

УДК 616.5-002:615.454.1-085

Ж.А. СЫЗДЫКОВА

Медицинская компания «Сункар», г. Алматы

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

В статье представлены результаты ведения больных с atopическим дерматитом с применением топических средств – мометазон, пимекролимус. Терапию получали 40 человек, наблюдение проводилось в течение 5 месяцев. Проведенное лечение показывает высокую эффективность препаратов, а также их хорошую переносимость у лиц с atopическим дерматитом.

Ключевые слова: atopический дерматит, мометазон и пимекролимус.

Атопический дерматит (АД) – это мультифакториальное кожное заболевание, характеризующееся зудящими папулезными, везикулезными высыпаниями, развивающееся у пациентов с наследственной гиперчувствительностью. В основе заболевания лежит передаваемая по наследству гиперчувствительность Ig E-типа к различным аэро-, пищевым, лекарственным и другим аллергенам (цитрусы, ананасы, бананы, пищевые белковые аллергены, содержащиеся в таких продуктах, как рыба, молоко, птица, икра, злаковые аллергены риса, пшеницы, кукурузы, аллергены некоторых ягод, фруктов, таких как земляника, черная смородина, малина, виноград, персики, абрикосы, а также домашние пылевые клещи, плесень, пыльца растений, перхоть человека и домашних животных) [1].

Очень часто данная патология выявляется у ближайших родственников больных с atopическим дерматитом (родители, сестры, братья и т.д.). К факторам, обостряющим течение заболевания, помимо собственных аллергенов относятся гормональные дисфункции, стрессы, повышенное потоотделение, влажный климат [4].

Диагностика atopического дерматита основывается на данных анамнеза (начало болезни с рождения, непереносимость конкретного аллергена, наличие atopических заболеваний у родственников), характерной клинической картине (интенсивный зуд, белый дермографизм, кожные высыпания – эритематозно-везикулезные, папулезные); эозинофилии в ОАК, высокого содержания в сыворотке Ig класса E [2].

Последние годы наблюдается увеличение частоты заболеваний atopического дерматита, о чем, в частности, свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, проведенных в США, Европе и Японии [3].

В данном исследовании участвовали 40 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Средний возраст пациентов составил 23 года. Среди них: в стадии лихенификации – 95% (38 человек); с явлениями экссудации – 5% (2 человека).

Ограниченная форма – 70% (28 человек), с распространенным кожным процессом – 30% (12 человек).

При сборе анамнеза выяснены следующие данные:

Средняя длительность заболевания 5-7 лет

Причины обострения: стресс – 60% (24 человека), погрешность в диете – 30% (12 человек), другое 10% (4 человека).

Сопутствующие аллергические состояния 12% (5 человек).

Отягощенная наследственность (явления atopии, полиаллергии) у 20% (8 человек).

При обследовании в анализах у пациентов были выявлены следующие результаты:

ОАК

• Показатели в пределах нормы – 21 человек (52%).

• С признаками эозинофилии – 8 человек (20%)

Другие нарушения (анемия, повышение СОЭ и т.д.) – 11 человек (27%).

Копрограмма

Показатели в пределах нормы – 32 человека (80%).

Явления дисбактериоза (обнаружение дрожжей и т.д.) – 7 человек (17%).

Обнаружение Enter. Vermicularis (энтеробиоз) – 1 человек (2%).

ИФА на гельминты

Положительный результат на лямблиоз Ig G (ранее не леченный) – 3 человека (7%).

УЗИ брюшной полости

– диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы, явления хронического холецистита, панкреатита, застой желчи – 32 человека (80%).

Кровь на сахар

– показатель в пределах нормы – 100% (40 человек).

Печеночные пробы

АЛАТ, АСАТ, общий билирубин, тимоловая проба, ГГТП, альфа-амилаза крови – отклонения от нормы 2 человека (5%).

Больным было проведено комплексное лечение:

• Гипоаллергенная диета

• Сорбенты (сметта, адсорбикс)

• Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, фенистил, лоратал)

• Гипосенсибилизирующая терапия (10% р-р натрия тиосульфата внутрь, в/венно)

• Препараты для нормализации желудочно-кишечной флоры (линекс, ферталь, хилак форте).

Местно: смягчающие средства (бепантен, крахмальные ванны); мометазон, пимекролимус.

Из местной терапии получали: в острый период заболевания мометазон 1-2 раза в день; в среднем 3-5 дней, затем пимекролимус до 2-3 недель. На фоне проводимого лечения у 95% (38 человек) отмечался стойкий положительный эффект у 5% (2 человека), кожные элементы сохранялись. Резюмируя вышеуказанные данные, приходим к выводу, что мометазон и пимекролимус являются безопасными эффективными препаратами при лечении atopического дерматита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Самцов А.В., Барбинова В.В. Кожные и венерические болезни. 2002. – С. 223-227

2 Скрипкин Ю.В., Мордовцева В.Н. Кожные и венерические болезни. 1999, том 2. – С. 399-401

3 Хэбиф Т.П. Кожные болезни. Диагностика и лечение. 2006. – С.98-103

4 Емельянов В.В. Ингибиторы кальциневрина в терапии atopического дерматита. Журнал «Вопросы дерматологии и венерологии». № 1-2, 2010. – С. 38

Т Ў Ж Ы Р Ы М

Ж.А. СЫЗДЫКОВА

«Сункар» медициналық компаниясы, Алматы қ.

АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТТЫҢ ТОПИЯЛЫҚ ЕМІ

Алматы қаласының Сұнкар емдеу-диагностикалық

орталығында қараша 2011- мамыр 2012 жылдар аралығында дәрігер дерматолог қабылдауында 40 адам, оның ішінде 18 жастан 45 жас аралығында атопиялық дерматит диагнозы қойылды. Оларға жиынтықты еммен бірге өшу кезеңінде мометазон жақпа майы 4-5 күн қолданды, әрі қарай емі басқа топиялық жақта маймен жалғастырылды – пимекролимус.

Емдеу қотындысы бойынша көптеген науқастардың 95% оң нәтиже байқалды – ошақтар орта есеппен 4-5 тәулікте кете бастады; 38% – де тұрақты ремисия байқалды, 2 – адамды 5% кейбір жерлерінде терілік элементтер сақталды.

Мометазон, пимекролимусты науқастар жақсы қабылдады, жағымсыз әсерлері болған жоқ. Сонымен, жүргізілген зерттеу барысында мометазон мен пимекролимус препараттарымен балаларда атопиялық дерматитті емдеу оң нәтиже береді және осы нозологияда жақсы альтернативті ем бола алады.

SUMMARY

Z.A. SYZDYKOVA

«Sunkar» medical company, Almaty c.

УДК 616.53-002.25

А.Ж. СЕЙКЕТОВ

Алматинский областной кожно-венерологической диспансер

АКНЕ (УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ)

Лечение ретиноидами акне стало новым поворотным моментом. Ретиноиды (группа витамина А) – самое эффективное и современное средство лечения акне. Ретиноиды снижают образование кожного сала и предотвращают образование угрей.

Ключевые слова: кожное сало, избыток андрогенов, папулы, пустулы, комедоны, ретиноиды, наружное и пероральное применение.

Угри (акне) – это хроническое воспалительное заболевание сальных желез. Сальные железы вырабатывают кожное сало, покрывающее всю поверхность кожи (кроме ладоней и подошв). Кожное сало является защитой кожи, в том числе от грибов, вирусов и бактерий, делает ее эластичной, препятствует пересушке.

Закупорка протоков сальных желез, в результате повышенной выработки кожного сала и отмерших роговых чешуек кожи, создает условия для размножения бактерий, появлению угрей. Угри чаще появляются в местах повышенного количества сальных желез, таковыми являются лицо, грудь, спина, плечи.

Причины развития угревой болезни многочисленны.

Экзогенные причины: В основе появления угревой сыпи лежит нарушение функции сальных желез – гиперсекреция кожного сала. Это происходит под влиянием ряда внутренних и внешних причин, создающих благоприятную почву для развития акне.

1. Тестостерон и акне. Одна из самых распространенных причин угревой сыпи в подростковом периоде – гормональная перестройка организма. Активный выброс стероидных гормонов, в особенности андрогенов – мужских половых гормонов, и у девушек, и у юношей вызывает усиленную секрецию сальных желез.

2. Предменструальные акне. Уровень стероидных гормонов у женщин колеблется в течение менструального цикла и повышается в его заключительную фазу.

3. Гиперкератоз как причина появления акне. Утолщение поверхностного рогового слоя кожи – гиперкератоз может развиваться под влиянием ряда факторов: гормонального фона, дефицита витамина А.

TOPICAL THERAPY IN THE TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

40 people at the age from 18 till 45 years in the reception of dermatologist were figured out with atopic dermatitis diagnose in a base of "Sunkar" Medical-Diagnostic Center (main building), Almaty during the period of November 2011- May 2012.

There was conduct of complex treatment of most patients including local use of mometasone with short 4-5 day course in a period of exacerbation with the further move to another topical remedy – pimekrolimus. In the result of completed treatment most of patients' condition was with a positive dynamics of process. The seats was regressed with approximate for 4-5 days. 95% of patients or 38 people observed lasting recession. 5% or 2 persons were with local skin elements detected

Mometasone and pimekrolimus was endured well and without any side effects.

Hereby, completed research had been shown that combination of mometasone and pimekrolimus in a topic therapy of adult Atopic Dermatitis shows positive effect and it is a good alternative in the treatment of this nosology.

4. Заболевания желудочно-кишечного тракта как причина акне. У более чем 50% людей акне возникает на фоне гастрита, дисбактериоза, копростазы.

5. Индивидуальная микрофлора кожи как причина появления акне. В коже здорового человека присутствуют кокки, грибы, клещи и т. д. При нормальных условиях они не доставляют никаких проблем, однако нарушение равновесия в организме (гиперандрогения) приводит к их размножению и развитию воспалительных процессов.

6. Стресс как причина акне. Непосредственно сам стресс не вызывает образования угрей, однако его влияние на гормональный и иммунный статус организма способствует появлению акне.

7. Нарушения иммунной системы. Ослабление иммунитета ведет к снижению сопротивляемости организма и различным неблагоприятным воздействиям.

Эндогенные причины акне:

1. Косметика и акне: комедогенные косметические средства как причины возникновения угрей. «Провокатором» возникновения акне может служить и так называемая комедогенная косметика, т. е. закупоривающая поры и способствующая появлению прыщей: кремы, пудра, лосьоны, румяна и т. д.

2. Жара и влажный климат. Обостряют течение акне или вызывать его появление могут высокая влажность и жаркий климат. Высыпания чаще локализуются на груди, шее, спине – тех зонах, которые наиболее раздражаются потом.

3. Солнце и ультрафиолет. Ультрафиолет в умеренных дозах подсушивает и дезинфицирует прыщи, а солнечный загар выравнивает цвет кожи, маскируя, тем самым,