

противоречивы. В частности, имеет место двойственная трактовка влияния стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов на метаболизм суставного хряща и оценки их протекторных свойств. В связи с этим применение хондропротекторов, таких как хондроитинсульфат и глюкозамин, представляет особый практический интерес. Показано, что хондропротекторы устраняют симптомы спондилартроза, снижают интенсивность суставных повреждений, участвуют в формировании костной ткани, а также позволяют снизить дозу НПВП. В ряде исследований подтвержден синергизм действия глюкозамина и хондроитинсульфата, что обосновывает их применение в виде комбинации. Хондропротекторная терапия при спондилартрозе применяется перорально и местно. К преимуществам локальной терапии относят непосредственное воздействие на орган-мишень, уменьшение потребности в системных средствах. В качестве основы для хондропротектора локального применения (Хондроитин, «Фитофарм») используется эмульгель, который в 3 раза быстрее впитывается с поверхности кожи, глубоко проникает в пораженную ткань, образуя концентрационный градиент между кожей и синовиальной оболочкой сустава, обеспечивает быстрое действие, не оставляет жирных пятен.

Актуальные вопросы терапии заболеваний кожи



Доклад «Микозы стоп: акцент на комбинированной терапии» представил заведующий кафедрой дерматовенерологии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Дмитриевич Дюдун. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), грибковыми заболеваниями страдает примерно 1/5 часть населения земного шара. Количество видов микроскопических грибов, патогенных для человека и животных, достигает 500. Наличие грибковой инфекции снижает качество жизни пациентов, может служить основой для развития других инфекционных заболеваний. Кроме того, возможны развитие аллергии и организации организма человека и формирование гиперчувствительности к грибам и продуктам их жизнедеятельности. Грибковые поражения, в частности онихомикозы,

при отсутствии надлежащего лечения приводят к развитию серьезных осложнений (от аллергических реакций до бронхиальной астмы), осложняют течение сопутствующих заболеваний (экземы, псориаза, атопического дерматита, сахарного диабета), усиливают осложнения диабетической стопы и трофических язв, а также способствуют возникновению новых заболеваний. Физический дискомфорт и эстетические последствия развития онихомикоза существенно снижают качество жизни пациента.

Вопросы терапии больных с микотическими поражениями кожи и ее придатков продолжают оставаться в центре внимания клинической дерматологии. Это обусловлено значительной распространенностью и частыми неудачами в лечении данной категории пациентов.

Докладчик рассмотрел перспективы использования в терапии онихомикозов современного антимикотика тербинафина (Ламифена). Влияние тербинафина осуществляется путем угнетения фермента скваленоксидазы в клеточной мембране гриба. Тербинафин специфично подавляет ранний этап биосинтеза стероидов в клеточной мембране гриба. Это приводит к дефициту эргостерола и внутриклеточному накоплению сквалена, что вызывает гибель клетки гриба. Показано, что данный препарат активен против основных возбудителей грибковых инфекций. Тербинафин существует в двух лекарственных формах, предназначенных для наружного и перорального применения. При наружном применении системная абсорбция лекарственного средства составляет не более 5%, что позволяет назначать его длительными курсами и наносить на большие поверхности кожи. При системном применении тербинафин накапливается преимущественно в коже и ее придатках. Этот препарат эффективен в лечении онихомикозов: рецидивы возникают лишь в 23% случаев (тогда как после пульс-терапии итраконазолом – в 53% случаев). Гель наносят тонким слоем на пораженную кожу и близлежащие участки и слегка втирают, таблетки (250 мг) принимают 1 раз в сутки.

Докладчик представил результаты собственного исследования, подтвердившего эффективность Ламифена в лечении больных онихомикозом независимо от продолжительности заболевания и уже проводимой специфической терапии в анамнезе. Клинико-микробиологическая эффективность лечения больных онихомикозом с применением тербинафина составила 95,7%, что сопровождалось хорошей переносимостью лекарственного средства при пероральном применении.



Об иммунологических аспектах лечения акне рассказал доктор медицинских наук Борис Григорьевич Коган (кафедра дерматологии и венерологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев). Акне, или угревая болезнь, относится к одному из наиболее распространенных заболеваний кожи и в пубертатном периоде встречается в той или иной степени выраженности почти у 100% юношей и 90% девушек. Пик заболеваемости, как правило, приходится на возраст 15-16 лет. Акне относится к особой группе кожных заболеваний – психосоматическим дерматозам, при которых велика роль психоэмоциональных нарушений, связанных с проблемой «дефекта внешности». Актуальность указанной темы крайне велика: признаки заболевания и испытываемый больными психологический дискомфорт, снижение самооценки негативно влияют на их качество жизни, социальный статус, профессиональную деятельность и личную жизнь. Британской ассоциацией дерматологов было установлено, что среди пациентов с акне имеет место высокий риск попыток самоубийства.

