



# Основные направления в терапии хронических дерматозов

Вопросы этиологии, патогенеза и рационального лечения хронических дерматозов не теряют своей актуальности ввиду широкой распространенности во всех возрастных группах, а также высокой вероятности развития вторичных инфекционных осложнений. Назначение топических глюкокортикостероидов остается обязательной и важнейшей составляющей комплексного лечения больных дерматозами. Наиболее эффективные и безопасные схемы подобной патогенетической терапии рассматривались на симпозиуме, который состоялся при поддержке компании «Гленмарк» в рамках XXX Рахмановских чтений.



Профессор  
Е.В. Матушевская

Как отметила д.м.н., профессор Елена Владимировна МАТУШЕВСКАЯ (ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России»), одними из самых востребованных препаратов в современной дерматовенерологии на протяжении уже многих

## Место топических глюкокортикостероидов в лечении осложненных и неосложненных дерматозов

лет остаются топические глюкокортикостероиды (ГКС). Европейские клинические рекомендации называют топические ГКС препаратами первой линии в лечении атопического дерматита (European Task Force on Atopic Dermatitis Position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis, 2005), а также псориаза (Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis FADV 2011). Востребованность топических ГКС обусловлена быстротой развития эффекта и выраженным противовоспалительным, иммуносупрессивным, антипролиферативным и сосудосуживающим действием. Профессор Е.В. Матушевская напомнила несколько важных правил, которыми следует руко-

водствоваться при назначении топических ГКС:

- лечение детей следует начинать с ГКС слабой или средней степени активности;
- при лечении взрослых лучше использовать ГКС средней и высокой активности;
- при хронических воспалительных дерматозах топические ГКС рекомендовано применять в интермиттирующем поддерживающем режиме;
- не использовать фторсодержащие ГКС у детей первых лет жизни;
- не применять фторированные ГКС на область лица, шеи и естественных складок;
- при наличии проявлений вторичной инфекции использовать



## Сателлитный симпозиум компании «Гленмарк»

топические комбинированные ГКС, содержащие антибактериальные и противогрибковые средства.

Кроме того, топические ГКС следует наносить в небольшом количестве, равном 1 дюйму (2,3 см), на поверхность, эквивалентную поверхности двух ладоней (0,5 г / 300 см<sup>2</sup>), 1–2 раза в день в соответствии со степенью выраженности симптомов, а также отменять препараты постепенно, уменьшая частоту применения и/или дозу.

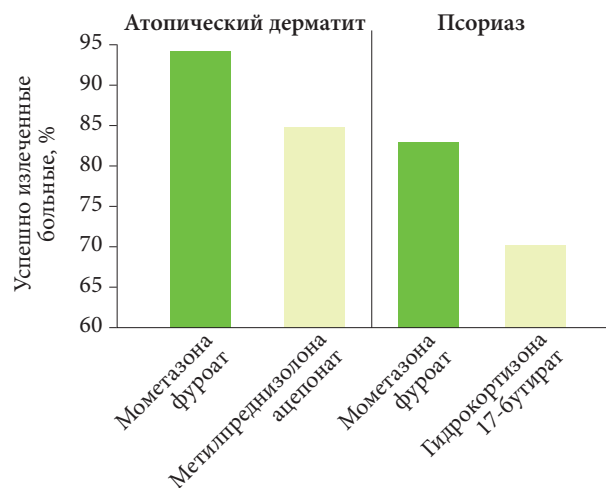
Более подробно профессор Е.В. Матушевская остановилась на характеристике галогенизированных ГКС, отметив, что включение в молекулу галогенов – фтора или хлора – позволило усилить противовоспалительную активность препаратов. Клобетазол – галогенизированный ГКС – по потенциальной активности относится к IV, самому сильному, классу ГКС и отличается самым высоким противовоспалительным эффектом. Молекула клобетазола обладает сосудосуживающей активностью, в 1800 раз большей, чем у гидрокортизона, что коррелирует с ростом клинической эффективности<sup>1</sup>.

