

Е.С. Шмелькова

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

## Современная наружная терапия острых и хронических воспалительных и аллергических заболеваний кожи

**Цель работы** — дать оценку опыту клинического применения мази «Момедерм®» для лечения больных атопическим дерматитом, аллергическим дерматитом, экземой, псориазом, красным плоским лишаем.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 68 больных (35 мужчин и 33 женщины) в возрасте от 2 до 64 лет: 12 — атопическим дерматитом, 20 — аллергическим дерматитом, 17 — экземой, 14 — псориазом, 5 — красным плоским лишаем.

**Результаты и обсуждение.** У абсолютного большинства больных атопическим дерматитом, аллергическим дерматитом, экземой, псориазом, красным плоским лишаем включение в комплексную терапию мази «Момедерм®» оказалось весьма эффективным.

**Выводы.** «Момедерм®» является высокоэффективным средством для местного лечения острых и хронических дерматозов аллергической и воспалительной природы.

### Ключевые слова

Топические стероиды, дерматозы, наружное лечение, «Момедерм®».

Местное лечение — важная составляющая в комплексной терапии кожных болезней. Кожа является органом, доступным к непосредственному нанесению разнообразных лекарственных средств. В настоящее время лечение ряда воспалительных дерматозов трудно представить без применения наружных лекарственных средств, в состав которых входят кортикостероиды (КС).

Топические глюкокортикостероидные средства (ТГКС), впервые введенные в клиническую дерматологическую практику в начале 1950-х годов, совершили прорыв в лечении воспалительных заболеваний кожи и по сегодняшний день сохраняют лидирующие позиции в терапии наиболее распространенных стероидчувствительных дерматозов [2, 7, 11].

Механизм действия ТГКС довольно сложный. Глюкокортикостероидный гормон проникает в ядра эпидермальных клеток и усиливает синтез липокортинов, ингибируя активность фосфолипазы А<sub>2</sub>, что ведет к снижению продукции медиаторов воспаления — простагландинов, лейкотриенов, тромбоксанов; одновременно уменьшается количество антигенпре-

зентующих и тучных клеток. ТГКС тормозят синтез глюкозаминогликанов, коллагена и эластина, уменьшают освобождение гистамина и других провоспалительных медиаторов, редуцируют клетки Лангерганса. Они также снижают активность гиалуронидазы и лизосомальных ферментов, способствуя уменьшению отека в очагах воспаления. Известно также, что ТГКС тормозят синтез нуклеиновых кислот (прежде всего ДНК) в иммунокомпетентных клетках базального слоя эпидермиса и фибробластах, чем и обусловлен иммуносупрессивный эффект локальных кортикостероидов [1, 6]. ТГКС уменьшают или даже полностью ликвидируют симптомы воспаления и ослабляют такие сопутствующие симптомы, как боль, зуд и парестезия, оказывают антипролиферативное воздействие и подавляют местный иммунный ответ.

С учетом таких необходимых на практике терапевтических эффектов определен широкий спектр показаний для применения местных ТГКС в лечении заболеваний кожи у детей и взрослых: экзема, атопический дерматит, псориаз, контактный и аллергический дерматиты, другие алергодерматозы. ТГКС по выражен-

ности сосудосуживающего эффекта подразделяются согласно Европейской классификации на четыре класса: слабые, умеренно сильные, сильные и очень сильные [3, 8, 10]. Американская классификация локальных глюкокортикостероидных средств более детализирована. Она включает четыре класса и семь групп препаратов: первый класс — очень сильные препараты, состоит из одной группы; второй класс — сильные препараты, состоит из двух групп; третий и четвертый классы — умеренно сильные и слабые, состоят из двух групп.

При назначении наружной терапии необходимо учитывать следующие условия: правильно выбрать лекарственную форму (выбор лекарственной формы определяется выраженностью остроты воспалительного процесса в коже и необходимой глубиной воздействия, распространенностью патологического процесса и локализацией поражения); проводить (при необходимости) фармакологическую пробу, которая заключается в нанесении препарата на внутреннюю поверхность предплечья и оценке результатов; соблюдать последовательность применения и проводить смену лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса; учитывать локализацию кожного поражения, а также индивидуальные и возрастные особенности кожи; в амбулаторной практике следует избегать резко пахнущих и загрязняющих белье наружных средств.

