



Современные подходы к терапии аллергических и инфекционных заболеваний кожи

На форуме «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики» (Москва, 16–18 октября 2013 г.) активно обсуждали вопросы повышения эффективности лечения наиболее распространенных дерматологических заболеваний. В частности, в рамках научно-практических конференций «Аллергодерматозы – выбор рациональной терапии» и «Грибковые болезни – мультидисциплинарная проблема» прозвучали выступления, посвященные использованию препаратов производства венгерской компании EGIS. С докладами выступили ведущие российские дерматологи, обладающие огромным опытом использования данных лекарственных средств в научных целях и клинической практике.



Профессор
Н.Г. Кочергин

В начале выступления Николай Георгиевич КОЧЕРГИН, д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, перечислил ряд заболеваний, относящихся к аллергическим дерматозам. Это аллергический дерматит, токсидермия, экзема, флеботодермия, крапивница, атопический дерматит, кожный зуд, пруриго и др. В целом аллергодерматозы представляют собой гетерогенную группу заболеваний. Их

Новые возможности в лечении зудящих аллергодерматозов у взрослых и детей

объединяет то, что единственным (или как минимум ведущим) механизмом развития являются аллергические реакции. Как правило, образующиеся при аллергодерматозах высыпания на коже сопровождаются зудом. Зуд снижает качество жизни пациентов, а в местах расчесов повышается риск присоединения вторичной инфекции.

Характерный и широко распространенный представитель группы аллергодерматозов – атопический дерматит (АтД). Это хроническое заболевание, характеризующееся рецидивирующим течением различной степени тяжести. АтД сопровождается зудом, иногда мучительным, нарушающим сон и снижающим трудоспособность.

АтД – мультифакторное заболевание, развивающееся в результате сочетания генотипических и средовых факторов. Обострения болезни могут быть спровоцированы многочисленными неспецифическими факторами, элиминация которых зачастую

невозможна, поскольку речь идет о конкретных аллергенах. Специфической терапии АтД на сегодняшний день не существует, вместе с тем научный поиск патогенетически обусловленных лечебных подходов ведется непрерывно.

Патогенетические механизмы, лежащие в основе АтД, включают Th₂-зависимый иммунный дисбаланс, дефицит кожного барьера, нарушение микробной колонизации кожи (у больных АтД преобладают бактерия *Staphylococcus aureus* и грибы рода *Malassezia*). Важную роль в развитии обострений АтД играет психосоматический компонент. Патогенетические механизмы, ответственные за развитие АтД, разнообразны, что предполагает разработку индивидуального терапевтического подхода.

Еще одно заболевание, относящееся к аллергодерматозам, – крапивница. Обычно под ней подразумевают гетерогенную группу острых или хронических заболеваний кожи и слизистых обо-

Сателлитный симпозиум компании EGIS

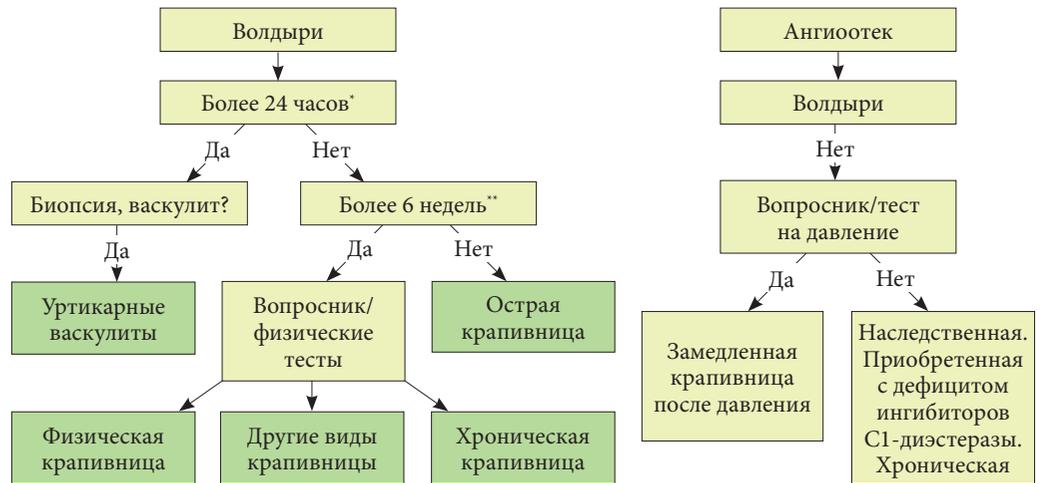
лочки, проявляющихся образованием эфемерных и волдырных высыпаний с зудом и жжением. В развитии крапивницы важную роль играет высвобождение гистамина, которое может быть спровоцировано инфекционными, аллергическими, иммунными факторами. Независимо от того, какой триггер запускает этот процесс, высвободившийся гистамин провоцирует развитие волдырных высыпаний на коже. В наиболее тяжелых случаях крапивница способна принимать форму уртикарного васкулита и отека Квинке.

