

# Комплексная терапия атопического дерматита: опыт применения лечебной косметики

Е. Е. Сидоренко<sup>1</sup> ✉  
Н. Ю. Якушкина<sup>2</sup>  
И. Ю. Меркулова<sup>3</sup>  
Ф. Ю. Макаров<sup>4</sup>

А. В. Уракова<sup>5</sup>  
Н. Н. Казанчи<sup>6</sup>  
Е. В. Константинова<sup>7</sup>  
Ю. И. Калинина<sup>8</sup>

А. А. Полещук<sup>9</sup>  
Т. Н. Поляева<sup>10</sup>  
А. В. Пришляк<sup>11</sup>  
А. А. Романенкова<sup>12</sup>

<sup>1</sup> Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия, [liza\\_11.94@mail.ru](mailto:liza_11.94@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-9954-2920>

<sup>2</sup> Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, Орёл, Россия, [atanorel@yandex.ru](mailto:atanorel@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0003-0953-583X>

<sup>3</sup> Медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия, [irina@merkulovamed.ru](mailto:irina@merkulovamed.ru), <https://orcid.org/0000-0001-5849-1891>

<sup>4</sup> Областной консультативно-диагностический центр, Ростов-на-Дону, Россия, [felo1974@gmail.com](mailto:felo1974@gmail.com), <https://orcid.org/0009-0006-5442-605X>

<sup>5</sup> Центр лечебной косметики «Даная» имени Т. А. Корчевой, Москва, Россия, [kirilenkoav\\_med@mail.ru](mailto:kirilenkoav_med@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0002-6254-7469>

<sup>6</sup> Городская поликлиника № 11 города Краснодара, Краснодар, Россия, [nafat@yandex.ru](mailto:nafat@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0007-7800-2531>

<sup>7</sup> Городская больница № 40, Санкт-Петербург, Россия, [klivija2007@mail.ru](mailto:klivija2007@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0000-8119-6436>

<sup>8</sup> Клинический кожно-венерологический диспансер, Омск, Россия, [Dr.dermakalinina@yandex.ru](mailto:Dr.dermakalinina@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0003-4948-1984>

<sup>9</sup> Клинический кожно-венерологический диспансер, Омск, Россия, [Nastena.8707@mail.ru](mailto:Nastena.8707@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0000-5591-4756>

<sup>10</sup> Клинический кожно-венерологический диспансер, Омск, Россия, [tata-77list@mail.ru](mailto:tata-77list@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-3512-0411>

<sup>11</sup> Клиника Пирогова, Санкт-Петербург, Россия, [anutochka2112@mail.ru](mailto:anutochka2112@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0002-9696-9635>

<sup>12</sup> Городская поликлиника № 10, Краснодар, Россия, [romanenkovanastasia@yandex.ru](mailto:romanenkovanastasia@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0006-7667-5276>

## Резюме

**Введение.** В настоящее время применению лечебной косметики отводится особая роль в терапии хронических дерматозов. С учетом того что терапия таких заболеваний, как экзема и атопический дерматит, преимущественно является наружной, постоянно проводится поиск средств и методов, которые бы при высокой эффективности обладали безопасностью, хорошей переносимостью при длительном применении. Базовыми наружными лекарственными средствами являются топические глюкокортикостероиды, но их применение в течение длительного времени неприемлемо ввиду возможного развития местных и системных побочных эффектов. Так как ксероз и нарушения эпидермального барьера ухудшают всасывание наружных глюкокортикостероидов и препятствуют их проникновению в дерму, где преимущественно происходят инфильтрация и выработка провоспалительных цитокинов, необходимо назначение терапии эмолентами с первого дня лечения как дополнение к основному лечению. Целостность и достаточная степень увлажненности рогового слоя, которая достигается за счет данных средств, способствуют увеличению проницаемости для наружных глюкокортикостероидов и, в свою очередь, более выраженному эффекту. Атопический дерматит и экзема относятся к хроническим зудящим дерматозам, при которых одними из ключевых звеньев патогенеза выступают нарушения барьера кожи и иммуноопосредованное воспаление. Принимая во внимание определенную роль нарушений эпидермального барьера в развитии атопического дерматита и экземы, базовой является наружная терапия в виде увлажняющих и оживляющих средств.

**Цель работы.** Изучить эффективность лечебной косметики в виде комбинации геля для душа и крема для сухой и чувствительной кожи в комплексной терапии пациентов с хроническими зудящими дерматозами (атопический дерматит и экзема). В проспективном многоцентровом исследовании приняли участие 77 пациентов с установленным диагнозом атопический дерматит и экзема, в том числе 51 женщина и 26 мужчин.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования продемонстрировали высокую эффективность совместного применения геля для душа и крема для сухой и чувствительной кожи в комплексной терапии «атопический дерматит» и «экзема».

