

СОВРЕМЕННАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

УДК 616.517-615.454

Аскарова Г.К., Муканов Б.М., Исаков С.А.

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,
Алматинский областной кожно-венерологический диспансер*

Как известно, постоянные воздействия внутренних и внешних факторов, которым подвергается наш организм, могут способствовать возникновению дерматозов. И очень часто хронический дерматоз возникает у людей с чувствительной или сухой кожей. К наиболее распространенным хроническим дерматозам относятся: атопический дерматит, псориаз и экзема. Так, к примеру, атопический дерматит - одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, составляет в общей структуре дерматологической заболеваемости экономически развитых стран от 10% до 30% среди взрослых и детей, и демонстрирует устойчивую тенденцию данного показателя к дальнейшему росту. При этом многими зарубежными исследователями подчеркивается значимость нарушений кожного барьера в патогенезе данного заболевания, конкретизируются механизмы наблюдаемых при атопическом дерматите повреждений водно-липидной мантии и липидного барьера рогового слоя кожи. За последние десятилетия достигнуты определенные успехи в изучении этиологии и патогенеза атопического дерматита, однако лечение этого дерматоза и сегодня представляет сложную задачу. Экзема-воспалительное острое или хроническое заболевание кожи аллергической природы, склонное к рецидивам, имеет место в разных возрастных группах и достигает до 30-50% всех аллергодерматозов. Псориаз – неинфекционное, мультифакториальное заболевание - также представляет собой хроническое заболевание кожи. По данным одних исследователей псориазом болеют около 2,5% населения планеты, а по материалам других авторов этот показатель составляет 1-5% [1, 2, 4, 5].

Как правило, течение этих хронических дерматозов характеризуется эпизодами обострений или персистирующими подострыми формами, которые сопровождаются явлениями эритемы и ксероза. Состояния, характеризующиеся воспалительной эритемой – это простые контактные дерматиты, контактный аллергический дерматит - также очень часто встречаются в практике врача-дерматолога.

В последние годы отмечается тенденция к росту числа больных с различными формами хронических дерматозов, а также увеличение как частоты заболеваемости, так и числа случаев тяжелого течения болезни. Существующие методы лечения и профилактики недостаточно эффективны, не всегда используются комплексные подходы в лечении больных дерматологами, аллергологами, физиотерапевтами и другими специалистами, отсутствует единая система мероприятий по профилактике этих заболеваний. Проблема лечения хронически протекающих дерматозов в настоящее время приобретает особую научно-практическую и социальную значимость в связи с увеличением числа больных, их социальной дезадаптацией, резистентностью отдельных клинических форм к терапии [5, 6, 7].

В то же время во всех этих случаях наружная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения, а иногда и единственной процедурой. Для решения проблемы лечения хронически протекающих дерматозов в последние

годы предложено множество различных методов, однако в ряде случаев все же достичь ремиссии не удастся. Местная терапия, как правило, проводится с учетом возраста пациента, периода и тяжести заболевания, остроты воспалительной реакции, распространенности поражения и сопутствующих заболеваний. Сегодня в арсенале врача дерматолога имеется значительное количество средств наружной терапии, способных поддержать комфортное состояние кожи в условиях воздействия многочисленных экологических и профессиональных факторов, вызывающих эритематозно-сквамозные состояния.

Появление кортикостероидов, цитостатиков, антибиотиков, эффективных антигистаминных препаратов нового поколения значительно расширило возможности реабилитации больных и изменило прогноз при многих заболеваниях кожи. Однако лечение пациентов с тяжелыми, торпидными формами дерматозов трудно представить без применения наружных лекарственных средств, в состав которых входят глюкокортикостероидные средства (ГКС). Терапевтический эффект наружных ГКС обусловлен их противовоспалительным, сосудосуживающим, антиаллергическим и антипролиферативным действием [6]. Однако отношение к наружному использованию кортикостероидных препаратов в практической деятельности врача дерматовенеролога – не однозначно. Врач дерматовенеролог сталкивается с явлением «кортикофобии» у пациентов, которая связана, прежде всего, с возникновением побочных эффектов от неправильного применения топических стероидных препаратов, что в свою очередь, связано с наличием в химической структуре - атомов фтора.

