

А.Д. Дюдюн¹, Н.М. Поліон¹, С.В. Захаров¹, Т.М. Пряхіна²

¹ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

²КЗ «Дніпропетровський обласний шкірно-венерологічний диспансер»

Ефективність та переносність 0,1 % крему «Стерокоорт» у комплексній терапії хворих на екзему

Мета роботи — оцінка терапевтичної ефективності та переносності препарату «Стерокоорт», крему для зовнішнього застосування 0,1 % в тубах по 15 г виробництва ВАТ «Фітофарм», у комплексному лікуванні хворих на екзему.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 67 (29 жінок, 38 чоловіків) хворих на екзему віком від 25 до 67 років, середній вік становив $(43,8 \pm 5,2)$ року. Клінічний діагноз ґрунтувався на результатах ретельного вивчення анамнестичних даних, клінічних виявів хвороби та комплексного клініко-лабораторного дослідження.

У клінічній характеристиці хворих враховано основне захворювання, зокрема інтенсивність його об'єктивних та суб'єктивних виявів.

Результати та обговорення. Під час клінічного обстеження встановлено, що найбільшою мірою хворих на екзему непокоїв свербіж, ступінь вияву якого більше ніж у половині випадків був значним. У вогнищах ураження виявлялася велика кількість везикулярних елементів, які дуже часто зливалися, виділення мали серозний характер. По периферії вогнищ спостерігалися поодинокі вузлові висипання і везикули, характер висипань — поліморфний.

Клінічне спостереження продемонструвало в пацієнтів з екземою високу терапевтичну ефективність місцевого призначення 0,1 % крему «Стерокоорт», яка підтверджувалася швидким зникненням об'єктивних і суб'єктивних клінічних виявів захворювання. За результатами диспансерного спостереження за хворими, які в комплексному лікуванні застосовували 0,1 % крем «Стерокоорт», не зареєстровано негативних побічних ефектів як місцевого, так і системного характеру.

Висновки. «Стерокоорт» (метилпреднізолону ацепонат) — кортикостероїд, який не містить галогенів і належить до групи виражено активних кортикостероїдів. Препарат має високу ліпофільність, що забезпечує добре проникнення в запалену тканину, терапевтичну ефективність рівня сильних кортикостероїдів та безпечність застосування рівня слабких кортикостероїдів (гідрокортизону).

Ключові слова

Екзема, клінічні вияви, ефективність лікування, метилпреднізолону ацепонат.

Алергодерматози — це ураження шкіри, у виникненні та розвитку яких головну роль відіграють алергічні реакції різного типу.

Алергодерматози представлені великою групою захворювань шкіри, що включає алергічний контактний дерматит, різні форми екземи, atopічний дерматит, алергічні васкуліти, свербіж, кропив'янку, алергічні висипки внаслідок дії лікарських засобів та інші дерматози [1, 5, 9].

Алергічні захворювання шкіри є одним з найпоширеніших видів її патології. Нині у світі неухильно зростає частота і поширеність цих

захворювань, зокрема atopічного дерматиту, контактнo-алергічного дерматиту, різних видів екземи та інших. Згідно з даними багатоцентрових досліджень у рамках ISSAC, у світі спостерігається збільшення показників захворюваності на алергодерматози усіх нозологічних форм. В окремих країнах світу від алергодерматозів страждає понад 25 % населення. Якщо в шістдесяті роки ХХ сторіччя у країнах Європи захворюваність на atopічний дерматит (АД) становила 0,1—0,5 %, то сьогодні цей показник у середньому відповідає 12 % з граничними коли-

ваннями від 9 до 24 %. У структурі дерматозів АД у дітей зустрічається найчастіше і становить понад 35 % випадків [10, 11].

Близько 25 % хворих, які щодня звертаються по консультативну допомогу до алергологів і дерматологів мають ту чи іншу алергічну реакцію, яка має шкірні вияви [1, 2, 4].

Алергодерматози зустрічаються в середньому у 20 % хворих з алергічною патологією, а в дитячому віці діагностуються у 50–66,4 % пацієнтів і посідають перше місце серед усіх форм алергічних захворювань.

Частота алергодерматозів в осіб найбільш працездатного віку, які перебігають за тяжким рецидивуючим типом, у структурі шкірної патології становить понад 40 %. Крім того, повсюди спостерігається зростання тяжкості перебігу алергодерматозів та їх торпідність до призначеної терапії.

Головними чинниками ризику розвитку алергодерматозів у дітей є: спадкова схильність до алергічних реакцій, патологічний перебіг вагітності та пологів, внутрішньоутробна сенсibiliзація плоду різними алергенами, раннє штучне вигодовування, харчова алергія, супутня патологія органів травлення, алергія на лікарські засоби [4, 10].

