

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

3
2012

*дерматовенерология и
дерматокосметология*

Актуальное интервью

Профессор И.М. КОРСУНСКАЯ: «Применение биолоджиков оправдано только у пациентов, которым не помогли другие методы лечения»

Клинические исследования

Антиандрогенная терапия пациенток с тяжелой и среднетяжелой формой акне

Восстановление барьерных свойств кожи при атопическом дерматите у детей

Средства лечебной косметики в комплексном лечении больных с розацеа и себорейным дерматитом

Медицинский форум

Современная фармакология на службе практического дерматолога

Новые возможности терапии дерматозов с локализацией на волосистой части головы

**ПРОДАЖА БИЛЕТОВ
НА МЕРОПРИЯТИЯ:**
Ольга Емельяненко,
emel@cosmopress.ru

УЧАСТИЕ В ВЫСТАВКЕ:
Наталья Гордеева,
symposium-info@yandex.ru



**XII МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ
ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ**



**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ВЫСТАВКА**

**+7 (495) 228-70-72/74
WWW.SAM-EXPO.RU**

23-25 ЯНВАРЯ 2013 ГОДА

МОСКВА, ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛИ НА КРАСНОЙ ПРЕСНЕ

РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ >>

- Косметологическое оборудование и профессиональная косметика
- Медицинские лазерные системы
- Аппараты для коррекции фигуры
- Оборудование и инструменты для пластической хирургии и дерматологии
- Препараты для мезотерапии, контурной пластики и пилинга
- Препараты ботулинического токсина
- Косметические средства коррекции инволюционных изменений кожи
- Шовные и рассасываемые материалы
- Имплантаты для пластической хирургии
- Препараты для профилактики и коррекции акне
- Дерматологические препараты и уход

СИМПОЗИУМ + ПРАКТИКУМ

23 ЯНВАРЯ

Инновационные методы и технологии в эстетической медицине. Старение кожи и методы его лечения и профилактики. Общие методы терапии в эстетической медицине.

- Аппаратная косметология. Сочетание методов. Модератор: Королькова Т.Н.
- Клеточные технологии в эстетической медицине. Тканевая и клеточная терапия. Модераторы: Мантурова Н.Е., Румянцев С.А.
- Сателлитное мероприятие компании **MartineX**. Комплексная коррекция эстетических недостатков верхнего плечевого пояса. Михайлова Н.П., Парфенова И.А., Матасянц А.А., Соболева Л.И.

24 ЯНВАРЯ

Инъекционные методы в эстетической медицине: дермальна и объемная контурная пластика. Ботулотоксин. Показ процедур в «капсуле-процедурной». Демонстрация техник на «видео-стене» Сателлитное мероприятие компании **Florga**. Рики Смит (ЮАР), Филипп Пети (Франция)

25 ЯНВАРЯ

День мезотерапии на симпозиуме. Модераторы: Жукова И.К., Ширшакова М.А.

- Развитие метода, новые препараты, схемы и протоколы лечения.
- Биоревитализация и реструктуризация кожи. Биоармирование.

- **Круглый стол: Новые тенденции и старые традиции в мезотерапии.** Модератор: Жукова И.К.
- Секция компании **Allergan**

АКАДЕМИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

23-24 ЯНВАРЯ

- **Нитевые методы омоложения лица и тела.** Модератор: Супаманидзе М.А.
- **Аппаратные методы в коррекции возрастных изменений лица и тела**
- **Глубокие филлеры: новые препараты и подходы к коррекции эстетических недостатков.**

VII ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ФОРУМ «ИСКУССТВО ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ»

23-24 ЯНВАРЯ

Хирургические методы эстетической коррекции возрастных изменений на лице и шее
Павлюченко Л.Л., Мантурова Н.Е., Мамедов Э.В., Супаманидзе М.А., Жолтиков В.В., Прокудин С.В., Гурьянов А.С.
Липофиллинг как дополнение хирургической коррекции разных областей лица и тела
Боровиков А.М., П.Треведик (Франция)
Осложнения после эстетических хирургических операций, их коррекция и профилактика
Виссарионов В.А., Грищенко С.В., Соколова Е.В., Савина А.В.

BEAUTY TOP MEETING

Ассамблея владельцев и руководителей медицинских клиник и центров красоты

24 ЯНВАРЯ

Медицинский центр - полномочия, ответственность руководителя и алгоритм управления процессом

- Главный врач. Новые требования к должности
- Особенности современного трудового договора с медработником. Должностные инструкции медперсонала.
- Алгоритмы первичного и повторного приема в клинике. Современный подход.
- Особенности ценообразования в сфере медицинских услуг
- Современные методы контроля качества медицинской помощи
- Перспективы обязательного страхования медицинской ответственности. Предотвращение судебных исков пациента к клинике

Всем участникам Ассамблеи - сборник актуальных законодательных документов, регулирующих деятельность косметологов и предприятий эстетической медицины.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР

MartineX
группа компаний

ПЛАТИНОВЫЙ СПОНСОР

ALLERGAN

ЗОЛОТОЙ СПОНСОР



ОРГАНИЗАТОРЫ >>

Старая крепость
ООО «БьютиЭкспоМедиа»

**Эстетическая
Медицина**

УЧАСТНИКАМ >>

- ✓ Бесплатный вход на выставку по эстетической медицине
- ✓ сертификат и официальный каталог
- ✓ подписка на журнал «Эстетическая Медицина» в подарок

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ СКИДКА 10%
ЧЛЕНАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЙ И ОБЩЕСТВ





Эффективная
фармакотерапия.
Дерматовенерология
и дерматокосметология.
3/2012

**Генеральный директор
издательского дома «Медфорум»**
А. СИНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Руководитель проекта
А. КОЧЕТКОВА
(farmeffective@webmed.ru)

Редакция журнала:
Шеф-редактор О. ПАРПАРА
Выпускающий редактор М. ЧИРКОВА
Корректор Е. САМОЙЛОВА
Дизайнер А. ВАСЮК
Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО
Подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА (podpiska@webmed.ru)

Редакционный совет:
А.Г. ГАДЖИГОРОЕВА, М.А. ГОМБЕРГ,
И.Н. ЗАХАРОВА, В.И. КИСИНА,
С.В. КЛЮЧАРЕВА, И.М. КОРСУНСКАЯ,
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА,
С.А. МАСЮКОВА, В.А. МОЛОЧКОВ,
А.В. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,
Е.С. СНАРСКАЯ, И.Б. ТРОФИМОВА,
А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

**Издательский дом
Группы компаний «Медфорум»:**
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Тираж: 15 тыс. экз.

Редакция не несет ответственности за содержание
рекламных материалов. Любое воспроизведение
материалов и их фрагментов возможно только
с письменного разрешения редакции журнала.
Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.

Содержание

Люди. События. Даты

Профессор И.М. КОРСУНСКАЯ: «Терапия псориаза и экземы нуждается в оптимизации» 2

Лекции для врачей

Н.М. НЕНАШЕВА
Особенности атопического дерматита у взрослых пациентов 6

Н.Г. КОЧЕРГИН
Что такое аллергодерматозы и что их объединяет 16

Клинические исследования

Н.Л. КОРОТАЕВА, И.Л. СОРКИНА, И.М. КОРСУНСКАЯ
Комбинированная терапия тяжелых форм акне у женщин 22

Н.Н. МУРАШКИН, М.И. ГЛУЗМИН, А.И. МАТЕРИКИН, А.А. ХОТКО
Корнеотерапия как метод коррекции эпидермальных нарушений при хронических дерматозах у детей 26

Е.И. ТРЕТЬЯКОВА
Наружные средства серии Сенсибио в комплексном лечении розацеа и себорейного дерматита 32

Н.С. СИРМАЙС, М.В. УСТИНОВ
Использование препарата изотретиноина (Акнекутан®), созданного на базе технологии Lidose®, в терапии торпидно протекающих форм розацеа и схемы его дозирования 38

В.В. ЧЕБОТАРЕВ
Новые возможности местной терапии рецидивов простого герпеса 42

Медицинский форум

XII Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов

Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»
Современная фармакология на службе практического дерматолога 44

Сателлитный симпозиум компании «Белупо»
Инновационная лекарственная форма и новые возможности терапии дерматозов с локализацией на волосистой части головы 54

Литература 60



Профессор И.М. КОРСУНСКАЯ: «Терапия псориаза и экземы нуждается в ОПТИМИЗАЦИИ»



Псориаз – одно из самых распространенных дерматологических заболеваний. В Российской Федерации псориазом страдают до 3–4% населения. Являясь тяжелым хроническим заболеванием, псориаз ухудшает качество жизни пациентов, приводит к психологической и социальной дезадаптации. Сегодня в арсенале врачей-дерматологов имеется широкий спектр средств и методов терапии этого заболевания. О проблемах, связанных с лечением псориаза, о достигнутых на сегодняшний день успехах, а также о возможных подходах к лечению некоторых других иммунозависимых заболеваний кожи с нашим корреспондентом беседует заведующая лабораторией физико-химических и генетических проблем дерматологии Центра теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, профессор, доктор медицинских наук Ирина Марковна КОРСУНСКАЯ.

– Каковы наиболее значимые проблемы, которые в настоящее время привлекают внимание дерматологов?

– Одной из основных задач современной дерматологии является лечение псориаза и экземы у взрослых пациентов. Псориаз – генетически обусловленное заболевание, в настоящее время его природа не вызывает никаких сомнений. Однако свой вклад в его возникновение вносит масса связанных между со-

бой факторов, и прежде всего следует отметить, что это иммунозависимое заболевание, лечение которого достаточно сложно. Псориаз является системным заболеванием, при котором наблюдается не только поражение кожи: в патологический процесс часто вовлекаются другие органы и их системы. При тщательном обследовании пациента с псориазом выявляются изменения в паренхиме печени, почек, сердца, поджелудочной железы, а также в уста-



Актуальное интервью

вах. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета в этой группе пациентов существенно выше, чем в целом по популяции. Во всем мире в дерматологической практике известно, что инвалидизация пациентов чаще всего наступает именно при псориазе. По этой причине очень важна любая оптимизация терапии этого тяжелого заболевания, приводящего к значительному ухудшению качества жизни пациентов.

– Какие самые эффективные препараты для лечения псориаза сегодня существуют?

– Если говорить о самых эффективных средствах, помогающих даже при самых тяжелых формах псориаза, то в течение последних 10 лет разработан ряд препаратов, которые получили название «биолоджики». В России первые из этих препаратов появились около 5 лет назад, самые современные – около года. В мире постоянно ведутся работы по созданию и применению биолоджиков, российские врачи-дерматологи участвовали в ряде международных клинических исследований этих препаратов, когда те еще только проходили регистрацию. Биолоджики являются ингибиторами одного или нескольких цитокинов – довольно мощными иммуносупрессорами. Эти препараты обладают наиболее выраженным действием, однако они довольно дороги и характеризуются рядом серьезных побочных эффектов, обусловленных снижением иммунитета больного под действием препарата. По этим причинам применение биолоджиков оправдано только у тех пациентов, которым не помогли другие методы системной терапии. Крайне нежелательно, чтобы лечение пациента начиналось именно с этих препаратов, поскольку в большинстве случаев можно добиться положительного эффекта более щадящими средствами.

К сожалению, на сегодняшний день в нашей стране для лечения псориаза практически не применяются такие препараты, как циклоспорин А, очень ограниченно применяется препарат Неотигазон (действующее вещество – ацитретин, производное витамина А) и недостаточно широко применяется метотрексат. Причина ограниченного применения этих препаратов – не только их высокая стоимость, но и то, что многие врачи недостаточно хорошо знают, как работать с этими препаратами, хотя во всем мире эти препараты широко используются в первой линии терапии псориаза.

Лечение биолоджиками следует начинать только тогда, когда невозможно остановить развитие болезни (наблюдаются постоянные рецидивы) или когда появились осложнения в виде поражения суставов.

– В лечении многих дерматологических заболеваний применяется физиотерапия. Используется ли она в случае псориаза и экземы?

Циклоспорин А, ацитретин (Неотигазон), метотрексат широко используются в первой линии терапии псориаза во всем мире. Лечение биолоджиками следует начинать только тогда, когда невозможно остановить развитие болезни или когда появились осложнения в виде поражения суставов.

– Применение физиотерапии играет огромную роль в лечении псориаза. В течение ряда лет эффективно применяются ПУВА-установки, это хорошо разработанный метод. К сожалению, они есть не во всех регионах нашей страны – зачастую в стационарах, расположенных в небольших городках, ставить эту установку нецелесообразно ввиду малого количества пациентов, что, конечно, затрудняет лечение для больных, нуждающихся в данной терапии и вынужденных преодолевать большие расстояния для ее получения. Если говорить об экземе, то существуют некоторые трудности ее медикаментозного лечения. Экземой чаще всего болеют пожилые пациенты в возрасте старше 60 лет, имеющие выраженную соматическую отягощенность, что заставляет достаточно часто отказываться от некоторых препаратов, например, от глюкокортикостероидов, поскольку, если у пациента, например, есть гипертоническая болезнь, то глюкокортикостероиды у него применять нельзя. Тем не менее сегодня для таких больных появилась альтернатива. В нашей больнице № 14 разработан и успешно применяется ВЛОК – метод внутривенного лазерного облучения крови. Этот метод был нами запатентован и входит в перечень тех методов лечения псориаза и экземы, которыми мы располагаем сегодня. Применение ВЛОК дает возможность уменьшить дозу лекарственных препаратов, применяемых при терапии, и благодаря этому избежать ряда соматических осложнений у пациента. Кроме того, этот метод очень эффективно предупреждает рецидивы заболевания, особенно при лечении псориаза, в том числе у больных с тяжелыми формами этого заболевания, – продолжительность ремиссии у пациентов, которые получают данную терапию по разработанной нами схеме, достигает года.

– Псориаз и экзема – системные заболевания, подход к их лечению должен быть комплексным?

– Да, сегодня в составе комплексной терапии мы используем ряд гепатопротекторов, которые ранее не применялись при лечении псориаза. Один из них – Гептрал, очень эффективный гепатопротектор, который помимо влияния на гепатоциты оказывает выраженное дезинтоксикационное действие, а также облегчает неврологическую составляющую



Применение метода внутривенного лазерного облучения крови в лечении экземы дает возможность уменьшить дозу лекарственных препаратов, применяемых при терапии, и благодаря этому избежать ряда соматических осложнений у пациента.

заболевания – улучшает настроение больного, и дальнейшее лечение идет гораздо эффективнее. Эти препараты очень хорошо сочетаются с ПУВА-терапией, при которой мы даем пациентам препарат Аммифурин, обладающий гепатотоксичностью.

Кроме того, помимо системной терапии важное место в лечении псориаза занимает применение препаратов местного действия. Значимость этих средств лечения нельзя недооценивать, особая роль принадлежит правильному уходу за кожей пациента. Кожа больных псориазом нуждается в специальном уходе, отличном от ухода за кожей здорового человека. Таким больным не подходят обычные косметические средства, для них существуют специальные линейки препаратов, не содержащие добавок – отдушек и красителей. Такие средства (шампуни, гели для душа, кремы для постоянного применения) продаются в аптеках. Применение лечебной косметики, содержащей увлажняющие кожу вещества, позволяет больному псориазом избегать обострений в течение длительного времени.

– Ирина Марковна, кроме псориаза Вы занимаетесь и лечением другого иммунозависимого заболевания – витилиго. Насколько оно распространено и какова ситуация с его лечением?

– Витилиго – довольно часто встречающаяся патология, в нашей стране ею страдают 3–4% населения, это примерно столько же, сколько больных псориазом. Ситуация осложняется тем, что эти пациенты не всегда обращаются к доктору, а при обращении часто слышат в ответ, что заболевание не опасно и лечиться от него не обязательно. Это большое заблуждение, поскольку витилиго является своего рода маркером поражения щитовидной железы, особенно у детей, и эти проблемы могут сопровождать человека всю жизнь. Кроме того, это иммунозависимое заболевание, и появление на коже белого пятна говорит о том, что в иммунной системе человека есть нарушения. Таких пациентов нужно очень тщательно обследовать.

– Можно ли полностью вылечить витилиго?

– Для лечения витилиго в настоящее время разработаны эффективные и при этом щадящие методики, в которых учитывается детский возраст пациентов.

Мы применяем недорогие отечественные препараты Элтамин и Элтацин, восполняющие недостаток определенных аминокислот, которые синтезируются в организме человека. При нарушениях в иммунной системе расход этих аминокислот значительно увеличивается, возникает дефицит, который и является причиной депигментации кожи. Терапия Элтамином и Элтацином позволяет остановить процесс развития витилиго, а в ряде случаев – повернуть его вспять и вызвать репигментацию кожи. Особенно хорошо удается лечение витилиго у детей раннего возраста, и к моменту полового созревания у большинства из них белые пятна практически исчезают. Неплохие результаты получены и у взрослых пациентов, но им требуется больше курсов терапии, что занимает достаточно много времени.

В дополнение к источникам аминокислот мы применяем иммуномодулятор Полиоксидоний, помогающий стабилизировать заболевание. Кроме того, существуют камуфляжные препараты, позволяющие исправить косметические недостатки, от которых страдают пациенты. Необходимым компонентом лечения являются также фотозащитные средства, поскольку больным витилиго инсоляция противопоказана, так как она усугубляет заболевание. Даже после излечения таким больным пребывание на солнце с незащищенной кожей не рекомендуется.

– В теплое время года можно видеть, что многие люди имеют поражения кожи и ногтей на ногах. Сложи ли лечатся микозы?

– На сегодняшний день в нашей стране довольно высокая заболеваемость микозами. Среди взрослого населения шире всего распространены микозы стоп и поражения ногтевых пластинок. В детской практике основное место занимают микроспории, причем дети могут заражаться не только от кошек и собак, но и от других, более экзотических домашних животных – например, от шиншиллы, которые очень часто являются переносчиками этих заболеваний, и от морских свинок. Однако сегодня проблему лечения микозов можно считать решенной – на протяжении последних лет разработано очень много эффективных препаратов-антимикотиков местного действия в форме кремов, гелей и спреев, которые позволяют быстро, как правило, в течение 2 недель, вылечить подобные заболевания. Это такие препараты, как Травоген, Экзодерил, Экодакс и другие. В частности, лечение микроспорий в большинстве случаев сейчас осуществляется амбулаторно, в стационаре лечат только поражения волосистой части головы. Системные препараты, обычно в таблетированной форме, нужны только в случае поражения волос или ногтевых пластинок, – это такие препараты, как, например, Ламизил. ☺

Беседовала М. Чиркова



Санкт-Петербургские Дерматологические чтения

1-2 ноября
2012

Глубокоуважаемые коллеги!
Приглашаем вас принять участие в работе
VI Российской научно-практической конференции

Санкт-Петербургские дерматологические чтения

Санкт-Петербург,
отель Парк Инн Прибалтийская (ул. Кораблестроителей, 14)

Организаторы конференции:

Санкт-Петербургское научное общество дерматовенерологов имени В.М.Тарновского
(отделение Российского общества дерматовенерологов и косметологов)
Общественная организация «Человек и его здоровье»

Срок подачи тезисов до 15.09.2012 г.

Участие в конференции бесплатное

В программе – лекции, симпозиумы, мастер-классы, конкурсы, розыгрыш призов
косметических компаний, а также выставка препаратов и оборудования

ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Дерматовенерология: инновационные методы диагностики и терапии
- Микология: что нового для дерматовенерологов и дерматокосметологов
- ИППП: превенция + лечение = контроль?
- Неврологические аспекты в дерматокосметологии и дерматовенерологии
- Возрастные изменения кожи
- Дерматозы в детском и пожилом возрасте
- Наследственные заболевания в дерматологии
- Кожные проявления заболеваний обмена веществ.
- Диетическое питание при заболеваниях кожи
- Косметология: практические решения актуальных задач
- Круглый стол по косметологии
- Лечение выпадения волос
- Современные лазерные технологии
- Эстетика тела
- Проблемы преждевременного старения кожи
- Аппаратная косметология
- Инъекционные методики
- Реабилитация в косметологии
- Вопросы профилактики
- Открытый чемпионат России по косметологии и массажу по Северо-Западному Федеральному Округу
- Симпозиум по перманентному макияжу и эстетической дермапигментации
- Открытый чемпионат России по перманентному макияжу «Контур века» по Северо-Западному Федеральному Округу

Подробная информация на сайте

www.congress-ph.ru

Приглашаем компании к участию!



Технический комитет:
МОО «Человек и его здоровье»

Тел./ф.: +7(812)380 3152,
+7(812)380 3153

ph@peterlink.ru
www.congress-ph.ru



Особенности атопического дерматита у взрослых пациентов

Д.м.н., проф. Н.М. НЕНАШЕВА

Атопический дерматит (АтД) у взрослых может быть результатом как персистенции заболевания, начавшегося в детском возрасте, так и позднего его дебюта. Две трети взрослых пациентов с АтД имеют классическую аллергическую форму заболевания, одна треть страдает неаллергическим эндогенным АтД. Выбор терапии в каждом конкретном случае зависит от вида, тяжести и продолжительности заболевания. Основу ухода за кожей больного составляют увлажняющие и смягчающие средства. Стандартом терапии АтД являются топические глюкокортикостероиды (ГКС), проактивная интермиттирующая терапия ГКС и ингибиторами кальциневрина позволяет контролировать течение заболевания. Исследования показывают, что проактивная терапия мометазона фууроатом успешно предотвращает развитие обострений АтД; кроме того, интермиттирующее применение препарата характеризуется высокой безопасностью. При резистентном к топической терапии АтД либо при тяжелой его форме применяется системная фармакотерапия, которая включает применение антигистаминных препаратов, ГКС, иммуносупрессоров (циклоsporин А).

том и бронхиальной астмой – и во многих случаях является первым проявлением атопии. Другой распространенный термин для обозначения этого заболевания – «атопическая экзема».

За последние 30 лет распространенность АтД в экономически развитых странах увеличилась в 2–3 раза, на сегодняшний момент этим заболеванием страдают 15–30% детского и 2–10% взрослого населения [1]. Хорошо известно, что 45% всех случаев АтД начинаются в течение первых 6 месяцев жизни, 60% – в течение первого года и 85% – в течение первых 5 лет. Тем не менее заболевание может начаться и во взрослом возрасте (АтД с поздним дебютом), и существенное число таких пациентов не имеет признаков IgE-обусловленной сенсибилизации [2]. Считается, что лишь 2% пациентов заболевают АтД в возрасте после 20 лет [3], однако распространенность атопического дерматита у взрослых много больше, ибо по меньшей мере у трети детей и подростков АтД персистирует и во взрослом возрасте [4].

Научные исследования АтД свидетельствуют о том, что существует не менее двух форм этого заболевания: аллергическая (экзогенная) и неаллергическая (эндогенная) [2, 5, 6]. Большинство

Атопический дерматит (АтД) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопии, то есть синтезу IgE-антител в ответ на низкие дозы аллергенов, и характеризующееся выраженным кожным зудом и рецидивирующим течением. Особенности локализации и морфологии кожного поражения при атопическом дерматите определяются возрастом пациентов. Термин «атопический дерматит» был впервые предложен F. Wise и M.B. Sulzberger в 1930 г., поскольку это заболевание тесно ассоциировано с другими атопическими болезнями – аллергическим рини-



пациентов (70–85%) страдают аллергической формой АтД, которая у большей части больных характеризуется определенной связью с присутствием экзоаллергенов, положительными кожными пробами с аллергенами, повышенным уровнем IgE-антител. Неаллергическая форма заболевания не связана с сенсibilизацией к экзоаллергенам. Этой формой АтД страдает меньшее количество больных – 15–30%, причем большинство из них женщины. У таких пациентов не развиваются респираторные аллергические заболевания, для них характерны нормальный уровень IgE, отрицательные кожные пробы и отсутствие специфических IgE-антител. Причины существования двух форм АтД объясняет так называемая объединяющая гипотеза, суть которой сводится к тому, что естественное развитие АтД проходит в три этапа (рис. 1) [7].

На начальном этапе (в раннем детстве), когда сенсibilизация еще не произошла, у такого пациента может наблюдаться неатопический дерматит. Позднее у 60–80% детей с отягощенной наследственностью по атопии происходит сенсibilизация, в результате чего у них развивается аллергия на пищевые и другие аллергены окружающей среды с клиническими проявлениями АтД. На этом этапе существенный вклад в формирование АтД вносят экзотоксины *S. aureus*, которые обладают свойствами суперантигенов. Наконец, расчесывание и механическое повреждение эпидермиса могут приводить к формированию аутоантигенов, образующихся из собственных белков кератиноцитов, развитию аутосенсibilизации и аутоиммунного (аутоаллергического) АтД [8, 9]. Этот процесс может быть следствием схожести структуры эпитопов аллергенов, поступающих из окружающей среды, и человеческих протеинов в контексте молекулярной мимикрии. Исследования, посвященные АтД у взрослых, довольно редки. Одно из последних, проведенное

в Италии, включало 322 пациента старше 18 лет, страдающих АтД [10]. Диагноз «атопический дерматит» ставился на основании критериев J. Hanifin и G. Rajka [11]. Базируясь на клинических данных, результатах кожных тестов с аллергенами и уровне IgE, в соответствии с критериями В. Wüthrich [5], больные были классифицированы как страдающие аллергическим и неаллергическим атопическим дерматитом. Тяжесть АтД у пациентов определялась на основании индекса тяжести атопического дерматита (Eczema Area and Severity Index (EASI)) [12], включающего оценку площади поражения и выраженность клинических симптомов (эритема, инфильтрация или папулезные высыпания, экскориации и лихенификация). Общая сумма баллов EASI варьирует от 0 до 72. В данном исследовании АтД считался легким, если значение EASI было менее 8 баллов; средней тяжести – при EASI от 8 до

15 баллов и тяжелым, если значение EASI превышало 15 баллов. Исходя из приведенных выше критериев, у 26,5% больных диагностирован АтД легкого течения, у 18,7% – среднетяжелого течения, у 54,8% больных – тяжелого течения. Примечательно, что почти половина больных (47,6%) заболели АтД после достижения 18-летнего возраста. Отягощенный наследственный анамнез по атопии (в том числе по АтД) имелся у 36,7% пациентов. Сопутствующие атопические заболевания (аллергический ринит, конъюнктивит, бронхиальная астма) отмечались у 57,8% пациентов, значимого влияния на этот показатель пола пациентов или возраста дебюта АтД не установлено. Повышенный уровень IgE был выявлен у 61,7% больных, значимого влияния на этот показатель пола пациентов или возраста дебюта АтД не установлено. Положительные кожные пробы с ингаляционными

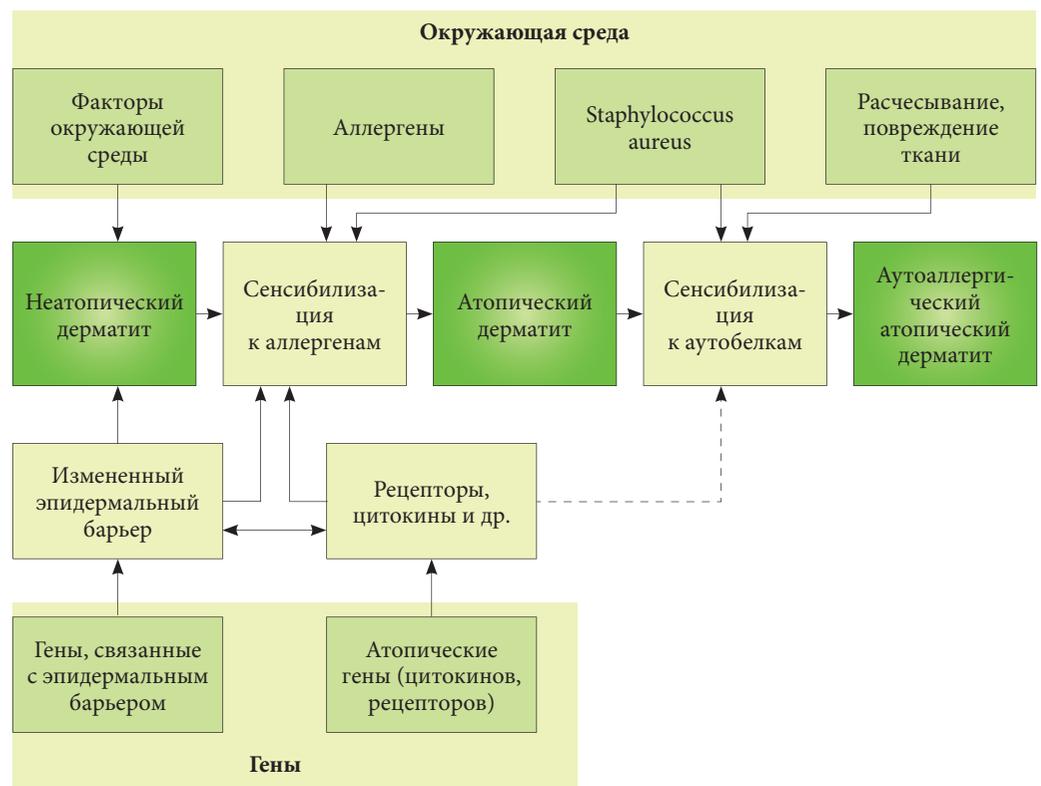


Рис. 1. Этапы развития атопического дерматита*

* Адаптировано по [7].



ми или пищевыми аллергенами были получены у 68,4% больных, причем положительная реакция чаще развивалась на ингаляционные аллергены, по сравнению с пищевыми (178 случаев против 37). У 79 больных (23,8%) были получены положительные аппликационные тесты. Самой частой причиной контактной аллергической реакции служил сульфат никеля (у 49,4%), затем в порядке убывания – хлорид кобальта (12,7%), ароматная смесь (11,4%) и бихромат калия (10,1%). У 62,6% пациентов наиболее частой локализацией кожного поражения являлись верхние конечности (локтевые сгибы и кисти рук), у 44,9% – лицо (веки, периоральная область, лоб и щеки), у 36,1% пациентов – нижние конечности, у 22% – шея, у 20,8% больных – туловище. Астеатоз и кожный зуд в непораженных областях были практически постоянными симптомами у 91,9% пациентов, причем у трети из них эти симптомы были тяжелыми.

В результате проведенного обследования экзогенный АтД был диагностирован у 231 (69,6%) пациента (115 мужчин и 116 женщин, средний возраст 31,6 лет), неаллергический эндогенный атопический дерматит – у 101 (30,4%) пациента (30 мужчин и 71 женщина, средний возраст 27,1 лет). Значимой разницы в отношении возраста дебюта АтД и локализации кожного поражения между больными этих двух групп выявлено не было. У больных с аллергическим АтД наследственный анамнез по атопии был отягощен значимо чаще. Разницы в частоте контактной сенсibilизации меж-

ду пациентами с аллергическим и неаллергическим АтД отмечено не было.

