

УДК 616.5-002:616-056.3:616.521

РАЦІОНАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТОПІЧНИХ НЕГАЛОГЕНІЗОВАНИХ КОРТИКОСТЕРОЇДНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ

В.І. Степаненко, Б.Г. Коган, Л.В. Сологуб, Т.П. Коржова

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

Ключові слова: алергодерматози, негалогенізовані кортикостероїдні препарати, адвантан.

Високий рівень захворюваності на алергодерматози (екзема, atopічний дерматит, алергійний дерматит та ін.) в Україні, а також тенденція до зростання кількості їхніх тяжких клінічних форм, зокрема дисемінації шкірної висипки, зменшення тривалості терміну ремісії та низький індекс одужання хворих роблять проблему лікування алергодерматозів однією з пріоритетних у сучасній дерматології [1, 6].

Не повністю з'ясований етіопатогенез низки хронічних алергодерматозів (екземи, atopічного дерматиту), а також мінливість їхніх клінічних виявів істотно позначаються на ефективності загальноприйнятих методів лікування цих захворювань.

Нині важливе значення серед засобів терапії алергодерматозів мають кортикостероїдні (системні, топічні) препарати. Разом з тим системні кортикостероїди, що володіють достатньо потужною протиалергійною дією, одночасно можуть сприяти виникненню та розвитку небезпечних побічних ефектів [5, 8, 9, 11]. У зв'язку з цим у лікуванні хронічних алергодерматозів віддають перевагу місцевій кортикостероїдній терапії, яку можна застосовувати як самостійно, так і в комбінації [4, 3, 6, 7, 10, 12, 13].

Питання зовнішньої кортикостероїдної терапії алергійних захворювань, зокрема atopічного дерматиту і екземи в дітей, потребує особливого розгляду. Це пов'язано з тим, що дитяча шкіра перебуває в стані постійного анатомо-фізіологічного розвитку. Швидка фізіологічна зміна епідермальних шарів, пухкий роговий шар епідермісу в дітей пояснюються процесом мітотичного поділу не тільки в базальному, а і в остеоподібному та зернистому шарах [2]. Що менший вік дитини, то тонша і чутливіша до зовнішніх подразників шкіра. Цьому сприяють недосконалість і лабільність імунних процесів у дитячому організмі, а також присутність у дермі великої кількості опасистих клітин. Вони відіграють відповідну роль у розвитку алергійних реакцій сповільненого типу за рахунок виділення біологічно активних речовин. У зв'язку з цим тривале місцеве застосування глюкокортикоїдів у дітей раннього віку, а особливо в немовлят, може призводити до виникнення та розвитку системних побічних ефектів. Надто тривала, нерациональна кортикостероїдна терапія може стати причиною пригнічення глюкокортикостероїдної функції надниркових залоз, а також атрофії шкіри і підшкірної жирової клітковини, телеангіектазій, застійної гіперемії та інших порушень. Отже, враховуючи широке застосування в дитячій дерматології

місцевих кортикостероїдних препаратів, дуже важливо дотримувати найраціональнішого використання їх (адекватна кортикостероїдна терапія).

За Європейською класифікацією кортикостероїдні препарати місцевого застосування поділяються на чотири класи, залежно від потенціальної активності: слабкої дії (I клас) — гідрокортизону ацетат; середньої дії (II клас) — галогенізовані: триамценолону ацетонід (фторокорт, полькортолон), флюокортололу ацетонід (флуцинар, синафлан); сильної дії (III клас), які бувають галогенізовані — бетаметазону валерат (целестодерм), будезоніт (апулеїн), мометазону фууроат (елоком) та негалогенізовані — метилпреднізолону ацепонат (адвантан), гідрокортизону бутират (локоїд); дуже сильної дії (IV клас) — клобетазолу пропіонат (дермовейт).

На сьогодні в зовнішній терапії алергодерматозів найбільш широко застосовують кортикостероїди сильної дії (III клас), які дають змогу швидше досягти терапевтичного ефекту порівняно з відповідними препаратами слабкої і середньої потенційної активності (I і II класи). Разом з тим, призначаючи місцеві кортикостероїдні препарати всіх існуючих класів, зокрема сильної і дуже сильної дії, клініцисти не завжди враховують ступінь ризику побічної дії. Побічні ефекти у разі застосування топічних кортикостероїдів бувають місцеві (атрофія шкіри, телеангіектезії, стрії) та системні (резорбтивна дія і пригнічення системи гіпоталамус—гіпофіз—надниркові залози). Згідно з численними літературними даними ризик розвитку відповідних побічних ефектів найчастіше спостерігається у разі застосування галогенізованих фторованих топічних кортикостероїдів, рідше — галогенізованих нефторованих, і є мінімальним — при лікуванні негалогенізованими кортикостероїдними препаратами. Особливого значення ці клінічні спостереження набувають, коли йдеться про дітей, хворих на алергодерматози. Враховуючи особливості анатомічної будови дитячої шкіри, галогенізовані топічні кортикостероїди небажано призначати дітям до 2 років після народження.

Сьогодні на фармацевтичному ринку України є два негалогенізовані топічні кортикостероїди сильної дії (III клас), зокрема метилпреднізолону ацепонат (адвантан) і гідрокортизону бутират (локоїд).

Нами було проведено клінічну апробацію топічного кортикостероїду адвантан (емульсія, крем, мазь) німецької фармацевтичної фірми "Шерінг АГ" у комплексному лікуванні 43 хворих на різні алерго-

дерматози: 14 пацієнтів з atopічним дерматитом (стадія загострення), 12 — з екземою справжньою (стадія загострення з виявами мокноття), 8 — з екземою себорейною, 5 — з алергійним дерматитом, 4 — з контактним дерматитом. Вік обстежених хворих коливався від 1 року до 67.

