

УДК 616.521+616.517-036.12-08-031.84

Г.К. АСКАРОВА, Б.М. МУКАНОВ, С.А. ИСАКОВ

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,

Алматинский областной кожно-венерологический диспансер

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Изучена терапевтическая эффективность препарата Момат (мазь, крем, лосьон) у 45 больных, в том числе у 15 больных атопическим дерматитом, у 12 больных экземой и 18 больных псориазом. Установлена высокая эффективность препарата: у 67,9% больных достигнуто значительное улучшение и у 32,1% – клиническое улучшение. У больных оценивали эффективность препарата по степени выраженности клинических симптомов заболевания в баллах до лечения и в динамике лечения. Побочных реакций и осложнений при сроках лечения до 3 недель не отмечено. Безопасность и высокая терапевтическая эффективность препарата Момат дают основание рекомендовать его для широкого применения в практике.

Ключевые слова: атопический дерматит, псориаз, экзема, мазь и крем Момат, лечение.

Как известно, постоянные воздействия внутренних и внешних факторов, которым подвергается наш организм, могут способствовать возникновению дерматозов. И очень часто хронический дерматоз возникает у людей с чувствительной или сухой кожей. К наиболее распространенным хроническим дерматозам относятся: атопический дерматит, псориаз и экзема.

Так, к примеру, атопический дерматит – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, составляет в общей структуре дерматологической заболеваемости экономически развитых стран от 10 до 30% среди взрослых и детей и демонстрирует устойчивую тенденцию данного показателя к дальнейшему росту. При этом многими зарубежными исследователями подчеркивается значимость нарушений кожного барьера в патогенезе данного заболевания, конкретизируются механизмы наблюдаемых при атопическом дерматите повреждений водно-липидной мантии и липидного барьера рогового слоя кожи. За последние десятилетия достигнуты определенные успехи в изучении этиологии и патогенеза атопического дерматита, однако лечение этого дерматоза и сегодня представляет сложную задачу [1].

Экзема – воспалительное острое или хроническое заболевание кожи аллергической природы, склонное к рецидивам, имеет место в разных возрастных группах и достигает до 30-50% всех алергодерматозов [2].

Псориаз – неинфекционное, мультифакториальное заболевание – также представляет собой хроническое заболевание кожи. По данным ВОЗ (Женева, 1996) псориазом болеют около 2,5% населения планеты, а по материалам других авторов этот показатель составляет 1-5% [3].

Как правило, течение этих хронических дерматозов характеризуется эпизодами обострений или персистирующими подострыми формами, которые сопровождаются явлениями эритемы и ксероза. Состояния, характеризующиеся воспалительной эритемой, – это простые контактные дерматиты, контактный аллергический дерматит – также очень часто встречаются в практике врача-дерматолога.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с различными формами хронических дерматозов, а также увеличение как частоты заболеваемости, так и числа случаев тяжелого течения болезней. Существующие методы лечения и профилактики недостаточно эффективны, не всегда используются комплексные подходы в лечении больных дерматологами, аллергологами, физиотерапевтами и другими специалистами, отсутствует единая система мероприятий по профилактике этих заболеваний [4, 5].

Проблема лечения хронически протекающих дерматозов в настоящее время приобретает особую научно-практическую и социальную значимость в связи с увеличением числа больных, их социальной дезадаптацией, резистентностью отдельных клинических форм к терапии [5].

В то же время во всех этих случаях наружная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения, а иногда и единственной процедурой. Для решения проблемы лечения хронически протекающих дерматозов в последние годы предложено множество различных методов, однако в ряде случаев все же достичь ремиссии не удается. Местная терапия, как правило, проводится с учетом возраста пациента, периода и тяжести заболевания, остроты воспалительной реакции, распространенности поражения и сопутствующих заболеваний. Сегодня в арсенале врача-дерматолога имеется значительное количество средств наружной терапии, способных поддержать комфортное состояние кожи в условиях воздействия многочисленных экологических и профессиональных факторов, вызывающих эритематозно-сквамозные состояния.

