

**“ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКЗЕМЫ”**

*Шакирова А.Т., Сальякаева А.Д., Койбагарова А.А.  
КГМА им. И.К. Ахунбаева, КРСУ,  
МВИИМ, Бишкек*

**“GLUCOCORTICOSTEROIDS IN THE LOCAL TREATMENT OF ECZEMA”**

*Shakirova A.T., Salyakaeva A.D., Koibagarova A.A.  
I.K. Akhunbaev KSMA, KRSU,  
ISM, Bishkek*

**АННОТАЦИЯ**

В статье дана информация о местном лечении экземы, в частности, использовании гормональных мазей. Описана классификация топических ГКС, их действие, показания. Даны рекомендации по правильному применению мазей в лечении экземы.

**ANNOTATION**

The article provides information about the local treatment of eczema, in particular, the use of hormonal ointments. The classification of topical corticosteroids, their action, indications are described. Recommendations on the correct use of ointments in the treatment of eczema are given.

**Ключевые слова:** экзема, глюкокортикостероиды, местное лечение, активность, мокнутие.

**Key words:** eczema, glucocorticosteroids, topical treatment, activity, oozing.

**Экзема** – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, также вызываемое различными эндогенными и экзогенными факторами.

Название «экзема» произошло от греческого слова «экзео», означающего «вскипать», что связано со сходством экзематозных высыпаний с пузырьками кипящей воды.

Экзема составляет 40-45% всех кожных заболеваний. По данным разных авторов, заболеваемость колеблется от 6,0 до 15,0 на 1000 населения. Их регистрируют во всех странах и у представителей всех рас с одинаковой частотой у мужчин и женщин, однако себорейная экзема встречается чаще у лиц мужского пола. Заболевания могут возникать как в раннем детском возрасте, так и у лиц пожилого возраста.

Лечение экземы проводят комплексно, с учетом формы и стадии заболевания, степени выраженности процесса, эндогенных и экзогенных факторов, лежащих в основе развития болезни [7, 12, 18, 23, 24]. Терапию экземы начинают с ограничения контактов с выявленными и потенциальными аллергенами и раздражителями. При всех формах экземы назначают общую гипосенсибилизирующую терапию, включающую антигистаминные препараты. Основными целями лечения являются предотвращение прогрессирования заболевания, уменьшение зуда, разрешение высыпаний, профилактика рецидивов [21].

Особое место в комплексном лечении микробной экземы занимает наружная терапия. Местное лечение определяется клинической картиной экземы. Наружная терапия проводится длительно и поэтапно, причем на разных стадиях используют различные лекарственные формы. Неизменным остается принцип местной терапии: «на мокрое – мокрое, на сухое – сухое» и «раздраженное не раздражать». Традиционно применяют примочки, влажно-высыхающие

повязки. В связи с этим в стадии мокнутия применяются примочки, влажно-высыхающие повязки из антисептических и вяжущих растворов, аэрозоли с кортикостероидами для подавления признаков острого воспаления – гиперемии, отека, экссудации, зуда и болезненности [7, 11].

При обильном мокнутии, которое встречается обычно при истинной экземе (острой или обострении подострой и хронической), назначают примочки или влажно-высыхающие повязки из антисептических растворов, а при необильном, но упорном мокнутии – из вяжущих растворов.

К антисептическим относятся растворы борной кислоты (Sol. ac. borici 1%, 2% и 3%), риванола (Sol. rivanoli 1:1000–1:4000), резорцина (Sol. resorcinii 1–2%), фурацилина (Sol. furacilini 1:5000), марганцовокислого калия (Sol. Kalii hypermanganici 1:5000). Последний раствор обладает к тому же дезодорирующим свойством. Раствор резорцина выписывают в темном флаконе, т. к. на свету резорцин быстро разлагается. Группу вяжущих растворов составляют свинцовая вода (Aq. plumbi), боровская жидкость (Liq. Burovi; Liq. aluminii aceticii 1–2 ст. ложки на 1 стакан воды), раствор ляписа (Sol. Argenti nitrici 0,1–0,25%), гулярдова вода (Ac. borici 6,0; Sp. aethylici 4,0; Aq. plumbi 200,0). Раствор ляписа, как и раствор резорцина, следует выписывать в темном флаконе. Выбирая раствор для примочки или влажно-высыхающей повязки, необходимо учитывать следующие факторы. При осложнении, вызванном импетигнизацией процесса, показаны антисептические растворы, в первую очередь риванола и фурацилина. В случаях, сопровождающихся сильным зудом, хороший эффект дает гулярдова вода. При мокнущих формах микробной экземы и дисгидротической экземе показаны растворы более крепких концентраций: Sol. ac. borici 3%; Sol. resorcinii 3%; Sol. rivanoli 1:1000 и др. Для примочек пожилым и