**Ключевые слова:** эпидермальный барьер, атопический дерматит, экзема, эмоленты

**Для цитирования:** Сидоренко Е. Е., Якушкина Н. Ю., Меркулова И. Ю., Макаров Ф. Ю., Уракова А. В., Казанчи Н. Н., Константинова Е. В., Калинина Ю. И., Полещук А. А., Поляева Т. Н., Пришляк А. В., Романенкова А. А. Комплексная терапия атопического дерматита: опыт применения лечебной косметики. *Лечащий Врач*. 2024; 12 (27): 94-100. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.12.014>

**Конфликт интересов.** Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

## Complex therapy of atopic dermatitis: experience of using therapeutic cosmetics

Elizaveta E. Sidorenko<sup>1</sup> ✉

Natalya Yu. Yakushkina<sup>2</sup>

Irina Yu. Merkulova<sup>3</sup>

Feliks Yu. Makarovs<sup>4</sup>

Anna V. Urakova<sup>5</sup>

Nafiset N. Kazanchi<sup>6</sup>

Elena V. Konstantinova<sup>7</sup>

Yuliya I. Kalinina<sup>8</sup>

Anastasiya A. Poleshchuk<sup>9</sup>

Tatyana N. Polyayeva<sup>10</sup>

Anna V. Prishlyak<sup>11</sup>

Anastasiya A. Romanenkova<sup>12</sup>

<sup>1</sup> Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, [liza\\_11.94@mail.ru](mailto:liza_11.94@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-9954-2920>

<sup>2</sup> I. S. Turgenev Orel State University, Orel, Russia, [atanorel@yandex.ru](mailto:atanorel@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0003-0953-583X>

<sup>3</sup> Reaviz Medical University, Moscow, Russia, [irina@merkulovamed.ru](mailto:irina@merkulovamed.ru), <https://orcid.org/0000-0001-5849-1891>

<sup>4</sup> Regional Consulting and Diagnostic Center, Rostov-on-Don, Russia, [felo1974@gmail.com](mailto:felo1974@gmail.com), <https://orcid.org/0009-0006-5442-605X>

<sup>5</sup> Center of therapeutic cosmetics "Danaya" named after T. A. Korcheva, Moscow, Russia, [kirilenkoav\\_med@mail.ru](mailto:kirilenkoav_med@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0002-6254-7469>

<sup>6</sup> City polyclinic No. 11 of Krasnodar, Krasnodar, Russia, [nafat@yandex.ru](mailto:nafat@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0007-7800-2531>

<sup>7</sup> City Hospital No. 40, St. Petersburg, Russia, [klivija2007@mail.ru](mailto:klivija2007@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0000-8119-6436>

<sup>8</sup> Clinical Skin and Venereological Dispensary, Omsk, Russia, [Dr.dermakalinina@yandex.ru](mailto:Dr.dermakalinina@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0003-4948-1984>

<sup>9</sup> Clinical Skin and Venereological Dispensary, Omsk, Russia, [tata-77list@mail.ru](mailto:tata-77list@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0000-5591-4756>

<sup>10</sup> Clinical Skin and Venereological Dispensary, Omsk, Russia, [tata-77list@mail.ru](mailto:tata-77list@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-3512-0411>

<sup>11</sup> Pirogov Clinic, St. Petersburg, Russia, [anutochka2112@mail.ru](mailto:anutochka2112@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0002-9696-9635>

<sup>12</sup> City Polyclinic No. 10, Krasnodar, Russia, [romanenkovanastasia@yandex.ru](mailto:romanenkovanastasia@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0006-7667-5276>

### Abstract

**Background.** Currently, to the use of medicinal cosmetics is given a special role in the therapy of chronic dermatoses. Taking into account the fact that the treatment of diseases such as eczema and atopic dermatitis is predominantly external, a constant search is being carried out for means and methods that, while highly effective, would be safe and well tolerated with long-term use. The basic external drugs are topical glucocorticosteroids, but their use over a long period of time is unacceptable due to the possible development of local and systemic side effects. Atopic dermatitis and eczema are chronic itchy dermatoses, in which one of the key links in the pathogenesis is skin barrier disorders and immune-mediated inflammation. Since xerosis and epidermal barrier disorders impair the absorption of external glucocorticosteroids and prevent their penetration into the dermis, where infiltration and production of proinflammatory cytokines predominantly occurs, it is necessary to prescribe emollient therapy from the first day of treatment as an adjunct to the main treatment. The integrity and sufficient degree of hydration of the stratum corneum, which is achieved through these agents, contribute to increased permeability for external glucocorticosteroids and, in turn, a more pronounced effect. Taking into account the certain role of epidermal barrier disorders in the development of atopic dermatitis and eczema, external therapy in the form of moisturizing and fattening agents is basic.

**Objective.** To study the efficacy of therapeutic cosmetics in the form of a combination of shower gel and cream for dry and sensitive skin in the complex therapy of patients with chronic pruritic dermatoses (atopic dermatitis and eczema). The prospective multicentre study included 77 patients diagnosed with atopic dermatitis and eczema, including 51 women and 26 men.

**Conclusion.** The results of the conducted study demonstrated high efficiency of the joint application of shower gel and cream for dry and sensitive skin in the complex therapy of atopic dermatitis and eczema.

**Keywords:** epidermal barrier, atopic dermatitis, eczema, emollients

**For citation:** Sidorenko E. E., Yakushkina N. Yu., Merkulova I. Yu., Makarov F. Yu., Urakova A. V., Kazanchi N. N., Konstantinova E. V., Kalinina Yu. I., Poleshchuk A. A., Polyayeva T. N., Prishlyak A. V., Romanenkova A. A. Complex therapy of atopic dermatitis: experience of using therapeutic cosmetics. *Lechaschi Vrach*. 2024; 12 (27): 94-100. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.12.014>

