



Диалог ревматолога и дерматолога: васкулиты

На междисциплинарном консилиуме «Кожа – иммунитет – мозг», прошедшем 5 июня 2024 г. под председательством профессора кафедры дерматовенерологии и косметологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, д.м.н. Андрея Леонидовича БАКУЛЕВА, состоялось заседание экспертов в области ревматологии и дерматологии, посвященное вопросам ведения пациентов с васкулитом и псориазом. Профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы, д.м.н. Ольга Борисовна ТАМРАЗОВА и врач-ревматолог, ассистент кафедры детских болезней им. профессора И.М. Воронцова факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России, к.м.н. Андрей Вячеславович САНТИМОВ в своем докладе подробно рассмотрели актуальные вопросы диагностики и лечения кожных васкулитов с позиции ревматолога и дерматолога.



Профессор, д.м.н.
А.Л. Бакулев



Профессор, д.м.н.
О.Б. Тамразова



К.м.н. А.В. Сантимов

Открывая дискуссию, профессор О.Б. Тамразова отметила, что васкулит – клиничко-патологический процесс, характеризующийся повреждением кровеносных сосудов и воспалением. Общий распространенный воспалительный процесс при васкулите сопровождается такими симптомами, как повышение температуры, потеря массы тела, усталость, недомогание. Проявления специфических симптомов васкулита зависят от пораженного органа, локализации воспалительного процесса. В частности, при поражении мелких сосудов кровеносной систе-

мы развиваются кожные симптомы. Причинами васкулита могут быть различные факторы, включая аллергические реакции, аутоиммунные заболевания и др. К одному из значимых этиологических факторов васкулита относят инфекции. В реальной клинической практике наиболее частой причиной развития васкулита являются инфекционные факторы, такие как тонзиллиты, синуситы, флeбиты, аднекситы, хронические инфекционные поражения кожи. Инфекции вызывают аномальный иммунный ответ, запускают процессы иммунного воспаления,

приводящие к поражению кровеносных сосудов. В первую очередь в качестве инфекционного агента при васкулите выступают стрептококки. Более чем в половине случаев у пациентов с васкулитом и перечисленными хроническими заболеваниями происходит выделение гемолитического стрептококка из очагов хронической инфекции, обнаружение в крови высоких титров антистрептолизина-О, наличие антител против стрептококков в крови. Кроме того, причиной развития васкулита могут быть стафилококки, сальмонелла, микобактерии тубер-



Междисциплинарный консилиум «Кожа – иммунитет – мозг»

кулеза, а также вирусы гепатита В и С, цитомегаловирус, парвовирусы. К факторам, провоцирующим развитие васкулита, относят повышенную чувствительность к лекарственным средствам, в частности к антибиотикам, противотуберкулезным и антивирусным препаратам, сульфаниламидам и др., а также состояние вакцинации или специфической десенсибилизации.

Триггерами развития васкулита считаются химические агенты, хронические интоксикации (курение, алкоголь), эндокринопатии, фотосенсибилизация, длительные периоды переохлаждения или перегрева, длительное стояние на ногах, лимфостаз, хроническая венозная недостаточность, нарушение микроциркуляции. Наблюдается сезонность развития заболеваний, чаще всего осенью и весной.

Васкулиты кожи – неоднородная группа заболеваний с разнообразными клиническими проявлениями. Существует ряд общих клинических признаков, объединяющих эту группу дерматозов. К ним относят воспалительный характер изменений кожи (кровοизлияния, некрозы); симметричность высыпаний; преимущественную локализацию на нижних конечностях; связь с предшествующей инфекцией, лекарственной непереносимостью, переохлаждением, аллергическими заболеваниями, нарушением венозного оттока; острое течение или с периодическими обострениями. Морфологические элементы при васкулите отличаются разнообразием: пятна, пурпура, узелки, узлы, некрозы, корки, эрозии, язвы и др.

