

УДК 616.521-03

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭКЗЕМЫ

*М.В. Чуракаев*

Рассматриваются современные подходы к комплексному лечению экземы. Обсуждаются актуальные проблемы эффективности и безопасности различных схем лечения.

*Ключевые слова:* экзема; лечение; побочные эффекты.

---

## CURRENT APPROACHES TO COMBINATION TREATMENT FOR ECZEMA

*M. V. Churakaev*

The paper considers current approaches to combination treating eczema. The topical problems of the efficacy and safety of different treatment regimens are considered.

*Key words:* eczema; treatment; side effects.

Экзема (eczema) – одно из наиболее распространённых воспалительных заболеваний кожи. По данным современных авторов, заболеваемость этим дерматозом составляет от 10 до 20 % всего населения [1], причем уровень ее за последние 20 лет заметно возрос, особенно среди детей. По данным российских авторов, ею страдает от 2 до 10 % трудоспособного населения. Среди причин временной нетрудоспособности экзема занимает 2-е место как по числу случаев, так и по длительности её протекания [2]. Сегодня остро стоит проблема лечения данного дерматоза, поскольку экзема характеризуется длительным упорным течением, а ремиссия при ней, как правило, довольно долго сопровождается остаточными функциональными нарушениями, такими как поливалентная чувствительность кожи ко многим внешним раздражителям, её повышенная проницаемость для различных химических веществ, понижение сопротивления электрическому току, нарушение терморегуляционного рефлекса, нарушение тактильной, болевой и других видов чувствительности и др. [3].

Лечение экземы должно идти по пути оздоровления всего организма, состояние которого тесно связано с местным экзематозным процессом. Поэтому подход к терапии должен быть многоплановым и индивидуализированным.

В развитии экзематозного процесса одну из ведущих ролей играет сенсibilизация к различным аллергенам [4]. Если аллерген невозможно удалить или его идентификация не представляется возможной, некоторого эффекта можно добиться

путём неспецифической десенсибилизации, которая может быть реализована за счет диеты, лечебно-охранительного режима, а также медикаментозно, с помощью таких средств, как препараты кальция, тиосульфат натрия, хлористый аммоний и др., фармакологические эффекты которых хорошо известны.

В лечении экземы активно используются антигистаминные препараты, поскольку гистамин не только играет значительную роль в формировании аллергических реакций в качестве медиатора воспаления, но и в качестве симпатического нейромедиатора повышает чувствительность болевых рецепторов и усиливает эффекты ноцицептивной системы, что проявляется в снижении болевых порогов и порога кожного зуда, который возникает при активации H1-гистаминовых рецепторов. Использование блокаторов H1-гистаминовых рецепторов в качестве дополнительной терапии позволяет избавить пациентов от одного из основных и, несомненно, самых мучительных симптомов экземы – зуда. Однако достаточных доказательств того, что антигистаминные препараты I поколения нормализуют качество жизни, нет, а сопоставление их противозудного и побочных эффектов ставит под сомнение целесообразность их применения [5].

Блокаторы H1-рецепторов гистамина II поколения намного эффективнее справляются с зудом, способствуют скорейшему исчезновению высыпаний и улучшению качества жизни пациентов [6]. Тем не менее, применение препаратов не всегда

заканчивается полным исчезновением высыпаний и зуда, поскольку появление симптомов может обуславливать действие других медиаторов, а также гистамина не только через H1-, но и через H2-рецепторы. Несмотря на то, что некоторые из этих лекарственных средств позиционируются как “III поколение антигистаминных препаратов”, этот термин должен использоваться только для обозначения ЛС с новыми свойствами [7]. К сожалению, к настоящему времени препаратов с такими свойствами еще нет.

В последние годы возвращается интерес к применению при экземе производных салициловой кислоты. Такие препараты как натрия салицилат и ацетилсалициловая кислота использовались для лечения экземы с учетом их анальгезирующего действия, стимуляции функции гипофиза и коры надпочечников, нормализации проницаемости капилляров, мягкого антикоагулянтного действия, способности к лёгкой иммуносупрессии, ингибирующего влияния на активность протеаз [8, с. 308]. Однако в последнее время производные салициловой кислоты и другие нестероидные противовоспалительные препараты стали интересны своей способностью влиять на синтез простагландинов [9].

В рамках комплексного лечения больных хроническими формами экземы большое значение имеет восстановление функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы. Психогенные факторы вызывают изменения в коже посредством вегетативной нервной системы, гуморальных и сосудистых механизмов. Нарушение формулы сна, пароксизмы мучительного зуда, измененные поведенческие реакции, появление невротических реакций [8, с. 295] тесно связано с течением экзематозного процесса. Основное значение для определения прогноза течения болезни принадлежит психическим факторам, реализующим своё влияние на кожный процесс через вегетогуморальные звенья [10]. Из препаратов, действующих преимущественно на центральную нервную систему, особый интерес вызывают так называемые “дневные” транквилизаторы”: грандаксин, фенибут, атаракс, афобазол, оказывающие выраженное стресс-протекторное, вегеторегулирующее действие, противотревожный и антидепрессивный эффекты [11].

Кортикостероидные препараты обладают выраженным противовоспалительным действием и показаны при наличии распространенных высыпаний, а также торпидности к проводимой терапии [12]. Однако терапевтический эффект кортикостероидных средств зачастую временный. Часто после прекращения лечения этими препаратами наступает ухудшение. Поэтому применение их долж-

но быть ограничено теми случаями, когда состояние больного требует решительных мероприятий.

