

<sup>1</sup> ЦТП ФХФ РАН;<sup>2</sup> ГКБ № 14  
им. В.Г. Короленко,<sup>3</sup> Поликлиника  
МИД РФ

# Лактофилтрум в комплексной терапии экземы

О. ДЖОРДЖИЕВА<sup>2</sup>, Л.Ш. ТОГОЕВА<sup>1,2</sup>, И.Г. ДИКОВИЦКАЯ<sup>3</sup>,  
д.м.н., проф. И.М. КОРСУНСКАЯ

*В свете современных научных данных можно утверждать, что экзема является полиэтиологическим заболеванием, которое развивается в результате комплексного воздействия на организм аллергических, неврогенных, эндокринных, иммунных, генетических и других факторов.*

В последнее время отмечается рост заболеваемости экземой, что, по-видимому, связано с возрастающим влиянием неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов на организм.

Большинство авторов сходятся во мнении, что экзема является поливалентной сенсibilизацией кожи, в результате которой организм неадекватно реагирует на различные как эндогенные, так и экзогенные раздражители. К эндогенным факторам можно отнести хронические заболевания, очаги хронической инфекции и т.д. Экзогенными факторами могут быть пищевые продукты, бытовая и производственная химия, лекарственные препараты [1].

Считается, что при экземе патологический процесс развивается как реакция повышенной чувствительности замедленного типа. Аллергены (молекулы химических веществ, лекарственных препаратов, грибковые и бактериальные антигены и т.д.), попадая в организм, захватываются антиген-представляющими клетками, которые презентуют их Т-лимфоцитам, в результате чего образуются сенсibilизированные лимфоциты. Эти лимфоциты взаимодействуют с определенным аллергеном (антигеном), в результате чего вырабатываются медиаторы клеточного воспаления, воздействующие на макро-

фаги, тем самым вовлекая их в процесс разрушения антигенов. В настоящее время аллергические процессы трактуются как патологические иммунные реакции, возникающие при повреждении тканей. Существуют научные работы, доказывающие, что у пациентов, страдающих экземой, наблюдаются нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Установлено, что у данной группы больных отмечается дисгаммаглобулинемия (повышение уровня IgG, IgE и понижение уровня IgM), уменьшение количества функционально активных Т-лимфоцитов, снижение общего числа Т-клеток, изменение соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров, а также увеличение количества В-лимфоцитов.

Важную роль в развитии экземы играют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. Дисбиотические изменения нормофлоры кишечника приводят к нарушению процессов расщепления и всасывания питательных веществ в организме. Воспалительные процессы органов ЖКТ могут быть связаны с гиперпродукцией медиаторов вазодилатации, которые при определенных заболеваниях ЖКТ вырабатываются в больших количествах. Некоторые компоненты калликреин-кининовой системы, например, калликреин плазмы крови, выра-

батываются в печени, тканевые калликреины – в соке поджелудочной железы. Вазоактивное действие данных медиаторов влияет на тонус сосудов и может повышать их проницаемость [2].

В течении заболевания выделяют острую, подострую и хроническую стадии. *Острая стадия* характеризуется интенсивной эритемой, высыпаниями микровезикул на инфильтрированном эпидермисе. После вскрытия везикул на поверхности кожи остаются точечные эрозии – «серозные колодцы», в результате чего образуются очаги мокнутия. По мере стихания процесса количество везикул уменьшается, эрозии подсыхают в корочки, на поверхности очагов появляется шелушение. *Хроническая стадия* экземы проявляется застойной эритемой, лихенизацией кожи, чешуйками, сухостью кожи и трещинами.

У пациентов с хроническими дерматозами нарушается не только целостность кожных покровов, но и нормальный микробиоценоз кожи, что нередко приводит к развитию бактериальных и микотических поражений кожи, которые еще больше усугубляют течение дерматоза, вызывая развитие частых рецидивов.

В терапии экземы традиционно используются дезинтоксикационные, антигистаминные, кортикостероидные препараты. В последнее время в связи с тем, что у большинства пациентов с кожными заболеваниями выявляется патология желудочно-кишечного тракта, в терапии аллергодерматозов достаточно широко используются препараты с адсорбирующими и пробиотическими свойствами [2–4].