Эффективность клобетазола для лечения атопического дерматита (n = 377) и псориаза (n = 497) в разных возрастных группах была подтверждена в ходе рандомизированных плацебоконтролируемых исследований. На основании полученных данных короткий курс клобетазола был признан безопасным и эффективным для пациентов старше 12 лет<sup>2</sup>.

В США и западных странах клобетазол является одним из самых распространенных препаратов в терапии псориаза. В сравнительном исследовании по оценке ангиогенной активности и эффективности применения клобетазола и кортикостероидных кремов в терапии прогрессирующей стадии псориаза было установлено, что клобетазол приводит к более выраженному ингибированию ангиогенеза, большему снижению величины индекса распространенности и тяжести псориаза (Psoriasis Area and Severity Index, PASI) и удлинению периода ремиссии<sup>3</sup>.

На отечественном фармацевтическом рынке клобетазол представлен кремом для наружного применения Пауэркорт (0,05%). «Это сильный и эффективный фторированный глюкокортикостероид, который следует применять в течение 5–10 дней до устранения остроты процесса», – уточнила профессор Е.В. Матушевская.

Среди хлорированных ГКС наиболее эффективными и безопасными считаются мометазона фуруат и беклометазона дипропионат. Мометазона фуруат – мощный ингибитор синтеза цитокинов: уже в первых исследованиях мометазон показал самую высокую подавляющую активность в отношении интерлейкинов 1, 6, 8 и фактора некроза опухоли по сравнению с другими препаратами. Доказано, что мометазона фуруат в отличие от других топических ГКС (алклометазон и метилпреднизолон) характеризуется минимальной системной абсорбцией, а также



Успешное излечение оценивалось как полное исчезновение симптомов или значительное улучшение (более 70%) по сравнению с исходным уровнем.

Рис. 1. Эффективный топический ГКС в лечении аллергических и воспалительных заболеваний кожи

высокой системной безопасностью, сопоставимой с безопасностью гидрокортизона<sup>4</sup>.

В зарубежных клинических испытаниях была определена высокая эффективность мометазона фуруата в лечении аллергических и воспалительных заболеваний кожи (рис. 1<sup>5</sup>). Эффективность и безопасность мометазона фуруата при лечении атопического дерматита и псориаза у детей и взрослых были также подтверждены в отечественных работах<sup>6</sup>. Профессор Е.В. Матушевская отметила, что преимуществами использования препарата Момат (мометазона фуруат 0,1%) является возможность нанесения крема или мази 1 р/сут и возможность применения на чувствительных участках кожи. Кроме того, крем

<sup>1</sup> Wilson L. The clinical assessment of topical corticosteroid activity // Br. J. Dermatol. 1976. Vol. 94. Suppl. 12. P. 33–42.

<sup>2</sup> Kimball A.B., Gold M.H., Zib B. et al. Clobetazol propionate emulsion formulation foam 0.05%: review of phase II open-label and phase III randomized controlled trials in steroid-responsive dermatoses in adults and adolescents // J. Am. Acad. Dermatol. 2008. Vol. 59. № 3. P. 448–454.

<sup>3</sup> Мурашкин Н.Н., Глузмин М.И., Бакулев А.Л. и др. Патогенетическое обоснование подходов к наружной терапии псориаза в прогрессирующей стадии // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2011. № 2. С. 25–30.

<sup>4</sup> Katz H.I., Prawer S.E., Watson M.J. et al. Mometasone furoate ointment 0.1% vs. hydrocortisone ointment 1.0% in psoriasis. Atrophogenic potential // Int. J. Dermatol. 1989. Vol. 28. № 5. P. 342–344.

<sup>5</sup> Hoybay A., Moller S.B., De Cunha Bang F. et al. Continuous and intermittent treatment of atopic dermatitis in adults with mometasone furoate vs. hydrocortisone 17-butyrate // Cur. Ther. Res. 1991. Vol. 50. P. 62–72.

<sup>6</sup> Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Лукашева Н.Н. и др. Неинвазивные методы диагностики в оценке эффективности наружной терапии хронических воспалительных дерматозов // Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 2. С. 35–40.

