

Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник, И.А. Маштакова

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков

Оптимизация наружной терапии больных хронической красной волчанкой

В статье приведены возможности и методика применения топических стероидов для лечения хронической красной волчанки, для которой характерны торпидное течение и резистентность к терапии. Рекомендовано применение препаратов, содержащих глюкокортикоиды разной силы действия, применительно к разной степени тяжести заболевания.

Ключевые слова

Хроническая красная волчанка, наружное лечение, топические кортикостероиды.

Хроническая красная волчанка (ХКВ) — заболевание соединительной ткани с аутоиммунными нарушениями, является наиболее распространенным хроническим рецидивирующим заболеванием кожи, которое с трудом поддается терапии, сопровождается сопутствующей патологией, часто осложняется вторичной инфекцией и характеризуется взаимосвязью внешних факторов и генетической предрасположенностью к заболеванию. Особенностью ХКВ являются деструктивные изменения соединительной ткани и генерализованное поражение сосудистого русла, ядер, преимущественно в клетках мезенхимы. При красной волчанке преобладают фибриноидные изменения стенок сосудов, продуктивные васкулиты, периваскулярные инфильтраты, которые обуславливают развитие окклюзионной васкулопатии, что, вероятно, и обуславливает резистентность к топической терапии. ХКВ является дерматозом с невысокой чувствительностью к топическим глюкокортикоидам (ГКС) [1, 2, 4].

По данным литературы, ХКВ занимает первое место среди заболеваний соединительной ткани с аутоиммунными нарушениями. У 27–66% больных пусковым механизмом красной волчанки является инсоляция. УФО стимулирует апоптоз, приводит к появлению внутриклеточных аутоантигенов на мембране апоптозных клеток, индуцируя развитие аутоиммунного процесса у генетически предрасположенных лиц [2, 7].

При правильно диагностированном дерматозе эффективность наружной терапии зависит от двух основных факторов: активного компонента лекарственного средства и лекарственной формы препарата. Активность действия ГКС связана с химическим строением активного компонента, эффективность — еще и с особенностью лекарственной формы. Среди основ, богатых липидами, эффективность препарата на 50% обусловлена активным веществом, а на 50% — лекарственной основой [3, 5].

Местное применение ГКС основано на эффективном подавлении воспалительной реакции, в том числе аллергической, благодаря сосудосуживающему эффекту, тормозящему действию на миграцию лейкоцитов и макрофагов и высвобождение из них цитокинов; ингибирование высвобождения медиаторов воспаления из эозинофилов и нейтрофилов, а также снижение метаболизма арахидоновой кислоты (исходного продукта каскада разнообразных ферментативных окислительно-восстановительных реакций) и на образование интерлейкина-1. Тем самым вызывают иммуносупрессивное действие, подавление активности гиалуронидазы, стабилизацию лизосомальных мембран клеток эпидермиса, что обуславливает применение наружных кортикостероидных средств в терапии дерматозов [6].

Кортикостероиды оказывают антипролиферативное, антимиотогенное, сосудосуживающее действия, что очень важно при лечении ХКВ, так как характерными особенностями данного забо-

Таблиця. **Терапевтична ефективність крему «Момедерм®» у больних ХКВ**

Степень тяжести	Клиническая ремиссия	Значительное улучшение	Улучшение
Легкая	14 (93,3%)	1 (6,7%)	—
Средняя	12 (80,0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)
Тяжелая	—	6 (40,0%)	9 (60,0%)

левания являются деструкция соединительной ткани и генерализованное поражение сосудисто-го русла [2].

Цель исследования — изучение эффективности препаратов, содержащих ГКС различной силы действия («Момедерм®» — сильного, «Кловейт®» — очень сильного), при наружной терапии больные ХКВ в качестве противовоспалительных, антиаллергических препаратов, а также выявление возможных побочных явлений и переносимости препаратов.