Развитие данного заболевания напрямую связано с явлением гиперандрогении. Избыточная продукция андрогенов приводит к стимуляции пролиферации и созревания себоцитов, увеличению объема кожного сала, при этом в повышенном объеме кожного сала снижается концентрация незаменимой γ -линоленовой кислоты – основного регулятора дифференцировки кератиноцитов протока сально-волосяного фолликула (СВФ). Отмечается преобладание дискератоза и пролиферации над десквамацией эпителия СВФ, а также возникает его закупорка, которая клинически проявляется открытыми и закрытыми комедонами.

Отмечают четыре патогенетических механизма акне: гиперпродукцию кожного сала, нарушение процесса ороговения фолликулярного эпителия, бактериальную колонизацию, а также развитие воспаления. Обтурация протока СВФ и богатое липидами кожное сало создают благоприятные условия для размножения факультативных анаэробов: *Propionibacterium acnes* и *P. granulosum*, а также других представителей сапрофитной и условно-патогенной микрофлоры. В результате вызванной бактериями сложной воспалительной реакции разрушается стенка сальной железы с выходом ее содержимого в дерму и возникают папуло-пустулезные и узлово-кистозные элементы.

Выделяют 4 степени тяжести угревой болезни – от легкого поражения до выраженной воспалительной реакции в глубоких слоях дермы с формированием множественных болезненных узлов и кист. Общие принципы терапии зависят от тяжести заболевания. Так, при 1 степени тяжести (наличие закрытых и открытых комедонов, до 10 папул) проводится только местная терапия. При 2 степени (наличие комедонов, папулы, до 10 пустул) к топической присоединяют системную терапию, как правило, предполагающую назначение антибиотиков. Наибольший эффект достигается при сочетании бензоилпероксида с адапаленом или клиндамицином либо системных антибиотиков с азелаиновой кислотой, адапаленом и бензоилпероксидом. При 3 степени тяжести заболевания (комедоны, папуло-пустулезная сыпь, до 3 узлов) в схемы лечения включают системное применение ретиноидов и комбинированных оральных контрацептивов.



Несмотря на наличие множества разнообразных схем терапии, у большинства пациентов наблюдаются рецидивы акне. Повысить эффективность лечения инфекционно-воспалительного заболевания кожи, ключевую роль в котором играют условно-патогенные микроорганизмы, позволяет включение азелаиновой кислоты в схему комплексной терапии акне. Доказано, что препарат приводит не только к торможению роста бактериальных возбудителей, но и усиливает местный иммунный ответ в отношении возбудителя.

В подтверждение эффективности азелаиновой кислоты докладчик привел данные собственного исследования, в которое вошли 100 пациенток в возрасте от 17 до 33 лет, страдающих акне 2 степени тяжести. Все больные получали бензоилпероксид в комбинации с клиндамицином 1 р/сут в течение 6 нед, далее начиная с 5-й недели – азитромицин в дозе 250 мг 1 р/сут (курс 14 дней); половинные пациентки (исследуемая группа) дополнительно назначали азелаиновую кислоту (Азогель) 2 р/сут. В группе исследования доля пациенток с клинической ремиссией составила 86%, что на 16% больше, чем в референтной группе. Кроме того, средние значения дерматологического индекса акне у больных исследуемой группы через 6 и 12 нед наблюдения были на 1,8 балла ниже, чем в референтной группе. Таким образом, показано, что азелаиновая кислота является эффективной в составе стартовой терапии акне средней степени тяжести.

На современных аспектах лечения атопического дерматита (АД) акцентировал внимание в докладе доцент кафедры поликлинического дела, семейной медицины и дерматологии, венерологии Львовского национального медицинского университета им. Д. Галицкого, кандидат медицинских наук Богдан Миронович Паращук. Докладчик напомнил, что АД является аллергическим заболеванием, имеющим хронический рецидивирующий характер. В медикаментозном лечении этой патологии ведущую роль занимает местная терапия, позволяющая устранить признаки воспаления и связанные с ними симптомы (гиперемия, отек, зуд), обеспечить увлажнение кожи, способствующая профилактике и устранению вторичных инфекций кожи, восстановлению нарушенного эпителия и барьерных функций кожи.