В настоящее время современные наружные средства в зависимости от химической структуры входящих в их состав кортикостероидов делят на нефторированные, фторированные и дважды фторированные, а по выраженности терапевтического эффекта их оценивают как слабые, умеренные, сильные и очень сильные. Нефторированные кортикостероидные препараты наружного действия по сравнению с фторированными, как правило, менее эффективны, но и более безопасны в отношении возможных побочных реакций и осложнений, которые возникают у больных во время кортикостероидной терапии [6,7,8]. В последние годы в медицинскую практику внедряются новые, синтетически полученные кортикостероиды, которые не содержат фтора, но при этом сохраняют высокую терапевтическую активность. В этом плане необходимо помнить, что правильный выбор средств, применяемых для местного лечения, зависит от знания и опыта врача. Современные условия диктуют разумный подход к назначению лекарственных средств. Препараты должны отвечать в первую очередь требованиям безопасности, удобства в применении, эффективностью в использовании. Таким образом, при местном использовании стероидосодержащих мазей должна достигаться главная терапевтическая цель – купирование зуда, уменьшение воспалительных явлений в коже.

К числу таких препаратов, удовлетворяющим этим требованиям относится препарат – мазь, крем - Момат (0,1% мометазона фуруат, Glenmark Pharmaceuticals LTD). В состав препарата в концентрации 0,1% входит действующее вещество - мометазона фуруат. Включение в молекулу кортикостероида фуруатного кольца придает препарату ряд положительных качеств. По сравнению с другими, не содержащими фтор наружными кортикостероидами, он обладает высокой терапевтической активностью и, по результатам клинических испытаний, отнесен к классу сильнодействующих препаратов. Мометазона фуруат, который является мощным ингибитором провоспалительных цитокинов, обладает выраженной противозудной активностью, обеспечивает пролонгированное действие препарата, которое сохраняется на месте аппликации в течение 25-30 ч. Это качество позволяет применять препарат Момат однократно в день [3].

В доступной нам литературе сведения о результатах лечения больных дерматозами Моматом ограничиваются единичной публикацией и то лишь при атопическом дерматите у детей [3], нет данных о применении этого препарата при псориазе и экземе, и тем более нет данных о применении в нашей республике, что и послужило предметом данного исследования. В настоящем сообщении оценивается терапевтическая эффективность комплексного лечения больных с атопическим дерматитом, экземой и псориазом с применением крема и мази Момат.

Целью исследования явилось: изучение эффективности и безопасности противовоспалительного топического кортикостероида – Момат (мометазона фуруат) в лечении хронических дерматозов.

Материалы и методы

Исследование проводилось на клинической базе кафедры - Алматинского областного кожно-венерологического диспансера. Под наблюдением находилось 45 пациентов (23 мужчин и 22 женщин), страдающими хроническими дерматозами, в возрасте от 17-ти до 69 лет.

Среди них больных с атопическим дерматитом было - 15 пациентов, 18 больных – с бляшечным ограниченным и распространенным псориазом и 12 больных с хронической экземой. Согласно утвержденному протоколу исследования в разработку не включались пациенты младше 2-х лет, а также пациенты, получающие системную (глюкокортикостероидами, цитостатиками и др.) и местную топическую терапию, а также увлажняющими местными средствами менее чем за 7 дней до момента включения в исследование.

На каждого больного заполнялся унифицированный протокол исследования, в котором оценивалась динамика кожного процесса в ходе лечения. Также в них отмечали сведения об анамнезе заболевания, особенностях его течения (длительность заболевания, количество обострений в год, длительность обострений, провоцирующие факторы и др.), о предшествующем лечении хронического дерматоза за последний год, сопутствующих заболеваниях, переносимости исследуемых препаратов, побочных эффектах.

Симптомы атопического дерматита, экземы, псориаза (эритема, зуд, папулы, шелушение (сухость), инфильтрация, корочки или мокнущие очаги воспаления) оценивалась до проведения лечения и затем каждые 7 дней в течение 21 дней в баллах: отсутствие - 0 баллов; невыраженные – 1 балл; умеренные – 2 балла; тяжёлые – 3 балла.

Средства Момат (мазь, крем) назначались больным с хроническими дерматозами дифференцированно, с учетом остроты, характера и локализации кожного процесса, длительности заболевания, возраста пациентов, а также характера предшествующей терапии. Препараты применялись 1 раз в день в течение 21 дней, на фоне комплексного лечения, включающего - антигистаминные препараты и десен-

сублизирующие средства. Мазь наносили тонким слоем, слегка втирая, на пораженные участки кожи туловища и конечностей в местах с выраженной инфильтрацией, сухостью при хроническом течении процесса, крем – на область лица и шеи при остром или подостром воспалении с явлениями мокнутия, эритемы.