Така несприятлива динаміка цієї групи захворювань зумовлена низкою причин, які потрібно враховувати в комплексному лікуванні хворих. Зовнішнім чинником насамперед є екологічне забруднення навколишнього середовища, особливо в промислово розвинених країнах, а також збільшення контактів у побуті та на виробництві з різноманітними хімічними речовинами (продукти побутової хімії, косметичні засоби, будівельні матеріали, метали, синтетичні матеріали одягу і взуття). Зростанню захворюваності на алергодерматози, безсумнівно, сприяє вживання великої кількості ліків, зокрема і вітамінів та харчових добавок, консервів і продуктів швидкого харчування.

Аналізуючи епідеміологічні дослідження з вивчення захворюваності на алергодерматози, можна зробити висновки, що зростання захворюваності прямо пов'язано зі зростанням кількості людей з професіями, які сприяють алергізації організму. Насамперед це будівельники, хіміки, харчовики, медики, пекарі, перукарі та інші професії. Цим можна пояснити певні відмінності в поширеності окремих форм алергодерматозів, для яких характерна вікова та гендерна залежність. На відміну від atopічного дерматиту контактний, контактано-алергічний дерматити та екзема рідко бувають в осіб до 20 років, які переважно ще не зазнають впливу

професіональних шкідливостей. З роками спостерігається зростання захворюваності на алергодерматози. Серед хворих на алергодерматози, що звертаються по спеціалізовану медичну допомогу, переважають жінки [5, 6].

Дуже важливим аспектом епідеміології алергічних захворювань є спадкова схильність до розвитку алергічних реакцій. Ці люди формують групи підвищеного ризику. Особливо високі показники генетичної схильності у хворих на atopічний дерматит та з алергічними реакціями, які виникають на кілька видів алергенів. Схильність до алергічних реакцій у два рази частіше передається по материнській лінії [10–13].

Результати багатьох досліджень свідчать про те, що міське населення порівняно із сільським частіше хворіє на алергодерматози. Все це зумовлено тим, що мешканці міст більше підпадають під дію чинників навколишнього середовища і частіше піддаються впливу різноманітних стресових ситуацій через напружений ритм життя. Крім того, міські жителі зловживають їжею, яка має високе алергічне навантаження, а у їхніх квартирах накопичуються велика кількість побутових алергенів (килими, м'які меблі, книги, пухові ковдри та подушки, штори і покривала із синтетичних тканин, будівельні фарби, лаки, штучні оздоблювальні матеріали). Утримання в домашніх умовах тварин, птахів, акваріумних рибок також створюють умови, які часто сприяють розвитку алергодерматозів [3, 5, 7].

За сучасним уявленням головним патогенетичним механізмом алергодерматозів є системне алергічне запалення з активним виявом на шкірі та слизових оболонках. Алергія є патологічною формою реагування імунної системи, внаслідок якої пошкоджуються власні клітини і тканини організму хворого. В реалізації алергічної відповіді організму у випадках зі складними патогенетичними компонентами шкірних захворювань велике значення надається реактивним реакціям і порушенню клітинно опосередкованого ланцюга імунітету. При спадкових станах алергічні вияви характеризуються природженою підвищеною чутливістю до багатьох факторів навколишнього середовища і здатністю до утворення реактивних антитіл [5].

Клінічні вияви алергодерматозів характеризуються різним набором і поєднанням первинних морфологічних елементів: плями, папули, везикули, пухирі, міхури, що формують клінічні вияви, зокрема гіперемію, інфільтрацію, набряк, ексудацію і мокнуття.

Алергодерматози мають такі клінічні стадії: еритематозна, папульозна, еритематозно-лускоподібна, еритематозно-лускоподібна з ліхеніфі-

кацією, стадія мікроезикації, ексудативна, пухирно-бульозна, кірочкова, ліхеноїдна з різко вираженою ліхеніфікацією, прурігоподібна, що дуже важливо враховувати під час планування і проведення комплексного лікування хворих. Суб'єктивними виявами алергодерматозів є свербіж, відчуття стягнення шкіри, біль і печіння [3, 8].

У разі контактного дерматиту заходи медичної профілактики і лікування очевидні. Вони зводяться до зменшення інтенсивності й тривалості впливу чинників, що сприяють виникненню дерматозу. В подальшому важливо не допускати контакту шкіри зі шкідливостями, максимально швидко їх усувати та використовувати захисні засоби під час роботи з причинним алергеном. Якщо алергічні агенти, що пошкоджують шкіру, відомі, можуть застосовуватися заходи з нейтралізації їхньої агресивної дії. Наприклад, фізико-хімічна нейтралізація кислот і лугів, зв'язування антигенів комплексоутворювачами, сорбентами та спеціальними антидотами, максимальне промивання водою з поверхнево активними добавками та інше [5, 10].

