

Классика и инновации в наружной терапии хронических дерматозов

О.Б. Тамразова

Classics and innovations in the external therapy of chronic dermatoses

O.B. TAMRAZOVA

об авторе:

О.Б. Тамразова — к.м.н., доц. кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, Москва

Приводятся данные литературы об эффективности и безопасности использования различных топических средств в терапии дерматозов, а также обсуждаются методики рационального ступенчатого лечения хронических аллергодерматозов с применением кератопластических средств, активным веществом в которых является АСД (3-я фракция).

Ключевые слова: аллергодерматозы, наружная терапия, кератопластические средства, АСД.

The article presents data from the literature on the efficiency and safety of using different topical drugs for the treatment of dermatoses, and describes methods for the efficient multistage treatment of chronic allergic dermatoses using keratoplastic agents comprising ASD (Antiseptic Dorogov's Stimulator) (the 3rd fraction) as the active substance.

Key words: allergic dermatoses, external therapy, keratoplastic agents, ASD.

■ Несмотря на активное развитие дерматологии и медицины в целом, проблема терапии аллергодерматозов на сегодняшний день является наиболее актуальной.

Аллергодерматозы — заболевания кожи, в патогенезе которых основную роль играют аллергические реакции. В развитых странах отмечается постоянный рост числа пациентов с данными заболеваниями, связанный с ухудшением экологической обстановки, «ненатуральным» питанием (красителями, консервантами, стабилизаторами и т. д.), все ускоряющимся ритмом жизни, приводящим к стрессам и хронической усталости. Особенности течения аллергодерматозов в настоящее время является склонность к хронизации, а также частое формирование дерматозов сочетанной этиологии. Кроме того, отмечается не только частое присоединение вторичной инфекции на фоне аллергических заболеваний (например, при атопическом дерматите), но и инфекционные заболевания кожи нередко осложняются аллергическими реакциями (например, микробной экземой) [1]. Поэтому терапия таких заболеваний, как атопический дерматит, экзема, себорейный дерматит, периоральный дерматит, пруриго, контактно-аллергические дерматиты, осложненные формы пиодермий, микозов и паразитарных

заболеваний и многих других дерматозов является сложной задачей для дерматологов [2].

Несмотря на большое количество лекарственных средств, предложенных для решения данной проблемы, не существует точного алгоритма лечения пациентов с хроническими заболеваниями кожи.

На сегодняшний день можно выделить две основные группы хорошо изученных наружных препаратов, применяемых в терапии аллергодерматозов и дерматозов сочетанной этиологии. Это — традиционные препараты на основе дегтя, ихтиола, нафталина и АСД, а также препараты, в состав которых входят кортикостероиды.

Традиционные средства (дегти, дегтеподобные вещества) представляют собой разнообразные смеси ароматических углеводородов (сложные эфиры, алканы, циклоалканы, арены, фенолы и др.) природного, растительного и животного происхождения.

История использования дегтярных средств в лечении кожных заболеваний уходит корнями в далекое прошлое. В трудах отечественных дерматологов А.Г. Полотебнова, А.И. Пospelова, Т.П. Павлова, П.В. Никольского, Г.И. Мещерского, О.Н. Подвысоцкой, В.А. Рахманова и многих других отмечались лечебные свойства каменноугольного дегтя (Ol. Lithanthracis), бе-

резового дегтя (*Ol. Rusci*), соснового дегтя (*Pix liquida*), букового дегтя (*Ol. Fagi*), нафталана (*Naphthalanum*), ихтиола (*Ichthyolum*) при псориазе, экземах, «детской экземе» (атопическом дерматите), чесотке, педикулезе, грибковых заболеваниях и т. д. Наиболее эффективными средствами в терапии многих кожных болезней долгое время оставались мазь Вилькинсона, линимент Вишневецкого, борно-дегтярные пасты, серно-дегтярная мазь, ихтиоловая мазь, болтушки, пасты и мази с нафталаном [3, 4]. Данная группа препаратов относится к кератопластическим (редуцирующим) средствам и обладает противовоспалительным, противозудным, антибактериальным и антипаразитарным свойствами.