Методы мониторинга динамики клинических проявлений на фоне проводимой терапии включали клиническое наблюдение за пациентами и оценку выше обозначенных основных симптомов заболеваний по разработанным протоколам до лечения, на 7, 14-е и 21-е сутки лечения. На 21-е сутки лечения, в дополнение к оценке симптомов хронических дерматозов оценивалась эффективность терапии в целом и переносимость препарата. Эффективность терапии оценивалась как: значительное улучшение – невыраженные симптомы хронических дерматозов; улучшение – умеренные симптомы хронических дерматозов; отсутствие эффекта – выраженные симптомы хронических дерматозов. Переносимость препаратов оценивалась как: очень хорошая, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием программы Excel.

Результаты исследования.

Выраженность клинических симптомов рассматриваемых дерматозов до лечения представлена в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза до лечения

Симптомы	атопический дерматит (n=15)	Экзема (n=12)	Псориаз (n=18)	Все пациенты (n=45)
	Сумма баллов	Сумма баллов	Сумма баллов	Сумма баллов
Эритема	29	20	4	53
Зуд	38	24	3	65
Папулы	30	22	35	87
Шелушение (сухость)	26	5	33	64
Инфильтрация	30	23	36	89
Корочки или мокнущие очаги воспаления	1	19	2	22
Итого:	154	113	113	380

Как видно из таблицы 1, в группах больных с экземой и псориазом итоговая степень выраженности клинических проявлений до начала лечения была одинаковой и составила – 113 баллов.

Важно также подчеркнуть, что папулы и инфильтрация являлись основными симптомами заболеваний (сумма баллов данных основных симптомов составила: 22 и 35 и, 23 и 36 соответственно), что еще больше свидетельствует о хроническом характере этих дерматозов.

Выраженность клинических симптомов рассматриваемых дерматозов на 7 сутки лечения представлена в таблице 2. Как видно из таблицы, уже на 7 сутки лечения, т.е. через неделю лечения мазью и кремом Момат соответственно, отмечалось достоверное улучшение клинических проявлений заболевания, (p<0,05).

Если до начала лечения суммарная оценка клинической выраженности заболевания во всех группах больных составляла 380 балла, то через неделю, выраженность проявлений основных симптомов заболеваний, представленных в баллах, снизилась до 170 баллов, (p<0,05).

Таблица 2. Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза на 7 сутки лечения, (n=45)

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	Экзема (n=12)	Псориаз (n=18)	Все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	
Эритема	15	5	2	22
Зуд	20	12	1	33
Папулы	13	10	17	40
Шелушение (сухость)	9	3	15	27
Инфильтрация	14	12	13	39
Корочки или мокнущие очаги воспаления	-	9	-	9
Итого:	71	51	48	170

Выраженность клинических симптомов рассматриваемых дерматозов на 14 сутки лечения, представлена в таблице 3.

Таблица 3. Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза на 14 день лечения, (n=45)

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	Экзема (n=12)	Псориаз (n=18)	Все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	
Эритема	3	0	0	3
Зуд	7	9	0	16
Папулы	4	3	7	14
Шелушение (сухость)	4	2	8	14
Инфильтрация	12	8	9	29
Корочки или мокнущие очаги воспаления	-	4	-	4
Итого:	30	26	24	80

Как видно из таблицы 3, на 14 день лечения отмечается дальнейшее улучшение выраженности симптоматики заболеваний. Практически исчезли такие проявления как: эритема, зуд, корочки, уплостились папулы и другие важные проявления рассматриваемых дерматозов. Если в начале заболевания суммарная оценка симптоматики, представленной в баллах, составила 380 баллов, то на 3-м визите этот показатель снизился уже до – 80 баллов. Выраженность клинических симптомов рассматриваемых дерматозов на 21 сутки лечения представлена в таблице 4.

Таблица 4. Сравнительная характеристика клинической выраженности симптомов атопического дерматита, экземы и псориаза на 21 день лечения, (n=45)

Симптомы	Степень выраженности (значение в баллах)			
	атопический дерматит (n=15)	Экзема (n=12)	Псориаз (n=18)	Все пациенты (n=45)
	сумма баллов	сумма баллов	сумма баллов	
Эритема	0	0	0	0
Зуд	0	1	0	1
Папулы	0	0	0	0
Шелушение (сухость)	2	0	1	3
Инфильтрация	0			0
Корочки или мокнущие очаги воспаления	0	0		0
Итого:	2	1	1	4

Последующий анализ динамики клинических симптомов показал, что к концу лечения, т.е. на 21 день лечения, каких-либо клинических проявлений заболеваний практически не наблюдалось, а суммарная оценка составила - 4 балла. Эффективность лечения в группах больных, составила следующее: значительное улучшение – (невыраженные симптомы заболеваний) в группе больных экземой и псориазом - 31,1% и у 36,8% больных соответственно, то есть 67,9% в целом; улучшение (умеренно выраженные симптомы) было у 32,1% больных с атопическим дерматитом. Переносимость лечения мазью и кремом Момат в целом у всех больных была очень хорошая, побочных явлений, в том числе аллергических реакций, не наблюдалось.