Провідна роль серед медикаментозних засобів у лікуванні хворих на алергодерматози належить протиалергічним препаратам, які беруть участь у стабілізації мембран тучних клітин, антигістамінних препаратів та сорбентів. Антигістамінні препарати широко використовуються для зняття свербіж, навіть при неалергічних шкірних захворюваннях, зокрема псоріазі, герпетиформному дерматиті Дюрінга та інших.

У більшості випадків хронічні шкірні захворювання супроводжуються порушеннями травлення. Тому корекція їх є обов'язковою для комплексної терапії. Однак її слід проводити після поглибленого гастроентерологічного обстеження, а лікарські призначення мають відповідати кожній конкретно виявленій патології (хронічний гастродуоденіт, хронічний коліт, дисбактеріоз кишечника, дискінезія жовчовивідних шляхів).

Важливою для усунення свербіж шкіри є корекція порушень з боку нервової системи. Починати потрібно з дотримання режиму у створенні адекватного психологічного клімату в оточенні хворого, уникнення психотравмівних ситуацій. Доцільними є консультації психолога та невропатолога. Тільки з урахуванням їхніх рекомендацій можливе призначення седативних і снодійних препаратів.

Застосування антибіотиків системної дії в комплексному лікуванні хворих на алергодерматози доцільне при вторинному інфікуванні шкіри в зоні патологічного процесу, коли місцева антибактеріальна терапія виявляється недостат-

ньою, а також за наявності хронічних вогнищ бактеріальної інфекції. Вибір антибактеріального засобу індивідуальний у кожного пацієнта з урахуванням чутливості мікроорганізмів, які ускладнюють перебіг алергодерматозу. Потрібно зауважити, що в людей зі схильністю до алергічних реакцій найчастіше буває непереносимість антибіотиків пеніцилінового і цефалоспоринового ряду [5].

В особливі тяжких випадках алергодерматозів і лише під наглядом лікаря можливо використовувати кортикостероїди системної дії (всередину або парентерально), частіше їх застосовують для невідкладної терапії при алергічних станах, що загрожують життю пацієнта.

Корисним у комплексній терапії при алергодерматозах може бути призначення адекватного фізіотерапевтичного лікування.

Слід зауважити, що невід'ємною частиною комплексного лікування хворих на алергодерматози є зовнішня терапія із застосуванням протизапальних, антибактеріальних препаратів і засобів, які підвищують рівень вологості шкіри, поліпшують її лущення та трофіку. Таким чином, зовнішня терапія спрямована на зменшення ознак запалення, усунення сухості шкіри і дискомфорту, адекватне очищення, усунення і профілактику бактеріальної, грибкової, вірусної інфекції шкіри, репарацію пошкодженого епітелію, а також відновлення і посилення захисних функцій шкіри [10, 14].

Зовнішня терапія, як важлива складова комплексного лікування хворих на алергодерматози, має велике значення не лише для суттєвого зменшення та ліквідації запальної реакції шкіри, а й для профілактики захворювання. Раціональне використання зовнішніх лікарських форм запобігає розвитку алергодерматозів та значно впливає на усунення патологічного процесу в шкірі.

Топічна терапія, спрямована на зменшення та зникнення негативних суб'єктивних відчуттів (свербіж, біль, печія), сприятливо відображається на психоемоційному стані хворих, поліпшує сон, апетит, загальне самопочуття та якість життя хворого. Водночас неадекватне використання засобів зовнішньої терапії може значно погіршити перебіг запального процесу шкіри.

Вибір топічного препарату визначається формою запального процесу в шкірі та локалізацією патологічного процесу.

Останніми роками провідну позицію в комплексному лікуванні хворих на алергодерматози посідають топічні кортикостероїдні препарати завдяки вираженій протиалергічній, протисвербіжній та протизапальній дії. Незважаючи на те, що ефективність і безпечність топічних корти-

костероїдних препаратів підтверджено численними рандомізованими багатоцентровими дослідженнями, понад 70 % лікарів і батьків хворих дітей мають стероїдофобійне уявлення про ці препарати і бояться використовувати їх для лікування, особливо дітей [6–8, 11–13].