Материалы и методы

В исследование включены 45 пациентов с ХКВ в возрасте от 18 до 65 лет, которые были разделены по степени тяжести на три группы.

Препарат «Момедерм®» выпускают в виде 0,1% мази и 0,1% крема, содержит активное вещество мометазона фураат, который оказывает противовоспалительное, противозудное, антиэкссудативное и сосудосуживающее действия. Применяют на кожу в области лица и крупных складок, так как обладает минимальной склонностью к атрофии кожи.

«Кловейт®» выпускают в виде 0,05% мази, 0,05% крема, содержит в качестве действующего вещества клобетазола пропионат, который за счет липофильности хорошо проникает через роговой слой кожи, где метаболизируется, создавая более активные производные. Это ультраактивный топический стероид, применяемый при заболеваниях кожи, в лечении которых менее активные топические стероиды не оказывают положительного эффекта.

Противопоказаниями к применению этих препаратов являются вирусные, инфекционные заболевания кожи, грибковые заболевания, туберкулез кожи, офтальмологические заболевания, беременность.

Препарат «Момедерм®» применяли для лечения 45 больных ХКВ с легкой (15 человек), средней (15 человек) и тяжелой (15 человек) степенью. Это были пациенты, у которых отмечались ограниченные очаги поражения на лице, чаще в области носа и прилегающих участков

щек (в форме бабочки), на ушных раковинах, волосистой части головы, красной кайме губ — преимущественно на открытых участках кожи, подвергающихся инсоляции. Причем у больных тяжелой степени количество очагов поражения превышало три. В очагах поражения отмечались четко очерченные эритематозные элементы с инфильтрацией, выраженным фолликулярным кератозом и рубцовой атрофией разной степени. Отмечался положительный симптом «дамского каблучка». У больных с тяжелой степенью в области ладоней и подошв имелись васкулиты, в очагах на кистях и стопах — акроцианоз.

Всем пациентам проводили общую терапию, которая включала противомаларийные препараты, сосудистые, антиоксиданты, солнцезащитные средства и наружную терапию. Наружную терапию проводили препаратами «Момедерм®». Очаги поражения смазывали тонким слоем раз в сутки в течение 2–4 нед. При выходе на улицу применяли солнцезащитные наружные средства и средства барьерной фотозащиты.

Пациенты с тяжелой степенью (15 человек) применяли крем «Кловейт®». Его наносили тонким слоем на пораженную поверхность кожи 2 раза в сутки в течение 2 нед.

Результаты и обсуждение

Клинические результаты лечения больных оценивали по следующим критериям: клиническая ремиссия (полное разрешение островоспалительных признаков заболевания), значительное улучшение (выраженное разрешение островоспалительных высыпаний), улучшение (неполное разрешение воспалительных проявлений) и без эффекта (сохранялись все признаки заболевания).

В результате лечения 45 больных, получавших крем «Момедерм®» (таблица), клиническая ремиссия отмечалась у 14 (93,3%) пациентов с легкой степенью, у 12 (80,0%) со средней, у больных с тяжелой степенью клинической ремиссии не отмечено. Значительное улучшение достигнуто у 1 пациента (6,7%) с легкой степенью, у 2 (13,3%) — со средней и у 6 (40,0%) — с тяжелой. Улучшение наблюдалось у 1 (6,7%) больного со средней степенью тяжести и у 9 (60,0%) — с тяжелой.

Таким образом, крем «Момедерм®» недостаточно эффективен у больных ХКВ тяжелой степени. Им в дальнейшем назначен ультраактивный топический стероид «Кловейт®» в течение 2–3 нед. В результате отмечена клиническая ремиссия у 11 пациентов (73,3%) и значительное улучшение у 4 (26,7%).

Переносимость препаратов всеми больными была хорошей, они хорошо наносились на очаги

пораження, достатньо быстро впитувались, алергического действия и местнораздражающей реакции не отмечалось.

