

УДК 616.516.5+616.521-022-085.454.1

ЦЕТРИН.**ЛЕЧЕНИЕ ЭКЗЕМЫ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА***А.В. Гаврилюк, Б.Т. Глухенький, Ю.Я. Бойко, А.Б. Глухенькая, С.Ю. Бойко*

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Ключевые слова: атопический дерматит, экзема, цетиризин.

В последние годы отмечается значительное учащение случаев выявления различных аллергодерматозов, в частности атопического дерматита (АД) и экземы. Эта тенденция наблюдается во всех возрастных группах и обусловлена рядом причин. Но, главным образом, это неблагоприятное воздействие экологических факторов. По данным литературы, в структуре всех дерматологических заболеваний аллергодерматозы составляют от 12 до 43%. АД страдает 5—30% пациентов, обратившихся к дерматологу. Удельный вес АД среди кожных болезней у детей достиг более 20%, показатель их обращаемости по поводу этого дерматоза ежегодно увеличивается. У 50% больных АД возникает в возрасте менее 6 мес, у 30% — до 5 лет. Более чем у 50% — кожные проявления АД сохраняются после полового созревания. Распространенность АД у детей в разных странах колеблется от 10 до 20%. На приеме у врача-дерматолога 35% больных детей — это пациенты, страдающие этими дерматозами.

Более 10% больных, потерявших стойкую трудоспособность, страдают экземой [1, 5].

АД — мультифакторное заболевание, которое наследуется по полигенному доминантному типу, в его этиопатогенезе отмечают сложное взаимодействие различных наследственных факторов и многочисленных — внешней среды. У больных АД выявляют так называемую атопическую аномалию конституции — генетически запрограммированную готовность организма к гиперпродукции IgE и либерации биологически активных веществ при контакте с распространенными аллергенами: особое функционирование рецепторного аппарата клетки, особое морфофункциональное состояние кожи. Суть иммунологических процессов при АД можно охарактеризовать следующими основными изменениями: снижение реактивности, проявляющейся гиперчувствительностью замедленного типа, уменьшение количества зрелых Т-лимфоцитов, особенно с супрессорной активностью, высокое значение иммунорегуляторного индекса, которое превалирует над показателями при других аллергодерматозах, увеличение IgE со своими носителями В-лимфоцитами, со сниженной функциональной активностью, что подтверждается *in vivo* [4].

Гистамин — одна из молекул, которая принимает активное участие в формировании иммунного ответа на антигенную атаку на макроорганизм. В этом процессе гистамин освобождается из тучных клеток и достигает тканевых концентраций 10^5 до 10^3 моль/л. Относительный вклад гистамина и других медиаторов воспаления частично зависит от их концентрации в пораженных тканях и так называемых органах-

мишенях, которые в данном случае представлены кожей, скорости и времени метаболического распада.

Введение в терапевтические схемы антигистаминных препаратов патогенетически и клинически обосновано. Их действие при АД и экземе заключается в конкурентном ингибировании H_1 -рецепторов, нормализации сосудистого тонуса в коже. Уменьшение периферического сопротивления, увеличивающаяся перфузия через пораженные ткани способствуют нормализации патофизиологических и метаболических процессов. Таким образом, антигистамины модифицируют клинический эффект, наблюдаемый на протяжении реакции ранней фазы, роль гистамина при этом более чем очевидна [4, 5].