Місцева стероїдна терапія не завжди призводить до повноговилікування і не завжди запобігає появам нових загострень хвороби. Тривале застосування такого лікування нерідко супроводжується звиканням, ослабленням терапевтичного ефекту та появою ускладнень і побічної дії. Стероїдні препарати місцевого призначення іноземного виробництва мають високу ціну, що робить їх недоступними [7, 8, 14].

Тому розроблення та впровадження в медичну практику лікарів-дерматовенерологів вітчизняних стероїдних препаратів для місцевого застосування є перспективними і необхідними.

Мета роботи — оцінка терапевтичної ефективності та переносності препарату «Стерокоорт», крему для зовнішнього застосування 0,1 % в тубах по 15 г виробництва ВАТ «Фітофарм», у комплексному лікуванні хворих на екзему та виявлення побічних ефектів.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебували 67 (29 жінок та 38 чоловіків) хворих на екзему віком від 25 до 67 років (середній — $(43,8 \pm 5,2)$ року).

Клінічний діагноз встановлено за результатами ретельного вивчення анамнестичних даних, клінічних виявів хвороби та комплексу клініко-лабораторних досліджень.

Усіх пацієнтів з алергодерматозами, які перебували під спостереженням, проконсультували терапевт, кардіолог, ревматолог, гастроентеролог, ендокринолог, імунолог.

Комплексне клініко-лабораторне дослідження включало вимірювання АТ, ЧСС, проведення загального аналізу крові (еритроцити, гемоглобін, лейкоцити, ШОЕ), загального аналізу сечі (рН, питома вага, білок, глюкоза, епітеліальні клітини, лейкоцити, еритроцити, циліндри), біохімічних аналізів крові (АЛТ, АСТ, креатинін, глюкоза).

Планування і проведення комплексного лікування хворих на алергодерматози проведено з урахуванням можливих алергічних агентів та максимальною елімінацією їх.

Враховуючи, що дієтотерапія є одним з найважливіших напрямів комплексної терапії при алергічних захворюваннях шкіри, на першому етапі лікування з раціону харчування виключалися продукти, які призводили до виникнення або загострення захворювання, а також продук-

ти високої алергенної здатності. Після алергологічного обстеження усували причинно-значущі харчові алергени.

Оскільки причиною алергічних реакцій шкіри можуть бути не лише харчові продукти, проводилися елімінаційні заходи, які зменшували контакт з побутовими алергенами. Для цього пацієнти мали виконувати такі умови: використання подушок і ковдр із синтетичних матеріалів, зміна постільної білизни два рази на тиждень, мінімізація м'яких меблів та килимів, регулярне вологе прибирання квартири гіпоалергенимпилососом, підтримання низького рівня вологості, використання очищувача повітря. У разі встановлення підвищеної чутливості до цвілевих грибів необхідно: після користування ванною насухо витирати всі вологі поверхні, прибирання у ванній кімнаті проводити із застосуванням розчинів, що запобігають цвілі; на кухні користуватися витяжкою; сушити одяг у провітрюваних приміщеннях поза житловими кімнатами. При епідермальній алергії: не користуватися одягом з вовни, хутра тварин, виключити відвідування зоопарку, цирку, не утримувати тварин у квартирі. При алергії до пилку рослин: у період цвітіння герметизувати вікна, обмежити прогулянки у вітряну та сонячну погоду, з обережністю використовувати рослинні косметичні засоби, не застосовувати фітопрепарати.

Усім хворим до комплексного лікування включали: вітамінні препарати (вітамін А, кальцію пантотенат), ферментні препарати («Фестал», «Ензистал», «Панзинорм форте», «Креон»), гепатопротектори, сорбенти («Атоксил», «Еліміналь» протягом 5–10 днів), седативні препарати (екстракт валеріани, «Ново-Пасит», гліцин).

Усім пацієнтам місцево призначали 0,1 % крем «Стерокоорт» для зовнішнього застосування виробництва ВАТ «Фітофарм». Крем наносили 1 раз на добу на уражені ділянки шкіри рівномірно тонким шаром. Препарат застосовували без оклюзійних пов'язок.

У випадках захворювання, які супроводжувалися вираженим мокнуттям, хворим призначали примочки 1 % розчином борної кислоти з подальшим використанням 0,1 % крему «Стерокоорт».

