



Микола Леонідович АРЯЄВ, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії Одеського національного медичного університету

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ: БАР'ЄРООРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД У СВІТЛІ СУЧАСНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Атопічний дерматит (АтД) є хронічним багатofакторним захворюванням, у патогенезі якого епідермальна бар'єрна дисфункція відіграє центральну роль на всіх етапах перебігу хвороби – від дебюту до ремісії. Відповідно до оновлених рекомендацій Американської академії дерматології (AAD, 2026) регулярне застосування бар'єровідновних засобів є обов'язковим компонентом терапії АтД у педіатричних і дорослих пацієнтів незалежно від ступеня тяжкості.

Сучасні ламелярні емоменти з фізіологічними ліпідами, зокрема керамідами, в поєднанні з регенеративними агентами, як-от пантенол, забезпечують патогенетично обґрунтований вплив на ключову ланку захворювання – структурну та функціональну неповноцінність рогового шару епідермісу. До таких емоментів належить крем Бепантен® Сенсідерм.

Наш досвід свідчить, що Бепантен® Сенсідерм завдяки вмісту керамідів і пантенолу сприяє швидкому полегшенню свербіжжю та почервоніння шкіри, ефективно відновлює порушений епідермальний бар'єр і знижує ризик загострень хвороби. Застосування засобу є патогенетично обґрунтованим вибором для тривалої базової терапії АтД.

Отже, інтеграція бар'єровідновної терапії на основі ламелярних ліпідів у стандарт ведення пацієнтів з АтД відповідає сучасним міжнародним рекомендаціям і концепції довготривалого контролю хвороби, орієнтованої на покращення клінічних результатів і якості життя пацієнтів.

АКТУАЛЬНІСТЬ

АтД є хронічним рецидивним запальним захворюванням шкіри з високою поширеністю в педіатричній і дорослій популяціях і значним впливом на якість життя пацієнтів та їхніх родин. Сучасні дані свідчать, що АтД вражає близько 20% дітей і 2-10%

дорослих у різних регіонах світу, маючи тенденцію до раннього дебюту та тривалого перебігу [1, 2]. Тому лікування АтД є важливою сферою сучасних рекомендацій.

РОЛЬ ДИСФУНКЦІЇ ШКІРНОГО БАР'ЄРА В ПАТОГЕНЕЗІ АтД

Згідно з оновленими рекомендаціями AAD (2026) АтД слід розглядати як захворювання з первинною бар'єрною дисфункцією епідермісу, яка не лише супроводжує запалення, але й відіграє ключову роль у його ініціації та підтриманні, особливо в дитячому віці [3]. Порушення структури рогового шару, зумовлене дефіцитом і дисбалансом керамідів та інших міжклітинних ліпідів, призводить до підвищеної трансепідермальної втрати вологи, збільшення проникнення алергенів і мікробних антигенів, формування типового для АтД «сверблячого циклу» [4, 5].

Багатofакторний патогенез АтД охоплює генетичну схильність, імунну дисрегуляцію Th2-типу, нейроімунні механізми свербіжжю (зокрема участь інтерлейкіну-31), а також мікробіомні зміни. Втім, саме неповноцінність епідермального бар'єра нині визнано універсальною терапевтичною мішенню на всіх етапах захворювання – від початкових проявів до ремісії [5, 6]. Це обґрунтовує провідну

роль базової бар'єровідновної терапії в сучасних стратегіях лікування АтД.

КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА МІСЦЕ БАР'ЄРОВІДНОВНОЇ ТЕРАПІЇ

Відповідно до настанов AAD (2026) регулярне застосування емоментів є обов'язковим компонентом лікування АтД у дітей незалежно від ступеня тяжкості та має розглядатися як базова терапія поряд із протизапальними засобами [3]. Особливий наголос зроблено на виборі засобів, які здатні не лише зволожувати шкіру, а й відновлювати ліпідну архітектуру рогового шару, мінімізуючи потребу в частому застосуванні топічних кортикостероїдів.

Огляд *Annals of Internal Medicine* підкреслює, що сучасний контроль АтД неможливий без раннього та безперервного впливу на бар'єрну функцію шкіри, оскільки клінічне поліпшення без відновлення бар'єра асоціюється з високим ризиком рецидивів [5]. Із цього погляду емоменти із керамідами та фізіологічними ліпідами розглядаються як патогенетично обґрунтований компонент довготривалої терапії.