Анализ предшествующих исследований [13–18] свидетельствует о том, что АтД у взрослых может быть результатом персистенции АтД, начавшегося в детском или подростковом возрасте, либо позднего дебюта АтД. Как показало исследование L. Zeppa и соавт. [10], поздний атопический дерматит может развиваться почти у половины взрослых пациентов (47,6%). Таким образом, критерий раннего, произошедшего в детском возрасте, дебюта АтД не столь значим в диагностике АтД у взрослых. Две трети взрослых пациентов, страдающих АтД, имеют классическую аллергическую форму заболевания, и только одна треть страдает неаллергическим эндогенным АтД, что в целом соответствует распределению данных фенотипов и в других возрастных группах, варьируя в зависимости от страны и выбранных критериев [19]. Следовательно, в диагностике АтД у взрослых, так же как и у детей, наравне с анамнезом и клинической картиной большое значение имеет специфическое аллергологическое обследование. В исследовании L. Zeppa и соавт. [10] не отмечено гендерной разницы в частоте АтД у взрослых, тогда как в других исследованиях [13, 20] среди взрослых пациентов с АтД установлено некоторое преобладание женщин, а в исследовании R. Tanei [21] соотношение пожилых мужчин и женщин, страдающих АтД, составило 3:1. Диагноз «атопический дерматит» у взрослых пациентов, так же как и у детей, является клиническим и основывается на типичной морфологии (наличие лихенификации, расчесов и корочек; в фазе обострения – папулезных и везикулезных высыпаний; выраженного кожного зуда) и локализации кожного поражения. Типично поражение верхних конечностей и лица.

Дифференциальный диагноз АтД у взрослых проводят с себорей-

ным дерматитом, нуммулярным дерматитом, раздражающим контактным дерматитом (особенно при поражении кожи кистей рук), аллергическим контактным дерматитом (особенно при поражении кожи кистей рук), фотоаллергическим и фототоксическим дерматитами, поражением кожи под действием лекарств, лимфомой кожи, чесоткой, псориазом (особенно с эритродермической формой), укусами насекомых. Особого внимания заслуживает поражение кожи кистей рук при АтД, которое требует проведения дифференциальной диагностики с контактным аллергическим или раздражающим дерматитом.

Выбор терапии в каждом конкретном случае АтД зависит от вида, тяжести и продолжительности заболевания. Единой рекомендации для всех пациентов с АтД является устранение контакта с триггерными факторами. У большинства пациентов применяется преимущественно топическое лечение как наиболее эффективное и имеющее наименьшее количество побочных эффектов. Системная терапия глюкокортикостероидами и иммуносупрессорами применяется при резистентном к топической терапии АтД либо при тяжелой его форме. При неэффективности традиционной топической терапии может использоваться фототерапия. Основу ухода за кожей больных АтД составляют увлажняющие и смягчающие средства. Общими в лечении АтД являются меры по элиминации специфических аллергенов, если таковые выявлены при специфическом аллергологическом обследовании; избегание неспецифических раздражителей; меры, направленные на гидратацию и смягчение кожи; информирование пациентов.

Уход за кожей при АтД предполагает исключение физических упражнений и занятий, вызывающих повышенное потоотделение; исключение соприкосновения кожи с жесткой тканью и шерстью (предпочтителен хлопок); поддержание в спальне прохлад-

Суть проактивной терапии заключается в комбинированном применении длительной превентивной противовоспалительной терапии низкими дозами препаратов (топических ГКС или ингибиторов кальциневрина).



ной температуры (не выше 20 °С). Нельзя использовать для стирки одежды и постельного белья моющие средства с ферментными добавками, во время мытья рекомендуется не пользоваться мочалками и жесткими губками, не использовать горячую воду для ванны и душа, применять только высококачественные моющие средства с нейтральным рН (5,5), после купания кожу следует промокнуть мягким полотенцем и сразу нанести смягчающие средства на пораженные участки. Больным АтД, обусловленным пищевой аллергией, а также пациентам с неаллергической пищевой гиперчувствительностью назначается специальная элиминационная диета. Пациенты с АтД должны ограничивать употребление в пищу продуктов с высоким содержанием гистамина или обладающих гистаминолиберирующей активностью, а также острой и горячей пищи. Существуют диетические рекомендации в отношении некоторых пищевых продуктов, употребление которых может быть полезно при АтД: морковный сок, содержащий бета-каротин, продукты, содержащие основные жирные кислоты (масло зерен черной смородины, масло первоцвета, жиры лососевых рыб). Полезны также морские водоросли, богатые йодом и другими минералами, а также витамины группы В, витамины А, Е и С. Пациентам с АтД рекомендуется ежедневное принятие ванны с использованием теплой дехлорированной воды. Эта простая процедура очищает и увлажняет кожу, способствует более глубокому проникновению лекарственных препаратов. Дехлорирование воды проводится путем ее отстаивания в ванне в течение 1–2 часов с последующим подогреванием воды или добавлением кипятка. У многих пациентов оказываются эффективными ванны с морской солью или с крахмалом (200–300 г крахмала на 1 ванну). Возможно использование специальных масел для ванн. При условии от-

Таблица 1. Применение лекарственных форм при atopическом дерматите

Фаза кожного воспаления	Лекарственная форма
Острое воспаление с везикуляцией и мокнутием	Примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки, лосьоны, растворы
Острое воспаление без мокнутия	Водные болтушки, кремы, пасты, аэрозоли
Подострое воспаление	Кремы, липосомальные кремы, пасты
Хроническое воспаление с инфильтрацией и лихенификацией	Мази, согревающие компрессы, мази с кератолитическими средствами
Ремиссия, скрытое течение	Увлажняющие и смягчающие кремы; кремы, улучшающие трофику кожи

сутствия пыльцевой сенсибилизации могут быть полезны ванны с отварами или настоями трав (льняное семя, корень лопуха и аира, мать-и-мачеха, крапива, тысячелистник, фиалка). Следует использовать настой или отвар одной травы, а не смеси трав. При выраженном мокнутии рекомендуются ванны с антисептическими средствами, в частности, с перманганатом калия в слабой концентрации (раствор должен иметь бледно-розовый цвет). Основу ухода за кожей, пораженной АтД, составляют увлажняющие и смягчающие средства, которые должны применяться постоянно, независимо от фазы кожного процесса. Найти наиболее подходящий для конкретного пациента смягчитель чаще всего удается с помощью метода проб и ошибок. Далеко не всегда дорогие эмолиенты оказываются лучше дешевых. Увлажняющие и смягчающие средства должны использоваться, по меньшей мере, дважды в день, лучше сразу после душа или ванны (в течение 3 минут), чтобы обеспечить максимальный увлажняющий эффект. Все смягчители делятся на окклюзивы и увлажнители. Первые обеспечивают образование жировой пленки на поверхности кожи, замедляя тем самым потерю воды через кожу, повышая ее содержание в роговом слое и защищая кожу от внешних раздражителей. К этой группе средств относятся масла для ванн, оставляющие тонкую масляную пленку на коже. Большое

окклюзивное действие, чем масла для ванн, оказывают лосьоны, которые лучше всего применять сразу после купания, а кремы – еще более выраженный окклюзивный эффект, чем лосьоны. Максимальный окклюзивный эффект обеспечивает применение мазей, которые содержат чистый белый мягкий или жидкий парафин или вазелин.

Увлажнители – это вещества, которые проникают в роговой слой кожи, увеличивая ее способность удерживать воду. К ним относятся: глицерин, мочевины, альфа-гидроксильные кислоты (молочная кислота, гликолевая кислота), церамиды, холестерол. Для ухода за кожей существуют различные средства специальных лечебно-косметических серий Атодерм, Мустела, Авен, А-Дерма, Топикрем, Элобейз, Локобейз, Урьяж, Физиогель и другие, доступные в настоящее время на отечественном фармацевтическом рынке. В состав большинства этих лечебно-косметических серий входят как очищающие средства (мыла, гели и молочко для душа), так и увлажняющие/смягчающие средства (лосьоны, эмульсии, кремы, средства для ванн).

Для наружной противовоспалительной терапии АтД применяются следующие группы лекарственных препаратов:

- топические глюкокортикостероиды (ГКС);
- ингибиторы кальциневрина;
- традиционные средства;
- топические антибактериальные и противогрибковые препараты.



Таблица 2. Классификация топических ГКС

Международное название топического ГКС	Торговое название в РФ
<i>ГКС слабой активности</i>	
Гидрокортизона ацетат	Гидрокортизоновая мазь Гидрокортизон крем
Преднизолон	Преднизолоновая мазь
<i>ГКС умеренной активности</i>	
Мометазона фураат	Элоком (крем, лосьон)
Флуметазон	Лоринден Локакортен
Триамцинолон	Фторокорт Триакорт
Алклометазон	Афлодерм
Дексаметазон	Эсперсон
Предникарбат	Дерматоп
Мазипредон	Деперзолон
<i>ГКС высокой активности</i>	
Мометазона фураат	Элоком (мазь)
Бетаметазон	Целестодерм Белодерм Акридерм
Флутиказон	Кутивейт
Флуоцинолон	Синалар Синаflan Флуцинар
Галометазон	Сикорген
Метилпреднизолона ацепонат	Адвантан
Гидрокортизона бутират	Локоид
<i>ГКС очень высокой активности</i>	
Клобетазол	Дермовейт

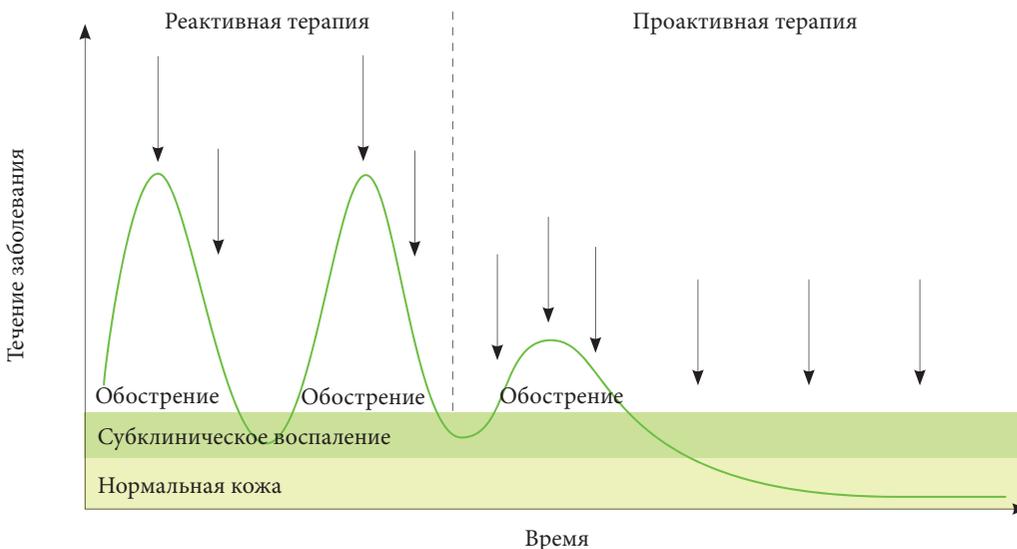


Рис. 2. Реактивная и проактивная терапия атопического дерматита*

* Адаптировано по [25, 26].

Выбор лекарственной формы для наружной терапии АтД зависит от фазы воспалительного процесса (табл. 1).

Топические ГКС являются стандартом терапии АтД, с которым сравнивают другие виды лечения. Эти препараты применяются для лечения АтД более 50 лет и по-прежнему остаются основным видом наружной терапии этого заболевания. Терапевтический эффект наружных ГКС обусловлен их противовоспалительным, сосудосуживающим и антипролиферативным действием. Противовоспалительный эффект топических ГКС в коже и других тканях реализуется при участии различных механизмов, но наибольшее значение имеет механизм, опосредованный цитозольными рецепторами. Суть его состоит в том, что гормон-рецепторный комплекс, проникая в ядро клеток-мишеней в коже (кератиноциты, фибробласты, дендритные клетки и др.), увеличивает экспрессию генов, кодирующих синтез пептидов, называемых липокортинами. Они ингибируют активность лизосомальной фосфолипазы А2 и тем самым уменьшают образование медиаторов воспаления – эйкозаноидов (простагландины, лейкотриены) из фосфолипидов (геномный эффект). Внегеномный механизм действия, являющийся преимущественным для мометазона фураата, реализуется путем взаимодействия гормон-рецепторного комплекса с цитозольными факторами транскрипции: активирующим протеином и ядерным фактором каппа. В результате этого процесса происходит супрессия транскрипции генов, кодирующих образование провоспалительных цитокинов (интерлейкинов (ИЛ) 1–6, 11 и 13, фактора некроза опухоли (ФНО), гранулоцитарно-макрофагального колонистимулирующего фактора (ГМ-КСФ), молекул адгезии). Кроме того, действуя на гранулоциты и лимфоциты, кортикостероиды тормозят их активность. Механизм сосудосуживающе-



го действия кортикостероидов изучен недостаточно, вероятно, он обусловлен сужением метартериол. Антипролиферативное действие ГКС связано с торможением синтеза нуклеиновых кислот, прежде всего ДНК, в клетках базального слоя эпидермиса и фибробластах дермы. Топические ГКС могут влиять на бактериальную колонизацию при атопическом дерматите, уменьшая плотность колоний *S. aureus*. По степени фармакологической активности топические ГКС подразделяются на ГКС слабой, средней, высокой и очень высокой активности (табл. 2) [22, 23]. АтД является хроническим персистирующим заболеванием, поэтому наружные ГКС большинству больных приходится использовать в течение многих лет. Среди наружных кортикостероидов выделяют фторированные (содержащие фтор) и нефторированные препараты. К фторированным ГКС относятся: дексаметазон, бетаметазон, флуоцинолон, флуометазон, флутиказон, триамцинолон, клобетазол. В группу нефторированных ГКС входят гидрокортизона ацетат, гидрокортизона бутират, мометазона фуруат, метилпреднизолона ацепонат. Фторированные ГКС, как правило, обладают большей противовоспалительной активностью, но чаще вызывают развитие побочных эффектов. Их не рекомендуется использовать на коже лица и в области кожных складок, длительность их применения не должна превышать 7 дней, тогда как нефторированные ГКС можно использовать на этих областях в течение 2 недель, а на остальной поверхности кожи – до 4 недель. Выбор топического ГКС – сложная задача, решение которой зависит от возраста пациента, локализации кожного поражения и степени выраженности кожного воспаления. У больного с легкой атопической экземой применение топического ГКС низкой активности в течение нескольких дней позволит достичь полного очищения кожи от экзематозного

повреждения на 1–2 недели. Для начала положительной динамики кожного процесса у пациента со среднетяжелым АтД может потребоваться применение более активных топических ГКС в течение, по меньшей мере, 2 недель, а для полного очищения кожи нужно продолжать лечение в течение нескольких недель. При тяжелом АтД лишь частичное улучшение состояния больного может наблюдаться даже после нескольких месяцев применения активных топических ГКС. Главный принцип применения топических ГКС заключается в том, что всегда следует стремиться использовать наименее активный топический ГКС в наименьшем количестве, при этом на коже в деликатных областях, характеризующихся высокой степенью резорбции (лицо, гениталии, складки), применяются только топические ГКС слабой и средней активности. В нескольких клинических исследованиях было показано, что нет никакой пользы в использовании топических ГКС более одного раза в день [24]. Вместо второго-третьего использования топических ГКС следует использовать смягчающие и увлажняющие средства. Кроме того, топические ГКС нового поколения, такие как метилпреднизолона ацепонат, гидрокортизона бутират, мометазона фуруат, флутиказона пропионат, рекомендованы к назначению один раз в сутки и обладают высоким терапевтическим индексом, то есть высокой местной противовоспалительной активностью и минимальным риском побочных эффектов. Традиционно топические ГКС назначались в период обострения АтД на пораженные участки кожи и отменялись сразу или постепенно с уменьшением дозы и кратности применения после купирования обострения – так называемая реактивная терапия АтД. В последние годы появилась другая стратегия противовоспалительной терапии АтД – проактивная терапия (рис. 2) [25, 26]. Суть проактивной терапии за-

Мометазона фуруат (Элоком®) эффективен и безопасен в интермиттирующей терапии АтД. В результате проактивной терапии мометазона фуруатом у подавляющего большинства больных (90%) на протяжении всего курса лечения не отмечалось обострений АтД.

ключается в комбинированном применении длительной превентивной противовоспалительной терапии низкими дозами препаратов (топических ГКС или ингибиторов кальциневрина), которые наносятся на ранее пораженные участки кожи, и эмолиентов на всю кожу, а также предварительного расписания врачебных визитов для контрольного осмотра [26]. Первое исследование интермиттирующего применения топических ГКС при АтД было опубликовано в 1999 г. [27]. Проактивная терапия, заключающаяся в интермиттирующем применении топических ГКС обычно дважды в неделю на ранее пораженные



Рис. 3. Единица кончика пальца взрослого (fingertip unit, FTU) – количество топического ГКС при выдавливании из тубы диаметром 5 мм, покрывающего концевую фалангу пальца



Таблица 3. Динамика обсемененности кожи *S. aureus* у больных атопическим дерматитом на фоне интермиттирующей терапии мометазона фууроатом два раза в неделю на протяжении 24 недель*

Среднее число микроорганизмов (n = 19)	Неделя лечения		
	0	3	24
<i>S. aureus</i> , КОЕ/мл	$2,1 \times 10^5$	$3,0 \times 10^1$	$1,3 \times 10^4$

n – число пациентов.

* Адаптировано по [30].

Таблица 4. Безопасные дозы топических ГКС

Активность ГКС	Максимальное количество топического ГКС для безопасного применения в неделю, г
ГКС умеренной активности	60–100
ГКС высокой активности	60–100
ГКС очень высокой активности	30–50

участки кожи, начинается сразу после достижения ремиссии в результате ежедневной (1–2 раза в день), интенсивной терапии топическими ГКС, при этом применение эмолиентов во время ремиссии продолжается [28, 29]. Увлажняющий крем следует наносить за 15 минут до противовоспалительных препаратов, а если это мазь, то через 15 минут после их применения [28, 29]. Существует достаточно много исследований, демонстрирующих эффективность проактивной терапии с использованием

топических ГКС и ингибиторов кальциневрина в отношении предотвращения обострений АТД [28, 29].

Правильное дозирование топического ГКС является залогом безопасной терапии и должно осуществляться в соответствии с правилом *finger tip unit* (FTU) – единица кончика пальца взрослого человека. 1 FTU определяется как количество топического ГКС при выдавливании из тубы диаметром 5 мм, покрывающего концевую фалангу пальца взрослого человека (рис. 3). Считается, что около 1 FTU необходимо, чтобы нанести препарат на кисть руки или паховую область, 2 FTU – для лица или ступни, 3 FTU – для всей руки, 6 FTU – для всей ноги, 14 FTU – для туловища. Для того чтобы покрыть тело среднего взрослого человека, необходимо около 30 г препарата.

Кратность применения топических ГКС при проактивной терапии составляет 1–3 раза в неделю: 3 раза в неделю – при тяжелой степени дерматита, 2 раза в неделю – при средней степени тяжести заболевания, 1 раз в неделю – при легком течении.

Продолжительность интермиттирующей терапии в каждом случае подбирается индивидуально и, в первую очередь, определяется степенью тяжести АТД: при легком течении терапия может

длиться в среднем 3 месяца; при среднетяжелом – 6 месяцев; при тяжелом – 9–12 месяцев [28, 29].

В одном из многоцентровых исследований изучали эффективность и безопасность применения мази мометазона фууроата, содержащей 0,1% гексиленгликоля (препарат Элоком®), при лечении взрослых пациентов с АТД средней степени тяжести. Эффективность терапии оценивали по регрессу клинических проявлений заболевания (эритемы и инфильтрации), динамике поражения кожного покрова, которые оценивали в баллах, кроме того, пациентам проводили бактериологическое исследование. Лечение осуществляли в 2 этапа. На первом этапе 90 пациентов получали мометазона фууроат 1 раз в день на протяжении 3 недель. На втором этапе 68 больных с выраженным эффектом от лечения продолжили терапию мометазона фууроатом 2 раза в неделю на протяжении 6 месяцев (24 недели). Кроме того, на протяжении всего курса терапии пациенты использовали крем, содержащий 5% мочевины, в качестве эмолиента [30]. В результате проактивной терапии мометазона фууроатом у подавляющего большинства больных (90%) на протяжении всего курса лечения не отмечалось обострений АТД (рис. 4).

Следует отметить высокую безопасность интермиттирующего применения мометазона фууроата: лишь у одного пациента наблюдались признаки атрофии кожи, возможно, связанные с терапией, у двух пациентов возникли проявления фолликулита, и один пациент отмечал ощущение жжения после нанесения препарата. У пациентов с АТД на фоне интермиттирующей терапии мометазона фууроатом два раза в неделю на протяжении 24 недель снизилась обсемененность кожи *S. aureus* (табл. 3).

Таким образом, мометазона фууроат (Элоком®) эффективен и безопасен в интермиттирующей терапии АТД. Проактивная интермиттирующая терапия топических

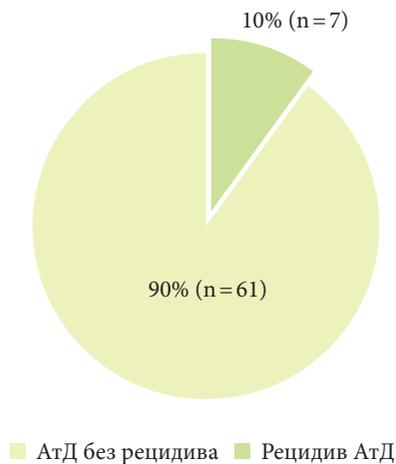


Рис. 4. Частота рецидивов АТД у больных на фоне проактивной терапии мометазона фууроатом (Элоком®)*

* Адаптировано по [30].



ческими стероидами позволяет контролировать течение заболевания, значительно снижая риск развития обострения и продлевая период стабильной ремиссии. Феномен тахифилаксии, описанный и часто наблюдаемый при терапии топическими ГКС, не развивается при лечении мометазона фууроатом (Элоком®) даже при длительной (более 6 месяцев) интермиттирующей терапии [30]. Побочные эффекты топических ГКС, как правило, появляются только после длительного и/или неправильного применения препаратов. Местные (кожные) побочные эффекты включают стрии, атрофию, телеангиоэктазии, гипертрихоз, гипопигментацию, акнеформную сыпь. Для профилактики системных эффектов, которые могут развиваться в результате подавления гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы вследствие системной абсорбции топических ГКС, подобраны безопасные дозы этих препаратов (табл. 4) [31]. Иногда у пациентов с АтД может не наблюдаться ответа на терапию топическим ГКС. Причинами этого могут быть продолжение контакта с аллергеном или раздражителем; суперинфекция *S. aureus*; выбор неадекватного по активности топического ГКС; недостаточное количество используемого топического ГКС; аллергия на топический ГКС; стероидная резистентность. Однако наиболее частой причиной отсутствия эффекта от топического ГКС является несоблюдение режима лечения топическими ГКС, поскольку многие пациенты из-за боязни побочных эффектов не применяют их или применяют неправильно.

Топические ингибиторы кальциневрина пимекролимус (крем Элидел®) и такролимус (0,1% и 0,03% мазь Протопик®) были разработаны и внедрены в практику лечения АтД у детей и взрослых 10 лет назад. В настоящее время накоплен уже достаточно большой опыт клинического применения этих препаратов, представляющих собой клеточ-

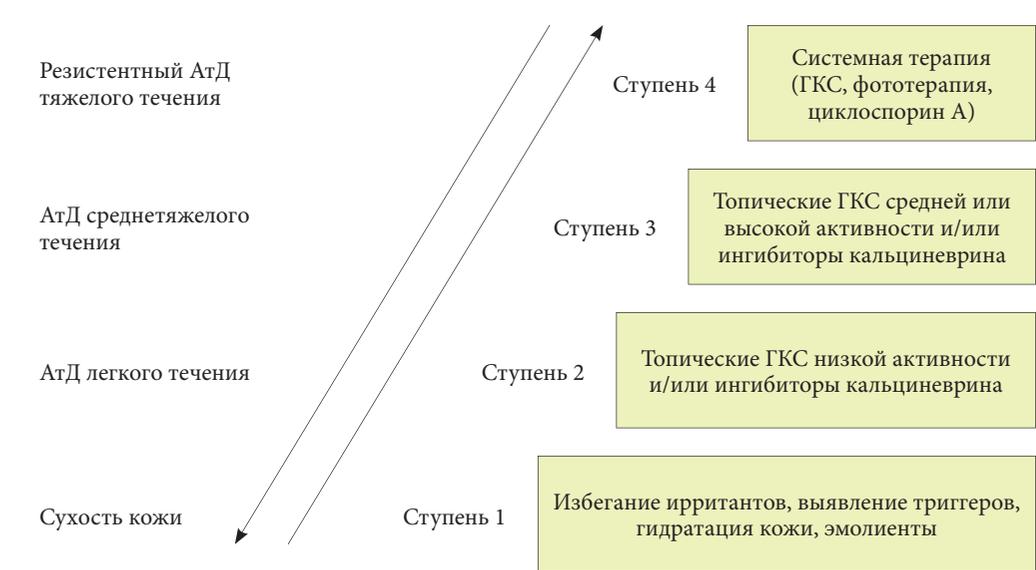


Рис. 5. Ступенчатая терапия atopического дерматита*

* Адаптировано по [32].

носелективные ингибиторы воспалительных цитокинов и действующие преимущественно на Т-лимфоциты. Пимекролимус и такролимус препятствуют образованию и высвобождению воспалительных цитокинов, таких как ИЛ-2, ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-10, интерферон (ИНФ)-гамма, ГМ-КСФ, ФНО, и предотвращают пролиферацию Т-лимфоцитов. Кроме того, они препятствуют высвобождению медиаторов воспаления (гистамин, триптаза, ФНО) из активированных тучных клеток. Обладая высоким сродством к коже, эти препараты избирательно воздействуют на кожное воспаление, проникают глубоко в эпидермис, вместе с тем обладая минимальной способностью к всасыванию, что исключает развитие системных эффектов. Эти препараты не влияют на синтез коллагена и, следовательно, не вызывают атрофию кожи. Они хорошо переносятся пациентами всех возрастных групп и могут безопасно применяться на любых участках кожи, включая лицо, шею и складки кожи. Наиболее распространенное побочное действие этих препаратов – чувство жжения и покраснение кожи в местах

их применения, которое обычно не требует отмены препарата. В международных согласительных документах по АтД препараты этой группы предлагаются как альтернативная терапия топическим стероидам в острую фазу болезни, а также как поддерживающая терапия при персистирующем или непрерывно-рецидивирующем течении atopического дерматита (рис. 5) [32]. Недавний метаанализ [33], в который были включены данные 17 клинических исследований, сравнивающих эффективность топического такролимуса с топическими ГКС у детей (n = 2328) и взрослых (n = 2849), продемонстрировал одинаковую эффективность такролимуса и высоко и умеренно активных топических ГКС.

Феномен тахифилаксии, описанный и часто наблюдаемый при терапии топическими ГКС, не развивается при лечении мометазона фууроатом (Элоком®) даже при длительной (более 6 месяцев) интермиттирующей терапии.



К средствам традиционной топической терапии атопического дерматита относятся препараты нафталанна, дегтя, ихтиола, препараты цинка. Они используются в виде паст, мазей, кремов различных концентраций в зависимости от стадии и клинической формы заболевания (чем острее воспалительный процесс, тем меньше должна быть концентрация входящих в лекарственную форму препаратов). Препараты нафталанна, дегтя, ихтиола издавна применяли для лечения больных атопическим дерматитом, особенно в стационарных условиях. Их общим недостатком, ограничивающим применение у пациентов с АтД, является неприятный запах и то, что они пачкают одежду. Препараты, содержащие цинк, обладают противовоспалительным, бактериостатическим и противогрибковым действием и в некоторых случаях при умеренно выраженных обострениях АтД оказываются эффективными даже в виде монотерапии. К готовым формам цинксодержащих препаратов относятся препараты линии Скин-кап (крем, аэрозоль и шампунь), Деситин (мазь), Цинокап (крем).

Основное действующее вещество препарата Скин-кап – цинка пиритионат, активированный на молекулярном уровне действием электромагнитного поля, приводящим к структурной перестройке молекулы с активацией атомов цинка и серы, стабилизации молекулы цинка пиритионата и длительному ее сохранению в активной форме на коже. Вспомогательные поверхностно-активные вещества, содержащиеся в препарате, увеличивают проницаемость кожи, обеспечивают быстрое всасывание основного активного вещества и доставку его в корневой слой эпидермиса, что приводит к существенному усилению активности цинка пиритионата. Этим механизмом и объясняется быстрый и выраженный лечебный и косметический эффект препаратов Скин-кап. Действующим

Хотя выбор терапии АтД и является сугубо индивидуальным процессом в отношении каждого пациента, он должен основываться на общепринятых международных рекомендациях. Успех терапии АтД зависит от эффективного взаимодействия врача и пациента.

веществом препарата Цинокап также является пиритионат цинка. Деситин – мазь, содержащая 40% оксида цинка, рыбий жир (масло из печени трески), вазелин и ланолин, – оказывает подсушивающее, противовоспалительное и антисептическое действие. Деситин уменьшает экссудацию и мокнутие, снимает местные проявления воспаления и раздражения в месте нанесения.

При присоединении вторичной микробной или грибковой инфекции могут быть эффективны комбинированные препараты, содержащие топический ГКС, антибиотик и/или антимикотик (Тридерм, Акридерм, Пимафукорт и др.).

Системная фармакотерапия АтД включает применение антигистаминных препаратов, ГКС, иммуносупрессоров (циклоспорин А). Антигистаминные препараты являются наиболее часто используемыми системными средствами в лечении АтД у детей и взрослых, хотя гистамин играет не самую значительную роль в патогенезе заболевания, и нет исследований, которые убедительно доказывали бы эффективность этой группы препаратов в лечении АтД, особенно у взрослых. Однако бесспорно, что антигистаминные препараты показаны пациентам с АтД, страдающим сопутствующими аллергическими заболеваниями (ринитом, конъюнктивитом, крапивницей).

Препараты, являющиеся системными иммуномодуляторами, используются в лечении тяжелого АтД, рефрактерного к топической терапии. К таким препаратам относятся, прежде

всего, системные ГКС и циклоспорин А. Иногда короткий курс системных ГКС (преднизолон) оказывается полезен при выраженном обострении АтД, когда исчерпаны другие возможности лечения (прежде всего возможности применения топических ГКС). Однако в процессе короткого курса системной терапии необходимо начать терапию топическим ГКС, чтобы избежать обострения кожного процесса после отмены системных ГКС. Циклоспорин А – сильный иммуносупрессивный препарат, ингибирующий кальциневрин. Во многих исследованиях продемонстрирован эффект коротких курсов (1–4 месяца) терапии циклоспорином А у детей и взрослых с тяжелым, рефрактерным к традиционной терапии АтД [34–36]. Лечение циклоспорином А приводит к редуцированию кожного процесса и улучшению качества жизни больного, однако при прерывании лечения происходит, как правило, возврат симптомов заболевания. Лечение циклоспорином А всегда связано с высоким риском развития серьезных побочных эффектов: повышения уровня сывороточного креатинина, нарушения функции почек, артериальной гипертонии.

