ным риском развития АД по сравнению с аллелем GSTP1 Ile105Val A и генотипом GSTP1 Ile105Val AA (OR_A = 1,83; 95% CI 1,03–3,24 и OR_{AA} = 2,44; 95% CI 0,67–8,89 соответственно). Риск развития АД у аномальных гомозигот в 4,69 раз выше, чем у детей с «диким» генотипом. Риск развития патологии у детей с аномальной аллелью выше в 3,32 раза.

Выводы:

1. Факторами риска развития АД в популяции коренных жителей Забайкальского края являются наличие в геноме пациента генотипа GG промоторного участка гена *GSTP1* Ile105Val (A-G), генотипа A/A IL-10 в позиции G-1082A, генотипа GG гена *TNFα* в позиции G-308A.

2. Особенностью популяции Забайкальского края является носительство гетерозиготного генотипа G/A IL-17A в позиции G 197A.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Гречанина Е.Я., Безродная А.И. Феномен фенотипической синтропии при некоторых аллергических заболеваниях. *Клінічна генетика*. 2011; Вып. 1–2: 197.

[Grechanina E. Y., Bezrodnaya A.I. The phenotypic Phenomenon of syntropy in some allergic diseases. *Klinichna genetika*. 2011; 1–2: 197]. (in Ukraine)

2. Желенина Л.А., Иващенко Т.Э., Ефимова Н.С. , Раменская И.П., Сиделева О.Г., Орлов А.В. Полиморфизм генов семейства глутатион-S-трансферазы (GST) при бронхиальной астме у детей. *Аллергология*. 2003; 2: 8–14.

[Zhelenina L.A., Ivashchenko, T.E., Efimov N., Ramensky I.P., Sideleva O.G., Orlov V.A. Polymorphism of genes of the family of glutathione-S-transferase (GST) in bronchial asthma in children. *Allergologiya*. 2003; 2: 8–14]. (in Russian)

3. Карпова А.В. *Сочетанный анализ аллельного полиморфизма генов цитокинов TNFA, IL-4, IL-5 и HLA-DRB1, -DQA1, -DQB1 при различных вариантах клинического течения атопического дерматита*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 2009.

[Karpova A.V. *Combined analysis of the allelic polymorphism of cytokine genes TNFA, IL-4, IL-5 and HLA-DRB1, -DQA1, -DQB1 at different variants of the clinical course of atopic dermatitis: author.* Dis. Novosibirsk; 2009]. (in Russian)

4. Кетлинский С.А., Симбирцев А.С. *Цитокины*. СПб.: Фолиант; 2008.

[Ketlinsky S. A., Simbirtsev A.S. *Cytokines.* St. Peterburg: Foliant; 2008]. (in Russian)

5. Коненков В.И., Голованова О.В., Дортман В.В., Шевченко А.В., Карпова А.В. Полиморфизм гена TNFα и неравновесие сцепления TNFα и HLA-генов II класса (DRB1, DQA1 и DQB1) в популяции сибирских европеоидов. *Иммунология*. 2008; 1: 6–10.

[Konenkov V.I., Golovanova O.V., Dortman V.V., Shevchenko V.A., Karpova A.V. Gene Polymorphism TNFα and disequilibrium clutch TNFα and HLA-class II genes (DRB1, DQA1 and DQB1) in the population of Siberian Caucasoids. *Immunologiya,* 2008; 1: 6—10]. (in Russian)

6. Гречанина Е.Я., Богатырева Р.В., Волосовец А.П., ред. *Медицинская генетика: учебник.* Киев: ВСИ «Медицина»; 2010.

[Grechanina E.Ya, Bogatyreva R.V., Volosovets A.P., eds. *Medical genetics: a textbook.* Kiev: Meditsine; 2010]. (in Russian)

7. Сафронова О.Г., Вавилин В.А., Ляпунова А.А. Взаимосвязь между полиморфизмом глутатионовой S-трансферазы P1 бронхиальной астмой и атопическим дерматитом. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 2003; 1: 73–5.

[Safronova O. H., Vavilin V. A., Lyapunova A.A. The Relationship between polymorphism of glutathione S-transferase P1 bronchial asthma and atopic dermatitis. *Byulleten eksperimentalnoy biologii i meditsiny*. 2003; 1: 73–5]. (in Russian)

8. Фрейдин М.Б., Брагина Е.Ю., Огородова Л.М., Пузырев В.П. Генетика атопии: современное состояние. *Вестник ВОГиС*. 2006; 3: 492–503.

[Freydin M.B., Bragina E.Yu., Ogorodova L.M., Puzyrev V.P. Genetics of atopy: current status. *Vestnik Vavilovskogo obshchestva genetikov i selektsionerov*. 2006; 3: 492–503]. (in Russian)

9. Bettelli E., Korn T., Vijay K. Th17: the third member of effector T cell Trilogy. *Immunol.* 2007; 19(6): 652–657.

10. Kurschus F.C., Croxford A.L., Heinen A.P., Wцrtge S, Ielo D, Waisman A. Genetic proof for the transient nature of the Th17 phenotype. *Eur. J. Immunol. 2010*; *40*(12): 3336–46.

Поступила 17.03.15
Received 17.03.15

© ПАШИНЯН А.Г., 2015

УДК 615.262.454.1.03:616.5-036.12

Эффективность применения средств дерматологической косметики у пациентов с хроническими дерматозами

Пашинян А.Г.