**Conflict of interests.** Not declared.

В настоящее время применению лечебной косметики отводится особая роль в терапии хронических дерматозов [1]. Актуальностью проведенного исследования с использованием лечебной косметики Айсиды является оценка ее совместного применения у пациентов с атопическим дерматитом (АтД) и экземой с первого дня в комбинации с наружными глюкокортикостероидами (ГКС) [2]. С учетом того что терапия таких заболеваний, как экзема и атопический дерматит, преимущественно является наружной, постоянно проводится поиск средств и методов, которые бы при высокой эффективности обладали безопасностью и хорошей переносимостью при длительном применении [3, 4]. Базовыми наружными лекарственными средствами являются топические ГКС, но их применение в течение длительного времени неприемлемо ввиду возможного развития местных и системных побочных эффектов, особенно в детском возрасте, поэтому лечение назначается непродолжительными курсами для быстрого купирования воспаления [5]. Долгое применение топических ГКС способствует выраженным изменениям эпидермального барьера и поддержанию реакций воспаления [6]. Так как ксероз и нарушения эпидермального барьера ухудшают всасывание наружных ГКС и препятствуют их проникновению в дерму, где преимущественно происходит инфильтрация и выработка провоспалительных цитокинов, необходимо назначение терапии эмолентами с первого дня лечения как дополнение к основной терапии. Целостность и достаточная степень увлажненности рогового слоя, которая достигается за счет данных средств, способствуют увеличению проницаемости для наружных ГКС и в свою очередь более выраженному эффекту [7].

Исследование, проведенное Philippe Msika и соавт. в 2008 г., на примере 86 пациентов, разделенных на две группы в зависимости от проводимой терапии (одна группа получала топические ГКС ежедневно, вторая — комплексное лечение, включающее эмоленты помимо топических ГКС с интервалом нанесения через день), позволило сделать вывод о возможности сокращения терапии наружными ГКС при их совместном использовании с эмолентами. Это было подтверждено лучшей динамикой по SCORAD и дерматологическому индексу качества жизни (КЖ), а также более быстрым разрешением лихенификации и эксфолиаций [8].

Подобное исследование было проведено R. Grimalt с соавт. в 2007 г. и продемонстрировало снижение использования топических ГКС средней и сильной степени активности на 7,5% у детей с тяжелым АтД [9]. Эмоленты — жиры и жироподобные вещества, увлажняющие и смягчающие кожу благодаря способности закрепляться в роговом слое. За счет неглубокого проникновения они не оказывают непосредственного влияния на живые клетки глубоких слоев дермы. Эмоленты универсальны, оказывают противовоспалительное, увлажняющее, липидовосполняющее, противозудное и антисептическое действие. Применение этих средств уменьшает сроки активной терапии и значительно удлиняет ремиссию. Их использование возможно как в монотерапии, так и в составе комплексного наружного лечения [10].

Как известно, внешний слой кожи — эпидермис состоит из пяти слоев (базальный, шиповатый, зернистый, блестящий, роговой). Именно роговой слой, состоящий из корнеоцитов и соединяющей их прослойки из липидов, играет ведущую роль в формировании эпидермального барьера, который в норме защищает кожу от внедрения микроорганизмов, аллергенов, токсинов, а также предотвращает трансэпидермальную потерю жидкости. Содержание керамидов и свободных жирных кислот в составе липидной прослойки —

40% и 35% соответственно, а холестерина — 25%, что является приемлемым для поддержания оптимального уровня увлажненности эпидермиса и препятствия потере влаги [11].

АтД и экзема относятся к хроническим зудящим дерматозам, при которых одними из ключевых звеньев патогенеза выступают нарушения барьера кожи и иммуноопосредованное воспаление. За последние годы доля данных дерматозов в структуре дерматологической патологии составила около 20%, и продолжается неуклонный прирост пациентов. За счет формирования зуда в качестве ведущего субъективного симптома, присутствующего перманентно, происходит дополнительное повреждение кожи и создание благоприятной среды для проникновения аллергенов, развития дополнительной сенсибилизации, повышаются риски присоединения вторичной инфекции и нарушения микробиома. При АтД и экземе из-за нарушений эпидермального барьера возникает такое состояние кожи, как ксероз, что ведет к потере белков — керамидов, клаудинов, филаггрина, снижению уровня антимикробных пептидов, изменениям микробиома кожи. При развитии ксероза возникают шелушение, раздражение, чувствительности кожи, усиливается зуд [12].

Принимая во внимание определенную роль нарушений эпидермального барьера в развитии АтД и экземы, базовой является наружная терапия в виде увлажняющих и жиряющих средств [13]. Препаратом выбора может стать линия новых отечественных средств лечебной косметики Айсиды. Благодаря своему составу косметическая линия Айсиды не только восстанавливает эпидермальный барьер кожи, глубоко увлажняет и питает ее, но и препятствует развитию вторичной инфекции, а также активирует собственные механизмы регенерации кожи [14].

Лечебная липосомальная косметика Айсиды используется для комплексного лечения и базового ухода за кожей при хронических дерматозах уже более 10 лет. Действующее вещество, являющееся основным компонентом, — антисептик стимулятор Дорогова (АСД) выступает биогенным модулятором обменных и иммунных процессов и применяется для лечения кожных заболеваний с 1952 г.

Для проникновения в более глубокие слои кожи и усиления эффекта АСД заключен в липосомальную форму — «микрoконтeйнеры» размером 20-30 нм. Для приготовления липосом используются только природные липиды (фосфолипиды и жирные кислоты), которые не обладают токсичностью, не вызывают нежелательных иммунных реакций и которые под действием ферментов, присутствующих в организме, растворяются в глубоких слоях кожи, высвобождая свое содержимое — активный компонент АСД. АСД способствует синтезу собственного коллагена и эластина и репарации клеток кожи.

В состав Айсиды входят следующие ингредиенты: глицерин, оливковое масло, эфирное масло лаванды, коэнзим Q<sub>10</sub>, вода особо высокой очистки с ионами серебра в различных пропорциях и концентрациях. Перечисленные компоненты косметики Айсиды обладают комплексом патогенетически направленных механизмов воздействия на поврежденную кожу:

- снижают чувствительность рецепторов клеток к иммуноглобулину E;
- усиливают выработку интерферонов;
- подавляют синтез провоспалительных цитокинов (интерлейкинов-1, 6 и 8, фактора некроза опухоли альфа), циклооксигеназы и простагландинов;
- вызывают повреждение клеточных стенок микроорганизмов и нарушение продукции их внутриклеточного белка;
- угнетают реакции перекисного окисления липидов и образования свободных радикалов;
- защищают ДНК клеток кожи от повреждения.