ТГКС проникают в кожу тремя основными путями: через роговой слой эпидермиса, волосяные фолликулы, сальные и потовые железы. Трансэпидермальное проникновение — основной путь топических глюкокортикоидов. Проникновение глюкокортикоидов через кожу определяется следующими факторами: местом нанесения препарата, возрастом пациента, свойствами активных компонентов, основой препарата, методом нанесения, стадией патологического процесса в коже [9, 12].

Глубина и скорость проникновения препарата зависит как от липофильности соединения, так и лекарственной формы (мазь или крем). Чем более липофилен кортикостероид, тем в большей концентрации накапливается в клетках кожи и тем медленнее выходит в кровь. Наибольшую степень проникновения стероидов обеспечивает мазевая основа, умеренную — кремовая. Общая резорбция кортикостероидов через кожу в большинстве анатомических регионов составляет 3–10 %. Системные эффекты глюкокортикоидов зависят от степени связывания молекулы препарата при попадании в кровь с транспортным белком транскортином (чем

сильнее связь, тем слабее системный эффект) и скорости метаболизма стероида (чем выше скорость, тем слабее системное действие).

Стадия, локализация очагов поражения и степень тяжести патологического процесса в коже определяют выбор топического глюкокортикоидного препарата. Наиболее рациональным является использование наименее активного из эффективных средств. Однако применение в начале терапии слишком слабого препарата может привести к ухудшению или персистенции течения дерматоза и нарушениям режима терапии [5, 7, 12]. В то же время, если больному изначально назначить высокоактивный кортикостероидный препарат коротким курсом без планового снижения объема терапии, у него также может развиться синдром отмены в виде обострения заболевания. Значительно лучше соблюдается режим терапии при однократном ежедневном применении топического кортикостероида.

На сегодняшний день существует возможность использовать топический глюкокортикоидный препарат, который обладает сильным противовоспалительным действием, низкой системной биодоступностью, быстрым началом действия и характеризуется минимальными местными и системными побочными эффектами. Это препарат «Момедерм®», содержащий 1 мг/г мометазона фууроата, выпускаемый Фармзаводом Эльфа А.О., Польша, компании «Валеант». Ядро молекулы мометазона фууроата подобно ядру молекулы бетаметазона, содержит хлор в 9-й и 21-й позициях и новый фууроат-17-эфир, но не содержит фтора. В качестве основы для мази «Момедерм®» используется полиэтиленгликоль, цетостеариловый спирт, ланолиновый спирт, глицерола моностеарат, жидкий парафин, моногидрат лимонной кислоты, мягкий белый парафин [4, 6, 8].

«Момедерм®» успешно сочетает положительные свойства своих предшественников: обладает высокой активностью, сравнимой с силой действия фторированных глюкокортикоидов, и минимальными побочными эффектами. Среди преимуществ препарата необходимо отметить высокую липофильность, быстрое проникновение через эпидермис и хорошее местное действие. Для достижения клинического эффекта достаточно одного нанесения на очаг поражения. По сравнению с другими ТГКС «Момедерм®» обладает высокой местной активностью, что позволяет отнести его к третьему классу по силе действия, имеет низкий системный эффект и уровень безопасности, аналогичный слабым кортикостероидам. Отмечены высокие потребительские свойства препарата «Момедерм®»:

быстро впитывается и не оставляет жирного блеска на коже, не пачкает одежду.

Цель работы — дать оценку опыту клинического применения мази «Момедерм®» для лечения больных атопическим дерматитом, аллергическим дерматитом, экземой, псориазом, красным плоским лишаем.