Таким образом, хотя выбор терапии АтД и является сугубо индивидуальным процессом в отношении каждого пациента, он должен основываться на общепринятых международных рекомендациях. Успех терапии АтД зависит от эффективного взаимодействия врача и пациента, а также от поддержки больного родственниками, друзьями и коллегами. ●

ЭЛОКОМ®

мометазона фураат 0,1%

Высокая эффективность в лечении стероид-чувствительных дерматозов у детей и взрослых^{1,2,3}



- **Высокая эффективность^{1,2}**
противовоспалительный, противозудный и антиэкссудативный эффект
- **Высокая безопасность¹**
отсутствие побочных эффектов у 99,4% пациентов
- **Удобство применения³**
нанесение на кожу 1 раз в сутки, без цвета и запаха
- **Три формы Элокома (крем, мазь, лосьон)³**
возможность выбора формы для любой локализации и стадии воспалительного процесса

1. Scherer R., Nowok K. et al. Опыт использования наружного кортикостероида – мометазона фуората. Российский Аллергологический Журнал 2005 (4); 84-89

2. Prakash A. et al. Tropical Mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. Drugs 1998, 55(1): 145-163

3. Инструкция по медицинскому применению препарата Элоком.

Избранная информация по безопасности

Противопоказания: повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата или к ГКС. Розовые угри, периоральный дерматит, бактериальная, вирусная или грибковая инфекция кожи, туберкулез, сифилис, поствакцинальные реакции, беременность или период лактации (лечение обширных участков кожи, длительное лечение). **Побочное действие:** редко – раздражение и сухость кожи, жжение, зуд, фолликулит, гипертрихоз, угревая сыпь, гипопигментация, периоральный дерматит, аллергический контактный дерматит, мацерация кожи, присоединение вторичной инфекции, признаки атрофии кожи, стрии, потница.

Особые указания: при нанесении на большие участки кожи в течение длительного времени, при применении окклюзионных повязок, возможно развитие системного действия ГКС. Следует избегать попадания в глаза. В связи с тем, что у детей величина соотношения площади поверхности и массы тела больше, чем у взрослых, дети подвержены большему риску подавления функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и развития синдрома Кушинга. Длительное лечение детей может привести к нарушениям их роста и развития. Дети должны получать минимальную дозу препарата, достаточную для достижения эффекта; лосьон не назначается детям до 2-х лет.

Краткая инструкция по медицинскому применению

Мометазона фураат лосьон 0,1% по 20 мл, в п/э флакон-капельницах; крем 0,1%, мазь 0,1% в тубах по 15 г;

Показания к применению: воспалительные явления и зуд при дерматозах, поддающихся глюкокортикостероидной терапии. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата или к ГКС. Розовые угри, периоральный дерматит, бактериальная, вирусная или грибковая инфекция кожи, туберкулез, сифилис, поствакцинальные реакции, беременность или период лактации (лечение обширных участков кожи, длительное лечение). **Способ применения:** несколько капель лосьона Элоком® или тонкий слой крема или мази Элоком® на пораженные участки кожи один раз в день. **Побочное действие:** редко – раздражение и сухость кожи, жжение, зуд, фолликулит, гипертрихоз, угревая сыпь, гипопигментация, периоральный дерматит, аллергический контактный дерматит, мацерация кожи, присоединение вторичной инфекции, признаки атрофии кожи, стрии, потница. **Особые указания:** при нанесении на большие участки кожи в течение длительного времени, при применении окклюзионных повязок, возможно развитие системного действия ГКС. Следует избегать попадания в глаза. Дети должны получать минимальную дозу препарата, достаточную для достижения эффекта; лосьон не назначается детям до 2-х лет. **Условия хранения:** при температуре от 2 до 25°С, в недоступном для детей месте.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению препарата Элоком®, предоставляемой компанией-производителем.

Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.



ООО «МСД Фармасьютикалс»
115093 Россия, г. Москва, ул. Павловская, д. 7, стр. 1
Тел. (495) 916-71-00, Факс (495) 916-70-94
www.merck.com
08-2013-ELC-08-2011-RUS-005-JA

Реклама



Что такое аллергодерматозы и что их объединяет

Д.м.н., проф. Н.Г. КОЧЕРГИН

Наличие нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), представляющего собой один из компонентов единого барьера организма, является одним из значимых факторов, от которых зависит заболеваемость аллергодерматозами и тяжесть их течения. Исследования показали, что применение препарата Лактофильтрум®, эффективного средства восстановления барьерной функции ЖКТ, в комплексной терапии атопического дерматита в подавляющем большинстве случаев существенно улучшает состояние кожи пациентов и позволяет повысить качество их жизни.

Среди всего многообразия кожных заболеваний можно выделить ряд дерматозов, которые встречаются достаточно часто, иногда протекают в легких клинических формах, не нарушая трудоспособности пациента, но в то же время нередко приобретают длительное, хронически рецидивирующее течение и трудно поддаются лечению. В эту группу заболеваний входят такие распространенные болезни, как атопический дерматит, крапивница, экзема и некоторые другие. Помимо несложной в большинстве случаев клинической диагностики этих заболеваний, их объединяет разная степень выраженности аллергического компонента в патогенезе развития всей объективной симптоматики

и присутствие у подавляющего большинства больных субъективного симптома – кожного зуда. По этой причине в отечественной дерматологии эту группу кожных заболеваний принято называть аллергодерматозами, или зудящими дерматозами. Последнее, однако, не означает, что все остальные дерматозы «не должны» иметь аллергического компонента или сопровождаться зудом, а является объективным недостатком любой классификационной терминологии или попытки группировать болезни по каким-либо общим признакам. Важнее другое – термин «аллергодерматоз» ассоциируется для дерматолога в первую очередь с хроническим характером течения заболевания, которое сопровождается кожным зудом,

нередко мучительным, что приводит к резкому снижению качества жизни пациента и лежит в основе недостаточной эффективности существующих терапевтических подходов.

Одним из наиболее ярких представителей зудящих дерматозов является атопический дерматит (АтД), которому принадлежит едва ли не первое место среди всех аллергодерматозов по степени клинической выраженности кожного зуда. АтД отличается широкой распространенностью и встречается в возрастных группах от нескольких месяцев жизни до 40 лет и старше. Общая популяционная частота АтД может достигать 5–7%, а среди детей в возрасте до 3 лет различные проявления этого заболевания встречаются более чем в 50% случаев.

В настоящее время уже установлены основные звенья патогенеза АтД, первым среди которых является генетическая предрасположенность, уже при рождении определяющая наличие мутационного дефекта барьерной функции кожи и особое функциональное состояние врожденной иммунности, приводящее к гиперактивному реагированию на самые разнообразные триггеры, антигены и инфекционные агенты. В результате через сложные



цитокиновые и клеточные взаимодействия у пациента формируются основные клинические симптомы АтД. Таким образом, дефект барьерной функции кожных покровов атопика, обеспечивающий легкость антигенной или инфекционной инвазии извне, является одним из первичных компонентов начального звена патогенеза АтД.

Будучи генетически детерминированным, атопический дерматит клинически начинается, как правило, в раннем детском возрасте. Эта детская фаза АтД, иногда на практике называемая экссудативным диатезом или детской экземой, обычно характеризуется эритематозно-сквамозными и/или везикуло-крустозными проявлениями. В типичных случаях у больного наблюдаются очаги покраснения различных размеров, иногда с выраженной отечностью, а в ряде случаев – мокнущие. Могут присутствовать мелкие папулы розовато-красноватого цвета. Нередко очаги характеризуются небольшим шелушением. В легких случаях эритема может быть слабо выражена, и тогда у больного доминируют шелушение и небольшой гиперкератоз, придающие очагам ощущение «шершавости» при ощупывании. Указанные изменения на коже в большинстве случаев сопровождаются зудом, иногда весьма выраженным и приводящим к нарушению сна. Вызванные зудом расчесывания дополняют клиническую картину эксфолиациями, корочками, присоединением вторичной инфекции, чаще всего в виде импетигнизации. Зоны поражения при АтД у детей обычно локализуются на щеках, ягодицах, голенях, кистях рук и предплечьях. У взрослых проявления АтД чаще всего располагаются в крупных складках (локтевые и коленные сгибы, шея), в ряде случаев в патологический процесс вовлекается лицо и другие участки тела. Кожа в очагах лихенифицирована, застойно гиперемирована, сухая, шероховатая на ощупь, нередко с многочисленными экс-

корияциями вследствие сильного зуда. В легких случаях, которых большинство, проявления АтД сводятся к умеренной или слабо выраженной эритеме очагового характера, слегка шелушащейся и сопровождающейся небольшим эпизодическим зудом.

Течение АтД характеризуется частыми рецидивами, обычно приуроченными к межсезоньям и провоцируемыми разнообразными триггерами в виде стрессов, инфекций, сопутствующих заболеваний, в том числе и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Невозможность эффективного контроля этих причинных факторов обострений, включая диетические рекомендации, профилактику инфекций или психогенных воздействий, делает наступающие ремиссии кратковременными даже в случае успешной терапии обострения. Вслед за ремиссиями у таких больных неминуемо следуют очередные ухудшения клинической симптоматики.

Сегодня лечение АтД строится на принципах доказательной медицины, согласно данным которой эффективными у большинства больных при легкой и средней тяжести дерматоза признаны наружные кортикостероиды и антагонисты кальциневрина. При распространенных и тяжелых формах заболевания эффективны циклоспорин А и фототерапия. Следует отметить, что этот ограниченный перечень средств, даже в сочетании с другими популярными и традиционными методами, далеко не всегда может быть использован в качестве поддерживающей терапии в период между обострениями, которые неизбежно замыкают порочный круг заболевания после достижения ремиссии.

Другим часто встречающимся аллергодерматозом является крапивница. Едва ли не каждый человек в течение жизни так или иначе наблюдает у себя на коже волдырные (крапивные) высыпания в ответ на такие раздражители, как укус комара или ожог крапивой. Центральное место в механизме

формирования волдыря занимает избыточное высвобождение гистамина в ходе иммунологического или неиммунологического ответа на причинный фактор.

Как заболевание крапивница характеризуется распространенными, часто рецидивирующими высыпаниями волдырей, характеризующимися интенсивным, мучительным зудом. По распространенности среди аллергических заболеваний крапивница занимает второе место после бронхиальной астмы и может возникать в любом возрасте. Специальные опросы показали, что каждый третий человек на Земле перенес ее хотя бы однократно, а у пациентов дерматологических стационаров крапивница встречается чаще чем в 3% случаев.

В подавляющем числе случаев высыпания волдырей при крапивнице представляют собой аллергическую кожную реакцию, главным образом немедленного типа, вызываемую разнообразными эндогенными и экзогенными факторами. Сам механизм формирования волдыря при крапивнице обусловлен повышением проницаемости капиллярной стенки и острым отеком периваскулярного пространства. Повышение сосудистой проницаемости связано с биологически активными веществами (гистамин, серотонин, простагландины и др.), которые относятся к медиаторам, высвобождаемым при дегрануляции тучных клеток и базофилов. За повышение сосудистой проницаемости в основном ответственны H_1 -гистаминовые рецепторы, хотя не отрицается роль и H_2 -рецепторов.

С точки зрения патогенеза выделяют аллергическую крапивницу, характеризующуюся иммунологическим (часто IgE-зависимым) механизмом образования медиаторов; псевдоаллергическую крапивницу, объединяющую большую группу физических крапивниц; крапивницу, связанную с дефицитом C1-компонента комплемента, нарушениями арахидонового метаболизма; крапив-



ницу, обусловленную прямыми гистаминолибераторами, и спонтанную крапивницу.

Аллергическая крапивница является одним из наиболее часто встречающихся видов этого заболевания. Аллергическая крапивница развивается по механизмам, сходным с таковыми при аллергических дерматитах и токсидермиях, и в большинстве случаев связана с действием экзо- или эндогенного аллергена. В группу физических крапивниц входят уртикарный дермографизм, крапивница от давления, вибрационный ангиоотек, холодовая крапивница, холинергическая крапивница, тепловая крапивница, адренергическая крапивница и аквагенная крапивница. При дефиците системы комплемента крапивница может быть доминантно наследуемой, в виде сывороточной болезни или вирус-ассоциированной. Едва ли не самую большую часть всех клинических вариантов крапивниц составляет хроническая спонтанная крапивница, причина и механизмы развития которой, как правило, остаются неизвестными.

В зависимости от клинического течения в качестве практического дерматологического диагноза обычно выделяют острую крапивницу продолжительностью до 6 недель и хроническую спонтанную крапивницу, длительность которой превышает эти сроки.

Развитие хронической крапивницы нередко связывают с нарушением функции печени, почек, желудочно-кишечного тракта, глистными инвазиями, трудно диагностируемыми или не поддающимися эффективной коррекции очагами хронической инфекции. Именно этот вариант крапивницы представляет особые терапевтические трудности и приводит к резкому снижению качества жизни пациентов. Важно отметить существенную роль функционального состояния ЖКТ, который тоже выполняет роль барьера между внутренней и внешней средами.

Вне зависимости от патогенетической разновидности, клинически крапивница характеризуется появлением на любом участке кожи многочисленных или одиночных сильно зудящих волдырей ярко-розового цвета, имеющих разнообразные очертания, плотную консистенцию и величину, достигающую размеров ладони и более. Обычно волдыри держатся несколько часов, затем бесследно исчезают, однако могут появляться новые. Чаще всего крапивница длится несколько дней, но в случае хронического варианта заболевание может продолжаться многие месяцы, характеризуясь ежедневными или повторяющимися режими приступами высыпаний.

В подходах к лечению любой крапивницы можно выделить два основных компонента: поиск и устранение возможного триггера или аллергена и симптоматическая терапия в зависимости от выраженности клинической симптоматики. Первый подход при его успешном осуществлении считается идеальным и приводит к полному выздоровлению пациента. К сожалению, обнаружить причину высыпаний удается далеко не во всех случаях, кроме того, даже при установлении этой причины ее элиминация не всегда представляется возможной. Чаще всего подобная ситуация складывается в случае хронической спонтанной крапивницы. Патогенетической и симптоматической терапией признает-

ся применение H_1 -гистаминовых антагонистов (антигистаминных препаратов) разных поколений в адекватных терапевтических дозах и при регулярном курсовом приеме. В ряде случаев хронической крапивницы целесообразно комбинировать антигистаминные препараты первого и второго поколений или использовать одновременный прием H_1 - и H_2 -блокаторов. Заслуживает внимания тактика сочетания антигистаминных препаратов со стабилизаторами мембран тучных клеток, например с кетотифеном. Во многих случаях алиментарной или медикаментозной крапивницы целесообразны усилия по скорейшему выведению аллергена из организма с помощью слабительных и мочегонных препаратов.

На примере этих двух «больших» аллергодерматозов очевидно, что при рассмотрении путей антигенной или другой триггерной инвазии возникает необходимость оценки состоятельности тех барьеров, через которые происходит эта инвазия. Многочисленными исследованиями и клиническими наблюдениями убедительно показано, что при многих аллергодерматозах усилия по восстановлению целостности кожного барьера путем применения увлажняющих и ожиряющих средств и попытки улучшить функцию ЖКТ путем применением сорбентов и пребиотиков значимо повышают эффективность проводимой основной терапии.

Результаты этих наблюдений и анализ аналогичной ситуации при респираторных аллергиях, где роль барьера исполняют слизистые оболочки носоглотки, глаз и бронхов, наводят на мысль о возможном существовании единого барьера организма, в котором во взаимосвязанном состоянии функционируют четыре его составные части – кожа, слизистые оболочки ЖКТ и глаз и слизистые оболочки верхних дыхательных путей. Эту концептуальную систему единого барьера можно представить в виде схемы, изображенной на рисунке.

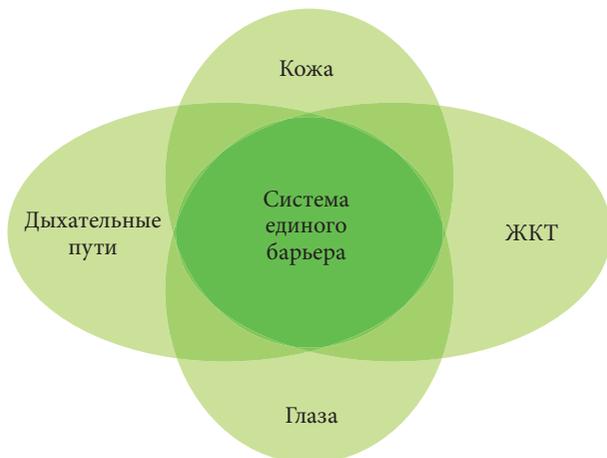


Рис. Система единого барьера организма

ЛАКТО-ФИЛЬТРУМ®



ЗДОРОВЫЙ КРАСИВАЯ
КИШЕЧНИК КОЖА



- нормализует состояние аутомикрофлоры кожи
- стимулирует развитие собственных лакто- и бифидобактерий
- выводит токсины, аллергены и продукты метаболизма
- эффективен при аллергодерматозах (атопический дерматит, крапивница)



Применение препарата Лактофильтрум® приводит не только к восстановлению нормальной функции желудочно-кишечного тракта, но и к улучшению состава микрофлоры кожи, уменьшению сухости кожных покровов и улучшению визуальных характеристик кожи лица.

Подтверждением реального функционирования системы единого барьера могут служить некоторые отечественные исследования, в которых было показано, что применение уникального комбинированного препарата Лактофильтрум® по поводу нарушений со стороны ЖКТ привело не только к восстановлению нормальной функции ЖКТ, но и к улучшению состава микрофлоры кожи, уменьшению сопутствующей сухости кожных покровов (то есть к восстановлению кожного барьера) и улучшению визуальных характеристик кожи лица, особенно у женщин [1].

Препарат Лактофильтрум®, выпускаемый компанией «АВВА РУС», входящей в российско-швейцарский фармацевтический холдинг AVVA AG, содержит активные вещества: лигнин гидролизный и лактулозу.

Лигнин гидролизный представляет собой природный энтеросорбент, состоящий из продуктов гидролиза компонентов древесины, он обладает высокой сорбционной активностью и неспецифическим дезинтоксикационным действием. Лигнин гидролизный обладает способностью связывать в кишечнике и выводить из организма патогенные бактерии и бактериальные токсины, аллергены, а также эндотоксины. Лигнин не всасывается в организме, не токсичен и полностью выводится из кишечника в течение 24 часов.

Лактулоза, второй компонент Лактофильтрума, является синтетическим дисахаридом, молекула которого состоит из остатков га-

лактозы и фруктозы. Лактулоза не всасывается и не гидролизуется в желудке и верхних отделах кишечника. В толстом кишечнике лактулоза ферментируется нормальной микрофлорой в качестве субстрата, стимулируя рост бифидо- и лактобактерий. В результате гидролиза лактулозы в толстом кишечнике образуются органические кислоты – молочная, уксусная и муравьиная, подавляющие рост патогенных микроорганизмов и, следовательно, уменьшающие продукцию азотсодержащих токсических веществ. Описанный процесс приводит к увеличению осмотического давления в просвете толстого кишечника и стимулированию перистальтики. Комплексное действие препарата направлено на нормализацию микробиоценоза толстого кишечника и снижение интенсивности эндогенной токсической нагрузки. Препарат Лактофильтрум® может применяться у детей начиная с возраста 1 год. При атопическом дерматите и крапивнице у взрослых и детей старше 12 лет рекомендуется следующая схема приема Лактофильтрума: по 2–3 таблетки 3 раза в день, средняя продолжительность курса лечения составляет 2–3 недели.

Кроме того, существует Лактофильтрум® Эко (зарегистрирован в РФ как биологически активная добавка к пище), представляющий собой порошок для приготовления суспензии (форма выпуска – саше). Суспензия имеет приятный вкус, благодаря чему ее удобно давать детям.

Результаты проведенных рандомизированных двойных слепых исследований показали, что в группе взрослых больных АТД, получавших Лактофильтрум® на фоне стандартной терапии, у большинства пациентов наблюдалось разрешение высыпаний или снижение их интенсивности более чем на 75%. Слабый положительный ответ при приеме Лактофильтрума или ухудшение состояния пациента в ходе исследований не были зафиксированы, что отражает высокую эффек-

тивность комплексной терапии с использованием препарата Лактофильтрум® у больных АТД. В контрольной группе больных, получавших стандартную терапию, значительное улучшение наблюдалось лишь у 20% пациентов и не было зафиксировано ни одного случая полного разрешения высыпаний [2].

Лактофильтрум® продемонстрировал свою эффективность и в детской дерматологической практике. Так, по данным Ю.В. Черненкова и соавт. [3], при монотерапии препаратом Лактофильтрум® детей в возрасте 3–6 лет, больных АТД средней степени тяжести, значимый эффект был достигнут в 63,7% случаев, а при легкой степени АТД – у 86,4% детей.

Таким образом, отвечая на вопрос, что объединяет аллергодерматозы, можно назвать по крайней мере несколько общих для них признаков: прежде всего, это присутствие в патогенезе дерматозов данной группы тех или иных компонентов аллергических механизмов; второе – это хронический рецидивирующий характер течения (по крайней мере, для основных представителей группы – АТД и хронической спонтанной крапивницы); третьим объединяющим признаком служит наличие выраженного субъективного симптома – зуда, неминуемо приводящего к снижению качества жизни пациентов, и, наконец, аллергодерматозы объединяет то, что на тяжесть заболевания существенное влияние оказывает наличие у пациентов нарушений со стороны ЖКТ, являющегося одной из составляющих единого барьера организма наряду с кожными покровами и слизистыми оболочками верхних дыхательных путей. Последнее обстоятельство требует использования при терапии аллергодерматозов средств и методов восстановления барьерной функции ЖКТ – таких как препарат Лактофильтрум®, который уже доказал свою эффективность в составе комплексного лечения аллергодерматозов. ●



ЮБИЛЕЙНЫЙ XX РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

15–19 апреля 2013 года • Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

□ Новые прогрессивные технологии диагностики, лечения и профилактики основных заболеваний человека □ Результаты изучения генома человека – практическому здравоохранению □ Редкие болезни. Новейшие технологии диагностики и лечения □ Персонализированная медицина □ Рациональная фармакотерапия в педиатрии □ Некоторые аспекты женского здоровья с позиции врачей различных специальностей □ Важные задачи вакцинопрофилактики и иммунодиагностики заболеваний человека □ Депрессивные и болевые расстройства в общемедицинской практике – актуальная междисциплинарная проблема. Пути решения □ Непрерывное образование врача первичного звена как основа повышения качества медицинской помощи

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Гастроэнтерология
- Внутренние болезни
- Химиотерапия и антибиотики
- Акушерство и гинекология
- Фтизиатрия
- Клиническая фармакология
- Стоматология
- Педиатрия (гастроэнтерология)
- Педиатрия (догоспитальная помощь)
- Педиатрия (кардиология)
- Педиатрия (неврология и нейрогенетика)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Стоматология
- Клиническая фармакология
- Гастроэнтерология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- «Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»

В РАМКАХ КОНГРЕССА ПРОХОДИТ выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К КОНГРЕССУ ГОТОВИТСЯ «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XIV выпуск)

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01.09.12	28.12.12
Тезисы	01.09.12	15.12.12
Конкурсные работы	01.09.12	18.01.13
Регистрационные карты	01.09.12	08.04.13
Заявки на участие в выставке	01.09.12	07.03.13

КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)

Тел.: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)

E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)

reg@medlife.ru (регистрационные карты)

trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)

stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт конгресса: www.medlife.ru

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»



¹ГКБ № 14,
г. Москва

²Центр
теоретических
проблем физико-
химической
фармакологии
РАН

Комбинированная терапия тяжелых форм акне у женщин

Н.Л. КОРОТАЕВА¹, И.Л. СОРКИНА¹,
д.м.н., проф. И.М. КОРСУНСКАЯ²

Относительная гиперандрогения является частой причиной возникновения акне у женщин, для этиопатогенетической терапии могут использоваться препараты, оказывающие антиандрогенное воздействие. Исследования показывают, что применение комбинированного орального контрацептива Джес, оказывающего антиминералокортикоидное и антиандрогенное действие, способствует уменьшению выраженности акне, в том числе при тяжелой и среднетяжелой формах заболевания. Наибольших успехов удастся достичь при применении препарата Джес в сочетании с Акнекутаном (изотретиноин).

В настоящее время, несмотря на обилие препаратов как местного, так и системного действия, терапия акне остается сложной задачей, что в значительной степени связано с патогенезом заболевания. В патогенезе акне большое значение имеют такие факторы, как патологический фолликулярный кератоз, образование избыточного секрета в сальных железах, размножение *Propionibacterium acnes* и воспаление. У больных акне наблюдается замедление отторжения кератиноцитов в устье сально-волосяных фолликулов, что связано со снижением дезинтеграции десмосом, а также с изменением качествен-

ного и количественного состава кожного сала. Эти процессы приводят к закупорке протоков сально-волосяных фолликулов роговыми массами и образованию комедонов [1].

В условиях нарушения оттока кожного сала начинает активно размножаться резидентная липофильная микрофлора. *P. acnes* могут жить как в аэробных, так и в анаэробных условиях, поэтому в открытых и закрытых комедонах эти бактерии получают питательный субстрат и благоприятные условия для размножения. Количество этих микроорганизмов на коже больных акне во много раз превышает количество аэробных бактерий.

P. acnes повышают липолитическую активность микрофлоры, что, в свою очередь, стимулирует миграцию нейтрофилов в патологический очаг и способствует формированию воспалительных высыпаний. Наряду с *P. acnes* воспаление инициируют провоспалительные цитокины, выделяемые эпителиальными и иммунными клетками, разрыв стенки протока сальной железы с выходом содержимого в дерму, вторичное инфицирование аэробной микрофлорой, в частности стрепто- и стафилококками [2].

Тесная связь всех указанных факторов патогенеза ведет к образованию своеобразного замкнутого круга: проявление одного из факторов вызывает цепную реакцию, к которой незамедлительно присоединяются остальные.

Определенное влияние на развитие акне оказывают генетические факторы, предполагается аутосомно-доминантный тип наследования этого заболевания, однако генетические исследования не дали однозначного подтверждения этой гипотезы. Тем не менее наличие у пациентов с акне в семейном анамнезе близких родственников с этим заболеванием имеется всегда, и чем тяжелее протекало акне у них,



тем тяжелее оно протекает у пациента [3, 4].

Одним из основных звеньев в патогенезе акне является генетически обусловленная гиперандрогения, которая может быть как абсолютной (увеличение общего количества гормонов), так и относительной (повышенная чувствительность рецепторов кожи к нормальному или низкому количеству андрогенов). Наиболее часто врачи сталкиваются с относительной гиперандрогенией.

Возникновению акне в пубертатном периоде способствует изменение гормонального статуса организма. Под влиянием гормонов происходит стимуляция секреции сальных желез и изменение состава кожного сала, что обуславливает пик проявления акне именно в этот период.

Специальные рецепторы, которые находятся на поверхности кератиноцитов и себоцитов и влияют на себосекреторную функцию, обладают высокой чувствительностью к влиянию половых гормонов (андрогенов и эстрогенов), ретиноидов, а также соматотропина, меланокортина и кортикотропин-рилизинг-гормона (КРГ) [5–7].

В стимуляции секреции кожного сала принимает участие только 1–2% несвязанного тестостерона. При попадании в клетки сальных желез тестостерон под воздействием внутриклеточных ферментов преобразуется в более активный метаболит дигидротестостерон, который активизирует процессы роста и созревания себоцитов и образования кожного сала [8].

Сложные патогенетические механизмы развития акне, а также различные клинические формы этого заболевания предполагают многообразие используемых методов лечения. Индивидуальный подход к подбору как системных (при более тяжелых или осложненных формах акне), так и топических препаратов способствует достижению хороших терапевтических результатов у пациентов с акне; применение комплексной терапии позволяет достичь лучших результатов за

более короткий срок и добиться более длительной ремиссии. Назначение специальных вспомогательных средств для ухода за кожей во время наружного или системного лечения дает возможность уменьшить дозы и кратность применения лекарственных средств, обеспечить более комфортное состояние кожи пациента. Терапия акне обязательно должна проводиться с учетом особенностей развития и течения болезни [8, 9].

В связи с вышесказанным, средством этиопатогенетической терапии акне у женщин являются препараты, оказывающие антиандрогенное воздействие. К таким препаратам относятся комбинированные оральные контрацептивы (КОК). При тяжелых формах акне применение КОК и ретиноидов может оказать наиболее выраженный эффект.

Изотретиноин – стереоизомер полностью транс-ретиноевой кислоты (третиноина). Точный механизм действия изотретиноина пока не установлен, однако показано, что улучшение клинической картины тяжелых форм акне связано с подавлением активности сальных желез и гистологически подтвержденным уменьшением их размеров. Кожное сало – основной субстрат для роста *P. acnes*, поэтому уменьшение образования кожного сала подавляет бактериальную колонизацию протока. Акнекутан угнетает пролиферацию себоцитов и воздействует на акне, восстанавливая нормальный процесс дифференцировки клеток, стимулирует регенерационные процессы. Кроме того, доказано противовоспалительное действие изотретиноина на кожу. Одним из препаратов, которые можно применять для лечения акне у женщин, является Джес. Джес – гормональный контрацептив с антиминералокортикоидным и антиандрогенным эффектами. Одна таблетка препарата содержит этинилэстрадиол 20 мкг, дроспиренон 3 мг. Дроспиренон обладает выраженной антиандрогенной активностью

и способствует уменьшению акне, жирности кожи и волос. Это действие дроспиренона подобно действию естественного прогестерона, вырабатываемого организмом.

Дроспиренон не обладает андрогенной, эстрогенной, глюкокортикоидной и антиглюкокортикоидной активностью. В сочетании с антиминералокортикоидным и антиандрогенным действием это обеспечивает дроспиренону биохимический и фармакологический профиль, сходный с таковым естественного прогестерона. В сочетании с этинилэстрадиолом дроспиренон оказывает благоприятное действие на липидный профиль, характеризующийся повышением уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП).

Эффективность применения Джеса при акне была изучена в рандомизированном двойном слепом исследовании, проведенном в 32 центрах США при участии женщин в возрасте от 14 до 45 лет. Было показано, что кожные высыпания у пациенток, получавших этинилэстрадиол (20 мкг) и дроспиренон (3 мг) в течение 6 циклов длительностью по 28 дней, к концу исследования полностью разрешились. При этом отношение шансов в данной группе по сравнению с группой плацебо составляло 4,31 (95% ДИ 2,11–9,60) [10].

Аналогичные результаты были получены и в другом зарубежном исследовании эффективности применения этинилэстрадиола/дроспиренона, в котором принимали участие 583 пациентки.

Дроспиренон обладает выраженной антиандрогенной активностью и способствует уменьшению акне, жирности кожи и волос. Это действие дроспиренона подобно действию естественного прогестерона, вырабатываемого организмом.



Рис. 1. Состояние кожи пациенток: А – до начала терапии, Б – через 4–5 недель комплексной терапии, В – через 3 месяца от начала терапии

Полный регресс высыпаний наблюдался у 46,3% больных, отношение шансов по сравнению с плацебо составляло 3,31 (95% ДИ 1,69–5,81) [11].

Исследования, проведенные в России, также продемонстрировали высокую эффективность препарата Джес в терапии акне.