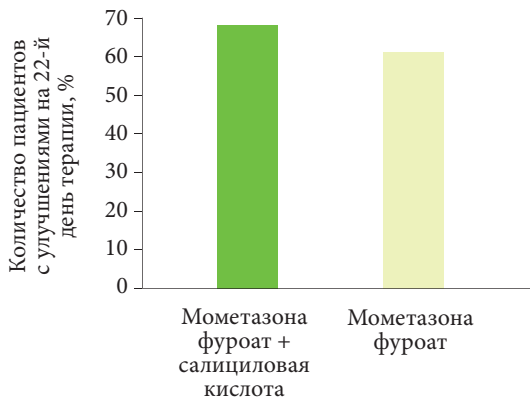


Рис. 2. Сравнительная эффективность мометазона фуоата и комбинации мометазона фуоата и салициловой кислоты в терапии псориаза

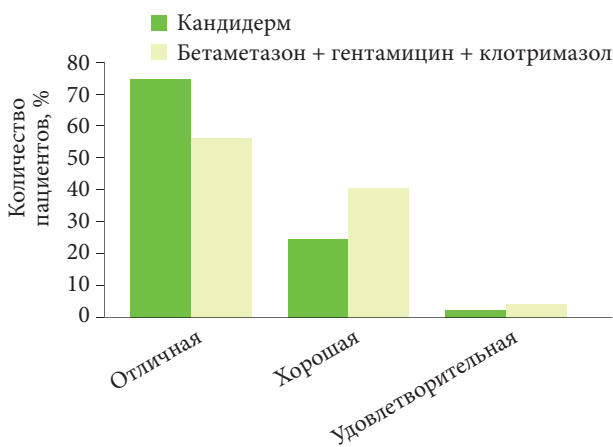


Рис. 3. Оценка пациентами эффективности и переносимости лечения препаратом Кандидерм

Во всех случаях противовоспалительное лечение необходимо проводить до полного исчезновения всех симптомов дерматоза, в том числе зуда. Наружная противовоспалительная терапия должна быть начата немедленно, при малейшем обострении.

Момат можно назначать детям с рождения, а мазь – с двухлетнего возраста.

Определенные сложности могут возникнуть при лечении заболеваний, которые сопровождаются выраженными гиперкератическими проявлениями, препятствующими проникновению препарата в кожу. В таких случаях с успехом применяются препараты, содержащие топические стероиды в сочетании с кератолитическими средствами. Примером подобного комбинированного средства служит препарат двойного действия Момат-С, в состав которого входят мометазона фуоат 0,1% и салициловая кислота 2%. Сочетание свойств мометазона (противовоспалительное, антипролиферативное, противоаллергическое, противозудное, сосудосуживающее, противоотечное) и салициловой кислоты (кератолитическое, антисептическое) обуславливает двойной эффект препарата Момат-С при лечении псориаза с гиперкератическими проявлениями (рис. 2). Течение аллергических дерматозов часто осложняется грибковой и бактериальной флорой. Именно поэтому в российских клинических рекомендациях для наружной терапии осложненных дерматозов показано назначение комбинированных кортикостероидных препаратов. Один из возможных вариантов – сочетание топических ГКС с антимикотическими и/или антибактериальными препаратами. Примером успешной тройной комбинации служит крем Кандидерм, в состав которого входят клотримазол 1%, беклометазона дипропионат 0,025% и гентамицин 0,1%. С помощью Кандидерма можно воздействовать на все звенья патогенеза осложненных дерматозов. «При этом комбини-

рованная форма позволяет сократить системную лекарственную нагрузку на организм», – подчеркнула профессор Е.В. Матушевская. Терапия кремом Кандидерм характеризуется не только высокой эффективностью, но и высокой приверженностью пациентов к данному методу лечения, что было подтверждено результатами открытого сравнительного исследования по оценке эффективности и безопасности применения топических комбинированных препаратов в терапии атопического дерматита. Результаты дерматоскопии подтвердили высокую эффективность Кандидерма в отношении таких симптомов атопического дерматита, как зуд и шелушение. Кроме того, большинство пациентов предпочли Кандидерм другим препаратам (рис. 3)<sup>7</sup>. В заключение профессор Е.В. Матушевская предложила использовать следующие схемы терапии дерматозов:

- 1) топические ГКС 1–2 раза в день от 5 до 14 дней + смягчающие средства ежедневно;
  - течение заболевания с осложнениями – Кандидерм, Момат-С;
  - течение заболевания без осложнений – Пауэркорт, Момат, Момат-С;
- 2) топические ГКС 1–2 раза в день 2 дня подряд в неделю;
  - интермиттирующая схема в течение 6 месяцев – Момат.

