

Атопические поражения кожи беременных: как помочь пациенткам

З.А. Невозинская^{✉1}, Е.В. Дворянкова², О.Ю. Ткаченко³, И.М. Корсунская²

¹ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБУН «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии» РАН, Москва, Россия;

³ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева», Москва, Россия

Аннотация

Многие женщины во время беременности испытывают те или иные кожные симптомы, вызванные иммунологическими, метаболическими и другими изменениями, происходящими в организме в этот период. Одна из частых жалоб беременных – кожный зуд. Примерно в 20% случаев причиной зуда являются атопические поражения кожи беременных, гистологически неотличимые от атопического дерматита, который также склонен обостряться в период беременности. Принято считать, что эти поражения обусловлены повышенной выработкой цитокинов Th2 (интерлейкина-4, 10) в организме беременной женщины. В терапии атопических поражений кожи беременных и обострения атопического дерматита на первое место выходят топические глюкокортикостероиды и средства ухода. В случаях ограниченных высыпаний или легкой степени дерматита могут применяться только средства ухода с выраженным увлажняющим эффектом. Использование увлажняющих средств позволяет минимизировать зуд и неприятные ощущения на коже. Одним из таких средств, применяемых нами в практике, является липидовосстанавливающий крем XeraCalm A.D, чья уникальная формула не только оказывает восстанавливающий и противозудный эффекты, но и повышает естественный иммунитет кожи.

Ключевые слова: атопические поражения кожи беременных, атопический дерматит, средства ухода

Для цитирования: Невозинская З.А., Дворянкова Е.В., Ткаченко О.Ю., Корсунская И.М. Атопические поражения кожи беременных: как помочь пациенткам. Consilium Medicum. 2021;23(12):961–964. DOI: 10.26442/20751753.2021.12.201257

REVIEW

Atopic skin lesions in pregnant women: how to help patients

Zofia A. Niewozinska^{✉1}, Evgeniya V. Dvoriankova², Olga Iu. Tkachenko³, Irina M. Korsunskaya²

¹Moscow Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow, Russia;

²Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology, Moscow, Russia;

³Inozemtsev City Clinical Hospital, Moscow, Russia

Abstract

Many pregnant women experience skin symptoms caused by immunological, metabolic or other changes that occur in their body during pregnancy. One of the most common complaints of pregnant women is itchy skin. In about 20% of cases, itching in pregnant women is associated with atopic skin lesions. Histologically, these lesions are indistinguishable from atopic dermatitis, which also tends to worsen during pregnancy. It is believed that these lesions are due to increased production of Th2 cytokines (interleukin-4 and -10) in the body of a pregnant woman. Topical glucocorticosteroids and skin care products are best treatments for atopic skin lesions of pregnant women and exacerbation of atopic dermatitis. In cases of limited rashes or mild dermatitis, only care products with a strong moisturizing effect can be used. Using moisturizers can help minimize itching and skin discomfort. One of these agents that we use in practice is XeraCalm A.D Lipid-Replenishing cream, the unique formula of which not only has a regenerating and antipruritic effect, but also enhances the natural immunity of the skin.

Keywords: atopic skin lesions of pregnant women, atopic dermatitis, care products

For citation: Niewozinska ZA, Dvoriankova EV, Tkachenko Olu, Korsunskaya IM. Atopic skin lesions in pregnant women: how to help patients. Consilium Medicum. 2021;23(12):961–964. DOI: 10.26442/20751753.2021.12.201257

Беременность сопровождается глубокими иммунологическими, метаболическими, эндокринными и сосудистыми изменениями, которые делают беременных женщин восприимчивыми к изменениям кожи и придатков, как физиологическим, так и патологическим. Эти изменения являются позитивной адаптацией матери к приспособле-

нию и поддержке плода по мере его роста и развития на протяжении всей беременности [1]. Многие исследования сосредоточены на конкретном дерматозе или других заболеваниях и состояниях, связанных с беременностью [2–6]. Однако подробные отчеты о физиологических изменениях и конкретных дерматозах беременных, а также о влиянии

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Невозинская Зоя Анатольевна – канд. мед. наук, врач-дерматовенеролог, ГБУЗ МНПЦДК. E-mail: nezosia@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5913-9635

Дворянкова Евгения Викторовна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. ФГБУН ЦТП ФХФ. ORCID: 0000-0002-2458-419X

Ткаченко Ольга Юрьевна – канд. мед. наук, зав. женской консультацией №2, ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева». ORCID: 0000-0001-8037-9898

Корсунская Ирина Марковна – д-р мед. наук, проф., зав. лаб. ФГБУН ЦТП ФХФ. ORCID: 0000-0002-6583-0318

[✉]Zofia A. Niewozinska – Cand. Sci. (Med.), Moscow Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology. E-mail: nezosia@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5913-9635

Evgeniya V. Dvoriankova – D. Sci. (Med.), Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology. ORCID: 0000-0002-2458-419X

Olga Iu. Tkachenko – Cand. Sci. (Med.), Inozemtsev City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0001-8037-9898

Irina M. Korsunskaya – D. Sci. (Med.), Prof., Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences. ORCID: 0000-0002-6583-0318

Рис. 1. АПКБ на туловище.**Рис. 2. АПКБ на конечностях.**

различных дерматозов на этих женщин в литературе многочисленны. Существующие исследования показывают широкий диапазон вариаций частоты различных дерматозов, специфических для беременности.

