

# Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия

в дерматовенерологии и дерматокосметологии

**№ 2**  
ИЮНЬ 2010

Комплексная терапия  
атопического дерматита у детей

Аллергический контактный дерматит

Лечение ограниченных форм склеродермии

Тема номера:

**ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ**

# МОМАТ

Мометазона фууроат 0,1%



Нефторированный кортикостероид  
для наружной терапии

## БЕРЕЖНАЯ СИЛА В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

- Высокая эффективность и быстрое устранение симптомов
- Высокая безопасность
- Однократное нанесение в сутки



### Краткая информация по медицинскому применению препарата\*:

Момат крем 0,1% и Момат мазь 0,1%.

**Состав:** мометазона фууроат – 0,1%. **Фармакологическое действие:** Синтетический нефторированный глюкокортикостероид, обладающий противовоспалительным, противозудным и антиэкссудативным действием. **Показания к применению:** Воспалительные явления и зуд при дерматозах, поддающихся глюкокортикостероидной терапии. С 2-летнего возраста. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата или к ГКС. **Побочное действие:** Редко – нежелательные кожные проявления, свойственные всем топическим глюкокортикостероидам. **Особые указания:** избегать попадания в глаза. **Применение при беременности и лактации:** не изучено. **Способ применения и дозы:** Наружно. Тонкий слой крема или мази Момат наносят на пораженные участки кожи один раз в день.

Момат мазь– ЛРС-005532/07, В) Момат Крем ЛРС-005537/07

Фармацевтическая компания Гленмарк – одна из самых динамично развивающихся международных фармацевтических компаний, со штаб-квартирой в г. Мумбай. Основана в 1977 г. Основные сегменты деятельности: дерматология, пульмонология, гинекология, онкология, гастроэнтерология. Научно-исследовательские центры компании расположены в Индии и Швейцарии. Продукция Гленмарк экспортируется в более чем 85 стран мира, включая Европу, США, Японию и др. В 2008 г. Гленмарк признана журналом Forbes лучшей компанией среди всех компаний с оборотом до миллиарда долларов. Сегодня компания Гленмарк Импэкс в России – одна из ведущих в области дерматологии и пульмонологии.



**Гленмарк**

ООО «Гленмарк Импэкс»: 115191, Москва,  
ул. Б. Тульская, д. 10, стр. 9, офис 9509;  
тел./факс: (495) 723-72-90.

\*Подробную информацию по препаратам см. в инструкции по применению.



Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Российское научное медицинское общество терапевтов  
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи  
Всероссийское научное общество кардиологов  
Всероссийское общество неврологов  
Научное общество гастроэнтерологов России  
Российское общество клинических исследователей  
Российский государственный медицинский университет  
Институт повышения квалификации Федерального  
медико-биологического агентства России

**24–26 ноября 2010 года**

**Москва, проспект Вернадского, 84**

# Национальный конгресс терапевтов

**115 лет со дня рождения Е. М. Тареева**

## Секретариат Конгресса:

117420, Москва, а/я 1  
НП «Дирекция  
«Национального конгресса терапевтов»  
телефон (495) 518-26-70  
электронная почта congress@nc-i.ru  
[www.nc-i.ru](http://www.nc-i.ru)

## Выставка:

НП «Дирекция  
«Национального конгресса терапевтов»  
телефон (495) 786-25-57  
электронная почта congress@nc-i.ru  
Дмитрий Смирнов,  
Дмитрий Альперович

## В рамках Конгресса:

11-й ежегодный форум  
**Скорая помощь**  **2010**

## Основные вопросы программы:

- Современные диагностические технологии в практике врача-терапевта.
- Нефрологическая патология в практике терапевта.
- Актуальные вопросы современной кардиологии.
- Профилактическая кардиология.
- Инфекционные эндокардиты, миокардиты и кардиомиопатии.
- Ревматические заболевания в клинике внутренних болезней.
- Диагностика, профилактика и лечение артериальных и венозных тромбозов.
- Патология желудочно-кишечного тракта в практике врача-терапевта.
- Отдельные аспекты гепатологии.
- Современные тенденции антибактериальной терапии в общеклинической практике.
- Внедрение клинических рекомендаций и стандартов лечения основных терапевтических заболеваний, стандартизация терапевтической помощи.

Генеральные  
информационные партнеры:

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ  
**ФАРМАТЕКА**

МЕДИЦИНСКИЙ ВРАЧ  
**ВЕСТИК**

Информационные спонсоры:



**Миссия журнала.** Издание должно способствовать своей деятельностью и публикациями развитию и материализации идеи гармоничного сочетания интересов государства, бизнеса, медицинской общественности и потребителей услуг здравоохранения для улучшения качества жизни и здоровья населения России, пропаганде научных достижений медицинской, биологической и фармацевтической науки и практики, содействовать повышению качества подготовки специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием и научно-педагогических кадров высшей квалификации. Журнал призван привлекать внимание социума к состоянию системы здравоохранения и социальным проблемам россиян, связанным с распространением социально значимых заболеваний. Журнал предназначен для повышения квалификации дерматовенерологов, дерматокосметологов, акушеров-гинекологов, урологов, андрологов, педиатров, врачей общей практики, иммунологов, аллергологов, терапевтов, инфекционистов, ознакомления ученых-медиков с современными проблемами медицинской науки, выработки научно обоснованных управленческих решений руководителями отрасли, обучения студентов-медиков. Журнал представляет собой научно-практическое издание, аккумулирующее современные достижения отечественной и зарубежной медицины.



### Здравоохранение сегодня

Федеральные программы в области профилактики и лечения социально значимых заболеваний. Статистические и медико-эпидемиологические обзоры заболеваемости в области дерматовенерологии

### Фармакоэкономика

Оценка и расчет затрат на лечение основных заболеваний и побочных эффектов. Анализ схем лечения с позиции качества жизни пациента и совокупных затрат общества

### Доказательная медицина

Стандартизация и качество медицинской помощи. Клинико-экономический анализ медицинских вмешательств. Эффективность и безопасность лекарственных средств. Клинические и эпидемиологические исследования

### Непрерывное образование

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики.

Практические школы и лекции для врачей.

Обзоры, рефераты, зарубежный опыт

### Форум

Освещение основных российских и международных конгрессов, конференций, симпозиумов. Международные проекты и исследования

### Компании и их продукция

Производители лекарственных средств: новости, интервью, обзоры стратегий, маркетинговые программы фармацевтических компаний

## ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ ЖУРНАЛА

Здравоохранение сегодня  
Фармакоэкономика  
Доказательная медицина  
Наука

Компании и их продукция  
Форум  
Качественная клиническая практика  
Непрерывное образование врачей

## ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

(мнения, экспертные оценки, практические рекомендации опинион-лидеров для дерматовенерологов и дерматокосметологов)

- Психодерматология
- Проблемы диагностики и лечения дерматозов
- Дерматиты
- Акне
- Розацеа
- Экзема
- Профдерматозы
- Лепра
- Дерматофитии
- Вирусные дерматозы
- Инфекция ВИЧ (дерматологические аспекты)
- Лечение и профилактика сифилиса
- Вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения ИППП
- Оптимальные подходы к коррекции косметических недостатков кожи
- Аппаратная терапия в дерматологии
- Возрастные изменения кожи: новое в теории и практике
- Иммуноterapia в дерматологии
- Дерматоонкология: проблемы и перспективы
- Алгоритм лечения пациентов с аллергодерматозами
- Современные подходы к лечению псориаза
- Эритематоз (красная волчанка)
- Алопеция
- Трофические язвы кожи
- Микозы

## СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ (12 000 экз.)

**Бесплатное распространение издания** по управлениям здравоохранения, медицинским учреждениям, медицинским вузам, НИИ, коммерческим медицинским центрам, страховым и фармацевтическим компаниям.

**Прямая адресная доставка** дерматовенерологам, дерматокосметологам, акушерам-гинекологам, урологам, педиатрам, врачам общей практики, иммунологам, аллергологам, инфекционистам Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбургa, Ростова-на-Дону, Новосибирска с использованием базы данных редакции. Бесплатное распространение издания на профильных и междисциплинарных конференциях.

На журнал можно подписаться в редакции, направив заявку по e-mail: [podpiska@webmed.ru](mailto:podpiska@webmed.ru)

## СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ

- Управления здравоохранения регионов России
- Главные дерматовенерологи 7 федеральных округов, 78 субъектов РФ
- Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Росздрава
- Реестр врачей дерматовенерологов и дерматокосметологов России
- ЛПУ
- Кожно-венерологические диспансеры
- Косметологические клиники и кабинеты
- Коммерческие медицинские центры
- Страховые медицинские компании и их клиенты
- В рамках программы «Непрерывное образование врачей» (медицинские вузы, кафедры с курсом дерматовенерологии и клинической микологии, курсы повышения квалификации дерматовенерологов, дерматокосметологов, акушеров-гинекологов, урологов, андрологов, педиатров, врачей общей практики, иммунологов, аллергологов, терапевтов, инфекционистов)



# ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия

в дерматовенерологии и дерматокосметологии

## Редакция журнала

руководитель проекта **А. Синичкин**

шеф-редактор **Е. Стойнова**

(e-mail: [stoinova@mail.ru](mailto:stoinova@mail.ru))

выпускающие редакторы **Я. Соловьева,**

**В. Павлова**

ответственный секретарь **С. Лытнева**

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **О. Климович**

набор **Е. Виноградова**

менеджер по рекламе **Н. Маркотенко**

менеджер по организации конференций **Е. Битева**

## Редакционный совет

**В.А. Молочков** (Москва),  
научный редактор журнала

**М.А. Гомберг** (Москва)

**И.Н. Захарова** (Москва)

**В.И. Кисина** (Москва)

**С.В. Ключарева** (Санкт-Петербург)

**И.М. Корсунская** (Москва)

**Н.Г. Кочергин** (Москва)

**Е.В. Липова** (Москва)

**С.А. Масюкова** (Москва)

**А.В. Молочков** (Москва)

**Ю.Н. Перламутров** (Москва)

**Е.С. Снарская** (Москва)

**Е.В. Соколовский** (Санкт-Петербург)

**А.А. Халдин** (Москва)

**Н.И. Чернова** (Москва)

## Контактная информация

127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, офис 3515

Тел. (495) 234-07-34

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

Тираж 12 000 экз.

Перепечатка материалов разрешается

только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005 г.

№2 июнь 2010

## СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

### тема номера: терапия дерматозов

**Н.Г. Кочергин, Н.Н. Потекаев, Л.М. Смирнова, Е.А. Лыткина**  
Дипроспан как ургентная терапия тяжелых дерматозов **6**

**Н.Г. Диковицкая, И.М. Корсунская,  
О.В. Дорджиева, З. Невозинская**  
Терапия вторичных инфекций кожи при хронических дерматозах **10**

### атопический дерматит

**В.А. Ревякина**  
Энтеросорбенты в комплексной терапии атопического дерматита у детей **14**

### аллергический дерматит

**И.М. Корсунская, З. Невозинская, С.Д. Гусева,  
М.Т. Миннибаев, И.Г. Диковицкая**  
Выбор тактики терапии аллергического контактного дерматита на лице **18**

### клинические исследования

**С.В. Ключарева, Е.А. Белова, В.В. Алексеева,  
Н.Н. Шинкарь, О.Д. Селиванова**  
Применение средств наружной терапии в лечении ограниченных форм склеродермии **22**

### опыт регионов

«Урбанизация и социальные катаклизмы способствуют росту венерических заболеваний»  
*Интервью с главным внештатным специалистом по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Мордовия Л.Н. Пронькиной* **32**

## Дефицит жирной кислоты омега-6 связан с развитием тяжелой формы дерматита

**Ж**ирная кислота омега-6 может иметь решающее значение для поддержания здоровья кожи, сообщают медики Университета Иллинойса (США). Биологи провели эксперименты на лабораторных мышах, отключив ген, ответственный за фермент, который помогает организму производить арахидоновую кислоту. Без арахидоновой кислоты у грызунов развилась тяжелая форма язвенного дерматита. Когда арахидоновая кислота была добавлена в рацион питания животных, все симптомы зуда, воспаления и повреждения кожи прошли.

Научная команда профессора Манабу Накамуры сосредоточилась на изучении функций жирных кислот омега-3 и омега-6, а докторант Чэд Страуд разработал модель, помогающую врачам понять физиологические свойства этих жиров для кожи. Отключение гена, необходимого для выработки организмом фермента дельта-6-десатураза, привело к удивительным открытиям. Дерматологи узнали, что арахидоновая кислота необходима для здоровой кожи.

Наш организм производит арахидоновую кислоту из линолевой, необходимой для жизни жирной кислоты, найденной главным образом в растительных маслах. Линолевая кислота обеспечивает кожу липидами, которые оберегают ее от потери влаги и энергии и служат своего рода защитой для дермы. Однако в тестированиях у мышей в организме было достаточно линолевой кислоты – грызуны просто не могли преобразовать ее в арахидоновую кислоту, так как у них был заблокирован необходимый ген.

Арахидоновая кислота также имеет большое значение для производства простагландинов, соединений, развивающих воспалительные реакции и играющих основную роль для нормальной работы иммунной системы, говорят клиницисты. Простагландины предотвращают дерматит, возникающий вследствие воспалительной реакции, сделали вывод терапевты, таким образом, необходимо обеспечить организм достаточным содержанием жирной кислоты омега-6.

Источник: med2.ru

## Глюкозамин снижает содержание мелатонина в клетках кожи

**И**звестно, что постоянное воздействие ультрафиолета повреждает меланоциты кожи. Иногда это приводит к неконтролируемому производству пигмента и появлению пигментных пятен. В стареющей коже микроскопические частицы мелатонина фиксируются в верхних ее слоях. По данным исследования, проведенного в Медицинской школе Гарварда (США), глюкозамин, используемый для лечения артритов, способен предотвращать образование новых пигментных пятен, возникающих под воздействием солнца, и осветлять те, которые уже появились. N-ацетил-глюкозамин (самая стабильная форма глюкозамина) заметно уменьшает содержание меланина в клетках. Особенно эффективно глюкозамин действует в сочетании с никотиновой кислотой, обладающей схожими свойствами.

Источник: medlinks.ru

## Больная кожа вырабатывает антибиотики

**У**становлено, что человеческая кожа содержит белок, уничтожающий болезнетворные бактерии намного эффективнее, чем самые современные антибиотики. Об этом сообщили ученые из Университета Киля (Германия). Речь идет о псориазине, синтезируемом клетками верхнего слоя кожи. Этот белок способен взаимодействовать с некоторыми бактериями из рода эшерихий, в том числе с кишечной палочкой. Контактная с оболочками бактериальных клеток, он переносит на нее ионы цинка, которые разрушают клеточные белки и тем самым вызывают гибель бактерий. Обнаружено, что псориазин наиболее активно синтезируется кожей новорожденных, которые как раз больше всего нуждаются в защите от кишечных инфекций, а также кожей взрослых на тех зонах тела, которые могут стать «входными воротами» инфекции, например, кожей перианальной области. Таким образом, известный факт повышения содержания псориазина при псориазе выглядит как защитная реакция.

Источник: flogiston-med.ru

## Лечение акне с помощью «нанобомб» с лауриновой кислотой

**Н**атуральное вещество, найденное в кокосовом масле и в человеческом грудном молоке, – лауриновая кислота – может привести к созданию новых методов лечения акне благодаря аспиранту-биоинженеру Pornpattananangkul из Высшего технического училища Джейкобса Университета Калифорнии – Сан-Диего.

Она разработала «умную» систему доставки, способную доставить наполненную лауриновой кислотой наноразмерную «бомбу» прямо в живущую в коже бактерию, вызывающую акне.

Аспирант-биоинженер Pornpattananangkul представила свою последнюю работу по экспериментальной системе доставки препарата против акне на Research Expo – ежегодной научно-исследовательской конференции.

От акне vulgaris, известного также как вульгарные, или юношеские, прыщи, страдают более 85% подростков и более 40 млн человек только в США. Применяемые в настоящее время методы лечения имеют нежелательные побочные эффекты, включая покраснение и жжение. Исследователи из Университета Калифорнии надеются, что лечение на основе лауриновой кислоты поможет избежать этих побочных эффектов.

Новая «умная» система доставки включает в себя наночастицы золота, связанные с поверхностью наполненных лауриновой кислотой «нанобомб». Наночастицы золота не дают нанобомбам (липосомам) сливаться. Они также помогают им найти вызывающие акне бактерии по основе кожного микроокружения, включая pH.

Когда нанобомбы достигают бактериальных мембран, кислое микроокружение заставляет золотые наночастицы отделиться от них. Это позволяет несущим груз лауриновой кислоты липосомам слиться с бактериальной мембраной и убить бактерии *Propionibacterium acnes*.

Точно контролируемая нанодоставка лекарств, наносимых местно на кожу, может значительно улучшить лечение бактериальных кожных инфекций. Доставляя препараты непосредственно в нужную бактерию, ученые надеются усилить антибактериальную эффективность и минимизировать нецелевые побочные эффекты. Все строительные блоки нанобомб – либо натуральные продукты, либо одобрены для клинического применения, что означает, что нанобомбы, вполне вероятно, пройдут клинические испытания в ближайшем будущем.

Источник: med2.ru

## Овощи и фрукты гарантируют появление здорового оттенка кожи

**С**огласно новому исследованию, для получения здорового, золотистого оттенка кожи надо есть больше фруктов и овощей. Тайская дыня, абрикосы, перец, морковь и шпинат улучшают цвет кожи. Если включить данные продукты в рацион, можно добиться хорошего результата уже через месяц.

По мнению Яна Стефана, сотрудника Бристольского университета, секрет отличного цвета кожи кроется в натуральных химических соединениях каротиноида. Каротиноиды – это группа из 600 органических пигментов, содержащихся во многих растениях. Стефан изучил эффективность бета-каротина в зеленых, оранжевых фруктах и овощах в деле изменения цвета кожи.

