

КЛОБЕТАЗОЛ В ТЕРАПИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Д.К. НАЖМУТДИНОВА

The use of clobetasol for therapy of lichen ruber planus

D.K. NAZHMUTDINOVA

Об авторе:

Д.К. Нажмутдинова — доцент кафедры дерматовенерологии лечебного факультета ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова», г. Москва, к.м.н.

Приведены данные литературы о применении клобетазола пропионата в терапии красного плоского лишая. Представлены результаты собственных сравнительных исследований по изучению эффективности лечения больных красным плоским лишаем клобетазола пропионатом и бетаметазона валератом, показано преимущество использования клобетазола пропионата.

Ключевые слова: красный плоский лишай, клобетазол.

Data of the literature regarding the use of clobetasol propionate for treatment of lichen ruber planus are represented. The results of authors' comparative investigations for assessment of treatment efficacy using clobetasol propionate and betamethasone valerate in patients suffering lichen ruber planus demonstrated an advantage of the use of clobetasol propionate.

Key words: lichen ruber planus, clobetasol.

Красный плоский лишай — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых, характеризующееся зудящими гладкими плоскими полигональными папулами красно-лилового цвета. [1]. В патогенезе заболевания важную роль играют иммунные изменения, развивающиеся вследствие психопатологических расстройств [2—5].

Наружная терапия красного плоского лишая включает препараты противовоспалительного и противозудного действия [1].

В настоящее время накоплен большой клинический опыт по применению в лечении заболеваний кожи глюкокортикостероидного препарата клобетазола [6—9]. Обладая более выраженной, чем у природных гормонов, глюкокортикоидной активностью, он быстро устраняет отек, гиперемию и зуд в очагах воспаления при различных дерматозах.

Клобетазол метаболизируется преимущественно в печени, небольшая часть — в почках, из организма препарат выводится с мочой.

Мазь или крем клобетазола следует наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1—2 раза в сутки до наступления улучшения. Препарат не должен попадать в глаза.

При стойких поражениях кожи, особенно в случае выраженного гиперкератоза, действие препарата можно усилить путем применения окклюзионной повязки. Перед наложением повязки кожу следует очищать, так как тепло и влажность, соз-

даваемые герметичными повязками, способствуют присоединению бактериальной инфекции. Препарат рекомендуется для кратковременного применения. При необходимости возможно проведение повторных коротких курсов. При необходимости длительного лечения рекомендуется применение менее активных глюкокортикостероидных препаратов.

При нерациональном использовании клобетазола возможно развитие таких побочных реакций, как атрофические изменения кожи (стрии, истончение кожи), расширение поверхностных кровеносных сосудов, нарушения пигментации, гипертрихоз. При длительном лечении возможно появление симптомов гиперкортицизма, особенно у детей.

Противопоказаниями к применению препарата являются:

- угревая болезнь;
- розацеа;
- периоральный дерматит;
- перианальный и генитальный зуд;
- первичные вирусные инфекции кожи;
- первичные бактериальные инфекции кожи;
- первичные кожные поражения грибковой этиологии;
- возраст до 1 года.

В литературе имеются данные о высокой эффективности лечения клобетазолом больных красным плоским лишаем [10, 11]. Необходимо отметить, что быстрый развивающийся эффект при применении клобетазола предопределяет и более выраженную нормализацию состояния центральной нервной системы пациентов.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения клобетазола в комплексной терапии красного плоского лишая.

Материал и методы

Под наблюдением находились 42 пациента (26 женщин и 16 мужчин) в возрасте 16—52 лет, страдавших красным плоским лишаем. У всех больных диагностирована типичная форма заболевания. Высыпания были представлены сиреневыми либо фиолетово-красными милиарными и лентикулярными папулами полигональной формы с пупковидным вдавлением в центре. Очаги располагались преимущественно на сгибательных поверхностях предплечий, боковых поверхностях туловища, в области поясницы, на голенях. У 16 пациентов отмечался интенсивный зуд в очагах поражения, у 5 — периодическое ощущение жжения, покалывания. У 9 пациентов выявлено поражение слизистой полости рта, выглядевшее при осмотре в виде нежной сетки белесоватых поверхностных линий и точечных пятен, не сопровождавшихся субъективными ощущениями. У 2 больных имело место поражение слизистой оболочки полости рта и вульвы по типу опаловых фарфоровидных пятен, не сопровождавшихся субъективными ощущениями. У всех пациентов установлена стационарная стадия красного плоского лишая.

