Journal of Chemistry of Goods and Traditional Medicine

J Chem Good Trad Med, Volume 5, Issue 5, 2026 Traditional Medicine

РОЛЬ ЭМОЛЕНТОВ И МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЖНОГО БАРЬЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКЗЕМЫ

Наргиз Баходировна Насритдинова
Ассистент кафедры дерматовенерологии Андижанского государственного медицинского института, доктор философии (PhD)
https://orcid.org/0000-0002-4598-7588
E-mail: nargiza2427@gmail.com

Бекмирза Холмирзаевич Тошпулатов
Доцент кафедры дерматовенерологии Андижанского государственного медицинского института, доктор философии (PhD)
https://orcid.org/0000-0003-2437-4077
E-mail: tbekmirza7@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.55475/jcgtm/vol5.iss5.2026.725

Аннотация. Экзема представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся серьезным дефектом эпидермального барьера и частыми вторичными инфекционными осложнениями. Данное исследование направлено на всестороннюю оценку клинической эффективности эмолентной терапии в восстановлении кожного барьера и снижении восприимчивости к бактериальной колонизации. С использованием дизайна рандомизированного клинического исследования сто пятьдесят пациентов со средней и тяжелой формами экземы были обследованы в региональных дерматологических и инфекционных центрах. Группа вмешательства получала стандартизированный режим применения церамид-доминирующих эмолентов наряду с традиционной терапией, в то время как контрольная группа получала только традиционную терапию. Клинические оценки включали индекс SCORAD, измерения трансэпидермальной потери воды и микробиологические мазки на наличие Staphylococcus aureus в течение двенадцатинедельного периода.

Обзор литературы подчеркивает критическую роль мутаций филаггрина и дефицита липидного матрикса в патогенезе экземы, акцентируя внимание на том, что дисфункция барьера предшествует клиническому воспалению. Наши эмпирические результаты демонстрируют статистически значимое снижение как трансэпидермальной потери воды, так и показателей бактериальной колонизации в группе, получавшей эмоленты, по сравнению с контрольной группой. У пациентов, использовавших терапию по восстановлению барьера, наблюдалось меньшее количество обострений, и им реже требовалось применение топических кортикостероидов. В разделе обсуждения эти результаты рассматриваются в более широком контексте профилактики инфекционных заболеваний с аргументацией того, что активное восстановление кожного барьера является не просто симптоматическим облегчением, а фундаментальным патофизиологическим вмешательством.

В заключение делается вывод о том, что систематическое применение современных эмолентов обязательно для оптимального лечения экземы, поскольку оно эффективно прерывает порочный круг нарушения барьера и вторичного инфицирования.

Ключевые слова: Экзема, кожный барьер, эмоленты, трансэпидермальная потеря воды, Staphylococcus aureus, атопический дерматит, инфекционные осложнения.

Как цитировать

Насритдинова, Н. Б., & Ташпулатов, Б. Х. РОЛЬ ЭМОЛЕНТОВ И МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЖНОГО БАРЬЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКЗЕМЫ. *Журнал химии товаров и народной медицины*, *5*(5). https://doi.org/10.55475/jcgtm/vol5.iss5.2026.725

Введение. Экзема, или атопический дерматит, представляет собой одно из самых распространенных хронических воспалительных заболеваний кожи, от которого страдают миллионы людей во всем мире. Заболевание характеризуется рецидивирующим течением, интенсивным зудом, сухостью кожи и выраженным снижением качества жизни пациентов. В последние десятилетия парадигма понимания патогенеза экземы претерпела значительные изменения. Если ранее основное внимание уделялось исключительно иммунологическим нарушениям и гиперактивности иммунной системы, то сегодня научное сообщество признает первостепенную роль структурных и функциональных дефектов кожного барьера [1].

Эпидермальный барьер служит первой линией защиты организма от агрессивных факторов внешней среды, включая аллергены, поллютанты и патогенные микроорганизмы. Его повреждение неизбежно приводит к каскаду воспалительных реакций, что делает восстановление барьерной функции кожи фундаментальной задачей в современной дерматологии и инфектологии.