«Во всех случаях противовоспалительное лечение необходимо проводить до полного исчезновения всех симптомов дерматоза, в том числе зуда. Наружная противовоспалительная терапия должна быть начата немедленно, при малейшем обострении», – подчеркнула профессор Е.В. Матушевская. Надо использовать схемы терапии, позволяющие контро-

<sup>7</sup> Матушевская Е.В., Масюкова С.А., Скрипкина П.А. и др. Топические комбинированные кортикостероидные препараты в лечении атопического дерматита // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2009. № 2. С. 14–19.

<sup>8</sup> Hanifin J., Gupta A.K., Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients // Br. J. Dermatol. 2002. Vol. 147. № 3. P. 528–537.

<sup>9</sup> Соколовский Е.В., Монахов К.Н., Холодилова Н.А. и др. Интермиттирующая терапия бетаметазоном атопического дерматита и экземы кистей // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009. № 3.



## Сателлитный симпозиум компании «Гленмарк»

лирование течения дерматоза. Это современные интермиттирующие схемы<sup>8,9</sup>. Подобная тактика позволяет повысить эффективность, сократить продолжительность лече-

ния, удлинить периоды ремиссии, уменьшить число обострений, а также улучшить состояние кожи и прогноз заболевания в целом. После наступления ремиссии не-

обходимо проводить профилактику обострений, то есть ухаживать за кожей и предупреждать воздействие факторов, ставших причиной заболевания.

### Инфекционно-воспалительные заболевания кожи: современные принципы лечения

**Б**актериальные инфекции кожи, вызывающие ее гнойное воспаление и требующие эффективных терапевтических методов лечения, по сей день остаются одной из актуальных проблем дерматологии. По данным, представленным в докладе к.м.н. Татьяны Алексеевны БЕЛОУСОВОЙ (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова), пиодермии, которые за рубежом относят к группе инфекций кожи и мягких тканей (ИКМТ), составляют 30–40% всей дерматологической патологии у лиц трудоспособного возраста. Согласно зарубежным авторам, инфекции кожи и мягких тканей классифицируются таким образом:

- первичные пиодермии (основные возбудители *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes*);
- вторичные пиодермии, развивающиеся на фоне существующих заболеваний и имеющие полимикробную этиологию;
- некротизирующие инфекции (глубокое поражение кожи и подлежащих тканей) полимикробной этиологии, которые, как правило, протекают тяжело и могут закончиться летальным исходом.

В возникновении той или иной формы пиодермии большую роль играют вид патогенного микроорганизма, его вирулентность, а также состояние макроорганизма и различные эндогенные и экзогенные факторы, снижающие барьерную и защитную функцию кожи.

Алгоритм ведения больных с пиодермиями предполагает назначение антибактериальных средств, которые можно применять сис-

темно, наружно и в комбинации. В повседневной практике антибиотик обычно выбирают эмпирическим путем. Однако врач обязан помнить, что препарат для местного применения должен быть:

- безопасным;
- активным в отношении основных возбудителей и неактивным в отношении нормальной микрофлоры;
- эффективным, что подтверждено клиническими исследованиями;
- с низкой приобретенной резистентностью.

Кроме того, антибиотик не должен вызывать резистентность к препарату, предназначенному для системного применения. «На сегодняшний день таким препаратом для местного лечения бактериальных инфекций кожи является мупироцин – продукт метаболизма *Pseudomonas fluorescens*, но по сути смесь метаболитов, среди которых 90–95% составляет псевдомониевая кислота А», – пояснила Т.А. Белоусова.

Механизм действия мупироцина заключается в ингибировании фермента изолейцин-тРНК-синтазы, что приводит к нарушению синтеза бактериальных белков и РНК, в меньшей степени ДНК, необходимых для образования клеточной стенки. Мупироцин хорошо проникает в кожу и создает высокие и стабильные концентрации в ее поверхностных слоях, причем активность препарата увеличивается по мере снижения кислотности среды.