### Материалы и методы

Под наблюдением находились 68 больных (12 — атопическим дерматитом, 20 — аллергическим дерматитом, 17 — экземой, 14 — псориазом, 5 — красным плоским лишаем), в том числе 35 мужчин и 33 женщины в возрасте от 2 до 64 лет, среди которых было 18 детей в возрасте до 14 лет. Все пациенты получали амбулаторное лечение.

Мазь «Момедерм®» в качестве наружной терапии применяли у больных атопическим дерматитом (5 мужчин и 7 женщин в возрасте от 2 до 37 лет). Наряду с этим препаратом пациентам назначали элиминационную диету, гипосенсибилизирующие и антигистаминные препараты, седативные средства, энтеросорбенты. Наружное лечение длилось от 10 до 24 дней.

Аллергический дерматит установлен у 11 мужчин и 9 женщин в возрасте от 19 до 42 лет. Давность заболевания — от 1 до 6 дней. Мазь «Момедерм®» назначали 1 раз в сутки в виде монотерапии. На время лечения больным была назначена диета, антигистаминные средства. Лечение длилось 7–14 дней.

У 17 пациентов с истинной экземой (7 мужчин и 10 женщин в возрасте от 4 до 64 лет) давность заболевания составляла от 2 мес до 11 лет. При выраженной инфильтрации, лихенификации очагов использовали мазь «Момедерм®». Наружная терапия проводилась на фоне общего лечения. Период местного лечения составил от 14 до 20 дней.

Среди больных псориазом было 9 мужчин и 5 женщин в возрасте от 6 до 68 лет, у 8 был вульгарный псориаз, у 4 — экссудативный, у 2 — распространенный. Мазь «Момедерм®» наносили на кожу туловища и конечностей 1 раз в сутки 16–21 день, перед назначением использовали несколько дней средства с салициловой кислотой. Наряду с аппликациями больные получали общее лечение и физиопроцедуры согласно клиническим протоколам диагностики и лечения псориаза.

При красном плоском лишае (3 мужчин и 2 женщины в возрасте 21–44 лет) процесс носил распространенный характер с поражением верхних и нижних конечностей, а у 2 пациентов папулы имелись и на слизистой оболочке поло-

сти рта. Местное лечение проводили с использованием мази «Момедерм®» 1 раз в сутки. Применялось также общепринятое общее лечение. Общая продолжительность лечения составляла от 14 до 23 дней.

### Результаты и обсуждение

Оценка клинической эффективности мази «Момедерм®» предполагала учет динамики как субъективных (снижение интенсивности и исчезновение кожного зуда или жжения, улучшение сна и общего состояния), так и объективных симптомов (уменьшение гиперемии, инфильтрации, воспаления, отека лихенификации, шелушения, эскориаций). На переход болезни в стадию субклинической ремиссии указывало полное исчезновение субъективных и разрешение объективных симптомов заболевания. Если достигалось разрешение не менее 70–80 % высыпаний на фоне установившегося отсутствия ранее беспокоивших субъективных ощущений, то это расценивалось как значительное улучшение.

Разрешение не менее 50 % высыпаний на фоне значительного уменьшения или исчезновения зуда или жжения, существенного улучшения сна и общего состояния расценивалось как клиническое улучшение. Отсутствие положительной динамики субъективных и объективных симптомов заболевания указывало на неудачу в лечении. При нарастании и аггравации симптомов заболевания на фоне лечения следует говорить об ухудшении патологического процесса и неэффективности проводимой терапии.

Первые признаки регресса субъективных и объективных симптомов атопического дерматита отмечены у всех больных с 3–5-го дня комплексного лечения с использованием мази «Момедерм®». К 15–16-му дню лечения у 8 (66,7 %) больных достигнута клиническая ремиссия, у 2 (16,7 %) — значительное улучшение, у 2 (16,7 %) — улучшение, а к 22-му дню — у 9 (75,0 %), 2 (16,7 %) и 1 (8,3 %) соответственно.

