



<sup>1</sup>Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы  
<sup>2</sup>Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН

# Фитопрепараты в терапии хронических дерматозов

З.А. Невозинская<sup>1</sup>, О.В. Дорджиева<sup>1</sup>, Л.Р. Сакания<sup>2</sup>, И.М. Корсунская<sup>2</sup>

Адрес для переписки: Ирина Марковна Корсунская, marykor@bk.ru

*Число больных аллергическими дерматозами постоянно растет, а традиционная терапия таких заболеваний часто не дает желаемого результата. В частности, широко применяемые мази, содержащие глюкокортикостероиды, при длительном использовании вызывают ряд побочных эффектов. В связи с этим актуальным вопросом топической терапии аллергодерматозов остается поиск новых эффективных негормональных препаратов. Одним из таких средств является Ирикар, продемонстрировавший значительную эффективность в лечении хронических дерматозов в период обострения.*

**Ключевые слова:** аллергические дерматозы, экзема, Ирикар

Распространенность аллергических дерматозов связана с повышением сенсибилизации населения и ухудшением общей экологической обстановки. Подбор рациональной терапии и средств ухода за кожей на всех стадиях течения таких заболеваний является актуальной задачей современной дерматологии. Перечислим виды аллергодерматозов.

Экзема – мультифакториальное заболевание с наследственной предрасположенностью. Аллергический фактор – один из ведущих в развитии экземы. Причиной возникновения заболевания является контакт с различными биологическими (например, пыльца и сок растений) и химическими (минеральные масла, смолы, хром, никель и т.д.) веществами, ароматизаторами, входя-

щими в состав моющих средств, шампуней, духов, кремов. В роли триггера, запускающего аллергическую реакцию, может также выступать очаг грибковой или бактериальной инфекции [1]. У пациентов с экземой впоследствии может развиваться поливалентная сенсибилизация.

Чаще встречается истинная (идиопатическая) экзема. Для нее характерны высыпания на симметричных участках кожного покрова (верхние и нижние конечности, лицо, туловище). Как правило, высыпания имеют нечеткие границы, отмечается склонность к диссеминации. Сначала появляется эритема, высыпания быстро распространяются, их площадь увеличивается. Иногда очаги сливаются, образуя диффузную эритему. За счет небольшой отечности эри-

тема приподнята над поверхностью окружающей кожи. Затем на фоне эритемы возникают серопупулы и множественные микровезикулы размером с булавочную головку, которые часто группируются. На поверхности микровезикул имеются многочисленные точечные углубления – так называемые серозные колодцы, из которых выделяется серозный экссудат. В дальнейшем воспалительный процесс угасает, экссудат ссыхается в серозные корки, появление новых элементов поражения кожи прекращается. Под корками постепенно восстанавливается роговой слой, очаги приобретают буровато-синюшный оттенок, корки отпадают, развивается скудное шелушение отрубевидными чешуйками. При переходе процесса в хроническую стадию появляется застойная эритема, сопровождающаяся лихенификацией, инфильтрацией, экскориацией.

При дисгидротической экземе в области ладоней, подошв и боковых поверхностей пальцев появляются везикулезные высыпания на фоне незначительной гиперемии. После вскрытия везикул образуются мокнущие эрозивные очаги, постепенно ссыхающиеся в серозные корки, а при присоединении бактериальной инфекции – в гнойные. По окончании рецидива отмечаются сухость, шелушение, иногда появляются глубокие болезненные трещины.



Процесс носит упорный характер, сопровождается сильным зудом и жжением кожи. При переходе процесса в хроническую стадию усиливаются инфильтрация и лихенификация, отмечается стойкая гиперемия. В случае новых рецидивов на этом фоне образуются везикулы, усиливаются гиперемия, отек кожи, зуд.

При тилотической экземе инфильтрация кожных покровов, пузырьковые высыпания и зуд отсутствуют. В центральной или краевой зоне ладоней формируются очаги гиперкератоза и трещины.

Еще одна форма хронической экземы – экзема кончиков пальцев. Клинически она проявляется в виде эритемы, отмечаются сухость, шелушение, возникновение трещин. Везикулезные высыпания обычно отсутствуют. Пациенты жалуются на болезненность и чувство жжения в области очагов поражения. Зуд минимальный, часто отсутствует совсем. Для данного вида экземы характерно затяжное течение [2]. Атопический дерматит (АтД) – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, характеризующееся интенсивным зудом, симпатергической реакцией кожи, папуло-везикулезными высыпаниями и выраженной лихенификацией в сочетании с другими признаками атопии. Для АтД характерны обязательные и дополнительные признаки. Обязательные – наличие в анамнезе наследственной отягощенности, зуд, типичная морфология и расположение сыпи, хроническое рецидивирующее течение. К дополнительным