Препарат адвантан наносили на ділянку ураженої шкіри 1 раз на день. Вибір лікарської форми препарату (емульсія, крем, мазь) залежав від характеру запального процесу на шкірі. Зокрема, при хронічному запаленні з мокноттям у хворих на екзему справжню застосовували емульсію адвантан, при atopічному дерматиті в стадії загострення та при контактному дерматиті — крем адвантан, а при екземі себорейній та алергійному дерматиті — мазь адвантан.

Результати клінічних спостережень під час проведення зовнішньої терапії негалогенізованим кортикостероїдом адвантан в обстежених хворих на алергодерматози засвідчили досить високу терапевтичну ефективність препарату. Так, у хворих на екзему справжню на 3—4-й день зникало відчуття свербіння, припинялося мокноття й істотно зменшувалися запальні явища в осередках ураження; хворі на atopічний дерматит на 3—5-й день вказували на значне послаблення або припинення відчуття свербіжжю, а об'єктивно спостерігалось зменшення виявів інфільтрації та поступовий регрес папульозної висипки і ліхенізації в осередках запалення; у пацієнтів з кон-

тактним дерматитом на 3—4-й день лікування практично зникали клінічні вияви ураження шкіри, а у хворих на себорейну екзему і алергійний дерматит істотно негативувалися клінічні вияви дерматозів.

Курс лікування з місцевим застосуванням кортикостероїдного препарату адвантан у хворих на алергодерматози, які перебували під нашим спостереженням, становив від 5 до 18 днів, що визначалося нозологією алергодерматозу, стадією і тяжкістю його перебігу, а також термінами негативації клінічних виявів в осередках ураження. Побічних та токсичних реакцій у разі застосування препарату адвантан не зареєстровано.

Проведений нами аналіз ефективності препарату адвантан при місцевій терапії алергодерматозів порівняно з ефективністю інших топічних кортикостероїдів, зокрема й препаратів слабкої та середньої дії, засвідчив: у разі застосування адвантану спостерігався більш прискорений регрес гострих та хронічних запальних шкірних виявів.

Таким чином, негалогенізований топічний кортикостероїдний препарат сильної дії (III класу) адвантан є препаратом вибору в зовнішній терапії алергодерматозів (atopічний дерматит, екзема, себорейний дерматит та ін.). Особливо раціональним є застосування адвантану при гострих та хронічних алергодерматозах у дітей, що пояснюється мінімальним ризиком можливості виникнення і розвитку побічних ефектів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Глухенький Б.Т., Грандо С.А. Иммунозависимые дерматозы: экзема, atopіческий дерматит, истинная пузырчатка, пемфигоиды. — К.: Здоров'я, 1990. — 478 с.
2. Гребенюк В.Н., Балаболкин И.И. // Педиатрия. — 1988. — № 5. — С. 88—91.
3. Козин М.В. Наружная фармакотерапия дерматозов. — Минск: Вышэйшая шк., 1997. — 80 с.
4. Комисаренко В.П., Мищенко А.Г., Тронько Н.Д. Молекулярные механизмы действия стероидных гормонов. — К.: Здоров'я, 1986. — 192 с.
5. Корнева Е.А., Шхинец Э.К. Гормоны и иммунная система. — Л.: Наука, 1988. — 251 с.
6. Кулага В.В., Романенко И.М. Лечение болезней кожи. — К.: Здоров'я, 1997. — 256 с.
7. Кутасевич Я.Ф., Ляпунов Н.А. Состояние и перспективы местной терапии в дерматологии на современном этапе // Журн. дерматол. и венерол. — 1997. — № 4. — С. 12—17.

8. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Глюкокортикоидные препараты. — Смоленск, 1997. — 64 с.
9. Хапилова В.И., Чистякова И.А., Авербах Е.В. Применение кортикостероидных гормонов в дерматологии. Сообщение I: Системное применение кортикостероидов // Вестн. дерматол. и венерол. — 1996. — № 5. — С. 16—18.
10. Чистякова И.А., Хапилова В.И., Авербах Е.В. Применение кортикостероидных гормонов в дерматологии. Сообщение II: Топическое применение кортикостероидов // Вестн. дерматол. и венерол. — 1996. — № 4. — С. 58—61.
11. Bailey J.M. New mechanism for effects of anti-inflammatory glucocorticosteroids // Biofactors. — 1992. — Vol. 3. — P. 97—102.
12. Katz H.I. Topical corticosteroids // Dermatol. Clin. — 1995. — Vol. 13. — P. 805—815.
13. Lauker R.M., Schecher N.M. Cutaneous mast cell depletion results from topical corticosteroid usage // J. Immunol. — 1985. — Vol. 135. — P. 2368—2373.

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКИХ НЕГАЛОГЕНИЗИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

В.И. Степаненко, Б.Г. Коган, Л.В. Сологуб, Т.П. Коржова

Обосновывается рациональность выбора топических негалогенизированных кортикостероидных препаратов в лечении алергодерматозов, а также лекарственной формы препарата адвантан (емульсия, крем, мазь) в зависимости от активности воспалительного процесса и характера клинического течения алергодерматозов.

THE RATIONALITY OF THE TOPICAL NON-HALOGENIZED MEDICINES USING IN ALLERGIC DERMATOSIS TREATMENT

V.J. Stepanenko, E.G. Kogan, L.V. Sologub, T.P. Korzhova

The rationality of the adventon medicinal using (emulsion, cream, unguent) depending from the inflammatory process activity and allergodermatoses clinical flowing.