«Стерокоорт» (метилпреднізолону ацепонат) є глюкокортикостероїдом для зовнішнього застосування. Препарат зменшує запальні процеси та алергічні реакції шкіри, а також реакції, пов'язані з гіперпроліферацією клітин. Така дія призводить до послаблення як об'єктивних симптомів (еритема, набряк, інфільтрація, ліхеніфікація), так і суб'єктивних скарг (свербіж,

печіння, біль). У разі місцевого застосування метилпреднізолону ацепонату в терапевтичній дозі системний ефект є мінімальним. У випадках використання препарату на великих ділянках шкіри рівень кортизону в плазмі крові залишається у межах норми, не підвищується його циркадний ритм. Також не встановлено зменшення концентрації кортизону в добовій сечі. Як і для інших глюкокортикоїдів, механізму дії метилпреднізолону ацепонату остаточно не з'ясовано. Відомо, що препарат безпосередньо зв'язується з внутрішньоклітинними глюкокортикоїдними рецепторами. Це особливо стосується основного метаболіту метилпреднізолону ацепонату — 6А-метилпреднізолону-17-пропіонату, який утворюється у шкірі шляхом гідролізу. Зв'язування комплексу рецептор — стероїд з відповідною ділянкою молекули ДНК викликає низку біологічних ефектів.

Механізм протизапальної дії метилпреднізолону ацепонату вивчено більше. Зв'язування комплексу рецептор — стероїд призводить до індукції синтезу макрокортину. Макрокортин пригнічує вивільнення арахідонової кислоти і знижує утворення медіаторів запалення, зокрема простагландинів та лейкотрієнів. Імуносупресивну дію глюкокортикостероїдів можна пояснити пригніченням синтезу цитокінів і антимітотичним ефектом, який поки що недостатньо вивчено. Пригнічення синтезу вазодилатаційних простагландинів або потенціювання вазоконстрикторного ефекту адреналіну зумовлює вазоконстрикторну активність глюкокортикостероїдів.

Метилпреднізолону ацепонат проникає у шкіру, і його концентрація в роговому шарі та шкірі зменшується в напрямку від поверхні до середини. Метилпреднізолону ацепонат гідролізується в епідермісі та дермі. Основним метаболітом є 6А-метилпреднізолону-17-пропіонат, який виявляє велику спорідненість до стероїдних рецепторів (процес «біоактивації» у шкірі).

Ступінь абсорбції через шкіру залежить від стану шкіри, властивостей лікарської форми і методу застосування (відкрите нанесення або під оклюзійну пов'язку). Абсорбція препарату в разі відкритого нанесення на уражені ділянки шкіри в підлітків і дорослих, хворих на нейродерміт або псоріаз, становить не більш як 2,5 %, що незначно більше абсорбції крізь неушкоджену шкіру у здорових добровольців (0,05–1,5 %).

Якщо перед нанесенням препарату на шкіру знято роговий шар, рівень кортикостероїду приблизно втричі більший, ніж без зняття рогового шару.

Потрапляючи до кровотоку, продукт гідролізу метилпреднізолону ацепонату — 6А-метил-

Таблиця 1. Вияви суб'єктивних скарг хворих на алергодерматози до лікування, бали

Характер скарг	Хворі на екзему (n = 67)
Свербіж	2,64 ± 0,07
Печіння	1,60 ± 0,13
Болісність	1,22 ± 0,17

преднізолону-17-пропіонат — швидко формує кон'югат з глюкуроною кислотою, і внаслідок цього відбувається його інактивація. Метаболіти метилпреднізолону ацепонату (основний метаболіт 6А-метилпреднізолону-17-пропіонат-21-глюкуронід) виводяться переважно нирками з періодом напіввиведення близько 16 год. Метилпреднізолону ацепонат («Стерокорт») належить до активних кортикостероїдів третьої групи, яким притаманні всі зазначені вище дії. «Стерокорт» володіє однією із найбільш важливих властивостей для топічних стероїдів — незначною властивістю всмоктування в кровеносне русло і підвищеним рівнем метаболізму на рівні клітин епідермісу, що робить його застосування доцільним при хронічних дерматозах [2, 4, 5].

Статистична обробка результатів, отриманих у клінічному спостереженні, проводилася за допомогою загальноприйнятих у медично-біологічних дослідженнях параметричних і непараметричних методів статистичного аналізу на персональному комп'ютері за допомогою програм Statistica v.6.0 (StatSoft, USA) та Microsoft Excel.

Результати та обговорення

Під час клінічного обстеження найбільше хворих на екзему непокоїв свербіж, ступінь виявів якого більше ніж у половини хворих був значним (табл. 1).

Під час огляду шкіри частіше спостерігалися дисемінований характер ураження та симетричність локалізації осередків ураження, зокрема на шкірі верхніх і нижніх кінцівок, обличчі, рідше на тулубі. Основними клінічними виявами захворювання були гіперемія, набряк, везикуляція, папули, пустули, кірки, лусочки, лущення та мокнуття. В ділянці осередків ураження виявлялася велика кількість везикулярних елементів, які дуже часто зливалися, виділення мали серозний характер. По периферії виявлялися поодинокі вузлові висипання і везикули, характер висипань — полімофний.