При обследовании 112 пациенток было отмечено, что при комплексной терапии с применением препарата Джес уже через три месяца среднее значение дерматологического индекса акне (ДИА) снизилось на 60,51%, а через год – на 92,66%. Отмечалось достоверное снижение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) более чем в 2 раза в сочетании с нормализацией показателей гонадотропного индекса. Повышенная секреция себума к концу лечения сохранялась лишь у 10,26% пациенток [12, 13].

В другом исследовании с участием 40 пациенток после применения Джеса показатели себометрии и рН-метрии нормализовались у 95% больных [14].

Под нашим наблюдением находилось 26 женщин в возрасте от 19 до 32 лет с тяжелой и среднетяжелой формой акне. Все пациентки ранее получали антибиотики системно и топические препараты с незначительным эффектом. Прием Акнекутана (изотретиноин) в дозе 32 мг в сутки начинали

При обследовании 112 пациенток было отмечено, что при комплексной терапии с применением препарата Джес уже через три месяца среднее значение дерматологического индекса акне (ДИА) снизилось на 60,51%, а через год – на 92,66%.

на 11-й день от отрицательного теста на беременность и после месячного приема препарата Джес в соответствии с инструкцией по его применению. В качестве средства ухода за проблемной кожей лица использовалась лечебная косметика (рис. 1, А).

Уже через 4–5 недель комплексной терапии у всех пациенток отмечена положительная динамика: отсутствовали узлы, уменьшилось количество папуло-пустулезных элементов (рис. 1, Б). Это позволило уменьшить дозу Акнекутана до 16 мг в сутки на фоне приема препарата Джес. Через 3 месяца от начала терапии на коже лица пациенток оставались рубцовые изменения, единичные папулезные элементы, комедоны (рис. 1, В).

Далее лечение продолжали по следующей схеме: Акнекутан по 8 мг в сутки в течение 1 месяца, в последующие 2–3 месяца Акнекутан назначался по 8 мг 2–3 раза в неделю до полной отмены в зависимости от клинической картины. Препарат Джес пациентки полу-

чали в течение всего периода приема Акнекутана, а после окончания его приема – в течение от 3 до 6 месяцев.

В результате терапии клиническая ремиссия наступила у 19 пациенток, значительное улучшение наблюдалось у 7 женщин. Переносимость Акнекутана была хорошей, длительный прием малых доз препарата не давал нежелательных побочных эффектов. В то же время прием КОК обеспечивал отсутствие наступления беременности и усиливал положительный эффект терапии акне. Проблема сухости кожи решалась посредством применения лечебной косметики. Обследование пациенток, проведенное через 6–8 месяцев после окончания приема Акнекутана, показало стабильность полученных результатов.

Таким образом, сочетанное использование КОК и Акнекутана у женщин согласно предложенной схеме терапии демонстрирует удобство применения и высокую эффективность. ●

Плюс 451 мкг Метафолина каждый день

www.плюсфолаты.рф

ДЖЕС® ПЛЮС: новый ДЖЕС® для НОВОЙ ЖИЗНИ

ДЖЕС® ПЛЮС — это хорошо известный препарат ДЖЕС® плюс важный женский витамин В9 (Метафолин®¹):

- удобный режим приема 24+4;
- бьюти-эффекты;
- хорошее самочувствие независимо от менструального цикла;²

плюс рекомендованная для женщин репродуктивного возраста суточная доза фолатов.³

ПЕРВЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ, КОТОРЫЙ ОБЕСПЕЧИВАЕТ НАДЕЖНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ СЕЙЧАС И ЗАБОТИТСЯ О ДЕТЯХ В БУДУЩЕМ

Джес®Плюс — лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Каждая активная комбинированная таблетка содержит: дроспиренон 3 000 мкг, этинилэстрадиол 0,020 мг, кальция левомефолат 0,451 мг. Каждая вспомогательная витаминная таблетка содержит: кальция левомефолат 0,451 мг.

Показания к применению: контрацепция, предназначенная в первую очередь для женщин с симптомами гормонозависимой задержки жидкости в организме, контрацепция и лечение умеренной формы акне (acne vulgaris), контрацепция у женщин с дефицитом фолатов.

Контрацепция и лечение тяжелой формы предменструального синдрома (ПМС). Противопоказания: тромбоз (венозный и артериальный) и тромбоэмболия в настоящее время или в анамнезе (в т.ч. тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, инсульт), цереброваскулярные нарушения; состояния, предшествующие тромбозу (в том числе, транзиторные ишемические атаки, стенокардия), в настоящее время или в анамнезе; наличие множественных или выраженных факторов риска венозного или артериального тромбоза; мигрень с очаговыми неврологическими симптомами в настоящее время или в анамнезе; сахарный диабет с сосудистыми осложнениями; печеночная недостаточность и тяжелые заболевания печени (до нормализации печеночных проб); тяжелая и/или острая почечная недостаточность; опухоли печени (доброкачественные или злокачественные) в настоящее время или в анамнезе;

выявленные гормонозависимые злокачественные новообразования (в том числе половых органов или молочных желез) или подозрение на них; кровотечение из влагалища неясного генеза; беременность или подозрение на нее; период кормления грудью; повышенная чувствительность или непереносимость любого из компонентов препарата Джес®Плюс; редкая наследственная непереносимость лактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция (препарат содержит лактозу).

С осторожностью: факторы риска развития тромбоза и тромбоэмболии: курение, ожирение, дислипотеинемия, контролируемая артериальная гипертензия, мигрень без очаговой неврологической симптоматики, неосложненные пороки клапанов сердца, наследственная предрасположенность к тромбозу (тромбозы, инфаркт миокарда или нарушение мозгового кровообращения в молодом возрасте у кого-либо из ближайших родственников); другие заболевания, при которых могут отмечаться нарушения периферического кровообращения: сахарный диабет без сосудистых осложнений, системная красная волчанка, гемолитико-уремический синдром, болезнь Крона и язвенный колит, серповидно-клеточная анемия, флебит поверхностных вен; наследственный ангионевротический отек; гипертриглицеридемия; заболевания печени, не относящиеся к противопоказаниям (см. «Противопоказания»); заболевания, впервые возникшие или усугубившиеся во

время беременности или на фоне предыдущего приема половых гормонов (например, желтуха и/или зуд, связанные с холестазом, холелитиаз, отосклероз с ухудшением слуха, порфирия, герпес беременных, хорья Сидангама), послеродовой период.

Побочное действие: наиболее распространенные побочные реакции: тошнота, боль в молочных железах, нерегулярные маточные кровотечения, кровотечения из половых путей неуточненного генеза. Серьезными побочными реакциями являются артериальная и венозная тромбоэмболия.

Регистрационный номер: ЛП-001189, актуальная версия инструкции от 11.11.2011.

Производитель: Байер Шеринг Фарма АГ, Германия, произведено Шеринг ГмбХ и Ко. Продукционс КГ, Германия.

Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

 Bayer HealthCare

ЗАО «БАЙЕР»
107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2;
тел.: 8 (495) 231-12-00, факс: 8 (495) 231-12-02
www.bayerhealthcare.ru

¹Левомефолат кальция (Метафолин®) зарегистрирован и поставляется компанией Merck & Co, Швейцария.
Метафолин® — зарегистрированная торговая марка Merck KGaA, Германия

²Yonkers et al., 2005

³Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement // Ann Intern Med 2009; 150(9): 626-31

 ДЖЕС® ПЛЮС



¹ ГБУЗ «Клинический
кожно-
венерологический
диспансер»
Департамента
здравоохранения
Краснодарского края

² ГБОУ ВПО
«Кубанский
государственный
медицинский
университет»
МЗ и СР РФ

Корнеотерапия как метод коррекции эпидермальных нарушений при хронических дерматозах у детей

К.м.н. Н.Н. МУРАШКИН^{1, 2}, д.м.н. М.И. ГЛУЗМИН^{1, 2},
А.И. МАТЕРИКИН^{1, 2}, А.А. ХОТКО^{1, 2}

Приводятся современные представления о формировании барьерных свойств кожи и раскрываются патогенетические особенности их нарушения при воспалительных и десквамативных дерматозах у детей. По результатам клинического исследования эффективности монотерапии препаратом Латикорт крем 0,1% (гидрокортизона бутират) в сравнении с комбинированной терапией препаратом Латикорт крем и Клобейз крем у детей, больных atopическим дерматитом, показано, что применение комбинированной терапии быстрее уменьшает выраженность основных клинических проявлений заболевания, продлевает ремиссию и позволяет сократить длительность терапии топическим кортикостероидом.

Являясь основным органом человека, контактирующим с внешней средой, кожа осуществляет множество функций, позволяющих человеческому организму сохранять гомеостатические константы. В условиях современной экологической ситуации значительно участились случаи неблагоприятного воздействия на кожу различных аллергенов, поллютантов, а также физических и химических факторов [1]. В этой связи большую актуальность приобретает защита барьерных свойств кожи и их восстановление у пациентов, страдающих дерматозами, в осно-

ве которых лежат воспалительные и десквамативные процессы, происходящие в эпидермисе.

В первую очередь это касается детей первых лет жизни, имеющих ряд анатомо-конституциональных особенностей строения кожи, обуславливающих незрелость эпидермальных и дермальных барьерных структур. К таким особенностям относятся нежный и рыхлый эпидермис, тонкая базальная мембрана, нейтральный или слабощелочной уровень pH поверхности кожи, повышенная проницаемость эндотелия сосудов, высокая резорбционная способность жирорастворимых веществ.

Защитные свойства кожи реализуются посредством многочисленных кооперативных взаимодействий различных структур эпидермиса, дермы, клеток местного иммунологического надзора, экскреторной функцией сальных и потовых желез и т.д.

Одну из ведущих ролей среди защитных барьеров эпидермиса в настоящее время отводят роговому слою. Наружные ряды клеток, регулярно отторгаясь, очищают поверхность кожи от внешних загрязнений и микробных агентов, в средней зоне расположены плотно упакованные ряды корнеоцитов, образующие малопроницаемый слой, в нижней части располагается липидный эпидермальный барьер.

Считается, что роговой слой представляет собой не отмершие участки кожи с аморфной массой кератиновых нитей, а живую, динамичную и очень активную ткань с выраженным метаболизмом в межкератиноцитарном матриксе таких липидов, как церамиды, гликозилцерамиды, свободные сфингоидные основания, холестерин и его сульфаты, жирные кислоты, фосфолипиды и некоторые другие. Кроме того, это ткань, характеризующаяся



яся упорядоченной структурой и движением кератиноцитов [2, 3, 4]. При этом липиды рогового слоя отличаются от находящихся на поверхности кожи липидов кожного сала как своим составом, так и способностью организовывать определенные структуры, от состояния которых зависит надежность барьера [5]. Церамиды – это сфинголипиды, которые представляют собой соединения сфингоидного основания (с количеством атомов углерода от 16 до 32) и жирной кислоты (олеиновая, линолевая и др.). Двойные ковалентные связи жирных кислот прочно, подобно цементу, скрепляют липидные пласты между собой, а также с роговыми «кирпичиками» корнеоцитов. Следствием этой уникальной особенности строения рогового слоя является обеспечение одной из жизненно важных функций кожи – предотвращения трансэпидермальной потери воды.

Содержание и распределение воды в роговом слое играют важную роль в поддержании его прочности и контроле проницаемости. Для обеспечения надежности эпидермального барьера важное значение имеет и наличие на его поверхности водно-липидной мантии Маркионини, являющейся смесью кожного сала, секрета эккринных потовых желез и церамидов рогового слоя [2]. Эмульгирование кожного сала происходит благодаря гидрофильным высокомолекулярным спиртам и холестерину, входящему в его состав. При этом на поверхности кожного покрова устанавливается слабокислый уровень pH (4,5–5,5). Благодаря такому составу данная водно-липидная эмульсионная пленка выполняет ряд уникальных функций:

- поддержание нормальной эластичности кожи, препятствие ее пересушиванию;
- поддержание постоянной температуры тела (за счет изменений ее физического состава);
- нейтрализация щелочей органическими жирными кислотами,

поддержание постоянного слабокислого уровня pH;

- подавление размножения микроорганизмов благодаря свободным нижним жирным кислотам кожного сала;
- один из путей экскреции продуктов метаболизма, лекарственных и токсических веществ.

Таким образом, сложная динамическая система межклеточных взаимодействий и межкератиноцитарного обмена липидов создает стойкий, малопроницаемый эпидермальный барьер, надежно защищающий организм от воздействия факторов внешней среды, а также предотвращающий трансэпидермальные потери влаги.

Одним из частых клинических проявлений многих кожных заболеваний, в частности, ихтиоза, кератодермии, атопического дерматита, экземы, псориаза, хейлита, болезни Дарье, болезни Девержи и др., является сухость кожи.

Сухая кожа – это истонченная кожа с шелушением и/или мелкими трещинами и субъективным ощущением стягивания. Причиной сухости, как правило, являются дегидратация рогового слоя и нарушения кератинизации, свидетельствующие о снижении барьерной функции кожи. В некоторых случаях изменение проницаемости кожи является первичным патогенетическим звеном, влекущим за собой комплекс патологических изменений, в других случаях нарушение барьерной функции рогового слоя ухудшает течение уже существующих заболеваний [5]. В последнее время все большее число исследователей доказывают, что во многих случаях в развитии воспаления и гиперплазии эпидермиса существенную роль играют цитокины, вырабатываемые самими кератиноцитами при повреждении эпидермального барьера. Установлено, что сразу после повреждения рогового слоя повышается концентрация интерлейкина альфа (ИЛ-1-альфа) и фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), которые действу-

ют по сигнальному механизму – каждая сигнальная молекула способна стимулировать выработку других сигнальных молекул с различными функциями, которые, в свою очередь, побуждают клетки к секреции новых биологически активных веществ [5, 6].

При повреждении рогового слоя в эпидермисе развивается ответная реакция, направленная на восстановление его липидных структур. Если восстановление происходит недостаточно быстро, то клетки эпидермиса подвергаются массивной атаке со стороны микроорганизмов и токсинов, в процессе которой поврежденные кератиноциты начинают секретировать цитокины, запускающие воспалительную реакцию. Воспаление всегда сопровождается продукцией свободных радикалов, что приводит к дальнейшему повреждению клеток эпидермиса, которые уже не могут обеспечить полное восстановление липидного барьера, поэтому эпидермис постепенно обезвоживается. Кожа становится сухой, шелушащейся и воспаленной.

Наиболее распространенным заболеванием кожи в детской дерматологической практике является атопический дерматит (АтД) [7]. Нарушения барьерных свойств кожи при этом дерматозе связаны со сложными и многогранными процессами, протекающими в эпидермисе. Так, в роговом слое отмечается снижение уровня свободных церамидов, в частности С1-линолеата, который играет важную роль в формировании билипидного слоя и которому принадлежит особая важная роль в защитном механизме при повторном раздражении – именно с его нехваткой связывают предрасположенность кожи к экзематозным реакциям под воздействием различных ирритантов. Кроме того, отмечается повышение активности фермента сфингомиелиназы, свободных жирных кислот, сфингозинфосфатидилхолина, на которые в значительной степени влияют уро-



вень pH и осмотическое давление. Все это в значительной степени нарушает нормальную регуляцию метаболизма липидов, оказывает влияние на гидролитическую деградацию корнеодесмосом при терминальном разъединении роговых клеток и высвобождение кератиноцитами ИЛ-1-альфа, активирующего ответ эпидермиса на внешние раздражители. Помимо сказанного, имеются данные о дефиците филагрина у пациентов, страдающих АтД. Аминокислоты, высвобождающиеся в процессе деградации этого белка, в норме создают высокое осмотическое давление в клетке, создавая приток воды в корнеоциты по градиенту концентраций, делая роговые чешуйки упругими. Напротив, обезвоживание эпидермиса стимулирует выброс провоспалительных цитокинов, способствуя формированию кожных патологических реакций [3, 7].

Указанные изменения приводят к формированию атопического ксероза, нарушению барьерных функций кожи и снижению ее способности препятствовать агрессии различных микробных агентов, играющих важную роль в хронизации воспаления, носящего атопический или неатопический характер. Сегодня уже общеизвестно, что практически в 100% случаев АтД кожный покров пациентов колонизирован штаммами золотистого стафилококка, который высевается как с пораженных, так и с непораженных участков кожи. При этом клинические признаки инфекционного процесса на коже нередко отсутствуют [7, 8].

Колонизация золотистым стафилококком становится возможной вследствие наличия на клеточной стенке бактерий рецепторов адгезинов к ламелину и фибронектину эпидермиса, формирования фолликулярных структур между клетками золотистого стафилококка и корнеоцитами, что приводит к формированию бактериальной биопленки, участвующей в адгезии стафилококка [9].

Кроме стафилококка при АтД высеваются и другие микроорганизмы, наиболее часто – стрептококк. Зачастую в очагах поражения обнаруживается микст-инфекция. Нарушения барьерных свойств кожи наблюдаются и у пациентов с псориазом. Эти изменения происходят вследствие снижения концентрации свободных и связанных керамидов С3b, С5 и В соответственно. Вместе с тем отмечается снижение уровня экспрессии свободных керамидов – С2, С3а и С4; кислот – гидроксикислот, жирных кислот (олеатов и линолеатов, ковалентно связанных с корнеоцитами). Совокупность указанных трансформаций приводит к изменениям сцепления корнеоцитов и нарушениям десквамации.

Особенностью нарушения барьерных свойств кожи при ихтиозе является снижение уровней свободных керамидов С3b, С5 и уровня сфингозина на фоне повышенной концентрации свободных керамидов С2, С3а и С4. Результатом этих процессов является формирование ретенционного гиперкератоза [2].

Кроме того, нарушения эпидермального барьера у детей, страдающих воспалительными дерматозами, могут быть вызваны многочисленными внешними воздействиями, приводящими к повреждению кожного покрова, в том числе расчесами, травмами, различными аллергенами и иритантами, вторичной инфекцией, а зачастую и неправильным уходом за кожей [1]. В известной степени нарушает барьерные свойства кожи и неправильное использование больными наружных лечебных и косметических средств. В особенности это касается часто применяемых глюкокортикостероидных лекарственных препаратов, которые вызывают изменения липидного барьера кожи. Целями наружной терапии воспалительных и десквамативных дерматозов и состояний кожи у детей являются купирование воспаления и зуда путем назначения противовоспалительных средств,

а также восстановление водно-липидного слоя и барьерной функции кожи посредством использования смягчающих питательных средств. Важен также и адекватный уход за кожей после лечения, осуществляемый с использованием очищающих и увлажняющих средств, позволяющих продлить ремиссию у пациентов [10].

Для проведения рациональной наружной терапии необходимо оценивать характер и локализацию морфологических изменений кожи. Выбирать лекарственное средство следует с учетом механизмов его действия, а подбор адекватной лекарственной формы осуществлять в зависимости от активности воспалительного процесса, выраженности сухости кожи и степени нарушения ее барьерных свойств.

В качестве современных средств увлажнения кожи используют различные лечебные косметические формы. Одни из них – средства непосредственного увлажнения на основе натуральных увлажняющих компонентов (пирролидонкарболовая кислота, мочевины, производные молочной кислоты), липосом, полиолов, полисахаридов, хондроитинсульфатов, коллагена, эластина и др. Вторая косметическая форма средств, препятствующих потере воды, представляет собой средства, в состав которых входят вещества, образующие пленку на поверхности кожи, – воски, вазелин, парафин, пергидрооксиды, ланолин, многоатомные спирты, жирные кислоты, триглицериды, силиконы; либо препараты с кератолитическим действием.

Особенностью современных тенденций создания средств лечебной косметики является комбинация биосовместимых увлажнителей и пленкообразующих веществ; кроме того, в состав многих таких средств входят микроэлементы. Тем самым достигается наибольшая эффективность увлажнения и дополнительная модификация действия посредством включения тех или иных микроэлементов [11].



Тем не менее, если обратиться к динамике восстановления кожи, становится очевидно, что эффективное восстановление ее барьерной функции наблюдается лишь при использовании смеси трех ключевых липидов (церамидов, холестерина и жирных кислот), взятых в определенном, а именно в эквимолярном, соотношении [5]. Кроме того, важно помнить, что, несмотря на косметологические инновации последних лет, не все кремы, состоящие из вышеуказанных ингредиентов, могут хорошо переноситься пациентами, страдающими воспалительными и десквамативными поражениями кожи.

В этой связи особенно выделяется зарегистрированный в России Клобейз крем, производимый компанией «Ельфа А.О.» (Польша). В состав Клобейз крема входит медилан, представляющий собой высокоочищенный ланолин. Медилан является эффективным увлажняющим и смягчающим средством, поскольку обладает рядом химических и физических свойств, которые схожи со свойствами липидов рогового слоя кожи человека, и именно поэтому он может имитировать и усиливать многие функции кожных липидов человека [12].

Биоэквивалентность медилана и кожных липидов человека подразумевает как химическое подобие (сходство со структурой холестерина, ланостерина и других восковых эфиров, чистых и этерифицированных жирных кислот, углеводов), так и физическое (фазовый переход из твердого состояния в жидкое при температуре кожи человека, способность образовывать жидкокристаллические структуры, мультислойные (многослойные) везикулы и частично окклюзионные пленки).

Установлено, что благодаря своим биомиметическим свойствам медилан накапливается преимущественно в областях между корнеоцитами и проникает в межклеточные липидные бислои, а также в трехслойные структуры, образуя

наружную оболочку корнеоцитов [12]. Медилан, входящий в состав Клобейз крема, обеспечивает вторичный механизм, посредством которого в роговом слое эпидермиса может храниться влага, дополнительная к тому запасу, который имеется в липидных бислоях [13, 14].

И медилан, и все остальные компоненты Клобейз крема зарекомендовали себя как безопасные и эффективные:

- вазелин – «золотой стандарт» создания окклюзионной пленки;
- белый пчелиный воск – смесь эфиров жирных кислот и спиртов – хорошо впитывается кожей и придает ей упругость;
- пропиленгликоль – «несущий элемент» – обладает стабилизирующим и увлажняющим эффектом;
- сорбитана сесквиолеат – эмульгатор.

На базе детского отделения ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» Департамента здравоохранения Краснодарского края было проведено исследование, целью которого явилась сравнительная оценка эффективности монотерапии препаратом Латикорт крем для наружного применения 0,1% (гидрокортизона бутират) в сравнении с комбинированной терапией Латикорт кремом и Клобейз кремом у детей, больных АТД.

В открытое проспективное исследование было включено 80 детей в возрасте от 3 до 17 лет с АТД средней тяжести. Пациенты были разделены на 2 группы по 40 человек, сопоставимые по гендерному и возрастному составу, а также по антропометрическим данным пациентов и тяжести течения АТД, оцененной по индексу SCORAD. Исходные показатели индекса SCORAD в группе наблюдения колебались от 12,3 при легкой форме АТД до 78,5 при тяжелой форме заболевания. Пациенты 1-й группы наносили на пораженные участки кожи Латикорт крем 2 раза в день тонким слоем, пациенты второй группы – Латикорт крем 2 раза в день и Клобейз крем

Комбинированное использование кремов Латикорт и Клобейз приводит к более быстрому уменьшению основных проявлений АТД по сравнению с монотерапией топическими кортикостероидами.

2 раза в день; Латикорт и Клобейз наносили на кожу раздельно с интервалом между нанесениями не менее 1 часа. Длительность курса лечения в обеих группах не превышала 21 день и зависела от индивидуальной динамики регресса кожного патологического процесса.

Клиническую эффективность оценивали на основании следующих критериев: увлажненность кожи, трансэпидермальная потеря воды (ТЭПВ), жирность (сухость) кожи, уровень pH, выраженность эритемы.

Измерение биофизических параметров кожи проводилось на диагностическом комбайне Multi Skin Test Center MC 900 до, во время и после лечения.

Уже к 7-му дню лечения у детей отмечалась положительная динамика регресса кожного патологического процесса – уменьшались эритема, сухость кожи, шелушение, отчетливо наблюдалась эпителизация трещин. Субъективно дети старшей возрастной группы отмечали снижение ощущения зуда и чувства стянутости кожи. К 14–21-му дню лечения заметно уменьшалась выраженность лихенификации, значительно улучшалась текстура кожи, определяемая при пальпации. Отсутствие эффекта наблюдалось у 1 ребенка (1,25%) с тяжелой формой АТД, сочетавшейся со сложной полиорганный патологией. Достоверность уменьшения основных симптомов атопического дерматита наглядно демонстрируют показатели измерений мультитестера (рис. 1–4). В дальнейшем, к 20-му дню лечения, у большинства больных детей 2-й

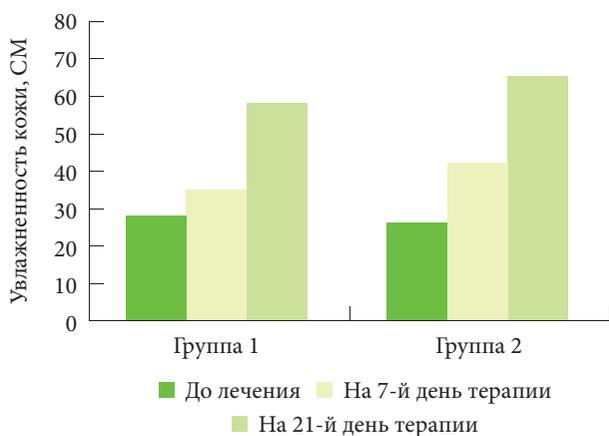


Рис. 1. Изменение показателей увлажненности кожи пациентов

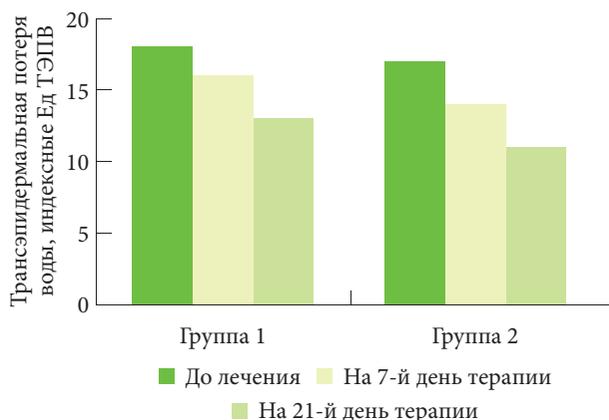


Рис. 2. Изменение показателей ТЭПВ у пациентов

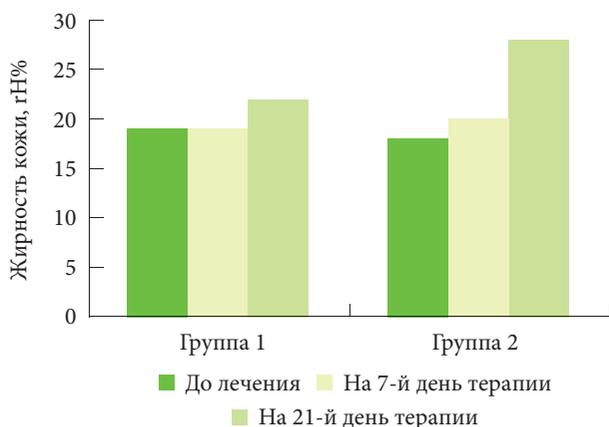


Рис. 3. Изменение показателей жирности кожи пациентов

группы было отмечено стойкое улучшение показателей и состояния кожного покрова. У больных детей 2-й группы показатели увлажненности кожи, ТЭПВ и сухости кожного покрова

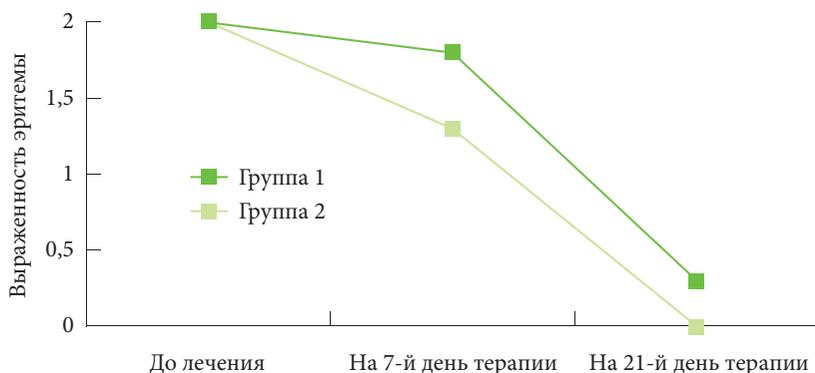


Рис. 4. Динамика эритемы кожи пациентов

нормализовывались более быстро по сравнению с больными 1-й группы. Так, увлажненность кожи к концу терапии составила 65 СМ, что является достаточным уровнем увлажненности и превышает этот показатель в 1-й группе на 10,8%. ТЭПВ к окончанию лечения в 1-й группе соответствовала коже с нарушенным трансэпидермальным барьером, а во 2-й группе – нормальной коже с несколько пониженным барьером. Приблизительно такая же картина наблюдалась при сопоставлении показателей жирности кожи: у детей 1-й группы кожа к концу лечения была более сухой, ее жирность составила 22 гН%, что на 21,4% ниже показателей, отмеченных у пациентов 1-й группы. Интенсивность эритемы во 2-й группе снижалась несколько быстрее.

Таким образом, комбинированное использование кремов Латикорт и Клобейз приводит к более быстрому уменьшению основных проявлений АтД по сравнению с монотерапией топическими кортикостероидами. В результате наблюдения за пациентами обеих групп было установлено, что средняя длительность использования препарата Латикорт крем в 1-й группе составила $14,2 \pm 1,3$ дня, а во 2-й – $7,3 \pm 0,8$ дня.

Таким образом, включение Клобейз крема в комбинированную терапию обострения АтД позволило уменьшить длительность использования топического глюкокортикостероида.

В сравнении с группой, получавшей монотерапию Латикорт кремом, наступление ремиссии у пациентов группы, использовавшей комбинированное наружное лечение с дополнительным применением Клобейз крема, ускорялось в 2,35 раза. Пациентам с проявлениями атопического хейлита Клобейз крем назначался на зоны поражения 3–5 раз в день. Это позволило уже в течение первой недели наблюдения добиться значительной положительной динамики в большинстве случаев. Значительно уменьшались отечность, шелушение, сухость кожи, морщиноподобная складчатость в углах рта, активно эпителизировались трещины, заметно ослабевали ощущения жжения и зуда. Клобейз крем использовался в качестве средства наружной терапии у пациентов с ламеллярным, вульгарным и X-сцепленным ихтиозом, а также ихтиозиформной эритродермией Брока. Явления крупнопластинчатого шелушения у больных значительно уменьшались через 1,5–2 недели его применения.