Появление кортикостероидов, цитостатиков, антибиотиков, эффективных антигистаминных препаратов нового поколения значительно расширило возможности реабилитации больных и изменило прогноз при многих заболеваниях кожи. Однако лечение пациентов с тяжелыми, торпидными формами дерматозов трудно представить без применения наружных лекарственных средств, в состав которых входят глюкокортикостероидные средства (ГКС). Терапевтический эффект наружных ГКС обусловлен их противовоспалительным, сосудосуживающим, антиаллергическим и антипролиферативным действиями [5]. Однако отношение к наружному использованию кортикостероидных препаратов в практической деятельности врача-дерматовенеролога не однозначно. Врач-дерматовенеролог сталкивается с явлением «кортикофобии» у пациентов, которая связана, прежде всего, с возникновением побочных эффектов от неправильного применения топических стероидных препаратов, что, в свою очередь, связано с наличием в химической структуре атомов фтора.

В настоящее время современные наружные средства в зависимости от химической структуры входящих в их состав кортикостероидов делят на нефторированные, фторированные и дважды фторированные, а по выраженности терапевтического эффекта их оценивают как слабые, умеренные, сильные и очень сильные. Нефторированные кортикостероидные препараты наружного действия по сравнению с фторированными, как

правило, менее эффективны, но и более безопасны в отношении возможных побочных реакций и осложнений, которые возникают у больных во время кортикостероидной терапии [4, 5]. В последние годы в медицинскую практику внедряются новые, синтетически полученные кортикостероиды, которые не содержат фтора, но при этом сохраняют высокую терапевтическую активность. В этом плане необходимо помнить, что правильный выбор средств, применяемых для местного лечения, зависит от знания и опыта врача. Современные условия диктуют разумный подход к назначению лекарственных средств. Препараты должны отвечать в первую очередь требованиям безопасности, удобства в применении, эффективностью в использовании. Таким образом, при местном использовании стероидсодержащих мазей должна достигаться главная терапевтическая цель – купирование зуда, уменьшение воспалительных явлений в коже.

К числу таких препаратов, удовлетворяющим этим требованиям, относится препарат (крем, мазь) Момат (0,1% мометазона фуруоат, Glenmark Pharmaceuticals LTD). В состав препарата в концентрации 0,1% входит действующее вещество – мометазона фуруоат. Включение в молекулу кортикостероида фуруоатного кольца придает препарату ряд положительных качеств. По сравнению с другими, не содержащими фтор наружными кортикостероидами он обладает высокой терапевтической активностью и, по результатам клинических испытаний, отнесен к классу сильнодействующих препаратов. Мометазона фуруоат, который является мощным ингибитором провоспалительных цитокинов, обладает выраженной противовоспалительной активностью, обеспечивает пролонгированное действие препарата, которое сохраняется на месте аппликации в течение 25-30 ч. Это качество позволяет применять препарат Момат однократно в день [5].

В отечественной литературе сведения о результатах лечения больных дерматозами Моматом ограничиваются единичной публикацией и то лишь при атопическом дерматите, нет данных о применении этого препарата при псориазе и экземе, и тем более нет данных о применении в нашей республике, что и послужило предметом данного исследования. В настоящем сообщении оценивается терапевтическая эффективность комплексного лечения больных атопическим дерматитом, экземой и псориазом с применением крема и мази Момат.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности противовоспалительного топического кортикостероида – Момат (мометазона фуруоат) в лечении хронических дерматозов.

