

Т.Г. Маланичева¹, Л.А. Хаертдинова²

¹ Казанский государственный медицинский университет

² Казанская государственная медицинская академия последипломного образования

Эффективность патогенетической терапии atopического дерматита у детей первого года жизни

Контактная информация:

Маланичева Татьяна Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета Казанского государственного медицинского университета

Адрес: 420110, Казань, ул. Сафиуллина, д. 14, тел.: (843) 268-58-21

Статья поступила: 20.01.2010 г., принята к печати: 01.03.2010 г.

В статье рассмотрена проблема atopического дерматита как проявления atopического марша у детей первого года жизни. Авторами приведены результаты собственных наблюдений по применению в комплексной терапии современного топического стероида — мометазона фуроата. Данный глюкокортикостероид не содержит фтора и имеет преимущественно внегеномный механизм действия. Результаты исследования подтвердили высокую эффективность и хорошую переносимость этого топического стероида.

Ключевые слова: atopический дерматит, дети, мометазона фуроат.

87

Атопический дерматит (АтД) занимает первое место в структуре аллергических болезней у детей. Частота данной патологии непрерывно увеличивается и составляет у детей первого года жизни от 13 до 28,5% в разных регионах России. В современных условиях АтД характеризуется ранним началом, упорным рецидивирующим течением, увеличением тяжелых форм, резистентных к терапии, развитием вторичных осложнений, снижением качества жизни пациентов. Таким образом, вопрос выбора рациональной терапии имеет особую актуальность [1–4].

Дебют atopического дерматита в первые 6 месяцев жизни отмечается в 45% случаев, а на первом году

жизни — в 60% [5]. Кроме того, АтД является первым этапом «атопического марша» и значимым фактором риска развития бронхиальной астмы, так как ранняя сенсибилизация и развитие локального воспаления в коже являются проявлением системного иммунного ответа с возможным вовлечением в процесс различных отделов респираторного тракта [6]. Своевременная диагностика и патогенетическое лечение АтД на ранних стадиях развития болезни чрезвычайно актуальны для предупреждения развития наиболее тяжелых, в том числе респираторных, форм аллергии.

Основным методом наружной патогенетической терапии АтД являются топические кортикостероиды, которые

T.G. Malanicheva¹, L.A. Khaertdinova²

¹ Kazan State Medical University

² Kazan State Medical Academy of Postgraduate Studies

Efficacy of pathogenetic therapy for atopical dermatitis in infants

The article looks at the issue of atopical dermatitis as a manifestation of atopical march in infants. Authors provide results of their own observations in the use of modern topical steroid — mometasone furoate — in the integrated therapy. This glucocorticosteroid does not contain fluorine and has predominantly non-genomic mechanism. The results of the study evidenced a high efficacy and good tolerance to this topical steroid.

Key words: atopical dermatitis, children, mometasone furoate.