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 117997, г. Москва

Представлены данные, подтверждающие клиническую эффективность восстанавливающего крема Cicalfate Avene ("Pierre Fabre", Франция) у пациентов с дерматозами, а также в реабилитационный период после проведения косметологических процедур, нарушающих целостность кожного покрова. Были проанализированы объективные и субъективные данные о переносимости, эффективности и безопасности крема Cicalfate.

Ключевые слова: *нарушение эпидермального барьера; заживление, восстанавливающий крем; после проведения косметологических процедур, хронические дерматозы, атопический дерматит, сукральфат, термальная вода Авен.*

Для цитирования: Пашинян А.Г. Эффективность применения средств дерматологической косметики у пациентов с хроническими дерматозами. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(5): 48-55.

EFFICIENCY OF DERMATOLOGICAL COSMETIC CREAM IN PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES

Pashinyan A.G.

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, 117997, Moscow, Russia

The data presented in this paper confirm the clinical efficiency of Cicalfate Avene regenerating cream ("Pierre Fabre", France) in patients with dermatoses and during rehabilitation after cosmetological procedures involving violation of the integrity of the skin integument. Objective and subjective data on the cream tolerance, efficiency, and safety are analyzed.

Key words: *epidermal barrier violation; healing; regenerative cream; rehabilitation after cosmetological procedures; chronic dermatosis; atopic dermatitis; sucralfate; Avene thermal water.*

Citation: Pashinyan A.G. Efficiency of dermatological cosmetic cream in patients with chronic dermatoses. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2015; 18(5): 48-55. (in Russian)

Нарушения эпидермального барьера возникают как под воздействием внешних факторов (холодный ветер, сухой воздух, длительная инсоляция), так и при ряде кожных и соматических заболеваний. Клиническими проявлениями повреждения кожного барьера являются сухость, шелушение и изменение толщины, цвета и эластичности кожи. Частое использование очищающих средств, содержащих поверхностно-активные вещества, обработка кожи спиртосодержащими тониками и лосьонами, использование подсушивающих масок и средств декоративной косметики разрушают гидролипидную мантию. Аналогичный эффект могут вызвать химический и механический пилинги, лазерные процедуры и другие косметологические вмешательства.

Даже при незначительном нарушении эпидермального барьера и повышении его проницаемости кератиноциты начинают вырабатывать цитокины, регулирующие процесс восстановления рогового слоя. При обширном или слишком частом повреждении рогового слоя эти цитокины запускают воспалительную реакцию [1].

До настоящего времени актуальна проблема восстановления нарушенных барьерных свойств кожи после косметологических процедур, таких как неаблятивные воздействия, химические пилинги, эпиляции и др., сопровождающихся травматизацией кожного покрова, у пациентов с дерматозами, в основе которых лежат воспалительные и десквамативные процессы, происходящие в эпидермисе. Барьерная функция эпидермиса человека восстанавливается на 60% через 12 ч, а полное восстановление занимает до 72 ч [2].

Большинство осложнений, развивающихся в результате проведения косметологических процедур, являются неспецифическими и формируются в результате непосредственного повреждения целостности кожного покрова или развития воспалительной реакции. Именно поэтому применение наиболее эффективных дерматокосметических наружных средств в реабилитационный период способствует предотвращению возможных нежелательных последствий и устранению нарушений до полного восстановления выявленных нарушений.

Кроме того, большое значение имеет правильный ежедневный уход за сухой поврежденной кожей в период ремиссии и профессиональный подбор смягчающих, увлажняющих и антисептических препаратов, что позволяет значительно удлинить сроки ремиссии. При этом косметические средства для ухода за поврежденной кожей не должны нарушать ее физиологические характеристики.

Нарушения целостности кожного покрова могут спровоцировать микротравмы, укусы насекомых, мацерация, поэтому важной составляющей ухода является профилактика бактериальной инфекции с целью предупреждения нежелательного инфицирования кожи [3].

Концентрация внимания на состоянии кожи, «уход в болезнь», чувство тревоги, отчаяния и безнадежности нередко в конечном итоге приводят к выявляемой у больных социальной дезадаптации личности и хроническому стрессу [4].

Наиболее важным показателем эффективности терапии дерматозов и ухода за кожей пациентов в период реабилитации после инвазивных косметологических процедур является качество жизни пациентов. Лечебные косметические средства ухода оказывают не только местное, но и общее воздействие на организм. Исчезновение или уменьшение клинических проявлений благоприятно сказывается на общем и психическом состоянии пациента [5].

Быстрая негативация субъективных и объективных ощущений, таких как зуд, эритема, отек, шелушение и др. у дерматологических пациентов приводит к значительному облегчению состояния больного. Кроме того, как показали недавние исследования[6], блокирование медиаторов воспаления на раннем этапе воспалительного процесса уменьшает стимуляцию меланоцитов, ответственных за формирование длительной поствоспалительной гиперпигментации кожи, вызывающей у больных беспокойство и эстетическую неудовлетворенность.

Учитывая полученные данные, в комплексную терапию заболеваний кожи взрослых и детей, а также для оптимизации процесса реабилитации после проведения косметологических процедур, нарушающих целостность кожного покрова, рекомендуется включать восстанавливающий крем Cicalfate Avene («Pierre Fabr», Франция), термальную воду Avene.