По словам А.В. Сантимова, в ревматологии на сегодняшний день используется номенклатура васкулитов, принятая на Международной консенсусной конференции в Чепел-Хилле в 2012 г.¹ Согласно номенклатуре, васкулиты классифицируются на основе размера затронутых сосудов и патогенеза и по-

дразделяются на васкулиты сосудов крупного, среднего и малого калибров. Ведущим звеном развития васкулитов кожи является воспаление стенок сосудов малого калибра – дермальных и гиподермальных кровеносных сосудов.

Как отметила профессор О.Б. Тамразова, в отечественной клинической практике большей популярностью пользуется рабочая классификация васкулитов кожи, разработанная О.Л. Ивановым (1997). В соответствии с классификацией выделяют дермальные васкулиты (полиморфный дермальный васкулит, хроническая пигментная пурпура), дермо-гиподермальные (ливедо-ангиит) и гиподермальные (узловатый ангиит).

Полиморфный дермальный васкулит относится к дермальным васкулитам и имеет разнообразные морфологические проявления. В зависимости от клинической картины заболевания выделяют различные типы полиморфного дермального васкулита. Уртикарный тип васкулита проявляется образованием уртикарноподобных элементов на коже, прежде всего конечностей. Лечение антигистаминными препаратами обычно не дает эффекта. Высыпания могут сопровождаться признаками системного поражения: воспалением, болью в суставах, симптомами, возникающими в результате поражения легких и почек, и др. А.В. Сантимов подчеркнул, что среди группы уртикарных васкулитов для ревматолога наибольший интерес представляет гипокомплементемический уртикарный васкулит, имитирующий картину хронической крапивницы. В отличие от крапивницы высыпания при уртикарном васкулите отличаются стойкостью, сохраняясь на протяжении одних – трех суток и более. Кроме того, вместо выраженного зуда пациенты испытывают болезненность, чувство жжения или стянутости кожи. Еще одним характерным отличием от хронической

крапивницы является гиперпигментация, которая остается после уртикарных высыпаний. В анализе крови пациентов с гипокомплементемическим уртикарным васкулитом определяется низкий уровень компонентов комплемента (С3, С4), а также повышенный уровень антител к С1q-компоненту комплемента. У пациентов следует проводить дифференциальную диагностику с системной красной волчанкой (СКВ), для которой тоже характерна гипокомплементемия. Определение антинуклеарного фактора может указывать на васкулит при СКВ.

Нормокомплементемический уртикарный васкулит отличается более легким клиническим течением, отсутствием сопутствующего поражения внутренних органов. Клинические проявления поражения кожи при этой форме васкулита практически не отличаются от кожных симптомов при уртикарном васкулите, сопровождаемом гипокомплементемией. В сыворотке крови пациентов отмечается нормальный уровень фракций комплемента и не выявляются анти-С1q-антитела.

Далее профессор О.Б. Тамразова рассказала о геморрагическом типе дермального васкулита. Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна – Геноха) – васкулит, связанный с иммуноглобулином (Ig) А, относится к самым частым системным васкулитам у детей. Характеризуется высыпаниями на конечностях, может сопровождаться системными проявлениями, поражением желудочно-кишечного тракта (боль в животе, кровотечение, мелена), суставов (артралгии, артриты), почек (микро- или макрогематурия). Редко при этом типе васкулитов могут наблюдаться поражения церебральных сосудов, кровоизлияния в яички и интерстициальные легочные кровоизлияния.

К характерному классификационному критерию геморрагического васкулита относится пальпируемая

¹ Jennette J.C., Falk R.J., Bacon P.A., et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013; 65 (1): 1–11.



пурпура при отсутствии коагулопатии или тромбоцитопении. Высыпания имеют отечный характер и выступают над поверхностью кожного покрова. Также о наличии геморрагического васкулита свидетельствуют один или несколько из следующих критериев: боль в животе (острая, диффузная, колики), артрит или артралгия. На биопсии пораженной ткани определяется преобладающее отложение IgA, развивается поражение почек², являющееся самым тяжелым осложнением геморрагического васкулита в педиатрической практике.

При геморрагическом васкулите высыпания имеют петехиальный или мелкопятнистый характер. Чаще всего множественные элементы локализуются на ногах в районе голени, поверхности бедер, в области крупных суставов. В течение примерно трех суток после высыпания элементы угасают, отек снижается. Нередко при этой форме можно наблюдать быстро развивающиеся участки некроза в пределах воспалительных высыпаний.