Особого внимания заслуживает связь между дефектами кожного барьера и повышенной восприимчивостью пациентов с экземой к вторичным инфекционным осложнениям. Поврежденный роговой слой эпидермиса создает идеальную среду для колонизации патогенной микрофлорой, в первую очередь Staphylococcus aureus. Согласно современным эпидемиологическим данным, более девяноста процентов пациентов с экземой имеют колонизацию золотистым стафилококком на пораженных участках кожи, что значительно превышает показатели среди здорового населения [2]. Выделяемые бактериями экзотоксины действуют как суперантигены, дополнительно стимулируя иммунный ответ и поддерживая хроническое воспаление.

Таким образом, нарушение целостности кожного барьера не только способствует потере влаги, но и открывает ворота для инфекционных агентов, превращая экзему в междисциплинарную проблему, требующую внимания как дерматологов, так и специалистов по инфекционным болезням.

Молекулярные основы барьерной дисфункции при экземе тесно связаны с генетическими мутациями и нарушением синтеза ключевых структурных белков и липидов. Одним из наиболее значимых открытий в этой области стало выявление мутаций в гене, кодирующем профилаггрин. Филаггрин является важнейшим белком, который агрегирует кератиновые филаменты в цитоскелет корнеоцитов и в процессе своей деградации образует натуральный увлажняющий фактор (НУФ), отвечающий за удержание воды в роговом слое [3]. Снижение экспрессии филаггрина приводит к повышению проницаемости кожи, увеличению трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ) и изменению кислотности (pH) поверхности кожи, что в совокупности нарушает антимикробную защиту эпидермиса. Понимание этих глубинных механизмов сместило фокус терапевтических вмешательств с простого подавления воспаления топическими стероидами на проактивное восстановление структуры и функции рогового слоя.

Помимо белковых дефектов, критическое значение имеет нарушение липидного матрикса межклеточного пространства рогового слоя. Липидный барьер, состоящий из церамидов, холестерина и свободных жирных кислот, организованных в сложные ламеллярные структуры, играет ключевую роль в предотвращении потери влаги. У пациентов с экземой наблюдается не только количественное снижение церамидов, но и качественное изменение их профиля, в частности уменьшение доли длинноцепочечных церамидов [4].

Это приводит к дезорганизации липидных пластов и образованию микроскопических брешей в защитном слое. Именно поэтому современные эмоленты разрабатываются с учетом необходимости восполнения специфического дефицита физиологических липидов, что позволяет им не просто создавать окклюзионную пленку на поверхности кожи, но и интегрироваться в липидный матрикс, восстанавливая его целостность на молекулярном уровне.

Обзор современной научной литературы демонстрирует убедительные доказательства эффективности эмолентной терапии в комплексном лечении экземы. В фундаментальном исследовании, проведенном Simpson и соавторами, было показано, что регулярное применение барьерных кремов с первых дней жизни у детей с высоким риском развития атопических заболеваний позволяет снизить частоту возникновения экземы более чем на пятьдесят процентов [5]. Этот факт неопровержимо доказывает, что барьерная дисфункция является первичным событием в патогенезе заболевания, а превентивное восстановление барьера может предотвратить аллергическую сенсибилизацию.

Кроме того, исследования Cork и коллег подчеркивают, что использование эмолентов значительно снижает потребность в применении топических кортикостероидов, что особенно важно в педиатрической практике для минимизации побочных эффектов длительной гормональной терапии [6].

Однако, несмотря на наличие обширной доказательной базы, в реальной клинической практике наблюдается значительный разрыв между международными рекомендациями и реальным поведением пациентов. Многие пациенты рассматривают эмоленты как необязательное косметическое дополнение к лечению, а не как основу патогенетической терапии. Зачастую они прекращают использование увлажняющих средств сразу после достижения видимого клинического улучшения, что неизбежно приводит к быстрому рецидиву заболевания [7].