К.м.н.  
Т.А. Белоусова

Мупироцин практически не всасывается с поверхности неповрежденной кожи (< 0,24%), при абсорбции через поврежденную кожу быстро метаболизируется до неактивных метаболитов и выводится почками. Главное терапевтическое преимущество мупироцина заключается в действии на большинство штаммов стафилококков, в том числе на MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*), устойчивых к другим антимикробным препаратам. К мупироцину чувствительны также стрептококки А, В, С, G и некоторые грамотрицательные палочки. Кроме того, он обладает выраженной активностью по отношению к возбудителям грибковой инфекции и *Candida* spp. При терапии мупироцином импетиго и фолликулита клинические и бактериологические показатели излеченности составляют 85–100% и 80–95% соответственно. В настоящее время к мупироцину практически не выявляются резистентные штаммы *Staphylococcus aureus*, что позволяет рекомендовать его в качестве препарата первой линии для эмпирической терапии ИКМТ<sup>10</sup>.





Благодаря широкому спектру антимикробного действия, отсутствию резистентности возбудителей ИКМТ, хорошей переносимости Супирицин можно считать препаратом первой линии в лечении первичных и вторичных пиодермий.

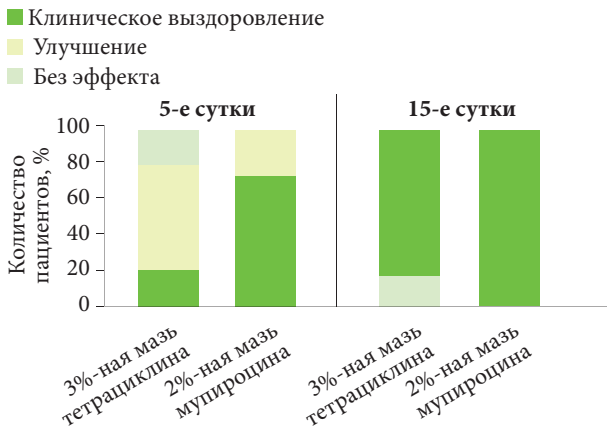


Рис. 4. Оценка эффективности топической антибактериальной терапии

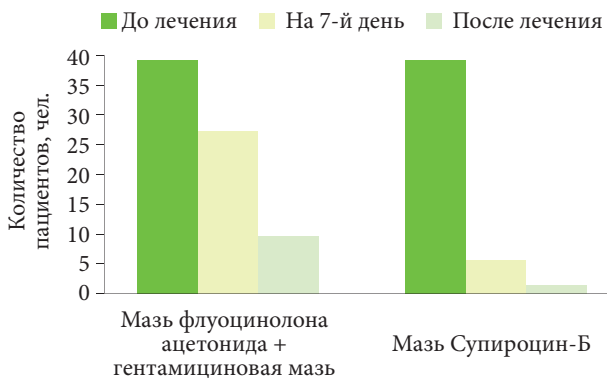


Рис. 5. Число больных микробной экземой с верифицированным золотистым стафилококком в очагах поражения кожи

Топический препарат, содержащий мупироцин, – Супирицин – характеризуется широким спектром антимикробной активности в отношении патогенной грамположительной и грамотрицательной флоры, при этом не действует на представителей нормальной микрофлоры кожи. В этой связи он эффективен при лечении первичных и вторичных инфекционных поражений кожи (импетиго, эктима, фолликулиты, фурункулы, ожоги, трофические язвы и др.), при наружном отите, а также в профилактике бактериальных осложнений (при ссадинах, ожогах, порезах и т.д.). «Супирицин можно назначать детям с трехлетнего возраста», – подчеркнула Т.А. Белоусова. Кроме того, Супирицин можно использовать под повязку. У больных с печеночной недостаточностью коррекция дозы препарата не требуется, а при обширных повреждениях кожи (ожоги, множественные травмы) абсорбция может увеличиваться, что следует учитывать при назначении препарата больным с хронической почечной недостаточностью.