Цетрин (цетиризин) является углекислотным метаболитом гидроксизина. Три важных показателя характеризуют данный препарат: высокая специфичность к H_1 -рецепторам, низкий уровень метаболизации и существование независимого от H_1 действия на клетки, вовлеченные в процесс иммунного ответа. Это вещество в малой степени связывается с серотониновыми, допаминовыми и α -адреналинергическими рецепторами. Цетиризин почти не проникает сквозь гематоэнцефалический барьер [6]. Эти качества позволяют назначать препарат больным, для которых незначительное угнетение активности ЦНС нежелательно. Для цетиризина характерна почечная элиминация — 70% препарата выводится неизменным с мочой в течение 72 часов. Период полувыведения составляет 10 часов у взрослых и 7 — у детей. При хронической почечной недостаточности он может удлиниться до 17 часов. Это позволяет назначать препарат 1 раз в сутки, что очень удобно, особенно на амбулаторном приеме. Цетиризин не ингибирует систему цитохрома P450 CYP3A4 оксигеназ смешанной функции в печени. Цетиризин блокирует кожный ответ на тромбоцит-активирующий фактор, важный медиатор хемотаксиса в поздней фазе иммунного ответа и уменьшает гистохимическое образование морфологического элемента [2].

Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов с АД и экземой. Возраст больных — от 15 до 65 лет, длительность заболевания — от 4 до 20 лет. АД был диагностирован у 17 больных (8 женщин и 9 мужчин) и представлен следующими формами: эритематосквамозная (с лихенификацией) — 8 (5 женщин и 3 мужчины), лихеноидная — 6 (3 и 3), пруригоподобная — 3 (мужчины). Экзема, которую выявили у 21 пациента (7 женщин и 14 мужчин), протекала в виде истинной экземы — 8 (4 и 4), микробной — 6 (2 и 4), микро-

генной — 5 (1 и 4) и дегенеративной экземы — у 2 пациентов.

У больных эритематосквамозной формой АД (8) кожа была поражена эритематосквамозными очагами острого и подостровоспалительного характера с наличием мелких шаровидных фолликулярных и милиарных папул. Общий покров сухой — лихенифицирован, с множеством мелкопластинчатых и отрубевидных чешуек. Поражения кожи симметричные отмечались в локтевых сгибах, на тыльных поверхностях кистей, заднебоковых поверхностях шеи и в подколенных ямках. У пациентов с лихеноидной формой АД (6) кожа в очагах поражения — эритематозная, сухая, с подчеркнутым рисунком, отеком и инфильтрацией. На фоне эритемы отмечались в небольшом количестве крупные, слегка блестящие папулы, сливающиеся в центре очага и изолированные по периферии. Папулы были покрыты мелкоотрубевидными чешуйками. У больных с мучительным зудом обнаружены линейные и точечные эксориации, очаги биопсированного зуда. Ногтевые пластинки имели отполированный вид. Кожные поражения у больных пруригоидной формой АД (3) отличались множественными изолированно расположенными плотными отечными папулами, с верхушками в виде мелких пузырьков, покрытых толстой корочкой. Сыпь была на разгибательных поверхностях конечностей, а также на ягодицах и на туловище, отмечалось большое количество эксориаций. У больных экземой при осмотре кожи в очагах поражения выявляли эритему, легкую отечность. На фоне локальной эритемы определялась полиморфная милиарная папуло-везикулярная сыпь с явлениями точечного экзосероза. Сыпь сливалась, формируя обширные симметрично расположенные эрозивные участки, покрытые большим количеством мелкопластинчатых корок, корочешуек. Кроме постоянного зуда больные жаловались на ощущения жара, холода, боли.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буянова О.В. Застосування мазі кремген у комплексному лікуванні атопічного дерматиту та мікробної екземи // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2002. — №1(4). — С. 42—43
2. Зарудий Ф.С. Гистамин и противогистаминные средства. — Уфа, 1995. — 244 с.

Всем пациентам с учетом возраста, сопутствующей патологии, пола, распространенности процесса назначали экспургаторное голодание по схеме С.Н. Богдановича, затем диету, исключающую облигатные и факультативные трофоаллергены. Местное лечение проводили в зависимости от формы, длительности дерматологических проявлений. В системную гипосенсибилизирующую терапию вводили цетрин по 1 таблетке в сутки в течение 10—14 дней.