Материал и методы

Исследование проводилось на клинической базе кафедры Алматинского областного кожно-венерологического диспансера. Под наблюдением находилось 45 пациентов (23 мужчины и 22 женщины), страдающих хроническим дерматозом, в возрасте от 17 до 69 лет. Среди них больных атопическим дерматитом было 15 пациентов, 18 больных бляшечным ограниченным и распространенным псориазом и 12 больных с хронической экземой. Согласно утвержденному протоколу исследования в разработку не включались пациенты младше 2-х лет, а также пациенты, получающие системную (глюкокортикостероидами, цитостатиками и др.) и местную топическую терапию, а также увлажняющими местными средствами менее чем за 7 дней до момента включения в исследование. На каждого больного заполнялся унифицированный протокол исследования, в котором оценивалась динамика кожного про-

цесса в ходе лечения. Так же в них отмечали сведения об анамнезе заболевания, особенностях его течения (длительность заболевания, количество обострений в год, длительность обострений, провоцирующие факторы и др.), о предшествующем лечении хронического дерматоза за последний год, сопутствующих заболеваниях, переносимости исследуемых препаратов, побочных эффектах.

Симптомы атопического дерматита, экземы, псориаза (эритема, зуд, папулы, шелушение (сухость), инфильтрация, корочки или мокнущие очаги воспаления) оценивалась до проведения лечения и затем каждые 7 дней в течение 14 дней, в баллах: отсутствие – 0 баллов; невыраженные – 1 балл; умеренные – 2 балла; тяжёлые – 3 балла.

Средства Момат (мазь, крем) назначались больным с хроническими дерматозами дифференцированно, с учетом остроты, характера и локализации кожного процесса, длительности заболевания, возраста пациентов, а также характера предшествующей терапии. Препараты применялись 1 раз в день в течение 14 дней, на фоне комплексного лечения, включающего антигистаминные препараты и десенсибилизирующие средства. Мазь наносили тонким слоем, слегка втирая, на пораженные участки кожи туловища и конечностей в местах с выраженной инфильтрацией, сухостью при хроническом течении процесса, крем – на область лица и шеи при остром или подостром воспалении с явлениями мокнутия, эритемы. Методы мониторинга динамики клинических проявлений на фоне проводимой терапии включали клиническое наблюдение за пациентами и оценку вышеобозначенных основных симптомов заболеваний по разработанным протоколам до лечения, на 7 и 14 сутки лечения. На 14 сутки лечения, в дополнение к оценке симптомов хронических дерматозов, оценивалась эффективность терапии в целом и переносимость препарата. Эффективность терапии оценивалась как значительное улучшение – невыраженные симптомы хронических дерматозов; улучшение – умеренные симптомы хронических дерматозов; отсутствие эффекта – выраженные симптомы хронических дерматозов. Переносимость препаратов оценивалась как очень хорошая, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием программы Excel.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения (n=45)

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	экзема (n=12)	псориаз (n=18)	все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов
Эритема	29	20	4	53
Зуд	38	24	3	65
Папулы	30	22	35	87
Шелушение (сухость)	26	5	33	64
Инфильтрация	30	23	36	89
Корочки или мокнущие очаги воспаления	1	19	2	22
Итого	154	113	113	380

Таблица 2 – Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения (n=45)

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	экзема (n=12)	псориаз (n=18)	все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов
Эритема	15	5	2	22
Зуд	20	12	1	33
Папулы	13	10	17	40
Шелушение (сухость)	9	3	15	27
Инфильтрация	14	12	13	39
Корочки или мокнущие очаги воспаления	–	9	–	9
Итого	71	51	48	170

Таблица 3 – Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения (n=45)

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	экзема (n=12)	псориаз (n=18)	все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов
Эритема	3	0	0	3
Зуд	7	9	0	16
Папулы	4	3	7	14
Шелушение (сухость)	4	2	8	14
Инфильтрация	12	8	9	29
Корочки или мокнущие очаги воспаления	–	4	–	4
Итого	30	26	24	80

Таблица 4 – Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения (n=45)