Тяжесть течения крапивницы оценивают по числу волдырей, появляющихся в течение суток. Если их менее 20, говорят о легкой тяжести течения, если от 21 до 50 – о средней. Тяжелая форма заболевания характеризуется количеством волдырей свыше 51 или обширной площадью поражения. Кроме того, тяжесть течения крапивницы связывают с интенсивностью зуда.

Уточнить диагноз можно исходя из продолжительности существования волдырей. Если они присутствуют менее часа, имеет место физическая крапивница, от 2 до 24 часов – обыкновенная (острая или эпизодическая) крапивница, более 6 недель – хроническая (спонтанная) крапивница. И наконец, длительно (на протяжении дней и недель) наблюдаемые волдырные высыпания могут свидетельствовать о наличии уртикарного васкулита, однако окончательный диагноз в этом случае ставят на основании биопсии (рис. 1).

Для терапии заболеваний, основным патогенетическим механизмом которых является высвобождение гистамина, применяются антигистаминные препараты, блокирующие гистаминовые рецепторы 1-го типа и препятствующие связыванию с ними гистамина.

Эффективность антигистаминного препарата зависит не только



* Время «жизни» волдыря. ** Длительность крапивницы.

Рис. 1. Алгоритм диагностики крапивницы

от степени сродства молекулы препарата к H₁-рецепторам, но и от приверженности пациента терапии данным лекарственным средством. Чем проще схема приема препарата, тем аккуратнее пациент будет ей следовать. В этом плане определенным преимуществом обладают препараты, принимаемые 1 раз в сутки. К ним, в частности, относится левоцетиризин, антигистаминный препарат II поколения, эффективность которого через сутки после приема в 4 раза превосходит таковую цетиризина (рис. 2). В целом левоцетиризин характеризуется быстрым, мощным и длительным терапевтическим эффектом.

Левоцетиризин эффективен в отношении всех основных симптомов аллергодерматозов – зуда, волдырных высыпаний, покраснения и экземы.

Антигистаминные препараты II поколения неоднократно упоминаются в клинических рекомендациях по терапии хронической спонтанной крапивницы – одного из самых сложных в плане лечения аллергодерматозов. Так, рекомендуется назначать на выбор как минимум один из двух антигистаминных препаратов II поколения. При отсутствии эффекта через 2 недели после начала лечения целесообразно постепенно повы-

шать дозу – рекомендованные производителем дозы допустимо превышать в 4 раза.

В тяжелых случаях к антигистаминным препаратам можно добавить Циклоспорин, Дапсон и омализумаб, а также процедуры плазмафереза. От назначения длительных курсов системных стероидов следует отказаться.

Определенные сложности вызывает назначение антигистаминных препаратов беременным. Считается, что во время беременности лекарственные средства данной группы лучше не использовать. Исключение составляют цетиризин, левоцетиризин и лоратадин.

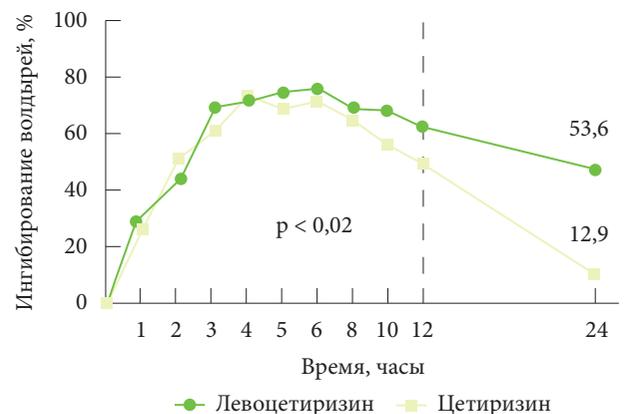


Рис. 2. Сравнительная эффективность левоцетиризина и цетиризина



III Московский форум «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики»

Противозудную эффективность левоцетиризина при дерматозах изучали в ходе небольшого исследования, проведенного на базе дерматологической факультетской клиники Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. В исследование были включены пациенты

с различными диагнозами – дерматитами, крапивницей, псориазом и др. Всем им назначили монотерапию Супрастинексом 5 мг/сут в течение 7 дней. К концу курса зуд в той или иной степени снизился у всех категорий больных, причем у пациентов с крапивницей наблю-

далась уменьшение выраженности зуда на 80%, а у больных аллергическим дерматитом – на 75%. Это свидетельствовало о высокой эффективности левоцетиризина у пациентов с истинно аллергическими дерматологическими заболеваниями.