Сведения об авторе:

Пашинян Альбина Гургеновна, доктор мед. наук, профессор (stso@rambler.ru).

Corresponding author:

Pashinyan Albina, MD, PhD, DSc, prof. (stso@rambler.ru).

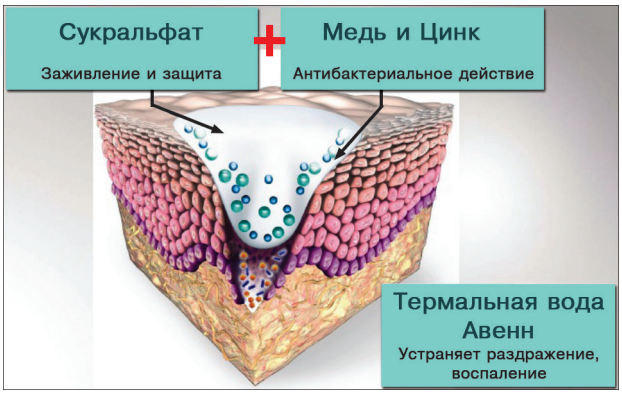

Рис. 1. Активные компоненты, уникальное запатентованное сочетание.

Cicalfate Avene выпускают в виде крема, состоящего из гидрофильной жировой основы и воды, применяемой при неострых воспалительных процессах, сухости кожи и снижении ее эластичности. Противовоспалительное действие связано с охлаждением кожи за счет воды, находящейся в креме, а отсутствие порошкообразных веществ исключает подсушивающее действие и делает кожу более мягкой и эластичной.

Восстанавливающий крем Cicalfate Avene, разработанный на основе термальной воды Avene, содержит сульфаты меди и цинка, окись цинка, сукральфат микронизированный (**рис. 1**).

Благодаря уникальному составу и наличию комплекса микроэлементов крем Cicalfate Avene обладает асептическим действием, снимает раздражение кожи, способствует заживлению поверхностных повреждений эпидермиса, успокаивает и увлажняет кожу. Антибактериальный комплекс медь-цинк (Cu-Zn) усиливает заживляющее действие сукральфата [7].

Поэтому при таких заболеваниях, как атопический, пеленочный, периоральный, радиационный дерматит, экзема, варикозные язвы и др. при наличии риска вторичного инфицирования кожи в качестве противовоспалительного средства, не содержащего топические глюкокортикостероиды (ГКС), целесообразно использовать крем Cicalfate Avene [7–10].

Цинк, являющийся важнейшим с точки зрения гомеостаза организма человека микроэлементом, играет крайне важную роль в физиологии кожи и ее придатков. При его недостатке возможно повышение в крови уровня углеводов и устойчивости к инсулину, а также усиление окислительного повреждения тканей и ран [11]. В коже человека содержится 6% цинка от его общего содержания в организме, а концентрация в эпидермисе (50–70 мкг на 1 г сухой массы) выше, чем в дерме (5–10 мкг на 1 г сухой массы), что, вероятно, отражает активность цинк-зависимых ДНК- и РНК-полимераз в клетках базального слоя эпидермиса с высоким митотическим индексом [12]. Цинка оксид обладает противовоспалительным, подсушивающим, адсорбирующим, вяжущим и антисептическим свойствами; при этом в отличие от растворимых соединений цинка оксид практически не растворим в воде, поэтому оказывает гораздо меньшее раздражающее действие.

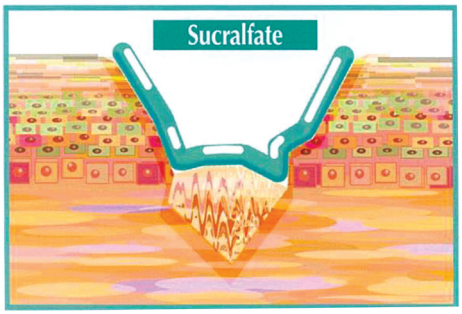

Рис. 2. Механизм формирования защитной пленки.

Дефицит цинка и нарушения его метаболизма являются патогенетическим звеном возникновения некоторых кожных болезней. В ряде исследований [12–14] были опубликованы данные о клинической эффективности наружных средств, содержащих цинк, у пациентов с пеленочным дерматитом.

Содержание цинка в сыворотке крови и в коже снижено у пациентов с артериальными и венозными язвами голени [15–18].

Сукральфат, по химическому строению сложное соединение: сахар (фруктоза + глюкоза) в виде основной соли, успешно используемый для лечения язвы желудка и нарушений процесса пищеварения, нашел применение в дерматологии, в частности при венозных трофических язвах, радиационном дерматите и др. Было доказано [19–21], что на фоне применения крема, в состав которого входит сукральфат, ускоряется процесс заживления поврежденной кожи.

Патогенез заживляющего действия сукральфата основан на его способности в кислой среде становиться отрицательно заряженным и высоком сродстве к протеинам поврежденных тканей, заряженным положительно. Механическая защита основана на формировании «защитной повязки», создающей идеальные условия для заживления раневых поверхностей (**рис. 2)**

Известно [22], что пролиферация фибробластов, индуцированная рядом цитокинов и факторов роста, сопровождается активной миграцией эндотелиальных клеток к месту травмы. Сукральфат улучшает процесс образования грануляционной ткани, регулирует синтез медиаторов воспаления, в частности интерлейкина-1, способен ослаблять течение острой фазы воспаления.