Наружные средства играют большую роль в лечении экземы, однако они должны назначаться в зависимости от особенностей клинического течения и стадийности кожного процесса. Так, при острой стадии экзематозного процесса показаны индифферентные мази, взбалтываемые взвеси цинка, а также такие формы, как “Колд Крем”, состоящий из воды, различных восков и масел и представляющий собой эмульсию типа “вода в масле”. Подобные средства разработаны производителями косметических средств для ежедневного ухода за чувствительной, сухой и очень сухой кожей. Лечебный же эффект подобной эмульсии обусловлен охлаждающим эффектом вследствие испарения воды. Оставшийся липидный компонент покрывает кожу в виде гидролипидной пленки, частично оказывает успокаивающее действие [13].

При наличии мокнутия целесообразно использовать примочки из таких растворов, обладающие вяжущим и противовоспалительным действием, как раствор сернокислого цинка, марганцовокислого калия, нитрата серебра. Положительный эффект оказывают препараты, содержащие медь и цинк, например, гель или спрей Cu-Zn+ со смектином, которые обладают подсушивающим действием за счет смектина, а также антисептическим действием за счет глюконата меди и цинка [14].

Основными противовоспалительными средствами для наружного применения в лечении экземы являются глюкокортикоидные препараты (ГК), которые применяются в различных лекарственных формах (аэрозоли, кремы, мази, лосьоны). Однако имеется ряд побочных эффектов, призванных ограничить использование кортикостероидных наружных средств [8, с. 328]:

- длительный спазм сосудов кожи после нанесения препарата приводит к трофическим нарушениям в коже, перекрывает естественные “каналы элиминации” патологических метаболитов и иммунных комплексов из организма больного;
- нарушение кислотной и липидной мантии кожи со снижением её бактерицидных свойств и развитием вторичного инфицирования очагов;
- временный противовоспалительный эффект создает видимость благополучия, являясь своего рода “маскирующей терапией”.

С целью снижения риска развития побочных эффектов целесообразно сочетать применение топических глюкокортикоидных средств (ТГКС) с индифферентными мазями (“тандем-терапия”), ограничить длительность применения ТГКС до

14 дней, а также отказаться от использования окклюзионных повязок с этими препаратами.

Таким образом, тщательный дифференцированный подход к выбору средств и методов терапии больных экземой, основанный на рациональном адекватном использовании в составе комплексного лечения групп и форм системных и местных препаратов, позволит повысить эффективность терапии в период обострения, избежать нежелательных эффектов и достичь стойкой, длительной ремиссии заболевания и, в конечном счёте, значительно улучшить качество жизни таких пациентов.

#### Литература

1. *Ivette A.G. Deckers et al.* Investigating International Time Trends in the Incidence and Prevalence of Atopic Eczema 1990–2010: A Systematic Review of Epidemiological Studies.
2. *Антоньев А.А.* Экспертиза трудоспособности при заболеваниях кожи / А.А. Антоньев, Ю.Д. Арбатская, В.Н. Шеварова. М.: Медицина, 1982. С. 98.
3. *Кожевников П.В.* Общая дерматология / П.В. Кожевников. Л.: Медицина, 1970. С. 260.
4. *Teresa Fu et al.* Eczema and Sensitization to Common Allergens in the United States: A Multiethnic, Population-Based Study. *Pediatric Dermatology*. 2014. Vol. 31. № 1. P. 21–26.
5. *Apfelbacher C.J., van Zuuren E.J., Fedorowicz Z., Jupiter A., Mattered U., Weisshaar E.* Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema (Review). *The Cochrane Library*. 2013. Issue 2. P. 7.
6. *Колхир П.В.* Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы / П.В. Колхир, Н.Г. Кочергин, О.А. Косоухова // *Лечащий врач*. 2014. № 4. С. 25.
7. *Holgate S., Canonica G., Simons F. et al.* Consensus group on new-generation antihistamines (CONGA): present status and recommendations // *Clin. Exp. Allergy*. 2003; 33: 1305–1324.
8. *Торопова Н.П.* Экзема и нейродермит у детей (современные представления о патогенезе, клинике, лечении и профилактике) / Н.П. Торопова, О.А. Синявская. Свердловск, 1993.
9. *Данилова А.А.* Общие подходы к терапии экземы в практике врача-интерниста / А.А. Данилова // *Лечащий врач*. 2011. № 8. С. 94.
10. *Терентьев С.Ю.* Психологические особенности больных экземой и псориазом / С.Ю. Терентьев, Н.П. Ермошина, Н.В. Яковлева // *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова*. Рязань, 2009. № 3. С. 93–98.
11. *Сухарев А.В.* Коррекция психовегетативных расстройств в процессе комплексного воздействия больных хроническими дерматозами / А.В. Сухарев, Р.Н. Назаров, Е.С. Савченко и др. // *Вестник нац. медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. М., 2012. Т. 7. № 2. С. 109–111.
12. *Дерматовенерология: национальное руководство* / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 659.
13. *Богачева Н.А.* Новые наружные средства в комплексной терапии больных с контактным аллергическим дерматитом и экземой / Н.А. Богачева // *Лечащий врач*. 2007. № 9. С. 64–65.
14. *Ревякина В.А.* Современные тенденции в комплексной наружной терапии атопического дерматита у детей / В.А. Ревякина // *Лечащий врач*. 2014. № 6. С. 38–41.