Ведущую роль в терапии занимают глюкокортикоиды (ГК), эффективно воздействующие на основные механизмы аллергического воспаления. Современные принципы терапии АД с применением ГК предполагают:

- начало лечения с применением сильнодействующего ГК;
- использование препаратов, имеющих пролонгированное действие (наносится 1 раз в сутки);
- детям первых лет жизни показаны только негалогенизированные ГК;
- неприменение фторсодержащих ГК в области лица, шеи и природных складок кожи.

В данном контексте представляет интерес метилпреднизолон ацепонат (Стерокорт) – сильнодействующий кортикостероид пролонгированного действия, который можно использовать у новорожденных, наносить на большие участки кожи, применять на коже лица и складок. Кроме того, использование данного препарата до полного исчезновения симптомов дерматита (до 1 мес непрерывно у детей, до 3 мес – у взрослых), а также возможны повторные курсы лечения при рецидивах в течение года. Значимым преимуществом метилпреднизолон ацепоната по сравнению с другими ГК является высокий коэффициент липофильности (2500), способствующий эффективному проникновению в кожу. Концентрация препарата в очаге воспаления поддерживается в течение 24 ч, что обеспечивает возможность его нанесения 1 раз в сутки. Докладчик представил данные из собственного опыта применения метилпреднизолон ацепоната, подчеркнул, что выраженный эффект лечения наступает на 3-5-й день от начала применения Стерокорта.

Об опыте лечения воспаления геморроидальных вен рассказал доцент кафедры хирургии № 1 Днепропетровской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук Сергей Леонидович Малиновский. В терапии острого геморроя показано использование венотоников, которые усиливают тонус венозной стенки, улучшают лимфоотток и микроциркуляцию крови, способствуют снижению воспаления. Среди многообразия лекарственных средств данной группы в практике докладчик отдает предпочтение венотонику Веносмину, который обладает высокой биодоступностью за счет микронизации частиц, противовоспалительными свойствами, а также характеризуется оптимальными фармакоэкономическими показателями.

Благодаря венотонизирующему и противовоспалительному действию Веносмин целесообразно применять не только в консервативном лечении геморроя, но и в предоперационной подготовке больных перед геморроидэктомией, а также в послеоперационном периоде. При лечении острого геморроя применение этого венотоника в комплексе с местным лечением позволяет стойко купировать болевой синдром на 2-3-и сутки, а также достичь стихания воспалительных явлений и ускорения репаративных процессов, благодаря этой способности Веносмин ускоряет заживление анальных трещин. Применение данного флебопротектора разрешено в III триместре беременности – в частности, под наблюдением докладчика находились беременные с тромбозом геморроидальных узлов без воспаления, у которых использование венотоника в комплексе с местным лечением позволило достичь удовлетворительного результата.

Вопросом лечения герпетической инфекции посвятил выступление научный сотрудник Института дерматологии и венерологии НАМН Украины (г. Харьков), кандидат медицинских наук Сергей Васильевич Унучко. Докладчик рассмотрел особенности развития герпетических поражений кожи и слизистых оболочек при простом герпесе, подчеркнул актуальность проблемы лечения и высокие показатели распространенности заболевания, рассказал о новых схемах профилактики и лечения герпетической инфекции с применением препарата Герпевал. Действующим веществом данного лекарственного средства является валацикловир, имеющий целый ряд преимуществ по сравнению с предшественником ацикловиром. Так, валацикловир имеет высокую биодоступность, превышающую таковую ацикловира; даже при пероральном применении валацикловира его уровень в плазме крови достигает высоких значений, сопоставимых с таковыми при внутривенном введении ацикловира. Такое свойство валацикловира обусловлено его химической структурой: он представляет собой соединение L-валина и ацикловира эфирной связью. Эта особенность позволяет доставлять препарат в неизменном виде в плазму крови. Метаболизируясь в печени гидролазой, валацикловир расщепляется на валин и ацикловир, который, в свою очередь, уже обладает противовирусным эффектом. Кроме того, некоторая часть валацикловира гидролизуется в тонком кишечнике с высвобождением активной формы ацикловира. Особенности фармакокинетики данного лекарственного средства позволяют назначать его вне зависимости от приема пищи. Препарат эффективен в лечении и профилактике рецидивов инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных HSV-1 и HSV-2 (включая впервые обнаруженный и рецидивирующий генитальный герпес, лабиальный герпес). Валацикловир также применяется для уменьшения риска передачи вируса от больных генитальным герпесом.

Подготовила Катерина Котенко

Фото автора