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	экзема (n=12)	псориаз (n=18)	все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов
Эритема	0	0	0	0
Зуд	0	1	0	1
Папулы	0	0	0	0
Шелушение (сухость)	2	0	1	3
Инфильтрация	0			0
Корочки или мокнущие очаги воспаления	0	0	0	0
Итого	2	1	1	4

Результаты и обсуждение

Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов рассматриваемых дерматозов до лечения представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, между группами больных с экземой и псориазом степень выраженности клинических проявлений до начала лечения разница была одинаковой, сумма баллов в каждой из этих групп больных составила 113. Важно подчеркнуть, что папулы и инфильтрация являлись основными симптомами заболевания (сумма баллов данных основных симптомов составила: 22 и 35, 23 и 36, соответственно), что еще больше свидетельствует о хроническом процессе этих дерматозов.

Сравнительная характеристика клинической выраженности рассматриваемых дерматозов на 7 сутки лечения представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, уже на 7 сутки лечения, т.е. через неделю лечения мазью и кремом Момат, соответственно, отмечалось достоверное улучшение клинических проявлений заболевания (p<0,05). Если до начала лечения суммарная оценка клинической выраженности заболевания во всех группах больных составляла 380 баллов, то через неделю выраженности проявлений основных симптомов заболеваний, представленных в баллах, снизилась до 170 баллов (p<0,05).

Сравнительная характеристика клинической выраженности дерматозов на 14 сутки лечения представлена в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, на 14 день лечения отмечается дальнейшее улучшение выраженности симптоматики заболевания. Практически исчезли такие проявления, как эритема, зуд, корочки, уплостились папулы и другие важные проявления данного заболевания. Если в начале заболевания суммарная оценка симптоматики, представленной в баллах, составила 380 баллов, то на 3-м визите – 80 баллов.

Сравнительная характеристика клинической выраженности рассматриваемых дерматозов на 21 сутки лечения представлена в таблице 4.

Последующий анализ динамики клинических симптомов показал, что к концу лечения, т.е. на 21-й день лечения, каких-либо клинических проявлений практически не наблюдалось, а суммарная оценка составила 4 балла. Эффективность лечения в группах больных составила следующее: значительное улучшение (невыраженные симптомы заболеваний) в группе больных экземой и псориазом – 31,1% и у 36,8% больных, соответственно, то есть 67,9% в целом; улучшение (умеренно выраженные симптомы) было у 32,1% больных с атопическим дерматитом. Переносимость лечения мазью и кремом Момат в целом была хорошая, побочных явлений, в том числе аллергических реакций, не наблюдалось.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования по изучению эффективности крема, мази Момат отмечены хорошая клиническая эффективность и переносимость препарата.

Рациональная терапия препаратом Момат больных с хроническими дерматозами позволяет добиться клинической эффективности и, тем самым, значительно улучшить качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кубанова А.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. – Москва, 2007. – С. 13-23
- 2 Гребенюк В.Н., Торопова Н.П., Кулагин В.И. Российский съезд дерматологов и венерологов. – Казань, 1996. – С. 4-5
- 3 Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. – Москва, 2009. – С. 78-83
- 4 Шахтмейстер И.Я., Шимановский Н.Л. Проблемы совершенствования фармакотерапии воспалительных и аллергических дерматозов с помощью наружных лекарственных средств глюкокортикоидной природы // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – №2. – С. 27-30
- 5 Catz H.J., Prawer S.E., Watson M.J. et al. Mometasone furoate ointment 0,1% in psoriasis // J. Dermat., 2003, 28, 342-345

Т Ў Ж Ы Р Ы М

**Г.К. АСҚАРОВА, Б.М. МҰКАНОВ,
С.А. ИСАКОВ**

УДК 616.28-002-085:615.33

Б.С. АЛИМОВ

Городская поликлиника №17, г. Алматы

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОТИТА

Среди общего числа лиц с патологией ЛОР–органов острый средний отит (ОСО) диагностируется в 20–30% случаев. Течение острого отита в одних случаях легкое, в других – тяжелое и затяжное с переходом в хроническую форму. В данной статье будет идти речь не только о наружном и среднем отите, но и об остром и хроническом процессах в этих отделах уха, а также антибиотикотерапия в лечении острого и хронического отита.