Кроме того, на региональном уровне существует дефицит данных о влиянии систематического применения эмолентов последнего поколения, содержащих физиологические липиды, на микробиом кожи и частоту инфекционных осложнений у пациентов с хронической экземой. Это диктует необходимость проведения целенаправленных клинических исследований в специфических популяционных группах с учетом региональных климатических и экологических особенностей.

Достижение поставленной цели требует решения ряда конкретных задач. Во-первых, необходимо оценить исходное состояние кожного барьера у пациентов с экземой с помощью объективных биофизических методов измерения. Во-вторых, следует проанализировать динамику клинических симптомов на фоне применения различных терапевтических режимов. В-третьих, требуется изучить изменения микробиоценоза кожи, в частности частоту выявления золотистого стафилококка, в процессе восстановления эпидермального барьера. Комплексный подход к решению этих задач позволит сформировать научно обоснованные рекомендации по оптимизации лечения экземы и повышению качества оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией на региональном уровне.

Материалы и методы. Для достижения поставленных целей и решения сформулированных задач было организовано и проведено проспективное рандомизированное контролируемое клиническое исследование. Исследование проводилось на базе профильных клинических отделений инфекционных болезней и дерматовенерологии Андижанского государственного медицинского института, а также в ряде региональных специализированных поликлиник. Период набора пациентов и последующего клинического наблюдения составил восемнадцать месяцев. Протокол исследования был разработан в строгом соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и прошел независимую этическую экспертизу в локальном комитете по биоэтике. Все участники исследования или их законные представители предоставили добровольное письменное информированное согласие до начала любых диагностических или терапевтических процедур.

В исследование было включено сто пятьдесят пациентов обоего пола в возрасте от восемнадцати до шестидесяти лет с верифицированным диагнозом хронической экземы (атопического дерматита) средней и тяжелой степени тяжести. Критериями включения служили наличие клинически подтвержденного диагноза экземы, продолжительность заболевания не менее одного года, наличие периодов обострения не реже трех раз в год и отсутствие тяжелой сопутствующей соматической патологии, способной повлиять на результаты исследования.

Критериями исключения были признаны применение системных иммуносупрессивных препаратов или системных антибиотиков в течение четырех недель до начала исследования, наличие активных вирусных инфекций кожи (например, герпетической экземы), беременность и период лактации, а также индивидуальная непереносимость компонентов исследуемых эмолентов.

С целью обеспечения объективности результатов пациенты были рандомизированы на две сопоставимые группы методом конвертов. Основная группа (группа вмешательства) состояла из семидесяти пяти пациентов, которые получали стандартную противовоспалительную терапию (топические кортикостероиды коротким курсом в период обострения) в комбинации с обязательным, систематическим применением специализированного эмолента. Исследуемый эмолент представлял собой крем, содержащий комплекс физиологических липидов (церамиды, холестерин, свободные жирные кислоты в оптимальном соотношении), а также увлажняющие компоненты (мочевина, глицерин). Контрольная группа также включала семьдесят пять пациентов, которым назначалась аналогичная стандартная противовоспалительная терапия, однако в качестве увлажняющего средства им рекомендовалось использовать традиционные индифферентные кремы или мази без специализированного липид-восстанавливающего комплекса. Обеим группам были даны строгие инструкции по уходу за кожей, включая правила купания и исключение агрессивных моющих средств.

Клиническая оценка тяжести течения заболевания проводилась с использованием международной валидированной шкалы SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis). Данный индекс учитывает площадь поражения кожи, интенсивность объективных клинических симптомов (эритема, отек, мокнутие, экскориации, лихенификация, сухость кожи вне зон поражения) и субъективные ощущения пациента (выраженность зуда и нарушение сна). Оценка по шкале SCORAD проводилась квалифицированными специалистами на этапе включения в исследование, а затем каждые четыре недели на протяжении всего двенадцатинедельного периода наблюдения. Это позволило объективно отслеживать динамику купирования воспалительного процесса и степень восстановления кожного покрова.

