ZU_2013_24.qxd 27.12.2013 16:31 Page 44

21-22 ноября в рамках научно-практической конференции «Достижения молодых ученых-дерматовенерологов» состоялся сателлитный симпозиум, посвященный современным возможностям лечения дерматозов и выбору препаратов для местной терапии данных заболеваний в зависимости от локализации поражения.

Современные подходы к лечению дерматозов: выбор препаратов для наружной терапии в зависимости от локализации поражения

С докладом «Дерматозы кистей и стоп – современные подходы к локальной терапии» выступил **заведующий кафедрой дерматовенерологии Белорусской медицинской академии последипломного образования (г. Минск), доктор медицинских наук, профессор Олег Валентинович Панкратов**. По его словам, наиболее распространенными дерматозами данной локализации являются контактный дерматит, экзема и псориаз. В настоящее время в лечении данных заболеваний значимое место занимают топические кортикостероиды (ТКС), обладающие спектром эффектов, в т. ч. противоаллергической (иммуносупрессивной) активностью, которая обусловлена:

– угнетением синтеза эйкозаноидов за счет снижения активности фосфолипазы А2 и циклооксигеназы-2;

– влиянием на экспрессию генов ряда веществ, участвующих в развитии воспаления, за счет подавления (провоспалительных цитокинов, фактора некроза опухоли, интерферона) или усиления (ингибитора активатора плазминогена, липокортина);

– предотвращением миграции лейкоцитов в зону воспаления за счет подавления молекул адгезии и транскрипции генов провоспалительных цитокинов;

– торможением синтеза нуклеиновых кислот (прежде всего ДНК) в иммунокомпетентных клетках базального слоя эпидермиса и фибробластах;

– сужением сосудов и уменьшением экссудации.

За счет наличия у кортикостероидов противовоспалительного, противозудного, антипролиферативного, сосудосуживающего и противоаллергического эффектов данные препараты остаются одними из наиболее важных в дерматологии. Как известно, выделяют галогенизированные (хлор- и фторсодержащие) и негалогенизированные кортикостероиды, которые существенно различаются по безопасности и возможностям длительного применения; кроме того, в рамках каждого из этих двух классов разные кортикостероиды заметно различаются по силе действия. Рассматривая разнообразие действующих веществ, докладчик отметил, что особое место в группе негалогенизированных кортикостероидов занимает гидрокортизона 17-бутират (Локоид) – сильный стероид 3 класса активности, который по уровню безопасности соответствует природному гидрокортизону, в трех формах (Локоид мазь, Локоид крем и Локоид липокрем) разрешен к применению у детей с 3-месячного возраста и в форме кремового лосьона (Локоид Крело) – с 6-месячного. Выбор кортикостероида для местного применения определяется по соотношению эффективность/безопасность, у детей лучше использовать негалогенизированные ТКС. В качестве препаратов выбора могут рассматриваться гидрокортизона 17-бутират или метилпреднизолона ацепонат, а также (при необходимости) гидрокортизоновая глазная мазь.

Сравнительные исследования показали, что клиническая эффективность мази гидрокортизона 17-бутирата значительно превышает таковую у мази плацебо и гидрокортизона, при этом она сопоставима с таковой у мометазона флуората (галогенизированного кортикостероида).

О.В. Панкратов также напомнил о следующем принципе выбора препарата: чем острее процесс, тем нежнее должна быть текстура применяемых локальных лекарственных средств. С учетом этого каждая из четырех лекарственных форм гидрокортизона 17-бутирата должна применяться для конкретного пациента с учетом симптомов, локализации, остроты процесса и даже типа кожи. Так, Локоид Крело – эмульсия с низким содержанием (15%) липидной фазы – занимает промежуточное положение между кремом и лосьоном, может использоваться при выраженной экссудации, на волосистой части головы. Более плотная структура препарата Локоид Крем (30% липидов и 70% воды) не вызывает окклюзивного эффекта, уменьшает испарение влаги с поверхности кожи, обладает подсушивающим и охлаждающим эффектами, средство невидимо после нанесения. Локоид Липокрем, содержащий 70% липидов и 30% воды, обладает свойствами и крема, и мази. Препарат отличается активным проникновением действующего вещества в кожу, интенсивно увлажняет, восстанавливает барьерную функцию кожи. Локоид мазь (100% липидов) интенсивно увлажняет, снижает трансдермальную потерю влаги, риск попадания в кожу аллергенов и микроорганизмов, способствует лучшему проникновению в кожу активных компонентов. Мазь не содержит консервантов, которые могут дополнительно повышать риск раздражения кожи. При выборе препарата для лечения дерматозов кистей и стоп в связи с особенностями строения кожи на данном участке тела следует отдавать предпочтение таким формам, как крем и липокрем (днем) и липокрем (на ночь).