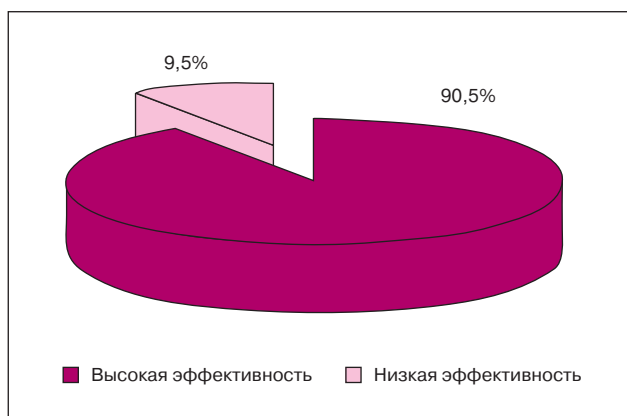


обладают выраженным противовоспалительным эффектом и действуют на все клетки воспаления, в том числе на клетки Лангерганса. В настоящее время созданы эффективные и безопасные топические кортикостероиды с выраженной противовоспалительной активностью и минимальными побочными эффектами. Одним из таких препаратов является мометазона фуруат (Элоком, Шеринг Плау). Данный глюкокортикостероид не содержит фтора и имеет преимущественно внегеномный механизм действия, благодаря чему обладает существенно более высокими показателями безопасности, чем другие препараты данной группы. Различие в геномном и внегеномном механизмах действия заключается в следующем. После связывания глюкокортикостероида с рецепторами и образования комплекса «глюкокортикоид-глюкокортикоидный рецептор» реализация геномного механизма происходит путем транспортирования этого комплекса в ядро, где он активирует экспрессию генов, отвечающих за синтез противовоспалительных антигенов. Внегеномный же механизм включает непосредственное связывание комплексов «глюкокортикоид-глюкокортикоидный рецептор» с факторами транскрипции, активирующимися под влиянием медиаторов воспаления. Связанные таким образом факторы транскрипции не способны модулировать выработку провоспалительных цитокинов, ферментов (индуцибельной синтазы окиси азота, циклооксигеназы, фосфолипазы A2), эндотелина 1 и молекул адгезии.

Благодаря преобладанию внегеномного механизма действия, мометазона фуруат, по сравнению с другими глюкокортикоидами, быстрее развивает противовоспалительный эффект. Таким образом, влияние на геном сведено к минимуму. Это обуславливает свойственный крему и мази мометазона фуруата высокий профиль безопасности, что позволяет применять его в детской практике без ограничения возраста, на самых ранних стадиях развития атопии.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось изучение эффективности наружной патогенетической терапии с использованием крема мометазона фуруата в комплексном лечении атопического дерматита у детей грудного возраста с ранними проявлениями «атопического марша».

Рис. 1. Оценка эффективности терапии с использованием крема мометазона фуруата у младенцев с атопическим дерматитом



Было обследовано 42 ребенка с атопическим дерматитом в возрасте от 1 до 12 мес с ранними проявлениями атопии. Из них в возрасте от 1 до 6 мес — 52,4%, от 6 до 12 мес — 47,6%. Мальчики составили — 54,8%, девочки — 45,2%. У всех детей имела место сенсibilизация к пищевым аллергенам. Преобладало среднетяжелое течение болезни — 59,5% пациентов, тяжелое течение отмечалось у 23,8% детей, легкое — у 16,6%. Экссудативная форма атопического дерматита отмечалась у 76,2% детей, эритематозно-сквамозная — у 23,8%. В ходе наблюдения проводилась оценка тяжести течения АтД по шкале SCORAD в баллах (при среднетяжелом течении заболевания индекс SCORAD составил 20–40 баллов, при тяжелом — более 40, при легком — до 20 баллов), а также параклиническое и специфическое аллергологическое обследование (сбор аллергологического анамнеза, определение общего и аллергенспецифических IgE к пищевым аллергенам).

Всем детям с АтД, имеющим ранние проявления «атопического марша», назначался крем мометазона фуруат 1 раз в день в течение 5–10 дней в сочетании с лечебно-косметическим уходом за кожей — ежедневные купания с использованием шампуня Фридерм Деготь (1 колпачок на ванну), а также смягчающих и увлажняющих средств. Наружная терапия проводилась в составе комплексной терапии АтД, которая включала гипоаллергенную диету и медикаментозное лечение (антигистаминные препараты, энтеросорбенты). Оценка эффективности применяемой терапии проводилась на основе общего терапевтического эффекта, снижения индекса SCORAD более, чем в 3 раза, достижения периода ремиссии, снижения уровня сенсibilизации.

Анализ полученных данных показал, что на фоне проводимой наружной терапии с использованием крема мометазона фуруата в составе комплексного лечения АтД у детей грудного возраста с ранними проявлениями «атопического марша» отмечался положительный клинический эффект в 90,5% случаев (рис. 1). С 3-го дня от начала лечения отмечалась выраженная положительная динамика со стороны кожного процесса — уменьшение площади поражения в 1,5–2 раза и выраженности кожных проявлений, снижение интенсивности зуда и улучшение сна. Полное восстановление ночного сна у 71,4% пациентов отмечалась к 5–7 дню от начала терапии. У 61,9% больных к 10-му дню лечения была достигнута полная ремиссия болезни, что характеризовалось исчезновением воспалительных элементов на коже: гиперемии, расчесов, высыпаний, шелушения и мокнутия. У части детей сохранялась только сухость кожи. У 28,6% наблюдаемых детей отмечалось значительное улучшение со стороны кожного процесса. Средняя продолжительность обострения составила 12 дней, индекс SCORAD снизился в 4,5 раза — с 45 до 10 баллов.