Для инструментальной оценки функционального состояния кожного барьера применялся метод измерения трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ) с помощью портативного биофизического прибора - теваметра. Измерения проводились в стандартных условиях микроклимата помещения (постоянная температура и влажность воздуха) после пятнадцатиминутной адаптации пациента. Точки измерения включали как визуально пораженные участки кожи (очаги воспаления), так и внешне интактную кожу на симметричных участках тела. Показатель ТЭПВ выражался в граммах на квадратный метр в час и служил высокоточным количественным маркером целостности рогового слоя эпидермиса. Повышение этого показателя свидетельствовало о выраженном нарушении барьерной функции кожи.

Микробиологическое исследование занимало ключевое место в методологии данной работы, учитывая важность инфекционных осложнений. Для оценки состава микрофлоры кожи и выявления колонизации золотистым стафилококком (Staphylococcus aureus) проводился забор материала с поверхности кожи методом стерильного ватного тампона. Забор осуществлялся с очагов наибольшего поражения (экскориации, участки мокнутия) до начала лечения и по завершении двенадцатинедельного курса терапии. Полученный материал высевался на селективные питательные среды, после чего проводилась идентификация выделенных штаммов и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам с использованием стандартных микробиологических протоколов. Этот этап исследования позволил оценить влияние восстановления кожного барьера на элиминацию патогенной микрофлоры.

Все полученные в ходе клинических, инструментальных и лабораторных исследований данные вносились в специализированную электронную базу и подвергались тщательной статистической обработке. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения SPSS Statistics версии 26.0. Количественные параметры проверялись на нормальность

распределения с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для сравнения двух независимых групп по количественным признакам применялся t-критерий Стьюдента, для сравнения связанных выборок в динамике - парный t-критерий. Анализ качественных признаков (частота колонизации микроорганизмами) проводился с использованием критерия хи-квадрат Пирсона. Различия считались статистически значимыми при вероятности ошибки менее 0.05. Тщательный статистический контроль обеспечил высокую достоверность и репрезентативность полученных результатов исследования.

Результаты и обсуждение. Первичный анализ клинико-демографических показателей продемонстрировал, что рандомизация пациентов была проведена успешно, и обе исследуемые группы были сопоставимы по основным параметрам до начала терапевтического вмешательства. В основной группе средний возраст пациентов составил тридцать два года, в контрольной группе - тридцать четыре года. Гендерное распределение также было равномерным. Средняя продолжительность заболевания в обеих группах превышала десять лет, что подтверждало хронический и упорный характер патологического процесса. Базовый средний индекс SCORAD в основной группе составил 52.4 балла, а в контрольной группе - 53.1 балла, что классифицировалось как среднетяжелое и тяжелое течение экземы. Различия по данным показателям между группами на старте исследования не имели статистической значимости, что позволило объективно оценивать последующую динамику на фоне лечения.

Оценка динамики клинических симптомов по шкале SCORAD через четыре недели лечения показала положительную тенденцию в обеих группах, что объяснялось применением топических кортикостероидов для купирования острого воспаления. Индекс SCORAD снизился до 28.5 баллов в основной группе и до 31.2 баллов в контрольной. Однако наиболее показательные результаты были зафиксированы на более поздних сроках наблюдения. К концу двенадцатой недели исследования в основной группе, где пациенты регулярно применяли церамид-доминирующий эмолент, среднее значение индекса SCORAD составило 12.4 балла, что соответствует клинической ремиссии или легкому течению заболевания. В то же время в контрольной группе данный показатель остановился на отметке 24.6 балла [8]. Разница между группами стала статистически высокозначимой, что подтверждает критическую важность систематического применения современных эмолентов для поддержания долгосрочной ремиссии и предотвращения рецидивов.

Инструментальная оценка функционального состояния кожного барьера с помощью измерения трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ) выявила глубокие различия в эффективности проводимой терапии. До начала лечения показатели ТЭПВ на участках поражения были критически высокими в обеих группах, достигая в среднем 45.8 граммов на квадратный метр в час, что в несколько раз превышает физиологическую норму. Через двенадцать недель в контрольной группе, получавшей стандартный уход, показатель ТЭПВ снизился лишь до 32.4 граммов на квадратный метр в час, указывая на сохраняющийся дефект липидного барьера. В основной же группе систематическое использование эмолента с физиологическими липидами привело к глубокому восстановлению рогового слоя - средний показатель ТЭПВ снизился до 16.5 граммов на квадратный метр в час. Это значение статистически достоверно приближается к показателям здоровой кожи и свидетельствует о полноценной реставрации водоудерживающей функции эпидермиса.

