
- рекомендується обмежене використання *nonsoap* миючих засобів (перевага надається з нейтральним та низьких рН, гіпоалергенним, без запаху);

- додавання до ванн масла, пом'якшуючих та інших засобів, а також використання кислої мінеральної води не може бути рекомендовано для лікування пацієнтів з АД через нестачу доказів;
- можна рекомендувати вологе обгортання з або без топічних кортикостероїдів для пацієнтів з помірним і важким перебігом АД з метою зменшення тяжкості захворювання і попередження втрати вологи під час загострень.

Висновок.

Сучасна терапія atopічного дерматиту в першу чергу має патогенетичну спрямованість і основна її мета – це попередження загострень захворювання. Проте лікування АД у дітей, безумовно, має бути комплексним, індивідуальним і залежати від віку дитини, форми та стадії захворювання. Перед лікарем первинної ланки досить часто постає проблема вибору адекватного та ефективного терапевтичного засобу для дитини з легким чи середньотяжкого перебігом АД. Тому аналіз різних методів лікування з позицій доказової медицини є однією з необхідних умов формування особистої клінічної думки у кожного з лікарів, які опікуються пацієнтами хворими atopічним дерматитом.