Так, например, в исследование V. Panicker и соавт. включены 600 пациенток. Возраст исследуемой популяции варьировал от 18 до 38 лет, при этом большинство беременных были в возрастной группе 20–25 лет. Для большинства – 370 (61,67%) – пациенток роды были первыми; 230 (38,33%) пациенток были мультигравидными. Большинство (400, 66,67%) случаев кожных изменений представлено во II триместре. Наиболее частой жалобой был кожный зуд (113, 18,83%), за которым следовали поражения кожи (48, 8%) [7].

В своей практике мы чаще всего наблюдаем обострение атопического дерматита (АтД) или атопические поражения кожи у беременных (АПКБ).

АПКБ – это доброкачественное зудящее состояние, которое характеризуется экзематозными или папулезными поражениями у пациенток с АтД в анамнезе или предрасположенностью к нему или с новым началом АтД во время беременности. Термин АПКБ охватывает гетерогенную группу зудящих состояний во время беременности, также известных как почесуха во время беременности, зудящий фолликулит во время беременности и экзема во время беременности. АПКБ – самая частая причина зуда во время беременности [8, 9] с распространенностью 5–20%. АПКБ страдают 2 группы пациенток: одна, у которых во время беременности либо впервые возникают атопические из-

менения кожи, либо после длительной ремиссии, и вторая – больные, страдающие обострением ранее существовавшего АтД. АПКБ – дерматит, который клинически и гистологически неотличим от АтД, но считается, что он является уникальным для беременности, поскольку 80% пациенток ранее не имели в анамнезе кожных заболеваний [8, 10].

Во время беременности иммунная система смещена в сторону иммунного ответа, в котором доминирует Т-хелпер 2 (Th2), чтобы вызвать толерантность у плода [11]. Считается, что патогенез АПКБ и позднее появление симптомов вызваны специфическими для беременности иммунологическими изменениями. Во время беременности у женщин наблюдается изменение структуры Th-клеток со сниженной выработкой цитокинов Th1 [интерлейкина (ИЛ)-2, 12, интерферона γ] и повышенным содержанием цитокинов Th2 (ИЛ-4, 10) [11]. Считается, что реакция Th2 отвечает за изменения кожи, наблюдаемые у беременных женщин.

Сам по себе АтД также является заболеванием, вызываемым Th2, и, таким образом, женщины с АтД имеют повышенный риск возникновения кожных заболеваний во время беременности. АтД обычно обостряется во II или III триместре [12].

Симптомы АПКБ обычно проявляются в начале I или II триместра и, как правило, повторяются при последующих беременностях из-за атопического фона. Многие женщины с АПКБ имеют повышенный уровень иммуноглобулина Е в сыворотке, положительный тест на аллергены, передающиеся по воздуху, и семейный анамнез атопических заболеваний.

Основными клиническими признаками АПКБ являются кожный зуд, эксфолиация и экзематозные поражения кожи. У 2/3 наблюдаются широко распространенные экзематозные изменения, поражающие типичные атопические участки, такие как лицо, шея и сгибательные поверхности конечностей, а у 1/3 – небольшие зудящие эритематозные папулы на туловище (рис. 1) и конечностях (рис. 2). Расчесывание вызывает ссадины и может привести к вторичным кожным инфекциям. Высыпания обычно проходят после родов.

Диагноз в основном основывается на клинических характеристиках. Патогномоничных данных, специфичных для АПКБ, нет, но лабораторные тесты могут выявить повышенный уровень иммуноглобулина Е в сыворотке на 20–70% [8].

АПКБ не связано с риском для плода, за исключением неопределенного риска развития АтД у ребенка.

Для лечения АПКБ так же, как и при терапии АтД, предпочтение отдается топической терапии. Вопреки тому факту, что АтД имеет тенденцию к ухудшению во время беременности, исследование реестра, в котором участвовала 10 441 беременная, выявило картину повышенного использования топических глюкокортикостероидов и лечения ультрафиолетовым светом при одновременном снижении использования топических ингибиторов кальциневрина и системных методов лечения по сравнению с использованием до беременности. Это наблюдение может отражать тенденцию женщин переносить больше обострений АтД во время беременности в сочетании с более осторожным и ограниченным подходом к лечению [10].