# ЗДОРОВЫЙ КРАСИВАЯ КИШЕЧНИК КОЖА



- улучшает защитную функцию кожи
- эффективен при аллергических заболеваниях (атопический дерматит, крапивница)
- нормализует микрофлору кишечника
- восстанавливает иммунитет

**ЛАКТОФИЛЬТРУМ®**

ЗДОРОВЫЙ КИШЕЧНИК –  
КРАСИВАЯ КОЖА

[www.lactofiltrum.ru](http://www.lactofiltrum.ru)



# Литература

- ранней диагностики и профилактики онкогенеза: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2007.
3. *Киселев В.И.* Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. М.: Димитрейд График Групп, 2004.
  4. *Allen A.L., Siegfried E.C.* What's new in human papillomavirus infection // *Curr. Opin. Pediatr.* 2000. Vol. 12. P. 365–369.
  5. *Benton C., Shahidullah H., Hunter J.A.A.* Human papillomavirus in the immunosuppressed // *Papillomavirus Rep.* 1992. Vol. 1. P. 23–26.
  6. *Berman B., Ramires C.C.* Anogenital warts // *Treatment of Skin Disease. Comprehensive therapeutic strategies* / Ed. by M.G. Leibold et al. Mosby, 2006. P. 47–49.
  7. *Greenfield I., Cuttill S.* Antivirals // *Human papillomavirus. Clinical and scientific advances* / Ed. by J.C. Sterling & S.K. Tyring-London Arnold, 2001. P. 1120–1130.
  8. *Kirnbauer R., Lenz P., Okun M.M.* Human papillomavirus // *Dermatology* / Ed. by J.L. Bologna et al. Edinburgh: Mosby, 2002. P. 1217–1234.
  9. *Koutsky L.A., Kiviar N.B.* Genital human papillomavirus // *Sexual Transmitted Diseases* / Ed. by K.K. Holmes et al. New York: Mc.Growhill, 1999. P. 347–360.
  10. *Munoz N.* Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence // *J. Clin. Virol.* 2000. Vol. 19. P. 1–90.
  11. *Palefski J.M.* Anal squamous cell intraepithelial lesions: relation to HIV and human papillomavirus infection // *J. Acquir. Immun. Defic. Syndr.* 1999. Vol. 21. P. 42–48.
  12. *Tagami H.* Regression phenomenon of numerous Hat warts – An experiment on the nature of tumor immunity in man // *Int. J. Dermatol.* 1983. Vol. 22. P. 570–571.
  13. *Wiley D.J., Douglas J., Beutner K. et al.* External genital warts: diagnosis, treatment? And prevention // *Clin. Inf. Dis.* 2002. Vol. 35. P. 210–224.
  14. *Zur Hauzen H.* Papillomavirus infection – a major cause of human cancer // *Byochem. Biophys. Acta.* 1996. Vol. 1288. P. F55–F78.
  3. *Sterry W., Paus R., Burgdorf W.* *Dermatology.* Thieme clinical companions. Germany, 2006. P. 596–599.
  4. *Munro D.D.* The effect of percutaneously absorbed steroids on hypothalamic--pituitary--adrenal function after intensive use in in-patients // *Br. J. Dermatol.* 1976. Vol. 94. Suppl. 12. P. 67–76.
  5. *Aalto-Korte K., Turpeinen M.* Pharmacokinetics of topical hydrocortisone at plasma level after applications once or twice daily in patients with widespread dermatitis // *Br. J. Dermatol.* 1995. Vol. 133. № 2. P. 259–263.
  6. *Jacobson C., Cornell R.C., Savin R.C.* A comparison of clobetasol propionate 0.05 percent ointment and an optimized betamethasone dipropionate 0.05 percent ointment in the treatment of psoriasis // *Cutis.* 1986. Vol. 37. № 3. P. 213–214, 216, 218–220.
  7. *Lee F.W., Nystrom D.D., Kooce W.* Comparison of the percutaneous absorption of fluticasone 17-propionate from cream and ointment formulation in rats // *Pharm. Res.* 1989. Vol. 6. Suppl. P. S106.
  8. *Tan C.Y., Marks R., Payne P.* Comparison of xeroradiographic and ultrasound detection of corticosteroid induced dermal thinning // *J. Invest. Dermatol.* 1981. Vol. 76. № 2. P. 126–128.
  9. *Josse G., Rouvrais C., Mas A., Haftek M., Delalleau A., Ferrag Y., Ossant F., George J., Lagarde J.M., Schmitt A.M.* A multitechnique evaluation of topical corticosteroid treatment // *Skin Res. Technol.* 2009. Vol. 15. № 1. P. 35–39.