У 4 (9,5%) больных отмечалась низкая клиническая эффективность от проводимой терапии и присоединение вторичной инфекции. У 3 из них отмечалась колонизация кожных покровов *Staphylococcus aureus*, у 1 пациента — грибами рода *Candida*, что явилось показанием к назначению комбинированной наружной терапии.

При изучении эффективности проводимой терапии в зависимости от тяжести течения заболевания выявлено, что у детей, имеющих легкое течение заболевания (7 больных), общий положительный клинический



ЭЛОКОМ®

мометазона фуруат 0,1%

Эталон лечения аллергодерматозов у детей и взрослых¹



- **Быстрое наступление клинического эффекта²**
противовоспалительного, противозудного и антиэкссудативного
- **Высокая безопасность**
обладает высоким уровнем системной и местной безопасности, сравнимой с 1% гидрокортизоном^{2,3}
- **Удобство применения**
нанесение на кожу 1 раз в сутки, без цвета и запаха
- **Три формы Элокома (крем, мазь, лосьон)**
для любой локализации и стадии воспалительного процесса

1. Атопический дерматит: новые подходы к профилактике и наружной терапии. Рекомендации для врачей. Издание 3-е/Под ред. Ю.В. Сергеева – М.:МВД, 2006, с.96.

2. Medansky et al. Clinical Investigations of mometasone furoate – a novel nonfluorinated, topical corticosteroid. *Seminars in Dermatology*, 1987; Vol 6, 2: 94-100.

3. Prakash A. et al. Topical Mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. *Drugs* 1998, 55 (1): 145-163

Краткая инструкция по медицинскому применению

Мометазона фуруат лосьон 0,1% по 20 мл. в п/э флакон-капельницах; крем 0,1%, мазь 0,1% в тубах по 15 г;

Показания к применению: воспалительные явления и зуд при дерматозах, поддающихся глюкокортикостероидной терапии. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата или к ГКС. Розовые угри, периоральный дерматит, бактериальная, вирусная или грибковая инфекция кожи, туберкулез, сифилис, поствакцинальные реакции, беременность или период лактации (лечение обширных участков кожи, длительное лечение). **Способ применения:** несколько капель лосьона Элоком или тонкий слой крема или мази Элоком на пораженные участки кожи один раз в день. **Побочное действие:** редко — раздражение и сухость кожи, жжение, зуд, фолликулит, гипертрихоз, угревая сыпь, гипопигментация, периоральный дерматит, аллергический контактный дерматит, мацерация кожи, присоединение вторичной инфекции, признаки атрофии кожи, стрии, потница. **Особые указания:** при нанесении на большие участки кожи в течение длительного времени, при применении окклюзионных повязок, возможно развитие системного действия ГКС. Следует избегать попадания в глаза. Дети должны получать минимальную дозу препарата, достаточную для достижения эффекта; лосьон не назначается детям до 2-х лет. **Условия хранения:** при температуре от 2 до 25 °С, в недоступном для детей месте. **Условия отпуска:** по рецепту. Подробную информацию см. в инструкции по медицинскому применению. Информация предназначена для медицинских работников, не для пациентов.

ООО «Шеринг-Плау», часть MSD

Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2

Тел. (495) 916-71-00. Факс (495) 916-70-94

Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Уайтхаус Стейшн, Нью-Джерси, США. Все права защищены.

SP-PR-DERM-65-12-09



Рис. 2. Снижение индекса SCORAD у детей в зависимости от тяжести течения атопического дерматита

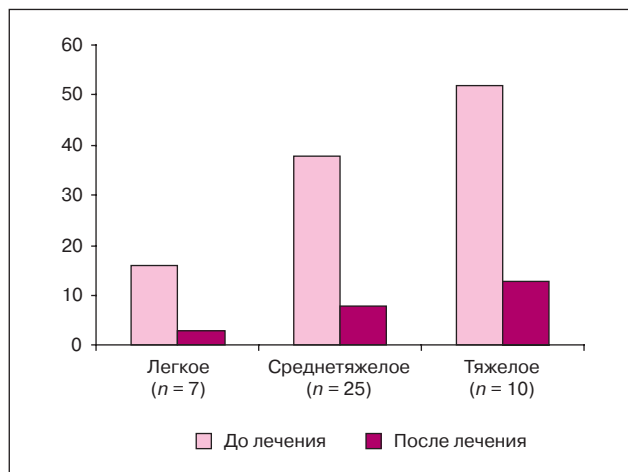


Таблица 1. Оценка клинической эффективности проводимой терапии в зависимости от тяжести течения АтД