Докладчик отметил, что аллергическое воспаление при дерматозах кистей и стоп нередко усугубляется и поддерживается бактериальной и грибковой инфекцией. Так, 90% больных с атопическим дерматитом являются носителями золотистого стафилококка (среди здоровых лиц количество носителей не превышает 5%), у 60% больных обнаруживается ассоциация стафилококка и стрептококка. В случае атопии, осложненной инфекцией, целесообразен выбор комбинированного препарата, содержащего ТКС и антибиотики. Для эмпирической наружной терапии стероидчувствительных дерматозов, осложненных бактериальной и/или грибковой инфекцией, препаратом выбора является комбинированный трехкомпонентный препарат Пимафукорт, который содержит гидрокортизон (10 мг), натамицин и неомицин. Препарат применяется 2-4 раза в сутки, длительность терапии определяется индивидуально и обычно не превышает 2 нед. О.В. Панкратов также отметил, что монопрепараты стероидов не показаны при дерматозах у больных сахарным диабетом из-за повышенного риска присоединения инфекции. У таких больных также предпочтительно применение Пимафукорта.

При ладонно-подошвенной форме псориаза наиболее эффективной методикой, по мнению докладчика, является 6-недельная терапия с ежедневным чередованием наружной терапии мазью гидрокортизона 17-бутирата и фототерапии узкого спектра 311 нм. Также существуют данные, демонстрирующие клиническую эффективность применения препарата Протопик (такролимус) при ладонно-подошвенном пустулезном псориазе.

Докладчик также подчеркнул значимость базового ухода за кожей у больных с атопией, в т. ч. в перерывах между ее клиническими проявлениями. Базисный уход повышает эффективность терапии, сокращает продолжительность лечения, удлиняет период ремиссии, снижает потребность в собственно терапевтических препаратах, улучшает состояние кожи и прогноз заболевания в целом. С этой целью был разработан препарат Локобейз Рипеа, содержащий оптимальное соотношение физиологических липидов, схожих с липидами человеческого эпидермиса, для восстановления барьерной функции кожи.

О новых возможностях местной терапии неинфекционных дерматозов лица рассказал **заведующий кафедрой дерматовенерологии Витебского государственного медицинского университета (Беларусь), доктор медицинских наук, профессор Владимир Петрович Адаскевич**. Докладчик напомнил, что большинство дерматозов лица не представляют существенной опасности для здоровья и жизни пациента, однако играют значимую отрицательную роль в его повседневной активности, существенно снижают качество жизни. Хронические заболевания кожи лица приводят к негативным социальным и психологическим последствиям; обращаясь за медицинской помощью, пациенты ожидают быстрого и оптимального косметического эффекта от лечения.

В.П. Адаскевич рассмотрел целый ряд конкретных клинических случаев, касающихся дифференциальной диагностики поражений кожи лица, ассоциированных с системной красной волчанкой, саркоидозом, демодекозом, синдромом Свита, а также синдромом Роуэлла, существование которого до сих пор остается дискутабельным. По словам выступающего, к стероидчувствительным дерматозам лица, при которых показано применение ТКС, относят такие заболевания, как атопический дерматит, псориаз, себорейный дерматит, аллергический дерматит, розацеа, периоральный дерматит, красная волчанка и витилиго.