Ученый попросил добровольцев сравнить фотографии группы кавказцев до и после того, как те сели на пятидневную диету с высоким содержанием овощей и

фруктов. Ян Стефан отметил: «Мы обнаружили, что опрошенные люди предпочитали золотистый цвет кожи, полученный благодаря диете. Аналогичная ситуация сохранялась и при сравнении золотистого цвета кожи и темного загара».

Ученый объясняет: у людей есть два пигмента, отвечающих за желтоватый оттенок кожи: меланин и каротиноид. Первый связан с влиянием УФ-лучей, второй – с определенными овощами и фруктами. Ввиду возросшего в последнее время риска развития рака кожи, сам по себе золотистый цвет кожи может стать хорошей альтернативой загару. Одновременно с этим, результаты исследования способны быть хорошим стимулом для включения в свой рацион большего количества овощей и фруктов. А именно за это сейчас борются диетологи во всем мире.

Источник: [medicine.newsru.com](http://medicine.newsru.com)

## В Израиле разработана диета против рака кожи

**И**зраильская ассоциация по борьбе с раком опубликовала предварительные статистические данные о заболеваемости раком кожи на территории страны.

За 2008 год количество больных увеличилось на 1300 человек, предположительно в 2009-2010 годах регистрировалось еще по меньшей мере 100 случаев ежемесячно.

Рак кожи при ранней диагностике имеет хорошие шансы на лечение. До 100% молодых больных, которым вовремя был поставлен диагноз, вылечиваются. Среди пожилого населения этот уровень несколько меньше – 84%. За 2008 год 100 человек умерли от рака кожи.

Диетолог Тель-Авивского университета Нива Шапиро разработала специальную диету для борьбы с раком кожи. По ее мнению, от рака спасает «традиционное средиземноморское меню», а именно большое количество овощей (брокколи, морковь, тыква, красный перец, помидоры, авокадо), фрукты (клубника, апельсины, киви, красный виноград), орехи, рыба (нежареная) и исключительно оливковое масло. Шапиро также рекомендует отказаться от кофе в пользу какао или чая.

Врачи тем не менее подчеркивают, что главным оружием борьбы со страшной болезнью является ранняя диагностика.

Источник: [MIGnews.com](http://MIGnews.com)

## Мужчины стали чаще умирать от рака кожи

**У**ровень смертности от рака среди мужчин в Великобритании удвоился за последние тридцать лет. По данным организации Cancer Research UK, в конце 70-х годов прошлого века умирали 400 мужчин из 100 тысяч (1,5%). К сегодняшнему дню этот показатель превысил 1100 смертей на 100 тысяч мужчин (3,1%). Среди женщин уровень смертности от рака кожи тоже увеличился – с 1,5% до 2,2%.

Наибольшему риску умереть от злокачественных опухолей на коже подвергаются мужчины старше 65 лет: за последние три десятка лет число онкосмертей в этой возрастной группе выросло с 4,5% до 15,2%.

Медики говорят, что многие из этих смертельных случаев можно было бы предотвратить, если бы люди избегали солнечных ожогов и следили за состоянием своих родинок. Чтобы не стать жертвами меланомы, мужчинам и женщинам не стоит пренебрегать элементарными методами защиты от солнца и затягивать с визитами к врачу при появлении первых симптомов недуга.

В целом же по миру рак кожи сегодня значительно «помолодел»: меланома теперь диагностируется в основном у двадцатилетних девушек, хотя ранее этот недуг поражал людей старше 75 лет.

Напомним также, что риск возникновения рака кожи возрастает на 75%, если человек начинает посещать солярий до 30 лет. Завсегдатаи соляриев в восемь раз сильнее рискуют заболеть меланомой, чем те, кто никогда не прибегает к искусственному загару.

Источник: [MIGnews.com](http://MIGnews.com)

## Вирус герпеса может быть связан с повреждениями мозга при шизофрении

**В**ирус герпеса может быть связан с повреждениями мозга при шизофрении. По крайней мере, у инфицированных пациентов сканирование мозга выявило большие повреждения.

Исследование, опубликованное в специализированном издании Schizophrenia Research, было проведено на 40 пациентах двух клиник в Балтиморе, США. У 25 из обследованных нашлись в крови антитела к вирусу герпеса, а у 15 таковые обнаружены при анализе не были – и, как показало томографическое исследование, их мозг оказался поврежден в меньшей степени.

Как утверждают ученые из больницы Джона Хопкинса, обнаруженная ими закономерность указывает на важную роль вируса герпеса в развитии шизофрении,

но еще ни разу не свидетельствовала о том, что именно вирус и вызывает болезнь. Их открытие позволяет скорее понять, как и почему страдает мозг больных, чем обнаружить именно причину заболевания.

Несмотря на то что точная связь вируса герпеса и поражений мозга окончательно не изучена, медики отмечают, что получаемые в настоящее время данные далеко не бесполезны. Так, еще до проведенного балтиморской группой исследования врачи выяснили, что прием противовирусных препаратов может отчасти уменьшить тяжесть симптомов шизофрении – а это уже вполне практический результат. Открытие ученых позволило тем самым не просто подтвердить правильность подхода, но и сделать его более избирательным.

Источник: [gzt.ru](http://gzt.ru)

Н.Г. КОЧЕРГИН,  
Н.Н. ПОТЕКАЕВ,  
Л.М. СМЕРНОВА,  
Е.А. ЛЫТКИНА

ММА им. И.М. Сеченова

# Дипроспан как ургентная терапия тяжелых дерматозов

*Последнее время дерматологами часто используется термин «стероидчувствительные дерматозы» (СЧД), который подразумевает обширную группу разнообразных кожных заболеваний, при которых глюкокортикостероидные препараты обладают клинической эффективностью, часто выступают в качестве препаратов первой линии, а иногда являются единственным решением терапевтической проблемы в конкретном случае. Чаще всего кортикостероиды при СЧД применяются в виде наружных средств, однако при тяжело протекающих дерматозах необходимой становится системная стероидная терапия, являясь подчас единственной эффективной, и по показаниям может быть квалифицирована как терапия неотложных состояний.*

**И**звестно, что системная глюкокортикоидная терапия обладает рядом как серьезных побочных эффектов, так и противопоказаний при наличии сопутствующих заболеваний, что может ограничивать их применение или вовсе делать его невозможным в отдельных случаях. Кроме того, схема применения оральных кортикостероидов при завершении терапии предполагает постепенное, иногда длительное снижение дозировок, что резко ухудшает комплаентность лечения. Полезной альтернативой этому представляются дюранные препараты, среди которых заслуженной популярностью пользуется парентеральный комбинированный стероид Дипроспан, обладающий таким пролонгированным действием и свободный от ряда побочных эф-

фектов, свойственных в частности оральным стероидам.

Дипроспан содержит 2 мг бетаметазона динатрия фосфата и 5 мг бетаметазона дипропионата. Первый компонент, будучи легко растворимым, обеспечивает быстрое всасывание активного вещества (пиковая концентрация в крови достигается уже через несколько минут после введения препарата), и клинический эффект его проявляется в первые же часы от начала лечения. Второй компонент, обладающий более медленной абсорбцией, создает условия для пролонгированного действия комбинированного стероида в организме: на 10-й день после инъекции с мочой выводится 40% введенной дозы, а на 19-й день – 51,9%. За счет высокой дисперсности суспензии, округлости формы частиц и малой величины кристаллов солей препарата Дипроспан не оказывает повреждающего воздействия на ткани при производстве инъекции и не требует применения анестетика.

Метааналитическая оценка результатов многочисленных международных многоцентровых клинических исследований прошлых лет по изучению эффективности Дипроспана у больных аллергическими и ревматическими заболеваниями обнаруживает у него целый ряд достоинств. Так, при внутримышечном применении Дипроспана средняя продолжительность наступившего улучшения в состоянии больных составила 20 дней; общий противовоспалительный эффект в 51,5% случаев был отличным, в 37,6% – хорошим и в 10,9% – умеренным. Была констатирована высокая эффективность препарата

при аллергических заболеваниях, дисгидротической экземе и атопическом дерматите, не поддающихся лечению другими кортикостероидами. Кроме того, было показано, что эффективность Дипроспана заметно выше ряда других системных стероидов, в частности триамцинолона ацетонида. При этом коэффициент безопасности, представляющий собой отношение дозы, вызывающей синдром Кушинга, к дозе, обладающей противовоспалительным действием, составляет у Дипроспана 2,6. Для сравнения коэффициенты дексаметазона, триамцинолона, преднизолона и гидрокортизона были 2,3, 1,6, 1,4 и 1,3 соответственно, что с очевидностью указывает на более высокую безопасность Дипроспана по сравнению с другими кортикостероидами (1, 2).

Основными показаниями к применению Дипроспана являются острые и упорные хронические иммунозависимые состояния, требующие применения кортикостероидов вообще. Среди дерматологических заболеваний сюда относятся аллергический и атопический дерматиты, острые и распространенные экземы, псориаз, особенно эритродермический вариант, псориатический артрит, гнездная плешивость, красная волчанка, гипертрофический плоский лишай, акантолитическая пузырьчатка и др. Отдельного внимания заслуживают тяжелые острые дерматологические состояния в виде обширных мокнущих и отечно-воспалительных процессов или универсальных эритродермий с выраженными общими симптомами интоксикаций, которые требуют фактически экстренных терапев-

тических противовоспалительных мероприятий, среди которых Дипроспан с его быстрым и мощным курирующим эффектом и становится препаратом первой линии.

Дозы Дипроспана в каждом конкретном случае зависят от выраженности воспалительных симптомов дерматоза, его тяжести и массы тела больного. Обычно применяют 1-2 мл в/м с интервалом 10-15 дней в большинстве случаев на курс 2-3 инъекции. Побочные эффекты препарата, будучи общими для всех кортикостероидов, как правило, мало выражены и могут возникать лишь при его нерациональном применении: длительная непрерывная терапия, повышенные дозы и др. Противопоказания для применения Дипроспана также идентичны другим кортикостероидам: туберкулез, остеопороз, сахарный диабет, язва желудка, инфекции кожи; не рекомендуется назначать препарат при беременности и во время лактации.

Более десяти лет назад в отечественной литературе стали появляться работы, показавшие высокую эффективность Дипроспана при различных СЧД в случаях их тяжелого, затяжного течения (2).

Согласно результатам этих и других исследований, Дипроспан обладает высокой безопасностью, в том числе и в детском возрасте, он оказался весьма пригодным для применения в амбулаторной практике и признан как полезная альтернатива не только оральной стероидной терапии, но и эффективным при внутриочаговом введении (3). Кроме того, Дипроспан относится к препаратам первого выбора при острых, тяжелых и распространенных аллергодерматозах, демонстрируя свои возможности в качестве ургентной терапии (6).

Настоящее сообщение представляет собой очередной анализ нашего опыта применения Дипроспана при ряде распространенных острых дерматозов упорного течения, в частности при atopическом дерматите и псориазе.

Как известно, atopический дерматит (АД) встречается с частотой до 5-8% в популяции и преимущественно у детей и людей моло-

дого работоспособного возраста. В основе патогенеза АД лежит генетическая предрасположенность к заболеванию в виде фенотипических особенностей функционирования иммунной системы, характеризующихся гиперактивным состоянием Т-хелперов и в острых фазах заболевания с доминированием цитокинового профиля второго типа. Именно эти основные особенности патогенеза АД и объясняют эффективность иммуносупрессивной терапии как в виде наружных кортикостероидов, так и системных, применяемых в особо тяжелых случаях. Именно при островоспалительных и генерализованных формах АД и находит применение Дипроспан в виде скоромощной этапной терапии, позволяющей быстро вывести больного из критического состояния с последующим переходом на другие виды лечения.

Как показывают наблюдения прошлых лет, Дипроспан при АД назначают в дозе 1-2 мл в/м 1 раз в 7-12 дней в зависимости от выраженности воспалительных процессов в коже и зуда. На курс лечения приходится как правило от 1 до 3 инъекций. Обычно на 2-3 день после первой инъекции значительно уменьшается зуд и заметно стихают островоспалительные явления. По данным большинства работ, практически у всех больных лечение с применением Дипроспана к концу курса приводило к значительному улучшению или клинической ремиссии и повышению качества жизни пациентов (1).

В одной из наших последних подборок под наблюдением находилось 35 больных АД в возрасте от 19 лет до 35 лет, среди которых был 21 мужчина и 14 женщин в возрасте от 20 до 32 лет. У всех больных клиническая картина АД характеризовалась особо выраженными воспалительными явлениями, распространенностью кожного процесса, сильным зудом и упорством к различным видам обычной терапии. При формировании группы наблюдения принципиальным критерием отнесения больного к такой тяжелой, распространенной форме дерматоза служил показатель Дерматологического индекса шкалы

симптомов (ДИШС) не ниже 19 или не менее 70% от максимально возможного показателя ДИШС (максимум ДИШС – 27). Разовая доза для в/м введения препарата в 2,0 мл применялась у 27 больных и 1,0 мл – еще у 8 больных, имевших массу тела менее 60 кг. Количество инъекций на курс составило: 1 инъекция у 6 больных, 2 – у 23 и 3 инъекции у 6 больных. Введение препарата проводили с интервалом в 10-14 дней, в зависимости от показаний. У всех больных лечение переносилось без побочных явлений.

Клинический эффект у подавляющего большинства больных наступал весьма быстро: уже на 3-4 день после первой инъекции значительно стихал зуд и заметно регрессировал воспалительный компонент кожной симптоматики. В итоге средний показатель ДИШС, будучи до начала терапии на уровне  $21,8 \pm 1,6$ , снизился в конце лечения до  $6,7 \pm 1,0$ . ( $p < 0,001$ ), т.е. более чем в три раза.

В целом в результате лечения у 20 больных АД достигнута клиническая ремиссия и значительное улучшение (57,2%), у 11 – улучшение (31,4%) и у 4 больных (11,4%) отмечено лишь незначительное улучшение (рисунок 1).

Отдельную группу наблюдения составили 9 больных atopическим дерматитом, у которых заболевание протекало особо тяжело с универсальным поражением кожных покровов, выраженной эритемой, мучительным зудом и общими явлениями в виде лихорадки, полиаденита, бессонницы. Показатели ДИШС при этом колебались от 25 до 27 единиц. Этим больным инъекции Дипроспана в дозе 2-3 мл



**Рисунок 1. Результаты применения Дипроспана при АД**

проводили каждые 5 дней до 3-х в/м вливаний. Такая интенсивная противовоспалительная терапия быстро позволяла купировать выраженное обострение, и вскоре эти больные сравнялись по тяжести с основной группой наблюдения.

Нередко, как известно, терапевтические трудности возникают и при таком распространенном заболевании как псориаз, которое поражает до 3-4% европейского населения. Сегодня псориаз рассматривается как аутоиммунное заболевание, развивающееся на фоне генетического предрасположения под воздействием весьма разнообразных эндогенных и экзогенных триггеров. Главным патофизиологическим механизмом формирования основного кожного поражения при псориазе признается гиперфункциональное состояние Т-хелперов с продукцией цитокинов преимущественно профиля первого типа при ключевой роли ФНО-альфа. С клинической точки зрения современная классификация псориаза предусматривает несколько основных фенотипических форм заболевания или клинических фенотипов: бляшечный, каплевидный, эритродермический и пустулезный (4). Поражение суставов, встречающееся у 25-40% больных псориазом и ранее классифицируемое как артропатический псориаз, сегодня рассматривается как самостоятельное заболевание, коморбидное «кожному» псориазу и чаще всего бляшечному (5). С этой точки зрения стратегические терапевтические подходы к псориазическому артриту и бляшечному псориазу могут быть различными. И действительно, если при последнем системные кортикостероиды не обладают высокой надежной рекомендательной базой и соответственно не очень популярны среди дерматологов, то при тяжелом псориазическом артрите системное и внутрисуставное применение кортикостероидов является едва ли не

ежедневной практикой, особенно среди ревматологов. С другой стороны, поскольку сама коморбидность псориазического артрита обусловлена общими патофизиологическими механизмами поражения кожи и поражения суставов, кортикостероиды могут оказаться одинаково эффективными для обоих коморбидных состояний.

Иллюстрацией могут служить наши наблюдения за 12 больными бляшечным псориазом в возрасте от 35 до 50 лет, все мужчины. Индекс PASI у наблюдаемых больных колебался от 12,5 до 17. Помимо поражения кожи у всех больных был диагностирован псориазический артрит при общей оценке, не превышающий среднюю степень тяжести. Давность заболевания коморбидного состояния колебалась от 5 до 12 лет. Лечение всех больных состояло из 2-3 в/м инъекций Дипроспана в дозе 2,0 мл и наружного применения мази Элоком С на очаги поражения кожи один раз в день. Продолжительность лечения составляла 2-3 недели. Девять больных получили по две инъекции Дипроспана, трое – по три с интервалом 12-14 дней.

В результате терапии индекс PASI у всех наблюдаемых больных к концу лечения не превышал 7,3, что в среднем по группе соответствовало его редукции не менее чем на 75% ( $p < 0,005$ ). Симптомы псориазического артрита также подверглись значительному улучшению. По нашему мнению, применение Дипроспана по его прямому назначению по поводу псориазического артрита в сочетании с наружным комбинированным кортикостероидом при бляшечном псориазе как нельзя лучше демонстрирует свою высокую клиническую эффективность в качестве комедикации при коморбидном псориазе.

Как известно, сегодня в ряде случаев тяжелого рефрактерного псориаза единственной альтернативой

становится биологическая терапия и в первую очередь инфликсимаб (Ремикейд). Будучи едва ли не самым эффективным антипсориазическим средством, инфликсимаб, однако, изредка может обладать нежелательными побочными эффектами, в частности риском развития инфузионных реакций во время его внутривенного капельного введения. Для профилактики развития инфузионных реакций обычно практикуют медленное введение препарата (не менее 2-х часов), постоянный врачебный контроль, «премедикация» антигистаминными препаратами и т.п. У нас имеется опыт применения Дипроспана в качестве профилактики инфузионных реакций в виде однократной в/м инъекции Дипроспана в дозе 1,0 мл накануне проведения инфузии Ремикейда по поводу тяжелого бляшечного псориаза. Такую схему мы применили у 10 больных и ни в одном случае не наблюдали каких-либо признаков инфузионных реакций.