Критерии эффективности	Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Положительный клинический эффект	100%	92%	80%
Средняя продолжительность обострения	8 дней	10 дней	15 дней
Низкий клинический эффект	–	8%	20%

Таблица 2. Клиническая эффективность проводимой терапии у детей с АтД

Признак	Количество больных
Достижение ремиссии к 10-му дню терапии	61,9%
Значительное улучшение к 10-му дню терапии	28,6%
Снижение индекса SCORAD	в 4,5 раза
Стойкая ремиссия в течение года	57,9%
Более легкое течение последующих обострений	26,3%

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина, 1999. 238 с.
- Ревякина В.А., Бакрадзе М.Д. Современные направления в терапии атопического дерматита у детей // Детский доктор. 2000. № 2. С. 37–42.
- Маланичева Т.Г., Хаерудинова Л.А., Денисова С.Н. Атопический дерматит у детей, осложненный вторичной инфекцией. Казань: Медицина, 2007. 144 с.

эффект отмечался в 100% случаев, а индекс SCORAD снизился в 5,3 раза с 16 до 3 баллов (рис. 2). У всех наблюдаемых больных была достигнута ремиссия заболевания. Средняя продолжительность обострения составила 8 дней.

У больных со среднетяжелым течением заболевания (25 детей) общий положительный клинический эффект отмечался в 92% случаев, а индекс SCORAD снизился в 4,7 раза — с 38 до 8 баллов. У 68% больных к 10 дню достигнута полная ремиссия заболевания, а у 24% отмечалось значительное улучшение со стороны кожного процесса. Средняя продолжительность обострения составила 10 дней. У 8% больных отмечалось низкая клиническая эффективность от проводимой терапии.

У больных с тяжелым течением атопического дерматита (10 детей) общий положительный клинический эффект составил 80%, а индекс SCORAD снизился в 4 раза — с 52 до 13 баллов. У 50% больных к 10 дню достигнута полная ремиссия заболевания, а у 50% отмечалось значительное улучшение со стороны кожного процесса. Средняя продолжительность обострения составила 15 дней. Низкая клиническая эффективность от проводимой терапии отмечалась у 20% детей (табл. 1).

Изучение эффективности проводимой терапии в зависимости от возраста показало, что среди детей от 1 до 6 месяцев (22 ребенка) положительный клинический эффект отмечался в 90,9% случаев, а среди детей от 6 до 12 месяцев (20 детей) — в 90%.

Переносимость крема мометазона фуората у детей с АД в возрасте от 1 до 12 мес на протяжении всего курса лечения оценивалась как отличная и хорошая. Побочных эффектов зарегистрировано нами не было.

Динамическое наблюдение за детьми в течение 1 года показало (табл. 2), что у 57,9% пациентов наблюдалась стойкая ремиссия, а у 26,3% детей возникающие в дальнейшем обострения характеризовались более низкой интенсивностью клинических проявлений, уменьшением зуда и площади высыпаний, интенсивности воспалительных проявлений.

Таким образом, включение в состав комплексной терапии АтД у детей грудного возраста современного топического кортикостероида мометазона фуората показало высокую клиническую эффективность, что проявилось не только достижением и пролонгированием ремиссии, но и отдаленными позитивными результатами со стороны кожного процесса. Крем Элоком может быть рекомендован к широкому практическому использованию у детей с АтД на первом году жизни, имеющих ранние проявления «атопического марша».

- Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей. М., 1998. 300 с.
- Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ. М.: «Фармарус Принт», 2002. 192 с.
- Spergel J.M., Paller A.S. Atopic dermatitis and the atopic march // J. Allergy Clin. Immunol. 2003. V. 112, № 6. P. 118–127.