Все эти механизмы обеспечивают антиаллергический, противовоспалительный и антиоксидантный эффекты, благодаря чему достигается снижение выраженности воспаления и эритемы, восстанавливается эпидермальный барьер.

Целью данного исследования было изучить эффективность лечебной косметики в виде комбинации геля для душа и крема для сухой и чувствительной кожи Айсид в комплексной терапии пациентов с хроническими зудящими дерматозами (АтД и экзема).

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В проспективном многоцентровом исследовании приняли участие 77 пациентов с установленным диагнозом АтД и экземы, в том числе 51 женщина и 26 мужчин.

### Критерии включения в исследование:

- подписание пациентом информированного добровольного согласия;
- возраст старше 18 лет и моложе 65 лет;
- установленный диагноз АтД (локализованный или распространенный процесс на коже) или экземы в хронической стадии;
- сочетание применяемых средств лечебной косметики с базовой терапией.

### Критерии невключения в исследование:

- верификация других сопутствующих кожных заболеваний;
- соматическая патология в стадии декомпенсации;
- беременность или лактация;
- аллергическая реакция на компоненты применяемой терапии в анамнезе;
- отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Средний возраст испытуемых был  $39,58 \pm 16,1$  года (медиана 38 [25; 54], минимум 18, максимум 76 лет).

Все пациенты получали системное и наружное лечение согласно утвержденным Федеральным клиническим рекомендациям. В качестве наружной терапии пациенты обеих групп получали топические ГКС. Для уменьшения зуда и активности воспаления больным дополнительно назначался гель для душа и крем для сухой и чувствительной кожи Айсид: 2 раза в день (утром и вечером) на область высыпаний после регресса яркости островоспалительной реакции. Длительность лечения составила 30 дней.

Показатели эффективности терапии были зарегистрированы на 15-й и 30-й день. Для этого использовались шкала оценки тяжести атопического дерматита IGA (Investigator's global assessment – Глобальная оценка в помощь исследователю), на основании которой по 5-балльной шкале от 0 до 4 баллов отражается выраженность эритемы, утолщения (уплотнения) кожи и шелушения, где 0 баллов соответствует чистой коже, а максимальные 4 балла – тяжелому АтД.

Интенсивность зуда оценивалась при помощи 5D-шкалы ELMAN по 5 параметрам: продолжительность, степень, направление, степень нарушения трудоспособности и распределение зуда. Баллы по каждому из пяти разделов рассчитывались отдельно, а затем суммировались для получения общего балла по шкале 5D. Оценка по ней может варьировать от 5 (отсутствие зуда) до 25 (самый сильный зуд).

Динамика высыпаний отслеживалась с применением индекса РОЕМ (Patient Oriented Eczema Measure – Оценка выраженности экземы, ориентированная на пациента) на основании отзывов больных, индекс используется для оценки симптомов АтД и нарушений сна. В частности, оценивают частоту ощущений сухости, зуда, шелушения, нарушения сна в течение последней

недели. Варианты ответов: 0 – нет, 1 – 1-2 дня, 2 – 3-4 дня, 3 – 5-6 дней и 4 – каждый день, количество баллов варьируется от 0 до 28. Влияние дерматозов на КЖ оценивалось на основании опросника «Дерматологический индекс качества жизни» (ДИКЖ). Ежедневно пациенты заполняли дневники наблюдения, где отмечали наличие симптомов кожного зуда (в т.ч. ночного), новых высыпаний, влияние симптомов на повседневную активность. Безопасность терапии отслеживалась с помощью регистрации местных побочных реакций, дополнительно пациенты могли оставить комментарии о переносимости средств.

Оценивалось соответствие количественных показателей нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова – Смирнова (так как выборка составила 77 человек,  $n > 50$ ).

Количественные показатели описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ), медиального значения, 25% и 75% квартилей, минимального и максимального значений.

Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. 95% ДИ для процентных долей рассчитывались по методу Клоппера – Пирсона.

Для сравнительного анализа динамики показателей использовали критерий Уилкоксона (для количественных данных зависимых выборок) и критерий  $\chi^2$ -Пирсона (для категориальных данных). При уровне значимости  $p < 0,05$  различия были статистически значимы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди всех 77 человек большинство составили женщины (51 человек, 66,2%; 95% ДИ 54,6-76,6), мужчин же было 26 человек (33,8%; 95% ДИ 23,4-45,4). В исследовании приняли участие пациенты из Ростова-на-Дону, Краснодар, Орла, Воронежа, Москвы, Санкт-Петербурга и Омска. В южном регионе проживали 34 человека (44,2%; 95% ДИ 32,8-55,9), в других регионах – 43 человека (55,8%; 95% ДИ 44,1-67,2). АтД взрослых был установлен у 36 человек (46,8% случаев; 95% ДИ 35,3-58,5), экзема в различных клинических формах – у 41 участника (53,2% случаев; 95% ДИ 41,5-64,7).

Проведен сравнительный анализ динамики IGA у всех 77 пациентов за 30-дневный период. Полученные данные представлены в табл. 1 и на рис. 1. Стоит отметить, что 18,2% пациентов наблюдали практически чистую кожу через 25 дней терапии, а через 30 дней таких больных уже было 66,2%, при этом кожа 19,5% опрошенных спустя 30 дней полностью очистилась от высыпаний. До лечения у 70,1% пациентов установлена средняя степень дерматита, а после проведения терапии на 30-й день ни один пациент не имел среднюю и тяжелую его степень.