Каких-либо нежелательных и побочных реакций при использовании данных наружных средств не отмечалось ни у одного пациента. Адекватное использование местного лечения с применением современных дерматологических технологий безопасно, обеспечивает стойкую ремиссию заболеваний, предупреждает их рецидивирование и значительно улучшает качество жизни маленьких пациентов и членов их семей. ●

Литература
→ С. 61



9–10
ноября
2012

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ



*Ассоциация детских аллергологов
и иммунологов России приглашает:*

- педиатров и аллергологов-иммунологов,
- детских дерматологов,
- детских пульмонологов,
- детских отоларингологов,
- а также всех специалистов, работающих в смежных областях

принять участие в работе IV Всероссийской Конференции «Аллергология и иммунология для практической педиатрии»

Российская академия государственной службы при Президенте РФ, 2 учебный корпус.
По вопросам участия в программе и выставке конференции обращаться
в Оргкомитет: тел.: (495) 518-31-09
Информация о конгрессе в интернете: на сайте www.adair.ru
Электронная почта: adair@adair.ru



Клиника
дерматовенерологии
и дерматоонкологии
ГБУЗ МО
«МОНИКИ им.
М.Ф. Владимирского»

Наружные средства серии Сенсобио в комплексном лечении розацеа и себорейного дерматита

К.м.н. Е.И. ТРЕТЬЯКОВА

Благодаря включению средств лечебной косметики серии Сенсобио в состав комплексной терапии 28 пациентов с розацеа и себорейным дерматитом клиническое излечение было достигнуто у 12 пациентов, значительное улучшение – у 16. Наилучшие результаты были достигнуты при лечении больных себорейным дерматитом. Установлено, что очищающий раствор Сенсобио H₂O, крем Сенсобио Форте и очищающий гель Сенсобио DS+ характеризуются хорошей переносимостью и не вызывают нежелательных побочных явлений.

Лечение розацеа и себорейного дерматита – актуальная задача современной дерматологии. В настоящее время ведется непрерывный поиск средств и методов, обладающих как высокой терапевтической эффективностью, так и малым спектром побочных эффектов и хорошей переносимостью при длительном приеме. Включение комплекса средств лечебной косметики в терапевтическую программу по ведению

пациента с розацеа и себорейным дерматитом крайне важно, поскольку позволяет сократить сроки медикаментозной терапии, снизить дозировку препарата, а также закрепить положительный результат лечения и существенно продлить ремиссию.

Розацеа и себорейный дерматит – хронические рецидивирующие дерматозы системного характера, при которых в зависимости от выраженности общих нарушений меняется и интенсивность мест-

ных воспалительных проявлений, главными из которых являются стойкая эритема и повышенная чувствительность кожи. Это мультифакторные заболевания, вызываемые экзогенными и эндогенными триггерами, в число которых входят заболевания пищеварительного тракта, эндокринные и гормональные нарушения, инфекционные заболевания, ангионевротические расстройства, инсоляция, перегревание и тепловые процедуры, длительное использование мазей, в состав которых входят глюкокортикостероиды, наличие гиперчувствительности к различным раздражителям (косметические средства) и т.д. [1, 2].

В общей структуре дерматологических заболеваний розацеа составляет около 5%, себорейный дерматит – 1–3% [2].

Розацеа – хроническое рецидивирующее заболевание кожи лица, встречающееся преимущественно у женщин. Заболевание дебютиру-



ет обычно в течение третьего-четвертого десятилетия жизни больного и достигает расцвета между 40–50 годами. Розацеа встречается у всех рас, но преимущественно у светлокожих пациентов [3] и, как правило, имеет четкое стадийное течение. В настоящее время принято придерживаться развернутой классификации, совместно разработанной немецкими дерматологами G. Plewig и Th. Jansen и американским дерматологом A.M. Kligman. К классическим проявлениям розацеа относят: эпизодические приливы (розацеа-диатез), стадию 1 – эритематозно-телеангиэктатическую, стадию 2 – папуло-пустулезную, стадию 3 – пустулезно-узловатую; к особым формам розацеа – стероидную, гранулематозную, конглобатную, фульминантную, грамнегативную, болезнь Морбигана, офтальморозацеа, ринофиму и аналогичные формы заболевания других локализаций (гнатофима, метафима, отофима, блефарофима) [3]. Таким образом, помимо классических форм розацеа современные дерматологи также выделяют обособленные и атипичные варианты заболевания [4].

Начинается розацеа с периодически возникающих приливных эритем, провоцируемых метеорологическими, алиментарными факторами и стрессами. Эритема держится от нескольких минут до нескольких часов, затем бесследно исчезает. Такие достаточно частые рецидивы сменяются ремиссиями, процесс может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет. Далее на коже щек, носа, лба, подбородка появляется застойная эритема, отек, умеренная инфильтрация, затем формируются множественные телеангиэктазии, шелушение кожи – наступает эритематозно-телеангиэктатическая стадия заболевания. При прогрессировании процесса на фоне эритемы появляются изолированные или сгруппированные длительно персистирующие папулы и гнойные пустулы, больных беспокоят зуд,

жар и жжение – болезнь переходит в папулезную и пустулезную стадии. При остром течении заболевания развиваются выраженный отек и гиперемия, особенно выраженные в периорбитальной области. В запущенных случаях заболевания на коже образуются глубокие воспалительные узлы и инфильтраты – это инфильтративно-продуктивная стадия и ринофима [3, 5]. Опухолевидные разрастания формируются за счет прогрессирующей гиперплазии салльных желез и соединительной ткани. У каждого третьего пациента розацеа протекает с поражением глаз в виде блефарита, конъюнктивита – развивается офтальморозацеа [6].

Течение заболевания усугубляется наличием клеща угревой железницы (*Demodex folliculorum*), который при розацеа обнаруживается чаще, чем у здоровых людей. Он является переносчиком микробов и вирусов в более глубокие слои салльных желез и волосяных фолликулов, усиливает пустулизацию в очагах воспаления [7, 8]. Кроме того, на течение заболевания влияют физические воздействия окружающей среды – низкие и высокие температуры и повышенная влажность.

Себорейный дерматит – хронический эритематозно-сквамозный дерматоз, локализирующийся на себорейных областях и протекающий с частыми рецидивами. Пик заболеваемости приходится на 20–40 лет, чаще болеют мужчины [3]. При поражении кожи лица сыпь располагается в области бровей, переносицы, нососщечных и носогубных складок, бороды и усов, высыпания часто сочетаются с поражением волосистой части головы. Очаги поражения представляют собой эритематозно-сквамозные элементы или бляшки, образованные в результате слияния милиарных папул желтовато-розового цвета, покрытых жирными чешуйками. За счет периферического роста и слияния друг с другом бляшки могут приобретать кольцевидные, гирляндобразные очерта-

Средства серии Сенсобио производства лаборатории «Биодерма», Франция, являются эффективными наружными препаратами и предназначены для лечения и ежедневного ухода за чувствительной кожей при розацеа, периоральном и себорейном дерматите.

ния. Нередко заболевание представлено наслоением жирных чешуек на эритематозном фоне [5]. Под действием психоэмоциональных и физических нагрузок, а иногда и без видимых причин интенсивность окраски пораженной кожи может меняться. При себорейном дерматите в патологический процесс могут вовлекаться веки (краевой блефарит) и красная кайма губ (экسفоллятивный хейлит) [2].

В механизмах развития себорейного дерматита большую роль играют следующие факторы: нарушение секреторной функции салльных желез, изменение химического состава кожного сала, усиленная пролиферация грибков рода *Malassezia*, а также иммунные и эндокринные нарушения (дисфункция желез внутренней секреции – гипофиза, щитовидной и половых желез, коры надпочечников), органические и функциональные поражения нервной системы (особенно ее вегетативного отдела), нарушение процессов пищеварения. Ведущая роль того или иного фактора проявляется в каждом конкретном случае по-разному [8, 9].

Несмотря на существенные различия в клинической картине, у розацеа и себорейного дерматита имеется ряд общих патогенетических нарушений. Прежде всего, это наличие воспалительных изменений кожи, сопровождающихся более или менее выраженным нарушением микроциркуляции крови и соединительнотканного каркаса дермы,



В результате проведенной терапии с применением средств серии Сенсибио клиническое излечение наступило у 6 (28,7%) больных розацеа и у 6 (89%) больных себорейным дерматитом; у 15 (71,3%) больных розацеа установлено значительное улучшение.

что приводит сначала к транзиторной, а затем к стойкой дилатации сосудов; дисбаланс клеточного и гуморального иммунитета, в том числе снижение активности по отношению к бактериальным аллергенам; снижение барьерно-защитной функции кожи; присутствие фоновых заболеваний со стороны различных органов и систем, а также нарушения обмена веществ, вегетативного и психологического статуса пациента [1]. Косметический дефект или длительно существующий зуд формируют в общей клинической картине этих дерматозов выраженные психические расстройства, заметно снижающие качество жизни и дезадаптирующие пациента в социальном и профессиональном плане. В жалобах больных часто на первый план выдвигаются не конкретные проблемы с кожей, а те психосоциальные переживания, которые доставляют массу неудобств. Чувство собственной неполноценности, гиперболизированное вниманием окружающих создает и углубляет депрессивную симптоматику у таких пациентов, толкая их на путь социальной изоляции.

Поскольку розацеа и себорейный дерматит представляют собой заболевания, вызванные как внешними, так и внутренними причинами, то и лечение этих дерматозов должно быть комплексным. Наряду с медикаментозной терапией, предусматривающей применение антигистаминных, десенсибилизирующих, седативных средств, витаминов группы В,

а также С, Е, А, ароматических ретиноидов, противомикробных и антигрибковых препаратов и т.д., важное место занимают общеукрепляющие рекомендации, включающие достаточный сон, прогулки, рациональные занятия спортом и диету с преобладанием молочно-растительной пищи, ограничивающую потребление углеводов, животных жиров, экстрактивных веществ.

Добившись регресса основных проявлений заболевания, по окончании основного курса медикаментозной терапии бывает достаточно сложно поддерживать процесс в состоянии длительной ремиссии. Для успешного достижения этой цели большое значение имеет правильный ежедневный уход с использованием смягчающих, увлажняющих и антисептических препаратов. Существует целый ряд специальных наружных средств, помогающих улучшить внешний вид кожи при розацеа и себорейном дерматите.

Средства серии Сенсибио производства лаборатории «Биодерма», Франция, являются эффективными наружными препаратами и предназначены для лечения и ежедневного ухода за чувствительной кожей при локальных и распространенных формах розацеа и периорального дерматита, себорейном дерматите и после косметических манипуляций. Они могут применяться как монотерапия для лечения легких степеней поражения кожи и в комплексе с медикаментозным лечением при более тяжелых проявлениях этих дерматозов [7]. Достоинствами средств серии Сенсибио при местном применении являются нетоксичность, хорошая переносимость пациентами, малая вероятность взаимодействия с другими препаратами и отсутствие случаев передозировки. Средства отвечают и косметическим требованиям: не имеют запаха, легко впитываются кожей, не оставляют жирного блеска, не пачкают одежду, могут наноситься под макияж.

В состав крема Сенсибио Форте входят активные противовоспалительные компоненты рамноза (экстракт крушины) и глициретиновая кислота (экстракт солодки), снижающие секрецию интерлейкина-8 и блокирующие разрушение 17-гидрокси-кортикостероидов; уменьшающий ощущения жара и жжения эноксолон; а также возвращающие коже комфорт, смягчающие и увлажняющие ее пирролидон карбоксилат натрия, аллантоин и витамин Е.

Раствор Сенсибио Н₂О для мягкого очищения лица и контура век содержит мицеллы эфиров жирных кислот, что способствует идеальному очищению кожи, поддерживает ее баланс, освежает и тонизирует, а входящий в его состав экстракт огурца оказывает успокаивающее и противовоспалительное действие. Спирт и ароматизаторы в составе раствора отсутствуют. Жидкость необходимо наносить легкими движениями, по возможности сильно не растягивая, не растягивая кожу.

Очищающий гель Сенсибио DS+ содержит в своем составе запатентованный комплекс DSактив®, ундецилиловый спирт и дециленгликоль, способствующие удалению чешуек и подавлению размножения грибков рода *Malassezia*; оказывающие противосеборейное действие запатентованный комплекс Толеридин, цинк, витамин В₆ и азелаиновую кислоту; а также подавляющие воспаление и уменьшающие покраснение кожи глициретиновую кислоту и экстракт ламинарии. Гель Сенсибио DS+, устраняя причины возникновения себорейного дерматита, уменьшает выраженность его симптомов и оказывает противорецидивное действие [8].

Мы использовали препараты серии Сенсибио в составе комплексной терапии 28 больных (15 – в стационаре, 13 – амбулаторно) – 8 мужчин и 20 женщин в возрасте от 18 до 46 лет. Из них у 21 пациента (3 мужчин, 18 женщин) была розацеа, у 7 (4 мужчин,



3 женщины) – себорейный дерматит. Длительность заболевания составила от 1 месяца до 5 лет.

Из числа больных с розацеа эритематозно-телеангиэктатическая стадия была у 10, папулезная – у 7, пустулезная – у 4 пациентов. 18 (85,7%) больных предъявляли жалобы на жжение, ощущения жара и стянутости кожи, у 3 пациентов (14,3%) субъективные ощущения отсутствовали. У 14 (66,7%) пациентов ухудшение со стороны кожного процесса наступило на фоне инсоляции и тепловых процедур.

9 больных с эритематозно-телеангиэктатической и папулезной стадиями розацеа ранее лечения по поводу данного заболевания не получали. 12 пациентов с разными стадиями розацеа получали предшествующую медикаментозную терапию, в том числе местно применяли фторированные глюкокортикостероиды.

Клещ угревой железницы (*Demodex folliculorum*) был нами обнаружен при микроскопии соскоба с кожи лица у 16 (76,2%) больных розацеа, с ресниц – у 8 (38%).

Для выявления и лечения очагов хронической инфекции и сопутствующих заболеваний пациенты были проконсультированы у смежных специалистов: гастроэнтеролога, эндокринолога, гинеколога, терапевта, психоневролога. Те или иные заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, ассоциированный с хеликобактерной инфекцией; хронический панкреатит; дисбактериоз кишечника) были выявлены у всех (100%) больных. Очаги хронической инфекции верхних дыхательных путей (хронический бронхит, хронический тонзиллит) выявлены у 3 (14,3%) пациентов, мочевыводящих путей (хронический цистит, рецидивирующий генитальный герпес) – у 2 (9%), эндокринные и гормональные нарушения (узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, нарушение толерантности к глюкозе) – у 10 (47,6%), гинекологические заболевания/нару-

шения (дисменорея, миома матки) – у 6 (28,7%), функциональные расстройства нервной системы (невротические и психогенные реакции) – у 14 (66,7%) больных. Принимая во внимание то, что в основе патогенеза розацеа лежит ангионевроз с изменением тонуса сосудов кожи под действием различных экзогенных и эндогенных причин, мы рекомендовали больным по возможности исключить провоцирующие заболевание факторы – перегревание и переохлаждение, инсоляцию, стресс, потребление алкоголя и кофе, а также ограничить прием в пищу углеводов, животных жиров, экстрактивных веществ. Все пациенты в составе комплексной терапии получали седативные препараты.

Выбор терапии розацеа определялся стадией и формой заболе-

вания, а также выявленными сопутствующими заболеваниями. При обнаружении хеликобактерной инфекции больным назначали комплексную эрадикационную терапию (амоксциллин, кларитромицин, омепразол). При сопутствующем демодекозе в течение 7–14 дней проводилось лечение 10–20% эмульсией или мазью бензилбензоата, на веки по линии роста ресниц пациенты наносили 1 раз в сутки мазь Демалан.

Основной акцент в лечении эритематозно-телеангиэктатической стадии розацеа нами делался на местном лечении. При этом внутрь больные принимали метронидазол по 0,5–1,0 г в сутки в течение 4–6 недель, Аскорутин, препараты кальция. Как средство для умывания и для снятия макияжа с кожи лица и глаз мы

Сенсибио Форте

Снижает гиперреактивность воспаленной кожи, успокаивает ее, возвращая чувство комфорта. Обладает интенсивным увлажняющим действием. Восстанавливает защитные функции кожи. Не содержит ароматизаторов. Может применяться у мужчин, женщин и детей для ухода за чувствительной, раздраженной кожей, в том числе при раздражении после эпиляции, бритья, пилинга, лазерного воздействия (лечения).

Сенсибио H₂O

Качественно и быстро очищает кожу лица и контур глаз путем микроэмульгирования загрязнений и макияжа, сохраняя при этом гидролипидный баланс рогового слоя кожи. Успокаивает и увлажняет кожу. Не содержит щелочи, спирта, феноксиэтанола и ароматизаторов; рН-нейтральный. Предназначен для очищения хрупкой, тонкой, чувствительной кожи, склонной к появлению покраснений.

Сенсибио DS +

Предназначен для специфического ухода за чувствительной кожей, имеющей раздражения, покраснения и шелушение, преимущественно в себорейных зонах: крылья носа, брови, лоб, подбородок. Содержит запатентованный комплекс DSактив®, который оказывает 2 основных действия: ограничивает размножение микрофлоры (грибков рода *Malassezia*) и предупреждает рецидивы за счет уменьшения секреции кожного сала – источника размножения *Malassezia*. Отличается превосходной переносимостью и некомедогенностью. Легкая и нежирная текстура обеспечивает коже идеальный комфорт.



назначали пациентам раствор Сенсобио H₂O, обладающий хорошими очищающими и успокаивающими свойствами. Холодные примочки с 1–2%-ным раствором резорцина больные чередовали с нанесением крема Сенсобио Форте 2 раза в день утром и вечером в течение 5–10 дней. После купирования остроты процесса в качестве поддерживающей терапии мы рекомендовали больным продолжить применение раствора Сенсобио H₂O и крема Сенсобио Форте утром и вечером в течение 1–6 месяцев.

Больным с папулезной и пустулезной стадией розацеа в составе общей терапии мы назначали препараты метронидазола по 1,0 г в сутки в течение 6–8 недель, сосудистые средства, витамины С и Р (рутин), препараты кальция и цинка, а также препараты Беллатаминал, Атаракс. Для мягкого очищения раздраженной кожи лица и глаз больные использовали раствор Сенсобио H₂O. Для купирования жжения и уменьшения отека назначались примочки с 1–2%-ным раствором резорцина, с настоем чая, ромашки, череды 3–4 раза в сутки. Крем Сенсобио Форте как основное наружное средство для возвращения комфорта и снятия воспаления больные розацеа наносили на очищенную кожу 2 раза в день утром и вечером. За счет выраженного противовоспалительного эффекта крема Сенсобио Форте, сопоставимого с действием глюкокортикостероидов, уже в первые дни применения пациенты отмечали исчезновение чувства жжения, жара и стянутости кожи; интенсивность гиперемии, отек, количество папулезных и пустулезных элементов заметно уменьшились. После купирования остроты процесса в качестве поддерживающей терапии мы рекомендовали пациентам продолжить применение раствора Сенсобио H₂O и крема Сенсобио Форте в течение 1–6 месяцев.

В результате проведенной терапии у 6 (28,7%) больных розацеа наступило клиническое излече-

ние, у 15 (71,3%) – значительное улучшение; интенсивность зуда, жжения, эритемы, количество папулезных и пустулезных элементов значительно уменьшились.

У 7 наблюдаемых нами больных с себорейным дерматитом распространенная сыпь локализовалась на лице (скулы, крылья носа, подбородок, область бровей, лоб), в области грудины, на волосистой части головы и сопровождалась незначительным зудом. Элементы на коже были представлены розовыми пятнами с нечеткими границами, поверхность которых была покрыта легко отделяющимися жирными чешуйками.

Все пациенты ранее получали медикаментозную терапию, в том числе некоторые из них местно применяли фторированные глюкокортикостероиды.

Различные заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, хронический панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей, дисбактериоз кишечника) были выявлены у 6 (89%) больных. Эндокринные и гормональные нарушения (заболевания щитовидной железы, нарушение толерантности к глюкозе) имели место у 3 (42,8%), гинекологические нарушения (дисменорея) – у 2 (28,9%), функциональные расстройства нервной системы (невротические реакции) – у 4 (57%) пациентов.

Поскольку болезнь имела хроническое течение и обострения были связаны со стрессом, употреблением в пищу острых и жирных продуктов, сладостей, алкоголя, а также нерациональным применением косметических средств, всем пациентам нами были рекомендованы гипоаллергенная диета, рациональный режим труда и отдыха.

В комплексной терапии себорейного дерматита мы назначали пациентам препараты серы, кальция, витамины А, Е, В, антигистаминные средства, седативные препараты, такие как Беллатаминал. Для очищения кожи, удаления чешуек и уменьшения явлений воспаления больные применяли местно 2 раза в сутки

утром и вечером пенящийся гель Сенсобио DS+, активные вещества которого подавляли размножение грибков рода *Malassezia*. Пациентам со стойкой эритемой, развившейся на фоне применения мазей, содержащих фторированные глюкокортикостероиды, сначала мы назначали противовоспалительный успокаивающий крем Сенсобио Форте 2 раза в сутки сроком на 10–15 дней вплоть до устранения симптомов отека и раздражения. После купирования остроты процесса и отмены медикаментозной терапии в качестве поддерживающей терапии мы рекомендовали продолжить применение очищающего лечебного геля Сенсобио DS+ дважды в день в течение 1–2 месяцев.

В результате проведенной терапии у 6 (89%) больных себорейным дерматитом наступило клиническое излечение, а у 1 пациента – значительное улучшение, интенсивность эритемы и шелушения значительно уменьшилась.

Лечение средствами серии Сенсобио у больных розацеа и себорейным дерматитом длилось в среднем от одного до трех месяцев. Клиническое излечение было достигнуто у 12 больных, значительное улучшение – у 16. Наилучшие результаты мы получили в лечении пациентов с себорейным дерматитом. Случаев возникновения непереносимости или нежелательных побочных эффектов от применения очищающего раствора Сенсобио H₂O, крема Сенсобио Форте и очищающего геля Сенсобио DS+ у больных мы не наблюдали.

Таким образом, препараты серии Сенсобио являются эффективными наружными средствами, которые могут использоваться как в качестве монотерапии, так и в комплексе с другими препаратами для лечения острых воспалительных явлений при выраженной эритеме в случае локальных и распространенных форм розацеа и себорейного дерматита, а также для ежедневного ухода за кожей пациентов. ●

BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



Реклама. Товар сертифицирован

Идеальная вода для очищения чувствительной кожи

СПРАШИВАЙТЕ В АПТЕКАХ

Дистрибьютор: ООО "Асэнтус". г. Москва, Электродная ул. 13, Тел 8 (495) 644-46-13



¹ ФГБОУ ДПО «ИПК
ФМБА России»

² ГБУЗ «МНПЦДК
ДЗМ», филиал
«Пресненский»

³ ГБУЗ «МНПЦДК
ДЗМ», филиал
«Зеленоградский»

Использование препарата изотретиноина (Акнекутан®), созданного на базе технологии Lidose®, в терапии торпидно протекающих форм розацеа и схемы его дозирования

Н.С. СИРМАЙС^{1,2}, М.В. УСТИНОВ^{1,3}

В результате проведенного исследования установлена эффективность применения Акнекутана – препарата изотретиноина, созданного на базе технологии Lidose®, – у пациентов с тяжелыми, постоянно рецидивирующими и длительными торпидными формами розацеа. Наилучший результат наблюдается при применении Акнекутана в дозе 16 мг ежедневно до достижения стойкой клинической ремиссии, с последующим переходом на прием по 8 мг в сутки или по 16 мг один раз в двое суток в течение месяца. Улучшение клинической картины наступает уже через 1 месяц после начала терапии, лечение в течение 3–3,5 месяцев приводит к наступлению клинической ремиссии, сохраняющейся в течение 7 месяцев наблюдения после проведенного лечения.*

Введение

Розацеа относится к распространенным дерматологическим заболеваниям, в некоторых случаях протекающим тяжело. Для розацеа характерно преимущественное поражение кожи лица, вызванное экзогенными и эндогенными провоцирующими факторами, в том числе нарушениями кровоснабжения кожи и расстройствами со стороны нервной системы, повы-

шенной активностью клеща рода *Demodex* и бактериальной флоры, нарушением функций пищеварительного тракта, гормональными и эндокринными нарушениями, инсоляцией и т.д. [1–14]. Заболеваемость розацеа составляет от 3 до 10% от общего количества дерматозов и стоит на 7-м месте по частоте среди кожной патологии. По некоторым данным, розацеа страдают от 10 до 20% людей в воз-

расте от 30 до 60 лет преимущественно со светлой кожей кельтского происхождения [15, 16]. Многие авторы отмечают, что у женщин розацеа возникает в 2–4 раза чаще, чем у мужчин, другие связывают это с тем, что мужчины реже обращаются за медицинской помощью. Розацеа у мужчин протекает более реактивно, приводя к запуску пролиферативных процессов, обуславливающих формирование фим [17, 18].

Одна из основных проблем, с которыми сталкиваются дерматологи при лечении пациентов с розацеа, заключена в том, что даже адекватное применение лекарственных препаратов не всегда обеспечивает желаемый эффект, тогда как нерациональная и недостаточная терапия и вовсе приводит к хронизации заболевания и психосоциальной дезадаптации больных. Одним из методов преодоления такой терапевтической резистентности является, по мнению некоторых ученых [19–22], использование малых доз изотретиноина, однако в этом случае от-

* В Бельгии препарат зарегистрирован под торговым названием Isosupra Lidose и производится компанией Laboratoires SMB S.A.



существуют четкие рекомендации относительно режимов дозирования и суммарной дозы препарата. Появление на рынке инновационной формы изотретиноина, созданной на базе технологии Lidose® (Акнекутан, АО «Ядран»), предоставило дерматологам возможности для более широкого внедрения этого метода лечения торпидных форм розацеа в повседневной практике и послужило поводом для нашего исследования. Целью исследования было изучение особенностей фармакокоррекции длительно существующих и торпидных к лечению форм розацеа препаратом Акнекутан и режимов его дозирования.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 56 пациентов (33 женщины и 23 мужчины) в возрасте от 25 до 63 лет, из них 49 с диагнозом «папуло-пустулезная форма розацеа» и 7 – со стероидной розацеа. Длительность заболевания варьировала от 2,5 до 11 лет, более чем у половины обследуемых (63,5%) она составляла от 6 до 10 лет. Предшествующее неоднократное лечение, даже с использованием полноценных комплексных схем лечения, с включением длительных курсов антибиотиков, сосудистых препаратов, антигистаминных средств, а также десенсибилизирующих средств и витаминов, не привело к положительной динамике процесса. На первичном приеме всеми пациентами заполнялись индивидуальные опросники и проводилась беседа для определения возможных триггерных факторов, в ходе которых было выявлено, что наиболее частые обострения заболевания наблюдаются у лиц с эмоциональной неустойчивостью, подверженных постоянным стрессам, инсоляции, а также проводящих более 6 часов в день за компьютером. Связь обострений с изменением температуры окружающей среды и алиментарными факторами была отмечена всего у 15% наблюдаемых, а 21% на-

блюдаемых не могли определить причину обострения. Оценку дерматологического статуса помимо традиционного клинического обследования проводили с использованием шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР) [23] до лечения, а также в конце каждой 4-й недели терапии. Оценка включала выраженность эритемы, количество папул и пустул, наличие телеангиэктазий, сухости кожи, ощущений жжения и покалывания, отека лица, а также выраженность симптомов офтальморозацеа. У пациентов со средней степенью тяжести заболевания оценка по ШДОР в среднем составляла 13 баллов, при тяжелой степени – 18 баллов.

Для оценки влияния кожного заболевания на качество жизни пациентов использовали шкалу дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), включающую 6 основных параметров: симптомы и самочувствие [1, 2], ежедневная активность [3, 4], досуг [5, 6], работа и учеба [7], личные отношения [8, 9], лечение [10]. Максимальная сумма показателей по ДИКЖ составляет 30 баллов (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов). Проведенное исследование показало, что средняя тяжесть поражения у женщин, больных розацеа, на момент первичного осмотра составляла в среднем 15 баллов, в группе мужчин – 17 баллов, при этом различие между группами пациентов с тяжелой и средней степенью тяжести заболевания не было существенным.

Все женщины детородного возраста прошли обследование на беременность до начала лечения, а также подписали информированное согласие, в котором настоятельно рекомендовано предохраняться от беременности в ходе всего лечения и в течение 5 недель после его окончания.

Больным проводились соскоб с кожи лица для идентификации клеща *Demodex folliculorum/brevis*, общий и биохимический анализы крови в динамике (определение уровней общего билирубина

Одним из методов преодоления терапевтической резистентности при розацеа является использование малых доз изотретиноина. Появление на рынке инновационной формы изотретиноина, созданной на базе технологии Lidose®, предоставило дерматологам возможности для более широкого внедрения этого метода лечения торпидных форм розацеа.

и его фракций, триглицеридов, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, холестерина, щелочной фосфатазы, креатинина, глюкозы), пациенты получили консультации специалистов смежных специальностей (гастроэнтеролог, эндокринолог, гинеколог, офтальмолог). Сопутствующие заболевания: хронический гастрит – 1, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки вне обострения – 1, хронический панкреатит вне обострения – 1, хронический холецистит вне обострения – 1, гипертоническая болезнь I–II степени – 4, СД – 1. У 83% были выявлены те или иные глазные проявления.

Пациенты были разделены на 3 группы, первая и вторая – по 19 человек, в третью вошло 18 человек. Получаемая пациентами доза изотретиноина в первой группе составляла 16 мг в сутки, во второй группе – 8 мг в сутки, в третьей – 16 мг один раз в два дня. Дозировка Акнекутана на протяжении всего лечения не снижалась в связи с купированием всех возникающих побочных эффектов наружными средствами. Длительность приема препарата составила от 16 до 20 недель. Дополнительно больным назначались Афобазол по 10–20 мг 3 раза в день в течение первых 42 дней лечения, что позволяло снизить влияние состояния нервной системы на течение ро-



При дозе Акнекутана 16 мг в сутки улучшение клинической картины у пациентов наступало обычно уже через 1 месяц после начала терапии, а курс лечения продолжительностью 3–3,5 месяца приводил к наступлению клинической ремиссии, сохранявшейся длительное время после лечения.

зацеа. Для очищения кожи пациентов применялись специальные средства для умывания Сетафил и Физиогель или мицеллярный раствор Сенсибио H₂O. Для лечения применялись крем Розамет, содержащий 1% метронидазола, и гель Демотен, в качестве средств поддерживающей лечебной косметики – крем Сенсибио AR, а в летнее время – крем Фотодерм AR SPF 50+ (производитель – компания «Биодерма»). При развитии конъюнктивита пациентам назначались глазные капли Искусственная слеза или Альбucid, одновременно применялись Блефарошампунь для гигиены век и Блефарогель 1 и 2 – для массажа век.