Особый интерес представляли результаты микробиологического исследования, непосредственно отражающие инфекционные риски, связанные с барьерной дисфункцией. При первичном бактериологическом скрининге колонизация кожи Staphylococcus aureus была выявлена у подавляющего большинства пациентов - у восьмидесяти двух процентов в основной группе и у восьмидесяти четырех процентов в контрольной группе. При этом часто наблюдался массивный рост патогенной микрофлоры, что коррелировало с выраженностью мокнутия и тяжестью клинической картины. Эти исходные данные полностью подтверждают гипотезу о том, что нарушенный кожный барьер является идеальной средой для размножения бактериальных патогенов, способствующих поддержанию хронического воспаления.

По завершении двенадцатинедельного курса терапии микробиологический пейзаж кожи претерпел существенные изменения, однако эти изменения кардинально различались в исследуемых группах. В основной группе частота выявления Staphylococcus aureus снизилась с восьмидесяти двух процентов до впечатляющих двадцати четырех процентов. Важно подчеркнуть, что этот эффект был достигнут без применения системных или топических антибактериальных препаратов, а исключительно за счет восстановления физических и химических свойств кожного барьера с помощью эмолента [9]. Восстановление липидного матрикса и нормализация уровня влажности эпидермиса лишили стафилококк благоприятной среды для размножения. В контрольной группе, напротив, частота колонизации осталась на тревожно высоком уровне и составила шестьдесят восемь процентов, что обуславливает постоянный риск развития инфекционных осложнений у этих пациентов.

Анализ частоты применения топических кортикостероидов (ТКС) в период наблюдения продемонстрировал выраженный стероид-сберегающий эффект церамид-содержащих эмолентов. Пациенты основной группы в среднем использовали ТКС в течение десяти дней за весь двенадцатинедельный период, применяя их короткими интермиттирующими курсами только при появлении начальных признаков обострения. В контрольной группе суммарная продолжительность использования ТКС составила в среднем двадцать два дня, причем многие пациенты нуждались в переходе на препараты более сильного класса для контроля воспаления. Снижение потребности в гормональной терапии в основной группе имеет колоссальное клиническое значение, так как оно позволяет минимизировать риск развития таких серьезных побочных эффектов, как атрофия кожи, телеангиэктазии и системная абсорбция препарата.

Оценка переносимости и безопасности исследуемой терапии подтвердила высокий профиль безопасности современных эмолентов. В основной группе не было зарегистрировано ни одного случая развития серьезных нежелательных явлений или аллергических реакций, потребовавших бы отмены препарата. Лишь три пациента отметили преходящее чувство легкого жжения при нанесении крема на участки с выраженными экскориациями в первые дни лечения, которое самостоятельно купировалось по мере заживления кожи. Субъективная оценка удовлетворенности лечением показала, что девяносто пять процентов пациентов основной группы оценили результаты терапии как отличные или хорошие, отмечая значительное уменьшение зуда, улучшение качества сна и повышение общего уровня психологического комфорта.

Полученные в ходе настоящего исследования результаты убедительно подтверждают фундаментальную роль методов восстановления кожного барьера, и в частности использования современных эмолентов, в комплексной терапии экземы. Эмпирические данные демонстрируют, что интеграция патогенетически обоснованного увлажняющего ухода в стандартный протокол лечения приводит к значительно более выраженному и стойкому клиническому улучшению по сравнению с применением исключительно противовоспалительных средств. Снижение индекса тяжести заболевания SCORAD в основной группе свидетельствует о том, что восстановление барьерной функции кожи напрямую влияет на каскад иммунологических реакций, обрывая порочный круг хронического воспаления. Эти выводы полностью согласуются с концепцией барьер-направленной терапии, которая в последние годы становится доминирующей в мировой дерматологической практике [10].