Дані табл. 2 свідчать про те, що у хворих на екзему значний ступінь клінічних виявів мали еритема та набряк.

Таблиця 2. Характер елементів висипань у хворих на екзему до лікування, бали

Характер висипань	Хворі на екзему (n = 67)
Набряк	2,36 ± 0,09
Еритема	2,72 ± 0,06
Папули	1,26 ± 0,15
Везикули	2,14 ± 0,13
Мокнуття	1,32 ± 0,12
Ерозії	1,04 ± 0,15
Пустули	0,06 ± 0,03
Кірки	0,92 ± 0,11
Луски	1,32 ± 0,13
Лущення	1,38 ± 0,15

Таблиця 3. Показники лабораторних досліджень крові та сечі у хворих на екзему до лікування, бали

Показник	Хворі на екзему (n = 67)	
	До лікування	Після лікування
<i>Загальний аналіз крові</i>		
Еритроцити, × 10 ¹² /л	4,2 ± 0,4	4,4 ± 0,3
Гемоглобін, г/л	124,0 ± 5,0	132,9 ± 5,4
Кольоровий показник, у. о.	0,9 ± 0,01	0,92 ± 0,03
Лейкоцити, × 10 ⁹ /л	8,3 ± 0,5	6,3 ± 0,7
Тромбоцити, × 10 ⁹ /л	230,5 ± 5,7	242,5 ± 6,4
ШОЕ, мм/год	15,9 ± 0,5	10,5 ± 0,3
<i>Загальний аналіз сечі</i>		
Колір	Жовтий	Жовтий
Питома вага, г/л	1019,2 ± 0,6	1018,6 ± 0,9
pH, у. о.	6,2 ± 0,2	5,9 ± 0,2
Білок, г/л	Не виявлено	Не виявлено
Глюкоза, г/л	Не виявлено	Не виявлено
Лейкоцити, прим. в п. з.	3,1 ± 0,2	3,3 ± 0,2
Еритроцити, прим. в п. з.	Не виявлено	Не виявлено
Епітеліальні клітини, прим. в п. з.	Поодинокі в п. з.	Поодинокі в п. з.
<i>Біохімічний аналіз крові</i>		
Загальний білок, г/л	72,3 ± 1,0	74,2 ± 1,0
АЛТ, ммоль/(л/г)	0,25 ± 0,02	0,29 ± 0,03
АСТ, ммоль/(л/г)	0,38 ± 0,03	0,32 ± 0,02
Креатинін, мкмоль/л	67,5 ± 2,2	62,5 ± 2,5
Глюкоза, ммоль/л	5,1 ± 0,1	5,3 ± 0,3

Дані лабораторних досліджень не засвідчили клінічно значущих змін периферичної крові і сечі як до, так і після лікування. У частини пацієнтів простежувалося незначне підвищення ШОЕ та кількості лейкоцитів (табл. 3).

У всіх пацієнтів проаналізовано динаміку змін суб'єктивних скарг під впливом проведеної терапії. У більшості хворих на екзему в процесі лікування метилпреднізолону ацепонатом («Стерокоорт») зменшилася інтенсивність суб'єктивних скарг.

Після лікування у більшості пацієнтів спостерігалася позитивна динаміка об'єктивних клінічних виявів екземи. Вже на 7-й день лікування хворі на екзему зауважували значне зменшення суб'єктивних скарг, а також набряку, гіперемії в осередках ураження і зникнення везикуляції та папульозних елементів. На 14-й день лікування практично зникло відчуття печіння, болісності. Лише деякі пацієнти мали скарги на незначний свербіж.

У 66 (98,51 %) хворих на екзему наставала повна клінічна ремісія захворювання. На час закінчення курсу лікування лише в одного пацієнта зберігався незначний свербіж і гіперемія в осередках ураження, що може бути пов'язано з нечітким виконанням лікарських призначень.

Оцінка ефективності місцевого призначення 0,1 % крему «Стерокоорт» у комплексній терапії хворих на екзему і переносності проведеного лікування ґрунтувалася на позитивній динаміці суб'єктивних і об'єктивних клінічних виявів захворювання, відсутності небажаних побічних ефектів та результатах комплексного лабораторного обстеження пацієнтів у процесі терапії та після її проведення.