При оценке интенсивности зуда по шкале 5D ELMAN средняя интенсивность зуда составила до лечения  $22,6 \pm 6,9$ , что может соответствовать очень сильной выраженности, спустя 15 дней терапии интенсивность уменьшилась почти в 1,5 раза и составляла уже  $15,5 \pm 4,8$ , а спустя 30 дней зуд практически отсутствовал и соответствовал среднему баллу  $9,61 \pm 3,6$ . Зуд не оказывал влияния на общение и досуг, не нарушал сон, не мешал выполнению домашней работы и не влиял на работу или учебу. Полученные результаты представлены в табл. 2 и на рис. 2.

При субъективной оценке пациентами тяжести АтД на основании частоты ощущений сухости, зуда, шелушения, нарушения сна до лечения по данным средних значений процесс преимущественно соответствовал средней степени тяжести, спустя 15 дней средние значения составили  $8,6 \pm 4$ , что также соответствовало средней степени тяжести, а через 30 дней терапии показатели достигли  $3,48 \pm 2,9$ , что

Таблица 1. Динамика IGA [таблица составлена авторами] / IGA dynamics [table compiled by the authors]

Параметр	1-й визит (1 день)	2-й визит (15 дней)	3-й визит (30 дней)
Чистая кожа – 0	0 (0%)	0 (0%)	15 (19,5%)
Практически чистая кожа – 1	0 (0%)	14 (18,2%)	51 (66,2%)
Легкая степень дерматита – 2	18 (23,4%)	52 (67,5%)	11 (14,3%)
Средняя степень дерматита – 3	54 (70,1%)	11 (14,3%)	0 (0%)
Тяжелая степень дерматита – 4	5 (6,5%)	0 (0%)	0 (0%)
P <sub>12</sub>	< 0,001*		
P <sub>23</sub>		< 0,001*	
P <sub>13</sub>	< 0,001*		

Примечание. \* – различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$  Пирсона.



Различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Вилкоксона, где \* сравнение между первым и вторым визитом, \*\* сравнение между вторым и третьим визитом, \*\*\* сравнение между первым и третьим визитом.

Рис. 1. Динамика IGA [предоставлено авторами] / IGA dynamics [provided by the authors]

может свидетельствовать о значительном снижении выраженности сухости, зуда, шелушения и отсутствии нарушений сна и оценке пациентами процесса как легкой степени тяжести. Полученные результаты представлены в табл. 3 и на рис. 3.

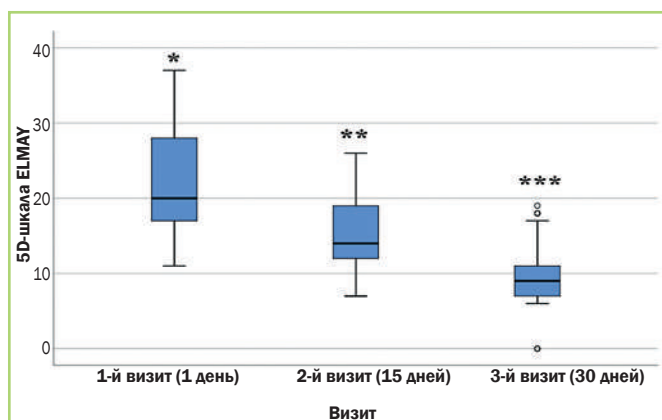
Влияние АтД и экземы на КЖ пациентов на основании опросника ДИКЖ до лечения можно охарактеризовать на основании средних значений  $14,9 \pm 6,5$  (ДИ 13,5-16,5) как сильное нарушение КЖ из-за данных заболеваний, при этом максимальное значение составило 27 баллов. В процессе терапии на 15-й день значения  $9,2 \pm 5,0$  (ДИ 8-10,3) оценивались как умеренное влияние на КЖ, в то время как через месяц терапии заболевания оно становилось незначительным на основании средних значений  $3,83 \pm 3,6$  (ДИ 3-4,7). Полученные результаты представлены в табл. 4 и на рис. 4.

При анализе дневников пациентов можно отметить, что спустя 5 дней у большинства не наблюдалось появление новых высыпаний, а также выражено снизилась интенсивность зуда, уменьшились шелушение и эритема. На основании комментариев пациентов, полученных во время терапии, можно сделать вывод о хорошей переносимости геля для душа и крема для сухой и чувствительной кожи Айсиды, удобстве применения и улучшении качества кожи, а также об отсутствии побочных эффектов.

Таблица 2. Динамика уровня 5D-шкалы ELMAN [таблица составлена авторами] / ELMAN 5D scale level dynamics [table compiled by the authors]

Параметр	1-й визит (1 день)	2-й визит (15 дней)	3-й визит (30 дней)
M $\pm$ SD	22,6 $\pm$ 6,9	15,5 $\pm$ 4,8	9,61 $\pm$ 3,6
Me [Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> ]	20 [17; 28]	14 [12; 19]	9 [7; 11]
Min-max	11-37	7-26	0-19
95% ДИ	21,05-24,19	14,37-16,54	8,8-10,42
P <sub>12</sub>	< 0,001*		
P <sub>23</sub>		< 0,001*	
P <sub>13</sub>	< 0,001*		

Примечание. \* – различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Вилкоксона.



Различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Вилкоксона, где \* сравнение между первым и вторым визитом, \*\* сравнение между вторым и третьим визитом, \*\*\* сравнение между первым и третьим визитом.