Термальная вода Авен обладает противовоспалительными свойствами благодаря сбалансированному составу: нейтральному pH (7,5), низкой минерализации (207 мг/л), достаточной концентрации бикарбонатов кальция, магния, кремния, цинка, меди и других микроэлементов. За счет торможения образования гидроксил-радикалов и супероксид-радикалов, термальная вода Авен способна блокировать «цепную реакцию», препятствуя их разрушительному действию на биологические мембраны и ДНК [23–25].

В 2002 г. D. Guerrero и соавт. [9] представили результаты открытого мультицентрового исследования клинической эффективности использования крема Avene Cicalfate на поврежденной чувствительной коже 202 пациентов в возрасте от 1 до 85 лет, про-

Рис. 3. Структура медицинских показаний для назначения крема Cicalfate.

веденного 45 дерматологами Франции. В клиническое исследование были включены пациенты с себорейным, контактным, аллергическим, атопическим, периоральным, пеленочным дерматитом, а также после косметических процедур: криотерапии и электрокоагуляции, химического пилинга, применения лазеров и др. Крем наносили 2 раза в день на протяжении от 2 до 30 дней. Переносимость крема как высокую и очень высокую оценили 94% пациентов, клиническую эффективность при назначении после хирургических вмешательств как высокую и очень высокую оценили 90% пациентов.

Цель работы – оценить эффективность и безопасность восстанавливающего крема Cicalfate Avene (фармацевтическая компания "Pierre Fabre", Франция) у пациентов с заболеваниями кожи различной этиологии и локализации, а также в реабилитационный период после косметологических процедур.

Материалы и методы

В период с 2014 по 2015 г. в 12 городах России было проведено открытое клиническое исследование эффективности и безопасности восстанавливающего крема Cicalfate Avene с участием 62 дерматологов, Под наблюдением находились 1475 пациентов (500 мужского пола и 975 женского пола) в возрасте от 1 года до 70 лет и старше; 39% пациентов обоего пола были в возрастной группе от 25 до 40 лет.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica 6.0. Использовали *t*-критерий Стьюдента. Статистическая значимость различий соответствовала 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

В рамках исследования были определены показания для применения крема Cicalfate. У 7,5% пациентов диагностировали периоральный дерматит, у 7,3% – атопический дерматит, у 7,2% – аллергический дерматит с локализацией на коже лица и верхних конечностей, у 6,8% – хейлит, у 6,7% – истинную экзему без мокнутия, у 3,2% – *Herpes labialis*, у 2,2% кормящих женщин – трещины сосков. Восстанавливающий крем Cicalfate назначали на ожоговые поверхности у 4,1% пациентов, в реабилитационный период после косметологических процедур (удаления папиллом, остроконечных кондилом, сосудистых «звездочек» и др.), после пилингов (химического, лазерного), фотоомоложения, мезотерапии – у 13,6% (**рис. 3**)

При проведении исследования были отдельно выделены медицинские показания, встречающиеся менее чем в 1% случаев: ретроаурикулярные трещины, солнечная эритема, язвы при варикозной болезни, после укусов насекомых и др.

Результаты исследования показали, что в детском возрасте чаще использовали крем Cicalfate у пациентов с атопическим дерматитом и ягодичной эритемой без мокнутия. В подростковом и юношеском возрасте чаще применяли крем Cicalfate у пациентов с атопическим дерматитом и хейлитом. В возрасте 25–29 лет преобладали назначения крема Cicalfate у пациентов в реабилитационный период кожи после косметологических манипуляций и процедур, а также при хейлите и периоральном дерматите.

Отмечены некоторые различия в показаниях к назначению восстанавливающего крема в зависимости от пола пациента.

После косметологических процедур применяли крем 19% пациентов женского пола и 8% мужского, при атопическом дерматите соответственно 7% и 10%, при периоральном дерматите – соответственно 10% и 6%.

Таблица 1

Состав и свойства крема Cicalfate

Состав	Свойства
Термальная вода Авен – 45%	Противовоспалительное, успокаивающее действие
Сульфат меди – 0,2% Оксид цинка – 4% Сульфат цинка – 0,1%	Антибактериальное, противовоспалительное действие
Сукральфат – 1%	Заживляющее действие

В процессе исследования были систематизированы основные показания для назначения крема (**табл. 1**) Cicalfate в зависимости от возраста пациентов (**табл. 2–5**). В процессе исследования проанализированы частота применения в сутки и длительность курса использования крема Cicalfate в зависимости от степени тяжести заболевания и площади патологического кожного процесса.

На основании полученных результатов была предложена наиболее эффективная и удобная схема применения крема Cicalfate – 2 раза в сутки в течение 14 дней (**рис 4**). В соответствии с протоколом исследования всех пациентов разделили на две группы: пациенты 1-й группы наносили только крем Cicalfate, пациенты 2-й группы сочетали нанесение крема с приемом системных препаратов, назначаемых по показаниям. Только крем Cicalfate применяли 54% пациентов, 46% пациентов в комплексную схему лечения наряду с нанесением крема включали медикаментозные средства: антибиотики, антимикотики, ретиноиды, противовирусные, антигистаминные, системные или топические кортикостероиды.