Таким образом, в целом можно заключить, что комбинированный СКС препарат Дипроспан, обладающий пролонгированным действием, является хорошей альтернативой оральным стероидам как при острых распространенных аллергодерматозах в качестве ургентной терапии, так и при тяжелых хронических и упорных кожных заболеваниях для повышения эффективности лечения и преодоления побочных явлений и осложнений. Основными принципами рационального применения Дипроспана, как показывает практика, являются: тщательное обоснование его назначения у конкретного больного, строгое соблюдение рекомендуемых дозировок, не допускающее их занижения из-за ложной стероидной фобии, соблюдение оптимальных интервалов между инъекциями, числа инъекций и недопущение применения Дипроспана большими в качестве самолечения. 

## Литература

1. Кочергин Н.Г., Константинова В.А. Опыт применения Дипроспана при аллергодерматозах. Российский журнал кожных и венерических болезней. 1998. № 1. С. 25-27.
2. Кочергин Н.Г. Основные аспекты патогнеза, клиники и современной терапии atopического дерматита. Докт. дисс., 2001.
3. Belousova T., Tepljuk N., Kochergin N. Intralesional Betamethasone in granuloma faciale. Ann.Dermat.Venereol. juillet 2002. Cahier2. P.15691.
4. Christophers E. Comorbidities in psoriasis. Clin.Dermatol. 2007. 5: 529-534.
5. Kimball A.B., Gladman D., Gelfand J.M. et al. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. J. Am. Acad. Dermatol. 2008. V. 58. P. 1031-1042.
6. Kochergin N.G., Belousova T.A., Novoselov B.S. Betamethasone efficacy in dermatoses. Clinical Dermatology 2000. Abstracts. Singapore. 1998. P. 141.

# ТОЛЬКО Дипроспан®

бетаметазон

## Быстрое и длительное подавление воспаления

Регистрационный номер: П № 013528/01-040708.

**Показания к применению.** Лечение у взрослых состояний и заболеваний, при которых ГКС-терапия позволяет добиться необходимого клинического эффекта (необходимо учитывать, что при некоторых заболеваниях ГКС-терапия является дополнительной и не заменяет стандартную терапию). Заболевания костно-мышечной системы и мягких тканей, в т.ч. ревматоидный артрит, остеоартроз, бурситы, анкилозирующий спондилит, эпикондилит, радикулит, кокцигодия, ишиалгия, люмбаго, кривошея, ганглиозная киста, экзостоз, фасциит, заболевания стоп. Аллергические заболевания, в т.ч. бронхиальная астма, сенная лихорадка (поллиноз), аллергический бронхит, сезонный или круглогодичный ринит, лекарственная аллергия, сывороточная болезнь, реакции на укусы насекомых. Дерматологические заболевания, в т.ч. атопический дерматит, монетовидная экзема, нейродермиты, контактный дерматит, выраженный фотодерматит, крапивница, красный плоский лишай, инсулиновая липодистрофия, гнездная алопеция, дискоидная красная волчанка, псориаз, келоидные рубцы, обыкновенная пузырчатка, герпетический дерматит, кистозные угри. Системные заболевания соединительной ткани, включая системную красную волчанку, склеродермию, дерматомиозит, узелковый периартериит. Гемобластозы (паллиативная терапия лейкоза и лимфом у взрослых, острый лейкоз у детей). Первичная или вторичная недостаточность коры надпочечников (при обязательном одновременном применении минералокортикоидов). Другие заболевания и патологические состояния, требующие системной ГКС-терапии (адреногенитальный синдром, язвенный колит, регионарный илеит, синдром мальабсорбции, поражения слизистой глаза при необходимости введения препарата в конъюнктивальный мешок, патологические изменения крови при необходимости применения ГКС, нефрит, нефротический синдром). **Способ применения и дозы.** Внутримышечные, внутрисуставные, околосуставные, интрабурсальные, внутрикожные, внутритканевые и внутривагальные инъекции. Режим дозирования и способ введения устанавливают индивидуально, в зависимости от показания, тяжести заболевания и реакции пациента. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к бетаметазону или другим компонентам препарата, или другим ГКСП; системные микозы; внутривенное или подкожное введение; при внутрисуставном введении: нестабильный сустав, инфекционный артрит; введение в инфицированные поверхности и в межпозвоночное пространство. **Побочное действие.** Частота развития и выраженность побочных эффектов, как и при применении других ГКС, зависят от величины используемой дозы и длительности применения препарата. Эти явления обычно обратимы и могут быть устранены или уменьшены при снижении дозы. Гипернатриемия, повышение выделения калия, увеличение выведения кальция, гипокалиемический алкалоз, задержка жидкости в тканях; хроническая сердечная недостаточность, повышение артериального давления; мышечная слабость, стероидная миопатия, потеря мышечной массы, усиление миастенических симптомов при тяжелой псевдопаралитической миастении, остеопороз, компрессионный перелом позвоночника, асептический некроз головки бедренной или плечевой кости, патологические переломы трубчатых костей, разрывы сухожилий, нестабильность суставов (при повторных внутрисуставных введениях); эрозивно-язвенные поражения ЖКТ с возможной последующей перфорацией и кровотечением, панкреатит, метеоризм, икота; нарушение заживления ран, атрофия и истончение кожи, петехии, экхимозы, повышенная потливость, дерматит, стероидные угри, стрии, склонность к развитию пиодермии и кандидоза, снижение реакции при проведении кожных тестов; судороги, повышение внутричерепного давления с отеком диска зрительного нерва, головокружение, головная боль; эйфория, изменения настроения, депрессия, повышенная раздражительность, бессонница; нарушение менструального цикла, вторичная надпочечниковая недостаточность, синдром Иценко-Кушинга, снижение углеводной толерантности, стероидный сахарный диабет или манифестация латентного сахарного диабета, повышение потребности в инсулине или пероральных сахароснижающих препаратах, нарушение внутриутробного развития, задержка роста и полового развития у детей; задняя субкапсулярная катаракта, повышение внутриглазного давления, глаукома, экзофтальм; в отдельных случаях – слепота (при введении препарата в области лица и головы); отрицательный азотный баланс (из-за катаболизма белка), липоматоз (в т.ч. медиастинальный и эпидуральный липоматоз, которые могут вызвать неврологические осложнения), повышение массы тела; анафилактические реакции, шок, ангионевротический отек, снижение артериального давления; редко – гиперили гипопигментация, подкожная и кожная атрофия, асептические абсцессы, прилив крови к лицу после инъекции (или внутрисуставного введения), нейрогенная артропатия. **Форма выпуска:** суспензия для инъекций по 1 мл в ампулах. **Условия хранения.** В недоступном для детей и защищенном от света месте, при температуре не выше 25 °С. Не замораживать! Полную информацию о препарате Дипроспан см. в Инструкции по Применению.



За дополнительной информацией обращаться  
в ООО «Шеринг-Плау», часть MSD:  
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2  
Тел.: +7 (495) 916-7100, факс: +7 (495) 916-7094

SP-PR-DIP 05-03-2010

Н.Г. ДИКОВИЦКАЯ,  
И.М. КОРСУНСКАЯ,  
О.В. ДОРДЖИЕВА,  
З. НЕВОЗИНСКАЯ

Поликлиника МИД РФ,  
ЦТП ФХФ РАН, ГКБ № 14  
им. В.Г. Короленко,  
КВД № 16

# Терапия вторичных инфекций кожи при хронических дерматозах

**Хронические дерматозы, сопровождающиеся зудом, очень часто осложняются присоединением бактериальной и/или микотической флоры. Кроме того, при различных дерматозах изменяется и состав кожной флоры, значительно повышается ее обсемененность дрожжеподобными грибами (*C. Albicans*) и стрепто- и стафилококками (1-3).**

**П**о данным ряда авторов, АД осложняется вторичной инфекцией в 20% случаев. Также часто присоединением бактериальной и микотической инфекций осложняется течение хронической экземы и аллергического дерматита. Кроме того, микозы гладкой кожи, особенно крупных складок, могут сопровождаться выраженными островоспалительными явлениями. Некоторые соматические нозологии, при которых имеются нарушения трофики кожи, снижение иммунитета также могут стать причиной возникновения бактериальных или микотических поражений кожи с более тяжелым течением, чем у соматически неотягощенных пациентов. Особенно это актуально в детской практике (3, 5, 6).

Появление комбинированных ГКС сняло ряд проблем в лечении таких больных. При бактериальных поражениях кожи на фоне атопического дерматита или экземы применяются ГКС-содержащие антибиотики, но это довольно часто провоцирует бурный рост сапрофитной кандидозной флоры, что, естественно, осложняет

течение заболевания. Практически такая же картина складывается при лечении микозов на фоне аллергических заболеваний ГКС-содержащими антимикотиками, но в этом случае процесс осложняется бактериальной флорой.

Наиболее эффективны в качестве местной терапии комбинированные препараты, в состав которых кроме стероида входят антибактериальные и антимикотические средства, что позволяет воздействовать одновременно на все звенья патологического процесса. Одним из таких препаратов является Кандидерм, в состав которого входит комбинация из 0,01% клотримазола, 0,025% беклометазона дипропионата и 0,1% гентамицина на кремовой основе.

Клотримазол является синтетическим средством широкого спектра действия, влияющим на мембрану грибковой клетки, показан для местного применения при лечении микозов, вызванных грибами *Microsporum canis*, *Candida albicans*, *Trichophyton rubrum* и др. (4), а также на грамположительные и грамотрицательные бактерии.

Беклометазон дипропионат является синтетическим фторированным кортикостероидом с выраженной противовоспалительной, противозудной и сосудосуживающей активностью, показан для снятия явлений местного воспаления.

Гентамицина сульфат является антибиотиком широкого спектра действия, что обеспечивает его высокую эффективность при

местном применении для лечения первичных и вторичных инфекций кожи. Клинические испытания препарата Кандидерм продемонстрировали преимущества данной комбинации активных ингредиентов. В результатах клинических испытаний была отмечена более высокая эффективность при комбинации препаратов, чем при использовании каждого из них в отдельности. При изучении фармакокинетики не было выявлено отклонений эффектов комбинации препаратов от эффектов каждого из ингредиентов препарата.

При осложнении атопического дерматита и экземы вторичной инфекцией, а также микоза гладкой кожи, осложненного экзематизацией, мы применяли на фоне стандартной системной терапии крем Кандидерм местно от 7 до 21 дня.

Мы наблюдали 47 пациентов с хроническими дерматозами в возрасте от 25 до 70 лет, из них у 6 пациентов диагностирован атопический дерматит (АД), у 22 – микробная экзема, у 14 пациентов – истинная экзема, у 5 – микоз гладкой кожи (рисунок 1).

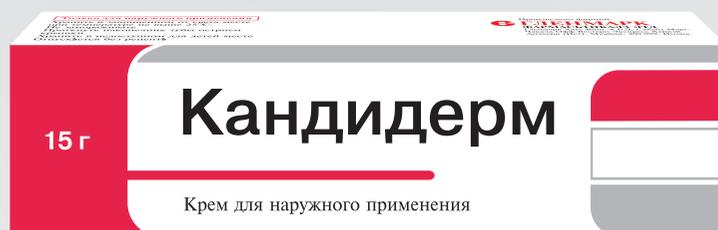
Уменьшение зуда, который очень часто возникает на фоне данной патологии, нами отмечалось в первые 3-4 дня. Разрешение острого процесса – уменьшение гиперемии, отека и мокнутия – наблюдалось в сроки от 7 до 21 дня в зависимости от распространенности процесса (рисунок 2).

В старшей возрастной группе (пациенты пожилого возраста) на

# Кандидерм

Беклометазон 0,025% + Гентамицин 0,1% + Клотримазол 0,01%

## Комбинированное лечение дерматозов, осложненных вторичной инфекцией



Per. № ЛСР-002530/08

### Эффективность тройного действия:

- Противовоспалительное, противозудное
- Антибактериальное
- Антимикотическое

### Высокая безопасность:

- Содержит нефторированный кортикостероид

**Показания к применению:** дерматозы, осложненные вторичной инфекцией, эпидермофития стоп, дерматомикозы (в том числе с локализацией в паховой области), вызванные чувствительными к препарату возбудителями. **Противопоказания:** туберкулез кожи, кожные проявления сифилиса, ветряная оспа, простой герпес, кожные реакции после вакцинации, повышенная чувствительность к компонентам препарата, детский возраст до 7 лет, беременность, период лактации, открытые раны. **Способ применения и дозы:** наружно – крем наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки (утром и вечером). Продолжительность лечения зависит от эффективности и переносимости терапии и составляет, как правило, 2-4 недели (не более).\*

\* Более подробную информацию см. в инструкции по медицинскому применению.



Фармацевтическая компания «Гленмарк» – одна из самых динамично развивающихся международных фармацевтических компаний, штаб-квартира которой находится в г. Мумбаи. Основана в 1977 г.

Основные сегменты деятельности: дерматология, пульмонология, гинекология, онкология, гастроэнтерология.

Научно-исследовательские центры компании расположены в Индии и Швейцарии. Продукция Гленмарк экспортируется в более чем 85 стран мира, включая Европу, США, Японию и др.

В 2008 г. Гленмарк признана журналом Forbes лучшей компанией среди всех компаний с оборотом до миллиарда долларов.

ООО «Гленмарк Импэкс»,  
115191, Москва, ул. Б. Тульская, д. 10, стр. 9, офис 9510,  
тел/факс +7(495) 723-72-90,  
www.glenmarkpharma.com

  
Гленмарк



Рисунок 1. Распределение пациентов по заболеваниям

первое место выходит патология сосудов нижних конечностей и другие соматические поражения (сахарный диабет, ИБС и т.д.), которые являются одним из факторов, способствующих развитию и распространению микотической инфекции. Нарушение венозного кровотока очень часто сопровождается трофическими язвами, рожистым воспалением и варикозной экземой. Основной причиной рецидивов вышеперечисленных заболеваний является микоз. Дифференцировать варикозную, микробную или микотическую экземы бывает достаточно сложно. В данной ситуации лечение должно быть комплексным, с учетом сосудистой патологии и инфекционных агентов. Всех пациентов беспокоил сильный зуд, на коже имелись папуло-везикулярные и пустулезные высыпания, отек и инфильтрация.

Все пациенты получали антигистаминные препараты, препараты, улучшающие кровообращение и трофические процессы, наружно на очаги поражения назначался крем Кандидерм. Препарат назначался на очаги поражения 2 раза в день. Через 5-7 дней данной терапии исчезал зуд, уменьшались мокнутие и отечность. Полное раз-

решение высыпаний наблюдалось через 14-21 день. Клиническое излечение было достигнуто у всех пациентов.

В качестве примера приводим историю болезни больного К., 45 лет. Пациент обратился в КВД № 16 с жалобами на высыпания в области паховых складок. Субъективно беспокоит интенсивный зуд. Пациент самостоятельно применял эритромициновую мазь, на фоне терапии появилось интенсивное мокнутие и отек. При осмотре: в области паховых складок с переходом на внутреннюю часть кожи бедра на фоне яркой гиперемии и отека множественные везикулезные и пустулезные элементы, мокнутие (рисунок 3). Пациенту было рекомендовано применение антигистаминных препаратов, местно крем Кандидерм. Через 7 дней отмечается отсутствие свежих высыпаний, уменьшение отека и гиперемии (рисунок 4) при повторном осмотре через 14 дней процесс полностью разрешился (рисунок 5).

Полученные результаты позволяют считать Кандидерм высокоэффективным препаратом при лечении дерматозов, осложненных вторичной инфекцией с различной микрофлорой.



Рисунок 2. Обратное развитие симптомов на фоне терапии



Рисунок 3. До начала терапии Кандидермом



Рисунок 4. Через 7 дней от начала терапии Кандидермом



Рисунок 5. Через 14 дней от начала терапии Кандидермом

Литература

1. Нобл У.К. Микробиология кожи человека. 1986 г.
2. Stratchounski L.S., Dekhnich A.V., Kretchikov V.A. et al. Antimicrobial resistance of nosocomial strains of St.aureus in Russia : results of prospective study. J Chemother. 2005. 17:1:54-60
3. Рукавишникова В.М., Моххамед Ю. Актуальные вопросы дерматовенерологии. Астрахань - Москва 1995. С. 83-89.
4. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. М., 1996.
5. Сергеев Ю.В., Ларионова В.Н., Каменных П.В., Колесников Ю.Ю., Котова Н.В., Кудрявцева Е.В., Сергеев В.Ю., Хватов Б.И. Новые подходы к местной терапии пиодермий и осложненных дерматозов // Клиническая дерматология и венерологии, 2008, №6: 55-58.
6. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кеник-фест Ю.В. и др. Дифференцированная наружная терапия экзематозных проявлений // Медицинская технология. Екатеринбург, 2007.



# III Международный Форум Медицины и Красоты

## 8-10 декабря 2010 года

### ВВЦ, павильон 75 (станция метро "ВДНХ")

Форум традиционно собирает от 2500 до 4000 посетителей научной программы и выставки, из которых около 90% являются врачами-специалистами.

### В рамках ФМК:

обширная научно-практическая программа для специалистов в области дерматологии, косметологии, эстетической медицины, менеджмента индустрии красоты.

Среди докладчиков Форума – эксперты в области дерматологии и косметологии из России, Великобритании, Германии, Израиля, Италии, Испании, Китая, Латвии, Норвегии, Польши, США, Украины, Тайваня, Чехии, Франции, Швейцарии, Швеции.