Ключевым механизмом, обеспечивающим высокую клиническую эффективность применявшегося эмолента, является его способность интегрироваться в поврежденный роговой слой и восстанавливать дефицит межклеточных липидов. Как было показано в многочисленных молекулярных исследованиях, кожа пациентов с экземой характеризуется острым недостатком церамидов, особенно тех фракций, которые обеспечивают структурную целостность ламеллярных телец [11]. Традиционные вазелин-содержащие увлажняющие средства создают лишь пассивную окклюзионную пленку, которая временно уменьшает испарение воды, но не устраняет первопричину дефекта. В то же время препараты, содержащие сбалансированный комплекс физиологических

липидов, активно включаются в метаболизм эпидермиса, стимулируя эндогенный синтез липидов и обеспечивая долгосрочную реставрацию защитного экрана.

Особую клиническую и эпидемиологическую значимость имеют результаты, касающиеся снижения колонизации кожи Staphylococcus aureus. В контексте инфекционных болезней экзема часто рассматривается как предрасполагающий фактор к развитию пиодермий, фурункулеза и более тяжелых системных инфекций. Золотистый стафилококк способен образовывать биопленки на поврежденной коже, что делает его крайне устойчивым к воздействию антибиотиков и иммунной системы хозяина [12]. Наше исследование неопровержимо доказывает, что регулярное применение барьерных эмолентов обладает выраженным косвенным антимикробным эффектом. Восстановление нормального уровня pH, повышение гидратации рогового слоя и устранение микротрещин создают условия, несовместимые с жизнедеятельностью патогенной флоры. Это открытие диктует необходимость пересмотра стратегии профилактики инфекционных осложнений при экземе, смещая акцент с необоснованного назначения местных антисептиков на проактивное восстановление барьера.

Значительное снижение показателя трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ) в основной группе является объективным инструментальным доказательством восстановления барьерной функции. ТЭПВ считается золотым стандартом биофизической оценки целостности эпидермиса. Высокие показатели ТЭПВ не только отражают сухость кожи, но и коррелируют со степенью проникновения через кожу аллергенов и ирритантов [13]. Нормализация этого показателя означает, что кожа вновь обретает способность эффективно блокировать проникновение чужеродных антигенов, что предотвращает сенсибилизацию организма и развитие системных аллергических реакций (так называемого атопического марша). Таким образом, локальное терапевтическое воздействие на кожный барьер оказывает глубокое влияние на системный иммунный статус пациента.

Стероид-сберегающий эффект, продемонстрированный в исследовании, имеет огромную практическую ценность. Топические кортикостероиды остаются препаратами первой линии для купирования острого воспаления при экземе, однако их длительное применение сопряжено с серьезными рисками. В частности, стероиды сами по себе способны истончать эпидермис и нарушать синтез липидов, что в долгосрочной перспективе лишь усугубляет барьерную дисфункцию [14]. Использование современных церамид-содержащих эмолентов в качестве базовой терапии позволяет разорвать этот замкнутый цикл. Поддержание кожи в увлажненном и структурно полноценном состоянии минимизирует частоту обострений, что естественным образом снижает потребность в противовоспалительных препаратах и повышает общую безопасность лечения.

Необходимо также отметить важность образовательной работы с пациентами. В ходе исследования было выявлено, что многие пациенты не понимают разницы между косметическими увлажняющими кремами и специализированными лечебными эмолентами. Успех барьер-направленной терапии во многом зависит от комплаентности пациента, его готовности наносить препарат в достаточном объеме (часто до нескольких сотен граммов в неделю) и с необходимой регулярностью. Врачам различных специальностей, включая дерматологов, инфекционистов и врачей общей практики, необходимо уделять особое внимание обучению пациентов правильной технике применения эмолентов, подчеркивая, что это не косметическая процедура, а обязательная лечебная манипуляция.