Профессор
Т.В. Соколова

По словам Татьяны Вениаминовны СОКОЛОВОЙ, д.м.н., профессора кафедры кожных и венерических болезней Медицинского института усовершенствования врачей Министерства обороны РФ, микозы стоп относятся к наиболее распространенной дерматофитии и составляют более трети всех случаев заболеваний данной группы. В Европе каждый третий пациент дерматологического приема имеет микоз стоп. Согласно российской

Микозы стоп: оценка проблемы по данным многоцентрового исследования в России

статистике, данным заболеванием страдают от 10 до 20% взрослого населения и около 50% лиц старше 70 лет.

Заболеваемость микозами стоп демонстрирует тенденцию к увеличению: с 2002 по 2006 г. этот показатель возрос на 3,9%. В настоящее время заболевание регистрируется и у детей. Для микозов стоп характерно поражение ногтевых пластинок (20–40% случаев).

Основным возбудителем микозов стоп в РФ и странах Европы является грибок-дерматофит *Trichophyton rubrum*. В нашей стране он становится причиной болезни в 80% случаев.

Микозы стоп тесно связаны с лекарственной непереносимостью: у пациентов с данным диагнозом непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда развивается в 4 раза чаще, а аллергический дерматит – в 3 раза чаще, чем у людей, не страдающих микозом стоп. В 25–30% случаев заболевание осложняется вторичной инфекцией, после присоединения которой лечение микоза становится затруднительным. В связи с этим рациональная терапия микозов стоп предполагает использование топических монопрепаратов, оказывающих выраженное антимикотическое и антибактериальное действие. Одним из таких лекарственных средств является крем Залаин на основе сертаконазола.

Актуальность проблемы микозов стоп послужила предпосылкой к проведению исследований, посвященных изучению заболеваемости, структуре и особенностям течения микозов стоп у больных амбулаторного приема в различных регионах РФ. Кроме того, была проанализирована практика лечения данной категории пациентов и изучена эффективность сертаконазола спустя семь лет после его регистрации на территории нашей страны.

С 2010 по 2013 г. было проведено два многоцентровых исследования. В первом («Поверхностные микозы: распространенность, структура, клиника, диагностика и лечение» в рамках программы «Асклепий»¹) число пациентов с микозами стоп составило 1650 человек, во втором («Изучение реальной практики лечения больных дерматомикозами в Российской Федерации», октябрь 2012 г. – июнь 2013 г.) – 995. Помимо эпидемиологии микозов стоп оценивали интенсивный показатель заболеваемости дерматофитиями и поверхностными микозами кожи (рис. 3) в расчете на 1000 больных, пришедших на амбулаторный прием.

Если общая заболеваемость микозами стоп в России составляет 144 случая на 100 тыс. населения, то для амбулаторных больных этот показатель в 23 раза выше – 3270 случаев на 100 тыс. населения. Результаты исследования также

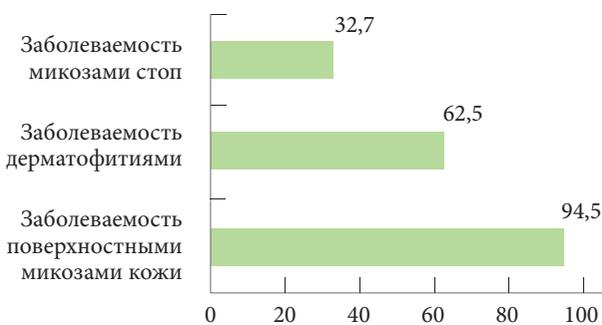


Рис. 3. Заболеваемость микозами в Российской Федерации (на 1000 населения)

¹ Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии // Русский медицинский журнал. 2011. № 21. С. 1327–1332; <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/565/46435/>



III Московский форум «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики»