Все слушатели научной программы получают соответствующие сертификаты от Национального альянса дерматологов и косметологов;

профильная выставка;

**NEW!** В рамках Форума-2010 впервые состоится финал **Первого Международного конкурса молодых дерматологов и косметологов «Сферы мастерства».**

Конкурс проходит при поддержке Комиссии по охране здоровья и экологии Общественной палаты Российской Федерации.



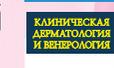
Официальные партнеры мероприятий НАДК



Генеральный информационный партнер:



Информационные партнеры:



Национальный альянс дерматологов и косметологов: (495) 785-11-04

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

В.А. РЕВЯКИНА

Отделение аллергологии  
НИИ питания РАМН,  
Москва

# Энтеросорбенты в комплексной терапии атопического дерматита у детей

*Атопический дерматит – системное аллергическое заболевание со сложным патогенезом и характерной возрастной эволюцией клинических проявлений.*

*Характеризуется упорным течением, частыми обострениями и недостаточной эффективностью существующих методов лечения. В лечении атопического дерматита особый интерес представляют сорбенты, в состав которых входит пребиотик. К таким средствам относится Лактофильтрум. Препарат содержит пребиотик (лактозу) и сорбент (лигнин).*

**Н**а протяжении многих лет совершенствовались и углублялись знания о природе заболевания, появлялись новые концепции патогенеза, менялась терминология. Согласно современной концепции в основе развития атопического дерматита лежат иммунологические механизмы и нарушения (дисфункция) эпидермального ба-

рьера. Основные патоморфологические изменения, возникающие при атопическом дерматите, происходят в эпидермисе, затрагивая дерму при тяжелом, непрерывно-рецидивирующем течении болезни.

В настоящее время сформировалась научная точка зрения, что атопический дерматит развивается под влиянием генетических и внешнесредовых факторов. Антигенная нагрузка на организм факторов экзогенного и эндогенного происхождения играет одну из важнейших ролей в механизмах развития заболевания.

К экзогенным факторам относятся разнообразные аллергены (пищевые, бытовые, клещевые, пыльцевые, грибковые, эпидермальные, лекарственные) и неспецифические стимулы (климат, стресс, курение, холод). Эндогенные факторы составляют патологические состояния, ассоциирующиеся с атопическим дерматитом. У 80%-90% детей с атопиче-

ским дерматитом наблюдаются патологические изменения в желудочно-кишечном тракте, у 20-30% – в дыхательной системе и у 15%-18% – в почках. Нарушение барьерной функции внутренних органов способствует более быстрому поступлению в организм экзоаллергенов. При длительном, непрерывно-рецидивирующем течении болезни у подавляющего большинства больных нарушаются процессы их элиминации. Происходит накопление в тканях и биологических жидкостях продуктов нарушенного метаболизма, повышается содержание желчных кислот, концентрация биологически активных веществ (гистамин, серотонин, эйкозаноидов, цитокинов и т.д.), образующихся в организме в процессе значительной антигенной стимуляции. Развивается синдром эндогенной интоксикации. Клинически синдром эндогенной интоксикации проявляется в виде мраморности кожи, акроцианоза, сероватого оттенка кожи, сухости и шелушения.

С целью детоксикации используется эфферентная терапия, направленная на выведение из организма аллергенов и токсинов. Наиболее эффективными из них являются сорбционные методы. В педиатрической практике наиболее часто используется метод энтеросорбции – метод, основанный на связывании и выведении из организма аллергенов, различных экзогенных и эндогенных соединений, патогенных микро-

**Преимущество безрецептурного лекарственного препарата Лактофильтрум в его двойном действии: сорбент нейтрализует патогенные микроорганизмы и выводит кишечные токсины, а пребиотик стимулирует рост полезной микрофлоры (бифидо- и лактобактерий). Комплексное воздействие компонентов Лактофильтрума приводит к формированию мощного защитного фактора – нормальной микрофлоры кишечника, ликвидации клинических проявлений дисбактериоза, более быстрому исчезновению симптомов аллергических заболеваний и к эффективной детоксикации организма.**

организмов и продуктов их жизнедеятельности.

На фоне энтеросорбции происходит повышение функциональной активности клеточного и гуморального иммунитета, увеличивается число Т-лимфоцитов, уменьшается выраженность эозинофилии, снижается уровень циркулирующих иммунных комплексов, уменьшается зуд кожных покровов и отек, снижается частота и тяжесть приступов бронхиальной астмы. Существенным является то, что сорбенты позволяют уменьшить дозу гормонов, а в некоторых случаях даже отменить.

В клинической практике используется широкий ассортимент сорбционных средств. Лечебный эффект сорбента достигается за счет физико-химических свойств сорбирующего вещества, способного связывать и выводить из организма экзогенные и эндогенные соединения. Решающую роль играет пористость, характеризующаяся наличием пор между зернами, слоями, кристаллами. Сорбенты могут иметь микропоры, мезопоры, макропоры. Поэтому выбор сорбента с разной пористой структурой влияет на адсорбцию тех или иных токсинов, что определяет терапевтический эффект сорбента.

Особый интерес представляют сорбенты, в состав которых входит пребиотик. К таким средствам относится Лактофильтрум. Препарат содержит пребиотик (лактозу) и сорбент (лигнин). Свойства Лактофильтрума обусловлены высокой сорбционной способностью природного энтеросорбента на основе лигнина. Лигнин гидролизный – сложное природное органическое соединение, продукт гидролизной переработки древесины, энтеросорбент. Обладает неспецифическим дезинтоксикационным действием. Связывает, удерживает и выводит из организма различную патогенную микрофлору, экзо- и эндотоксины, лекарственные препараты, соли

тяжелых металлов, алкоголь, аллергены, избыток некоторых продуктов обмена веществ (билирубина, холестерина, гистамина, серотонина, мочевины, иных метаболитов, ответственных за развитие эндогенного токсикоза). За счет большой площади поверхности и развитой системы пор Лигнин обладает высокой сорбционной емкостью. Лигнин не токсичен. Второй компонент Лактофильтрума – лактулоза – синтетический дисахарид, состоящий из остатка галактозы и остатка фруктозы. В толстом кишечнике Лактулоза ферментируется нормальной микрофлорой кишечника в качестве пищевого субстрата. Лактулоза стимулирует рост бифидобактерий и лактобактерий в толстом кишечнике, способствует нормализации обмена белков, жиров и углеводов, способствует правильному всасыванию витаминов, макро- и микроэлементов, а также стимулирует неспецифический иммунитет. В результате гидролиза Лактулозы образуются органические кислоты (молочная, уксусная и муравьиная), подавляющие рост патогенных микроорганизмов и уменьшающие вследствие этого продукцию азотсодержащих токсических веществ. Описанный процесс приводит к увеличению осмотического давления в просвете толстого кишечника и стимулированию перистальтики. Лактулоза не усваивается человеком.

Преимущество безрецептурного лекарственного препарата Лактофильтрум в его двойном действии: сорбент нейтрализует патогенные микроорганизмы и выводит кишечные токсины, а пребиотик стимулирует рост полезной микрофлоры (бифидо- и лактобактерий). Комплексное воздействие компонентов Лактофильтрума приводит к формиро-

ванию мощного защитного фактора – нормальной микрофлоры кишечника, ликвидации клинических проявлений дисбактериоза, более быстрому исчезновению симптомов аллергических заболеваний и к эффективной детоксикации организма.

### СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Ниже представлен опыт применения Лактофильтрума в комплексной терапии детей с атопическим дерматитом. Под наблюдением находилось 36 детей в возрасте от 2 до 5 лет ( $n = 26$ , основная группа,  $n = 10$ , контрольная группа). Мальчиков было 20, девочек – 16. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 4,5 лет. По тяжести заболевания:

Включение в комплексную терапию атопического дерматита, сопровождающегося синдромом эндогенной интоксикации, энтеросорбента «Лактофильтрум» позволило существенно уменьшить выраженность кожного процесса, зуда и сухости кожных покровов. При этом индекс SCORAD у детей основной группы уменьшился до  $14,6 \pm 2,1$  и  $28,4 \pm 1,4$  баллов соответственно, в то время как у детей из группы сравнения не наблюдалось столь выраженного регресса кожных высыпаний.

у 16 детей наблюдалось среднетяжелое течение болезни (индекс SCORAD =  $38,4 \pm 1,8$  балла), у 10 больных – тяжелое течение атопического дерматита (индекс SCORAD =  $56,5 \pm 1,5$  балла). Группу сравнения составили 10 детей со среднетяжелым течением атопического дерматита, получавших только традиционную терапию.

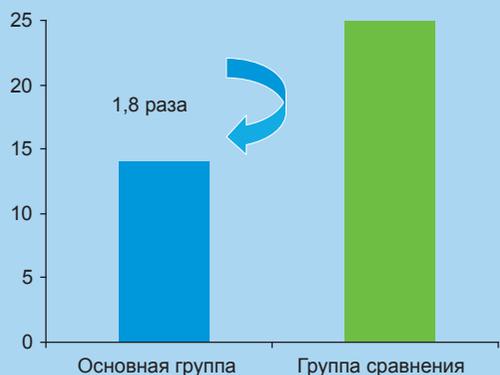
У детей со среднетяжелым течением атопического дерматита кожный процесс был локализован в области лица, шеи с переходом на кожу предплечий и



**Включение в состав комплексной терапии детей с атопическим дерматитом препарата Лактофильтрум в возрастной дозе в течение 14 дней более чем в 2 раза повысило клиническую эффективность лечения, способствуя более быстрому разрешению кожного процесса, показало не только положительный краткосрочный эффект, но и позитивные долгосрочные результаты (почти в 2 раза увеличились сроки ремиссии). Препарат удобен для приема, не токсичен, не вызывает развитие побочных эффектов.**



**Рисунок 1. Динамика показателей степени тяжести атопического дерматита у детей на фоне лечения**



**Рисунок 2. Сокращение периода обострений атопического дерматита на фоне использования Лактофильтрума**

локтевых сгибов, на сгибательной поверхности лучезапястных суставов, тыла кистей и в подколенных ямках. Патологический процесс носил островоспалительный характер и был представлен гиперемией, отеком, очагами экссудации, эксфолиациями, корочками, шелушением. Кожа вне очагов поражения была сухой, со сниженным тургором и эластичностью. Отмечался зуд кожных покровов умеренной интенсивности.

У детей с тяжелым течением атопического дерматита процесс был распространенным, отмечалась яркая гиперемия и отечность, выраженные и обширные очаги экссудации, папулезные элементы, сливающиеся в очаги стойкой инфильтрации. Лихенификация была ярко выраженной, наблюдались глубокие линейные трещины, эксфолиация, серозно-геморрагические корочки. У всех больных наблюдался выраженный зуд, нарушение сна.

Лактофильтрум назначали внутрь 3 раза в день между приемами пищи (за 1-1,5 часа до или после еды или приема других лекарственных средств).

Возрастные дозировки: детям от 3 до 5 лет по 1 табл. 3 раза в день; а детям от 2-х до 3 лет по 1\2 табл. 3 раза в день. Длительность курса

приема – 2 недели.

Включение в комплексную терапию атопического дерматита, сопровождающегося синдромом эндогенной интоксикации, энтеросорбента «Лактофильтрум» позволило существенно уменьшить выраженность кожного процесса, зуда и сухости кожных покровов. При этом индекс SCORAD у детей основной группы уменьшился до 14,6 + 2,1 и 28,4 + 1,4 баллов соответственно (рисунок 1), в то время как у детей из группы сравнения не наблюдалось столь выраженного регресса кожных высыпаний. У пациентов основной группы на фоне применения Лактофильтрума отмечалась нормализация имеющихся нарушений со стороны стула. Курсовое использование Лактофильтрума позволило сократить период обострения (рисунок 2), продлить ремиссию заболевания в среднем на 4,6 + 2,3 месяцев у детей в основной группе по сравнению с больными из группы сравнения (2,9 + 1,8 месяцев).

Таким образом, включение в состав комплексной терапии детей с атопическим дерматитом препарата Лактофильтрум в возрастной дозе в течение 14 дней более чем в 2 раза повысило клиническую эффективность лечения (снижение индекса SCORAD при среднетяжелом течении болезни с 38,4 + 1,8 до 14,6 + 2,1 балла, а при тяжелом течении атопического дерматита с 56,5 + 1,5 до 28,4 + 1,4 балла), способствуя более быстрому разрешению кожного процесса, показало не только положительный краткосрочный эффект, но и позитивные долгосрочные результаты (почти в 2 раза увеличились сроки ремиссии).

Препарат удобен для приема, не токсичен, не вызывает развитие побочных эффектов.

## Литература

1. Боткина А.С. Применение диоктаэдрического смектита у детей с атопическим дерматитом. Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7. № 2: 1-4.
2. Методы коррекции дисбиотических нарушений кишечника у детей с атопическим дерматитом. Учебное пособие. Под ред. проф. Л.Ф. Казначеевой. Новосибирск. 2004. 72 с.
3. Палий И.Г., Резниченко И.Г. Современный взгляд на проблему энтеросорбции: выбор оптимального препарата. Новости медицины и фармации. 2007. № 11. 217 с.



# ЗДОРОВЫЙ КРАСИВАЯ КИШЕЧНИК КОЖА



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

**ЛАКТОФИЛЬТРУМ®**

ЗДОРОВЫЙ КИШЕЧНИК –  
КРАСИВАЯ КОЖА

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

И.М. КОРСУНСКАЯ,  
З. НЕВОЗИНСКАЯ,  
С.Д. ГУСЕВА,  
М.Т. МИННИБАЕВ,  
И.Г. ДИКОВИЦКАЯ

КВД № 16,

ЦТП ФХФ РАН,

ММА им. И.М. Сеченова

# Выбор тактики терапии аллергического контактного дерматита на лице

*Аллергический контактный дерматит встречается примерно у 2-5% людей.*

*Показатель заболеваемости аллергическим контактным дерматитом в разных странах может варьировать в зависимости от степени индустриализации страны. Особенно сложны в терапии аллергические контактные дерматиты кожи лица, которые довольно часты после применения косметических средств или после проведения косметических процедур.*

*Ввиду того что высыпания на коже лица очень часто сопровождаются отеком и яркостью клинической картины, это требует интенсивной терапии, так как качество жизни таких пациентов резко снижено. В мировой практике накоплен многолетний успешный опыт применения препаратов алклометазона для терапии различных дерматозов на чувствительных участках кожи, в том числе положительные результаты терапии острых дерматозов на лице. В частности, высокую эффективность показывает Афлодерм – глюкокортикостероид для наружного применения, активным веществом которого является алклометазона дипропионат.*

**Я**вляясь классической формой реакции гиперчувствительности замедленного типа, аллергический контактный дерматит опосредованно связан с сенсибилизацией лимфоцитов. Часто причиной развития аллергического контактного дерматита становятся вещества, не вызывающие реакции раздражения у большинства людей, ре-

акция развивается только у тех, кто имеет сенсибилизированные Т-лимфоциты, специфичные именно к этому веществу. Однако вещества, вызывающие раздражающее действие на кожу у всех людей (кислоты, щелочи, красители, ядовитые вещества), также могут вызвать аллергическую реакцию, однако реакция на их воздействие у сенсибилизированных людей может многократно превышать реакцию у обычного человека (1, 2).

Ведущую роль в формировании гиперчувствительности играют макрофаги эпидермиса (клетки Лангерганса) и реакция организма будет направлена не только на вещество-раздражитель, но и на белок-носитель. Аллергический контактный дерматит относится к аллергическим реакциям замедленного типа и возникает, как правило, через 10-14 дней после первого контакта с аллергенами. Более короткий период сенсибилизации бывает при контакте с агрессивными веществами и длится до 7-8 дней, наиболее часто это наблюдается при аппликациях лекарственных препаратов, особенно антибактериальных, реже такую реакцию вызывают антисептики, анестетики и латекс (3, 4, 5).

В развитии аллергического дерматита имеют значение не только особенности строения и функции кожи, но и наследственная предрасположенность.

Аллергический контактный дерматит, в отличие от простого, развивается не сразу после контакта с раздражителем и только после не-

скольких контактов с ним. Для формирования аллергической реакции организму необходимо несколько недель от первого контакта, тогда при повторном контакте с этим фактором развивается дерматит. Часто воспалительная реакция кожи не соответствует интенсивности действия раздражителя: у человека, не страдающего аллергией, он не вызовет никакой реакции, а подверженный аллергии организм может получить такую реакцию, что площадь изменений на коже будет значительно превышать площадь контакта.

При простом контактном дерматите реакция развивается непосредственно после контакта с раздражителем, в качестве которого, как правило, выступают агрессивные вещества (растворители, щелочи, кислоты и т.д.) или физические факторы (перегревание, трение, сдавливание и т.д.). Первичная сенсибилизация отсутствует. И реакция развивается в месте непосредственно воздействия раздражителя.

На сегодняшний день известно более 3000 разнообразных веществ, способных вызвать развитие аллергического контактного дерматита. Большинство из них является низкомолекулярными химическими соединениями и ионами металлов. Обладая слабыми антигенными свойствами, эти соединения, вступив при попадании в кожу в связь с белками и став гаптенами, становятся полноценными антигенами (5, 6).

Физическими факторами, приводящими к развитию аллергического дерматита, чаще всего становятся солнечное излучение и холод.

Химическими факторами являются очень часто синтетические моющие средства, растения, наружные лекарственные препараты, изделия из латекса, косметические и парфюмерные изделия и т.д.

В отличие от атопического дерматита, когда сенсibilизация организма происходит от воздействия нескольких аллергенов и обострение может наступить под воздействием разных факторов, сенсibilизация при аллергическом контактном дерматите происходит в отношении одного аллергена и только при контакте с ним.

Кратковременный контакт с аллергеном обычно приводит к заболеванию длительностью в несколько дней или недель, но постоянный контакт с аллергеном может привести к развитию хронического процесса и даже к стойкой нетрудоспособности пациента.