Порівняльний огляд бар'єрної дисфункції при контактному й atopічному дерматиті підтвердив, що саме при АтД дефект ліпідних ламелів має генералізованіший і стійкіший характер; це потребує застосування спеціалізованих ламелярних формул, здатних інтегруватися в міжклітинний ліпідний матрикс [6].

Дослідження також продемонстрували важливість пом'якшувачів, які поєднують інгредієнти з комплементарними властивостями [7].

Отже, використання сучасних ламелярних емоментів у поєднанні з регенеративними компонентами (як-от пантенол) відповідає принципам персоналізованого та профілактично орієнтованого підходу до ведення пацієнтів з АтД.

ЗАСТОСУВАННЯ КРЕМУ БЕПАНТЕН® СЕНСІДЕРМ ПРИ АтД

Як засіб, що поєднує інгредієнти з комплементарними властивостями для базової терапії АтД, ми у своїй практиці використовуємо Бепантен® Сенсідерм. Крем містить ліпіди з ламелярною структурою, подібною до структури власних ліпідів шкіри, як-от кераміди. Ламелярні ліпіди крему Бепантен® Сенсідерм можуть проникати в пошкоджений ліпідний бар'єр рогового шару шкіри та зв'язуватися з ним, тим самим відновлюючи його. Цей ефект посилюється пантенолом, який теж входить до

складу крему й забезпечує оптимальні умови для природного процесу регенерації шкіри.

Бепантен® Сенсідерм підходить для немовлят, дітей і дорослих, може використовуватися в період вагітності та грудного годування [8]. Пройшов клінічні дослідження в педіатрії та дерматології [9, 10]. Наноситься кілька разів на день за потреби, на подроздрану непоранену шкіру. Може наноситися, в тому числі, на повіки, слід лиш уникати потрапляння на слизові оболонки.

Наш досвід практичного застосування крему Бепантен® Сенсідерм у педіатричній клініці протягом року продемонстрував його високу ефективність. Клінічні ефекти полягають у полегшенні свербіжності (вже протягом 30 хвилин після нанесення), поліпшенні зволоження шкіри, зменшенні почервоніння, зниженні кількості рецидивів. Це узгоджується з даними сучасних оглядів і клінічних настанов [5, 6].

Важливим є досить високий профіль безпеки крему Бепантен® Сенсідерм завдяки відсутності в складі ароматизаторів, консервантів, барвників, силікону й емульгаторів. Це відповідає вимогам пацієнтів до засобів для лікування АтД [13].

ОБГОВОРЕННЯ

Сучасні уявлення про патогенез АтД суттєво еволюціонували впродовж останнього десятиліття – від переважно імунозапального трактування до інтегративної моделі, в центрі якої перебуває первинна бар'єрна дисфункція епідермісу. Оновлені клінічні настанови AAD (2026) чітко визначають порушення структури рогового шару як фундаментальний патогенетичний механізм АтД, особливо в педіатричній популяції, та підкреслюють необхідність раннього й безперервного бар'єровідновного втручання [3].

Результати експериментальних і клінічних досліджень підтверджують, що дефіцит керамідів і дезорганізація міжклітинних ліпідних ламелів призводять не лише до підвищення трансепідермальної втрати води, але й до посилення проникності шкіри для алергенів і мікробних факторів; це запускає хронічне запалення та нейроімунні механізми свербіжності [4, 12]. У цьому контексті формування «сверблячого циклу» розглядається як вторинний наслідок бар'єрної неспроможності, а не виключно як прояв імунної активації.

Огляд *Annals of Internal Medicine* підкреслює, що клінічно орієнтований контроль запалення без адекватного відновлення епідермального бар'єра має короткотривалий ефект і асоціюється з високою частотою рецидивів АтД [5]. Це положення

узгоджується з даними систематичних оглядів і метааналізів, які демонструють переваги емоментів з фізіологічними ліпідами щодо зменшення тяжкості хвороби за шкалою SCORAD і підвищення гідратації рогового шару [13].