Таким чином, місцеве призначення 0,1 % крему «Стерокоорт» у комплексному лікуванні 67 хворих на екзему продемонструвало високу терапевтичну ефективність препарату, що підтверджувалася швидким зникненням об'єктивних і суб'єктивних клінічних виявів захворювання. Диспансерне спостереження за хворими, які в комплексному лікуванні застосовували 0,1 % крем «Стерокоорт», дало змогу констатувати відсутність негативних небажаних побічних ефектів як місцевого, так і системного характеру.

Висновки

1. «Стерокоорт» (метилпреднізолону ацепонат) — кортикостероїд, який не містить галогенів і належить до групи виражено активних кортикостероїдів. Має високу ліпофільність, що забезпечує добре проникнення в запалену тканину.

2. «Стерокоорт» є дієфіром та активується в осередку ураження шляхом деестерифікації з

утворенням активних метаболітів (метилпреднізолону 17-пропіонат), що забезпечує мінімізацію небажаної дії на неушкоджену тканину.

3. Високий ступінь зв'язування з транскортином і швидка кон'югація з глюкуроновою кислотою в печінці практично забезпечують повну відсутність системних побічних ефектів метилпреднізолону ацепонату.

4. У клінічній практиці «Стерокорт» за терапевтичною ефективністю виявляє властивості сильних кортикостероїдів, а за безпечністю застосування — слабких кортикостероїдів (гідрокортизону).

4. «Стерокорт», володіючи мінімальною резорбцією, високим рівнем місцевої та системної безпеки, може застосовуватися у дітей з 4-місячного віку.

Враховуючи високу терапевтичну активність препарату місцевого призначення 0,1 % крему «Стерокорт», добру переносність, відсутність небажаних побічних ефектів, вважаємо за доцільне рекомендувати його для широкого застосування практичними лікарями в комплексному лікуванні хворих зі стероїдчутливими дерматозами.

Список літератури

- 1 Белоусова Т.А. Рациональное применение наружных глюкокортикостероидов в общей клинической практике // РМЖ.— 2006.— № 29.— С. 2090.
- 2 Волкова Е.Н., Ланге Д.А., Родина Ю.А., Тарасова М.В. Метилпреднизолон ацепонат в комплексной терапии хронических дерматозов: анализ тактических ошибок применения // Клин. дерматол. и венерол.— 2010.— № 5.— С. 84—88.
- 3 Кочергин Н.Г., Новоселов В.С. Наружная терапия стероидочувствительных дерматозов: врачебный выбор // Врач.— 2006.— № 2.— С. 42—46.
- 4 Намазова Л.С., Вознесенская Н.И., Мазитова Л.П. Атопический дерматит у детей — проблемы и решения // РМЖ.— 2006.— № 14 (19)— С. 44—49.
- 5 Общая аллергология / Под. ред. Г.Б. Федосеева.— Т. 1—СПб, 2001.— С. 42—382.
- 6 Рыжко П.П., Рощенко Л.В. Применение препарата адвантан в практике дерматолога // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 2.— С. 24—26.
- 7 Степаненко В.И., Коган Б.Г., Сологуб Л.В. Топические негалогенизированные кортикостероидные препараты в лечении алергодерматозов // Совр. педиатр.— 2004.— № 1 (2)— С. 47—48.
- 8 Шупелько Н.М. Применение топических глюкокортикостероидных гормонов в дерматологической практике // Мистецтво лікування.— 2004.— № 6 (12)— С. 23—24.
9. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System // WHO, 2008.
10. Blume-Peytavi U. Optimizing the treatment of atopic dermatitis in children: a review of the benefit/risk ratio of methylprednisolone Aceponate // JEADV.— 2011.— N 25.— P. 508—515.
11. Brazzini B., Pimpinelli N. New and established topical corticosteroids in dermatology: clinical pharmacology and therapeutic use // Am. J. Clin. Dermatol.— 2002.— N 3 (1)— P. 47—58.
12. Lo KK. Proper Use of Topical Corticosteroids and Topical Immuno-suppressive Agents // The Hong Kong Medical Diary.— 2006.— Vol. 11, N 9.— P. 4—5.
13. Meffert H., Schuppler J. Methylprednisolone aceponate lotion for treatment of acute eczema // Zeitschrift fur Hautkrankheiten.— 1999.— N 74.— P. 88—94.
14. Zaumseil R.P., Fuhrman H. et al. Methylprednisolone aceponate (Advantan) — an effective topical corticoid therapy with few side effects // Jahrbuch der Dermatologie.— 1992.— N 3.— P. 247—263.