Острые проявления аллергического контактного дерматита сопровождаются выраженной эритемой и отеком, затем могут возникать как мелкие пузырьки, так и большие пузыри, после вскрытия оставляющие мокнущие эрозии. В дальнейшем в очагах поражения появляются корки, чешуйки, в некоторых случаях после заживления остаются участки гиперпигментации.

Принципы лечения аллергического дерматита такие же, как и простого контактного дерматита, и включают несколько общих положений:

- устранение раздражителей и аллергенов;
- десенсibilизирующее лечение с использованием системных антигистаминных препаратов;
- применение наружных средств (мазей и кремов), содержащих глюкокортикостероиды.

Особенно сложны в терапии аллергические контактные дерматиты кожи лица, которые довольно часты после применения косметических средств или после проведения косметических процедур.

Ввиду того что высыпания на коже лица очень часто сопровождаются отеком и яркостью клинической

картины, это требует интенсивной терапии, так как качество жизни таких пациентов резко снижено.

В мировой практике накоплен многолетний успешный опыт применения препаратов алклометазона для терапии различных дерматозов на чувствительных участках кожи, в том числе положительные результаты терапии острых дерматозов на лице.

Под нашим наблюдением находилось 26 пациенток в возрасте от 17 до 62 лет. У 9 пациенток картина аллергического контактного дерматита развилась непосредственно после косметических процедур (кислотного пилинга). Всем пациенткам ранее проводились данные процедуры, и реакция на них была менее интенсивной. У 17 пациенток высыпания возникли после применения косметических средств (кремов, лосьонов, масок, средств макияжа). Терапия данной группы пациентов проводилась следующим образом: антигистаминные препараты применялись в течение 14-20 дней, дезинтоксикационная терапия проводилась 8 пациентам с резко выраженным отеком и буллезными высыпаниями. Наружно все пациенты применяли крем Афлодерм 2 раза в день.

На 7-й день отмечалось уменьшение гиперемии, отека, исчез зуд. К 14-му дню у большинства пациентов (19 человек) оставалось незначительное шелушение. У оставшихся пациентов процесс полностью регрессировал к 18-му дню. В процессе терапии препаратом не было отмечено нежелательных побочных реакций.

Афлодерм – глюкокортикостероид для наружного применения, активным веществом которого является алклометазона дипропионат. По химической структуре алклометазона дипропионат относится к  $C_{21}$  – карбоксил эфирам и имеет атом хлора в типичном 7 положении, что и определяет его особые фармакологические свойства. Ал-

клометазон дипропионат является пролекарством и подвергается метаболизму в эпидермисе до активных лабильных метаболитов, которые в свою очередь оказывают положительный терапевтический эффект, не накапливаясь в эпидермисе и дерме и не вызывая отрицательных катаболических эффектов, присущих устаревшим фторированным молекулам (9, 10).

Афлодерм обладает выраженным местным противовоспалительным, противоаллергическим, противозудным и сосудосуживающим эффектами. При нанесении на поверхность кожи препарат оказывает быстрое локальное действие в очаге воспаления, уменьшая выраженность объективных симптомов (эритема, отек) и субъективных ощущений (зуд, жжение).

Одним из важнейших свойств препарата Афлодерм крем является наличие увлажняющих и защитных свойств основы препарата. Корнеометрическое исследование показало, что препарат значительно улучшает показатели гидратации кожи и способствует восстановлению функции эпидермального барьера у пациентов с дерматозами, использующими Афлодерм крем. Это свойство препарата проявляется дополнительным положительным эффектом при терапии аллергических дерматитов фасциальной локализации.

Слабый антипролиферативный эффект алклометазона является его значимым преимуществом при терапии дерматозов на участках кожи с тонким эпидермисом. Доказано, что атрофогенное действие у алклометазона дипропионата не проявляется даже при использовании его на чувствительных участках кожи в течение длительного времени (7, 8, 9). Афлодерм может применяться на чувствительных участках кожи – на лице, шее и в складках, а также у пациентов с истонченной, в том числе возрастной и чувствительной кожей.



**Рисунок 1. Больная С., 61 год, с яркой гиперемией, выраженным отеком, очагами мокнутия и множественными корочками на коже лица**



**Рисунок 2. Больная С. на 7-й день терапии кремом Афлодерм**



**Рисунок 3. Больная С. на 18-й день терапии кремом Афлодерм**

В то же время выраженность локального противовоспалительного и противозудного эффекта препарата Афлодерм в значительной степени превосходит многие другие препараты.

Еще одним важнейшим свойством препарата Афлодерм крем является наличие увлажняющих и защитных свойств основы препарата. Корнеометрическое исследование показало, что препарат значительно улучшает показатели гидратации кожи и способствует восстановлению функции эпидермального барьера у пациентов с дерматозами, использующими Афлодерм крем (4). Это свойство препарата проявляется дополнительным положительным эффектом при терапии аллергических дерматитов фасциальной локализации (11).

В качестве примера приводим историю болезни больной С., 61 года. Высыпания на коже лица появились через четыре дня после начала применения крема от морщин. Аллергоanamnez отрицательный. Пациентка отказалась от применения крема, однако процесс усиливался, и через 7 дней больная обратилась к врачу (рисунок 1). Субъективно пациентку беспокоил сильный зуд.

На момент осмотра на коже лица имелась яркая гиперемия, выраженный отек, очаги мокнутия и множественные корочки. Больная получала антигистаминную и дезинтоксикационную терапию, местно был назначен крем Афлодерм с аппликацией 2 раза в день. Через 7 дней на фоне проводимой терапии отмечалось значитель-

ное улучшение. На коже лица, в области носа, щек и подбородка гиперемия, инфильтрация и мокнутие исчезли, а в области век и лба – значительно уменьшились (рисунок 2).

На коже в области лба и век на фоне незначительной гиперемии и инфильтрации отмечалось незначительное шелушение и сухость кожи. Больной было рекомендовано продолжать лечение, и дополнительно назначена лечебная косметика, к 18 дню отмечалось полное разрешение процесса на лице (рисунок 3).

Полученные результаты показали высокую эффективность крема Афлодерм, отсутствие нежелательных эффектов и преимущества гидратирующих свойств его основы в терапии аллергического контактного дерматита на коже лица. 

## Литература

- Харрисон Т.Р. Внутренние болезни. Под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда и др. В двух томах. Пер. с англ. М. Практика. Мак-Гроу Хилл (совмест. изд.). 2002.
- Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение. Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. М. Гэотар-Медицина. 2000.
- Полов Н.Н., Лавров В.Ф., Солошенко Э.Н. Клиническая иммунология и аллергология. М. Реинфор. 2004.
- Звездина И.В., Перламутов Ю.Н. Влияние наружной кортикостероидной терапии Аклометазона дипропионатом (Афлодерм) на функциональные показатели кожи пожилых пациентов, страдающих зудящими дерматозами. РМЖ. 2007. 6: 573.
- Лусс Л.В., Ерохина С.М., Успенская К.С. Новые возможности диагностики аллергического контактного дерматита // Российский аллергологический журнал. 2008. № 2.
- Степанова Е.В. Аллергический контактный дерматит: основные подходы к диагностике, лечению и профилактике // Лечащий врач. 2009. № 10: 15-19.
- Ломоносов К.М., Игнатьев Д.В. Аллергический контактный дерматит // Дерматология № 2 (приложение consilium medicum). 2009. С. 17-21.
- A. Lassus. Clinical comparison of Aclometasone Dipropionate Cream 0,05% and Hydrocortisone Butyrate Cream 0,1% in the treatment of Atopic dermatitis in Children // J. of International medical research. Vol. 11. № 5. 1983.
- C. Thornfeldt, R.C. Cornell, R.B. Stoughton. The effect of Aclometasone Dipropionate Cream 0,05% on the Hypothalamic – Pituitary-Adrenal Axis of normal volunteers // Vol. 276. № 13. 1985.
- A. Kansky, B. Podrumac and A. Godič Non-fluorinated corticosteroid topical preparations in children // ACTA. Dermatovenereologica, Alpina, Pannonica et Adriatica. 2000. Vol. 9. № 2.
- H. Degreef. New Corticosteroids // Skin Therapy Letter. 1999. Vol. 4. № 6.
- Duchková H., Hašková M. Korneometrické vyšetření prokázalo zvýšení hydratace kůže po aplikaci dermosteroidu Alclometasone Dipropionate cream 0,05%. Materials of scientific study. 2005.

# БЕРЕЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЖИ

## афлодерм®

### - ЗАБОТА и НЕЖНОСТЬ



РЕГ. №: ИП 100131301 от 25.09.2005 № 1100215306 от 25.09.2005 БЕЛУПО



- эффективный мягкий топический глюкокортикоид с высоким уровнем местной и системной безопасности и дополнительным увлажняющим действием
- применяется для терапии дерматозов «чувствительных» участков кожи: на лице, шее, в складках, генитальной зоне
- подходит для нежной детской кожи
- может использоваться на больших площадях и при необходимости длительной терапии



[www.belupo-dd.ru](http://www.belupo-dd.ru)

 **BELUPO**

БЕЛУПО, лекарства и косметика д.д.  
Республика Хорватия

Представительство в России:  
119330, Москва,  
Ломоносовский пр., д. 38, 71-72

Тел.: 933-7212/13/14  
Факс: 933-7215  
[belupo@belupo-dd.ru](mailto:belupo@belupo-dd.ru)

С.В. КЛЮЧАРЕВА,  
Е.А. БЕЛОВА,  
В.В. АЛЕКСЕЕВА,  
Н.Н. ШИНКАРЬ,  
О.Д. СЕЛИВАНОВА

## Применение средств наружной терапии в лечении ограниченных форм склеродермии

*Ограниченная склеродермия (ОС) (шифр I94 по МКБ-10) – хроническое заболевание соединительной ткани, принадлежащее к семейству коллагенозов и характеризующееся формированием в коже и подлежащих тканях воспалительно-склеротических изменений ограниченного (очагового) характера, без вовлечения в процесс внутренних органов.*

*Этиология и патогенез ОС не уточнены. Имеются предположения об инфекционном происхождении заболевания, поскольку в ряде случаев оно ассоциируется с острыми и хроническими инфекциями, что не исключает роли наследственных факторов, генетически обусловленных детерминант, эндокринопатий, аутоиммунных патогенетических процессов.*

*Таким образом, склеродермия в целом и ОС в частности могут быть отнесены к мультифакторным заболеваниям, в которых значение отдельных факторов, инициирующих либо промотирующих, не может быть четко определено.*

*Ключевую роль в патогенезе данного дерматоза играют аутоиммунные реакции к коллагену, возникающие вследствие высокого уровня антигенной коллагеновой стимуляции.*

**И**нспирируемые ими функциональные изменения деятельности фибробластов и других коллагенообразующих клеток приводят к глубоким нарушениям внутриклеточного метаболизма коллагена. Об этом свидетельствуют данные, демонстрирующие высокой уровень цитотоксической активности

сывороток больных в отношении фибробластов, величины титров антинуклеарных антител, дисиммуноглобулинемия и пр. (1). Для лечения ОС представляется весьма перспективным применение отечественного препарата Эгаллохит (галадерм), активной субстанцией которого является 10% эпигаллокатехин-3-галлат.

Клинически различают две формы ОС – бляшечную (sclerodermia en plaque, morfea) и линейную (sclerodermia en band, sclerodermia en coup de sabre). Иногда в качестве отдельных форм или разновидностей ОС рассматривают так называемую поверхностную (каплевидную) склеродермию – склероатрофический лишай, белый лишай Цимбуша (lichen albus Zumbusch), идиопатическую атрофодермию Пазини Пьерини, склеродерму новорожденных, склеродерму взрослых Бушке (scleroedema adultorum Buschke) и пр.

Клиническая картина ОС вполне характерна. В классическом варианте течения болезни очаги поражения в своем развитии проходят 3 стадии: пятна, бляшки, атрофии (4). Процесс начинается с появления одного (реже – нескольких) розовато-красного с фиолетовым оттенком пятна, почти без уплотнения, округлой или овальной формы, с сиреневым ободком по периферии, за более или менее продолжительное время достигающего размеров ладони и более (стадия 1 – пятна, эритематозная). В дальнейшем в центре пятна формируется уплотнение, кото-

рое может быть поверхностным либо проникающим глубоко в дерму, иногда до фасций и мышц. Вскоре очаг превращается в плотную (деревянистой консистенции) бляшку характерного желтовато-белого цвета с гладкой поверхностью, напоминающей слоновую кость. В таком состоянии он может сохраняться без видимых изменений месяцами и годами (стадия 2 – бляшки, индуративная). Поздняя эволюция очагов состоит в исчезновении сиреневого кольца, постепенном размягчении и рассасывании уплотнения от центра к периферии, в результате чего центр бляшки начинает западать, а вскоре и весь очаг превращается в участок атрофии (стадия 3 – атрофия). Имеются наблюдения, когда при рано начатом и адекватном лечении очаг бляшечной склеродермии может исчезнуть, не оставляя атрофии. В нетипичных случаях исходом процесса может явиться формирование в зоне поражений плотной грубой рубцовой ткани по типу гипертрофического или келоидного рубца – «келоидоподобная склеродермия», отложение в коже извести, изъязвление очага, малигнизация.

Несмотря на очевидный прогресс в изучении склеродермии, в целом, вопросы профилактики рецидивов, трудоспособности и качества жизни больных с ОС по-прежнему нуждаются в анализе и разработке (6). Существует мнение о том, что ОС, в особенности бляшечная форма болезни, явля-

ется достаточно редкой, изолированной патологией с благоприятным течением и прогнозом, мало влияющей на качество жизни пациентов, уровень их социальной и профессиональной адаптации. Вместе с тем, по мнению ряда исследователей, вероятность трансформации ОС в системную склеродермию составляет до 40%, а распространенность данного дерматоза такова, что доля его в структуре дерматологической патологии достигает 1% и имеет неуклонную тенденцию к росту (1, 2).

Даже при наличии потенциальных возможностей раннего выявления, полноценной диагностики и адекватной терапии диагноз «бляшечной склеродермии» нередко устанавливается с большим опозданием. Этому способствует ряд обстоятельств, в частности, сложность, многоэтапность диагностики и терапии, преимущественная ориентированность лечебных мероприятий на воспрепятствование и исключение предпосылок к приобретению процессом системного характера. Они сложны, дорогостоящи, инвазивны (инъекции, местные обкалывания, электро- и фонофорез, УФА и ПУВА-терапия и пр.), имеют ряд серьезных противопоказаний, могут быть выполнены только в условиях стационара, а потому ограничены по времени, подразумевают под собой необходимость госпитализации, отказа от бытовой и профессиональной деятельности. Местные же процедуры в виде мазей и аппликаций, в основном, гормоносодержащих (мометазон, гидрокортизон, метилпреднизолон и пр.), пугают пациентов приобретением зависимости, заставляя уклоняться от выполнений данных рекомендаций врача. Следствием этого становятся рецидивирование и прогрессирование заболевания, повторные, по истечении месяцев и лет обращения к специалистам, когда и диагноз, и прогноз уже однозначно неблагоприятны и свидетельствуют о наличии тя-

**Таблица 1. Последовательность обследования больных**

Параметр	Значение				
	1	2	3	4	5
Визит	1	15	30	45	60
День терапии	1	15	30	45	60
Получение формы информированного согласия	×				
Демографические данные, анамнез заболевания	×				
Физикальные данные	×	×	×	×	×
Сопутствующие заболевания	×	×	×	×	×
Лабораторные, аппаратные, инструментальные исследования	×				×
Терапия	×	×	×	×	×
Нежелательные побочные эффекты терапии		×	×	×	×
Оценка качества жизни (ДИКЖ).	×				×
ГОТЭ					×
Оценка потребительских свойств (опросник пациента об удовлетворенности терапией лекарственным препаратом)					×

**Таблица 2. Распределение больных по группам сравнения**

Признаки/показатели	Группы сравнения					
	I группа (n = 37)		II группа (n = 39)		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Количество участников	37		39		76	100
Мужчины	10	27,0	11	28,2	21	27,6
Женщины	27	73,0	28	71,8	55	72,4
Возраст (лет)						
18-29	8	21,6	7	18,0	15	19,7
30-39	9	24,3	10	25,6	19	25,0
40-49	8	21,6	9	23,1	17	22,4
50-59	7	18,9	7	18,0	14	18,4
60-69	5	13,5	6	15,4	11	14,5
Средняя продолжительность заболевания (лет)	5 ± 1,5	-	6 ± 2	-	5,5 ± 1,5	-
Средняя длительность последнего обострения (мес.)	7,5 ± 3,5	-	8,5 ± 2,5	-	-	-
Среднее количество очагов у одного больного	2,9 ± 1,3	-	3,1 ± 1,1	-	3,0 ± 1,2	-

**Таблица 3. Схемы терапии в группах сравнения**

Препараты, использованные в рамках базового курса терапии	Курс лечения (дни терапии)			
	1-15	16-30	31-45	46-60
1	×	-	-	×
2	×	×	×	×
3	×	×	×	×
4	×	-	×	-
5	×	×	×	×
Препараты, применяемые в группах сравнения:				
I группа (n = 37)				
1	×	-	×	-
2	×	×	×	×
3	-	×	-	×
II группа (n = 39)				
Исследуемый препарат	×	×	×	×

желого терапевтического недуга из группы коллагенозов (6). В сложившихся условиях очевидна необходимость поиска новых препаратов и лекарственных

форм, применение которых в создавшихся условиях являлось бы адекватной альтернативой уже имеющимся средствам и отвечало бы следующим требованиям: па-

**Таблица 4. Изменения горизонтальных размеров (площади) очагов поражения в группах в зависимости от используемого средства наружной терапии**

Группы сравнения и абсолютное число наблюдений	Площадь (средние размеры в см <sup>2</sup> ) очагов поражения (M ± m)									
	Пункты (контрольные точки) регистрации изучаемого параметра									
	1		2		3		4		5	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I группа (n = 107)	32,5 ± 15,7	100	27,6 ± 12,3	85	21,5 ± 8,1	66	19,6 ± 7,8	60	14,3 ± 6,5	44
II группа (n = 120)	38,9 ± 17,4	100	26,4 ± 13,9	68	16,2 ± 7,3	42	10,7 ± 5,8*	28	7,4 ± 3,4*	19

Примечания. M – среднее значение m – ошибка среднего значения.  
\* В границах доверительного интервала = 95% внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы, (p < 0,05).