У больных аллергическим дерматитом уже к концу 4-го дня отмечалось снижение интенсивности зуда, к концу 5–6-го дня наблюдалось уменьшение отека, гиперемии и инфильтрации в очагах воспаления. Полное разрешение субъективных и объективных симптомов к 7-му дню лечения отмечено у 8 (40 %) пациентов, к 8-му — у 7 (35 %), к 9-му — у 4 (20 %), на 12-й день — у 1 (5 %) больного, то есть у всех 20 пациентов достигнуто клиническое выздоровление в течение 1–2 нед. Все пациенты отмечали хорошую переносимость лечения с использованием мази «Момедерм®».

Снижение интенсивности кожного зуда, улучшение общего состояния и сна у больных экземой происходило на 3–5-й день комплексного лечения с использованием мази «Момедерм®», к 10-му дню лечения кожный зуд исчез у 10 (58,8 %) больных, у остальных 7 (41,2 %) больных его интенсивность значительно уменьшилась. Динамика объективных симптомов (уменьшение гиперемии, воспаления, отека, везикуляции, лихенификации, эксфолиаций и шелушения) отмечена у большинства больных с 3–5-го дня. К 14-му дню лечения клиническое выздоровление наступило у 10 (58,8 %) пациентов, значительное улучшение — у 4 (23,5 %), улучшение — у 3 (17,6 %). Через 22–28 дней клиническое выздоровление отмечено в 15 (88,2 %) случаях.

При псориазе субъективные симптомы (зуд, плохой сон, повышенная раздражительность), как и гиперемия, воспаление и интенсивность шелушения в области папул и псориатических бляшек начали уменьшаться уже с 4–6-го дня комплексного лечения с использованием мази «Момедерм®». К 16-му дню терапии у 7 (50,0 %) больных зарегистрирован переход болезни в стадию субклинической ремиссии, у 4 (28,6 %) — значительное улучшение, у 3 (21,4 %) — улучшение клинической картины заболевания. Через 28 дней клиническое излечение достигнуто у 12 (85,7 %) больных.

Лечение больных красным плоским лишаем с включением мази «Момедерм®» в комплексную терапию позволило добиться исчезновения кожного зуда и улучшения общего состояния к 16–18-му дню у всех пациентов, папулы на коже и слизистых оболочках разрешились в эти сроки

у 4 (80,0 %) больных. К 22–24-му дню лечения только у 1 больного оставались папулы с сохранением чувства постоянного зуда.

### Выводы

У абсолютного большинства больных атопическим дерматитом, аллергическим дерматитом, экземой, псориазом, красным плоским лишаем включение в комплексную терапию мази «Момедерм®» (компания «Валеант», Фармзавод Эльфа А.О., Польша) оказалось весьма эффективным. Это позволило в сравнительно короткие сроки добиваться значительного улучшения клинического течения заболеваний или перехода болезни в стадию субклинической ремиссии, то есть клинического излечения. Препарат хорошо переносят больные, аллергические реакции или побочные эффекты не отмечены. Таким образом, проведенные клинические исследования подтверждают, что ТГКС «Момедерм®» в форме мази, обладающий противовоспалительным, противозудным, сосудосуживающим и антипролиферативным действием, является препаратом выбора в терапии хронически протекающих стероидчувствительных дерматозов. Весьма привлекательна комплаентность терапии — препарат наносится на очаги поражения 1 раз в сутки и не вызывает атрофии кожи при рациональном применении. Мазь «Момедерм®» является высокоэффективным средством для местного лечения острых и хронических дерматозов аллергической и воспалительной природы.

В настоящее время в Украине лекарственное средство «Момедерм®» представлено тремя формами: мазь 1 мг/г по 15 г, крем 1 мг/г по 15 г и 30 г.