В продолжение темы А.В. Сантимов отметил, что при выявлении на осмотре у пациента детского возраста высыпаний в форме пальпируемой пурпуры с типичной локализацией (голена и стопы) биопсия кожи не требуется, диагноз очевиден. При подозрении на геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна – Генوخа) у больных с нетипичной локализацией и без выраженных признаков пальпируемой пурпуры рекомендуется проведение биопсии кожи с применением прямого иммунофлуоресцентного окрашивания компонентов комплемента и IgA. Как правило, световая микроскопия при окрашивании гематоксилином и эозином в таких случаях не имеет диагностической значимости³. Докладчик подчеркнул, что при всех видах кожных васкулитов и неко-

торых других формах при исследовании гистологического препарата обнаруживается наличие инфильтрации стенок сосудов полиморфноядерными лейкоцитами (нейтрофилами) с фрагментированными ядрами – так называемый феномен лейкоцитоклазии.

Классическим вариантом васкулита, сопровождающегося гистологическими признаками феномена лейкоцитоклазии, является лейкокластический геморрагический микробид Мишера – Шторка. В отличие от геморрагического васкулита при геморрагическом лейкокластическом микробиде не развиваются системные нарушения, течение заболевания отличается доброкачественным характером, осложнения бывают в крайне редких случаях. Лейкокластический геморрагический микробид представляет собой поверхностный аллергический васкулит кожи и наблюдается при обострениях хронических инфекционных заболеваний. Определяется как аллергический капилляротоксикоз при хронической бактериальной инфекции. При данном типе кожные изменения характеризуются множественными петехиальными высыпаниями с симметричной локализацией. Течение заболевания приступообразное со сменой ремиссий и рецидивов.

По словам профессора О.Б. Тамразовой, сложным для диагностики заболеванием из группы кожных васкулитов является папулонекротический васкулит, проявляющийся многочисленными мелкими папулами буровато-фиолетового цвета, которые вскоре сменяют некрозы, а позже на этих местах образуются поверхностные язвочки. После заживления остаются характерные штампованные рубчики с фиолетовым ободком. Высыпания локализуются на голених, бедрах, ягодицах. Папулонекротический васкулит

редко встречается в детском возрасте, отличается приступообразным характером появления высыпаний, при этом морфологические элементы обнаруживаются на разных стадиях развития. Следует учитывать, что этот тип васкулита клинически полностью имитирует папулонекротический туберкулез, с которым необходимо проводить дифференциальную диагностику.

Еще одним видом дермального васкулита является хроническая пигментная пурпура (болезнь Шамберга – Майокки). Это хронический дермальный капиллярит, поражающий сосочковые капилляры. Характеризуется легким доброкачественным течением без системных проявлений, часто носит семейный характер, проявляется в подростковом возрасте, часто у мальчиков. Появление хронической пигментной пурпуры провоцируют инфекции, переохлаждение, различные аллергены. А.В. Сантимов добавил, что хроническая пигментная пурпура Шамберга – Майокки подразделяется на несколько субтипов в зависимости от особенностей поражения кожи. Классическим вариантом заболевания и родоначальником всех остальных версий считается петехиальный тип (стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга). Характеризуется множественными мелкими петехиями с исходом в стойкие буровато-желтые пятна гемосидероза различной величины и очертаний. Другой тип хронической пигментной пурпуры – телеангиэктатический (телеангиэктатическая пурпура Майокки) проявляется пятнами, так называемыми медальонами, центральная зона которых состоит из телеангиэктазий на слегка атрофичной коже, а перифе-

² Ozen S., Pistorio A., Iusan S.M., et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. *Ann. Rheum. Dis.* 2010; 69 (5): 798–806.

³ Damman J., Mooyaart A.L., Bosch T.P., et al. Lectin and alternative complement pathway activation in cutaneous manifestations of IgA-vasculitis: a new target for therapy? *Mol. Immunol.* 2022; 143: 114–121.