**Таблица 5. Изменения толщины (вертикальных границ) индуративных очагов поражения в группах в зависимости от используемого средства наружной терапии (по данным УЗ-морфометрии, гистомикрометрии)**

Группы сравнения и абсолютное число выполненных наблюдений	Средняя глубина инвазии (в мкм) очагов поражения (M ± m)									
	Пункты (контрольные точки) регистрации изучаемого параметра									
	1		2		3		4		5	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I группа (n = 57)	2750 ± 450	100	2500 ± 500	91	2350 ± 600	85	2000 ± 550	73	1850 ± 550#	67
II группа (n = 68)	2950 ± 350	100	2300 ± 450	78	1600 ± 550	54	1150 ± 400	39	700 ± 400*#	24

Примечания. M – среднее значение m – ошибка среднего значения.  
\* В границах доверительного интервала = 95% внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы, (p < 0,05).  
# В границах доверительного интервала = 95% межгрупповые различия показателей в контрольной точке регистрации статистически значимы, (p < 0,05).

**Таблица 6. Оценка влияния используемого средства наружной терапии на величину показателя плотности очага поражения (по данным соноэластографии)**

Группы сравнения и абсолютное число выполненных наблюдений	Плотность очага поражения (в UE, эквивалент кПа) (M ± m)					
	Пункты (контрольные точки) регистрации изучаемого параметра					
	До лечения		30-й день терапии		После лечения	
	Абс.	балл	Абс.	балл	Абс.	балл
I группа (n = 57)	1,94 ± 0,14#	2,0#	1,76 ± 0,16	1,8	1,68 ± 0,18#	1,7#
II группа (n = 68)	1,86 ± 0,21#	2,0#	1,54 ± 0,19	1,6	1,47 ± 0,16*	1,5
Группа контроля (n = 30)	1,35 ± 0,11	1,5	-	-	1,34 ± 0,13	1,5

Примечания. M – среднее значение m – ошибка среднего значения.  
\* В границах доверительного интервала = 95% внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы, (p < 0,05).  
# В границах доверительного интервала = 95% различия показателей относительно контрольной группы статистически значимы, (p < 0,05).

**Таблица 7. Совокупная оценка степени выраженности индукции (глубина инвазии + интенсивность) до и после лечения**

Группы сравнения и абсолютное число выполненных наблюдений	Пункты (контрольные точки) регистрации		
	До лечения	30-й день терапии	После лечения
	балл	балл	балл
I группа (n = 57)	2,7 (3,0 – 2,1)	2,1 (2,8-1,4)	1,6 (2,2-1,0)
II группа (n = 68)	2,7 (3,0-2,2)	1,2 (1,9-0,7)	0,5 (1,0-0,2)*#

Примечания. \* В границах доверительного интервала = 95% внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы, (p < 0,05).  
# В границах доверительного интервала = 95% межгрупповые различия показателей статистически значимы, (p < 0,05).

тогенетическая направленность терапии, безопасность, удобство и простота применения, возможность длительного использования в амбулаторных условиях.

В этом смысле применение отечественного препарата «Эгаллохит» (Галадерм), активной субстанцией которого является 10% эпигаллокатехин-3-галлат, пред-

ставляется весьма перспективным. Механизмы действия данного препарата, направленные на основные звенья патогенеза патологического рубцевания, а именно: влияние на активность факторов роста, особенно VEGF, синтез и метаболизм коллагена, подавление синтеза цитокинов (ИЛ-1, 6, 8; ФНО-α, циклооксигеназы второго типа и простагландинов), поглощение пероксидных радикалов, снижение уровня чувствительности рецепторов клетки к Ig E и пр., дают основание к предположению о патогенетической обоснованности использования его при лечении склеродермии. Тем более, благодаря своей безопасности и эффективности, подтвержденной клиническими исследованиями, данный препарат давно и широко применяется как средство предотвращения патологического рубцевания после пластических операций, лазерных шлифовок кожи, фотодинамической терапии и пр., а также используется в комплексной терапии уже имеющихся гипертрофических, келоидных и атрофических рубцов совместно с инъекционной, лучевой терапией и другими методами (5).

В связи с этим целью настоящей работы явилось научно-практическое обоснование целе-



# ЭГАЛЛОХИТ® (ГАЛАДЕРМ®)

**Заживление  
без рубца и воспаления!**



**Улучшает эпителизацию и предотвращает образование патологических рубцов после любых повреждений кожи**



ЗАО «МираксФарма»  
121059, Москва, ул. Брянская, д. 5  
Тел. + 7 (495) 721 20 58  
[www.mirax-pharma.ru](http://www.mirax-pharma.ru)  
[www.egallohit.ru](http://www.egallohit.ru)

Телефон горячей линии:

**8-800-555-55-82**

Звонки по России бесплатно

**Таблица 8. Изменения показателей интенсивности эритемы в очагах ОС в зависимости от используемого средства наружной терапии на основании различия цветовых характеристик зоны поражения до и после лечения (по данным колориметрии)**

Группы сравнения и абсолютное число выполненных наблюдений	Средние значения показателя интенсивности эритемы в зоне поражения (в баллах относительно показателей насыщенности/тона изображения окружающих тканей и % от исходного уровня + дисперсия)					
	Пункты (контрольные точки) регистрации изучаемого параметра					
	До лечения		30-й день терапии		После лечения	
	балл	%	балл	%	балл	%
I группа (n = 50)	2,7 (2,5-2,8)	96,4 (89,3-100)	1,9 (1,7-2,2)*	67,9 (60,7-78,6)*	1,1 (0,7-1,3)*	39,3 (25,0-46,4)*
II группа (n = 52)	2,8 (2,6-2,9)	96,6 (89,7-100)	1,3 (1,0-1,5)*#	44,8 (34,5-51,7)*#	0,6 (0,3-0,8)*	20,7 (10,4-27,6)*

Примечания: \* В границах доверительного интервала = 95% внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы, (p < 0,05).  
# В границах доверительного интервала = 95% межгрупповые различия показателей статистически значимы, (p < 0,05).

**Таблица 9. Изменения показателей интенсивности кровотока в зоне поражения в зависимости от используемого средства наружной терапии до и после лечения (по данным ЛДФ)**

Расчет параметров базального кровотока в очагах поражения произведен на основании средних значений изменения перфузии:  $M$ ,  $\sigma$  и  $K_v$ , где:  $M$  – величина среднего потока крови в интервалах времени регистрации;  $\sigma$  – среднее колебание перфузии относительно среднего значения потока крови  $M$ ;  $K_v$  – коэффициент вариации  $PM = \sigma/M \times 100\%$ .  
2 этап обработки ЛДФ-грамм базального кровотока при исследовании структуры ритмов колебаний перфузии крови амплитудно-частотный спектр – АЧС – опущен.

**Таблица 9. Часть 1**

Показатели интенсивности кровотока в индуративных очагах поражения	Группы сравнения и абсолютное число выполненных наблюдений				Контрольная группа (n = 30)
	I группа (n = 57)		II группа (n = 68)		
	Пункты (контрольные точки) регистрации изучаемого параметра				
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
$M$ , п.ф. ед.	4,97 ± 0,42#	10,8 ± 0,14*#	5,31 ± 0,44#	16,4 ± 0,97*	16,7 ± 1,5
$\sigma$ , п.ф. ед.	0,62 ± 0,43#	1,87 ± 0,27*#	0,71 ± 0,32#	3,6 ± 1,16*	3,90 ± 1,58
$K_v$ , %	14,6 ± 0,15#	17,6 ± 0,96*#	13,4 ± 0,58#	21,9 ± 1,6*	23,0 ± 2,0
Балл	1,6 (1,4-1,7) #	1,3 (1,2-1,5) #	1,7 (1,5-2,0)#	1,1 (0,9-1,1)*	1 (0,9-1,1)

Примечания: \* В границах доверительного интервала = 95% внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы, (p < 0,05).  
# В границах доверительного интервала = 95% межгрупповые различия показателей статистически значимы, (p < 0,05).

**Таблица 9. Часть 2**

Показатели интенсивности кровотока в эритематозных очагах поражения	Группы сравнения и абсолютное число выполненных наблюдений				Контрольная группа (n = 30)
	I группа (n = 50)		II группа (n = 52)		
	Пункты (контрольные точки) регистрации изучаемого параметра				
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
$M$ , п.ф. ед.	24,2 ± 0,34#	21,7 ± 0,68*#	24,7 ± 0,41 #	17,9 ± 1,4*	16,7 ± 1,5
$\sigma$ , п.ф. ед.	1,83 ± 0,32#	2,26 ± 0,21	1,72 ± 0,37#	3,8 ± 1,1*	3,90 ± 1,58
$K_v$ , %	7,31 ± 1,18#	10,4 ± 1,21*#	6,98 ± 1,24#	21,2 ± 2,3*	23,0 ± 2,0
Балл	3,1 (2,5-4,0)#	2,2 (1,8-2,7)#	3,3 (2,5-4,3)#	1,1 (0,9-1,2)*	1 (0,9-1,1)

Примечания.  $M$  – среднее значение  $m$  – ошибка среднего значения.  
\* В границах доверительного интервала = 95% внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы, (p < 0,05).  
# В границах доверительного интервала = 95% различия показателей относительно контрольной группы статистически значимы, (p < 0,05).

сообразности применения крема (геля) «Эгаллохит» в комплексной терапии ОС как патогенетически оправданного неинвазивного средства лечения. В ходе исследования были поставлены и нашли свое решение следующие задачи:  
1) сравнительная оценка кожного статуса в очагах склеродермии до и после лечения: площадь эритемы и индукции кожи; выра-

женность индукции (плотность и вертикальные размеры зоны поражения), степень интенсивности эритемы;  
2) сравнительный анализ клинической эффективности применения изучаемого препарата и традиционных препаратов наружного применения в группах сравнения;  
3) сравнительная оценка безопасности и переносимости тра-

диционных препаратов местного применения и изучаемого препарата при лечении ограниченных форм склеродермии;  
4) оценка психосоматического статуса у больных с ОС до и после лечения. Анализ силы влияния различных по своей природе средств наружной терапии на уровень и качество физического, психического, социального и

ролевого или функционально-ассоциированного образа жизни индивидуума;

5) изучение реакции и отношения пациентов на использование нового для них средства наружной терапии хронического дерматоза.

Построенное в рамках программы клинических испытаний на предмет оценки применимости и безопасности выше обозначенного препарата в сравнении с традиционно используемыми наружными средствами данное исследование осуществлялось в группах пациентов с использованием следующих клинических критериев эффективности терапии:

- влияние используемых средств терапии на выраженность основных клинических признаков патологического процесса (критерий 1);
- терапевтический эффект (ГОТЭ) (вариант адаптации применительно к условиям данного исследования) (критерий 2);
- частота возникновения побочных эффектов терапии (критерий 3);
- качество жизни пациентов в группах сравнения (ДИКЖ) (критерий 4);
- потребительские свойства препарата «Эгаллохит» (критерий 5).

### ОБЪЕКТ, ОБЪЕМ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнялась в течение 2008-2009 гг. сотрудниками Северо-Западного центра лазерной хирургии кожи на базе кафедры кожных и венерических болезней СПбГМА им. И.И. Мечникова.

Объектом исследования стали амбулаторные больные в количестве 76 лиц мужского (21 случай наблюдения) и женского (55 случаев наблюдения) пола в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст  $39,5 \pm 3,4$  года), страдающие ОС (бляшечная форма), имевшие очаги поражения 1 (эритематозной) и 2 (индуративной) стадии, не имевшие признаков системности процесса с продолжитель-

**Таблица 10. Глобальная оценка терапевтического эффекта в группах сравнения**

Показатель эффективности лечения	Группа наблюдения			
	I (n = 37)		II (n = 39)	
	абс	%	абс	%
Отличный результат (3 балла)	2	5,4	8	20,5
Хороший результат (2 балла)	14	37,8	23	59,0
Удовлетворительный результат (1 балл)	18	48,7	7	17,9
Неудовлетворительный результат (0 баллов)	3	8,1	1	2,6
Средний балл эффективности лечения	1,41		1,97	

**Таблица 11. Побочные эффекты терапии в группах наблюдения**

Клинический симптом	Группа наблюдения			
	I (n = 37)		II (n = 39)	
	абс	%	абс	%
Зуд	2	5,4	2	5,1
Боль, покалывание	3	8,1	1	2,6
Гиперемия	1	2,7	-	-
Чувство стянутости	2	5,4	1	2,6
Везикул. высыпания	1	2,7	-	-
Мокнутие	1	2,7	-	-
Эрозии, кровоточивость	1	2,7	-	-
Шелушение	1	2,7		
Сухость	1	2,7	1	2,6
Отек	1	2,7		
Всего	14	37,8	5	12,8

**Таблица 12. Анализ силы влияния использованного метода терапии (препарата) на качество жизни пациентов в группах сравнения (ДИКЖ до и после лечения)**

Разделы	Вопросы	Группа наблюдения			
		I (n = 37)		II (n = 39)	
		до	после	до	после
1. Симптомы и ощущения	1 и 2	$2,1 \pm 1,8$	$1,1 \pm 0,7$	$1,9 \pm 1,2$	$0,6 \pm 0,2$
2. Ежедневная деятельность	3 и 4	$1,9 \pm 1,7$	$1,0 \pm 0,4$	$1,7 \pm 1,4$	$0,7 \pm 0,3$
3. Отдых (досуг)	5 и 6	$1,6 \pm 1,2$	$0,8 \pm 0,4$	$1,5 \pm 1,3$	$0,5 \pm 0,3$
4. Работа и учеба	7	$1,3 \pm 0,9$	$0,7 \pm 0,5$	$1,4 \pm 0,6$	$0,4 \pm 0,2^*$
5. Межличностные отношения	8 и 9	$3,2 \pm 1,4$	$1,2 \pm 0,7$	$3,2 \pm 1,1$	$0,8 \pm 0,3^*$
6. Лечение	10	$2,1 \pm 0,8$	$2,1 \pm 1,1$	$2,3 \pm 0,7$	$1,2 \pm 0,5$
Сумма баллов		$12,2 \pm 1,3$	$6,9 \pm 0,6^*\#$	$12,0 \pm 1,0$	$3,7 \pm 0,3^*\#$

Примечания. \* В границах доверительного интервала = 95% внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы, ( $p < 0,05$ ).

# В границах доверительного интервала = 95% межгрупповые различия показателей статистически значимы, ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 13. Оценка потребительских свойств препаратов наружного применения в группах сравнения**

Субъективные замечания	Группа наблюдения			
	I (n = 37)		II (n = 39)	
	да	нет	да	нет
Наличие побочных эффектов*	14 (37,8%)	23 (62,2%)	5 (12,8%)	34 (87,2%)
Удобство применения	10 (27%)	27 (73%)	36 (92,3%)	3 (7,7%)
Наличие дополнительных пожеланий	16 (43,2%)	21 (56,8%)	7 (17,9%)	32 (82,1%)
Удовлетворенность результатами терапии	22 (59,5%)	15 (40,5%)	34 (87,2%)	5 (12,8%)

ностью заболевания от 3 мес. до 20 лет. Ввиду критического сокращения числа участников испытания вследствие использования критериев включения (исключения), в качестве альтернативного рандомизации способа распределения участников по группам наблюдения был использован метод минимизации как единственно способный обеспечить сопоставимость групп по признакам, предположительно влияющим на исход терапии (пол, возраст, продолжительность, клиническая форма заболевания и пр.). Таким образом, при распределении участников по группам наблюдения были сформированы 2 равноценные группы сравнения: группа I (контрольная) и группа II (таблица 2). Значимых различий в степени выраженности оцениваемых клинических проявлений заболевания – эритемы, индурации, площади поражения кожи и пр., а также существенных расхождений в оценке качества жизни на долечебном этапе у представителей обеих групп отмечено не было – исходные показатели в группах сравнения статистически значимо не различаются,  $p < 0,05$ ; (см. таблицу. 4 – 9, 12).

В целях верификации диагноза в комплекс предварительных диагностических мероприятий, наряду со сбором анамнеза и физикальным обследованием, были включены обязательные исследования, выполненные в соответствии с ныне действующими рекомендациями по диагностике ОС (3, 7).

В качестве используемых методов лечения применялись:

*Общая терапия ОС, применяемая ко всем участникам клинических испытаний (базовый курс).*

Препарат 1 – бензилпенициллин-натриевая соль в/м по 1 млн ЕД 2 раза в сутки, 15 дней, 2 курса с интервалом в 30 дней.

Препарат 2 – гиалуронидаза в/м по 64 УЕ 1 раз в сутки через день, № 30.

Препарат 3 – пентоксифиллин внутрь по 400 мг 1-2 раза в сутки ежедневно, 60 дней.

Препарат 4 – депротенинизированный гемодериват из крови телят (Актовегин) в/м по 5 мл ежедневно, 15 дней, 2 курса с интервалом в 15 дней.

Препарат 5 –  $\alpha$ -токоферола ацетат внутрь по 200 мг 2 раза в сутки ежедневно, 60 дней.

*Местная терапия ОС, применяемая в зависимости от принадлежности участников к группе сравнения.*

В I группе:

Препарат 1 – гидрокортизона бутират – аппликации или окклюзионные повязки 1 раз в сутки, 15 дней, 2 курса с интервалом в 15 дней.

Препарат 2 – депротенинизированный гемолизат из крови телят (Солкосерил) мазь 5% 2 раза в сутки ежедневно, 60 дней.