Эффективность применения крема Cicalfate оценивали по следующим параметрам: значительное улучшение, улучшение, без эффекта, ухудшение. Учитывалась выраженность симптомов в баллах от 0 до 3: 0 – симптомы отсутствуют, 1 – слабо выражены, 2 – умеренно выражены, 3 – сильно выражены.

Значительное улучшение констатировали разрешение большинства клинических симптомов по сравнению с исходным состоянием с сохранением слабовыраженной эритемы при отсутствии субъективных симптомов; улучшение – при уменьшении большинства клинических симптомов по сравнению с исходным состоянием с сохранением слабовыраженной эритемы при отсутствии субъективных симптомов; без эффекта – в случаях, когда клинические симптомы не изменялись по сравнению с исходным состоянием, ухудшение – при ухудшении клинических симптомов по сравнению с исходным состоянием. Тяжесть течения заболевания оценивали в баллах: от 1 до 10 баллов – легкая степень тяжести, от 10 до 18 баллов – средняя степень тяжести, от 18 до 24 баллов – тяжелое течение.

Таблица 2

Распределение пациентов возрастной группы от 0 до 14 лет в зависимости от основных показаний для назначения крема Cicalfate

Показания	Возраст, годы			Всего пациентов
	0–4	5–9	10–14	
После косметологических процедур	0	0	0	0
Обработка послеоперационных швов	0	1	1	2
Ожог	0	2	2	4
Поверхностная трещина, экскориация	2	4	7	13
Межпальцевые трещины	0	0	0	0
Ягодичная немокнущая эритема	25	0	1	26
Зуд	1	3	3	7
Контактный аллергический дерматит	1	2	4	7
Атопический дерматит	8	11	12	31
Экзематиды	1	0	2	3
Экзема сухая	5	5	8	18
Контактный аллергический дерматит (на коже лица, верхних конечностей)	1	4	3	8
Периоральный дерматит	3	7	7	17
Herpes labialis	0	1	4	5
Хейлит	1	4	8	13
Другое	29	3	4	36
Всего…	77	47	66	190

Таблица 3

Распределение пациентов возрастной группы от 15 до 29 лет в зависимости от основных показаний для назначения крема Cicalfate

Показания	Возраст, годы			Всего пациентов
	15–19	20–24	25–29	
После косметологических процедур	8	6	33	47
Обработка послеоперационных швов	8	12	22	42
Ожог	5	6	12	23
Поверхностная трещина, экскориация	3	1	8	12
Межпальцевые трещины	0	7	6	13
Ягодичная немокнущая эритема	2	0	1	3
Зуд	6	4	9	19
Контактный аллергический дерматит	9	10	4	23
Атопический дерматит	18	19	18	55
Экзематиды	3	7	7	17
Экзема сухая	4	10	10	24
Контактный аллергический дерматит (на коже лица, верхних конечностей)	11	13	19	43
Периоральный дерматит	16	13	26	55
Herpes labialis	8	5	11	24
Хейлит	14	23	26	63
Другое	9	5	15	29
Всего…	124	141	227	492

Таблица 4

Распределение пациентов возрастной группы от 30 до 44 лет в зависимости от основных показаний для назначения крема Cicalfate

Показания	Возраст, годы			Всего пациентов
	30–34	35–39	40–44	
После косметологических процедур	32	44	21	97
Обработка послеоперационных швов	29	10	7	46
Ожог	11	9	4	24
Поверхностная трещина, экскориация	7	7	1	15
Межпальцевые трещины	10	5	4	19
Ягодичная немокнущая эритема	1	3	4	8
Зуд	9	9	5	23
Контактный аллергический дерматит	8	1	4	13
Атопический дерматит	7	10	8	25
Экзематиды	6	7	4	17
Экзема сухая	7	13	14	34
Контактный аллергический дерматит (на коже лица, верхних конечностей)	19	9	8	36
Периоральный дерматит	16	12	7	35
Herpes labialis	11	2	3	16
Хейлит	9	11	4	24
Другое	0	11	12	23
Всего…	182	163	110	455

Таблица 5

Распределение пациентов возрастной группы от 45 до 59 лет в зависимости от основных показаний для назначения крема Cicalfate

Показания	Возраст, годы			Всего пациентов
	45–49	50–54	55–59	
После косметологических процедур	23	24	13	60
Обработка послеоперационных швов	4	6	2	12
Ожог	5	6	1	12
Поверхностная трещина, экскориация	1	2	1	4
Межпальцевые трещины	4	4	3	11
Ягодичная немокнущая эритема	1	1	0	2
Зуд	8	8	7	23
Контактный аллергический дерматит	1	4	1	6
Атопический дерматит	6	2	0	8
Экзематиды	8	4	0	12
Экзема сухая	13	7	9	29
Контактный аллергический дерматит (на коже лица, верхних конечностей)	13	7	5	25
Периоральный дерматит	9	4	3	16
Herpes labialis	6	1	0	7
Хейлит	1	2	7	10
Другое	0	5	2	7
Всего…	103	87	54	244

В соответствии с протоколом исследования до начала нанесения крема, в процессе и после окончания учитывалась степень выраженности показаний и эффективность терапии. У всех больных определяли дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС), оценивающий по 4-балльной шкале основные симптомы: эритему, отек, мокнутие, лихенификацию, папулы, сухость, шелушение, трещины, зуд: 0 – отсутствие симптома, 1 балл – симптом слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. Изменение выраженности симптомов отражало динамику эффективности терапии.