Междисциплинарный консилиум «Кожа – иммунитет – мозг»

рическая – из мелких петехий на фоне гемосидероза. Пурпура Дюкаса – Капенатакиса представляет собой экзематозный вариант хронической пигментной пурпуры. Наряду с наличием петехий и гемосидероза в очагах наблюдаются явления экзематизации, сопровождающиеся выраженным зудом. Заболевание не сопровождается системными нарушениями⁴.

Далее профессор О.Б. Тамразова рассмотрела следующую группу дермо-гиподермальных васкулитов. Узелковый полиартериит – дермо-гиподермальный системный васкулит, характеризующийся воспалительно-некротическим поражением стенок мелких и средних висцеральных и периферических артерий с двумя вариантами клинического течения – ливедо и узелки. Аневризмы и стенозы при этом типе васкулита образуются через нерегулярные интервалы на пораженных артериях. Встречается не только у взрослых, но и у детей. Заболевание может быть ассоциировано с гепатитом В. Начальный симптом данного варианта узелкового полиартериита проявляется в виде стойкого ливедо – синюшных пятен, образующих причудливую петлистую сеть на конечностях, реже на предплечьях, кистях, лице и туловище. Окраска пятен резко усиливается при охлаждении. На фоне ливедо возникают мелкие кровоизлияния и некрозы, образуются изъязвления. На коже встречаются узелки, одиночные или группами, плотные, подвижные, болезненные по ходу артерий. Больные ощущают зябкость, тянущие боли в конечностях, сильные пульсирующие боли в узлах и язвах. В тяжелых случаях заболевание может привести к ампутации конечностей.

По мнению А.В. Сантимова, в группе дермальных васкулитов при ливедо-ангиите происходит один из самых тяжелых вари-

антов кожного поражения. Под ливедо-ангиитом, как правило, подразумевается кожный вариант узелкового полиартериита, сопровождающийся лихорадкой, выраженными болями в животе, суставах, мышцах, невритами, артериальной гипертензией, гематурией, протеинурией, что свидетельствует о поражении почечных, мезенхимальных, коронарных сосудов. При системном варианте узелкового полиартериита могут поражаться любые сосуды среднего и мелкого калибра.

При узелковом варианте клинического течения полиартериита кожные поражения практически не отличаются от ливедо-ангиита. Отмечают обширные некротические явления на верхних и нижних конечностях, сопровождающиеся язвами на ногах, некрозом кожи и гангреной пальцев⁵.

При этом даже крайне тяжелое поражение кожи может быть без системного вовлечения. Тем не менее ведение таких пациентов в обязательном порядке включает обследование для выявления поражения почечных, кишечных, коронарных сосудов. Кроме того, у пациентов определяют антинуклеарный фактор и антитела к цитоплазме нейтрофилов (anti-neutrophilic antibodies – ANCA), которые должны иметь отрицательные значения. Диагноз узелкового полиартериита подтверждается биопсией или ангиографией с характерными узелками на артериях.

Профессор О.Б. Тамразова отметила, что, согласно классификации васкулитов О.Л. Иванова, к группе гиподермальных васкулитов прежде всего относится узловатый ангиит (узловатая эритема). Узловатый ангиит, или узловатая эритема, встречается у детей и взрослых. Отличается острым течением в начале заболевания с резким ухудшением состояния, ознобом, лихорадкой. На голених

появляются островоспалительные узлы ярко-розового или синюшного окраса, сопровождающиеся отеком. Размеры узлов от 0,5 до 5 см. Из-за образовавшегося отека границы узла размываются. Болезненность узлов – один из характерных симптомов заболевания. Спустя две-три недели узлы начинают уменьшаться, затем полностью исчезают. На их месте некоторое время остаются пятна, возможно шелушение кожи. В ряде случаев возможен переход узловатого ангиита в хроническую форму с периодически ремиссиями и обострениями. При данном виде кожного васкулита для снятия отека применяют местные глюкокортикостероидные (ГКС) препараты.