Препарат 3 – гепарин натрия + бензокаин + бензилникотинат (мазь) 2 раза в сутки 15 дней, 2 курса с интервалом в 15 дней.

Во II группе:

Исследуемый препарат – крем (гель) «Эгаллохит» (Галадерм) –

10% эпигаллокатехин-3-галлат; 2 раза в сутки ежедневно, 60 дней (таблица 3).

В качестве методов инструментальной (аппаратной) диагностики были использованы:

- бинокулярная дистанционная дермоскопия, дигитальная фотосъемка, фотопротокол с последующим вычислением площадей поражения на основании их графических TIFF-изображений с использованием программы Data Master 2000 (© 1993, 2003 RRR), предназначенной для визуальной редактирования и численной обработки данных;

- ультразвуковая морфометрия, трепанационная биопсия, ультразвуковая денсиметрия, гистомикрометрия (выборочно);

- дигитальная видео- и фотосъемка, фиксация изображений в формате TIFF с последующей обработкой компьютерными методами, включающими в себя анализ цветовых характеристик (колориметрия) объекта;

- лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ). Анализ изменений степени интенсивности кровотока в сосудах кожи в очаге поражения и за его пределами до и после лечения.

Методы получения информации: данные клинического наблюдения, анкетирование (таблица 1). Методики – самостоятельное заполнение универсальной формы стандартного опросника, представляющего собой русифицированную версию Dermatology Life Quality Index (DLQI) и опросника, содержащего вопросы, оценивающие используемый препарат.

При выборе статистических процедур для регистрации достоверности полученных результатов были учтены методологические требования Международного конгресса по гармонизации GCP («Статистические принципы для клинических исследований»; ICH Guidelines. Good Clin Pract J 1998). Обработку полученных данных проводили с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической

**Механизмы действия препарата Эгаллохит, направленные на основные звенья патогенеза патологического рубцевания, а именно, влияние на активность факторов роста, особенно VEGF, синтез и метаболизм коллагена, подавление синтеза цитокинов (ИЛ-1, 6, 8; ФНО- $\alpha$ , циклооксигеназы второго типа и простагландинов), поглощение пероксидных радикалов, снижение уровня чувствительности рецепторов клетки к Ig E и пр. дают основание к предположению о патогенетической обоснованности использования его при лечении склеродермии.**

статистики с использованием пакетов прикладных программ для статистического анализа: «Excel» и «Statistica 6.0».

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

1. Анализ влияния используемого средства наружной терапии на величину площади очагов поражения (таблица 4) продемонстрировал положительную динамику у пациентов в обеих группах. Однако сила влияния метода терапии на оцениваемый клинический признак патологического процесса оказалась различной. Так, у пациентов I группы наблюдения использование заявленных препаратов в совокупности привело к сокращению площадей поражения на 56% и к моменту окончания исследования составило 44% от исходного уровня, что может быть интерпретировано лишь как клинически значимый позитивный результат ( $p > 0,05$ ). В то же время, у пациентов II группы наблюдения отмечалось более выраженное сокращение величины исследуемого параметра – до 19% от исходного уровня ( $p < 0,001$ ), что является не только клинически, но и статистически значимым показателем эффективности примененного метода лечения. Кроме того во II группе интенсивность снижения величины изучаемого параметра была более выраженной, нежели в I группе. Так, статистически значимое сокращение показателя площади поражения отмечалось уже к 45 дню исследования (4 контрольный пункт наблюдения).

2. Анализ влияния используемого метода терапии (препарата) на изменение величины вертикальных границ очага поражения (таблица 5) выявил факт отсутствия в группе I статистически значимых различий показателя глубины инвазии в контрольных точках регистрации за весь период наблюдения ( $p > 0,05$ ), наряду с чем у пациентов группы II наблюдалась выраженное, клинически значимое сокращение величины данного параметра (до 24% от ис-

ходного уровня) и статистически значимое уменьшение его абсолютной величины в конечной точке регистрации по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,001$ ).

3. При оценке влияния метода терапии на величину показателя плотности очага поражения (таблица 6) были установлены вполне отчетливые различия результатов в группах наблюдения. Так, несмотря на положительную в целом динамику процесса, у пациентов группы I в заключительном пункте регистрации сохранялись статистически значимые ( $p < 0,05$ ) различия величины изучаемого параметра относительно контрольной группы при отсутствии таковых по сравнению с исходными показателями ( $p > 0,05$ ).

Во II же группе, напротив, удалось констатировать достоверное, клинически и статистически значимое ( $p < 0,05$ ) сокращение абсолютной и относительной величины изучаемого параметра в конечной точке регистрации, а так же отсутствие значимых различий данных показателей относительно контрольной группы наблюдения.

4. Интеграционный анализ, суммирующий результаты динамики показателей индукции в процессе лечения, в целом, подтвердил мнение о более высокой эффективности метода (препарата) терапии, использованного пациентами группы наблюдения II (таблица 7). Сила влияния его на выраженность изучаемого клинического признака оказалась достоверно более высокой, нежели препаратов, использованных больными I группы. Свидетельством этого может служить средняя величина совокупного показателя (балла) интенсивности индукции в конечной точке регистрации (после лечения), равного 0,5, статистически значимо ( $p < 0,05$ ) отличающегося от такового в группе I (1, 6) и исходных значений (2, 7) до лечения ( $p < 0,001$ ).

5. Получены данные, свидетельствующие о выраженном влиянии обоих методов лечения

на интенсивность эритемы, что подтверждается статистически значимыми различиями величин оцениваемых показателей во всех контрольных точках регистрации относительно исходного уровня (таблица 8). Несмотря на отсутствие достоверных свидетельств большей эффективности метода (препарата), использовавшегося в группе II (отсутствие статистически значимых различий величин сравниваемых показателей после лечения, ( $p > 0,05$ )), клинические преимущества его очевидны. Основаниями для данного вывода являются статистически значимые различия величин оцениваемых показателей в промежуточной контрольной точке регистрации, а также отчетливо более выраженное и клинически значимое снижение интенсивности эритемы (до 10% от исходного уровня) по завершении курса терапии.

6. При исследовании базовых показателей ЛДФ у пациентов, страдающих ОС, в зависимости от фазы развития очага поражения (эритематозная/индуриативная), изменения носили разнонаправленный характер. Так, в индуриативных очагах, до лечения, ПМ оказался достоверно более чем на  $2\sigma$  ниже, чем в контрольной группе и колебался в диапазоне от 4,55 до 5,75 пф. ед., что соответствовало картине ангиоспастического синдрома. Резкое снижение ПМ, подавление амплитуд всех видов ритмов кровотока по сравнению с контрольной группой позволил интерпретировать данные показатели двумя возможными вариантами: стазический или смешанный, стазический-спастический тип нарушения микрогемодинамики (классиф. В.И. Маколкин и соавт., 1999 г.). В эритематозных очагах поражения ПМ был зарегистрирован на уровне, в 1,5 раза превышающем средние значения в контрольной группе и составлял величины в пределах от 23,8 до 25,1 пф. ед. (в норме –  $16,7 \pm 1,5$ ), что соответствовало картине периферического ангиодистонического синдрома, с характерным и

типичным гиперемическим типом нарушения микроциркуляции. Таким образом, у всех больных до лечения имелись выраженные, клинически и статистически достоверные изменения показателей кровотока в очагах поражения, в основном обусловленные депрессией медленных ритмов кровотока, характеризующих нейрогенный и миогенный тонус, а также признаки микроциркуляторного стаза, являющегося свидетельством наличия внутрисосудистых изменений (нарушения реологических свойств крови, агрегации форменных элементов, сладж-синдрома). В результате проведенного лечения у пациентов обеих групп сравнения удалось констатировать более или менее выраженные позитивные изменения ПМ. Однако в I группе наблюдения они могли быть расценены лишь как клинически значимые (различия показателей с контрольной группой статистически недостоверно ( $p \geq 0,05$ ), в то время как во II группе отмечалось достоверное, статистически значимое улучшение базовых показателей  $M$ ,  $\sigma$  и  $K_v$  в финальных измерениях не отличавшихся от таковых в контрольной группе.

7. Сравнительный анализ эффективности лечения ограниченных форм склеродермии в зависимости от используемого средства наружной терапии выявил явные преимущества метода лечения (препарата), использованного во II группе наблюдения. Свидетельством этого явились результаты глобальной оценки терапевтического эффекта (индекс ГОТЭ).

Согласно полученным данным,

величина данного показателя в II группе составила 1,97 балла, тогда как в I группе лишь 1,41 балла (таблица 10). При этом состояние клинического выздоровления (уменьшение выраженности клинического признака от 75% и выше от исходного уровня) было зарегистрировано у 8 (20,5%), значительного улучшения (уменьшение выраженности клинического признака от 50% до 75% от исходного уровня) – у 23 (59,0%) пациентов II группы. В то же время в группе I доля лиц с подобным результатом оказалась почти в 2 раза меньше (5,4% и 37,8% соответственно). Доля пациентов с отличным и хорошим результатом лечения была статистически значимо выше во II группе ( $p = 0,0012$  по критерию  $\chi^2$ ). Это, в свою очередь, позволяет говорить о наличии прямой положительной корреляционной связи между результатами оценки динамики клинических проявлений заболевания и данными ГОТЭ.

8. Сравнительная оценка безопасности и переносимости препаратов местного применения, использованных при лечении ОС, представленная на основании показателя «частота развития нежелательных побочных эффектов терапии» выявила существенные различия величины данного показателя в группах сравнения (таблица 11). Полученные результаты свидетельствуют как о большем числе возможных вариантов осложнений, возникших у представителей группы I (10 против 4), так и о большей частоте случаев их регистрации (14 против 5) по сравнению со II группой.

Существенно большее абсолют-

ное количество случаев регистрации нежелательных побочных эффектов терапии и значимо больший удельный вес случаев применения метода лечения (препарата), осложненных развитием побочных эффектов в I группе (37,8% против 12,8%,  $p = 0,0118$  по критерию  $\chi^2$ ), дает основания к выводу о значительно лучшей переносимости и большей безопасности метода лечения (препарата), использованного во II группе сравнения.

9. Детальный анализ ДИКЖ, проведенный по 6 основным разделам, показал наличие клинически значимых различий в оценке качества жизни до и после проведенного лечения абсолютным большинством пациентов в обеих группах наблюдения (таблица 12). Исключением из этого явились различия в оценке степени влияния на данный показатель метода терапии (раздел 6).

Так, если больные I группы с учетом предшествующего опыта лечения не изменили своего отношения к нему и после настоящих клинических испытаний (средний балл до и после лечения составил  $2,1 \pm 0,8$  и  $2,1 \pm 1,1$  соответственно), то у больных II группы можно констатировать явные позитивные сдвиги в оценке влияния терапии на качество их жизни ( $2,3 \pm 0,7$  балла – до лечения и  $1,2 \pm 0,5$  балла – после лечения). Несмотря на отсутствие достоверных различий цифровых значений показателя качества жизни до и после лечения по 4 из 6 разделов, у пациентов в обеих группах наблюдения зарегистрировано статистически значимое снижение совокупного показателя (индекса) качества жизни после проведенной терапии: в I группе с  $12,2 \pm 1,3$  балла до  $6,9 \pm 0,6$  балла ( $p < 0,05$ ); во II группе – с  $12,0 \pm 1,0$  баллов до  $3,7 \pm 0,3$  балла ( $p < 0,001$ ), что можно интерпретировать как почти двукратное улучшение качества жизни по критерию ДИКЖ (43,4%) у больных в I группе и почти трехкратное (69,2%) – у больных во II группе.

**Благодаря своей безопасности и эффективности, подтвержденной клиническими исследованиями, Эгаллохит давно и широко применяется как средство предотвращения патологического рубцевания после пластических операций, лазерных шлифовок кожи, фотодинамической терапии и пр. А также используется в комплексной терапии уже имеющихся гипертрофических, келлоидных и атрофических рубцов совместно с инъекционной, лучевой терапией и другими методами.**

10. При сравнительном анализе потребительских свойств лекарственных форм крема (геля) «Эгаллохит», реализованном посредством заполнения индивидуальной карты-опросника, выдаваемой каждому участвующему в исследовании респонденту, были получены следующие данные.

Респонденты, принадлежавшие к II группе, значительно реже (в 12,8% случаев), нежели представители I группы (37,8%), акцентировали внимание на наличии нежелательных побочных эффектов лечения. Существенно реже (лишь в 7,7% против 73,0% случаев) предъявляли претензии к удобству применения препарата. Объективно реже (в 17,9% против 43,2% случаев,  $p = 0,0061$  по критерию  $\chi^2$ ) изъявляли дополнительные пожелания во время лечения. Значимо чаще, нежели их оппоненты (в 87,2% против 59,5% случаев), позитивно оценивали результаты терапии (таблица 13).

### ВЫВОДЫ

Препарат Эгаллохит (галадерм), использованный в качестве средства наружной терапии у пациентов с бляшечной формой ОС, продемонстрировал значительно более высокий уровень эффективности, нежели традиционно применяемые в этих целях препараты.

Об этом свидетельствуют результаты клинических наблюдений в группах сравнения, позволяющие констатировать факт значительного сокращения числа и степени выраженности клинических проявлений заболевания на фоне его применения:

- значительное, до 19% от исходного уровня, сокращение горизонтальных размеров (площадей) очагов поражения в основной

группе против 44% в группе сравнения;

- выраженное, до 24% от исходного уровня, уменьшение вертикальных границ (глубины инвазии) индуративных очагов поражения в основной группе против 67% в группе сравнения;

- достоверное в основной группе наблюдения снижение плотности (интенсивности индурации) тканей в очагах поражения (с 2,7 баллов до 0,5 баллов), что на момент завершения терапии оказалось сопоставимым с таковой у здоровых лиц и статистически значимо отличалось от аналогичных показателей (1,6 балла) в группе сравнения;

- клинически более выраженное (при отсутствии статистически значимых различий), нежели в группе сравнения, снижение показателей интенсивности эритемы у пациентов основной группы (до 20,7% против 39,3% от исходного уровня);

- достоверное, статистически значимое улучшение у пациентов основной группы наблюдения, изменения базовых показателей микроциркуляции крови в очагах поражения ( $M$ ,  $\sigma$  и  $K_v$ ), которые в результате лечения перестали отличаться от таковых у здоровых лиц. Эти наблюдения являются так же косвенным свидетельством патогенетической обоснованности применения препарата «Эгаллохит» при данном заболевании;

- существенно большая величина индекса ГОТЭ, составившая в основной группе 1,97 балла против 1,41 балла в группе сравнения;

- существенно меньшее число случаев регистрации нежелательных побочных эффектов терапии в основной группе наблюдения – 4 против 10 – в группе сравне-

ния, а так же значимо меньший показатель частоты возникновения осложнений, который при использовании данного препарата составил 12,8% против 37,8% при применении традиционных средств терапии;

- статистически значимое, на 69,2% (с  $12,0 \pm 1,0$  баллов до  $3,7 \pm 0,3$  балла) снижение совокупного показателя (индекса) качества жизни больных основной группы против 43,4% (с  $12,2 \pm 1,3$  балла до  $6,9 \pm 0,6$  балла) в группе сравнения.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все выше изложенное, а также признание факта удобства применения изучаемого препарата 36 из 39 (92,3%) респондентами, невысокая частота выявления нежелательных побочных эффектов лечения, зарегистрированная у 5 из 39 (12,8%) пациентов, незначительность претензий и дополнительных пожеланий во время лечения, возникающая у 7 из 39 (17,9%) опрошиваемых, высокая степень позитивности в оценке результатов терапии, отмечаемая в 87,2% случаев наблюдений, является достаточным основанием к положительному заключению об эффективности, безопасности и переносимости препарата Эгаллохит (галадерм) при использовании его в качестве средства наружной терапии у пациентов с бляшечной формой ОС. Отмеченная, по результатам проведенных исследований, высокая степень патогенетической обоснованности и применимости, а также положительная оценка потребительских свойств позволяют рассматривать данную лекарственную форму как перспективное средство в комплексной терапии ограниченных форм склеродермии. 

### Литература

1. Дворников А.С., Круглова Л.С. // Клин. дерматол. и венерол. 2008. № 2. С. 58-62.
2. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей / Под ред. проф. Б.А. Беренбейна, проф. А.А. Студницина. 2-е изд. М., 1989. С. 454-464.
3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. / Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2007. С. 106-116.
4. Кожные и венерические болезни: справочник / Под ред. проф. О.Л. Иванова. М., 1997. С. 273-275.
5. Применение препарата Галадерм для профилактики патологического рубцевания. // Клин. дерматол. и венерол. 2009. № 4. С. 80-82.
6. Романенко Г.Х., Покхарел Арбинд. Показания к проведению реабилитационных мероприятий у больных склеродермией с элементами системности // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2007. № 5. С. 28-31.
7. Современные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006-2007. С. 75-91.

# Любовь Пронькина: «Урбанизация и социальные



Республика Мордовия, как автономия в составе РСФСР, образована 10 января 1930 года. Сейчас это один из небольших регионов в центре Европейской части России, который административно входит в Приволжский федеральный округ и граничит с Ульяновской, Пензенской, Рязанской, Нижегородской областями, Республикой Чувашией. Население составляет 833 тысячи человек. Административно в состав республики входит 22 района и три города республиканского подчинения, столица – город Саранск с населением 296 тысяч жителей. Об истории становления дерматовенерологической службы, ее проблемах и путях их решения, а также об эпидемиологической ситуации с венерическими и кожными заболеваниями в Мордовии региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии» Галине Кондаревой рассказывает главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Мордовия, врач высшей категории Любовь Николаевна Пронькина.