Результаты и их обсуждение

Срок наблюдения составлял 18 месяцев, из которых 3–6 месяцев (в зависимости от группы больных) отводилось на лечение. В первой группе отмечалось более быстрое нарастание эффекта терапии, лечение в течение 3–3,5 месяцев приводило к наступлению клинической ремиссии, сохранявшейся длительное время после лечения. В первой группе оценка по ШДОР после 1 месяца терапии снизилась до 9 у пациентов со средней степенью тяжести розацеа и до 12 при тяжелой степени заболевания, к концу курса терапии показатели ШДОР достигали 1 у всех пациентов. Оценка по ДИКЖ к концу 5-го месяца лечения в первой группе достигала 2 баллов по всем подгруппам и у мужчин, и у женщин. Во второй и третьей группах

больных клинический эффект в первые месяцы лечения был менее выраженным, и в итоге этим пациентам потребовалось более длительное лечение, продолжительность которого составила 4–5 месяцев, однако при этом больные субъективно не отмечали побочных эффектов терапии. Показатели эффективности терапии во второй и третьей группах были соизмеримы, к концу первого месяца лечения оценка по ШДОР у больных со средней степенью тяжести розацеа составила 11 баллов, а у пациентов с тяжелой степенью – 15 баллов, к концу пятого месяца лечения оценка по ШДОР достигла 2 у всех пациентов. Оценка по ДИКЖ к концу 5-го месяца лечения достигала 3 баллов по всем подгруппам как у мужчин, так и у женщин. Объективные побочные явления у пациентов различных групп были равнозначны, отмечались следующие признаки: невыраженная сухость кожи – у 20 больных (46%), хейлит – у 2 (4,4%). По результатам анкетирования пациентов можно предположить, что все побочные эффекты были связаны с индивидуальными особенностями кожи и другими факторами, не связанными с приемом препарата Акнекутан. У 2 пациентов (4,4%) во время лечения отмечались динамические изменения ряда биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ), в целом по группе они были статистически недостоверны и при контрольном исследовании находились в пределах нормы. Следует отметить, что улучшение клинической картины у пациентов первой группы наступало обычно уже через 1 месяц после начала терапии, и с каждым месяцем оно становилось более выраженным, продолжаясь и после отмены препарата. Во второй и третьей группах улучшение отмечалось, как правило, к концу второго месяца лечения – началу третьего, хороший клинический результат наблюдали в среднем после 5 месяцев лечения. Рецидива заболевания в течение 7 месяцев наблюдения после про-

веденного курса терапии не наблюдалось ни в одной из групп. Для профилактики заболевания пациентам было рекомендовано использовать специальные очищающие средства, а также средства ухода за кожей, например, крем Сенсибио AR или гель Демотен.

Заключение

В проведенном исследовании было установлено, что препарат изотретиноина, созданный на базе технологии Lidose® (Акнекутан производства компании «Ядран»), является эффективным средством терапии длительных и торпидно протекающих форм розацеа. Наилучший результат наблюдается при применении Акнекутана в дозе 16 мг ежедневно до достижения стойкой клинической ремиссии, с последующим переходом на прием по 8 мг в сутки или по 16 мг один раз в двое суток в течение месяца (1-я группа пациентов). В данной группе в ответ на лечение наблюдалась выраженная положительная динамика клинического процесса, при этом оценки по ДИКЖ и ШДОР в первой группе были ниже как во время лечения, так и после окончания терапии, по сравнению с таковыми во второй и третьей группах. Кроме того, исследование показало, что применяемый в первый месяц анксиолитик небензодиазепинового ряда положительно влиял как на общий эмоциональный фон пациентов, так и на показатели ДИКЖ, особенно в первые недели лечения, пока эффект от изотретиноина был не столь очевиден. Рецидивы заболевания в последующие месяцы наблюдения не отмечались ни в одной из групп пациентов, таким образом, в выборе режима дозирования врач может опираться на собственные предпочтения с учетом переносимости этих доз препарата пациентами, а также на свой опыт. Исходя из этих данных, препарат Акнекутан может быть рекомендован пациентам с тяжелыми, постоянно рецидивирующими и длительными торпидными формами розацеа как препарат выбора. ☺



Российское научное медицинское общество терапевтов

2012

20-21 сентября, Новосибирск

III Съезд терапевтов Сибири и Дальнего Востока

12-13 октября, Екатеринбург

I Съезд терапевтов Уральского федерального округа

7-9 ноября, Москва

VII Национальный конгресс терапевтов

С 2012 г. конгресс проходит в самом современном конгрессно-выставочном центре Москвы – «Крокус Экспо» по адресу: Москва, 65–66 км МКАД, Павильон № 3, 4-й этаж, зал № 20.

Теперь в
«Крокус
Экспо»!

Подробности на сайте www.nc-i.ru

Основные темы научной программы:

- Диагностика, профилактика и лечение патологии сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, суставов и соединительной ткани, центральной и периферической нервной системы.
- Бактериальные и вирусные инфекции.
- Артериальные и венозные тромбозы.
- Создание и внедрение клинических рекомендаций и стандартов лечения терапевтических заболеваний.

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: (495) 518-26-70
электронная почта: congress@nc-i.ru
www.nc-i.ru

Дирекция выставки:

ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: (495) 786-25-57
электронная почта: congress@nc-i.ru
www.nc-i.ru

Генеральные
информационные партнеры:

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ФАРМАТЕКА

ТАБЛЕТКА РОССИЙСКОГО ВРАЧА
**МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК**

Архивъ
• внутренней •
медицины



ГБОУ ВПО
«Ставропольская
государственная
медицинская
академия»
МЗ и СР РФ,
г. Ставрополь

Новые возможности местной терапии рецидивов простого герпеса

Д.м.н., проф. В.В. ЧЕБОТАРЕВ

Широкая распространенность простого герпеса и его склонность к рецидивирующему течению обуславливают актуальность поиска эффективных средств терапии. В результате проведенного исследования показана эффективность геля Алломедин[®], содержащего синтетический пептид Аллостатин[®]1, для лечения больных хроническим рецидивирующим простым герпесом. Установлено более выраженное влияние применения Алломедина по сравнению с терапией кремами Зовиракс и Фенистил Пенцивир на интенсивность проявления субъективных симптомов (зуд, боль) у пациентов, использование Алломедина быстрее снижало интенсивность гиперемии, приводило к более активной эпителизации эрозий, а также более эффективно предупреждало формирование корочек. Нежелательных явлений и побочных действий геля Алломедин[®] не отмечено.

Введение

Простой герпес – одно из наиболее распространенных вирусных заболеваний. В типичном варианте герпес характеризуется склонными к рецидивам высыпаниями на коже и слизистых оболочках в виде сгруппированных пузырьков на отечно-гиперемированном фоне [1]. По существующим оценкам, инфицированность вирусом простого герпеса (ВПГ) очень высока: более 90% взрослого населения в мире имеют антитела к вирусу того или иного типа [2]. При лечении больных простым герпесом необходимо решать две основные проблемы: купирование острых проявлений болезни и предотвращение развития последующих рецидивов [3]. При

этом применение наружных противовирусных средств возможно как на фоне общей противовирусной терапии, так и отдельно. Одним из наружных противовирусных средств, представленных на российском рынке, является гель Алломедин[®] – инновационное дерматологическое средство, содержащее уникальный синтетический пептид Аллостатин[®]1. Проникая в ткань эпителия, Аллостатин[®]1 активизирует распознавание клетками иммунной системы организма (Т-киллерами и НК-клетками) инфицированных клеток кожи и слизистых, что приводит к смерти этих клеток по механизму апоптоза. При этом Аллостатин[®]1 не оказывает повреждающего действия на окружающие нормальные клетки.

В 2011 г. на базе ГБУЗ «Ставропольский краевой клинический кожно-венерологический диспансер» (клиническая база кафедры дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии) было проведено исследование эффективности средств для наружного лечения рецидивов простого герпеса. Целью исследования являлось изучение эффективности геля Алломедин[®] в лечении больных простым герпесом, в сравнении с 5% кремом Зовиракс и 1% кремом Фенистил Пенцивир, а также оценка безопасности геля Алломедин[®] путем регистрации нежелательных явлений.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 45 пациентов обоего пола в возрасте от 20 до 71 года (средний возраст составил $40,7 \pm 2,1$ лет): 29 мужчин и 16 женщин с клинически установленным диагнозом «хронический рецидивирующий простой герпес». Генитальный герпес диагностировался у 29 (64,4%) больных, лабиальный – у 13 (28,9%), у 3 (6,7%) пациентов высыпания имели другую локализацию (кисть, ягодица, подбородок). Всем пациентам было назначено лечение, которое началось не позднее 3 дней от возникновения рецидива. У большинства пациентов (46,7%) давность заболевания составила 2–3 года и обострения



были частыми: 3–4 раза в год – у 44,4%, 5–6 – у 20%, 7 и более – у 22,3% больных.

Из исследования исключались пациенты с проявлениями острой респираторной инфекции, тяжелыми соматическими заболеваниями, беременные и женщины в период лактации.

Пациенты были рандомизированы в 3 группы по 15 человек в зависимости от применяемого препарата, при этом гендерные признаки и локализация герпетического процесса не учитывались. Пациенты 1-й группы наносили на очаги поражения гель Алломедин® 3 раза в сутки, пациенты второй группы – крем Зовиракс 5 раз в сутки, больные третьей группы – крем Фенистил Пенцивир 8 раз в сутки ежедневно в течение 10 дней. Если высыпания регрессировали раньше, применение препарата прекращалось. Оценка жалоб и клинической картины заболевания (наличие субъективных симптомов, локализация процесса, размеры высыпаний, наличие в очаге пузырьков, гиперемии, отека, эрозий, корочек) проводилась до начала лечения (1-й день) и на 3, 5, 8, 10-й дни терапии (общее число визитов пациента к врачу – 5). Указанные симптомы оценивали в баллах: 0 – симптом отсутствует; 1 – симптом слабо выражен; 2 – симптом умеренно выражен; 3 – симптом сильно выражен. В ходе и по окончании исследования регистрировались нежелательные явления, возникающие в процессе лечения, оценивалась их возможная связь с применяемым препаратом. На 5-м визите исследователем и пациентом проводилась субъективная оценка эффективности лечения.

Результаты и их обсуждение

При анализе динамики проявления зуда в процессе лечения оказалось, что при применении Алломедина треть пациентов не отмечала его уже на 2-м визите, однако у пациентов 2-й и 3-й групп зуд сохранялся. На 3-м визите зуд присутствовал лишь у 3 из 15 пациентов в 1-й группе,

во 2-й группе – у 9 больных, в 3-й группе – у 10. На 4-м визите зуд сохранился лишь у одного больного из 3-й группы. Больными, применявшими Алломедин®, на 2-м визите отмечено снижение среднего балла интенсивности боли в 6,4 раза, тогда как при лечении Зовираксом – в 3,3 раза, Фенистилом Пенцивиром – в 3,2 раза. На 3-м визите боль сохранялась только у одного пациента 3-й группы. Что касается динамики чувства жжения, проявлений отечности и пузырьков, то существенной разницы между группами отмечено не было. Показатель гиперемии у пациентов 1-й группы ко 2-му визиту снизился в 2,3 раза, во 2-й группе – остался на прежнем уровне, в 3-й группе он снизился лишь в 1,2 раза. Отмечена высокая эффективность эпителизации эрозий на фоне применения Алломедина. Так, к 3-му визиту средний балл наличия эрозий у пациентов 1-й группы снизился в 2,2 раза, во 2-й – всего в 1,5 раза, в 3-й группе остался на прежнем уровне. Более выраженным было влияние Алломедина и на формирование и регресс корочек в местах высыпаний. По результатам 4-го визита в 1-й группе больных средний балл наличия корочек составил всего 0,07; во 2-й группе он был выше в 9,6 раза, в третьей – в 7,6 раза. На 4-м визите в 1-й группе больных оставался лишь один пациент, имеющий корочки на месте высыпаний, во 2-й группе – 7, в 3-й группе – 8 пациентов. Все больные оценили переносимость назначенных препаратов для наружного лечения как хорошую. Местных и общих побочных реакций зафиксировано не было. По совокупности всех показателей (регресса жалоб, клинических симптомов, переносимости назначенного препарата) была проведена оценка эффективности лечения обострения простого герпеса пациентами и врачом-исследователем. Субъективная оценка проведенной терапии пациентом и врачом в большинстве случаев во всех группах совпадала. В 1-й группе мнения пациента и врача совпа-

ли в 100% случаев, то есть эффект от лечения был однозначным и не вызывал затруднений в оценке. Результат лечения как «хороший» оценили 14 из 15 больных первой группы (93,3%). Во 2-й группе (Зовиракс) у 4 больных (26,7%) по совпадающему мнению врача и пациента результат оценен как «удовлетворительный», как «хороший» – у 11 (73,3%) пациентов. В 3-й группе (Фенистил Пенцивир) несоответствие мнений врача и пациента отмечено в 1 случае – больной оценил эффект лечения как «удовлетворительный», а врач – как «хороший». В остальных случаях оценка терапии врачом и пациентом в 3-й группе совпала: «хороший» эффект от терапии отмечен у 11 пациентов (73,3%), «удовлетворительный» – у 3 (26,7%).

Заключение

Анализ полученных данных свидетельствует о преимуществе назначения геля Алломедин® в сравнении с 5% кремом Зовиракс и 1% кремом Фенистил Пенцивир в лечении рецидива простого герпеса. Установлено более выраженное влияние применения Алломедина по сравнению с терапией кремами Зовиракс и Фенистил Пенцивир на интенсивность проявления субъективных симптомов (зуд, боль) у пациентов, кроме того, использование Алломедина быстрее снижало интенсивность гиперемии, приводило к более активной эпителизации эрозий, а также более эффективно предупреждало формирование корочек. Регресс высыпаний при использовании Алломедина происходил в более короткие сроки, чем при лечении Зовираксом и Фенистилом Пенцивиром. Нежелательных явлений и побочных действий геля Алломедин® не отмечено. Препарат косметически удобен (прозрачен), наносится всего 2–3 раза в день, что увеличивает приверженность пациентов к терапии. Гель Алломедин® может быть рекомендован для широкого внедрения в практику с целью купирования рецидивов простого герпеса. ●

дерматокосметология

Литература
→ С. 62



Современная фармакология на службе практического дерматолога

Для эффективного лечения больных такими распространенными кожными заболеваниями, как атопический дерматит, псориаз, экзема и другие хронические дерматозы, необходимо применение современных сочетающихся между собой и взаимно дополняющих друг друга лекарственных средств наружной терапии. Этим разработкам, уже успешно применяемым в клинической практике, был посвящен сателлитный симпозиум, организованный компанией «Астеллас» в рамках XII Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов.

Наружные формы кортикостероидов при атопическом дерматите: наука, практика и приверженность пациентов лечению

Открывая симпозиум, д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Н.Г. КОЧЕРГИН отметил, что более 50% больных атопическим дерматитом (АтД) плохо привержены лечению.

По словам профессора Н.Г. Кочергина, приверженность лечению – достаточно серьезный и каждодневный аспект работы с пациентами, страдающими кожными заболеваниями. На первом месте (59%) среди факторов, которые сильнее всего ухудшают приверженность пациентов лечению, стоит необходимость частого применения лекарственного средства. На втором месте находятся временные затраты, связанные с приемом препарата. На третьем месте – неэффективность лечения в самом начале терапии, которая тоже отталкивает больных от ее продолжения. Низкая приверженность пациентов лечению существенным образом ухудшает результаты терапии, поэтому сегодня, по словам профессора Н.Г. Кочергина, мерам по повышению приверженности пациентов лечению уделяется большое внимание. Одним из способов мотивировать больного на продолжение лечения и точное следование рекомендациям является тесное общение врача и боль-



Профессор Н.Г. Кочергин

ного, более частое приглашение пациента на визиты, а также предоставление более четких терапевтических инструкций и беседы с больным о его заболевании.

Для лечения АтД применяются как системная терапия (антибиотики, антигистаминные препараты, средства биологической терапии и иммунотерапии, кортикостероиды, циклоспорин А, цитостатики), так и фототерапия и наружная терапия



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

(ингибиторы кальциневрина, кортикостероиды, увлажняющие и ожиряющие средства). К высоконадежным (эффективность 60–100%) видам терапии АтД относятся фототерапия, применение циклоспорина А, наружных кортикостероидов, такролимуса или пимекролимуса.

При лечении АтД наружными средствами выбор схемы лечения определяется характеристиками заболевания, а также эффективностью и безопасностью терапии. По словам профессора Н.Г. Кочергина, разнообразие лекарственных форм позволяет врачу делать оптимальный выбор в самых разных случаях – при разной степени выраженности заболевания и при разной локализации процесса. Наружные кортикостероиды в форме мазей обладают более высокой активностью, чем в форме кремов или лосьонов. Кроме того, жирные мази, такие как парафиновая и вазелиновая, оказывают большее смягчающее действие на кожу, чем кремы. Эмульсии с низким содержанием липидов имеют более высокую косметическую приемлемость, чем средства с высоким содержанием жиров.

Фундаментом современной дерматологии, отметил докладчик, являются разнообразные стероиды. В настоящее время используется множество соединений этого класса. Особое место принадлежит гидрокортизона 17-бутирату (Локоиду®), который имеет достаточно много преимуществ по сравнению со многими другими стероидами, прежде всего это выражается высоким значением его терапевтического индекса, равного 2. Терапевтический индекс наружных стероидов, разработанный Немецким обществом дерматологов, позволяет оценить соотношение риска и пользы при использовании препарата. Он является частным от деления суммы баллов эффективности на сумму баллов безопасности. Максимально достижимое для существующих на сегодня стероидов значение этого индекса – 2¹.

Гидрокортизона 17-бутират – негалогенизированный кортикостероид для наружного применения, относящийся к сильнодействующим кортикостероидам (III класс по Европейской классификации активности). Он обладает высокой клинической эффективностью, сравнимой с действием галогени-

зированных кортикостероидов², и характеризуется быстрым началом противовоспалительного действия³.

Локоид® характеризуется низким риском развития местных и системных аллергических реакций, может применяться на участках кожи с высокой абсорбцией (лицо, складки), а также на обширных участках зоны поражения⁴. Локоид® может применяться в течение длительного (до 1 месяца ежедневно) времени, кратность нанесения может составлять от 1 до 3 раз в день. У детей Локоид® можно применять с шестимесячного возраста⁵.

Что касается риска возникновения побочных эффектов, профессор Н.Г. Кочергин привел результаты специального исследования длительного применения Локоида, в котором приняли участие 485 пациентов с АтД средней тяжести и тяжелого течения. Мазь Локоид® наносилась 2 раза в день до купирования симптомов, продолжительность наблюдения составила 6 месяцев. Установлено, что нежелательные явления, потребовавшие отмены лечения, наблюдались только у 9 пациентов (1,9%): экзема – у 1 пациента, атрофия кожи – у 2, контактный дерматит – у 1, отек – у 1, эксфолиативный дерматит – у 1, простой герпес – у 1, периферические сосудистые расстройства – у 1, инфекция кожи – у 1⁶.

По данным исследования эффективности Локоида у детей⁷, проведенного в России в 2006 г., клиническая ремиссия и значительное улучшение наблюдались у ~80% пациентов (табл. 1).

Препарат Локоид® выпускается в нескольких лекарственных формах:

- мазь (100% жира);
- Липокрем® (70% жира);
- крем (30% жира);
- Крело® (15% жира).

Широкий спектр лекарственных форм Локоида позволяет использовать один и тот же препарат при разных степенях выраженности воспаления.

В тех случаях, когда дерматоз сопровождается сухостью кожи, удобен Липокрем®, содержащий большую массовую долю жира. Если имеет место острое воспаление на лице и в складках кожи, особенно сопровождающееся мокнутием, оптимальным ва-

дерматокосметология

¹ AWMF-Leitlinien-Register № 013/034.

² Falk E.S. et al. // J. Dtsch Dermatol. Ges. 1994. Vol. 42. № 7. P. 744, 747–750.

³ Piérard-Franchimont C., Willemaers V., Fraiture A.L. et al. Squamometry in seborrheic dermatitis // Int. J. Dermatol. 1999. Vol. 38. № 9. P. 712–715.

⁴ Хамаганова И.В. // Клиническая дерматология и венерология. 2007. № 3. С. 87–89.

⁵ Инструкция по медицинскому применению мази Локоид®.

⁶ Reitamo S. et al. A 4-year follow-up study of atopic dermatitis therapy with 0.1% tacrolimus ointment in children and adult patients // Br. J. Dermatol. 2008. Vol. 159. № 4. P. 942–951.

⁷ Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Локоид в терапии хронических воспалительных заболеваний кожи у детей // Педиатрия. 2006. № 3. С. 2–4.



Таблица 1. Результаты лечения детей, страдающих хроническими дерматозами, препаратом Локоид

Результат лечения	Количество пациентов				
	Атопический дерматит (n = 35)	Лишай Видаля (n = 7)	Строфулюс (n = 5)	Хроническая крапивница (n = 12)	Вульгарный псориаз (n = 25)
Клиническая ремиссия	7	2	3	1	6
Значительное улучшение	18	4	2	9	15
Улучшение	10	1	–	2	4
Без эффекта	–	–	–	–	–
Ухудшение	–	–	–	–	–

n – число пациентов.

риантом будет Крело®, который по своим характеристикам приближается к лосьонам, но содержит небольшое количество жирового компонента. Если острое воспаление не сопровождается мокнутием, оптимальной формой будет крем.

Мазь Локоид®, основа которой содержит 100% жира, обладает наиболее выраженным окклюзионным эффектом. Высокое содержание липидной фазы оказывает определенное смягчающее действие на кожу и способствует более глубокому проникновению в нее действующего вещества. Локоид® в виде мази особенно эффективен при процессах, сопровождающихся сухостью кожи, лихенификацией и инфильтрацией. Кроме того, мазь Локоид® не содержит консервантов.

Что касается препарата Локоид Липокрем®, который содержит 30% воды и 70% жира и представляет собой уникальную лекарственную форму типа «жир в воде», то, как отметил профессор Н.Г. Кочергин, по своим лечебным характеристикам (увлажнению и восстановлению барьерной функции кожи) эта лекарственная форма близка к мази, но в то же время характеризуется и высокой косметической приверженностью (легко наносится, не оставляет пятен, легко смывается).

Согласно исследованию применения четырех топических глюкокортикостероидов, проведенному в США, эффективность гидрокортизона 17-бугирата (Локоид Липокрем®), флутиказона (Кутивейт), предникарбата (Дерматоп) и мометазона фууроата (Элоком) сопоставима, при этом косметическая приемлемость препарата Локоид Липокрем® была выше, чем остальных средств⁸.

Говоря о Локоид Крело®, докладчик отметил, что эта лекарственная форма содержит только 15% жира, остальное составляет водная основа (эмульсия «жир в воде»). Преимуществом этой формы пре-

парата является его охлаждающее и успокаивающее действие, не вызывающее сухости кожи. Локоид Крело® содержит в своем составе пропиленгликоль и масло бурачника, которые обеспечивают увлажняющий и репаративный эффект. Данная лекарственная форма предназначена для использования на обширных поверхностях экссудативного поражения кожи и участках с волосатым покровом.

Профессор Н.Г. Кочергин привел данные многоцентрового рандомизированного простого слепого клинического исследования Локоид Крело® и лосьона бетаметазона дипропионата (Дипрозон) для лечения псориаза волосистой части головы. В рамках исследования Дипрозон получал 71 пациент, Локоид Крело® – 70 больных. Установлено, что эффективность лечения была сопоставимой в обеих группах, но побочные эффекты были отмечены у 29 пациентов из числа получавших Дипрозон и только у 7 из получавших Локоид®. При этом, подчеркнул профессор Н.Г. Кочергин, следует иметь в виду, что бетаметазона дипропионат относится к классу более активных препаратов, чем гидрокортизона 17-бугират⁹.

Подводя итог своего доклада, профессор Н.Г. Кочергин отметил, что рациональное применение наружных кортикостероидов должно быть основано на предпочтительном выборе препарата с высоким терапевтическим индексом, выборе оптимальной наружной формы с учетом остроты процесса и его локализации, кратковременном применении препарата до признаков заметного улучшения и последующей ротации с наружными нестероидными средствами. В этом случае сочетание наружных кортикостероидов с увлажняющими средствами обеспечит эффективное лечение больного и создаст благоприятные условия для повышения его приверженности лечению.

⁸ Fowler J.F. Jr., Fransway A.F., Jackson J.M. et al. Hydrocortisone butyrate 0.1% cream in the treatment of chronic dermatitis // *Cutis*. 2005. Vol. 75. № 2. P. 125–131.

⁹ De Cuyper C., Degreef H.J., de la Brassine M. et al. // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 1995. Vol. 5. Suppl. 1. P. S104–S105.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

Топические ингибиторы кальциневрина: новые возможности длительного контроля атопического дерматита

Реальной альтернативой или дополнением к топическим глюкокортикостероидам являются топические ингибиторы кальциневрина. Эти препараты уже прочно вошли не только во взрослую, но и, прежде всего, в детскую практику. Именно этой группе препаратов был посвящен доклад руководителя научного клинического отдела ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии» Росмедтехнологий (г. Екатеринбург), д.м.н., профессора М.М. КОХАН.

Согласно клиническим рекомендациям по атопическому дерматиту, которые были разработаны под эгидой Российского общества дерматовенерологов и косметологов в 2010 г., лечение АтД у взрослых и детей должно быть ступенчатым. На первой ступени лечения назначается базовая терапия, предполагающая применение смягчающих и увлажняющих средств. На второй ступени лечения, при легком и среднетяжелом течении АтД, назначается глюкокортикостероидная терапия наружными препаратами умеренной степени активности и/или топическими блокаторами кальциневрина. Топические блокаторы кальциневрина применяются и на третьей ступени лечения АтД (при среднетяжелом течении заболевания) наряду с глюкокортикостероидными препаратами наружного действия умеренной или высокой степени активности. При тяжелом течении АтД, на четвертой ступени лечения, применяется системная терапия иммуносуппрессантами или цитостатиками либо фототерапия на фоне продолжения наружного лечения.

По словам профессора М.М. Кохан, опыт лечения АтД топическими ингибиторами кальциневрина сегодня есть уже практически у каждого врача. Уже больше года в России и более 10 лет во всем мире успешно применяется препарат Протопик®, представляющий собой такролимус в форме моногидрата. Для лечения взрослых пациентов используется мазь наружного применения, содержащая 0,1% действующего вещества, для лечения детей в возрасте от 2 до 16 лет – мазь наружного применения, содержащая 0,03% такролимуса. Протопик® (такролимус) – препарат, оказывающий противовоспалительное действие, селективный ингибитор синтеза и высвобождения медиаторов воспаления, селективно воздействующий на иммунные механизмы формирования АтД. Показаниями к его применению служат АтД средней степени тяжести, а также тяжелые формы АтД в случае недостаточного ответа пациента на традиционную терапию или при наличии противопоказаний к ее назначению.



Профессор М.М. Кохан

Профессор М.М. Кохан подчеркнула, что к Протопику неприменимы термины «иммуносуппрессия» и «иммунодепрессия». Такролимус – это противовоспалительный препарат, селективно ингибирующий именно воспалительную активность. По словам докладчика, Протопик® доказательно предоставляет врачу новые возможности эффективной терапии АтД. Он является препаратом 1-й линии терапии при локализации процесса на лице и в других чувствительных зонах, а также у пациентов, нечувствительных к терапии топическими глюкокортикостероидами, или при наличии рисков их применения. Клиническая эффективность такролимуса соответствует эффективности топических глюкокортикостероидов III класса по Европейской классификации активности, то есть сильных, при этом препарат не вызывает побочных эффектов, характерных для топических глюкокортикостероидов. Профессор М.М. Кохан особо подчеркнула безопасность применения такролимуса, отметив, что в инструкциях по медицинскому применению этого

Протопик® является препаратом 1-й линии терапии при локализации процесса на лице и в других чувствительных зонах, а также у пациентов, нечувствительных к терапии топическими глюкокортикостероидами или при наличии рисков их применения. Клиническая эффективность такролимуса соответствует эффективности топических глюкокортикостероидов III класса.



Рис. 1. Алгоритм применения мази Протопик 0,03% и 0,1% в этапной терапии больных АтД

препарата он разрешен для использования с целью предотвращения обострений и удлинения периода ремиссий (2 раза в неделю). Это особенно важно, поскольку, по словам докладчика, врачи зачастую пока еще не привыкли применять препараты вне обострения АтД, в малой дозе для удлинения ремиссии. Говоря о механизме действия такролимуса, профессор М.М. Кохан отметила, что препарат ингибирует активацию, пролиферацию Т-клеток (Т-лимфоцитов), которые и являются морфоло-

гическим субстратом АтД в коже. Мазь Протопик подавляет продукцию провоспалительных цитокинов, в том числе главного – интерлейкина-2, который является инициатором всего атопического иммунного или цитокинового каскада. Препарат снижает экспрессию рецепторов на дендритных клетках и клетках Лангерганса, что тоже в самом начале подавляет аллергическое воспаление. Кроме того, отметила докладчик, препарат ингибирует высвобождение гистамина из тучных клеток, а именно гистамин и другие цитокины, которые «связаны» и «слеплены» из гистаминов, обладают выраженным влиянием на активацию кожного зуда. Таким образом, топическое применение такролимуса снижает выраженность зуда и воспаления и в эпидермисе, и в дерме.

Изучение патоморфологии и функциональных свойств кожи у больных АтД показало, что в пораженной коже есть определенная выраженность провоспалительных или воспалительных феноменов. Кроме того, было установлено, что кожа больного АтД в зоне поражения, которая клинически практически здорова на вид, тоже обнаруживает и патоморфологические, и иммунологические изменения. Таким образом, при АтД имеется субклиническое, перманентное, не видимое глазом воспаление кожи, которое присутствует всегда^{10, 11}. Именно это субклиническое воспаление кожи является основой того, что при воздействии триггера у больного очень быстро возникает очередное обострение процесса. Из этих теоретических выкладок, конечно, сразу возникла идея попробовать каким-то образом уменьшить это субклиническое воспаление кожи. Такие попытки начали предприниматься на рубеже 1980–1990-х гг., однако эти исследования не нашли широкого отклика в клинической практике. Ситуация изменилась с появлением такролимуса и его применением в качестве агента, поддерживающего клиническую ремиссию. Сегодня, по словам профессора М.М. Кохан, абсолютно достоверно показано, что именно такролимус в режиме поддерживающего лечения способен снижать субклиническое воспаление кожи, способствуя пролонгированию клинической ремиссии¹². На данный момент разработана тактика «проактивного» подхода, при котором больному назначается активное лечение в период обострения, а в период ремиссии – малодозная щадящая поддерживающая терапия противовоспалительными агентами на фоне ухода за кожей.

¹⁰ Proksch E., Fölster-Holst R., Jensen J.M. Skin barrier function, epidermal proliferation and differentiation in eczema // J. Dermatol. Sci. 2006. Vol. 43. № 3. P. 159–169.

¹¹ Wollenberg A., Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis – an emerging concept // Allergy. 2009. Vol. 64. № 2. P. 276–278.

¹² Wollenberg A., Reitamo S., Girolomoni G. et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0.1% tacrolimus ointment // Allergy. 2008. Vol. 63. № 7. P. 742–750.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

Что касается безопасности применения такролимуса, докладчик особо отметила, что его применение при терапии АтД хорошо переносится больными как при кратковременной, так и при долгосрочной терапии. Нежелательные побочные явления носят, как правило, местный характер (преходящее чувство жжения, зуд и эритема в месте нанесения препарата), обычно имеют легкую или среднюю степень выраженности, разрешаются в течение недели и редко требуют отмены препарата.

По словам профессора М.М. Кохан, в Уральском НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий осуществляется Наблюдательная программа контроля эффективности и переносимости препарата Протопик (такролимус) мазь 0,1% и 0,03% у взрослых и детей, больных АтД среднетяжелого и тяжелого течения. В исследование вошло 38 пациентов, из которых 18 – дети в возрасте от 2 до 16 лет и 20 – взрослые (18–35 лет). Все пациенты страдали АтД в течение длительного времени, с частыми обострениями, несмотря на проводимую стандартную терапию, в том числе топическими глюкокортикостероидами. В ходе исследования больные получали системную терапию без применения системных глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов и фототерапии. Наружно больные получали лечение такролимусом в виде мази в дозировке, соответствующей возрасту. Результаты лечения были положительными.