Докладчик подчеркнул, что диагностика васкулитов должна основываться на клинико-anamnestических данных. Прежде всего необходимо оценивать степень активности кожного процесса. Если поражение кожи имеет ограниченный характер, отсутствуют общая симптоматика (лихорадка, головная боль, общая слабость и т.д.) и признаки вовлечения в патологический процесс других органов, лабораторные показатели без существенных отклонений от нормальных величин, определяется первая степень активности заболевания. При диссеминированном характере кожного процесса, наличии общей симптоматики, выявлении признаков системного процесса (артралгии, миалгии, нейропатии и др.) у пациентов диагностируется вторая степень активности заболевания, требующая консультации ревматолога.

По словам А.В. Сантимова, при высокой активности воспалительного процесса при кожном васкулите необходимо всегда подозревать системное поражение. Однако наличие высокой скорости оседания эритроцитов, высо-

⁴ Котова И.С., Шишева Р.А. Ангииты кожи: учебное пособие. Благовещенск, 2013.

⁵ Berardi E., Antonica G., Procaccio A., et al. Cutaneous polyarteritis nodosa and pulmonary arterial hypertension: an unexpected liaison. A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2023; 102 (50): e36563.



кого уровня С-реактивного белка, лейкоцитоза, артралгий не всегда свидетельствует о системных нарушениях и не исключает диагноза кожного васкулита. При тяжелой форме кожного васкулита в ряде случаев наблюдаются патологические изменения лабораторных показателей. При ведении пациентов с тяжелыми формами кожного васкулита требуется совместное наблюдение дерматолога и ревматолога.

Как известно, васкулиты можно условно разделить на первичные и вторичные. Вторичные представляют собой симптомы или осложнения других заболеваний, таких как диффузные болезни соединительной ткани (СКВ, ревматоидный артрит и др.), криоглобулинемия, болезни крови, онкозаболевания, специфические инфекционные заболевания⁶.

К вторичным васкулитам относятся ревматоидный васкулит. Это внесуставное проявление ревматоидного артрита, имеющее три варианта типичных поражений: некрозы (инфаркты) на пальцах, пальпируемая пурпура, некрозы на стопе (гангренозная пиодермия). Некрозы (инфаркты) на пальцах внешне напоминают след от занозы, после себя оставляют неглубокие рубцы или даже проходят бесследно. Классическая пальпируемая пурпура может развиваться на нижних конечностях у пациентов с длительным течением ревматоидного артрита, но с низкой активностью заболевания. Корреляция с тяжестью основного заболевания отсутствует. Также у больных ревматоидным артритом на стопах, тыльной стороне ладони могут формироваться некрозы, элементы, напоминающие гангренозную пиодермию⁷.

Волчаночный васкулит – один из вторичных васкулитов, который встречается у пациентов с СКВ и отличается разнообразными клиническими проявлениями кожных поражений (поверхностные изъязвления, панникулит, петехии, пятна, эритема с некрозом, некротические пурпурные бляшки с изъязвлением и др.). Течение волчаночного васкулита может варьироваться по тяжести от относительно легкого состояния до тяжелого. Среди лабораторных исследований диагностическое значение при васкулитах имеют следующие:

- общий анализ крови, общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови;
- уровни Ig, комплемента и его фракций в крови;
- уровни С-реактивного белка и ревматоидного фактора;
- D-димер;
- коагулограмма;
- определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В и антител к вирусу гепатита С;
- обследование на ВИЧ;
- определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (c-ANCA), MPO (p-ANCA)⁸.

Как отметил А.В. Сантимов, также для более точной диагностики в дополнение к представленному необходимому лабораторному минимуму следует добавить определение антинуклеарного фактора, при его повышении – специфические антитела, антитела к двуспиральной ДНК, иммуноблот антинуклеарных антител, антитела к кардиолипину, потому что СКВ может имитировать течение любого васкулита. Кроме того, наличие ANCA у пациента является показанием к направлению к ревматологу для проведения дополнительных исследований и назначения терапии. При кожных

васкулитах без системной патологии пациентов наблюдают дерматологи, назначая лечение.

Продолжила тему диагностики и лечения васкулитов профессор О.Б. Тамразова. Она отметила, что диагностика васкулитов требует междисциплинарного подхода с участием не только дерматологов, но и оториноларингологов, фтизиатров, ревматологов.