**Любовь Николаевна, наш первый вопрос касается основных этапов становления вашей службы. С чего она начиналась и что представляет собой в настоящее время?**

У нее почтенный возраст. С 1921 года при Саранской городской больнице работал кожно-венерологический кабинет, а затем появилось и профилированное отделение. Таким образом, в будущем году наша служба фактически отметит 90-летний юбилей. Но официально ее историю принято отсчитывать с 1 марта 1937 года. Именно тогда на основании приказа Народного комиссариата здравоохранения Мордовской Автономной ССР был организован Республиканский кожно-венерологический диспансер как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение. Тогда в нем работали четыре врача-дерматовенеролога и семь медицинских сестер. Первым главным врачом стал Иван Алексеевич Козлов, год спустя репрессированный и вернувшийся на прежнюю должность лишь в июне 41-го. Он руководил

РКВД вплоть до выхода на пенсию в 1947 году, тогда же ему было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Мордовской АССР». Первые три десятилетия диспансер представлял собой лишь небольшое деревянное здание, где размещались лечебные кабинеты и лаборатория. С 1965 года при диспансере был развернут стационар на 75 коек с рентгенологическим, лечебно-диагностическими и физиотерапевтическими кабинетами, а также клинко-диагностической лабораторией и объединенной серологической лабораторией для исследования крови на сифилис. Спустя семь лет открылась бактериологическая лаборатория по исследованию посева на грибки и гонорею.

В апреле 1979 года диспансер переехал в типовое здание, в котором было уже четыре специализированных отделения общей мощностью 225 коек и поликлиническое отделение на 115 посещений в смену. С этого времени РКВД осуществляет лечебно-профилактическую работу по борьбе с венерическими, заразными кожными заболева-

ниями и профдерматозами среди населения республики, ведет подготовку врачей-интернов по дерматовенерологии, проводит первичную специализацию по кожным заболеваниям, по существу являясь профильным организационно-методическим и научным центром в регионе. На базе диспансера работает курс кожно-венерических заболеваний медицинского факультета Мордовского госуниверситета (с 2006 г. – Медицинский институт МГУ им. Н.П. Огарева), а также ведется подготовка студентов Саранского медицинского училища, недавно реорганизованного в медицинский колледж. В настоящее время служба республики представляет собой Государственное учреждение здравоохранения «Мордовский РКВД» и 29 кабинетов для приема больных с кожными заболеваниями и инфекциями, передаваемыми половым путем, в лечебно-профилактических учреждениях Саранска и ЦРБ районов республики. МРКВД располагает стационарными отделениями на 90 коек, из которых 20 – детских микологических, и поликлиническим

# катаклизмы способствуют росту венерических заболеваний»



Физиотерапевтический кабинет  
Мордовского республиканского КВД, Саранск

отделением на 115 посещений в смену с дневным стационаром на 25 коек. Кроме того, функционирует отделение сестринского ухода на 25 коек. Врачебными кадрами штат нашей службы в соответствии с нормативами укомплектован на 100% – это 58 врачей, 35 из которых работают в диспансере. Укомплектованность средним и младшим медицинским персоналом составляет 90,9%. Дефицит сотрудников именно этого звена – общая для всего нашего здравоохранения проблема, которую радикально можно решить только на федеральном уровне, повысив ставки для соответствующих категорий бюджетников.

**Основной составляющей работы всех сотрудников службы является практика – обследование и лечение конкретных больных. А как обстоит дело с наукой?**

Если говорить о научной составляющей, то наша служба в этом плане работает под руководством Центрального научно-исследовательского института Министерства здравоохранения и социального развития России, Ассоциации «Санам», а непосредственным нашим куратором является Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт. Ежеквартально в МРКВД проводятся заседания научно-практического общества дерматовенерологов,

где освещаются новые методы диагностики и лечения различных кожных заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, разбираются сложные случаи этих болезней, повышается квалификация дерматовенерологов из ЛПУ республики. Впрочем, наша отрасль медицины достаточно консервативна – в ней редко появляется что-то принципиально новое, в отличие от кардиологии, например. Поэтому сотрудничество с перечисленными институтами не ограничивается исключительно научными проблемами, при необходимости мы имеем возможность направлять наших пациентов на консультацию в Нижний Новгород и Москву.

Кстати, по последним исследованиям Росздравнадзора, Мордовия признана одним из лучших регионов в стране по такому основополагающему параметру, как доступность для населения бесплатной квалифицированной помощи при кожно-венерических заболеваниях. Не в упрек нашим коллегам, но для меня стало большим откровением, что к числу худших по этому признаку отнесены оба столичных региона – Москва и Санкт-Петербург, а также многие субъекты Центрального и Северо-Западного федеральных округов. Видимо, там чрезмерно увлеклись оказанием платных услуг венерическим больным...

**Оно и понятно – спрос рождает предложение, в том числе и небесплатное. Принято считать, что инфекции, передающиеся половым путем, более распространены в мегаполисах и регионах с высокой степенью урбанизации, то есть с преобладанием городского населения по отношению к сельскому. Исходя**

**из практики службы и ваших личных наблюдений, насколько справедливо такое мнение?**

Полностью с ним соглашусь.

Оно справедливо и в отношении нашей республики, о чем можно судить по ведущейся дерматовенерологической службой статистике. Конечно, Саранск никак нельзя назвать мегаполисом, но заболеваемость сифилисом здесь в среднем пятикратно превышает аналогичные показатели по сельским районам. Судите сами: за 2009 год по Мордовии было зафиксировано 474 случая первично выявленного сифилиса, из которых 303 случая приходится на долю ее столицы. К слову, за последнюю четверть века в республике существенно изменилась демографическая ситуация – население сократилось на 15%, но, кроме того, изменилась и его структура с точностью до наоборот – прежде население аграрных районов составляло более 60%, теперь столько приходится уже на долю городского населения. Тем не менее заболеваемость сифилисом в прошлом году по сравнению с 2008 годом снизилась с 66,0 случаев на 100 тысяч населения до 56,9 – в целом по республике, и в Саранске – со 115,7 до 93,8 случаев на 100 тысяч населения. Также снизилось количество заболевших другими



Здание Мордовского республиканского кожно-венерологического диспансера, Саранск



Мордовский республиканский КВД:  
индивидуальная беседа с пациентом

инфекциями, передаваемыми половым путем (кроме хламидиоза и уrogenитального герпеса). Безусловно, это не может не радовать и одновременно служит поводом упомянуть еще об одной интересной закономерности в динамике венерической заболеваемости. Пожалуй, здесь как раз будет уместно сказать и о моих личных наблюдениях.

В этом году исполняется ровно 30 лет, как я пришла работать в диспансер после окончания медицинского факультета местного университета. Это был 1980 год, когда еще страна называлась иначе, а само то время сейчас принято называть «застоем». Во всех сферах общественной жизни безраздельно правила коммунистическая идеология. Относиться к этому можно по-разному, но нельзя отрицать очевидного факта: людям, которым навязывали пресловутый «кодекс строителя коммунизма», была свойственна чуть ли не пуританская чистота в отношениях между полами. Вот статистика: в 1981 году по Мордовии было зафиксировано 88 случаев первично выявленного сифилиса, в 1982 – 31, в 1988– 5 случаев. В том же году стала крылатой фраза, прозвучавшая на одном из популярных тогда телемостов с Соединенными Штатами: «В СССР секса нет!» Глядя на приведенные выше цифры, в это почти можно поверить. На втором десятке моей работы вензаболеваемость стала

на глазах стремительно расти и «молодеть». Перестройке с официальным курсом на «ускорение, гласность и демократизацию» неофициально сопутствовала «сексуальная революция». В итоге за 1995 год по республике было зафиксировано 743 случая сифилиса. Иначе говоря, за семь лет сифилиса стало больше в 148 раз! Судя по нашей архивным данным, другой подобный пик пришелся на 1946 год – 610 случаев первично выявленного сифилиса, а в предвоенном 1940-м было лишь 42 случая. Напрашивается вывод: только в относительно спокойные периоды заболеваемость остается стабильно низкой. Например, с 1963 по 1966 год на территории нашей республики был зафиксирован единственный случай сифилиса. Прослеживается четкая пространственно-временная зависимость колебаний эпидемиологической ситуации с вензаболеваемостью – она тем выше, чем гуще заселена местность, и растет в периоды, которые следуют за большими социальными потрясениями вроде войны или экономического кризиса. Последнее, вероятно, является следствием трансформации системы жизненных ценностей, снижения значимости семьи и брака – люди позволяют себе большую свободу в сексуальных отношениях, которая зачастую граничит с неразборчивостью в связях и тем, что в народе принято называть распущенностью.

**Это уже из области не медицинских, а нравственных категорий. В обществе превалирует негативное отношение к людям с венерическими заболеваниями. Сифилис или гонорея – это не грипп. Каждому человеку, заподозрившему у себя подобный недуг, из-за страха огласки и осуждения окружающих не просто обратиться напрямую к специалисту. Видимо, для вашей службы возникают определенные проблемы с самим выявлением таких больных?**

Действительно, очень многие люди с инфекциями, передающи-

мися половым путем, предпочитают самолечение. Они обращаются к знакомым медработникам или самостоятельно приобретают какие-то препараты, которые, по их мнению, способны после одной или двух инъекций полностью их излечить. На самом же деле такая «приватная терапия», как правило, только усугубляет положение – купирует какие-то из симптомов, а болезнь переходит в хроническую форму. Здесь свою отрицательную роль играет еще и безграмотность – незнание элементарных вещей не только о венерических, но и о заразных кожных заболеваниях, их профилактике и методах лечения. Решая проблему с выявлением наших потенциальных пациентов, дерматовенерологическая служба поддерживает контакты со многими государственными структурами – как со своими коллегами из других медицинских подразделений, так и ведомств, казалось бы, не имеющих никакого отношения к здравоохранению. Мы очень тесно взаимодействуем с акушерско-гинекологической и урологической службами республики, активно выявляя венерические заболевания среди беременных женщин и людей, обратившихся в медучреждения по поводу невенерических заболеваний. В деле профилактики венерических и заразных кожных заболеваний сотрудничаем с общелечебной сетью республики, а с ветеринарной службой совместно боремся с микроспорией и трихофитией. Подразделения МВД республики помогают нам в розыске и доставке лиц, уклоняющихся от обследования и лечения по поводу венерических заболеваний, что вполне



Подготовка к выезду с лекцией в районы республики

естественно, поскольку за это, а также за умышленное заражение венерическим заболеванием, как и ВИЧ-инфекцией, предусмотрена уголовная ответственность.

**Понаслышке об этом всем известно. Общественное порицание и уголовная ответственность – это две большие разницы. Возможно, еще и поэтому венбольные неохотно обращаются в вашу службу?**

Скорее всего, так оно и есть. Опять-таки от недостатка информации. Далеко не все знают, что с начала 90-х годов, когда наметилась тенденция к росту вензаболеваемости, при МРКВД работает анонимный кабинет по обследованию и лечению инфекций, передаваемых половым путем. Для специалистов нашей службы каждый больной, вне зависимости от его моральных качеств и нравственных принципов, – это прежде всего человек, которого мы должны вылечить.

За прошлый год через КАО прошло около полутора тысяч человек. Анонимно пролечено 224 больных сифилисом, что составляет 47,5% от общего количества больных сифилисом по республике; 195 больных гонореей, что составляет 57,5% от всех больных гонореей; хламидиозом – 22 больных и трихомонозом – 46 больных. Кроме того, в республике действует несколько медицинских центров, которые оказывают подобные услуги по обследованию и лечению больных ИППП согласно инструкциям и рекомендациям, утвержденным Минздравсоцразвития России.

**Хорошо, когда у людей есть возможность обследоваться и пролечиться без нежелательной огласки. Однако по приведенным вами цифрам видно, что лишь каждый второй проявляет заботу о собственном здоровье и даже готов при этом платить. Остальных по-прежнему приходится выявлять и лечить чуть ли не против их воли, не так ли?**

В общем-то, да. Наибольший удельный вес активно выяв-

ленных больных сифилисом выявляется в диспансере, за прошлый год из числа прослеженных контактов – это 30,4%, а также в стационарах республики – 19,4% от их общего числа. В ходе медицинских осмотров в целом по республике в 2009 году выявлено 8,6% больных сифилисом из числа всех зарегистрированных с этой инфекцией. Важную роль в борьбе с ИППП и заразными кожными заболеваниями играет санитарно-просветительская работа среди населения. Скажем, в прошлом году нашими дерматовенерологами было прочитано 1087 лекций по профилактике этих заболеваний, опубликовано 28 статей в местной прессе, проведено 7309 индивидуальных бесед, распространено 844 памятки и оформлено 219 санбюллетеней. По результатам упомянутого мной мониторинга Росздравнадзора, наш регион также признан одним из лучших в плане профилактической и просветительской работы с населением.

**А как можно условно описать вашего среднестатистического пациента? Кого больше по возрастной, половой и профессиональной принадлежности среди попавших в поле зрения вашей службы больных?**

Коль скоро мы сосредоточились на больных сифилисом, не будем отклоняться от выбранной линии, поскольку именно эта инфекция из всех прочих ИППП по своим последствиям представляет наибольшую опасность для здоровья. Так вот, самый высокий процент заболеваемости сифилисом зарегистрирован в возрастной группе от 20 до 29 лет – 45,6% от общего числа заболевших. В возрастной группе от 30 до 39 лет инфицированных вдвое меньше – 23,8% и тех, кому за 40, – 19,5%. Несовершеннолетних, то есть лиц до 18 лет, было зарегистрировано 4,7%. Обращает на себя внимание особенность структуры заболевших сифилисом по половой принад-



Медицинский персонал Мордовского республиканского КВД

лежности. Если соотношение женщин к мужчинам в целом составляет 1,2, то в возрасте 18-29 лет это соотношение составляет 20,0! Это может быть связано с активизацией деятельности молодых женщин в сфере сексуальных услуг, носящей нелегальный и неконтролируемый со стороны государства характер. Абсолютными лидерами являются неработающие граждане: 134 из 303 выявленных больных сифилисом, почти вдвое меньше рабочих – 76, служащих и студентов – 33 и 32 инфицированных соответственно.

Таким образом, условно наш среднестатистический подопечный с сифилисом – это женщина в возрасте до 30 лет без определенных занятий. Хотелось бы надеяться, что подпадающие по этим критериям молодые женщины осознали свою принадлежность к группе риска и не станут нашими пациентами.

**Любовь Николаевна, подводя итог нашей беседы, можно сказать, что ситуация с кожными заболеваниями, в том числе и заразными, стабильная и далека от эпидемиологического порога. С заболеваемостью ИППП, как вы уже сказали, радуется то, что она в целом снижается. Это свидетельствует, во-первых, о том, что сейчас мы живем в относительно спокойное время без катаклизмов и потрясений, а во-вторых – об эффективности работы дерматовенерологической службы Мордовии.** 



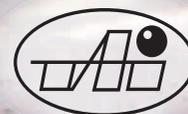
Пытаясь найти наиболее удобное решение в борьбе с сухостью кожи, швейцарские специалисты разработали высокоэффективный комплекс средств по уходу, дающий здоровую, красивую кожу – «СКИН БАЛАНС»

# skin balance



Skin Balance  
ПОЗАБОТИТСЯ О НЕЙ...

Рекомендовано для больных диабетом



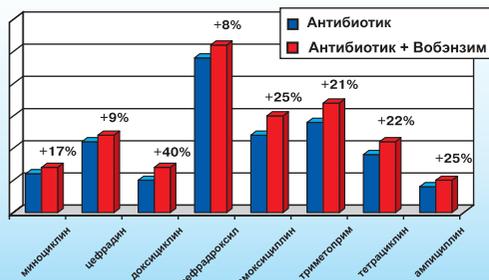
**Трансатлантик**  
И Н Т Е Р Н Е Й Ш Н Л

[www.transatlantic.ru](http://www.transatlantic.ru)  
[www.skinbalance.ru](http://www.skinbalance.ru)

# КОМПЛЕКСНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

## Антибиотики + Вобэнзим

### ДВОЙНОЙ УДАР ПО ИНФЕКЦИИ



Концентрация антибиотиков в сыворотке крови через 8 часов при отдельном приеме и вместе с препаратом Вобэнзим. (Barsom S. et al.)

#### ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

- ◆ Инфекционные заболевания
- ◆ Урогенитальные инфекции
- ◆ Заболевания дыхательных путей
- ◆ Циститы, пиелонефриты
- ◆ Хирургические инфекции

#### Вобэнзим

- 1 Нарушает рост микробных колоний
- 2 Прерывает передачу факторов резистентности в микробных пленках
- 3 Увеличивает эффективность антибиотиков и их концентрацию в очаге воспаления
- 4 Активизирует иммунную систему, повышает продукцию интерферонов
- 5 Уменьшает токсичность антибиотиков, поддерживает микробиоценоз кишечника

Один препарат **5** действий

1. Гостищев В.К. Энзимотерапия неспецифической хирургической инфекции. Автореф. ... докт. мед. наук. – Москва, 1972. – 34 с. 2. Повышение эффективности и снижение побочных эффектов антибактериальной терапии методом системной энзимотерапии //Методические рекомендации №32. – М.: 2005. – 32 с. 3. Ремезов А.П., Кнорринг Г.Ю. Системная энзимотерапия как способ потенцирования эффекта антибактериальных средств //Антибиотики и химиотерапия. – 2003. – Т. 48. №3. – С. 30-33. 4. Тец В.В., Кнорринг Г.Ю., Артеменко Н.К. и др. Влияние экзогенных протеолитических ферментов на бактерии //Антибиотики и химиотерапия. – 2004. – Т.49, №12. – С. 9-13. 5. Тец Г.В., Артеменко Н.К., Заславская Н.В. и др. Влияние экзогенных протеолитических ферментов на передачу плазмидных генов в смешанных бактериальных биопленках. //Антибиотики и химиотерапия. – 2009. – Vol.54, №9-10 – стр.3-5.

С.-Петербург (812) 315-9585  
Москва (495) 231-2731  
Ростов-на-Дону (863) 244-1645  
Самара (846) 27-33463



Новосибирск (913) 945-2008  
Владивосток (4332) 220-126  
Н. Новгород (8312) 918-049  
Екатеринбург (343) 344-5045

www.mucos.ru