Уникальные свойства традиционных наружных кератопластических средств дают возможность применять данные препараты в терапии как аллергодерматозов, так и инфекционно-паразитарных заболеваний кожи [5, 6]. Несмотря на то что при применении дегтярных препаратов терапевтический эффект наступает не очень быстро, он сохраняется длительно, также отсутствуют привыкание и синдром «отмены». В процессе лечения хронических кожных заболеваний данными препаратами восстанавливаются защитные свойства кожи, что особенно важно при хронических экземах, atopическом дерматите, псориазе. Однако при использовании дегтярных препаратов (особенно в завышенных концентрациях, длительно, на большие площади, у маленьких детей) был отмечен ряд побочных эффектов: токсическое воздействие на почки (нефриты), комедогенный эффект, фотосенсибилизация. Также негативным аспектом использования дегтя является низкая комплаентность пациентов из-за неприятного запаха дегтя, его маслянистой консистенции и способности окрашивать кожу и пачкать одежду [6].

Новым направлением в применении ароматических углеводов стала разработка в 1948 г. нового препарата — АСД (Антисептик Стимулятор Дорогова), который, несмотря на резкий неприятный запах, стал одним из базовых наружных препаратов в отечественной дерматологии. По химическому составу АСД представляет собой композицию органических и неорганических низкомолекулярных соединений, полученную путем пиролиза (под действием высокой температуры) из сырья животного происхождения, и является биогенным модулятором обменных процессов и иммунитета. Препарат АСД (3-я фракция) обладает наиболее выраженными лечебными свойствами при наименьших побочных действиях. Благодаря этим свойствам препараты АСД (3-я фракция) долгое время являлись наиболее эффективными и безопасными наружными средствами в дерматологии, особенно у детей.

За последнее столетие в клинической медицине были достигнуты большие успехи. Наиболее значимым событием стало открытие и применение в терапии кортикостероидных гормонов. В 1936 г. Kendall из коры надпочечников быков выделил активный гормо-

нальный препарат Е, впоследствии получивший название кортизола. В дальнейшем была установлена химическая природа и осуществлен синтез кортизола. В 1949 г. Hensch впервые применил данный препарат для лечения ревматоидного артрита, что стало началом революционных изменений в терапии многих заболеваний, в том числе и дерматологических [7].

На сегодняшний день кортикостероидные препараты незаменимы в терапии кожных болезней, так как обладают не сравнимыми по эффективности с другими средствами противовоспалительным, сосудосуживающим и антипролиферативным свойствами. Благодаря широкому спектру терапевтических эффектов эта группа препаратов применяется при аллергодерматозах, контактных дерматитах, диффузных заболеваниях соединительной ткани, токсидермиях, псориазе, буллезных дерматозах и т. д. [5, 6]. Однако лечение кортикостероидными препаратами нельзя проводить длительно и на обширных участках кожного покрова, так как препараты дают выраженные побочные эффекты. Основными нежелательными реакциями, вызываемыми применением наружных кортикостероидных препаратов, являются подавление клеточного иммунитета (приводящее к развитию пиодермий, микозов, демодекоза, экземы Капоши и т. д.), а также нарушение регенерации кожи (проявляющееся формированием атрофии, телеангиэктазий, стрий, гипертрихоза и т. д.). Учитывая важность и во многом незаменимость кортикостероидов, фармацевтами были предприняты усилия для уменьшения побочных действий препаратов: были синтезированы негалогенизированные и нефторированные формы препаратов. Также арсенал дерматологических лекарственных препаратов был пополнен комбинированными средствами, содержащими сочетание кортикостероидов, антибактериальных и/или антимикотических действующих веществ.

Несмотря на достигнутое уменьшение выраженности основных побочных эффектов кортикостероидных препаратов, такая редко описываемая их особенность, как синдром «отмены», представляет существенную проблему для современных дерматологов. Хорошо известно, что при терапии хронических дерматозов кортикостероидными препаратами, в том числе и комбинированными, легко снять обострение, но сложно вылечить пациента, так как после отмены препарата наступает обострение заболевания. Наиболее часто данная ситуация наблюдается при терапии таких заболеваний, как хронические экземы (микробная, истинная, себорейная и др.), atopический дерматит и т. д.

Оценивая группы препаратов, можно отметить, что топические кортикостероиды дают более выраженный терапевтический противовоспалительный эффект и более приятны в использовании, чем дегтярные препараты, но при длительном применении вызывают выраженные побочные реакции. Дегти и дегтеподобные вещества, наоборот, оказывают умеренное терапев-

тическое действие, которое не способствует быстрой ликвидации клинических симптомов аллергического воспаления, но являются хорошими кератопластиками, а при необходимости длительного использования не приводят к привыканию, синдрому «отмены», а также к негативным изменениям со стороны кожи (атрофии, снижению иммунитета).