Системная терапия васкулитов заключается в применении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), антибактериальных, антигистаминных препаратов, гидроксихлорохина, иммунодепрессантов, веноотонизирующих и венопротекторных средств, антикоагулянтов, антиагрегантов, а также ангиопротекторов и корректоров микроциркуляции. При назначении медикаментозной терапии учитываются клинический диагноз, стадия процесса, степень его активности, сопутствующая патология.

Также в лечении пациентов с кожными васкулитами используют ГКС для местного применения высокой потенции до наступления клинического улучшения. Согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов, назначают комбинированные ГКС для местного применения, в частности бетаметазон + гентамицин (мазь Бетадерм[®])⁹ или клиохинол + флуометазон (мазь Лоринден[®] С)¹⁰, если есть сопутствующие вторичные инфицирования, повреждения тканей. Длительность применения не должна превышать двух недель⁸. При наличии островоспалительных элементов используют топические ГКС сильной потенции (крем Кловейт[®]¹¹, гель Флуцинар[®])¹². Препараты наносят на пораженную область кожи один раз в сутки. Также паци-

⁶ Carlson J.A., Cavaliere L.F., Grant-Kels J.M. Cutaneous vasculitis: diagnosis and management. Clin. Dermatol. 2006; 24 (5): 414–429.

⁷ Kishore S., Maher L., Majithia V. Rheumatoid vasculitis: a diminishing yet devastating menace. Curr. Rheumatol. Rep. 2017; 19 (7): 39.

⁸ Федеральные клинические рекомендации по ведению больных васкулитами, ограниченными кожей. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020.

⁹ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Бетадерм[®] мазь. РУ ЛСР-003630/10.

¹⁰ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Лоринден[®] С мазь. РУ П N014868/01.

¹¹ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Кловейт[®] крем. РУ ЛП-№(003519)-(ПГ-РУ).

¹² Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Флуцинар R гель. РУ П N014396/02.

КЛОВЕЙТ®

клубетазола пропионат 0,5 мг

ультраактивный ГКС для лечения
неинфицированных дерматозов, включая
резистентные к другим ГКС дерматозы^{1,2}



2 УДОБНЫЕ ФОРМЫ ВЫПУСКА:

Крем¹ – при дерматозах
с мокнутием

Мазь² – при сухости,
гиперкератозе,
утолщении кожи



Помогает купировать
выраженный зуд и воспаление
на старте дерматоза или при
невосприимчивости к менее
сильным ГКС



Короткий курс лечения



Наиболее доступный по стоимости
клубетазол европейского
производства на российском рынке³

ГКС – глюкокортикостероид

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Кловейт® крем для наружного применения, РУ ЛП-№(003519)-(ПГ-РУ).
2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Кловейт® мазь для наружного применения, РУ ЛП-№(003831)-(ПГ-РУ).
3. По данным аналитической системы АльфаРМ 11.2023.

Фармзавод Ельфа А.О., Польша, ООО «Бауш Хелс»:
Россия, 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5
Тел./факс: +7 (495) 510-2879; office.ru@bauschhealth.com
RUS-DRM-CLV-CLV-01-2024-3340

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

BAUSCH Health



ентам с выраженным воспалительным процессом на коже назначают топические НПВП, топические дезагреганты/антикоагулянты. На узлы наносят традиционные редуцирующие средства (ихтиол, мазь Вишневского и др.). На язвенные дефекты с обильным гнойным отделяемым и некротическими массами на поверхности и вокруг них наносят антибактериальные средства в комбинациях (Бетадерм®, Лоринден С®), а также антисептики и дезинфицирующие средства, аппликации с протеолитическими ферментами.