Рис.2. Динамика 5D-шкалы ELMAN [предоставлено авторами] / ELMAN 5D Scale Dynamics [provided by the authors]

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования продемонстрировали высокую эффективность совместного применения геля для душа и крема для сухой и чувствительной кожи Айсиды в комплексной терапии АтД и экземы и по результатам наблюдений способствовали:

- быстрому регрессу субъективных ощущений;
- выраженной положительной динамике клинических проявлений за короткий промежуток времени;
- сохранению эффективности в течение всего периода наблюдения.

Полученные результаты подтверждают перспективность применения геля для душа и крема для сухой и чувствительной кожи Айсиды в качестве комплексной терапии АтД и экземы.

Эффективность средств Айсиды усиливается за счет сочетания активно действующего компонента (АСД) и эмолентов, который воздействует на несколько звеньев патогенеза, восстанавливает нарушенный эпидермальный барьер и при этом имеет высокий профиль безопасности, благодаря которому достигаются комплаентность пациентов к терапии и возможность длительного применения. **ЛВ**

Таблица 3. Динамика уровня РОЕМ [таблица составлена авторами] / POEM level dynamics [table compiled by the authors]

Параметр	1-й визит (1 день)	2-й визит (15 дней)	3-й визит (30 дней)
M ± SD	15,6 ± 5,9	8,6 ± 4	3,48 ± 2,9
Me [Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> ]	15 [11; 20]	8 [6; 11]	3 [2; 4]
Min-max	3-28	1-21	0-16
95% ДИ	14,2-16,9	7,74-9,56	2,8-4,16
p <sub>12</sub>	< 0,001*		
p <sub>23</sub>		< 0,001*	
p <sub>13</sub>	< 0,001*		

Примечание. \* – различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Вилкоксона.

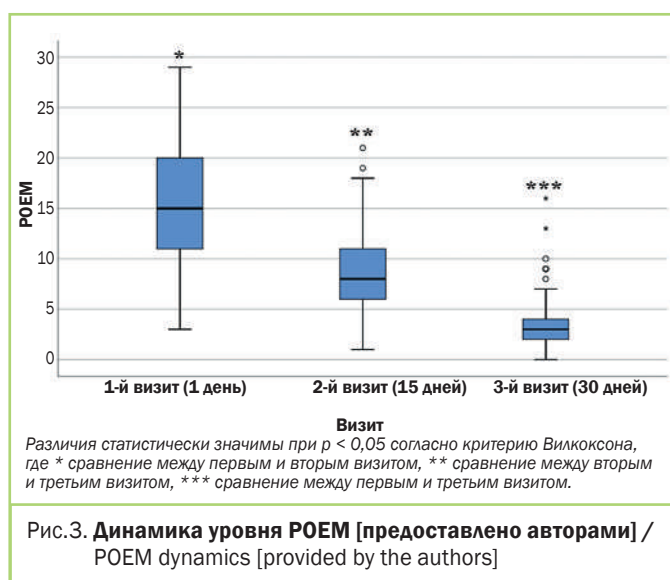
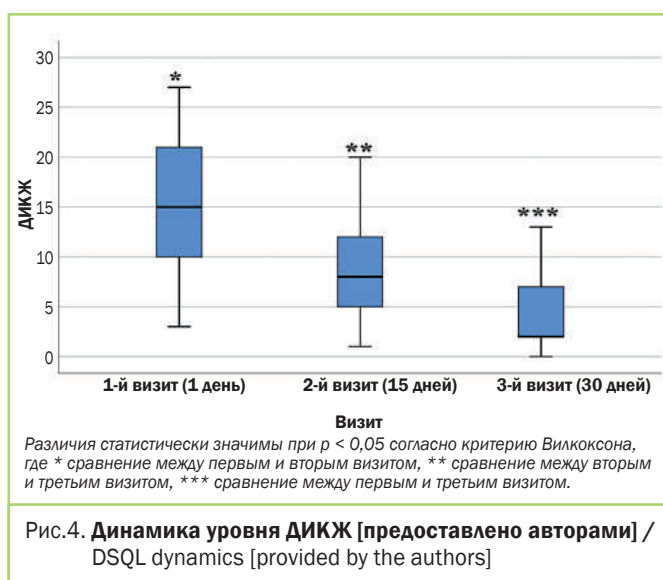


Таблица 4. Динамика уровня ДИКЖ [таблица составлена авторами] / Dynamics of DSQL level [table compiled by the authors]

Параметр	1-й визит (1 день)	2-й визит (15 дней)	3-й визит (30 дней)
M ± SD	14,9 ± 6,5	9,2 ± 5	3,83 ± 3,6
Me [Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> ]	15 [10; 21]	8 [5; 12]	2 [2; 7]
Min-max	3-27	1-20	0-13
95% ДИ	13,5-16,5	8-10,3	3-4,7
p <sub>12</sub>	< 0,001*		
p <sub>23</sub>		< 0,001*	
p <sub>13</sub>	< 0,001*		

Примечание. \* – различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Вилкоксона.



#### Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

#### Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

#### Литература/References

1. Катханова О. А. Эффективность применения и переносимость лечебной косметики «Айсид» у детей с аллергическими дерматозами. Эффективная фармакотерапия. 2012; 13: 44-49. EDN SJFGPB. *Katkhanova O. A. Effectiveness of application and tolerability of therapeutic cosmetics "Aisida" in children with allergic dermatoses. Effektivnaya farmakoterapiya. 2012; 13: 44-49. EDN SJFGPB. (In Russ.)*
2. Молочков А. В., Хлебникова А. Н. Возможности липосомальной косметики Айсид в лечении хронических дерматозов (обзор литературы). Альманах клинической медицины. 2014; 34: 85-90. EDN TFKLQD. *Molochkov A. V., Khlebnikova A. N. Possibilities of liposomal cosmetics Aisida in the treatment of chronic dermatoses (literature review). Al'manakh klinicheskoy meditsiny. 2014; 34: 85-90. EDN TFKLQD. (In Russ.)*
3. Сидоренко О. А., Анисимова Л. А. Эффективность применения средств лечебной косметики «Айсид» в наружной терапии акне. Вестник дерматологии и венерологии. 2012; 3: 107-109. EDN PCTYDL. *Sidorenko O. A., Anisimova L. A. Effectiveness of application of means of therapeutic cosmetics "Aisida" in external therapy of acne. Vestnik dermatologii i venerologii. 2012; 3: 107-109. EDN PCTYDL. (In Russ.)*

4. Снарская Е. С., Кряжева С. С. Инновационная липосомальная линия «Айсид» и ее место в дерматокосметологической практике. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 3: 8-11. EDN NUKIIP. (In Russ.) *Snarskaya E. S., Kryazheva S. S. Innovative liposomal line "Aisida" and its place in dermatocosmetological practice. Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh boloznei. 2011; 3: 8-11. EDN NUKIIP. (In Russ.)*
5. Харчарик С., Эмер Д. Эмоленты как помощники кортикостероидной терапии в лечении кожных патологий. Косметика и медицина. 2015; 1: 40-46. EDN VDUZTL. *Harcharik S., Ehmer D. Emollients as auxiliaries of corticosteroid therapy in the treatment of skin pathologies. Kosmetika i meditsina. 2015; 1: 40-46. EDN VDUZTL. (In Russ.)*
6. Эмоленты в лечении atopического дерматита у детей. Педиатрическая фармакология. 2020; 6 (17): 569-570. EDN JWQKZZ. *Emollients in the treatment of atopic dermatitis in children. Pediatricheskaya farmakologiya 2020; 6 (17): 569-570. EDN JWQKZZ. (In Russ.)*
7. Невожинская З. А., Смолкина О. Ю., Корсунская И. М. Ксероз как основа дерматозов в пожилом возрасте. Клиническая дерматология и венерология. 2024; 23 (5): 592-596. <https://doi.org/10.17116/klinderma202423051592>. *Nevozhinskaya Z. A., Smolkina O. Y., Korsunskaya I. M. Xerosis as the basis of dermatoses in the elderly. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2024; 23 (5): 592-596. <https://doi.org/10.17116/klinderma202423051592>. (In Russ.)*
8. Круглова Л. С., Львов А. Н., Аравийская Е. Р. Практические вопросы применения эмолентов, содержащих модуляторы филагтрина, в ведении пациентов с атоическим дерматитом и ксерозом. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022; 1: 87-94.



- Kruglova L. S., Lvov A. N., Araviskaya E. R. Practical issues of application of emollients containing filaggrin modulators in the management of patients with atopic dermatitis and xerosis. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik*. 2022; 1: 87-94. (In Russ.)
9. Хардикова С. А., Мартынова В. Г., Семченко Е. А. Применение косметических средств у пациентов с хроническими дерматозами (атопический дерматит, экзема). *Клиническая дерматология и венерология*. 2023; 22 (5): 601-605. <https://doi.org/10.17116/klinderma202322051601>.
- Khardikova S. A., Martynova V. G., Semchenko E. A. The use of cosmetics in patients with chronic dermatoses (atopic dermatitis, eczema). *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2023; 22 (5): 601-605. <https://doi.org/10.17116/klinderma202322051601>. (In Russ.)
10. Сидоренко О. А., Анисимова Л. А. Оценка клинической эффективности крем-геля для рук серии Айсиды при лечении экземы кистей. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012; 10 (3): 53-55.
- Sidorenko O. A., Anisimova L. A. Evaluation of clinical efficacy of cream-gel for hands of Aisida series in the treatment of hand eczema. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2012; 10 (3): 53-55. (In Russ.)
11. Stacey S. K., McEleney M. Topical Corticosteroids: Choice and Application. *Am Fam Physician*. 2021; 103 (6): 337-343. PMID: 33719380.
12. Msika P., De Belilovsky C., Piccardi N., Chebassier N., Baudouin C., Chadoutaud B. New emollient with topical corticosteroid-sparing effect in treatment of childhood atopic dermatitis: SCORAD and quality of life improvement. *Pediatr Dermatol*. 2008; 25 (6): 606-612. DOI: 10.1111/j.1525-1470.2008.00783.x. PMID: 19067864.
13. Grimalt R., Mengeaud V., Cambazard F.; Study Investigators' Group. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. *Dermatology*. 2007; 214 (1): 61-67. DOI: 10.1159/000096915. PMID: 17191050.
14. Третьякова Е. И. Эмоленты в лечении и профилактике хронических воспалительных дерматозов. *Медицинский алфавит*. 2018; т. 1, 11 (348): 26-30. EDN YLHWPI.
- Tretyakova E. I. Emollients in the treatment and prevention of chronic inflammatory dermatoses. *Meditsinskiy alfavit*. 2018; Vol. 1, 11 (348): 26-30. EDN YLHWPI. (In Russ.)

