

Опыт применения интермиттирующей схемы назначения топических кортикостероидов у детей с тяжелым течением атопического дерматита

А.Г.Сурков, В.А.Ревякина

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Местная терапия атопического дерматита, особенно его тяжелых рецидивирующих форм, представляет собой сложную задачу. В некоторых случаях коротких курсов топических кортикостероидов бывает недостаточно для поддержания ремиссии заболевания. В статье представлен опыт применения интермиттирующей схемы назначения мометазона фуората у 15 детей в возрасте 12–16 лет. Показано, что использование препарата 2 раза в нед в сочетании с увлажняющими средствами в течение 10 нед безопасно и обеспечивает достаточный контроль над течением тяжелого атопического дерматита.

Ключевые слова: атопический дерматит, лечение, мометазона фуорат, дети

An experience of using the intermittent regimen of administering topic corticosteroids in children with a severe course of atopic dermatitis

A.G.Surkov, V.A.Reviakina

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

A local treatment of atopic dermatitis, especially of its severe recurrent forms, is still a problem to be solved. In some cases, short courses of topic corticosteroids are not sufficient for maintaining the remission of the disease. The article presents an experience of using an intermittent regimen of administration of mometasone fuorate in children from 12 to 16 years old. It has been demonstrated that administration of the drug 2 times weekly in combination with moisturizing agents is safe and ensures a sufficient control over the course of severe atopic dermatitis.

Key words: atopic dermatitis, treatment, mometasone fuorate, children

Несмотря на определенные успехи в понимании этиологии и патогенеза атопического дерматита, а также в использовании новых фармакологических препаратов для его лечения, проблема терапии этого заболевания представляет сложную и трудную задачу. Согласно современным представлениям об этом заболевании, терапия атопического дерматита носит комплексный характер и заключается в сочетании различных видов превентивных и терапевтических вмешательств, включающих элиминационные мероприятия, системную и местную фармакотерапию, направленную на подавление аллергического воспаления в коже [1].

Одно из ведущих мест в комплексном лечении атопического дерматита занимает наружная терапия, целью которой является устранение симптомов заболевания с помощью противовоспалительных препаратов, используемых по

мере необходимости, и средств, направленных на восстановление эпидермального барьера кожи за счет ее увлажнения и смягчения.

Стандартом современной наружной противовоспалительной терапии атопического дерматита, особенно у детей с тяжелым течением болезни, считается периодическое применение топических кортикостероидов в сочетании с увлажняющими средствами [1–4]. Несмотря на более чем 50-летний опыт применения этих препаратов при атопическом дерматите, их доказанную клиническую эффективность, многие аспекты их использования остаются не до конца решенными. До сих пор присутствует «стероидофобия» как со стороны родителей пациентов, так и со стороны врачей. Часто возникают вопросы о выборе топических кортикостероидов у детей, а именно – какому препарату следует отдавать предпочтение, как часто и как длительно их можно использовать. Ведущие отечественные и зарубежные специалисты рекомендуют отдавать предпочтение нефторированным оригинальным препаратам, обладающим наименьшими побочными эффектами [1, 3].

Для предупреждения развития местных и системных побочных эффектов применение топических кортикостерои-

Для корреспонденции:

Сурков Александр Геннадьевич, младший научный сотрудник
2-го аллергологического отделения
Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2/62
Телефон: (095) 134-2421

Статья поступила 06.07.2004 г., принята к печати 09.12.2004 г.

дов у детей должно проводиться с учетом определенных правил. Их следует назначать короткими интермиттирующими курсами (5–7 дней), постепенно снижая дозу, для предупреждения возникновения феномена рикошета. Общепринятым подходом к местной терапии тяжелого течения атопического дерматита у детей является назначение короткого курса сильных кортикостероидов с последующим переходом на более слабые или постепенное уменьшение концентрации стартового препарата путем разведения его индифферентной основой [1, 2]. Однако у детей с тяжелым рецидивирующим течением заболевания такие подходы не всегда позволяют добиться долговременного контроля над течением болезни. В связи с этим актуальным является поиск новых схем использования топических кортикостероидов, которые обеспечивали бы долговременный контроль над симптомами атопического дерматита и не вызывали нежелательных побочных эффектов. Появившиеся в последнее время в литературе данные рандомизированных плацебо-контролируемых исследований по применению интермиттирующей схемы назначения топических кортикостероидов для достижения долговременного контроля (< 16 нед) над симптомами атопического дерматита показали эффективность и безопасность такого подхода [5–7]. Ее суть заключается в проведении «стабилизирующего» курса лечения до достижения ремиссии, с последующим переходом на интермиттирующее использование кортикостероидного препарата 2 раза в нед в сочетании со средствами, восстанавливающими эпидермальный барьер.