ослабленным больным используют растворы слабых концентраций, т. к. крепкие могут вызывать у них жжение и болезненность. Иногда подобные больные плохо переносят и слабые концентрации. В таких случаях применяют примочки из различных растительных настоев: шалфея, ромашки, череды, чая и др. Что касается вяжущих средств, то обычно их назначают вслед за антисептическими растворами, когда в значительной степени стихли явления воспаления, однако продолжает держаться хотя и не обильное, но упорное мокнутие. Наложение примочек из крепких растворов вяжущих средств на обширные очаги мокнутия с выраженными явлениями воспаления может привести к обострению и распространению процесса, что объясняется образованием пленки, препятствующей оттоку серозной жидкости и, следовательно, способствующей ее всасыванию (аутосенсбилизация). Особенно опасны в этом отношении настой коры дуба и раствор танина. При угасании мокнутия назначают кремы и последовательно мази, содержащие кортикостероидные гормоны. При хронической экземе вне обострений лечение начинают с кремов или мазей. На очаги хронической экземы, покрытые сухими корками и обильными чешуйками, а также на очаги дисгидротической экземы наносят кремы и мази, содержащие и кортикостероидные гормоны, и салициловую кислоту. Салициловая кислота способствует отпадению корок и чешуек и более глубокому проникновению кортикостероидных гормонов в ткани очагов поражения [15].

Эффективность примочек и влажно-высыхающих повязок в острой стадии экземы не вызывает никакого сомнения, однако не всегда больные готовы в домашних условиях делать растворы и проводить методично по несколько раз в день процедуры с применением примочек [11]. Большинство классических растворов, паст, мазей имеют резкий и неприятный запах, пачкают и окрашивают белье и одежду, что ограничивает их применение, особенно в амбулаторной практике. Использование растворов требует применения повязок, которые мешают движению больных, ограничивая их повседневную и

профессиональную деятельность. Действие примочек, паст, мазей развивается относительно медленно, требует госпитализации больных и проведения длительного поэтапного лечения [1]. Современный пациент ожидает от наружного лечения не только быстрого облегчения воспалительных и субъективных симптомов заболевания, сокращения сроков болезни, но и удобного и приятного терапевтического воздействия, не ограничивающего его социальную и профессиональную активность, и, как следствие этого, существенного улучшения качества жизни. Поэтому в современной клинической практике значительно возросли требования к лекарственным препаратам, используемым в терапии хронических дерматозов. Препарат должен обладать активным противовоспалительным действием, хорошо переноситься, иметь высокий профиль безопасности, обладать пролонгированным действием, не требующим многократного применения, быть эстетически привлекательным и не ограничивать привычный образ жизни [4, 19].

Во многом этим критериям соответствуют топические кортикостероидные препараты. Наружные глюкокортикостероиды, впервые появившиеся в терапевтическом арсенале дерматологов в середине прошлого века, в настоящее время являются базовой терапией воспалительных дерматозов. До настоящего времени им не существует терапевтической альтернативы по скорости наступления и выраженности (активности) противовоспалительного действия. Топические кортикостероиды обладают высокой противовоспалительной, противоаллергической, иммуносупрессивной активностью, а также сосудосуживающим и антимиотическим эффектом [22, 28]. Эти препараты, обладая мощным патогенетическим воздействием, позволяют быстро уменьшить воспалительные изменения кожи, в короткий срок снизить или устранить субъективные симптомы дерматозов (зуд, жжение).

Существует классификация топических ГКС по степени активности, активность которых оценивалась на основании вазоконстрикторных тестов и по данным клинических исследований.

#### Европейская классификация топических глюкокортикостероидов

Класс (степень активности)	МНН
IV – очень сильные	<u>Клобетазол</u> 0,05 % крем, мазь
III – сильные	<u>Бетаметазона</u> валерат, дипропионат 0,1 % крем, мазь, 0,05 % крем, мазь <u>Гидрокортизона</u> бутират 0,1 % мазь, крем, эмульсия, раствор <u>Метилпреднизолона</u> ацепонат 0,1 % жирная мазь, мазь, крем, эмульсия <u>Мометазон</u> 0,1 % мазь, крем, раствор <u>Триамцинолона</u> ацетонид 0,1 % мазь <u>Флуоцинолона</u> ацетонид 0,025 % мазь, крем, гель, линимент <u>Флутиказон</u> 0,005 % мазь, 0,05 % крем
II – средней силы	<u>Алклометазон</u> 0,05% мазь, крем
I – слабые	<u>Гидрокортизона</u> ацетат 0,5 %, 1 % мазь <u>Преднизолон</u> 0,5 % мазь

Улучшение кожного статуса, несомненно, положительно сказывается

на психологическом состоянии пациентов, восстановлении трудоспособности и повседневной

активности, что значительно повышает их качество жизни. Успех терапии во многом определяется правильным выбором стероида с учетом его

активности и методики применения в зависимости от характера, стадии течения, локализации дерматоза [4].