Врачи и пациенты заполняли стандартизированную анкету-опросник для общей оценки состояния кожи до и после применения крема Cicalfate**,** выраженности жалоб и вызываемых ими нарушений

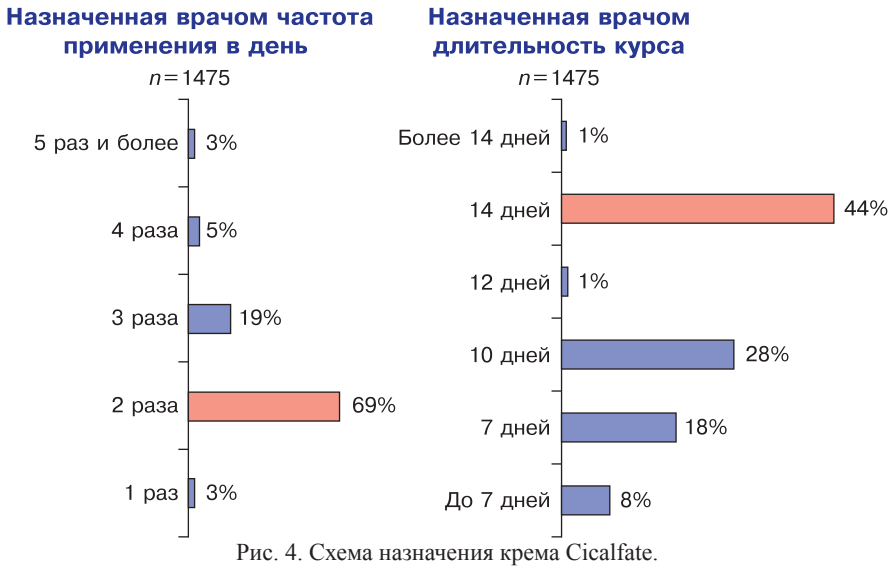

Рис. 4. Схема назначения крема Cicalfate.

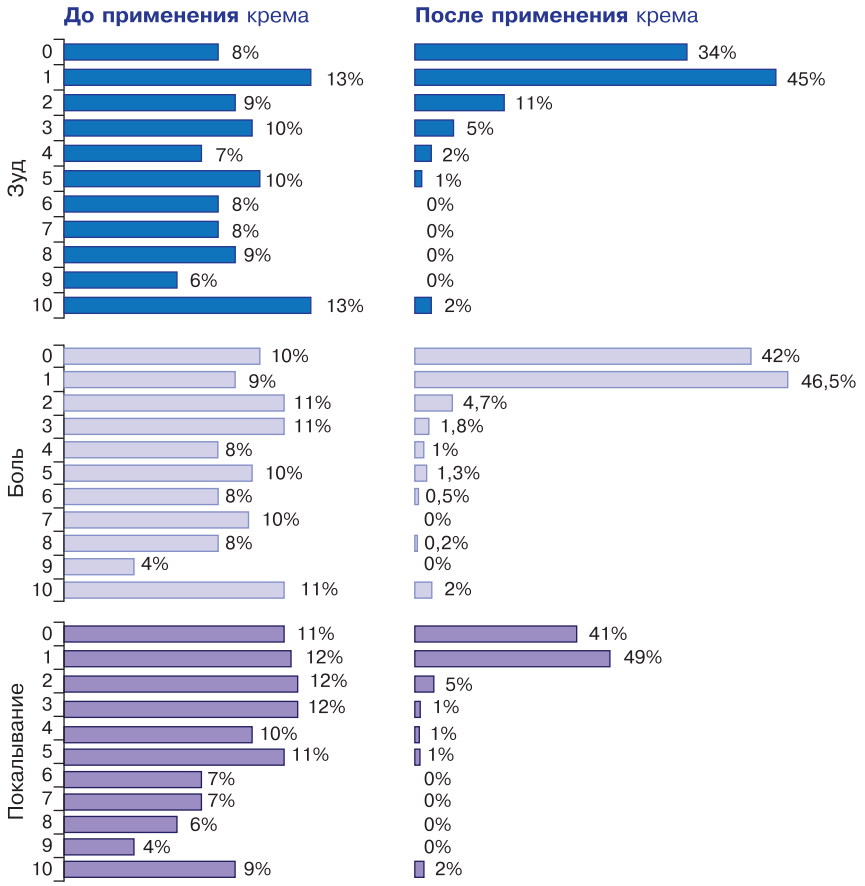

Рис. 5. Динамика выраженности клинических симптомов (оценка пациентами) на фоне применения пациентами крема Cicalfate.

повседневной деятельности. Также были проанализированы объективные и субъективные данные о переносимости, эффективности и безопасности крема Cicalfate.Поскольку врачи и пациенты по-разному интерпретируют степень тяжести дерматозов и выраженность клинических проявлений, поэтому для опроса были предложены разные специальные анкеты и оценочные шкалы.