Задачей настоящего исследования явилось изучение эффективности интермиттирующей схемы назначения топических кортикостероидов у детей в возрасте 12–16 лет, страдающих тяжелым рецидивирующим течением атопического дерматита. В качестве местного противовоспалительного препарата был выбран мометазона фураат (Элоком, Шеринг-Плау, США) – оригинальный топический кортикостероид III класса активности по Европейской классификации топических кортикостероидов [8]. Выбор стартового препарата был обусловлен его высокой местной противовоспалительной активностью и малым риском возникновения нежелательных эффектов, так как мометазона фураат обладает низкой системной абсорбцией (0,4% для крема, 0,7% для мази), быстрым метаболизмом и низким атрофогенным потенциалом. Эти свойства препарата подтверждены многочисленными клиническими исследованиями [8]. Препарат, обладающий таким профилем эффективности и безопасности, наилучшим образом подходит для реализации поставленной цели.

При наличии клинических признаков инфекционных осложнений атопического дерматита терапия начиналась с назначения препарата, обладающего противовоспалительной, антибактериальной и фунгицидной активностью – мази Тридерм (Шеринг-Плау, США) – с последующим переходом на мометазона фураат после купирования вторичного инфекционного процесса.

Под наблюдением находилось 15 пациентов (12 мальчиков и 3 девочки) с тяжелым рецидивирующим течением атопического дерматита, госпитализированных в 2-е аллергологическое отделение Научного центра здоровья детей РАМН с обострением кожного процесса (давность 3–4 нед).

Все пациенты имели анамнез заболевания более 10 лет и сочетание атопического дерматита с аллергической патологией дыхательных путей (бронхиальная астма, круглогодичный и сезонный аллергический ринит). Всем пациентам, помимо общеклинического и аллергологического обследования, проводилась оценка тяжести симптомов атопического дерматита по шкале SCORAD, определение степени гидратации кожи (корнеометр Skin Diagnostic SD 27, Courage + Kazarka electronic, Германия) до начала лечения, после достижения фармакологической ремиссии (индекс SCORAD < 10 баллов) и каждые 2 нед до достижения окончания периода наблюдения [9].

Ведущими жалобами пациентов при поступлении были зуд кожных покровов, сопровождавшийся нарушением сна, распространенные очаги воспаления кожи, ее выраженная сухость и психологический дискомфорт в отношении внешнего вида. Косметические дефекты, особенно на открытых участках кожи, были одним из факторов, резко снижающих качество жизни больных детей, отражались на их физической и социальной активности. На момент госпитализации пациенты не использовали увлажняющих средств, водные процедуры проводили 1 раз в нед, из-за плохой их переносимости. Кожный процесс имел характерную для этого возраста локализацию и признаки хронического воспаления, площадь поражения составляла более 5%, значение индекса SCORAD – в среднем 86 баллов. Вне очагов поражений кожа была сухой, шелушащейся, с серым оттенком. Степень гидратации кожи у всех пациентов соответствовала значению «очень сухая» по стандартной шкале, представленной производителем корнеометра. У 6 из 15 пациентов имелись признаки осложненного вторичной инфекцией течения атопического дерматита.

Всем пациентам было рекомендовано нанесение мази мометазона фураата 1 раз в сут и увлажняющих средств, содержащих незаменимые жирные кислоты, керамиды, холестерол, 2–3 раза в сут до достижения значения индекса SCORAD 8–10 баллов (уменьшения площади поражения до 1–3%, отсутствия эритемы, отека, папул, корок, эксфолиаций, зуда и нарушения сна). В комплексе мероприятий по уходу за кожей, было рекомендовано использование ванн с масляными добавками, а также специализированных гелей и мыла для гигиены. Нежелательных эффектов за этот период не отмечено. На рисунке представлена динамика индекса SCORAD и показателя гидратации кожи у пациентов.

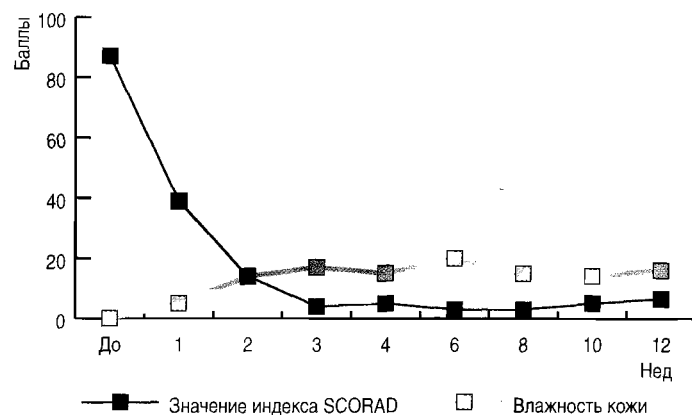


Рисунок. Динамика средних значений показателей индекса SCORAD и влажности кожи у наблюдаемых пациентов, баллы.