Динамика показателей клинического и биохимического исследований у 45 больных свидетельствовала об отсутствии общетоксического и сенсибилизирующего действий препаратов.

Выводы

Таким образом, пациентам с легкой степенью тяжести и части больных со средней степенью показано применение топического стероида «Момедерм®», так как в его состав входит мометазона фураат. Обладая минимальным атрофогенным действием, он не усугубляет атрофии, свойственной данному дерматозу. В то же время

при тяжелой степени он недостаточно эффективен, и целесообразно использовать препараты очень сильного действия (Кловейт®), чтобы добиться терапевтического эффекта, пренебрегая возможным развитием атрофии, так как она, как правило, является менее выраженной, чем атрофия, вызванная разрешением инфильтрированных элементов сыпи, свойственных тяжелому течению дерматоза. В ряде случаев с этой целью можно проводить интермиттирующую терапию топическими стероидами с 1–2-недельными перерывами после 1–2-недельного курса лечения.

Кроме того, местных побочных реакций ни в одном случае не отмечалось, т. е. препараты характеризуются оптимальным профилем эффективности/безопасность.

Список литературы

1. Белик И.Е. Патогенетические аспекты развития красной волчанки // Дерматол. та венерол.— 2006.— № 2 (32).— С. 24–29.
2. Болотная Л.А., Кутасевич Я.Ф. Современный взгляд на патогенез ограниченной склеродермии и хронической красной волчанки (обзор литературы) // Дерматол. та венерол.— 2014.— № 2 (64).— С. 5–16.
3. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Ляпунов Н.А. Новые возможности в наружной терапии хронических дерматозов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 3 (10).— С. 15–17.
4. Кутасевич Я.Ф., Савенкова В.В. Хронічний червоний

вовчак: особливості клінічного перебігу та дослідження // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.— 2012.— № 8 (57).— С. 18–23.

5. Проценко Т.В., Проценко О.А. Оптимизация наружной терапии хронических дерматозов топическими кортикостероидами // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 3 (54).— С. 114–118.
6. Якимова Т.П., Кутасевич Я.Ф., Савенкова В.В. и др. Морфологическое обоснование подходов к лечению топическими стероидами: тез. докл. VIII Всерос. съезда дерматовенерологов.— М., 2001.— С. 180–181.
7. Ardoin S.P., Pisetsky D.S. Developments of the scientific understanding of lupus // *Athr. Res. Ther.*— 2008.— Vol. 10.— P. 218–226.

Я.Ф. Кутасевич, І.О. Олійник, І.О. Маштакова

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків

Оптимізація зовнішньої терапії хворих на хронічний червоний вовчак

У статті наведено можливості і методику застосування топічних стероїдів для лікування хронічного червоного вовчака, для якого характерні торпідний перебіг і резистентність до терапії. Рекомендовано застосування препаратів, що містять глюкокортикоїди різної сили дії, стосовно різного ступеня тяжкості захворювання.

Ключові слова: хронічний червоний вовчак, зовнішнє лікування, топічні кортикостероїди.

Y.F. Kutasevych, I.O. Oliinyk, I.O. Mashtakova

SI «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine», Kharkiv

Optimization of external therapy of patients with chronic lupus erythematosus

The paper presents the possibilities and methods of use of topical steroids for the treatment of chronic lupus erythematosus, which is characterized by a torpid course and resistance to therapy. It is recommended to use drugs containing glucocorticosteroids of different force of action depending on varying degrees of disease severity.

Key words: chronic lupus erythematosus, external treatment, topical corticosteroids.

Дані про авторів:

Кутасевич Яніна Францівна, д. мед. н., проф., директор ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» 61057, м. Харків, вул. Чернишевська, 7/9. E-mail: otdderm@mail.ru

Олійник Ірина Олександрівна, д. мед. н., гол. наук. співр. відділу дерматології, інфекційних і паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Маштакова Ірина Олексіївна, к. мед. н., ст. наук. співр. ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»