Негативное влияние АтД на качество жизни пациентов после 28 дней активной терапии Протопиком значительно уменьшилось: произошло снижение дерматологического индекса качества жизни

(ДИКЖ) у детей с 18,1 до $4,8 \pm 1,2$ балла, у взрослых – с 20,2 до $4,7 \pm 1,0$ балла.

Индекс SCORAD у детей и взрослых снижался в ходе активной терапии и имел тенденцию к дальнейшему снижению в течение периода поддерживающего лечения, общее снижение его у детей к концу терапии составило $87,4 \pm 3,3\%$ от исходного значения, у взрослых – $81,3 \pm 1,5\%$.

В итоге активная терапия детей с АтД мазью Протопик 0,03% 2 раза в день в течение до 28 дней привела к клинической ремиссии и значительному улучшению состояния больного в 88,9% случаев, а поддерживающая терапия помогла сохранить это состояние после окончания курса.

Активная терапия взрослых с АтД мазью Протопик® 0,1% 2 раза в день в течение до 28–40 дней привела к клинической ремиссии и значительному улучшению состояния больного в 75,0% случаев, а поддерживающая терапия помогла довести это число до 84,2%.

Схема применения препарата Протопик® у детей и взрослых приведена на рисунке 1.

Необходимость проведения длительного поддерживающего лечения больных АтД средней и тяжелой степени обусловлена субклиническим воспалением кожи, определяющим риск обострений. На сегодня, по словам профессора М.М. Кохан, лучший препарат для поддерживающей терапии – это мазь Протопик® для детей (0,03%) и взрослых (0,1%). Эта терапия эффективна и безопасна и открывает путь к длительному поддержанию клинической ремиссии, что крайне важно и для больного, и для членов его семьи, и для врачей-дерматологов.

Увлажняющие средства в комбинированной терапии хронических дерматозов

Доклад профессора кафедры кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. А.Н. ХЛЕБНИКОВОЙ был посвящен одной из важнейших функций кожи – функции эпидермального барьера. Эпидермальный барьер, прежде всего, предотвращает проникновение в организм микроорганизмов, раздражителей, токсинов и антигенов. Кроме того, он препятствует трансэпидермальной потере жидкости, то есть пересушиванию и самой кожи, и всего организма в целом. Еще одна роль эпидермального барьера – поддержание оптимального уровня pH на поверхности кожи.

В реализации функции эпидермального барьера основную роль играет роговой слой кожи, который состоит из корнеоцитов (кератиноцитов) и соединяющих их липидной прослойки и корнеодесмосом,



Профессор А.Н. Хлебникова

дерматокосметология



Препарат Локобейз® Рипеа® относится к увлажняющим средствам. Это эмульсия типа «вода в жирах» с очень высоким содержанием липидов (до 63%). Такие проявления атопического дерматита, как сухость кожи, шелушение и трещины, компенсируются Локобейз® Рипеа® независимо от того, применяются ли топические стероиды или нет.

располагающихся между клетками. Если разрушается какой-либо из этих компонентов, образующих роговой слой, то происходит и нарушение проницаемости и защитных свойств эпидермального барьера. Если изменяются кератиноциты, то нарушается их структура, функциональная активность и дифференцировка. Если нарушается десквамация, то есть отшелушивание кератиноцитов, если изменяется качественный и количественный состав липидов рогового слоя, который образует липидную прослойку, изменяется и состав компонентов, входящих в естественный увлажняющий фактор, а также уровень pH на поверхности кожи.

Профессор А.Н. Хлебникова уделила особое внимание механизму десквамации кератиноцитов. Поскольку эти клетки соединены между собой корнеодесмосомами, когда происходит процесс отшелушивания, очень важное значение имеют два момента. С одной стороны, это ферменты, которые вызывают лизис десмосом и собственно десквамацию. С другой стороны, важную роль играют ингибиторы этих ферментов, то есть если у здорового человека десквамация чуть-чуть повышается, тут же начинают работать ингибиторы и процесс уравнивается. Липидная прослойка – также очень важный компонент эпидермального барьера. Липиды синтезируются в зернистом слое эпидермиса (ламеллярные тельца), затем происходит их выталкивание в верхние слои эпидермиса, и уже непосредственно в роговом слое ламеллярные гранулы реорганизуются и фор-

Получены положительные результаты использования Локобейз® Рипеа® при лечении АД у детей – установлено большее снижение индекса SCORAD при применении препаратов Локоид® + Локобейз® Рипеа® по сравнению с терапией Локоид® + крем Унны (на 21-й день терапии – 2,5 против 5,9 соответственно).

мируется водонепроницаемая липидная прослойка. По словам профессора А.Н. Хлебниковой, очень важно помнить, что липидная прослойка состоит из керамидов, холестерина и свободных жирных кислот, их правильное соотношение таково: примерно 40% приходится на керамиды, 25% – на холестерин и остальное – на свободные жирные кислоты. Только в этом случае липидная прослойка функционально активна и выполняет все свои функции: предотвращает избыточную потерю воды; поддерживает определенную степень гидратации эпидермиса, обеспечивая его функциональные свойства и здоровый внешний вид; препятствует проникновению через кожу в организм водорастворимых веществ.

Если говорить об уровне pH на поверхности кожи, то, как заметила докладчик, он тоже имеет очень важное значение для функционирования рогового слоя как эпидермального барьера. Причина заключается в том, что в норме на поверхности кожи слабокислая среда (pH 4,5–5,3). Если уровень pH изменяется, особенно в щелочную сторону, что часто встречается при различных заболеваниях, то десквамация корнеоцитов резко усиливается, нарушается процесс формирования ламеллярных телец, эпидермальный барьер истончается, вследствие чего увеличивается транс-эпидермальная потеря жидкости.

В результате нарушения функции эпидермального барьера наступает состояние сухости кожи – ксероз. Причинами, которые его вызывают, могут быть наследственные и врожденные факторы, эндокринные и метаболические нарушения (диабет, болезни почек, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения микроциркуляции), старение кожи, климатические факторы (инсоляция, сухой климат), неадекватный водный гигиенический режим, частое использование неадаптированных моющих средств, а также хронические дерматозы.

К хроническим дерматозам, вызывающим нарушение эпидермального барьера и приводящим к состоянию ксероза или сухости, относятся АД, экзема, контактный дерматит, псориаз, ихтиоз и красный волосатый лишай. Ведущими компонентами, вызывающими нарушение функции эпидермального барьера у больных этими заболеваниями, являются нарушение дифференцировки кератиноцитов и нарушение липидной прослойки рогового слоя.

Для преодоления сухости кожи и ксероза, прежде всего, необходимо восстановление липидной прослойки, а также создание окклюзии на поверхности кожи (масла, воски), заместительная терапия компонентами натурального увлажняющего фактора (мочевина, аминокислоты, молочная кислота), применение гигроскопических средств (глицерин, гиалуроновая кислота, пропиленгликоль), которые дополнительно «притягивают» к себе воду, а также активация синтеза аквапоринов.



Сателлитный симпозиум компании «Астеллас»

Таблица 2. Состав и свойства Локобейз® Рипеа®

Компонент	Характеристика
Твердый парафин, жидкий парафин	Обладают окклюзионными свойствами, образуют на поверхности кожи водонепроницаемую пленку и снижают трансэпидермальные потери воды, приводя к быстрому развитию эффекта
Глицерин	Гидратант, удерживает воду в роговом слое эпидермиса, оказывая увлажняющее действие
Липиды (холестерин, церамид 3, олеиновая и пальмитиновая кислоты)	Восполняют недостающие липиды, способствуют восстановлению и предупреждают дальнейшее повреждение эпидермального барьера, обеспечивают длительное (до 24 ч) действие препарата
Наночастицы твердого парафина	Придают хорошие косметические свойства (матирующий эффект), способствуют переносу эссенциальных липидов в глубокие слои эпидермиса

С этой целью используются увлажняющие средства. Основное требование, которому они должны отвечать, – это способность быстро и эффективно устранять клинические проявления ксероза, обеспечивать регидратацию рогового слоя эпидермиса, восстанавливать эпидермальный барьер. Они должны быть приемлемы с косметической точки зрения, достаточно удобны в применении, иметь минимальную кратность нанесения. Особенно важно, по словам профессора А.Н. Хлебниковой, чтобы увлажняющие средства, если это возможно, предупреждали обострения хронических заболеваний и уменьшали потребность в средствах активной терапии, в частности топических стероидах или топических ингибиторах кальциневрина.

На сегодняшний день все увлажняющие средства, как правило, представляют собой эмульсии типа «жиры в воде» и «вода в жирах». Основными компонентами увлажняющих средств являются пленкообразующие вещества (пчелиный воск, карнаубский воск), ланолин, парафин, вазелин; влагоудерживающие компоненты (глицерин, спирты, пантенол, мочевины, молочная и гликолевая кислоты), липиды, растительные и животные жиры (холестерин, триглицериды, жирные кислоты), растительные добавки, антиоксиданты, консерванты, отдушки и красители.

Как же действуют все эти компоненты? Первый этап – немедленное (в течение < 1 ч) снижение потерь воды за счет окклюзионных свойств увлажняющего средства. Второй этап – непосредственное восстановление липидной прослойки: проникновение в роговой слой и восполнение недостающих липидов. На третьем этапе возможного действия увлажняющих средств липиды проникают в глубокие слои эпидермиса, вплоть до зернистого слоя, встраиваются в состав ламеллярных телец и участвуют в синтезе липидов.

Препарат Локобейз® Рипеа® относится к увлажняющим средствам. Это эмульсия типа «вода в жирах» с очень высоким содержанием липидов (до 63%). Состав препарата и вклад компонентов в его свойства представлены в таблице 2.

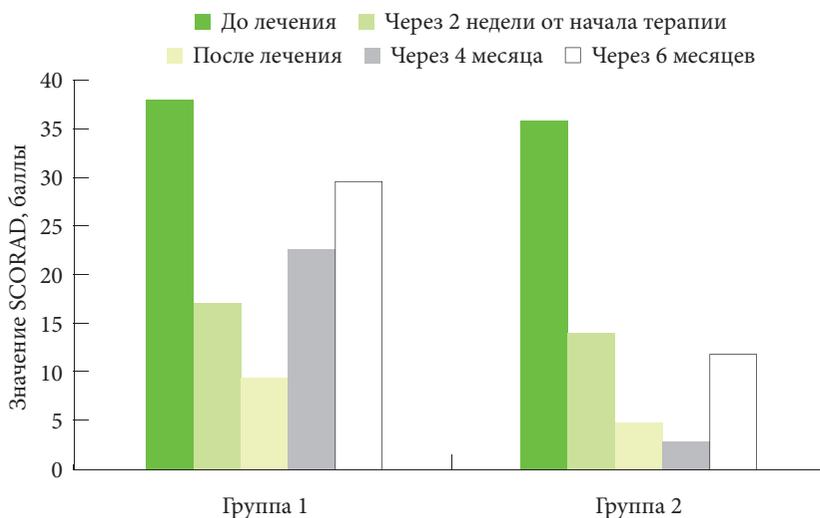
На сегодняшний день на рынке существует очень много увлажняющих средств, каждое из которых выполняют свою задачу и функцию. Многие из них содержат компоненты, оказывающее негативное побочное действие. Это ланолин, способный выступать как сенсбилизатор, декспантенол, усиливающий пролиферацию кератиноцитов, которая и без того усилена при АтД, мочевины, способная вызвать реактивное воспаление, консерванты, раздражающие кожу, парамены, вызывающие появление пигментных пятен и фотостарение кожи. Локобейз® Рипеа® не содержит этих компонентов.

Эффективность Локобейз® Рипеа® доказана в эксперименте. По словам профессора А.Н. Хлебниковой, по эффективности этого препарата собрана очень большая доказательная база, в частности, по его применению как при атопическом дерматите, так и при других заболеваниях.

Докладчик особо отметила, что такие проявления АтД, как сухость кожи, шелушение и трещины, компенсируются Локобейз® Рипеа® независимо от того, применяются ли топические стероиды или нет.

Получены положительные результаты использования Локобейз® Рипеа® при лечении АтД у детей – установлено большее снижение индекса SCORAD при применении препаратов Локоид® + Локобейз® Рипеа® по сравнению с терапией Локоид® + крем

Локобейз® Рипеа® может применяться для восстановления функции эпидермального барьера при атопическом дерматите и при заболеваниях кожи, сопровождающихся ксерозом, а также в качестве средства профилактического ухода у людей с сухой кожей, подверженных каким-либо неблагоприятным воздействиям.



$p = 0,03-0,0000001$ (различия между группами высокодостоверны).

Рис. 2. Сравнение эффективности Локобейз® Рипеа® и крема Унны в комбинации со стандартной терапией при лечении АтД

Унны (на 21-й день терапии – 2,5 против 5,9 соответственно)¹³.

Убедительно и исследование, проведенное Ю.Н. Перламутровым и соавт., в котором приняли участие 112 больных АтД легкого и среднетяжелого течения¹⁴. Больные были рандомизированы в две группы. Первая группа получала стандартную терапию (топические глюкокортикостероиды, антигистаминные и десенсибилизирующие препараты) + крем Унны 2 раза в сутки в течение 4 месяцев. Вторая группа больных получала стандартную терапию в сочетании с Локобейз® Рипеа® 1 раз в сутки в течение 4 месяцев. На рис. 2 приведены результаты лечения.

Относительно результатов на сроке шесть месяцев после лечения докладчик обратила внимание аудитории на то, что после 4 месяцев стандартной терапии, когда больные атопическим дерматитом уже не получали глюкокортикостероидов, поддерживающая терапия Локобейз® Рипеа® сохранялась. В итоге обострение АтД во второй группе наступало значительно реже, чем в первой, где больные не получали эту поддерживающую терапию.

Применение Локобейз® Рипеа® эффективно и в комплексной терапии хронической экземы¹⁵ – препарат дает наилучшие результаты по восстановлению гидратации рогового слоя эпидермиса у пациентов и резкое снижение трансэпидермальной потери жидкости на фоне терапии.

Применение Локобейз® Рипеа® в комплексной терапии псориаза¹⁶ существенно уменьшает сухость кожи и чувство стягивания, а использование при лечении ацетретином красного волосного лишая Девержи¹⁷ отмечали рост эластичности и увлажненности кожи пациентов, а также снижение ее сухости и стянутости.

Таким образом, завершила свое выступление профессор А.Н. Хлебникова, для восстановления функции эпидермального барьера при АтД и заболеваниях кожи, сопровождающихся ксерозом, целесообразно использовать крем Локобейз® Рипеа®. При обострениях АтД он применяется в комбинации с топическими стероидами. В период ремиссии или при минимальных проявлениях АтД крем Локобейз® Рипеа® назначают в качестве монотерапии. Он также может применяться в качестве средства профилактического ухода у людей с сухой кожей, подверженных каким-либо неблагоприятным воздействиям.

Локобейз® Рипеа® имеет высокое содержание липидов, при этом липиды находятся в идеальном соотношении, приближенном к таковому в здоровой коже, а наличие в креме наночастиц парафина обеспечивает проникновение этих липидов до зернистого слоя эпидермиса. Крем можно применять 1 раз в сутки.

Заключение

Современная стратегия применения средств наружной терапии дерматозов базируется на новых чрезвычайно перспективных препаратах, уже нашедших применение и заслуживших высокую оценку врачей-практиков. Одним из таких препаратов является Протопик®. Кроме того, современная терапия немыслима без применения эмолентов – средств, которые восполняют липидный спектр эпидермиса и имеют чрезвычайно важное значение для лечения и долгосрочной профилактики распространенных, в том числе зудящих, дерматозов. ☺

¹³ Тихомиров А.А., Гамаюнов В.Н., Короткий Н.Г. Крем Локобейз® Рипеа® в наружной терапии атопического дерматита у детей // Вопросы педиатрии. 2009. № 4. С. 21–25.

¹⁴ Перламутров Ю.Н., Мнацаканова Б.Ю., Ольховская К.Б. Преимущества применения современных эмолентов в комплексной терапии атопического дерматита // Российский аллергологический журнал. 2009. № 6. С. 54–60.

¹⁵ Джорджијева О.В., Корсунская И.М., Багаева М.И. Опыт наружного лечения экземы кистей // Клиническая дерматология и венерология. 2011. № 4. С. 105–108.

¹⁶ Горланов И.А., Леина Л.М., Милявская И.Р., Куликова С.Ю. Опыт применения 0,1% мази гидрокортизона-17-бутирата в лечении псориаза у детей // Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 6. С. 105–109.

¹⁷ Хлебникова А.Н. Увлажняющие средства в терапии хронических дерматозов // Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 4. С. 32–39.

Второй
Национальный
конгресс

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

12–14 декабря 2012 года

Организаторы

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- Российская академия медицинских наук
- Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (ОПРЭХ)

В рамках конгресса пройдут:

- III (VIII) Съезд Общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов
- Заседание Профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздравсоцразвития РФ по специальности «Пластическая хирургия»
- Учредительное собрание Российского общества микрохирургов
- I Российский форум по послевузовскому образованию в области пластической хирургии
- I Международный симпозиум по хирургии лицевого нерва

Основные темы научной программы:

- Пластическая хирургия в:
 - анестезиологии и реаниматологии
 - гинекологии
 - детской хирургии
 - косметологии
 - нейрохирургии
 - общей хирургии
 - онкологии
- оториноларингологии
- офтальмологии
- травматологии и ортопедии
- урологии
- челюстно-лицевой хирургии
- Эстетическая хирургия
- Хирургия лицевого нерва
- Послевузовское образование

Секретариат Конгресса
117420, Москва, а/я 1
телефон (495) 722-64-20
электронная почта mail@plastsur.ru
сайт www.plastsur.ru

Оргкомитет выставки
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон (495) 722-64-20
факс (495) 786-25-57
электронная почта mail@plastsur.ru



Инновационная лекарственная форма и новые возможности терапии дерматозов с локализацией на волосистой части головы

Быстрое и эффективное лечение дерматозов на волосистой части головы имеет большое значение, так как наихудший показатель индекса качества жизни отмечается у больных именно с этой проблемой. В текущем году на российском рынке появилась новая лекарственная форма Белосалик спрей с длинным «носиком» насадки-распылителя для лечения дерматозов с локализацией на волосистой части головы, разработанная компанией «Белупо». Для того чтобы российские специалисты смогли обсудить клинические преимущества инновационной формы препарата Белосалик в виде спрея, компания «Белупо» организовала сателлитный симпозиум, состоявшийся в Москве в рамках XII Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов.*

Псориаз волосистой части головы: современный подход к наружной терапии

Псориаз является одним из наиболее распространенных дерматологических заболеваний и встречается у 2–4% населения. По данным, представленным в докладе заведующей кафедрой дерматовенерологии ФПК и ППС Иркутского ГМУ, профессора, д.м.н. И.О. МАЛОВОЙ, у 33% пациентов дебют заболевания начинается с волосистой части головы (ВЧГ). Псориаз – это болезнь, которая негативно действует на психику человека, особенно психологически тяжело переносится псориаз с локализацией на волосистой части головы и видимых частях тела. Помимо того что шелушащиеся бляшки зудят, раздражая и нервируя человека, заболевание существенным образом отражается на внешности больного, а вид очагов поражения зачастую вызывает неприязненные взгляды окружающих. Страдают самооценка человека, его карьера и личная жизнь. Пациентам приходится вести ежедневную и очень трудную борьбу с заболеванием и реакцией окружающего мира. Они испытывают постоянный дискомфорт от ущербного образа жизни во время лечения, усталость от тягостной и продолжительной повторяющейся терапии.



Профессор И.О. Малова

Поражение ВЧГ выявляется у 77% больных при стресс-индуцированной форме псориаза, у 89,3% больных – при инфекционно-обусловленной форме, у 90% больных – при аутоиммунном характере заболевания и у 65,5% больных – при спорадической форме псориаза¹. При поражении волосистой части

* Белосалик лосьон с насадкой-распылителем.



Сателлитный симпозиум компании «Белупо»

головы диагноз «псориаз» необходимо дифференцировать с себорейным дерматитом, ихтиозом, атопическим дерматитом, красным плоским лишаем, себорейной пузырьчаткой и микозами, часто вызывающими похожие проявления. Наиболее ярко выраженным признаком псориаза ВЧГ является появление так называемой «псориатической короны». Докладчик обратилась к аллегории: «Тяжела ты, шапка Мономаха!» Эта фраза имеет не только исторический смысл, но и характеризует всю тяжесть состояния пациента с «псориатической короной». К основным проявлениям заболевания с поражением волосистой части головы относятся эритема, инфильтрация, шелушение, сухость кожи, чувство ее стянутости, зуд и жжение.

Лечение псориаза чаще всего является комплексным и включает в себя общую и местную терапию, физиотерапевтические процедуры, фотохимиотерапию. Согласно последним клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов по наружной терапии псориаза с проявлениями на волосистой части головы, к препаратам первой линии относятся топические глюкокортикостероиды (ТГКС) в комбинации с салициловой кислотой (СК) в виде кремов, мазей, лосьонов и др.

Современные требования к препаратам для лечения псориаза ВЧГ, содержащим топические ГКС в комбинации с салициловой кислотой, предполагают, что эти препараты, помимо эффективности, должны иметь разнообразные лекарственные формы и быть безопасными и удобными в применении. Всеми перечисленными свойствами обладает препарат Белосалик, который выпускается в виде мази, лосьона, а теперь еще и в виде спрея со специальной длинной насадкой-«носиком» для нанесения под прическу на очаги поражения.

Мазь Белосалик (0,05% бетаметазона дипропионат + 3% СК), благодаря эффективности и хорошему профилю безопасности, с успехом применяется в лечении дерматозов на гладкой коже у взрослых и детей от 6 месяцев. Другой известной и востребованной формой препарата является Белосалик лосьон (50, 100 мл), который может применяться для лечения псориаза и других гиперкератотических дерматозов на волосистых участках тела у взрослых и детей от 6 месяцев. Белосалик в форме спрея является инновацией и создан специально для удобной терапии дерматозов на коже головы. Терапия псориаза предполагает постоянное соблюдение назначений врача и систематическое нанесение наружных средств, которым пациенты, к сожалению,

зачастую пренебрегают. Причина кроется в том, что социально активные больные ожидают быстрого терапевтического эффекта, но не всегда имеют возможность наносить препарат на область головы в форме мазей, кремов и гелей в связи с косметическими ограничениями. Больные нуждаются в максимально комфортной и удобной терапии, которую на сегодняшний день врачи уже могут им предоставить. «На российском фармацевтическом рынке появилась усовершенствованная инновационная форма препарата – это Белосалик спрей, который сохранил все фармакотерапевтические эффекты лосьона и имеет дополнительные косметические и гигиенические преимущества. Белосалик спрей, благодаря специальной насадке-распылителю в виде длинного «носика», обеспечивает удобное нанесение препарата под прическу, точечное нанесение и распределение препарата в очаге поражения, не склеивает волосы, не пачкает волосы и головной убор, что позволяет сохранять прическу и эстетический вид и женщинам, и мужчинам. Дополнительным преимуществом спрея является его экономное расходование. Все эти качества способствуют тому, что больные гораздо охотнее придерживаются режима терапии и сохраняют приверженность к лечению», – отметила профессор И.О. Малова.

Результаты четырехнедельного рандомизированного сравнительного исследования качества жизни и удовлетворенности наружным лечением ГКС в форме мази и спрея 94 больных псориазом² показали, что лучшая удовлетворенность лечением достигнута у пациентов, применявших спрей, а не мазь. Оценка удовлетворенности пациентов при применении спрея была выше на основании таких параметров, как простота применения, позитивная оценка своего внешнего вида и результатов лечения, желание использовать спрей снова. Резюмируя полученные результаты, можно с уверенностью утверждать, что выбор лекарственной формы – спрея – поможет

NB

Современное направление в лечении пациентов с хроническими дерматозами с локализацией на голове:

- понимание важности для больных вопроса совмещения лечения с личными и профессиональными потребностями;
- назначение терапии, удовлетворяющей и врача, и пациента.

Использование спрея улучшает соблюдение пациентами назначенного лечения и ускоряет наступление ремиссии заболевания. Насадка-распылитель в виде длинного «носика» позволяет наносить препарат под прическу с сохранением чистоты волос.

¹ Кунгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориатическая болезнь. Екатеринбург, 2002. 193 с.

² Menter A., Abramovits W., Colón L.E. et al. Comparing clobetasol propionate 0.05% spray to calcipotriene 0.005% betamethasone dipropionate 0.064% ointment for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis // J. Drugs Dermatol. 2009. Vol. 8. P. 52–57.



врачу и пациенту добиться лучшего результата лечения, ускорить наступление ремиссии и вернуть пациентам возможность вести привычный образ жизни и уверенность в эффективности терапии.

Белосалик спрей имеет оптимальную проникающую способность, соответствующую характеристикам кожи ВЧГ. Препарат назначают 2 раза в сутки в течение 2–4 недель, а при легкой форме заболевания – 1 раз в сутки. Удобная насадка-распылитель Белосалик спрея в виде длинного «носика» осуществляет «адресную доставку» лекарственного средства, давая пациенту возможность обходиться без посторонней помощи при нанесении препарата. Благодаря герме-

тичной упаковке спрей не испаряется и не загрязняется посторонними примесями. Белосалик спрей выпускается в трех видах упаковки разного объема – 20, 50 и 100 мл, предоставляя пациентам широкий выбор наиболее удобной для них упаковки: как для использования дома и на работе, так и для применения во время командировок и поездок. «Мы надеемся, что пациенты высоко оценят инновационную форму препарата – спрей, смогут забыть о псориазе и вновь обрести здоровый внешний вид и красивую прическу, вернуться к активному образу жизни и чувствовать себя комфортно», – отметила в заключение профессор И.О. Малова.

Себорейный дерматит: успех терапии напрямую зависит от приверженности и удовлетворенности пациента

Себорейный дерматит считается хроническим поверхностным заболеванием кожи, проявляющимся папуло-сквамозными высыпаниями, чаще развивающимся на фоне жидкой себореи. Себорейный дерматит может проявляться в первые месяцы жизни ребенка («синдром чепчика»), в пубертатном периоде, после 20 лет и старше. Этим заболеванием страдают 2–5% населения, обычно оно протекает нетяжело, с улучшениями в летнее время. Себорейный дерматит волосистой части головы подразделяется на «сухой», «жирный» и экссудативный типы.

Заболевание носит наследственный характер и полному излечению не поддается, но при условии правильного ухода за кожей и противорецидивного лечения возможна стойкая ремиссия. Профессор кафедры дерматовенерологии СПбГМУ им. И.П. Павлова, д.м.н. К.Н. МОНАХОВ отметил в своем выступлении, что большинство пациентов хотят, чтобы лечение было простым и эффективным, не создающим неудобств в повседневной жизни. Поражение видимых участков кожи в значительной степени оказывает негативное воздействие на качество жизни больных. В большинстве случаев заболевание не угрожает жизни, но является причиной серьезных психологических проблем, поводом для самоизоляции и социальной дезадаптации пациентов. Напротив, уменьшение клинических симптомов себорейного дерматита приносило значимые положительные перемены в характере и жизни больного. «В моей врачебной практике были случаи, когда пациенты, у которых удавалось достигнуть стойкой ремиссии заболевания, добивались гораздо больших успехов, нежели ранее. Один мой пациент, который из-за себорейного дерматита внешне выглядел очень непривлекательно, после того как мы его вылечили, совершил буквально прорыв в карьере, за 2 года до-



Профессор К.Н. Монахов

бившись поста заместителя руководителя крупной компании. Однако наши пациенты зачастую не проявляют приверженности к терапии, поэтому врачу следует добиваться комплаенса пациента», – уточнил докладчик. Комплаенс подразумевает комплекс мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение больным врачебных рекомендаций в целях максимально быстрого и полного выздоровления (в случае острого течения заболевания) или стабилизации состояния при хронической болезни. Таким образом, по словам профессора К.Н. Монахова, врач должен поставить диагноз, назначить лечение и создать условия для выполнения пациентом назначенного лечения. Несогласие больного с лечением проявляется в нарушении режима или прерывании терапии, отказе от лечения. Причины такого несогласия кроются в отношении пациентов к своему заболеванию, низком приоритете здоровья в шкале ценностей, неадекватной информированности о заболевании. По мнению доклад-



Сателлитный симпозиум компании «Белупо»

чика, для того чтобы уменьшить влияние «факторов несогласия», необходимо при первичном консультировании выбирать такую схему лечения, которая хорошо переносится больными и дает максимально быстрый результат, при этом назначаемые препараты должны быть «комфортными» для пациентов, то есть не создающими трудностей при применении.

Выбор правильной лекарственной формы столь же важен, как и выбор самой терапии³. Зачастую именно такие характеристики препарата, как простота использования и удобство применения, определяют приверженность пациента к лечению и, следовательно, общую эффективность терапии^{4,5}.

Кожа волосистой части головы тонкая и характеризуется достаточно высокой проницаемостью, поэтому для лечения себорейного дерматита волосистой части головы оправдано использование лекарственных средств в форме лосьонов и спреев. На сегодняшний день препараты с ГКС в виде спрея уже активно используются в зарубежной дерматологической практике. В 2012 г. эта лекарственная форма появилась и в арсенале российских врачей. Косметическая и гигиеническая привлекательность формы спрея, удобство использования специальной насадки-распылителя, оптимальное и равномерное распределение лекарственного препарата, удовлетворенность пациента внешним видом после нанесения лекарства, бесспорно, обеспечивают необходимые преимущества спрею Белосалик при выборе наиболее комфортного способа лечения себорейного дерматита на волосистой части головы.

«Это настоящий прорыв в дерматологии за последнее время. Выбор формы спрея положительно влияет на приверженность больных к лечению по сравнению с мазевыми формами, а также классическими лосьонами, особенно для волосистых участков головы и тела, – констатировал профессор К.Н. Монахов. – Почему для волосистой части головы показан именно Белосалик спрей? Потому что он разработан специально для кожи головы – имеет оптимальную проникающую способность и минимально необходимую концентрацию 2-процентной салициловой кислоты, которая очищает участки поражения от чешуек, способствует проникновению бетаметазона в кожу, поддерживает кислую среду кожи, предупреждая развитие бактериальной и грибковой инфекции. Белосалик в форме спрея косметически очень удобен и позволяет пациенту самостоятельно выполнять назначения врача без отрыва от работы или учебы. Лекарственный

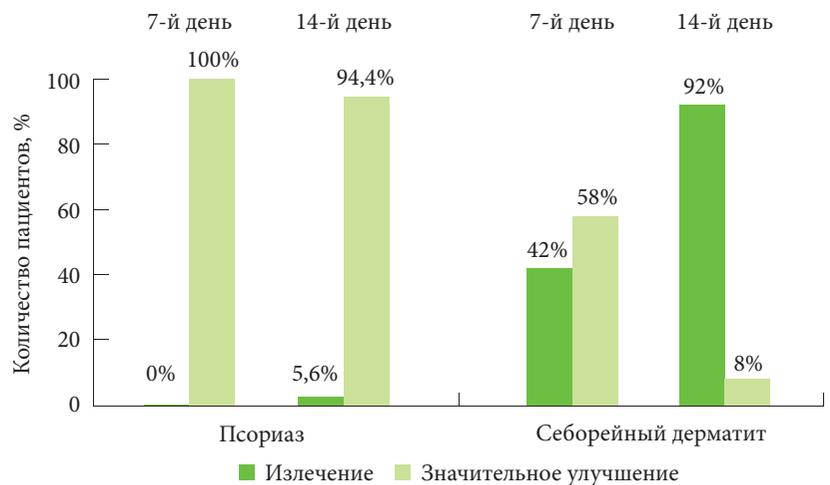


Рис. Эффективность комбинированного лосьона (0,05% бетаметазон + 2% СК) при лечении псориаза и себорейного дерматита на 7-й и 14-й дни терапии

препарат гигиеничен, поскольку сохраняет чистоту волос, одежды и рук больного при нанесении».