Больным были проведены общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи. Все пациенты получали внутрь эбастин по 10 мг в сутки, седативные средства растительного происхождения (валериану либо пустырник). При поражениях слизистой рта рекомендовали полоскание отваром ромашки. 21 пациент (основная группа) получал наружно 2 раза в сутки мазь, содержащую клобетазола пропионат (0,5 мг в 1 г). 21 больному (группа сравнения) применяли наружно 2 раза в сутки мазь, содержащую бетаметазона валерат (0,1 мг в 1 г).

Результаты исследования

К концу первого дня терапии все пациенты в обеих группах отметили некоторое снижение зуда в очагах поражения. Через 3 дня в основной группе, через 5 дней в группе сравнения отмечено выраженное снижение зуда. Во время терапии свежие очаги поражения у пациентов основной группы не возникали, в группе сравнения во время первой недели лечения у 4 больных наблюдалось появление све-

жих очагов. К 21-му дню терапии в основной группе, к 24-му дню в группе сравнения очаги поражения значительно уплостились, исчезли субъективные ощущения.

Не было достоверных изменений в показателях общего и биохимического анализа крови, анализа мочи под влиянием терапии ни у одного пациента в основной и контрольной группах.

Заключение

Таким образом, проведенные нами наблюдения подтверждают целесообразность выбора для терапии красного плоского лишая топических глюкокортикостероидов очень высокой степени активности.

Полученные результаты позволяют рекомендовать применение клобетазола пропионата в комплексной терапии красного плоского лишая.

Литература

1. Дерматовенерология, 2008 /под ред. А. А. Кубановой. (Клинические рекомендации/Российское общество дерматовенерологов). М.: ДЭКС-Пресс, 2008; 368.
2. Carrozzo M., Thorpe R. Oral lichen planus: a review. *Minerva Stomatol* 2009; (58): 519—537.
3. Delavarian Z., Javadzadeh-Bolouri A. et al. The evaluation of psychiatric drug therapy on oral lichen planus patients with psychiatric disorders. *Med Oral Pathol. Oral Cir Bucal* 2010; (15): 322—327.
4. Pokupec J. S., Gruden V., Gruden V. Jr. Lichen ruber planus as a psychiatric problem. *Psychiatr. Danub* 2009; (21): 514—516.
5. Walton K. E., Bowers E. V., Drolet B. A., Holland K. E. Childhood lichen planus: demographics of a U. S. population. *Pediatr Dermatol* 2010; (27): 34—38.
6. Feldman S. R. Effectiveness of clobetasol propionate spray 0.05% added to other stable treatments: add-on therapy in the COBRA trial *Cutis* 2007; (80,5 Suppl): 20—28.
7. Feldman S. R., Koo J. Y., Johnson L. A., Preston N. J. Clobetasol propionate spray 0.05% add-on therapy to a stable regimen of biologic treatment in patients with moderate to very severe plaque psoriasis. *Cutis* 2009; (84,4 Suppl.): 25—32.
8. Kimball A. B., Gold M. H., Zib B., Davis M. W. Clobetasol 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; (59): 448—454.
9. Menter A., Abramovits W., Colón L. E. et al. Comparing clobetasol propionate 0.05% spray to calcipotriene 0.005% betamethasone dipropionate 0.064% ointment for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis. *J Drugs Dermatol* 2009; (8): 52—57.
10. Gonzalez-Moles M. A., Morales P., Rodriguez-Archilla A. et al. Treatment of severe chronic oral erosive lesions with clobetasol propionate in aqueous solution. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endocr* 2002; (93): 264—70.
11. Lo Muzio L., della Valle A., Mignogna M. D. et al. The treatment of oral aphthous ulceration or erosive lichen planus with topical clobetasol propionate in three preparations: a clinical and pilot study on 54 patients. *J Oral Pathol Med* 2001; (30): 611—617.