Данные ряда зарубежных и отечественных исследований позволяют сделать вывод о том, что эффективность мупироцина сопоставима с эффективностью антибиотиков для системного применения. Так, в двойном слепом мультицентровом исследовании с участием 159 пациентов с инфицированной экземой сравнивалась эффективность наружного применения крема мупироцина 2% и приема цефалексина по 250 мг 4 р/сут. Результаты ис-

следования продемонстрировали более высокую эффективность мупироцина: исчезновение клинических симптомов инфекционного процесса отмечалось в 89% случаев. Полное устранение возбудителей было достигнуто у 50% пациентов, которые получали наружную терапию мупироцином, и только у 28% пациентов, принимавших цефалексин<sup>11</sup>.

Одно из недавних отечественных исследований было посвящено оценке эффективности мупироцина (Супирицина) в терапии пиодермий. Данные исследования подтвердили более высокую эффективность мази Супирицин по сравнению с тетрациклиновой мазью (рис. 4). Уже на пятые сутки лечения у 77% пациентов 1-й группы на фоне монотерапии Супирицином отмечалось клиническое выздоровление, по сравнению с 25% пациентов 2-й группы, применявших тетрациклиновую мазь. Более того, по окончании курса лечения полного выздоровления достигли все пациенты 1-й группы и лишь 80% пациентов 2-й группы (20% остались резистентны к терапии тетрациклиновой мазью)<sup>12</sup>.

Хронические дерматозы, атопический дерматит, хронические экземы часто осложняются вторичными бактериальными инфекциями, при этом главным возбудителем инфекции кожи и ее придатков является *Staphylococcus aureus*. В клинической практике для лечения аллергических дерматозов, осложненных вторичной бактериально-грибковой инфекцией, а также при развитии экзематизации на фоне инфекционных заболеваний кожи широко

<sup>10</sup> Белькова Ю.А., Страчунский Л.С., Кречикова О.И. и др. Сравнительная эффективность 0,75% мази хлорамфеникола и 2% мази мупироцина при лечении в амбулаторных условиях взрослых пациентов с инфекциями кожи и мягких тканей // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2007. Т. 9. № 1. С. 56–64.

<sup>11</sup> Rist T., Parish L.C., Capin L.R. et al. A comparison of the efficacy and safety of mupirocin cream and cephalexin in the treatment of secondarily infected eczema // Clin. Exp. Dermatol. 2002. Vol. 27. № 1. P. 14–20.

<sup>12</sup> Самцов А.В., Стаценко А.В., Хайрутдинов В.Р., Чаплыгин А.В. Сравнительное исследование клинической эффективности 3% тетрациклиновой мази и 2% мази мупироцина в терапии пиодермий // Вестник дерматологии и венерологии. 2012. № 3. С. 86–90.

<sup>13</sup> Оковитый С.В., Ивкин Д.Ю. Мупироцин: клиническое применение // Consilium Medicum. 2011. № 4. С. 8–14.

<sup>14</sup> Бакулев А.Л., Кравченко С.С., Мурашкин Н.Н. и др. Микробная экзема: новые возможности комбинированной топической терапии // Вестник дерматологии и венерологии. 2011. № 6. С. 98–104.



## Сателлитный симпозиум компании «Гленмарк»

применяются комбинированные топические ГКС. В состав наиболее часто назначаемых топических ГКС входит гентамицин, однако доказанная резистентность большинства штаммов золотистого стафилококка к гентамицину не позволяет добиться желаемого терапевтического эффекта.

Мазь для наружного применения Супироцин-Б, в состав которой входят бетаметазон 0,05% и мупироцин 2%, – оригинальная комбинация для лечения инфицированных дерматозов, к которой практически не имеет устойчивости золотистый стафилококк. Клиническая эффективность комбинации бетаметазона и мупироцина в терапии инфекционных дерматозов достигает 95%, что подтверждено рядом исследований<sup>13</sup>. Так, проводилась клиническая оценка эффективности мази Супироцин-Б в терапии микробной экземы. Пациенты 1-й группы (n = 40) получали топическую терапию мазью флуоцинолона

ацетонида в сочетании с гентамициновой мазью 2 р/сут. Пациентам 2-й группы (n = 40) назначалась мазь Супироцин-Б 2 р/сут. Курс лечения составил 14 дней. Кроме того, все больные получали стандартную гипосенсибилизирующую терапию. Результаты исследования продемонстрировали более значимую клиническую эффективность Супироцина-Б. У пациентов 2-й группы к концу лечения Супироцином-Б практически не высевался золотистый стафилококк в очагах поражения кожи (рис. 5). Более того, на коже фактически отсутствовала ассоциация *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus* spp. (рис. 6)<sup>14</sup>.

