

И. М. КОРСУНСКАЯ,
Т. В. КАРАПЕТЯН,
З. А. НЕВОЗИНСКАЯ,
О. В. ДОРЖИЕВА,
Е. Н. ЛУКЬЯНОВА,
С. Д. ГУСЕВА

ЦТП ФХФ РАН,

КВД № 16,

ГКБ № 14
им. В. Г. Короленко

Принципы терапии хронической экземы

Экзема – хроническое, рецидивирующее заболевание с островоспалительными симптомами, обусловленными серозным воспалением эпидермиса и дермы. В общей структуре кожных заболеваний оно занимает 20-30% от общего числа обращений к врачу-дерматологу. Так, по данным КВД № 16 и ГКБ № 14, за 2008 и 2009 годы в стационар и амбулаторно обратилось 4060 пациентов с диагнозом экзема, из них у 2752 пациентов этот диагноз был установлен впервые. Данный материал посвящен принципам терапии хронической экземы, в частности, с помощью таких препаратов, как Пауэркорт и Момат.

Свое название заболевание получило от греческого слова *ekzeo*, что в переводе означает «вскипать». Именно этим термином объясняется характерное свойство экзематозных пузырьков быстро вскрываться, подобно пузырькам кипящей воды. Термин «экзема» применялся медиками давно для обозначения островоспалительных процессов, и только в первой половине XIX века экзема была выделена в отдельную нозологическую единицу.

Этиология экземы до сих пор остается неизвестной. Большинство авторов сходятся во мнении, что это поливалентная сенсибилизация кожи, в результате которой организм неадекватно реагирует на различные раздражители – как эндогенные, так и экзогенные. Триггерными факторами можно считать стрессовые

ситуации, заболевания различных органов и систем (эндокринную патологию, болезни желудочно-кишечного тракта и т.д.), а также хронические грибковые или бактериальные (стафилококковые или стрептококковые) процессы. Влияние стресса на развитие экземы, вероятно, связано с тем, что кожа и нервная система во внутриутробном периоде развиваются из одного зародышевого листка. Функциональные нарушения центральной и вегетативной нервной системы проявляются в нарушениях психоэмоционального состояния (1, 2).

Выделяют следующие формы экземы: истинная, дисгидротическая, микробная (паратравматическая, варикозная, нуммулярная), себорейная, тилотическая, профессиональная, детская.

Истинная экзема начинается остро в любом возрасте. Процесс чаще всего носит хронический, рецидивирующий характер с периодическими обострениями. Больные жалуются на сильный зуд. На коже туловища и/или конечностей симметрично появляются очаги с нечеткими очертаниями. На фоне инфильтрации и эритемы появляется большое количество микровезикул, которые быстро вскрываются, обнажая точечные эрозии, из которых выделяется серозный экссудат, на коже появляются очаги мокнутия. Постепенно воспалительные явления стихают, количество везикул уменьшается, экссудат подсыхает в корочки желтовато-серого цве-

та, появляются очаги шелушения. Важно отметить, что одновременно на коже при экземе существуют первичные и вторичные морфологические элементы, что создает картину ложного полиморфизма. Со временем процесс переходит в хроническую стадию. На коже появляются очаги застойной эритемы, лихенизация, сухость кожи и трещинки.

В лечении экземы важным фактором является исключение контакта с аллергеном. В связи с этим кроме назначения лекарственных препаратов врач-дерматолог должен посоветовать больному соблюдение диеты. Диета заключается в том, чтобы исключить острую и жареную пищу, алкоголь, кофе, яйца, майонез и кетчупы, а также некоторые другие продукты. В период обострения питание должно быть рациональным и включать в себя легко усвояемые продукты. Также стоит посоветовать больному избегать контакта с моющими, химическими и раздражающими средствами.

Для лечения экземы используют антигистаминные и десенсибилизирующие препараты, а также местное лечение (1, 2, 3, 4). Антигистаминные препараты – это группа препаратов, подавляющих действие гистамина. Они конкурируют с ним на уровне H1-рецепторов и вытесняют из биохимических тканевых систем. Также считается, что антигистаминные препараты усиливают активность фермента гистаминазы, тем самым способствуя его распаду. Существуют две

группы антигистаминных препаратов: препараты первого и второго поколения. К первым относятся Диазолин, Фенкарол, Супрастин, Тавегил. Ко второй группе относятся Парлазин, Ломилан, Цетрин, Зиртек, Эриус, Ксизал, Кестин и т.д. В связи с тем, что препараты первого поколения обладают рядом побочных эффектов – могут вызывать сонливость, сухость слизистых оболочек, их не следует применять при катаракте и аденоме простаты, – то предпочтительнее использовать лекарственные средства второго поколения.

Из десенсибилизирующих препаратов в дерматологии чаще всего используется глюконат кальция. Препарат оказывает уплотняющее действие на стенки сосудов, противоаллергическое и легкое центральное седативное действие. Кроме того, он предотвращает развитие воспалительных процессов, увеличивает фагоцитоз, повышает сопротивление тканей инфекции. Препарат используется в виде внутримышечных инъекций 10% раствора на курс по 10 инъекций.