На особливу увагу заслуговує питання якісного складу емоментів. Порівняльний огляд продемонстрував, що на відміну від контактного дерматиту при АтД бар'єрна дисфункція має системний і стійкий характер; це обґрунтовує потребу у використанні спеціалізованих ламелярних формул, здатних інтегруватися в порушений ліпідний матрикс [6]. Саме такі підходи відповідають концепції патогенетично спрямованої терапії, задекларованої в сучасних міжнародних рекомендаціях.

Застосування ламелярних ліпідних технологій у поєднанні з регенеративними компонентами (зокрема пантенолом), що входять до складу крему Бепантен® Сенсідерм, є практичною реалізацією бар'єроорієнтованого підходу до терапії АтД у світлі рекомендацій ААД (2026). Клінічні ефекти полягають у полегшенні свербіжності, поліпшенні зволоження шкіри, зменшенні почервоніння, зниженні кількості рецидивів. Результати застосування крему Бепантен® Сенсідерм є прикладом терапії, що змінює перебіг захворювання (disease-modifying therapy), спрямованої не лише на контроль симптомів, а й на довгострокову стабілізацію перебігу хвороби.



Література

1. Skayem C., Richard M.A., Saint Aroman M., et al. Epidemiology of atopic dermatitis: a global worldwide study. *Clin. Exp. Dermatol.* 2025; 50 (10): 2054-2056. doi: 10.1093/ced/llaf233.
2. Puerta-Durango K., Chiesa Fuxench Z.C. Global burden of atopic dermatitis. *Dermatol. Clin.* 2024; 42 (4): 519-525. doi: 10.1016/j.det.2024.05.006.
3. Davis D.M.R., Alikhan A., Bercovitch L., et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in pediatric patients. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2026; S0190-9622(26)00343-9. Advance online publication. doi: 10.1016/j.jaad.2026.02.113.
4. Sakai T., Sato T., Nishizaka T., et al. Stratum corneum ceramide abnormalities in atopic dermatitis: pathophysiology and implications for disease management. *J. Dermatol.* 2025; 53 (3): 380-387. doi: 10.1111/1346-8138.70098.
5. Drucker A.M. Atopic dermatitis. *Ann. Intern. Med.* 2026; 179 (3): ITC33-ITC48. doi: 10.7326/ANNALS-25-05580.
6. Maeng J., Jeong S., Kim H. Skin barrier dysfunction in contact and atopic dermatitis: a comparative review. *Allergy Asthma Immunol. Res.* 2026; 18 (2): 173-181. doi: 10.4168/aa.2026.18.2.173.
7. Wollenberg A., Werfel T., Ring J., et al. Atopic dermatitis in children and adults – diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2023; 120: 224-234. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0011.
8. Vestergaard C., Wollenberg A., Barbarot S., et al. European task force on atopic dermatitis position paper: treatment of parental atopic dermatitis during preconception, pregnancy and lactation period. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2019; 33 (9): 1644-1659. doi: 10.1111/jdv.15709.
9. Stettler H., et al. Improved itch relief with new product formulation for topical treatment in patients with mild-to-moderate atopic dermatitis: results from an exploratory trial. *Key Opinions in Medicine.* 2016; 11 (7).
10. Stettler H., et al. A new topical panthenol-containing emollient for maintenance treatment of childhood atopic dermatitis: results from a multicenter prospective study. *Journal of Dermatological Treatment.* 2017; 28 (8): 774-779. doi: 10.1080/09546634.2017.1328938.
11. Heinz K.C., Beaudart C., De Greef A., et al. Patients' preferences for atopic dermatitis treatments in Europe: a discrete choice experiment. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research.* 2026; 26 (1): 131-138. doi: 10.1080/14737167.2025.2594633.
12. Kunimura K., Fukui Y. The molecular basis for IL-31 production and IL-31-mediated itch transmission: from biology to drug development. *Int. Immunol.* 2021; 33 (12): 731-736. doi: 10.1093/intimm/dxab065.
13. Nugroho W.T., Sawitri S., Astindari A., et al. The efficacy of moisturisers containing ceramide compared with other moisturisers in the management of atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Indian J. Dermatol.* 2023; 68 (1): 53-58. doi: 10.4103/ijdm.ijdm_991_22.