При наличии ограниченных высыпаний или легкой степени выраженности симптомов АПКБ можно остановиться на использовании только средств ухода с выраженным противозудным действием. В нашей практике мы рекомендуем всем нашим пациенткам уделить большее внимание средствам ухода с выраженным увлажняющим эффектом. Как показывает собственный опыт, у беременных часто наблюдается физиологический ксероз, не обязательно

сопровождающийся кожными высыпаниями. При специфических дерматозах беременных увлажненность кожных покровов снижается примерно в 3 раза [13].

На наш взгляд, наиболее оптимальным средством ухода для этой группы пациентов является липидовосстанавливающий крем XeraCalm A.D, который восстанавливает защитный барьер кожи и уменьшает интенсивность зуда, гиперемии, а также активирует естественный иммунитет кожи.

Эффективность средства обеспечивается его уникальным составом. Комплекс I-modulia®, первый биотехнологический активный ингредиент, полученный из микроорганизма *Aquaphilus dolomiae* – уникального эндемика термальной воды Авène, имеет выраженную регуляторную активность в отношении воспаленных кератиноцитов, особенно при PAR-2-зависимом воспалении, связанном с зудом, нарушением кожного барьера, врожденным и адаптивным иммунным ответом. Наличие метаболитов *A. dolomiae* в составе крема стимулирует защитные механизмы кожи, способствует снижению интенсивности зуда. Также экстракт активен в отношении *Staphylococcus aureus*: ограничивает распространение микроорганизмов на коже [14]. Все это может предупредить присоединение вторичной инфекции. Входящие в состав крема липиды Cer-omega, похожие на естественные липиды кожи, питают и восстанавливают гидролипидный барьер, нормализуя увлажненность кожных покровов. Термальная вода Авène в составе средства отвечает за снятие раздражения и смягчение кожи.

Во время беременности организм женщины претерпевает множество изменений, среди них и изменения кожи. Нередко возникают проблемы, требующие участия дерматолога. К одной из таких проблем относятся атопические поражения кожи и ксероз. Задача специалиста – подобрать рациональную терапию и средства ухода, способные облегчить состояние матери и не оказать негативного влияния на плод.

Раскрытие информации. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все ав-

торы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

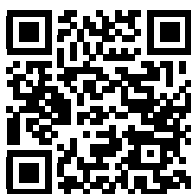
Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Литература/References

1. Kroumpouzos G, Cohen LM. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:1-19.
2. Pennoyer JW, Grin CM, Driscoll MS. Changes in size of melanocytic nevi during pregnancy. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36:378-82.
3. Cohen LM, Capeless EL, Krusinski PA. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy and its relationship to maternal fetal weight gain and twin pregnancy. *Arch Dermatol*. 1989;125:1534-6. DOI:10.1001/archderm.1989.01670230076012
4. Shornick JK, Bangert JL, Freeman RG. Herpes gestationis: clinical and histological features of 28 cases. *J Am Acad Dermatol*. 1983;8:214-24.
5. Esteve E, Saudeau L, Pierre F, et al. Physiological cutaneous signs in normal pregnancy, a study of 60 pregnant women. *Ann Dermatol Venerol*. 1994;121:227-31.
6. Kroumpouzos G, Cohen LM. Pruritic folliculitis of pregnancy. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:131-4.
7. Panicker VV, Riyaz N, Balachandran PK. A clinical study of cutaneous changes in pregnancy. *J Epidemiol Glob Health*. 2017;7(1):63-70. DOI:10.1016/j.jegh.2016.10.002
8. Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, et al. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(3):395-404. DOI:10.1016/j.jaad.2005.12.012
9. Ambros-Rudolph CM. Dermatoses of pregnancy – clues to diagnosis, fetal risk and therapy. *Ann Dermatol*. 2011;23(3):265-75. DOI:10.5021/ad.2011.23.3.265
10. Hamann CR, Egeberg A, Wollenberg A, et al. Pregnancy complications, treatment characteristics and birth outcomes in women with atopic dermatitis in Denmark. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2019;33(3):577-87.
11. Wilder RL. Hormones, pregnancy, and autoimmune diseases. *Ann NY Acad Sci*. 1998;840:45-50.
12. Koutroulis I, Papoutsis J, Kroumpouzos G. Atopic dermatitis in pregnancy: current status and challenges. *Obstet Gynecol Surv*. 2011;66(10):654-63.
13. Корсунская И.М., Дворянкова Е.В., Невозинская З.А. Специфика ухода за кожей при дерматозах во время беременности. *Аллергология и иммунология в педиатрии*. 2017;2(49):42-4 [Korsunskaja IM, Dvoriankova EV, Nevozinskaja ZA. Spetsifika ukhoda za kozhej pri dermatozakh vo vremia beremennosti. *Allergologija i immunologija v pediatrii*. 2017;2(49):42-4 (in Russian)].
14. Aries MF, Hernandez-Pigeon H, Vaissière C, et al. Anti-inflammatory and immunomodulatory effects of *Aquaphilus dolomiae* extract on in vitro models. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:421-34. DOI:10.2147/CCID.S113180

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.11.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 24.12.2021



OMNIDOCTOR.RU