По результатам оценки врачами и пациентами симптомов по шкале от 0 до 10 (0 – нулевая, 10 – невыносимая выраженность симптома) на основе среднего балла получены данные динамики отдельных симптомов в процессе применения крема. На **рис. 5** приведены данные субъективной оценки пациентами выраженности клинических симптомов на фоне применения крема Cicalfate. Использована шкала от 0 до 10 (0 – нулевая, 10 – невыносимая выраженность симптома).

Критерием эффективности крема Cicalfate явилось достижение положительных клинических результатов в виде уменьшения или полного разрешения зуда, признаков воспаления на коже и других симптомов, а также проявлений общего дискомфорта. В ходе проведенного исследования было отмечено, что с улучшением клинической картины заболевания пропорционально улучшались и пока-

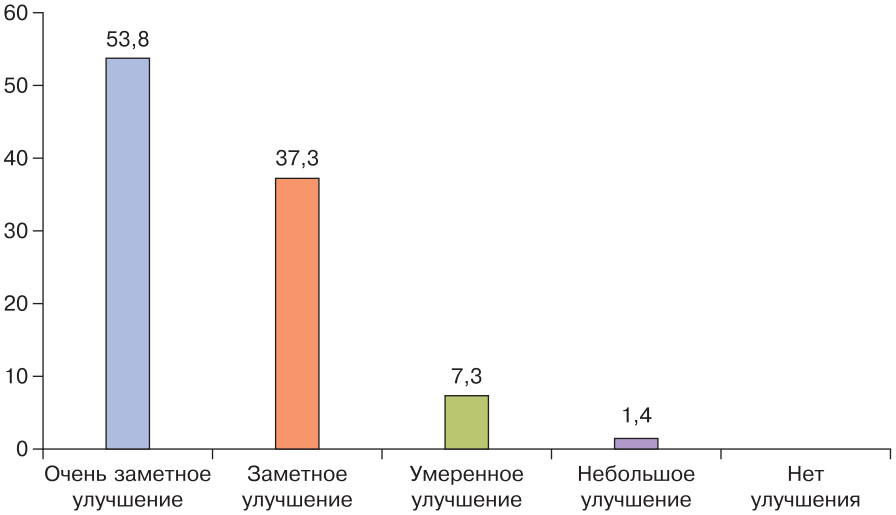

Рис. 6. Клиническая оценка результатов применения крема Cicalfate.

затели качества жизни. Физическое, психо-эмоциональное состояние пациентов, а также комфортность проводимого лечения оценивали с помощью ДИКЖ (Dermatology Life Quality Index, DLQI) [26]. Исследование качества жизни является частью клинических исследований эффективности различных методов лечения, а в период отсутствия видимых проявлений заболевания – единственный способ оценить состояние больного и влияние болезни на различные сферы жизнедеятельности человека [26, 27].

В результате исследования установлено, что 71% пациентов отметили очень хорошую и 28% хорошую переносимость и эффективность использованного препарата.

Анализ субъективной оценки пациентами эффективности крема выявил достаточно высокую удовлетворенность результатами лечения.

Как среднюю охарактеризовали переносимость 1% пациентов из-за чувства жжения, зуда, покраснения участка кожи после нанесения крема. Однако неприятные ощущения были слабыми и отмены препарата не потребовалось.

Случаев отсутствия эффекта в процессе использования крема Cicalfate у пациентов не наблюдалось.

Клиническая оценка результатов применения крема Cicalfate представлена на **рис. 6**.

При определении удовлетворенности врачами крема Cicalfate были получены следующие данные: 64,9% были очень удовлетворены, 34,1% удовлетворены, 0,8% не очень удовлетворены, 0,2% не удовлетворены; 1 пациент назвал «отсутствие быстрого эффекта», у 2 пациентов использование только крема оказалось недостаточно эффективным, 1 пациентка нарушила схему лечения.

Также была изучена удовлетворенность пациентами крема Cicalfate: 63,9% были очень удовлетворены, 34,6% удовлетворены, 1,4% не очень удовлетворены, 0,1% не удовлетворены. « Медленное действие» стало причиной неудовлетворенности 2 пациентов, «отсутствие полного разрешения высыпных элементов» - еще 2, 1 пациент отметил «жирный блеск».

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что врачи и пациенты положительно оценивали органолептические и косметические свойства крема, приятную текстуру, отсутствие липкости, легкое и равномерное распределение по коже. Результаты клинического исследования показали, что, помимо клинического улучшения врачами и пациентами отмечены отличная переносимость препарата и высокие потребительские качества.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Goldstein A.M., Abramovits W. Ceramides and the stratum corneum: structure, function, and new methods to promote repair. *Int. J. Dermatol*. 2003; 42(4): 256–9.
2. Serge J.A. Epidermal barrier formation and recovery in skin disorders. *J. Clin. Invest.* 2006; 116 (5): 1150–8.
3. Rajan S. Skin and soft-tissue infections: classifying and treating a spectrum. *Cleve Clin. J. Med.* 2012; 79 (1): 57–66.
4. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004; 11: 4–14.*

[Smulevich A.B., Ivanov O.L., Lvov A.N., Dorozhenok I.Yu. Psychodermatology: current state of the problem. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2004; 11: 4–14]. (in Russian)

5. Пашинян А.Г., Гордиенко Е.С., Джаваева Д.Г., Шахнович А.А. Современные увлажняющие средства ухода за чувствительной кожей. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011; 3: 38–40.