Несмотря на убедительность полученных результатов, данное исследование имеет определенные ограничения. Относительно небольшая выборка пациентов и ограниченный срок наблюдения (двенадцать недель) не позволяют в полной мере оценить влияние эмолентной терапии на риск развития системных атопических заболеваний (таких как бронхиальная астма) в долгосрочной перспективе. Кроме того, исследование проводилось в специфических климатических условиях одного региона, что может оказывать влияние на особенности течения заболевания. Будущие многоцентровые долгосрочные исследования должны быть направлены на изучение

молекулярных механизмов взаимодействия различных типов эмолентов с микробиомом кожи и иммунной системой эпидермиса, что позволит разработать еще более персонализированные и эффективные подходы к лечению экземы.

Заключение. Проведенное клиническое исследование представляет убедительные доказательства того, что методы восстановления кожного барьера, и в первую очередь систематическое применение современных церамид-содержащих эмолентов, играют центральную и незаменимую роль в лечении экземы. Дефект эпидермального барьера является не просто следствием иммунологического воспаления, но его первопричиной и главным фактором, способствующим хронизации процесса и присоединению вторичных инфекций. Наше исследование достоверно показало, что интеграция качественной барьерной терапии в схему лечения приводит к выраженному снижению трансэпидермальной потери воды, значительному регрессу клинических симптомов заболевания и минимизации риска колонизации кожи патогенными штаммами Staphylococcus aureus.

Полученные данные диктуют настоятельную необходимость парадигмального сдвига в клинической практике ведения пациентов с экземой. Терапия эмолентами должна рассматриваться не как вспомогательное средство ухода за кожей, а как фундаментальная патогенетическая основа лечения, назначаемая с первых дней постановки диагноза и применяемая непрерывно, даже в периоды клинической ремиссии. Способность современных эмолентов восстанавливать липидный матрикс, подавлять рост бактериальной флоры и обеспечивать выраженный стероид-сберегающий эффект делает их важнейшим инструментом в руках современного врача. Оптимизация протоколов лечения с обязательным включением барьер-восстанавливающей терапии позволит существенно улучшить прогноз заболевания, повысить качество жизни пациентов и снизить бремя инфекционных осложнений экземы на систему здравоохранения.

Литературы

1.Proksch, E., Brandner, J. M., & Jensen, J. M. (2008). The skin - an indispensable barrier. Experimental Dermatology, 17(12), 1063-1072.

2.Kong, H. H., Oh, J., Penn, C., Zeitels, L., Bouffard, G. G., Mullikin, J. C., ... & Segre, J. A. (2012). Temporal shifts in the skin microbiome associated with disease flares and treatment in children with atopic dermatitis. Genome Research, 22(5), 850-859.

3.Palmer, C. N., Irvine, A. D., Terron-Kwiatkowski, A., Zhao, Y., Liao, H., Lee, S. P., ... & McLean, W. H. (2006). Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. Nature Genetics, 38(4), 441-446.

4.Janssens, M., van Smeden, J., Gooris, G. S., Bras, W., Portale, G., Caspers, P. J., ... & Bouwstra, J. A. (2012). Increase in short-chain ceramides correlates with an altered lipid organization and decreased barrier function in atopic eczema patients. Journal of Lipid Research, 53(12), 2755-2766.

5.Simpson, E. L., Chalmers, J. R., Hanifin, J. M., Thomas, K. S., Cork, M. J., McLean, W. H., ... & Williams, H. C. (2014). Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 134(4), 818-823.

6.Cork, M. J., Danby, S. G., Vasilopoulos, Y., Hadgraft, J., Lane, M. E., Moustafa, M., ... & Ward, S. J. (2009). Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis. Journal of Investigative Dermatology, 129(8), 1892-1908.

7.Eichenfield, L. F., Tom, W. L., Berger, T. G., Krol, A., Paller, A. S., Schwarzenberger, K., ... & Silverman, R. A. (2014). Guidelines of care for the management of atopic dermatitis - section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. Journal of the American Academy of Dermatology, 71(1), 116-132.

8.Wollenberg, A., Barbarot, S., Bieber, T., Christen-Zaech, S., Deleuran, M., Gauger, A., ... & European Dermatology Forum (EDF). (2018). Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children - part I. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 32(5), 657-682.