### Список литературы

1. Андрашко Ю.В., Галникіна С.О. Сучасна концепція раціонального вибору топічного кортикостероїду // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2006.— № 4.— С. 38–41.
2. Белоусова Т.А. Рациональное применение наружных глюкокортикостероидов в общей клинической практике // Рос. мед. журн.— 2006.— Т. 14, № 29 (281).— С. 2090–2094.
3. Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова.— М: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— 1024 с.
4. Инструкция для медицинского применения препарата «Момедерм® мазь».
5. Кочергин Н. Г., Петрунин Д. Д. Современный взгляд на проблему выбора лекарственной формы средств наружной терапии // Клин. дерматол. и венерол.— 2011.— № 6.— С. 84–92.
6. Лысенко О.В., Теплова С.Н., Прокофьева В.В. Мометазон фураат при лечении псориаза // Клин. дерматол. и венерол.— 2005.— № 4.— С. 46–49.
7. Опарин Р.Б. Терапевтический диапазон топических стероидов // Рос. мед. журн.— 2007.— Т. 15, № 19 (300).— С. 1376–1378.
8. Ревякина В.А. Атопический дерматит у детей: современные возможности применения новых форм наружных противовоспалительных средств / Фарматека. Спец. вып.: Аллергология/Дерматология.— 2013.— С. 35–39.
9. Степаненко В.І., Коган Б.Г., Сологуб Л.В. та ін. Раціональність застосування топічних негалогенізованих кортикостероїдних препаратів у лікуванні алергодерматозів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 1.— С. 36–37.
10. Brazzini B., Pimpinelli N. New and established topical corticosteroids in dermatology // Am. J. Dermatol.— 2002.— Vol. 3.— P. 47–58.
11. Chi C.C., Mayon-White R.T., Wojnarowska E.T. Safety of topical corticosteroids in pregnancy: a population-based cohort study // J. Invest Dermatol.— 2011.— Vol. 13.— P. 884.
12. Korting H.C., Schollmann C., Willers C., Wigger-Alberti W. Bioavailability, antipsoriatic efficacy and tolerability of a new light cream with mometasone furoate 0,1 % // Skin. Pharmacol. Physiology.— 2012.— Vol. 25, N 3.— P. 133–141.

К.С. Шмелькова

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

## Сучасна зовнішня терапія гострих і хронічних запальних і алергічних захворювань шкіри

**Мета роботи** — дати оцінку досвіду клінічного застосування мазі «Момедерм®» для лікування хворих на atopічний дерматит, алергічний дерматит, екзему, псоріаз, червоний плоский лишай.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 68 хворих (35 чоловіків і 33 жінки) віком від 2 до 64 років: 12 — на atopічний дерматит, 20 — на алергічний дерматит, 17 — на екзему, 14 — на псоріаз, 5 — на червоний плоский лишай.

**Результати та обговорення.** В абсолютної більшості хворих на atopічний дерматит, алергічний дерматит, екзему, псоріаз, червоний плоский лишай включення в комплексну терапію мазі «Момедерм®» виявилось досить ефективним.

**Висновки.** «Момедерм®» є високоефективним засобом для місцевого лікування гострих і хронічних дерматозів алергічної та запальної природи.

**Ключові слова:** топічні стероїди, дерматози, зовнішнє лікування, «Момедерм®».

K.S. Shmelkova

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, the Ministry of Health Care of Ukraine*

## Modern topical treatment of acute and chronic inflammatory and allergic skin diseases

**Objective** — to assess the experience of clinical application of «Momederm» ointment for treatment of patients with atopic dermatitis, allergic dermatitis, eczema, psoriasis, lichen ruber planus.

**Materials and methods.** Under the supervision were 68 patients (35 men and 33 women) aged 2 to 64 years: 12 — with atopic dermatitis, 20 — with allergic dermatitis, 17 — with eczema, 14 — with psoriasis, 5 — with lichen ruber planus.

**Results and discussion.** The inclusion of «Momederm» ointment was very effective in complex therapy of vast majority of patients with atopic dermatitis, allergic dermatitis, eczema, psoriasis, lichen ruber planus.

**Conclusions.** «Momederm» is highly effective for topical treatment of acute and chronic dermatoses of allergic and inflammatory nature.

**Key words:** topical steroids, dermatoses, topical treatment, «Momederm». □

---

### Дані про автора:

**Шмелькова Катерина Сергіївна**, к. мед. н., доц. кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58  
Тел. (057) 751-12-90. E-mail: shmelkova\_ekater@ukr.net