Лекарственная форма	Степень всасывания	Применение	Действие
Лосьон, аэрозоль	Низкая	При экссудативных процессах, везикуляции, мокнутии. Удобны для применения на волосистых частях тела, в складках	Подсушивающее Охлаждающее Сосудосуживающее Зудотуляющее
Гель	Средняя	При экссудативных процессах на волосистых участках кожи, в складках	Подсушивающее Охлаждающее Зудотуляющее
Крем	Средняя	При острых и подострых процессах. Косметологически привлекателен и удобен	Охлаждающее Смягчающее Увлажняющее
Мазь	Высокая	При хронических процессах, сухости, инфильтрации и лихенизации	Смягчающее Рассасывающее

При остром воспалении, характеризующемся отеком, гиперемией, мокнутием, целесообразно использовать средние, сильные, реже – очень сильные топические кортикостероиды (уровни доказательности А, В).

По мере уменьшения выраженности воспаления применяют средние и слабые кортикостероиды (уровни доказательности А, В) [16].

Большое значение имеет правильный выбор лекарственной формы препарата, определяющей активность всасывания стероида и рациональность проводимой наружной терапии.

Одной из наиболее распространенных ошибок при назначении топических кортикостероидов является выбор препарата без учета топографических и морфофункциональных особенностей кожи, а также активности всасывания наружных средств на различных участках кожного покрова.

Всасывание наружных лекарственных средств напрямую зависит от строения (толщины) эпидермиса. Сравнительные исследования выявили существенные различия всасывания одного и того же лекарственного препарата, наносимого на разные области кожи.

Правила применения наружных гормональных мазей:

- не использовать эти средства для профилактики появления высыпаний;

- не наносить средство «жирным» слоем. Для контроля нанесения стоит пользоваться методом «finger tip unit», который переводится как «правило кончика пальца». Крем, выдавленный из тюбика в отверстие диаметром около 5 мм на длину фаланги пальца, распределяется на площадь тела, равную двум ладоням. При таком нанесении создается оптимальная терапевтическая доза. Нарушая это правило, можно получить побочные эффекты, которых так боятся пациенты: снижение эффекта, привыкание или, даже, ухудшение кожного процесса. Кстати, при нанесении средств детям,

крем наносится на фалангу их пальчика, а не взрослого человека/родителя;

- если площадь поражения большая, то можно пользоваться такими технологиями нанесения средств для наружной терапии: тандем-терапия – 1 раз в сутки наносят средство с гормоном, а второй – эмомент (увлажняющее негормональное средство). Ступенчатый подход – аппликацию производят по очереди на разные участки (то есть утром – один участок, вечером – другой). Штриховой метод – средство тонким слоем штрихами наносят на всю пораженную поверхность, можно сказать, в «шахматном порядке»;

- ни в коем случае не наносить наружные гормональные средства под окклюзионные повязки (которые плотно закрывают кожу), так как при этом можно ожидать усиление эффекта мази с развитием нежелательных явлений и побочных эффектом;

- не наносить на участки с тонкой, чувствительной кожей, такие как лицо, кожа наружных половых органов, препарат высокой степени активности.

Таким образом, одним из критериев выбора наружного стероида является локализация очага воспаления. Комплексный подход в терапии экземы позволит уменьшить выраженность воспаления, сопровождающегося зудом и экссудацией, причиняющими больному значительные страдания, и тем самым окажет благоприятное влияние на качество жизни пациентов.

### Литература

1. Аковбян В.А. Композиционные препараты для наружного лечения: преимущества очевидны // Клиническая дерматология и венерология. 2003. № 4. С. 50–53.
2. Арзумян В.Г., Зайцева Е.В., Кабаева Т.И., Темпер Р.М. Оценка стафилококковой и нелипофильной дрожжевой микрофлоры кожи у больных с кожной патологией при контактном способе посева // Вестник дерматол. и венерол.

2004.

3. Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Мурашкин Н.Н. и др. Комбинированная топическая терапия больных микробной экземой // *Дерматология*. 2012. № 1.

4. Белоусова Т.А. Современные принципы наружной терапии воспалительных дерматозов // *РМЖ*. 2008. № 8. С. 547–551.

5. Белоусова Т.А., Горячкина М.А., Катранова Д.Г. Особенности микробиоценоза кожи у больных аллергодерматозами: проблема выбора наружной терапии // *Клиническая дерматология и венерология*. 2013. № 3. С. 107–112.

6. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Алгоритм наружной терапии дерматозов сочетанной этиологии // *Фармакотерапия в дерматовенерологии*. 2011. № 5. С. 146–152.

7. Клеменова И.А., Шебашова Н.В., Лисина Л.Н. Микробная экзема: использование комбинированных топических препаратов // *Дерматология*. 2011. № 3.

8. Кубанова А.А., Скрипкин Ю.К., Акимов В.Г., Знаменская Л.Ф. Экзема // *Клиническая дерматовенерология* / под ред. Ю.К. Скрипкина и Ю.С. Бутова. Т. 2. М. ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 106–117.

9. Мокронослова М.А., Максимова А.Е., Батура А.П. и др. Влияние различных методов наружной терапии на колонизацию кожи *Staphylococcus aureus* и течение атопического дерматита // *Рос. аллергол. журнал*. 2004. № 1. С. 58–61.

10. Мурашкин Н.Н., Глузмин М.И., Бакулев А.Л. Роль метициллинрезистентных штаммов золотистого стафилококка в патогенезе тяжелых форм атопического дерматита у детей // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012. № 1. С. 68–76.

11. Олисова О.Ю. Наружное лечение дисгидротической экземы // *Клиническая дерматология и венерология*. 2009. № 6. С. 93–95.

12. Оркин В.Ф., Олехнович Р.М. Микробная экзема (клиника, патогенез, лечение) // *Журнал дерматологии и косметологии*. 2002. № 2. С. 24–26.

13. Пампура А.Н., Смирнова М.О. Современные подходы к терапии атопического дерматита у детей // *Лечащий врач*. 2008. № 5. С. 57–61.

14. Потехаев Н.С., Шерина Т.Ф. К вопросу об ассоциации дерматозов и микозов кожи // *Рос. журнал кожных и венерических болезней*. 2004. № 6. С. 55–57.

15. Потехаев Н.С. Экзема: ремарки к современным представлениям // *Клиническая дерматология и венерология*. 2009. № 1. С. 67–73.

16. Кубанова А.А., Кисина В.И., Блатун Л.А.,

Вавилов А.М. и др. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Рук. для практикующих врачей / под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. М.: Литтерра, 2005. 882 с. (Рациональная фармакотерапия: сер. рук. для практикующих врачей; т. 8).

17. Скрипкин Ю.К., Дворников А.С., Круглова Л.С., Скрипкина П.А. Современный взгляд на патогенетическую терапию атопического дерматита // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2006. № 4.

18. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.А., Шарапова Г.Л. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина, 1997.

19. Современная наружная терапия дерматозов / под ред. Н.Г. Короткого. Тверь: Губернская медицина, 2001. 528 с.

20. Сухарев А.В., Гутка В.О., Патрушев А.В. и др. Комбинированная наружная терапия дерматитов, осложненных вторичной инфекцией // *Дерматология*. 2012. № 3–4.

21. Федеральные клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов по ведению больных. М., 2013.

22. Чурюканов В.В., Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Топические глюкокортикостероиды в дерматологии: представление о механизме действия, соотношении эффективности и безопасности // *Клин. дерм. и венер.* 2004. № 3. С. 106–110.

23. Юсупова Л.А., Хафизьянова Р.Х. Лечение большой экземой // *Рос. журнал кожных и венерических болезней*. 2005. № 6. С. 20–23.

24. Юцковский А.Д. Экзема, этиологически связанная с грибковой инфекцией (иммунные механизмы развития, диагностика, прогнозирование, особенности корректирующей терапии, диспансеризация и реабилитация больных): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990.

#### Данные об авторах:

1. Шакирова А.Т. – ассистент кафедры дерматовенерологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, +996552-92-45-82, Адрес - г. Бишкек, 8 - 12/1 -34, индекс - 720075;
2. Саялкаева А.Д. – аспирант кафедры дерматовенерологии и фтизиатрии КРСУ, +996772151156;
3. Койбагарова А.А. – д.м.н., зав. кафедрой дерматовенерологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, +996550105777