В заключение Т.А. Белоусова еще раз подчеркнула, что Супироцин (мупироцин) – эффективный и безопасный антибиотик для наружной терапии. Благодаря широкому спектру антимикробного действия, отсутствию резистентности возбудителей ИКМТ, хорошей переносимости Супироцин

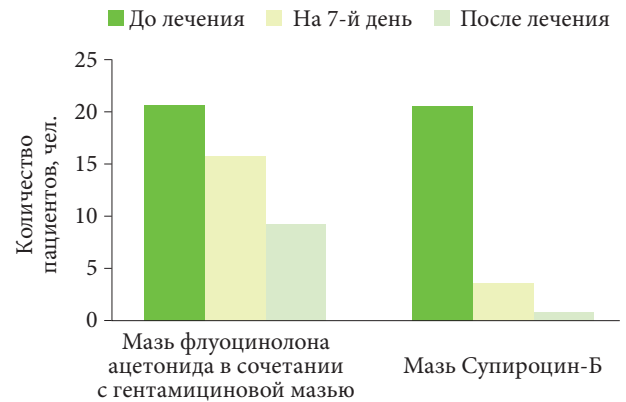


Рис. 6. Число больных микробной экземой, имеющих ассоциацию золотистого стафилококка на коже

можно считать препаратом первой линии в лечении первичных и вторичных пиодермий. Эффективная комбинация мупироцина и бетаметазона, входящих в состав мази Супироцин-Б, позволяет проводить наружную терапию аллергических дерматозов, осложненных бактериальной инфекцией.

### Патогенетические механизмы зуда и методы его коррекции

**Х**ронический зуд может быть вызван как дерматологическими и системными заболеваниями, так и неврологическими, психогенными или смешанными причинами. К.м.н. Ольга Борисовна ТАМРАЗОВА (доцент кафедры дерматовенерологии ФПК МП РУДН) напомнила, что зуд на пораженной коже свидетельствует о дерматологическом заболевании, зуд при неизменной коже носит генерализованный характер и, скорее всего, связан с системным заболеванием или какими-либо изменениями состояния организма. Кожный зуд сопровождается самые различные аллергические дерматозы, наиболее распространенными из которых являются крапивница и атопический дерматит. Крапивница характеризуется появлением на коже монотипных

уртикарных элементов. Выделяют аллергическую, неаллергическую и псевдоаллергическую крапивницу. По продолжительности заболевания различают острую (до 6 недель) и хроническую (более 6 недель) формы. Псевдоаллергические реакции могут развиваться после употребления продуктов, богатых гистамином, гистаминолибераторами. Нарушение механизмов инактивации гистамина может наблюдаться при длительном приеме противотуберкулезных препаратов, анальгетиков, антибиотиков, а также при патологии печени, а усиленное образование гистамина из гистидина, фенилаланина, тирозина – при дисбактериозе.

Ведущими иммунологическими нарушениями, определяемыми при исследовании кожи больных атопическим дерматитом, считаются



К.м.н.  
О.Б. Тамразова

увеличение числа активированных Т-лимфоцитов и клеток Лангерганса, повышенная продукция IgE клетками и клеточно-опосредованный иммунитет. Наиболее важным следствием иммунных реакций в коже при атопическом дерматите является высвобождение гистамина и других медиаторов воспаления



Гленцет – современный антигистаминный препарат для лечения аллергических дерматозов, удобный в применении, а также соответствующий всем требованиям эффективности и безопасности.

базофилами и тучными клетками. От этих биологически активных веществ во многом зависит развитие клинических симптомов заболевания, вероятность хронизации воспаления.