Пациенты с АД на 2—5 сутки отмечали значительное снижение остроты воспалительного процесса, характеризующееся уменьшением эритемы, разрешением линейных и точечных эксориаций. Субъективно больные указывали на изменения характера и интенсивности зуда в сторону нормализации. На 7 — 10 сутки наблюдалось уплотнение, разрешение мелких шаровидных фолликулярных и милиарных папул, меньшее шелушение. После проведенной терапии выздоровление наступило у 12 пациентов и значительное улучшение — у 5. Во время клинического наблюдения у всех больных экземой на 5—6 сутки уменьшалась и исчезала эритема, не было отечности, нормализовались ощущения жара, холода, боли. На 7 — 8 сутки отмечали значительный регресс милиарной папуло-везикулярной сыпи. На 10—14 сутки рассасывался экзосероз, полностью отходили корки, очищались, эпителизировались эрозивные участки. При экземе клиническое выздоровление мы наблюдали у пациентов с истинной экземой — 6, микробной — 6, микогенной — 4, дегенеративной у 1, значительное улучшение у 3. Один больной с дегенеративной экземой отметил незначительное улучшение. У всех больных с АД и экземой в течение 3 мес после лечения не было обострения. Все пациенты указывали на хорошую переносимость препарата.

Применение цетрина значительно повышает эффективность и сокращает сроки лечения, оправдывает включение его в схему лечения АД и экземы.

3. Курченко А.І. Особливості імунної відповіді при атопічному дерматиті // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2002. — №1(4). — С. 13—17

4. Рыжко П.П. Применение антигистаминных препаратов в лечении различных дерматозов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2002. — №1(4). — С. 39—41.

5. Watts C. Capture and processing of exogenous antigens for presentation on MHC molecules // Rev. Immunol. — 1997. — Vol. 5. — P. 821.

**ЦЕТРИН.
ЛІКУВАННЯ ЕКЗЕМИ Й АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ****О.В. Гаврилюк, Б.Т. Глухенький, Ю.Я. Бойко, Г.Б. Глухенька, С.Ю. Бойко**

Антигістаміні препарати блокують H₁-рецептори в шкірі та запобігають патогенній дії гістаміну в алергічних реакціях. Антигістаміні препарати першого покоління долають гематоенцефалічний бар'єр і зумовлюють низку побічних ефектів. Антигістаміні препарати другого покоління мають вираженішу селективність до H₁-рецепторів, не проникають крізь гематоенцефалічний бар'єр, їхня клінічна дія триває 24 години, їх можна приймати 1 раз на добу. Одним з найефективніших препаратів другого покоління є цетрин. Його застосовували в комплексному лікуванні 21 хворого на екзему та 17 хворих на atopічний дерматит. При екземі клінічне одужання спостерігали у 17 пацієнтів і значне поліпшення здоров'я — у 3, при atopічному дерматиті відповідно — у 12 та у 5 осіб. Застосування цетрину значно підвищує ефективність та скорочує строки лікування порівняно з іншими антигістамініними препаратами.

CETRIN IN THE ECZEMA AND ATOPIC DERMATITIS TREATMENT**A.Gavrilouk, B.Gluhenkiy, U.Boyko, G.Gluhenka, S.Boyko**

Antihistamines are block H₁ receptors in the skin and prevent the pathogenic histamine action in the allergic reactions. Antihistamines of the first generation are penetrating the hematoencephal barrier and cause a row of side-effects. Antihistamines of the second generation have more expressed selections to the H₁-receptors, do not penetrate the hematoencephal barrier; their clinical activity lasts 24 hours; they can be taken 1 time per day. Cetrin is one of the most effective Antihistamines of the second generation.

It was used in a complex treatment of 24 patients with eczema and in 17 patients with atopіc dermatitis. The clinical recovery was observed in 17 patients with eczema and significant improvement of a health in 3 patients. In atopіc dermatitis, respectively 12 and 5. The cetrin application, in compare with other Antihistamines, is considerably raise the efficiency and reduces terms of treatment.