Топические стероиды являются основными препаратами при лечении экземы. Они обладают выраженным противовоспалительным, десенсибилизирующим и иммунным действиями. Они ингибируют миграцию лимфоцитов в зону воспаления, а также уменьшают синтез и высвобождение противовоспалительных цитокинов. Очень важно отметить, что в последнее время появились комбинированные препараты, содержащие в своем составе кроме кортикостероидов еще и антибиотики, салициловую кислоту и антимикотические препараты. Этот факт очень облегчает решение тех задач, которые стоят перед врачом-дерматологом при лечении экземы.

При обострении хронической экземы топическую терапию целесообразно начинать с более сильных кортикостероидов. А затем переходить на препараты средней силы, таким качествам



Рисунок 1. Пациент с хронической экземой в стадии обострения до лечения



Рисунок 2. Пациент через 7 дней после применения препарата Пауэркорт

отвечают клобетазол (Пауэркорт) и мометазон (Момат).

Необходимость в безопасном

и высоко эффективном кортикостероидном препарате привела к разработке Мометазона Фууроата –



Таблица 1. Статистические данные по ГКБ № 14

Отделение	2008 год	2009 год
МКО	63	85
ЖКО	45	79
МО	14	3
ИТОГО	122	167

Таблица 2. Статистические данные по КВД № 16 (взрослые)

2008 год		2009 год	
Повторное обращение – хрон. экзема	Впервые установленный – экзема	Повторное обращение – хрон. экзема	Впервые установленный – экзема
411	1682	608	1070

нефторированного кортикостероида. Безопасность применения Мометазона Фууроата, имеющего мажевой и кремевой состав, была продемонстрирована несколькими исследованиями, в ходе которых побочные эффекты системного характера не наблюдались. При длительном применении отмечались лишь незначительные изменения местного характера (5, 6, 7, 8). Более того, указанный состав препарата, по данным исследований, не оказывает явного эффекта на надпочечниковую функцию.

В настоящее время для терапии различных дерматозов, по-

мимо кортикостероидов, имеется большое количество топических препаратов, не содержащих стероиды. Однако эффективность кортикостероидных препаратов в острый период развития дерматозов значительно превосходит терапевтический эффект препаратов, не содержащих стероиды, а некоторые из них вообще не рекомендуется применять в этот период.

Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с диагнозом хроническая экзема в стадии обострения, в возрасте от 35 до 65 лет. Процесс носил локализованный характер у 22 пациентов и распространенный у 14 пациентов. У всех наблюдаемых имелись везикулезные и эритемато-сквамозные высыпания на фоне отека и гиперемии, также всех пациентов беспокоил выраженный зуд в очагах поражения. На фоне системной терапии десенсибилизирующими препаратами местно применялся Пауэркорт 2 раза в сутки от 5 до 7 дней, а затем Момат в виде крема 1 раз в сутки до полного разрешения процесса. На седьмой день у 60% пациентов уменьшилась отечность и прекратилось появление свежих высыпаний, а также снизилась интенсивность зуда. Выраженный регресс проявлений отмечен на 10-14-й день у большинства наблюдаемых. Полное разрешение высыпаний отметили 81% наблюдаемых к 18-21-му дню (рисунки 1, 2, 3).

Последовательное назначение кортикостероидов показало высокую эффективность в комплексной терапии хронической экземы. **EF**


Рисунок 3. Пациент через 10 дней после применения препарата Момат

Литература

- Потекаев Н.С. Экзема: ремарки и современные представления // Клиническая дерматовенерология. 2009; 1: 67-73.
- Солошенко Э.Н. Экзема: современные представления об этиопатогенезе и методах рациональной терапии // Международный медицинский журнал. 1997; 3: 24-29.
- Гаврилюк А.В., Глухенький Б.Т., Бойко Ю.Я. и др. Лечение экземы и атопического дерматита. 2003; 1: 38.
- Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Переносимость и эффективность сехифенадина (гистафена) в комплексной терапии больных истинной экземой. Клиническая дерматология и венерология. 2009; 3: 46-48.
- Rosenthal D., Duke E. A clinical investigation of the efficacy and safety of mometasone furoate ointment 0,1% vs. betamethasone valerate ointment 0,1% in the treatment of psoriasis. *Curr Ther Res.* 1988. 44: 790-801.
- Medansky R.S., Bressink R., Cole G.W. et al. 0,1% percent in treatment of psoriasis : Comparison with ointment and cream formulations of fluocinolone acetonide 0,025 percent and triamcinolone 0,1 percent. *Cutis.* 1988. 42: 480-485.
- Medansky R.S., Brody N.I., Kanof N.B. et al. Clinical investigations of mometasone furoate – a novel, nonfluorinated, topical corticosteroid. *Semin Dermatol.* 1987. 6: 94-100.
- Bressink R., Williams J., Peets E. Comparison of effect of mometasone furoate ointment 0,1% and hydrocortisone ointment 0,1% , on adrenocortical function in psoriasis patients. *Today's Ther Trends.* 1988. 5: 25-35.