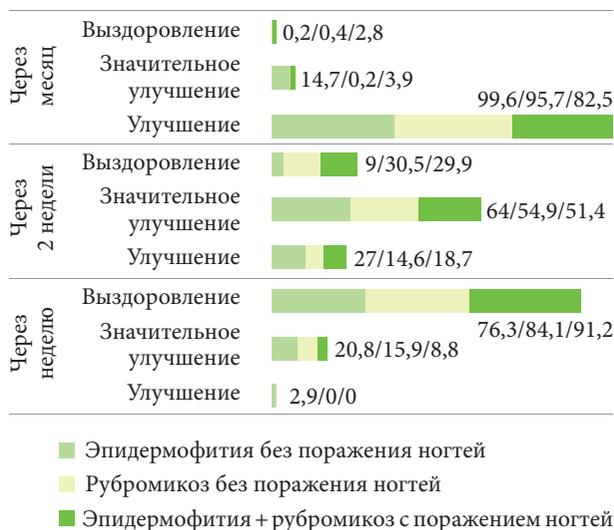


Рис. 4. Эффективность лечения микозов стоп сертаконазолом (n = 995), %

продемонстрировали, что заболеваемость микозами стоп в регионах РФ различна: в Самарской области этот показатель был в 8 раз ниже, а в Кировской – в 5 раз выше среднероссийского. Не исключено, что это связано с биологическими особенностями распространения инфекции в названных регионах или активностью выявления местной дерматовенерологической службой данной категории больных.

Вторая работа была полностью посвящена изучению микоза стоп. В исследовании участвовали только пациенты с микозом стоп, в том числе страдающие осложненными рецидивирующими формами, а также пациенты, у которых предыдущая терапия

оказалась неэффективной, и большие микозом стоп с минимальным поражением ногтевых пластинок. Около 17% пациентов страдали микозом стоп на протяжении года и более, а значит, должны были принимать топические или системные антимикотики. Всего антимикотики ранее получали 49,8% участников исследования. Как правило, это были препараты из групп азолов, аллиламинов, нафтифинов и др. Сопутствующие заболевания (чаще сахарный диабет) присутствовали у 36,3% пациентов, причем у тех больных, у которых микоз стоп сочетался с псориазом, дерматитом или экземой, он оказывался значимым триггерным фактором, отягчавшим течение сопутствующего заболевания.

Осложнения дерматомикозов наблюдались только у 5,1% больных. В 2/3 случаев отмечалась вторичная пиодермия, в 1/3 – микотическая экзема.

Терапевтическая часть работы была посвящена оценке эффективности крема Залаин (сертаконазол) у пациентов с микозами стоп. Этот препарат успешно применяется более чем в 60 странах мира. В России он зарегистрирован с 2006 г. Благодаря накопленным данным о безопасности, с 2012 г. препарат получил статус безрецептурного.

Залаин относится к новому поколению антимикотических препаратов, оказывающих фунгицидное и фунгистатическое действие. Спектр его специфической актив-

ности достаточно широк: сертаконазол вызывает гибель дерматофитов, дрожжеподобных грибов, липофильных дрожжей, условно-патогенных плесневых грибов, грамположительных штаммов стафило- и стрептококков, а также трихомонад. Это позволяет с успехом использовать Залаин в качестве препарата для монотерапии микозов, осложненных вторичной бактериальной инфекцией.

Сертаконазол не вызывает резистентности микроорганизмов, не оказывает системного действия и хорошо переносится. Применяется у взрослых и детей. После грамотно проведенного курса терапии рецидивы практически отсутствуют.

В ходе исследования была продемонстрирована высокая эффективность Залаина. В зависимости от клинической формы заболевания после месячного курса приема препарата выздоровление отмечалось в 82–99% случаев. Улучшение или значительное улучшение наблюдалось практически у всех участников исследования, не достигших полного выздоровления (рис. 4).

В ходе исследования Залаин рекомендовал себя как эффективный препарат для лечения микоза стоп, в том числе с минимальным поражением ногтевых пластинок. Эффективность препарата подтверждена данными объективных исследований и результатами анонимного анкетирования пациентов.

ными клиническими формами заболевания.

Что касается алергодерматозов, в частности крапивницы, специфического лечения заболеваний данной группы пока не существует. Однако своевременное начало приема антигистаминных препаратов II поколения, таких как Супрастинекс, позволяет существенно уменьшить зуд и другие клинические проявления заболевания. ●

Заключение

В зависимости от характера заболевания в одних случаях можно достичь полного выздоровления, в других – уменьшить выраженность симптомов и продлить безрецидивный период. В любом случае стратегическая задача терапии состоит в максимально возможном повышении качества жизни пациентов.

Применительно к микозам стоп решением такой задачи является полное выздоровление – состояние, которого можно достичь благодаря современным антимикотическим препаратам, например крему Залаин. Данное средство хорошо зарекомендовало себя и может использоваться у пациентов с различ-