относят белый дермографизм, бледность или покраснение кожи лица, усиление зуда вследствие повышенного потоотделения, повышение уровня сывороточного иммуноглобулина Е, наличие в анамнезе пищевых аллергий, дерматитов кистей и стоп, экземы сосков, ксероза, ихтиоза, хейлитов, рецидивирующих конъюнктивитов, складок Денье – Моргана, кератоконуса, передней подкапсульной катаракты, реакций немедленной гиперчувствительности, инфекций кожных покровов, повышенной чувствительности к шерсти и липидным растворителям, эмоциональной нестабильности. Диагноз АтД ставят, когда у пациента определяется не менее трех как основных, так и дополнительных признаков [3, 4].

В литературе нередко вместо термина «атопический дерматит» используют его синоним – нейродермит. Отечественные авторы применяют термин «нейродермит», если признаки атопии проявляются во взрослом возрасте. Зарубежные же авторы объединяют понятия «нейродермит» и «экзема» диагнозом «эндогенная экзема».

По степени распространения патологического процесса различают диффузный и ограниченный нейродермит. При ограниченном нейродермите очаги располагаются на коже поверхности шеи, голеностопных сгибах, в области промежности и половых органов. Высыпания представляют собой лихеноидные папулы, сливающиеся в лихенифицированный очаг. Кожные покровы в области поражения сухие, инфильтриро-

ванные с выраженным рисунком. Пациенты предъявляют жалобы на выраженный зуд, усиливающийся в ночное время [5]. При диффузном нейродермите поражаются те же места, что и при ограниченном, но процесс стремительно распространяется на соседние участки, захватывая огромные площади кожи.

На основании изложенного можно сделать вывод, что комплексная терапия аллергодерматозов требует индивидуального подхода и должна быть направлена на устранение патогенетических механизмов, обуславливающих формирование клинических симптомов болезни. Лечение предполагает диетотерапию, коррекцию нарушений микробиоценоза желудочно-кишечного тракта и топическую терапию.

Местная терапия играет важнейшую роль в лечении аллергодерматозов. Сегодня широко применяются мази, содержащие глюкокортикостероиды (ГКС). Но не следует забывать, что длительное применение ГКС вызывает побочные эффекты, такие как телеангиэктазии, атрофические явления, гипертрихоз, развитие стероидных акне и стероидной розацеа. Как следствие, многие пациенты отказываются от назначенного лечения. В связи с этим актуальным вопросом топической терапии аллергодерматозов остается поиск новых эффективных негормональных препаратов. Одним из таких средств является Ирикар.

В состав препарата Ирикар в качестве основного действующего компонента входит матрич-

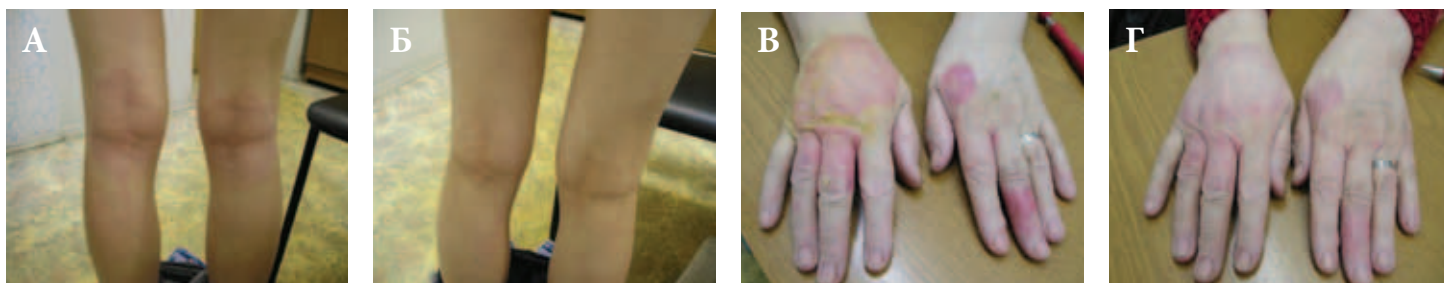


Рис. 1. Проявления аллергических дерматозов: до (А, В) и после (Б, Г) лечения мазью Ирикар