А.Д. Дюдюн¹, Н.Н. Полион¹, С.В. Захаров¹, Т.Н. Пряхина²

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

²КЗ «Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер»

Эффективность и переносимость 0,1 % крема «Стерокорт» в комплексной терапии больных экземой

Цель работы — оценка терапевтической эффективности и переносимости препарата «Стерокорт», крема для наружного применения 0,1 % в тубах по 15 г производства ОАО «Фитофарм», в комплексном лечении больных экземой.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 67 (29 женщин, 38 мужчин) больных экземой в возрасте от 25 до 67 лет, средний возраст составил (43,8 ± 5,2) года. Установление клинического диагноза базировалось на тщательном изучении анамнестических данных, клинических проявлений болезни и результатах комплексного клинико-лабораторного исследования.

Клиническая характеристика больных проводилась с учетом основного заболевания, обращалось внимание на интенсивность объективных и субъективных проявлений.

Результаты и обсуждение. Во время клинического обследования было установлено, что в наибольшей степени больных экземой беспокоил зуд, степень проявления которого более чем у половины больных была значительной. В области очагов поражения оказывалось большое количество везикулярных элементов, которые очень часто сливались, отделяемое имело серозный характер. По периферии очагов выявлялись единичные узловые высыпания и везикулы, характер высыпаний — полиморфный.

Клиническое наблюдение показало у больных экземой высокую терапевтическую эффективность местного применения 0,1 % крема «Стерокорт», которая подтверждалась быстрым исчезновением объективных и субъективных клинических проявлений заболевания. Диспансерное наблюдение за больными, которые в комплексном лечении применяли 0,1 % крем «Стерокорт», позволило констатировать отсутствие негативных побочных эффектов как местного, так и системного характера.

Выводы. «Стерокорт» (метилпреднизолон ацепонат) — кортикостероид, который не содержит галогенов и относится к группе с выраженной кортикостероидной активностью. Препарат обладает высокой липофильностью, которая обеспечивает хорошее проникновение в воспаленную ткань, терапевтическую эффективность на уровне сильных кортикостероидов и безопасность применения, сопоставимую со слабыми кортикостероидами (гидрокортизоном).

Ключевые слова: экзема, клинические проявления, эффективность лечения, метилпреднизолон ацепонат.

A.D. Dyudyun¹, N.M. Polyon¹, S.V. Zakharov¹, T.M. Pryakhina²

¹SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine»

²KZ «Dnipropetrovsk Regional Dermatovenerologic Dispensary»

Efficacy and tolerability of 0.1 % «Sterocort» cream in complex treatment of patients with eczema

Objective — to assess therapeutic efficacy and tolerability of «Sterocort» cream (0.1 % methylprednisolone aceponate) for topical use in tubes of 15 g («Fitofarm» manufacturer) in the complex treatment of patients with eczema.

Materials and methods. We observed 67 (29 women, 38 men) patients with eczema aged 25 to 67 years, mean age — (43.8 ± 5.2) years. Clinical diagnosis was based on the study of anamnestic data, clinical features of disease and results of the comprehensive clinical and laboratory studies.

Clinical characteristics of the patients under observation was conducted with consideration of the underlying disease, which drew attention to the intensity of the subjective and objective manifestations of the disease.

Results and discussion. In the course of clinical examination it was found that more than half of the patients with eczema had significant itching which was their major concern. In the area of the lesions there was a great number of vesicular elements which are often blended. Discharge was serous in nature. On the periphery we identified single nodal lesions and vesicles. Patients showed polymorphic nature of the rash.

Clinical observation showed a high therapeutic efficacy of 0.1 % «Sterocort» cream in patients with eczema, which was confirmed by the rapid disappearance of objective and subjective clinical manifestations of disease. Dispensary observation of patients allowed to fix the absence of negative unwanted side effects of 0.1 % «Sterocort» cream.

Conclusions. «Sterocort» (methylprednisolone atseponat) is a corticosteroid, which does not contain halogens and belongs to the group of severe corticosteroid activity. Sterocort has high lipophilicity, which provides good penetration into the inflamed tissue and therapeutic efficacy on the level of strong corticosteroids. The safety is comparable with weak corticosteroid (hydrocortisone).

Key words: eczema, clinical manifestations, treatment efficacy, metilprednizolone aceponate. □

Дані про авторів:

Дюдун Анатолій Дмитрович, д. мед. н., проф., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб
ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
49066, м. Дніпропетровськ, вул. Байкальська, 21а. Тел. (0562) 27-50-33

Поліон Наталя Миколаївна, к. мед. н., асист. кафедри шкірних та венеричних хвороб
ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Захаров Сергій В'ячеславович, к. мед. н., доц. кафедри шкірних та венеричних хвороб ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Пряхіна Тетяна Миколаївна, лікар КЗ «Дніпропетровський обласний шкірно-венерологічний диспансер»