[Pashinyan A.G., Gordiyenko E.S., Dzhavaeva D.G., Shakhnovich A.A. Advanced moisturizing products for the sensitive skin therapy. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2011; 3: 38–40]. (in Russian)

6. Edmondson S., Thumiger S., Werther G.. Wraight C. Epidermal homeostasis: the role of the growth hormone and insulin-like growth factor system. *Endocr. Rev.* 2003; 24 (6): 737–64.
7. Taieb C., Sibaud V., Merial-Kieny C. Impact of Avıne hydrotherapy on the quality of life of atopic and psoriatic patients. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2011; 25(1): 24–9.
8. Delaney G., Fisher R., Hook C. Sucralfate cream in the management of moist desquamation during radiotherapy. *Australas Radiol.* 1997; 41(3): 270–5.
9. Guerrero D., Mengeaud V., Verriere F., Nocera T. Efficacy and tolerabity of an association with cooper, zinc and sucralfate in dermatology. *Les Nouvelles Dermatol.* 2002; 21(Suppl. 2): 20–3.
10. De Rauglaudre G., Courdi A., Delaby-Chagrin F., d'Hombres A., Hannoun-Levi J.M., Moureau-Zabotto L., et al. Tolerance of the association sucralfate / Cu-Zn salts in radiation dermatitis. *Ann. Dermatol. Venereol*. 2008; (Spec. No1): 11–5. doi: 10.1016/S0151-9638(08)70092-9.
11. Claeyssen R., Andriollo-Sanchez M., Touvard L., Alonso A., Chancerelle Y., Roussel A.M., et al. Effect of sub-deficient zinc status on insulin sensivity after burn injury in rats. *Biol. Trace Elem. Res*. 2009; 127(2): 132–42.
12. King J.C., Shames D.M., Woodhouse L.R. Zinc homeostasis in humans. *J. Nutr.* 2000; 130 (Suppl. 5):1360–6.
13. Schwartz J.R., Marsh R.G., Draelos Z.D. Zinc and skin health: overview of physiology and pharmacology. *Dermatol. Surg.* 2005; 31(7, Pt 2): 837–47.
14. Baldwin S., Odio M., Haines S., O'Connor R.J., Englehar J.S., Lane A.T. Skin benefits from continuous topical administration of a zincoxide/petrolatum formulation by a novel disposable diaper. *JEADV*. 2001; 15(Suppl. 1): 5–11.
15. Rojas A., Phillips T. Patients with chronic leg ulcers show diminished levels of vitamins A and E, carotenes, and zinc. *Dermatol. Surg*. 1999; 25(8): 601—4.
16. Ackerman Z., Loewenthal E., Seidenbaum M., Rubinow A., Gorodetsky R. Skin zinc concentrations in patients with varicose ulcers. *Int. J. Dermatol*. 1990; 29(5): 360–2.
17. Agren M. Studies on zinc in wound healing. *Acta Dermatol. Venereol.* Suppl. (Stockh). 1990; 154: 1–36.
18. Stromberg H., Agren M. Topical zinc oxide treatment improves arterial and venous leg ulcers. *Br. J. Dermatol*. 1984; 111(4): 461–8.
19. Шармазан С.И., Ошивалова Е.А., Трач Е.Н. Сикальфат: новые возможности в лечении венозных трофических язв. *Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология* 2013; 1: 28–32.

[Sharmazan S.I., Oshivalova E.A., Trach E.N. Sikalfat new possibilities in the treatment of trophic venous ulcers. *Klinicheskaya immunologiya. Allergologiya. Infektologiya.* 2013; 1: 28–32]. (in Russian)

20. Wells M., Macmillan M., Raab G., MacBride S., Bell N., MacKinnon K. Does aqueous or sucralfate cream affect the severity of erythematous radiation skin reactions? A randomised controlled trial. *Radiother Oncol.* 2004; 73(2): 153–62.
21. Kouloulias V., Asimakopoulos C., Tolia M., Filippou G., Platoni K., Dilvoi M., et al. Sucralfate gel as a radioprotector against radiation induced dermatitis in a hypo-fractionated schedule: a non-randomized study. *Hippokratia.* 2013; 17(2): 126–9.
22. Burch R.M., McMillan B.A. Sucralfate induces proliferation of dermal fibroblasts and keratinocytes in culture and granulation tissue formation in full-thickness skin wounds. *Agents Actions.* 1991; 34(1–2): 229–31.
23. Boisnic S., Branchet-Gumila M.C., Segard C. Inhibitory effect of Avene spring water on vasoactive intestinal peptide-induced inflammation in surviving human skin. *Int. J. Tissue React.* 2001; 23(3): 89–95.
24. Merial-Kieny C., Castex-Rizzi N., Selas B., Mery S., Guerrero D. Avıne Thermal Spring Water: an active component with specific properties. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2011; 25(1): 2–5.
25. Ribet V., Salas S., Levecq J.M., Bastit L., Alfonsi M., De Rauglaudre G., et all. Interest of a sterilised anti-burning gel in radiation dermatitis: results of a comparative study. *Ann. Dermatol. Venereol*. 2008; (Spec. No 1): 5–10.
26. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin. Exp. Dermatol.* 1994; 19(3): 210–6.
27. Finlay A.Y. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide *Br. J. Dermatol.* 1997; 136 (3): 305–14.

Поступила 23.06.15
Received 23.06.15