Согласно клинко-морфологической классификации выделяют экссудативную, эритозно-сквамозную, эритозно-сквамозную с лихенификацией, лихеноидную и пурригинозную формы атопического дерматита. Данная классификация позволяет не только описать кожный процесс, но и подобрать наружную и общую терапию и предположить прогноз заболевания.

Классическим медиатором зуда считается гистамин – биогенное производное аминокислоты гистидина, которая в неактивной форме содержится в органах и тканях человека и является одним из факторов обмена веществ. Увеличение в крови свободного гистамина вызывает покраснение кожи, сыпь, зуд, сужение бронхов и увеличение секреции бронхиальных желез, а в тяжелых случаях – падение артериального давления и развитие судорог. В норме в крови специальные гамма-глобулины связываются с гистамином и нейтрализуют его действие, однако при аллергических заболеваниях, особенно при атопических патологиях, гистаминопексическая активность сыворотки резко снижается. Патогенетическое лечение зудящих дерматозов предполагает назначение антигистаминных препаратов, представляющих группу лекарственных веществ, осуществляющих конкурентную блокаду

рецепторов гистамина в организме, что приводит к торможению опосредуемых им эффектов.

На сегодняшний день врачи располагают большим количеством  $H_1$ -антигистаминных препаратов. По мнению О.Б. Тамразовой, для острых процессов с непродолжительным течением в качестве терапии можно использовать антигистамины 1-го поколения (седативные) или 2-го поколения (неседативные). Однако хронические состояния требуют назначения более эффективных и безопасных препаратов. Антигистаминные препараты 3-го поколения, к которым относится левоцетиризин (Гленцет), отличаются высокой эффективностью, возможностью длительного применения и минимальными побочными эффектами. Препараты последнего поколения представляют особую ценность в случае, когда необходимо сочетать противоаллергическую терапию с другими лекарственными препаратами, а также при заболеваниях печени.

«Гленцет (левоцетиризин) является не только высокоэффективным препаратом, но также имеет высокий профиль безопасности», – отметила О.Б. Тамразова. Избирательность левоцетиризина в 2 раза выше по сравнению с цетиризином в отношении  $H_1$ -гистаминовых рецепторов и в 600 раз выше в отношении других рецеп-

торов и ионных каналов, близких по структуре. Выраженная способность левоцетиризина тормозить спонтанную и стимулированную гистамином активность обуславливает его угнетающее действие на секрецию медиаторов аллергического воспаления. Этим объясняется его благоприятное влияние на течение зудящих дерматозов, крапивницы и др.

Важное преимущество Гленцета – более быстрое начало действия ( $\approx 30$  мин) по сравнению с цетиризином (0,7 часа), фексофенадином (1–2 часа), дезлоратадином (3 часа) и лоратадином (3–4 часа). Кроме того, Гленцет надо принимать всего раз в сутки в дозе 5 мг. Препарат начинает действовать через 30 минут, и время действия составляет 24 часа. Длительность приема может составлять до 18 месяцев. Гленцет специфичен к  $H_1$ -гистаминовым рецепторам, не взаимодействует с мускариновыми рецепторами, поэтому не вызывает побочных эффектов (тахикардию, сухость во рту, бессонницу).

В заключение О.Б. Тамразова еще раз подчеркнула, что Гленцет – современный антигистаминный препарат для лечения аллергических дерматозов, удобный в применении, а также соответствующий всем требованиям эффективности и безопасности.

### Заключение

Подводя итоги, председатель симпозиума профессор Е.В. Матушевская отметила, что современные подходы к лечению хронических дерматозов диктуют потребность в поиске новых лекарственных средств, соответствующих оптимальному соотношению «эффективности/безопасности». Этим требованиям отвечает линейка препаратов компании «Глен-марк» для лечения дерматозов. Препараты Пауэркорт, Момат,

Момат-С, Кандидерм, Супироцин, Супироцин-Б для наружного и Гленцет для перорального применения отличаются высокой противовоспалительной и антиаллергической активностью, а также отсутствием заметного системного влияния, что подтверждено наличием большой доказательной базы. Это позволяет рекомендовать данные препараты для широкого применения в клинической дерматологической практике. ●