Ключевые слова: острый и хронический отит, антибиотики, рациональная терапия.

К сожалению, в настоящее время наряду с успехами фармакотерапии в обществе произошли такие социальные изменения, которые во многом снижают эффективность применения новейших препаратов, способных не только сократить длительность острого заболевания уха, но и предупредить переход его в подострый и хронический процесс. Имеется в виду прежде всего отсутствие прежней возможности проведения всеобщей диспансеризации больных с заболеваниями уха.

Снижение уровня благосостояния населения, качества жизни, рост инфекционных заболеваний существенно затрудняют оказание соответствующей помощи больным с воспалением среднего уха, особенно хроническим.

Микробиологическая диагностика средних отитов основана на бактериологическом исследовании содержимого среднего уха, полученного при парацентезе или тимпанопункции. Исследования, проведенные в России, США, Европе и Японии, показали, что самым распространенным возбудителем ОСО является *S. pneumoniae*, на втором месте – нетипируемые штаммы *H. influenzae*, на третьем месте – *M. catarrhalis*. Менее чем 10% ОСО вызываются другими микроорганизмами, например,

Алматы Мемлекеттік дәрігерлердің білімін жетілдіру институты,
Алматы облыстық тері-венерологиялық диспансері

СОЗЫЛМАЛЫ ДЕРМАТОЗДАРДЫҢ СЫРТҚЫ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ЖАҢА МҮМКІНДІКТЕРІ

Осылайша, Момат кремнің, жақпасының тиімділігін зерттеу бойынша жүргізілген зерттеудің нәтижесінде жақсы клиникалық тиімділік және препаратқа тезу қабілеттілігі байқалды. Момат препаратын пайдаланып, созылмалы дерматозбен ауыратын науқастарға жүргізілген ұтымды терапия, клиникалық тиімділікке қол жеткізуге мүмкіндік береді және осы арқылы өмір сапасын айтарлықтай жақсартады.

S U M M A R Y

**G.K. ASKAROV, B.M. MUKANOV,
S.A. ISAKOV**

Almaty State Institute of Advanced Medical
Almaty Regional Skin and Venereal
Diseases Dispensary

NEW OPPORTUNITIES OF THE EXTERNAL THERAPY OF CHRONIC DERMATOSES

As a results of a study on the cream and ointment Momat effectiveness the good clinical efficacy and tolerability were demonstrated. Rational drug therapy of patients with chronic dermatoses with Momat preparation achieves clinical efficacy and, thus, significantly improve the quality of life.

стрептококками группы А и *S. aureus*. Неясно значение вирусов, которые при некоторых исследованиях выделяют как единственный возбудитель в 6% случаев. В последнее время появились первые сообщения о выделении *Chlamydia pneumoniae*. Этиология ОСО не может быть установлена по клинической картине, однако следует отметить, что пневмококковый ОСО обычно протекает тяжелее, чаще приводит к развитию осложнений и не склонен к саморазрешению.

Острый средний отит является заболеванием с достаточно четко выраженной стадийностью течения. Большинство авторов выделяют 3 стадии (фазы): катаральную, гнойную и репаративную. Антибиотики при остром среднем отите необходимо назначать в случаях, когда принимаемые меры (анемизация слизистой оболочки полости носа, носоглотки; согревающий компресс на область сосцевидного отростка; анальгетики и пр.) не купируют процесса – продолжается боль в ухе, снижается слух, держится повышенная температура тела, ухудшается общее состояние больного. Обычно острый средний катаральный отит при благоприятном течении заканчивается к 4–5-му дню. После возникновения перфорации или создания ее искусственным путем