**Сведения об авторах:**

**Сидоренко Елизавета Евгеньевна**, ассистент кафедры кожных и венерических болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 344022, Ростов-на-Дону, ул. Суворова, 119; liza\_11.94@mail.ru

**Якушкина Наталья Юрьевна**, к.м.н., доцент кафедры иммунологии и специализированных клинических дисциплин, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева»; Россия, 302026, Орел, ул. Комсомольская, 95; atanorel@yandex.ru

**Меркулова Ирина Юрьевна**, ассистент кафедры внутренних болезней, Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»; Россия, 107564, Москва, Краснобогатырская ул., 2, к. 2; irina@merkulovamed.ru

**Макаров Феликс Юрьевич**, дерматовенеролог, Государственное автономное учреждение Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр»; Россия, 344000, Ростов-на-Дону, Пушкинская ул., 127; felo1974@gmail.com

**Уракова Анна Владимировна**, дерматовенеролог, косметолог, Общество с ограниченной ответственностью «Центр лечебной косметики «Даная» имени Т. А. Корчевой»; Россия, 127006, Москва, ул. Садовая-Каретная, 20, стр.1; kirilenkoav\_med@mail.ru

**Казанчи Нафисет Нурдиновна**, дерматовенеролог; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 11 города Краснодар» Министерства здравоохранения Краснодарского края; Россия, 350002, Краснодар, ул. Садовая, 9; nafat@yandex.ru

**Константинова Елена Владимировна**, дерматовенеролог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40»; Россия, 197706, Санкт-Петербург, Сестрорецк, ул. Борисова, 9; klivija2007@mail.ru

**Калинина Юлия Игоревна**, дерматовенеролог, косметолог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Омской области; Россия, 644001, Омск, ул. 5 Линия, 117А; Dr.dermakalinina@yandex.ru

**Полешук Анастасия Александровна**, дерматовенеролог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Омской области; Россия, 644001, Омск, ул. 5 Линия, 117А; Nastena.8707@mail.ru

**Поляева Татьяна Николаевна**, дерматовенеролог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Омской области; Россия, 644001, Омск, ул. 5 Линия, 117А; tata-77list@mail.ru

**Пришляк Анна Владимировна**, врач-дерматовенеролог, косметолог, Многопрофильный медицинский центр «Клиника Пирогова»; Россия, 199178, Санкт-Петербург, Васильевский Остров, Большой пр., 49-51, лит. А; anutochka2112@mail.ru

**Романенкова Анастасия Алексеевна**, дерматовенеролог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 10»; Россия, 350020, Краснодар, ул. Коммунаров, 229; romanenkovanastasia@yandex.ru

**Information about the authors:**

**Elizaveta E. Sidorenko**, Assistant Professor of the Department of Skin and Venereal Diseases, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Rostov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 119 Suvorova str. Rostov-on-Don, 344022, Russia; liza\_11.94@mail.ru

**Natalya Yu. Yakushkina**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Immunology and Specialized Clinical Disciplines, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education I. S. Turgenev Orel State University; 95 Komsomolskaya str., Orel, 302026, Russia; atanorel@yandex.ru

**Irina Yu. Merkulova**, Assistant of the Internal Medicine Department, Private institution educational organization of higher education Medical University "Reaviz"; 2, b. 2 Krasnobogatyrskaya str., Moscow, 107564, Russia; irina@merkulovamed.ru

**Feliks Yu. Makarov**, dermatovenerologist, State Autonomous Institution of the Rostov Region Regional Consultative and Diagnostic Center; 127 Pushkinskaya str., Rostov-on-Don, 344000, Russia; felo1974@gmail.com

**Anna V. Urakova**, dermatovenerologist, cosmetologist, Center for therapeutic cosmetics "Danaya" named after T. A. Korcheva Limited Liability Company; 20, b. 1 Sadovaya-Karetnaya str., Moscow, 127006, Russia; kirilenkoav\_med@mail.ru

**Nafiset N. Kazanchi**, dermatovenerologist; State Budgetary Healthcare Institution City Polyclinic No. 11 of Krasnodar of the Ministry of Health of the Krasnodar region; 9 Sadovaya str., Krasnodar, 350002, Russia; nafat@yandex.ru

**Elena V. Konstantinova**, dermatovenerologist, St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution City Hospital No. 40; 9 Borisova str., Sestreretsk, St. Petersburg, 197706, Russia; klivija2007@mail.ru

**Yuliya I. Kalinina**, dermatovenerologist, cosmetologist, State Budgetary Healthcare Institution of the Omsk region Clinical Skin and Venereological Dispensary of the Ministry of Health of the Omsk region; 117A 5 Liniya str., Omsk, 644001, Russia; Dr.dermakalinina@yandex.ru

**Anastasiya A. Poleshchuk**, dermatovenerologist, State Budgetary Healthcare Institution of the Omsk region Clinical Skin and Venereological Dispensary of the Ministry of Health of the Omsk region; 117A 5 Liniya str., Omsk, 644001, Russia; Nastena.8707@mail.ru

**Tatyana N. Polyayeva**, dermatovenerologist, State Budgetary Healthcare Institution of the Omsk region Clinical Skin and Venereological Dispensary of the Ministry of Health of the Omsk region; 117A 5 Liniya str., Omsk, 644001, Russia; tata-77list@mail.ru

**Anna V. Prishlyak**, dermatovenerologist, cosmetologist, Multidisciplinary medical Center Pirogov Clinic; 49-51, lit. A Bolshoy ave., Vasilievsky Island, St. Petersburg, 199178, Russia; anutochka2112@mail.ru

**Anastasya A. Romanenkova**, dermatovenerologist, State Budgetary Healthcare Institution City Polyclinic No. 10; 229 Kommunarov str., Krasnodar, 350020, Russia; romanenkovanastasia@yandex.ru

**Поступила/Received** 03.10.2024

**Поступила после рецензирования/Revised** 20.11.2024

**Принята в печать/Accepted** 25.11.2024