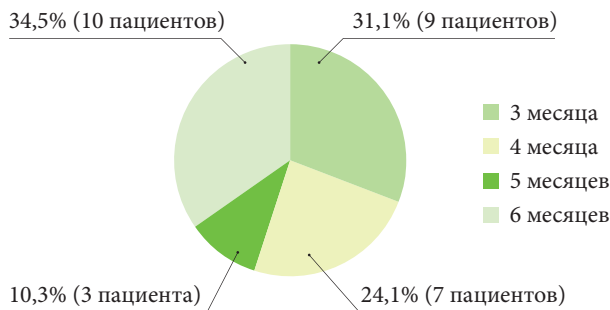


Рис. 2. Продолжительность ремиссии

ная настойка вьющегося винограда (*Cardiospermum halicacabum*), в качестве вспомогательных – ланолин, спиртовая мазь на его основе, густой парафин и вода. Ирикар оказывает противовоспалительное, противозудное и противоаллергическое действие. Противовоспалительный эффект обеспечивают флавоноиды и фитостеролы, содержащиеся во вьющемся винограде. Фитостеролы нормализуют процесс синтеза метаболитов арахидоновой кислоты, предотвращая

выработку избыточного количества медиаторов воспаления [7, 8]. Впервые вьющийся виноград в качестве перорального средства у больных аллергическими заболеваниями кожи был использован в начале 1970-х гг. Было отмечено его выраженное противовоспалительное действие, что и послужило предпосылкой к созданию препарата для местной терапии на основе *C. halicacabum* [6].

Ирикар выпускается в форме крема и мази. Как правило, крем используется у детей при подостром течении АтД. У взрослых обычно применяется мазь.

Приведем собственные данные применения Ирикара у пациентов с обострением хронических аллергодерматозов.

Под нашим наблюдением находились 29 пациентов в возрасте от 18 до 69 лет. У 11 больных диагностирован АтД, у 18 – хроническая экзема. Клиническая картина характеризовалась инфильтрацией, выраженным

ксерозом, единичными папулезными высыпаниями, эскориациями. Всех пациентов беспокоил интенсивный зуд. На фоне десенсибилизирующей терапии местно применяли мазь Ирикар 2–3 раза в день. На 5–7-й день лечения все больные отмечали уменьшение выраженности зуда и значительное уменьшение инфильтрации. На 14-й день 22 пациента отмечали полное разрешение высыпаний (рис. 1). У 7 пациентов полный регресс высыпаний отмечался к 20-му дню. Проведенная терапия позволила увеличить период ремиссии на 3–6 месяцев (рис. 2). Больным рекомендовали продолжить применять мазь Ирикар 1 раз в сутки в течение следующих 2–3 недель.

Таким образом, Ирикар не только продемонстрировал значительную эффективность в лечении хронических дерматозов в период обострения, но и способствовал увеличению продолжительности ремиссии. ●

## Литература

1. Иванов О.Л., Белоусова Т.А. Дерматиты // Приложение к журналу «Здоровье». 2000. № 4.
2. Хэбиф Т.П. Кожные болезни. Диагностика и лечение. М.: МЕДпресс-информ, 2006. С. 32–41.
3. Ishizaka K. Regulation of IgE synthesis // Annu. Rev. Immunol. 1984. № 2. P. 159–182.
4. Хрунова А.П. Особенности клинического течения экземы, нейродермита, псориаза и потогенетическое значе-

ние функциональных изменений нервной регуляции: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1968. С. 102–104.

5. Торопова Н.П., Синявская О.А. Экзема и нейродермит у детей. Екатеринбург, 1993. 147 с.
6. Schindler E. // Physik. Med. Rehabil. 1976. Bd 17. № 9. S. 196–200.
7. Schwabe W. // Allg. homoopath. Ztg. 1972. Bd 217. № 4. S. 146–153.
8. Watt J.M., Breyer-Brandwijk M.G. The Medical and Poisonous of Southern and Eastern Africa. 2<sup>nd</sup> ed. Edinburgh, London: E. & S. Livingstone Ltd., 1962.

## Herbal medicinal products in treatment of chronic dermatoses

Z.A. Nevozinskaya<sup>1</sup>, O.V. Dordzhiyeva<sup>1</sup>, L.R. Sakaniya<sup>2</sup>, I.M. Korsunskaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Moscow Research Center for Dermatology and Cosmetology Health Department in Moscow

<sup>2</sup> Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences

Contact person: Irina Markovna Korsunskaya, marykor@bk.ru

*Incidence rate of allergic dermatoses has been progressively increasing, and standard therapy administered to these patients often does not give intended results. In particular, widely used glucocorticoid-containing ointments when applied for long term may trigger a number of side effects. In connection with this it is crucial for topical therapy of allergic dermatoses to continue search for new effective hormone free drugs. Among them, Iricar was shown to be highly effective in treatment of relapsing chronic dermatoses.*

**Key words:** allergic dermatosis, eczema, Iricar