Учитывая особенности наружных препаратов данных групп, можно рекомендовать следующий алгоритм терапии больных с аллергодерматозами. При острых стадиях контактно-аллергического дерматита, экземы, атопического дерматита, стропулюса и т. д. наружная терапия должна базироваться на применении кортикостероидных препаратов (желательно негалогенизированных, при необходимости комбинированных). При хронических, длительно протекающих аллергодерматозах, особенно с выраженной инфильтрацией и вторичным инфицированием (атопический дерматит с лихенификацией, ограниченный нейродермит, все виды микробных экзем, пруриго и т. д.) для излечения или достижения длительной ремиссии должна соблюдаться преемственность средств наружной терапии [8]. Наиболее эффективной является ступенчатая схема. При обострении аллергодерматоза коротким курсом (на 2—5 дней) назначаются сильные кортикостероидные препараты (при необходимости комбинированные), для получения выраженного противовоспалительного, противозудного, сосудосуживающего эффекта. Далее наружную терапию продолжают кортикостероидными препаратами средней и слабой силы (в течение 2—5 дней). Для долечивания (5—14 дней) назначают дегтярные препараты, которые, продолжая оказывать противовоспалительное и кератопластическое действие на очаги хронического воспаления, позволяя закрепить положительные эффекты кортикостероидных препаратов, а также восстанавливают защитные и регенеративные свойства кожи.

Инновационными препаратами для комплексной терапии аллергодерматозов с традиционным действующим веществом с клинически доказанной эффективностью — АСД (3-я фракция) — являются препараты линии «Айсида». Препараты линии «Айсида» созданы с применением липосомальной технологии, ко-

торая позволила заключить активное вещество АСД в специальные «контейнеры» — липосомы. Благодаря высокой степени сродства с мембранами клеток липосомы способны глубоко проникать в кожу и оказывать терапевтическое действие даже в более низких концентрациях, чем традиционные средства. Применение липосомальной технологии дало возможность значительно повысить комплаентность пациентов при применении препарата (уменьшить неприятный запах, сделать нейтральным цвет), сохранив эффективность действующего вещества.

Препараты линии «Айсида» обладают противовоспалительным, противозудным, антибактериальными свойствами, восстанавливают кожу, активируя собственные репаративные механизмы, оказывают детоксикационное действие, а благодаря технологии липосом глубоко увлажняют и восстанавливают водно-липидный баланс кожи. Сочетание уникальных свойств в препаратах «Айсида» позволяет пациентам с хроническими дерматозами уменьшить длительность применения кортикостероидных средств, а также обеспечить полноценный уход и лечение в межрецидивный период. При прекращении использования препаратов не наблюдается синдром «отмены». Также надо отметить, что средства линии «Айсида» можно применять у пациентов любого возраста (в том числе и у маленьких детей) на все участки кожи без ограничений (за исключением области ореолы соска при кормлении грудью, в случае попадания крема необходимо промыть область соска перед кормлением).

Современная липосомальная косметика «Айсида» с активным действующим веществом АСД рекомендована для применения в комплексной ступенчатой терапии хронических аллергодерматозов и дерматозов сочетанной этиологии в подострой, хронической стадии, а также в период ремиссии в качестве базового ухода за кожей. Препараты «Айсида» являются современными, улучшенными наружными средствами, разработанными с применением новейших технологий, действующим веществом которых является наиболее популярное и эффективное традиционное средство АСД. ■

Литература

- Потекаев Н.С. Экзема: ремарки и современные представления. *Клин. дерматовенерол.*, 2009; 1: 67—73.
- Соколовский Е.В., Монахов К.Н., Домбровская Д.К. Возможность контроля состояния кожи больных хроническими заболеваниями кожи с помощью наружных средств. *Вестн. дерматол. и венерол.*, 2011; 3: 133—138.
- Попхристов П. Кожные болезни в детском возрасте. *София: Медицина и физкультура*, 1963; 882.
- Леоненко П.М. Клиника и лечение экземы. Минск: Гос. изд-во БССР, 1962; 228.
- Дубенский В.В., Гармонов А.А. Наружная терапия дерматозов. *Руководство для врачей*. Тверь, 2007; 219.
- Короткий Н.Г., А.В. Таганов, А.А. Тихомиров. Современная наружная терапия дерматозов (с элементами физиотерапии). *Тверь: Губернская медицина*, 2001; 157.
- Егорова Л.И., Милевская Ю.Л., Сергеев Е.М. Антибиотики и глюкокортикоиды в практике. М: Медицина, 1978; 304.
- Дерматовенерология, 2010 [под ред. А.А. Кубановой]. *Клинические рекомендации*. Российское общество дерматовенерологов. М: ДЭКС-Пресс, 2010; 428.