Белосалик спрей оказывает быстрое противозудное и охлаждающее действие. Результаты исследования, проведенного сотрудниками дерматологического отделения больницы Sundsvalls в Швеции, продемонстрировали высокую эффективность комбинации (0,05% бетаметазон + 2% СК) при лечении себорейного дерматита – на 7-й день терапии значительное улучшение было достигнуто в 58% случаев, на 14-й день терапии клиническое излечение было достигнуто в 92% случаев (рис.).

Таким образом, эффективная и наиболее удобная и косметически привлекательная форма препарата Белосалик в виде спрея, специально предназначенного для применения на волосистой части головы, позволяет достичь высокого комплаенса пациентов, эффективно устранять основные симптомы дерматозов начиная со 2–3-го дня использования, добиваться клинического улучшения и излечения на 7–14-й день терапии. При терапии хронических заболеваний лечение следует продолжать еще некоторое время под наблюдением врача после исчезновения всех симптомов, чтобы избежать рецидива заболевания, в течение года возможно неоднократное повторение терапии. Как отметил в заключение профессор К.Н. Монахов, Белосалик спрей в наибольшей степени соответствует требованиям, предъявляемым к препарату для терапии дерматозов на волосистой части головы и врачами, и пациентами.

³ Chan C.S., Van Voorhees A.S., Lebwohl M.G. et al. Treatment of severe scalp psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation // J. Am. Acad. Dermatol. 2009. Vol. 60. P. 962–971.

⁴ Feldman S.R., Housman T.S. Patients' vehicle preference for corticosteroid treatments of scalp psoriasis // Am. J. Clin. Dermatol. 2003. Vol. 4. P. 221–224.

⁵ Housman T.S., Mellen B.G., Rapp S.R. et al. Patients with psoriasis prefer solution and foam vehicles: a quantitative assessment of vehicle preference // Cutis. 2002. Vol. 70. P. 327–332.

**Стероидчувствительные дерматозы
на волосистой части головы**

Профессор, д.м.н. В.Г. АКИМОВ (консультативная поликлиника ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко) в начале своего выступления акцентировал внимание участников симпозиума на сложностях в диагностике ряда заболеваний кожи головы. Не секрет, что дерматозы с локализацией на волосистой части головы, наряду с такими мучительными симптомами, как зуд, шелушение, видимость очагов поражения, вызывают у больных социальные трудности и тяжелые психологические переживания. Несмотря на определенный спектр имеющихся лекарственных средств, стероидчувствительные дерматозы на волосистой части головы трудно поддаются лечению и требуют эффективной и удобной для пациента терапии.

Волосистая часть кожи головы является частой, а иногда и единственной локализацией красной волчанки, особенно у женщин. Различают дискоидную и системную формы болезни. Начальные проявления дискоидной красной волчанки обычно представлены резко очерченными розоватыми шелушащимися пятнами, которые затем увеличиваются в размерах, очаг превращается в эритематозную бляшку. Бляшки могут сливаться между собой с образованием более крупных эритематозно-инфильтративных очагов, покрытых плотно сидящими беловатыми чешуйками (инфильтративно-гиперкератотическая стадия). При насильственном удалении чешуек на их нижней поверхности отчетливо видны роговые шипики, которыми они были внедрены в устья волосяных фолликулов или сальных желез – так называемый симптом «дамского каблук» или «канцелярской кнопки». После разрешения фолликулярного гиперкератоза развивается рубцовая алопеция. Часто причиной алопеции является красный плоский лишай. Сочетание фолликулярной формы красного плоского лишая, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка известно как синдром Литтла – Ласюэра. Поражение волосистой части головы встречается у 50–75% больных псориазом. Оно может затронуть всю поверхность кожи головы, а может быть локализовано на лбу, за ушами. Для наружной терапии дерматозов применяются препараты, обладающие противовоспалительным и дезинфицирующим действием, в том числе топические глюкокортикостероиды и ТГКС в комбинации с кератолитиком. Многие существующие лекарственные средства (особенно жирные мази на основе вазелина) трудно и неприятно применять, что приводит к снижению приверженности, эффективности терапии и доверия врачу. Высокий уровень неудовлетворенности пациентов лечением дерматозов на волосистой части головы требует со-

*Профессор В.Г. Акимов*

здания новых удобных и эффективных вариантов терапии. Компания «Белупо» представила по-настоящему инновационную форму препарата Белосалик в виде спрея с длинной насадкой-«носиком». Каковы его преимущества? Насадка-распылитель равномерно распределяет препарат на волосистой части головы, пациент не нуждается в помощи и может проводить лечение вне дома. Препарат, содержащий бетаметазон и салициловую кислоту, распыляется на кожу головы, а не на волосы. Спрей быстро устраняет все симптомы дерматоза и имеет выраженный противовоспалительный эффект. Высокая эффективность и удобство применения передовой формы спрея позволят даже самым активным больным совмещать привычный образ жизни и лечение и таким образом соблюдать приверженность к терапии», – подчеркнул профессор В.Г. Акимов, завершая выступление.

Заключение

Последовавшие за выступлениями докладчиков вопросы из зала и возникшая дискуссия определили высокую заинтересованность участников симпозиума в новой форме препарата Белосалик. Зал единодушно решил, что появление препарата Белосалик спрей является значимым прорывом в наружном лечении дерматозов с локализацией на волосистой части головы и перспективной фармакологической инновацией. Подавляющее большинство слушателей выразили твердую уверенность в том, что Белосалик спрей, благодаря удобству применения и высокой эффективности, сможет изменить в лучшую сторону ситуацию с приверженностью к лечению, соблюдению режима терапии у больных дерматозами и в конечном счете значительно улучшит качество их жизни. ●

Препарат *специального* назначения

белосалик® спрей*

для **удобной** терапии
дерматозов на голове
с сохранением **ЧИСТОТЫ** волос



Cito, tuto et jucunde*

* Быстро, безопасно и приятно

- ◆ Насадка-распылитель в виде длинного «носика», обеспечивает удобное нанесение под прическу
- ◆ Быстро устраняет все симптомы дерматоза
- ◆ Использование спрея:
 - повышает приверженность пациентов к лечению
 - ускоряет наступление ремиссии/излечения

20 / 50 / 100 мл

* Белосалик лосьон с насадкой-распылителем для терапии псориаза, себорейного дерматита и других дерматозов на волосистой части головы.



бетаметазон — 0,05%
салициловая кислота — 2%



Литература

Н.М. НЕНАШЕВА

Особенности атопического дерматита у взрослых пациентов

1. Williams H., Flohr C. How epidemiology has challenged 3 prevailing concepts about atopic dermatitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006. Vol. 118. № 1. P. 209–213.
2. Novak N., Bieber T. Allergic and nonallergic forms of atopic diseases // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2003. Vol. 112. № 2. P. 252–262.
3. Rudikoff D., Leibold M. Atopic dermatitis // *Lancet.* 1998. Vol. 351. № 9117. P. 1715–1721.
4. Williams H.C., Strachan D.P. The natural history of childhood eczema: observations from the British 1958 birth cohort study // *Br. J. Dermatol.* 1998. Vol. 139. № 5. P. 834–839.
5. Wüthrich B. Neurodermatitis atopica sive constitutionalis: ein pathogenetisches Modell aus der Sicht des Allergologen // *Acta Dermatologica.* 1983. Vol. 9. P. 1–7.
6. Johansson S.G., Bieber T., Dahl R. et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003 // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004. Vol. 113. № 5. P. 832–836.
7. Bieber T. Atopic dermatitis // *N. Engl. J. Med.* 2008. Vol. 358. № 14. P. 1483–1494.
8. Valenta R., Natter S., Seiberler S. et al. Molecular characterization of an autoallergen, Hom s 1, identified by serum IgE from atopic dermatitis patients // *J. Invest. Dermatol.* 1998. Vol. 111. № 6. P. 1178–1183.
9. Ochs R.L., Muro Y., Si Y. et al. Autoantibodies to DFS 70 kd/transcription coactivator p75 in atopic dermatitis and other conditions // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2000. Vol. 105. № 6. Pt. 1. P. 1211–1220.
10. Zeppa L., Bellini V., Lisi P. Atopic dermatitis in adults // *Dermatitis.* 2011. Vol. 22. № 1. P. 40–46.
11. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis // *Acta Derm. Venereol. (Stockh.).* 1980. Suppl. 92. P. 44–47.
12. Hanifin J.M., Thurston M., Omoto M. et al. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group // *Exp. Dermatol.* 2001. Vol. 10. № 1. P. 11–18.
13. Plunkett A., Merlin K., Gill D. et al. The frequency of common nonmalignant skin conditions in adults in central Victoria, Australia // *Int. J. Dermatol.* 1999. Vol. 38. № 12. P. 901–908.
14. Bannister M.J., Freeman S. Adult-onset atopic dermatitis // *Australas J. Dermatol.* 2000. Vol. 41. № 4. P. 225–228.
15. Ingordo V., D'Andria G., D'Andria C. Adult-onset atopic dermatitis in a patch test population // *Dermatology.* 2003. Vol. 206. № 3. P. 197–203.
16. Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005. Vol. 52. № 4. P. 579–582.
17. Saeki H., Tsunemi Y., Fujita H. et al. Prevalence of atopic dermatitis determined by clinical examination in Japanese adults // *J. Dermatol.* 2006. Vol. 33. № 11. P. 817–819.
18. Muto T., Hsieh S.D., Sakurai Y. et al. Prevalence of atopic dermatitis in Japanese adults // *Br. J. Dermatol.* 2003. Vol. 148. № 1. P. 117–121.
19. Leung D.Y., Boguniewicz M., Howell M.D. et al. New insights into atopic dermatitis // *J. Clin. Invest.* 2004. Vol. 113. № 5. P. 651–657.
20. Sandström Falk M.H., Faergemann J. Atopic dermatitis in adults: does it disappear with age? // *Acta Derm. Venereol.* 2006. Vol. 86. № 2. P. 135–139.

21. Tanei R. Atopic dermatitis in the elderly // *Inflamm. Allergy Drug Targets.* 2009. Vol. 8. № 5. P. 398–404.
22. Barry B.W., Woodford R. Comparative bio-availability of proprietary topical corticosteroid preparations vasoconstrictor assays on thirty creams and gels // *Br. J. Dermatol.* 1974. Vol. 91. № 3. P. 323–338.
23. Miller J.A., Munro D.D. Topical corticosteroids: clinical pharmacology and therapeutic use // *Drugs.* 1980. Vol. 19. № 2. P. 119–134.
24. Williams H.C. Established corticosteroid creams should be applied only once daily in patients with atopic eczema // *BMJ.* 2007. Vol. 334. № 7606. P. 1272.
25. Bieber T. Atopic dermatitis // *Ann. Dermatol.* 2010. Vol. 22. № 2. P. 125–137.
26. Wollenberg A., Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis – an emerging concept // *Allergy.* 2009. Vol. 64. № 2. P. 276–278.
27. Van der Meer J.B., Glazenburg E.J., Mulder P.G. et al. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. The Netherlands Adult Atopic Dermatitis Study Group // *Br. J. Dermatol.* 1999. Vol. 140. № 6. P. 1114–1121.
28. Ring J., Alomar A., Bieber T. et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. Vol. 26. № 8. P. 1045–1060.
29. Ring J., Alomar A., Bieber T. et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. Vol. 26. № 9. P. 1176–1193.
30. Faergemann J., Christensen O., Sjövall P. et al. An open study of efficacy and safety of long-term treatment with mometasone furoate fatty cream in the treatment of adult patients with atopic dermatitis // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2000. Vol. 14. № 5. P. 393–396.
31. Sara G.A. Van Velsen Pitfalls and opportunities in the treatment of atopic dermatitis. Ontwerp: Ton van Velsen, 2011. 188 p.
32. Akdis C.A., Akdis M., Bieber T. et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006. Vol. 118. № 1. P. 152–169.
33. Svensson A., Chambers C., Gånemo A., Mitchell S.A. A systematic review of tacrolimus ointment compared with corticosteroids in the treatment of atopic dermatitis // *Curr. Med. Res. Opin.* 2011. Vol. 27. № 7. P. 1395–1406.
34. Granlund H., Erkkö P., Sinisalo M., Reitamo S. Cyclosporin in atopic dermatitis: time to relapse and effect of intermittent therapy // *Br. J. Dermatol.* 1995. Vol. 132. № 1. P. 106–112.
35. Berth-Jones J., Graham-Brown R.A., Marks R. et al. Long-term efficacy and safety of cyclosporin in severe adult atopic dermatitis // *Br. J. Dermatol.* 1997. Vol. 136. № 1. P. 76–81.
36. Sidbury R., Hanifin J.M. Systemic therapy of atopic dermatitis // *Clin. Exp. Dermatol.* 2000. Vol. 25. № 7. P. 559–566.

Н.Г. КОЧЕРГИН

Что такое аллергодерматозы и что их объединяет

1. Молочков В.А., Караулов А.В., Николаева С.А. Лактофильтрум как фактор повышения бактерицидной функции кожи // Эффективная



Литература

- фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии. 2010. № 1. С. 32–34.
2. *Перламутров Ю.Н. и др.* Отчет о клиническом исследовании по протоколу № 04/09. Москва, 2010.
 3. *Черненко Ю.В., Гуменюк О.И., Раскина Е.Е.* Современные подходы к лечению детей с атопическим дерматитом: применение лактазосодержащих препаратов // *Consilium medicum*. Педиатрия. 2010. № 2. С. 68–71.

Н.Л. КОРОТАЕВА, И.Л. СОРКИНА, И.М. КОРСУНСКАЯ Комбинированная терапия тяжелых форм акне у женщин

1. *Bollag W., Holdener E.E.* Retinoids in cancer prevention and therapy // *Ann. Oncol.* 1992. Vol. 3. № 7. P. 513–526.
2. *Fritsch P.O.* Retinoids in psoriasis and disorders of keratinization // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992. Vol. 27. № 6. Pt. 2. P. S8–S14.
3. *Gudas L.J., Sporn M.B., Roberts A.B.* Cellular biology and biochemistry of the retinoids // *The Retinoids: Biology, Chemistry, and Medicine*. 2nd ed. / Ed. by M.B. Sporn, A.B. Roberts, D.S. Goodman. New York: Raven Press, 1994. P. 443–520.
4. *Mangelsdorf D.J., Umesono K., Evans R.M.* The retinoid receptors // *The Retinoids, Biology, Chemistry, and Medicine*. 2nd ed. / Ed. by M.B. Sporn, A.V. Roberts, D.S. Goodman. New York: Raven Press, 1994. P. 319–350.
5. *Orfanos C.E., Schmidt H.W., Mahrle G. et al.* Retinoic acid in psoriasis: its value for topical therapy with and without corticosteroids. Clinical, histological and electron microscopical studies on forty-four hospitalized patients with extensive psoriasis // *Br. J. Dermatol.* 1973. Vol. 88. № 2. P. 167–182.
6. *Orfanos C.E., Zouboulis C.C., Almond-Roesler B., Geilen C.C.* Current use and future potential role of retinoids in dermatology // *Drugs*. 1997. Vol. 53. № 3. P. 358–388.
7. *Ross S.A., McCaffery P.J., Drager U.C., De Luca L.M.* Retinoids in embryonal development // *Physiol. Rev.* 2000. Vol. 80. № 3. P. 1021–1054.
8. *Thielitz A., Krauthaim A., Gollnick H.* Update in retinoid therapy of acne // *Dermatol Ther.* 2006. Vol. 19. № 5. P. 272–279.
9. *Layton A.* The use of isotretinoin in acne // *Dermatoendocrinol.* 2009. Vol. 1. № 3. P. 162–169.
10. *Koltun W., Lucky A.W., Thiboutot D. et al.* Efficacy and safety of 3 mg drospirenone/20 mcg ethinylestradiol oral contraceptive administered in 24/4 regimen in the treatment of acne vulgaris: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Contraception*. 2008. Vol. 77. № 4. P. 249–256.
11. *Maloney J.M., Dietze P. Jr., Watson D. et al.* Treatment of acne using a 3-milligram drospirenone/20-microgram ethinyl estradiol oral contraceptive administered in a 24/4 regimen: a randomized controlled trial // *Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 112. № 4. P. 773–781.
12. *Перламутров Ю.Н., Чижова С.К., Корчевая Т.А., Ольховская К.Б.* Сравнительная эффективность и переносимость различных методов терапии акне у женщин // *Клиническая дерматология и венерология*. 2012. № 3. С. 72–77.

13. *Чижова С.К.* Исследование эффективности комбинированной терапии акне у женщин // *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2012. № 3. С. 51–55.
14. *Потекаев Н.Н., Горячкина М.В.* Некоторые аспекты диагностики и лечения рефрактерных акне у женщин // *Клиническая дерматология и венерология*. 2012. № 1. С. 72–78.

Н.Н. МУРАШКИН, М.И. ГЛУЗМИН, А.И. МАТЕРИКИН, А.А. ХОТКО Корнеотерапия как метод коррекции эпидермальных нарушений при хронических дерматозах у детей

1. *Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Соколов Г.Н. и др.* Эритема лица, особенности диагностики и ухода за кожей // *Клин. дерматология и венерология*. 2003. № 3. С. 69–73.
2. *Скрипкин Ю.К.* Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х т. Т. 3. М.: Медицина, 1995. С. 239–292.
3. *Суворова К.Н., Тогоева Л.Т., Гришко Т.Н. и др.* Корнеотерапия при воспалительных и десквамативных дерматозах у детей // *Вопр. соврем. педиатрии*. 2005. Т. 4. № 6. С. 39–44.
4. *Kligman A.M.* The biology of the stratum corneum // *Montagna W., Lobitz M.C. The Epidermis*. Jerusalem – New York: Academic press, 1964. 387–433.
5. *Эрнандес Е., Марголина А., Петрухина А.* Липидный барьер кожи и косметические средства // М.: ИД «Косметика и медицина», 2005. С. 9–37.
6. *Nickoloff B.J., Naidu Y.* Perturbation of epidermal barrier function correlates with initiation of cytokine cascade in human skin // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1994. Vol. 30. № 4. P. 535–546.
7. *Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Таганов А.В., Моисеенко А.В.* Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей. Тверь: Издательство «Триада», 2003. С. 35–39.
8. *Мазитова Л.П.* Роль микробной гиперсенсibilизации в развитии аллергодерматозов у детей // *Вестн. дерматологии и венерологии*. 2007. № 2. С. 36–38.
9. *Leyden J.J., Marples R.R., Kligman A.M.* Staphylococcus aureus in the lesions of atopic dermatitis // *Br. J. Dermatol.* 1974. Vol. 90. № 5. P. 525–530.
10. *Смирнова Г.И.* Современные технологии местного лечения атопического дерматита у детей // *Иммунопатология, аллергология, инфектология*. 2003. № 3. С. 75–82.
11. *Man MQ M., Feingold K.R., Thornfeldt C.R., Elias P.M.* Optimization of physiological lipid mixtures for barrier repair // *J. Invest. Dermatol.* 1996. Vol. 106. № 5. P. 1096–1101.
12. *The Lanolin Book* / Ed. by U. Hoppe. Hamburg: Beiersdorf AG, 1999.
13. *Clark E.W., Steel I.* Microstructure of human stratum corneum treated with lanolin. Poster presentation at American Academy of Dermatology meeting. Poster № 2. Washington D.C., 1993.
14. *Clark E.W., Steel I.* Investigations into biomechanisms of the moisturizing function of lanolin // *J. Soc. Cosmet. Chem.* 1993. Vol. 44. P. 181–195.



Литература

Е.И. ТРЕТЬЯКОВА

Наружные средства серии Сенснбио в комплексном лечении розацеа и себорейного дерматита

1. Корсунская И.М., Тамразова О.Б., Бигвава С.С. Гель «Скинорен» в терапии розацеа // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2005. № 3. С. 37–40.
2. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М., 2009. С. 142–252
3. Курдина М.И., Потехаев Н.Н., Потехаев Н.С., Самгин М.А. Розацеа. Учебное пособие. М., 1999. 24 с.
4. Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea // J. Am. Acad. Dermatol. 2002. Vol. 46. № 4. P. 584–587.
5. Faergemann J. Management of seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor // Am. J. Clin. Dermatol. 2000. Vol. 1. № 2. P. 75–80.
6. Sibenge S., Gawkrödger D.J. Rosacea: a study of clinical patterns, blood flow, and the role of Demodex folliculorum // J. Am. Acad. Dermatol. 1992. Vol. 26. № 4. P. 590–593.
7. Аравийская Е.А., Соколовский Е.В., Соколов Г.Н. и др. Эритема лица, особенности диагностики и ухода за кожей // Клиническая дерматология и венерология. 2003. № 2. С. 69–73.
8. Олисова О.Ю., Громова С.В. Перiorальный дерматит // Рус. мед. журн. 2003. Т. 11. № 17. С. 972–975.
9. Никулин Н.К., Пантелева Г.А., Михайлушкина Р.В. Лечение себореи волосистой части головы // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2000. № 5. С. 60–61.

Н.С. СИРМАЙС, М.В. УСТИНОВ

Использование препарата изотретиноина (Акнекутан®), созданного на базе технологии Lidose®, в терапии торпидно протекающих форм розацеа и схемы его дозирования

1. Рыжкова Е.И. Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1976. 17 с.
2. Середнякова Н.И. Ультраструктура эндотелиоцитов капилляров кожи в норме и при розацеа: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. М., 1987.
3. Sobyе P. Aetiology and pathogenesis of rosacea // Acta Derm. Venereol. 1950. Vol. 30. № 2. P. 137–158.
4. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В., Лобанова Е.В. и др. Состояние системы гемостаза и показателей иммунитета у больных розацеа // Вестн. дерматологии и венерологии. 1999. № 6. P. 28–30.
5. Borrie P. The state of the blood vessels of the face in rosacea. I // Br. J. Dermatol. 1955. Vol. 67. № 1. P. 5–8.
6. Kogan B.G., Stepanenko V.I., Gorgol V.T., Pavlyshin A.V. Role of Demodex mites and Helicobacter infection in etiopathogenesis of rosacea, demodicoses, perioral dermatitis and acne disease // Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2003. Vol. 15. № 3. P. 165.

7. Карлова В.В., Ворушилина И.Е., Чеботарев В.В., Попов С.П. Пилобакт в терапии больных розацеа // Сиб. журн. дерматологии и венерологии. 2005. № 6. P. 33–34.
8. Адаскевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2003. № 1. P. 52–56.
9. Rebora A., Drago F., Picciotto A. Helicobacter pylori in patients with rosacea // Am. J. Gastroenterol. 1994. Vol. 89. № 9. P. 1603–1604.
10. Parish L.C., Witkowski J.A. Acne rosacea and Helicobacter pylori betrothed // Int. J. Dermatol. 1995. Vol. 34. № 4. P. 236–237.
11. Потехаев Н.Н. Розацеа (этиология, клиника, терапия). СПб.: Невский Диалект, 2000. P. 15–22.
12. Быстрицкая Е.А., Быстрицкая Т.Ф., Чернакова Н.Н. Комплексный подход к лечению розацеа, демодекоза и акне у пациенток средней возрастной группы // Клини. дерматология и венерология. 2006. № 4. P. 29–31.
13. Powell F.C. Rosacea and the pilosebaceous follicle // Cutis. 2004. Vol. 74. Suppl. 3. P. 9–12, 32–34.
14. Hu Q., Wang Y., Tong L. Relationship between the Demodex and bacteria infection in human rosacea // Zhongguo Ji Sheng Chong Xue Yu Ji Sheng Chong Bing Za Zhi. 2004. Vol. 22. № 1. P. 50–53.
15. Berg M., Lidén S. An epidemiological study of rosacea // Acta Derm. Venereol. 1989. Vol. 69. № 5. P. 419–423.
16. Millikan L.E. Rosacea as an inflammatory disorder: a unifying theory? // Cutis. 2004. Vol. 73. Suppl. 1. P. 5–8.
17. Бобров В.М. Розовые угри носа, осложненные демодекозом // Вестн. дерматологии и венерологии. 1994. № 4. P. 43–44.
18. Aziz N., Khachemoune A. A man with changes on nose // J. Am. Acad. Dermatol. 2007. Vol. 57. P. 551–553.
19. Baker B. Low-dose, pulsed oral isotretinoin may clear resistant rosacea // Skin & Allergy News. 1999. Vol. 30. № 12. P. 23.
20. Erdogan F.G., Yurtsever P., Aksoy D., Eskioğlu F. Efficacy of low-dose isotretinoin in patients with treatment-resistant rosacea // Arch. Dermatol. 1998. Vol. 134. № 7. P. 884–885.
21. Hoting E., Paul E., Plewig G. Treatment of rosacea with isotretinoin // Int. J. Dermatol. 1986. Vol. 25. № 10. P. 660–663.
22. Hofer T. Continuous 'microdose' isotretinoin in adult recalcitrant rosacea // Clin. Exp. Dermatol. 2004. Vol. 29. № 2. P. 204–205.
23. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. М.: Мед. книга, 2004. 164 с.

В.В. ЧЕБОТАРЕВ

Новые возможности местной терапии рецидивов простого герпеса

1. Халдин А.А., Баскакова Д.В., Брико В.И. Клинико-эпидемиологические характеристики заболеваний, вызванных вирусом простого герпеса (обзор литературы) // Герпес. 2006. № 2. С. 26–30.
2. Марданлы С.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А. и др. Герпесвирусные инфекции: особенности патогенеза, диагностика, лечение // Terra Medica nova. 2006. № 4 (12).
3. Подзолкова Н.М., Созаева Л.Л., Осадчев В.Б. Папилломавирусная и герпетическая инфекции в акушерстве и гинекологии. Учебно-методическое пособие. М., 2009. 46 с.

Интернет-магазин медицинской книги www.mbookshop.ru



~ Только **НОВИНКИ** ~

~ Книги **ЛУЧШИХ** медицинских издательств ~

~ Ежедневное обновление ~

~ Без регистрации ~

~ **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ** подход к расчету доставки ~

~ Подарки и **СКИДКИ** покупателям ~

~ Приятный интерфейс и **УДОБНЫЙ** поиск ~

Не тратьте время на поиск книг в магазинах вашего города.

Зайдите к нам!

Для юридических лиц

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7723809029	КПП 772301001	Сч. №	40702810700000000536
Получатель ООО «Медфорум-Альфа»			
Банк получателя ОАО «Промсвязьбанк» Москва		БИК Сч. №	044525555 30101810400000000555

СЧЕТ № 10/П от «__» _____ 2012 г.

Заказчик:

Плательщик:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1	Подписка на журнал «Эффективная фармакология. Дерматовенерология и дерматокосметология»	шт.	6	200-00	1200-00
Итого:					1200-00
Без налога (НДС).					-
Всего к оплате:					1200-00

НДС не облагается.

Всего к оплате: Одна тысяча двести рублей 00 копеек.

Руководитель предприятия
Главный бухгалтер



Романенко А.Е.
Макарова О.М.

Для физических лиц

Кассир	Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «Медфорум-Альфа» (наименование получателя платежа) 7723809029 (ИНН получателя платежа) № 40702810700000000536 (номер счета получателя платежа) ОАО «Промсвязьбанк» Москва (наименование банка и банковские реквизиты) к/с 30101810400000000555 БИК 044525555 Оплата подписки на журнал «ЭФТ Дерматовенерология и дерматокосметология» (6 номеров) (наименование платежа) Дата _____ Сумма платежа: 1200 руб. 00 коп. Информация о плательщике: _____ Адрес доставки: _____ (ФИО, адрес, телефон) Плательщик (подпись) _____	
Кассир	Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «Медфорум-Альфа» (наименование получателя платежа) 7723809029 (ИНН получателя платежа) № 40702810700000000536 (номер счета получателя платежа) ОАО «Промсвязьбанк» Москва (наименование банка и банковские реквизиты) к/с 30101810400000000555 БИК 044525555 Оплата подписки на журнал «ЭФТ Дерматовенерология и дерматокосметология» (6 номеров) (наименование платежа) Дата _____ Сумма платежа: 1200 руб. 00 коп. Информация о плательщике: _____ Адрес доставки: _____ (ФИО, адрес, телефон) Плательщик (подпись) _____	

ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ

Группа компаний
«Медфорум»
работает
на фармацевтическом
рынке России
с 1997 года
и является
экспертом
в области
образовательных
программ
(конференций, лекций,
тренингов),
освещения спутниковых
симпозиумов
на конгрессах,
консалтинга
и промоакций
для врачей
основных
специализаций.

- ◆ В рамках национального проекта «Здоровье» Группой компаний «Медфорум» совместно с Министерством здравоохранения и социального развития России, ведущими медицинскими научно-исследовательскими институтами и вузами страны создан постоянно действующий оргкомитет по проведению профессиональных образовательных программ.
- ◆ К сфере реализации данного проекта относится организация профессиональных медицинских форумов с международным участием в Москве, Санкт-Петербурге и регионах России.
- ◆ Издательский дом «Медфорум» с 2005 года выпускает журналы «Вестник семейной медицины» для практикующих врачей, «Аптечный бизнес» для провизоров и фармацевтов, а также линию журналов «Эффективная фармакотерапия», которые выходят по всем направлениям медицины. В 2010 году запущен новый проект «Hi+Med. Высокие технологии в медицине».
- ◆ Солидный научный уровень изданий, актуальная тематика, доступность изложения, современная форма подачи материала помогают практикующему врачу всегда находиться на высоком профессиональном уровне.

Профессионалы выбирают высокий уровень услуг Группы компаний «МЕДФОРУМ»!



Вместе – сила

Реклама

**Комбинированный препарат для терапии
аллергодерматозов, осложненных
бактериальной и/или грибковой инфекцией**

- Сохраняет высокую активность в условиях роста резистентности микроорганизмов*
- Подходит для использования на чувствительных участках (лицо, складки)** и у детей с рождения***

В 1 г: натамицин 10 мг, неомицин 3 500 ЕД, гидрокортизон 10 мг

* Решедько Г.К. Автореф. дис.канд.мед.наук. Смоленск, 1997. ** В форме крема. *** До 1 года с осторожностью



Представительство компании Астеллас Фарма Юроп Б.В.
Москва, ул. Марксистская, 16, тел.+7(495) 737 07 55



Пимафукорт®

РУ П №012689/01; П №012689/02