Рассматривая проблему выбора лечения дерматозов лица, докладчик отметил большую значимость топических ингибиторов кальциневрина – такролимуса и пимекролимуса. Это новая группа нестероидных препаратов с иммуносупрессивным

ZU_2013_24.qxd 27.12.2013 16:32 Page 45

и противовоспалительным действием. Выбор такролимуса (препарата Протопик) целесообразен при кратковременной и длительной интермиттирующей терапии среднетяжелого и тяжелого атопического дерматита. Пимекролимус показан для кратковременной терапии легкого и среднетяжелого атопического дерматита. Ингибиторы кальциневрина обладают целым спектром свойств, важных при лечении дерматозов лица: они не влияют на синтез коллагена и десмосомы, не вызывают атрофию кожи даже при длительном использовании, обладают противозудным эффектом. Кроме того, данные препараты регулируют уровни антимикробных пептидов в коже. Противовоспалительный эффект этих лекарственных средств осуществляется за счет целенаправленного ингибирования активации Т-лимфоцитов в эпидермисе. Всасывание препаратов данной группы в системный кровоток при местном применении является минимальным.

В целом при местной терапии дерматозов лица применяются несколько групп препаратов. Используются антипаразитарные агенты, в частности метронидазол (при розацеа, периоральном дерматите, демодекозе), антибиотики (при пиодермии, акне, розацеа), противогрибковые препараты (при смешанных инфекциях, дерматофитии), противовирусные препараты (при герпесе) негалогенизированные ТКС, в частности гидрокортизона 17-бутират (при стероидчувствительных дерматозах), а также ингибиторы кальциневрина, например такролимус (при атопическом дерматите лица).

Особенности дерматозов гениталий рассмотрела **академик Академии наук высшей школы Украины, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Витальевна Проценко**. Она отметила, что хотя принципы лечения остаются подобными, необходимо учитывать особенности строения кожи аногенитальной области и высокий риск вторичного инфицирования. В данной зоне более тонкая кожа и тонкий роговой слой, более рыхлая и неравномерно утолщенная подкожно-жировая клетчатка, близко расположены сосуды, в некоторых областях локализируется волосяной покров. В аногенитальной области также много сальных желез, которые открываются как в сально-волосяные фолликулы, так и на поверхность кожи, а также апокриновых потовых желез больших размеров. Учитывая особенности их секреции, отмирающие секреторные клетки вместе с секретом желез являются питательной средой для условно-патогенных микроорганизмов. Состав нормофлоры в данной области отличается наличием многих видов условно-патогенных микроорганизмов. Следует также учитывать, что факторами, предрасполагающими к развитию дерматозов гениталий и влияющими на особенности их течения, являются: пренебрежение санитарно-гигиеническими нормами и тесное белье, коинфекция, а также наличие таких фоновых заболеваний, как сахарный диабет и эндокринные нарушения, иммунодефицитные состояния, дисбиоз кишечника, частое использование антибиотиков в анамнезе. Хороший ответ на терапию стероидами демонстрируют воспалительные дерматозы, сопровождающиеся поражением гениталий: красный плоский лишай, склероатрофический лишай, себорейный дерматит, аллергический дерматит, псориаз, экзема, витилиго.

Сталкиваясь с наличием у пациента в области гениталий инфицированных очагов дерматоза и сенсибилизации, очень важно правильно подойти к выбору лечения. Критериями выбора ТКС в данном случае является оптимальный спектр активности, эффективности и безопасности.

Общие рекомендации включают соблюдение правил личной гигиены с применением лечебных гигиенических средств, не нарушающих pH кожи. В качестве препарата выбора при необходимости назначения ТКС ввиду особо высокого риска инфекции при дерматозах данной локализации может рассматриваться препарат Пимафукорт, содержащий гидрокортизон и комбинацию антибактериальных препаратов.

Таким образом, при выборе конкретного препарата, содержащего ТКС, следует учитывать не только особенности заболевания и возраст пациента, но и локализацию дерматоза, наличие сопутствующих заболеваний (таких как сахарный диабет), а также риск присоединения вторичной инфекции.

Подготовила ***Катерина Котенко***
Фото автора

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476