  10. *Kao J.S., Fluhr J.W., Man M.Q., Fowler A.J., Hachem J.P., Crumrine D., Ahn S.K., Brown B.E., Elias P.M., Feingold K.R.* Short-term glucocorticoid treatment compromises both permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity: inhibition of epidermal lipid synthesis accounts for functional abnormalities // *J. Invest. Dermatol.* 2003. Vol. 120. № 3. P. 456–464.
  11. *Nurnberger F.G.* A comparison of fluticasone propionate ointment, 0.005%, and hydrocortisone-17-butyrate ointment, 0.1%, in the treatment of psoriasis // *Cutis.* 1996. Vol. 57. № 2. Suppl. P. 39–44.
  12. *Roberts D.T.* Comparison of fluticasone propionate ointment, 0.005%, and betamethasone-17,21-dipropionate ointment, 0.05%, in the treatment of psoriasis // *Cutis.* 1996. Vol. 57. № 2. Suppl. P. 27–31.
  13. *Leibold M.G., Tan M.H., Meador S.L., Singer G.* Limited application of fluticasone propionate ointment, 0.005% in patients with psoriasis of the face and intertriginous areas // *J Am Acad Dermatol.* 2001. Vol. 44. № 1. P. 77–82.
  14. *Bleeker J.* Double-blind comparison between two new topical corticosteroids, halcinonide 0.1 % and clobetasol propionate cream 0.05% // *Curr. Med. Res. Opin.* 1975. Vol. 3. № 4. P. 225–228.
  15. *Gip L., Hamfelt A.* Studies on the efficacy and adrenal effects of Diprolone ointment 0.05 percent and Dermovate ointment 0.05 percent in patients with psoriasis or other resistant dermatoses // *Cutis.* 1984. Vol. 33. № 2. P. 215–217, 220–222, 224.
  16. *Jacobson C., Cornell R.C., Savin R.C.* A comparison of clobetasol propionate 0.05 percent ointment and an optimized betamethasone dipropionate 0.05 percent ointment in the treatment of psoriasis // *Cutis.* 1986. Vol. 37. № 3. P. 213–214, 216, 218–220.
  17. *Zampetti A., Barone A., Antuzzi D., Amerio P, Tulli A., Feliciani C., Amerio P.* Topical preparations for the treatment of psoriasis: results of a retrospective study over 15 years // *J. Dermatolog. Treat.* 2008. Vol. 19. № 3. P. 134–140.
- О. ДЖОРДЖИЕВА, Л.Ш. ТОГОЕВА, И.Г. ДИКОВИЦКАЯ, И.М. КОРСУНСКАЯ**  
**Лактофильтрум в комплексной терапии экземы**
1. *Чистякова И.А.* Экзема // *Трудный пациент.* 2000. № 1. P. 26–30.
  2. *Williams H.C., Grindlay D.J.* What's new in atopic eczema? An analysis of systematic reviews published in 2007 and 2008. Part 2. Disease prevention and treatment // *Clin. Exp. Dermatol.* 2009. Oct. 23.
  3. *Johannsen H., Prescott S.L.* Practical prebiotics, probiotics and synbiotics for allergists: how useful are they? // *Clin. Exp. Allergy.* 2009. Vol. 39. № 12. P. 1801–1814.
  4. *Калюжная Л.Д., Милорава Т.Т., Тукич Н.В.* Новый пребиотик в комплексной терапии атопического дерматита у детей. Применение метода энтеросорбции в практической медицине. М., 2008.
  5. *Молочков В.А., Караулов А.В., Николаева С.А.* Лактофильтрум как фактор повышения бактерицидной функции кожи // *Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии.* 2010. № 1. С. 32–34.
- Н.В. ГАЛИЕВА, Е.В. ДВОРЯНКОВА, А.Л. ПИРУЗЯН, И.М. КОРСУНСКАЯ**  
**Топические глюкокортикостероиды в терапии псориаза**
1. *Sulzberger M.B., Witten V.H.* The effect of topically applied compound F in selected dermatoses // *J. Invest. Dermatol.* 1952. Vol. 19. № 2. P. 101–102.
  2. *Ahn S.K., Bak H.N., Park B.D., Kim Y.H., Youm J.K., Choi E.H., Hong S.P., Lee S.H.* Effects of a multilamellar emulsion on glucocorticoid-induced epidermal atrophy and barrier impairment // *J. Dermatol.* 2006. Vol. 33. № 2. P. 80–90.