Галерея "Шеринг-Плау"

SP-PR-EO-24-07/03

ВСЕ ВОЗРАСТЫ ПОКОРНЫ

 Шеринг-Плау

Регистрационные номера
П №013256/01-2001, П № 013256/02-2001, П №013256/03-2001

ЭЛОКОМ®

мометазона фураат 0,1%

КРЕМ, МАЗЬ, ЛОСЬОН



**Новый нефторированный
кортикостероид для лечения
аллергодерматозов у взрослых и детей***

Применение 1 раз в сутки

* с 2-летнего возраста

Подробную информацию о препарате можно получить:

 Шеринг-Плау Сентрал Ист АГ

Россия, 119048, Москва, ул. Усачева, д. 33, стр. 1, тел.: (095) 916 71 00, факс: (095) 916 70 94

После достижения фармакологической ремиссии (значение индекса SCORAD – 8–10 баллов), в среднем этот период составил 2,5 нед, было рекомендовано нанесение мометазона фуроата в форме крема на очаги патологического процесса 1 раз в сут 2 раза в нед и ежедневное использование увлажняющих средств.

Катамнестическое наблюдение за пациентами осуществлялось через 3 мес от начала терапии. Весь этот период пациенты придерживались рекомендованной схемы лечения. На момент осмотра индекс SCORAD составлял от 6,5 баллов. У 12 из 15 пациентов за этот период рецидивов заболевания не было, у оставшихся 3 отмечено обострение в виде появления папулезных элементов, купировавшееся в течение 3 дней. Зуд кожи не беспокоил. Вне очагов поражения кожа пациентов приобрела естественную окраску, шелушения не было, хотя, по данным корнеометрии, степень гидратации кожи соответствовала показателю «сухая». Видимых побочных эффектов от длительного применения топических кортикостероидов (атрофия, телеангиоэктазии, гипопигментация, стрии и др.) не наблюдалось.

Таким образом, проведенное исследование показало эффективность и безопасность данного подхода к назначению топических кортикостероидов у больных с тяжелым рецидивирующим течением атопического дерматита. Использование увлажняющих средств в сочетании с периодическим применением сильных топических кортикостероидов у детей с атопическим дерматитом позволяет купировать симптомы болезни и контролировать ее течение. Увеличение продолжительности ремиссии заболевания и уменьшение площади распространенности кожного процесса позволяет снизить площадь нанесения топических кортикостероидов, сокра-

тить длительность лечения и уменьшить число возможных побочных эффектов от их применения. Это благоприятно сказывается на течении и прогнозе заболевания и существенно повышает комплаенс.

Литература

1. Российский национальный согласительный документ «Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей». М., 2002.
2. Ellis C., Luger T., Abeck D. et al., International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical update and current treatment strategies. Br J Dermatol. 2003 May; 148 Suppl 63: 3–10.
3. Consensus Conference on Pediatric Atopic Dermatitis J Am Acad Dermatol 2003; 49: 1088–95.
4. Hoare C., Li Wan Po A., Williams H. Systematic review of treatments for atopic dermatitis. Health. Technol. Assess. 2000; 4: 1–191.
5. Hanifin J.T., Gupta A.K., Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. Br J Dermatol. 2002; 147(3): 528–537.
6. Van Der Meer J.B., Glazenburg E.J., Mulder P.G., et al. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. The Netherlands Adult Atopic Dermatitis Study Group. Br J Dermatol. 1999; 140(6): 1114–1121.
7. Thomas K.S., Armstrong S., Avery A., et al. Randomized controlled trial of short bursts of a potent topical corticosteroid versus prolonged use of a mild preparation for children with mild or moderate atopic eczema. BMJ. 2002; 324(7340): 768.
8. Parakash A., Benfield P. Topical mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. Drugs. 1998; 55(1): 145–163.
9. Коростовцев Д.С., Макарова И.В., Ревакина В.А., Горланов И.А. Индекс SCORAD – объективный и стандартизированный метод оценки поражения кожи при атопическом дерматите. Аллергология 2000; (3): 39–43.

Издательский дом «Династия» с 2003 года выпускает научно-практический журнал «Вопросы детской диетологии»

Главный редактор
академик РАМН, профессор В.А.Тутельян
директор НИИ питания РАМН, главный диетолог Минздрава РФ

Заместитель главного редактора
профессор И.Я.Конь
руководитель отдела детского питания НИИ питания РАМН,
главный специалист по питанию детей Минздрава РФ

Журнал ориентирован на широкую аудиторию медицинских работников, охватывающую врачей-педиатров, врачей-диетологов, врачей-гигиенистов, врачей дошкольно-школьных учреждений, организаторов детского здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные статьи, обзоры, лекции, посвященные различным аспектам проблемы питания здоровых и больных детей раннего, дошкольного и школьного возраста; в том числе вопросам поддержки грудного вскармливания, питания беременных и кормящих женщин, рационального вскармливания детей 1 года жизни, организации питания детей в детских дошкольных и школьных учреждениях, особенностям лечебного питания при различных заболеваниях детского возраста и организации питания в детских больницах и санаториях. Систематически представляется информация о новых специализированных продуктах детского питания и их использовании в питании здоровых и больных детей. Отдельные разделы журнала посвящены обмену опытом работы в области детского питания, описанию случаев из клинической практики, официальной информации.