Профессор отметила, что в клинической дерматологической практике свою эффективность продемонстрировал топический ГКС клобетазола пропионат (Кловейт® – мазь и крем)¹³. Препарат Кловейт® относится к ультраактивным топическим ГКС и используется для лечения неинфицированных дерматозов, включая резистентные к другим ГКС дерматозы. Препарат помогает купировать выраженный зуд и воспаление на старте дерматоза или при невосприимчивости к менее сильным ГКС. Преимуществами препарата Кловейт® являются короткий курс лечения, доступная стоимость и хорошая переносимость. Препарат имеет несколько лекарственных форм, удобных в применении при различных локализациях. Выпускается в форме крема для применения при дерматозах с мокнутием и мази – при сухости, гиперкератозе, утолщении кожи. Благодаря хорошему уровню безопасности препарат разрешен для применения у пожилых людей и детей старше одного года¹⁴.

Клиническая эффективность клобетазола пропионата в терапии широкого спектра дерматозов обусловлена его уникальным механизмом действия. При созда-

нии клобетазола (Кловейт®) был использован ряд трансформаций молекулы, значительно повысивших ее активность: введение фтора в положении С9, метилирование в положении С16, этерификация в положении С17 и др. Благодаря этерификации в положении 17-альфа клобетазола пропионат имеет высокое сродство к биологическим мембранам и лучше диффундирует в тканях кожи¹⁵.

Клобетазол обладает высокой ГКС-активностью, максимально глубоко проникает в кожу, обеспечивая быстрый терапевтический эффект. На сегодняшний день накоплен большой клинический опыт по применению клобетазола пропионата в лечении заболеваний кожи. Показаниями к использованию препарата являются псориаз (за исключением пустулезного и обширного бляшечного псориаза); экзема (различные формы); красный плоский лишай; дискоидная красная волчанка; заболевания кожи, устойчивые к терапии менее активными ГКС для местного применения. Однако следует иметь в виду, что при нерациональном использовании высокая активность препарата может быть сопряжена с появлением ряда побочных эффектов. Поэтому клобетазола пропионат (Кловейт®) назначают на небольшой период времени (7–14 дней).

Для коррекции вторичного инфицирования у пациентов с дерматозами можно применять комбинированные топические средства, включающие ГКС, антибиотики и антисептики. Сегодня к эффективным комбинированным препаратам для лечения вторичного инфицирования относят комбинацию бетаметазона и гентамицина (например, Бетадерм®). В состав препарата входит сильнодействующий топический ГКС бетамета-

зона дипропионат и антибиотик широкого спектра действия гентамицина сульфат. Благодаря активным компонентам мазь оказывает сильное противовоспалительное, противозудное, сосудосуживающее и антибактериальное действие⁹. Бетадерм® предназначен для терапии сухих воспалительных заболеваний кожи, осложненных вторичной бактериальной инфекцией или с вероятностью ее развития.

Другой вариант комбинированного препарата – Лоринден С® – представляет собой комбинацию топического ГКС флуметазона и антисептика клиохинола. Препарат с успехом применяется в лечении сухих воспалительных заболеваний кожи, осложненных бактериальной инфекцией, протекающих с избыточным ороговением и выраженным зудом. Помимо антибактериальной активности клиохинол оказывает противогрибковое действие¹⁰.

В завершение своего выступления профессор О.Б. Тамразова отметила, что лечение пациентов с кожными васкулитами должно проводиться дерматологами с привлечением по показаниям врачей других специальностей, прежде всего ревматологов. Консультативная поддержка врача-ревматолога необходима при выявлении у пациента с кожным васкулитом клинических симптомов системного поражения (артрит, артралгия, серозиты, артериальная гипертензия, легочные инфильтраты, аритмии и др.), а также лабораторных показателей, свидетельствующих о системных нарушениях. Комплексный подход к диагностике и лечению васкулитов позволяет добиваться ремиссии заболевания и значительно улучшать прогноз у данной категории пациентов. ●

¹³ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Кловейт® мазь. РУ ЛП-№(003831)-(ПГ-РУ).

¹⁴ Brazzini B., Pimpinelli N. New and established topical corticosteroids in dermatology: clinical pharmacology and therapeutic use. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2002; 3 (1): 47–58.

¹⁵ Vishwanath V., Chaudhary A., Agarwal A., Jyothi B. Role of clobetasol propionate 0.025% topical therapy in various dermatoses. *Int. J. Res. Med. Sci.* 2021; 9 (11): 3427–3433.