

-
8. Шахтмейстер И.Я. // Человек и лекарство: Тез. 5 Рос. нац. конгр. – М. – 1998. – С. 237-238.
 9. Шилов В.Н. Псориаз – решение проблемы (этиология, патогенез, лечение). – М., 2001. – С. 89- 303.
 10. Iwao S. // Keio. J. Med. – 1993 – V. 42, № 2 – P. 162-163.
 11. Zachariae R. // Br. J. Dermatol. – 2002. – № 146(6). – P. 1006-1016.

ПРИНЦИПЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ С ЭРОЗИВНО–ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ

Е.В. Герасимчук

Консультативно-диагностическая поликлиника № 9 МВО МО РФ, Москва

Одной из важных задач дерматологии является ограничение использования сильнодействующих лекарственных средств, таких, как кортикостероиды [3]. Наряду со своей высокой эффективностью, они при длительном и повторном лечении могут вызвать ряд нежелательных побочных явлений, таких, как атрофогенный эффект, риск развития телеангиэктазий и вторичного инфицирования [2]. В литературе описаны случаи аллергического контактного дерматита на кортикостероиды для местного применения (кроме гидрокортизона) [5]. Реакция была замедленного типа и проявлялась в виде макулопапулезных высыпаний. Также наблюдалась стероидная резистентность к наружной терапии кортикостероидами у пациентов, например, с экземой ладоней и подошв [6]. Нередко информированность пациентов о побочных эффектах «гормонального» лечения приводит к стероидной фобии, что ухудшает комплаентность назначаемой терапии. Поэтому задача врача-дерматолога заключается в грамотном назначении по строгим показаниям кортикостероидов для наружного применения, то есть рациональная и безопасная модификация терапевтического эффекта при замене одного лекарственного препарата другим в зависимости от воспалительных явлений.

Задача данного исследования – определение сравнительной клинической эффективности и переносимости препаратов для наружного лечения эрозивно-язвенных поражений кожи (актовегин и солкосерил) у пациентов КДП № 9 МВО МО РФ.

Актовегин и солкосерил – это депротенинизированные гемодериваты крови телят с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот. Фармакологическое действие данных препаратов основано на активизировании обмена веществ в тканях, улучшении трофики и стимуляции процесса регенерации путем увеличения транспортировки и накопления глюкозы и кислорода, усиления внутриклеточной утилизации и ускорения метаболизма АТФ, повышения энергетических ресурсов клетки за счет перехода на аэробный путь окисления.

Данные препараты особенно эффективно ускоряют заживление язв и эрозий различной этиологии, ожогов и радиационных поражений, так как улучшают не только морфологические, но и биохимические параметры грануляции (повышается концентрация ДНК, гемоглобина и гидроксипролина), способствуют синтезу коллагена, стимулируют рост кератиноцита.

Показаниями к применению актовегина и солкосерила в дерматологии являются:

- периферические артериальные и венозные сосудистые нарушения и их последствия (атрофические язвы голени);
- эрозии, язвы различной этиологии;
- пролежни;
- термические и химические ожоги;
- обморожения;
- радиационные поражения кожи и слизистых оболочек;
- порезы, ссадины, царапины.

Актовегин и солкосерил имеют разнообразные лекарственные формы для ускорения процессов заживления: 20% гель 20 г; 5% крем 20 г; 5% мазь 20 г. Препараты упакованы в алюминиевые тубы с контролем вскрытия и пластмассовыми крышками.

Для лечения сильных ожогов (в том числе после ожога кипящей жидкостью или паром), открытых ран, язв и обморожений применяется 20% гель (желе). Гель оказывает мощное ранозаживляющее действие.

Для заживления мелких кожных травм, ссадин, порезов и при солнечных ожогах применяется 5% крем. Он обладает регенерирующим действием, улучшает кровообращение и метаболизм клеток кожи.

При длительном лечении ран, порезов или язвенных поражений кожи используется 5% мазь. Для ускорения образования эпителия мазь используется после лечения гелем и совместно с гелем.

Побочные эффекты актовегина и солкосерила при местном лечении: у пациентов, имеющих в анамнезе реакцию гиперчувствительности, в редких случаях могут развиваться аллергические реакции.

В исследовании приняли участие 64 пациента мужского пола в возрасте от 31 до 65 лет. Первую группу составляли пациенты, применявшие только актовегин (n=32), вторую – пациенты, применявшие только солкосерил (n=32). По нозологическим формам распределение было следующим: простой герпес – 10, опоясывающий лишай – 6, потертость (травматический дерматит) – 7, состояние после диатермокоагуляции папиллом – 9 пациентов.

Клинические результаты лечения оценивались по 4-балльной шкале:

- 3 балла – выраженный эффект (резкое улучшение клинической картины);
- 2 балла – умеренный эффект (клиническое уменьшение явлений гиперемии, отека, количества эфлоренсценций, уменьшение зуда и уменьшение площади дефекта кожи);

- 1 балл – незначительный эффект (умеренное уменьшение гиперемии, отека, язвенных дефектов);
- 0 баллов – отсутствие эффекта.

Результаты терапии актовегином и солкосерилом оценивались через 3, 7, 10, 14 дней. На каждого пациента заводился протокол исследования. Выраженный эффект (3 балла) через 3 дня наблюдался в первой и второй группах при травматическом дерматите, умеренный эффект (2 балла) наблюдался через 3 дня при остальных нозологиях, незначительного эффекта или отсутствия эффекта не наблюдалось. В обеих группах полная эпителизация эрозивно-язвенных дефектов наступила через 7-10 дней в 89%, в остальных случаях эпителизация произошла на 14-17-й день. Это связано с тяжелой соматической патологией у пациентов (сахарный диабет).

Проблема заживления язв различной этиологии в современных условиях становится все более актуальной в связи со снижением эффективности существующей антибактериальной терапии, возрастанием роли полирезистентных штаммов микроорганизмов и низкой эффективностью многих традиционных методов лечения [5]. Новые достижения в лечении ран и язв привели к тому, что стал использоваться дифференцированный подход по фазам течения раневого процесса. При этом удается лучше стимулировать клеточную активность на отдельных фазах в целях достижения качественного заживления ран и язв. По данным литературы [4], актовегин и солкосерил способствуют синтезу коллагена, ангиогенезу и заполнению дефекта грануляционной тканью. Лечение этими препаратами язвенных дефектов при простом герпесе, опоясывающем лишае, после диатермокоагуляции доброкачественных новообразований кожи проводится после отторжения корок в случае отсутствия вторичного инфицирования.

Эрозия является поверхностным дефектом кожи в пределах эпидермиса в результате эволюции пузырьков. Диаметр язвенно-эрозивных элементов, их количество у исследуемых больных представлены в таблице.

Характеристика язвенно-эрозивных элементов при различных поражениях кожи

Нозологическая форма	Диаметр элемента, см	Количество элементов
Простой герпес	0,1 – 0,3	10
Опоясывающий лишай	0,2 – 0,4	25 – 40
Состояние после диатермокоагуляции папиллом	0,4 – 0,6	7 – 12

Сроки эпителизации язвенно-эрозивных дефектов на фоне лечения препаратами «Актовегин» и «Солкосерил», как после простого герпеса, опоясывающего лишая, так и после диатермокоагуляции папиллом, составляли 7-10 дней.

Лечение потертостей препаратом «Актовегин». Потертость возникает от давления или трения обувью, ремнями, тесной одеждой, складками портянок. Клинически проявляется ограниченной эритемой, отеком кожи, сопровождающимся чувством жжения и болезненностью. Впоследствии на фоне эритемы могут возникнуть наполненные серозным или серозно-геморрагическим экссудатом пузыри. После вскрытия пузырей остаются болезненные эрозии, которые постепенно эпителизируются. Потертости у исследуемых пациентов локализовались на стопах (5), плечах (1), туловище (1).

При ограниченной эритеме и отеке использовалась как монотерапия – 20% гели «Актовегин» и «Солкосерил» в течение 3 – 5 дней. При наличии пузырей проводилось их вскрытие, туширование анилиновыми красителями и наложение на эрозивный дефект послойно 20% геля и 5% мази под окклюзионную повязку в течение 7 – 10 дней.

Проведенные нами исследования показали, что актовегин и солкосерил подходят для любого типа кожи, не нарушают нормальный pH-баланс кожи, не раздражают и не сушат кожу, снимают зуд, успокаивают воспаленную кожу, способствуют уменьшению площади высыпаний, уменьшают интенсивность гиперемии, отека, инфильтрации и сухости кожи, способствуют быстрой эпителизации язвенно-эрозивных дефектов кожи различной этиологии, косметически удобны, не пачкают одежду, не оставляют жирных пятен.

Данные препараты одинаковы по клинической эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Врублевский Н.М. // Гедеон Рихтер в СНГ. – 2001. – V. 2, № 6. – С. 23.
2. Кочергин Н.Г., Кочергина Ж.Н. // Клин. дерматол. и венерол. – 2005. – № 3. – С. 54-55.
3. Кулагин В.И., Шекрота А.Г. // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. – 2005. – № 6. – С. 34-36.
4. Biland L. et al. // VASA. – 1985. – № 14. – P. 383.
5. Chew A.L., Maibach H.J. // Cutis. – 2000. – V. 65, № 5. – P. 307.
6. Douwes K.E., Karrer S., Abels C. et al. // Photodermatol. Photoimmunol. Photomed. – 2000. – V. 16, №1. – P. 25.

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

М.В. Горячкина

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Угревая болезнь (акне, вульгарные угри) – мультифакторное генетически обусловленное воспалительное заболевание сальных