Выводы: таким образом, в результате проведенного исследования по изучению эффективности мази и крема Момат отмечены: хорошая клиническая эффективность и переносимость препарата. Рациональная терапия препаратом Момат больных с хроническими дерматозами позволяет добиться клинической эффективности и, тем самым, значительно улучшить качество жизни больных с хроническими дерматозами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азятулов, Юхименко В.В. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазической болезни. //Вестник дерматологии и венерологии -2001-№1. - С.41-43.
2. Гандарова З.Б. Социально-гигиенические факторы риска болезней кожи. //Рос. семейный врач - 2000. - №2.- С. 57-59.
3. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Сравнительная эффективность Момата (мометазона фураат) и гидрокортизона 17-бутирата в наружной терапии атопического дерматита у детей // РМЖ. – 2008- № 18.- С.54-56.
4. Кочергин Н.Г. Атопический дерматит. //Росс, журнал кожных и венерических болезней. - 1998.- №5 - С.59-64.
5. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней, Москва, 2009., С.78-83.
6. Кубанова А.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем, Москва, 2007, С. 13-23.
7. Шахтмейстер И. Я., Шимановский Н. Л. Проблемы совершенствования фармакотерапии воспалительных и аллергических дерматозов с помощью наружных лекарственных средств глюкокортикоидной природы. Вестник дерматологии и венерологии - 1998. - N2.- С. 27-30.
8. Catz H. J., Prawer S. E., Watson M.J. et al Mometasone furoate ointment 0,1% in psoriasis, J. Dermat.,2003,28,342-345.

ТҮЙІН

Осылайша, Момат кремiнiң, жақпасының тиiмдiлiгiн зерттеу бойынша жүргiзiлген зерттеудiң нәтижесiнде жақсы клиникалық тиiмдiлiк және препаратқа тәзу қабiлеттiлiгi байқалды. Момат препаратын пайдаланып, созылмалы дерматозбен ауыратын науқастарға жүргiзген ұтымды терапия, клиникалық тиiмдiлiкке қол жеткiзуге мүмкiндiк бередi және осы арқылы өмiр сапасын айтарлықтай жақсартады.

Өзектi сөздер: атопиялық дерматит, псориаз, экзема, май және крем Момат, ем.

SUMMARY

As a results of a study on the cream and ointment Momat effectiveness the good clinical efficacy and tolerability were demonstrated. Rational drug therapy of patients with chronic dermatoses with Momat preparation achieves clinical efficacy and, thus, significantly improve the quality of life.

Key words: atopic dermatitis, psoriasis, eczema, ointment, cream Momat, treatment.

К ВОПРОСУ О МОДЕРНИЗАЦИИ И АВТОМАТИЗАЦИИ ПРАЧЕЧНОЙ В СОВРЕМЕННОЙ БОЛЬНИЦЕ

УДК 614.217:648.112

Алаев Ю.П., Овчаров А.В.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Обеспечение санитарных норм и противоэпидемического режима - непростая задача для любого медицинского учреждения. Персонал больницы трудится в белой спецодежде, медицинские работники в исключительно белых халатах, используются другие виды качественного белья (скатерти, салфетки, простыни, наволочки и т.д.). В связи с этим стирка и обеззараживание белья и спецодежды вызывает особые сложности и затраты.

В нашей больнице прачечная располагалась в приспособленном помещении без приточной вентиляции и без кондиционирования, оснащенная примитивными механическими машинами без отжима, при этом осуществлялась стирка 1300 кг белья в смену.

Высокая влажность и повышенная температура в цехе стирки, перемещение тяжелого мокрого белья из машины в центрифугу создавало тяжелые физические условия и нарушения требований СЭС. Контроль чистоты обрабатываемого белья полностью зависел от человеческого фактора. Необходимо было решать вопрос о повышении качества стирки.

Целью работы было модернизировать прачечную больницы с соблюдением точности технологического процесса.

Для достижения цели и с учетом требований санитарных норм, был разработан и утвержден проект реконструкции прачечной в цокольном этаже больницы.

В первую очередь, по утвержденному проекту, была установлена принудительная приточно-вытяжная система с кондиционированием воздуха.

Затем с целью предотвращения пересечения потоков грязного и чистого белья и пресечения перекрестной контаминации его микроорганизмами была установлена барьерная стиральная машина.

Отличительной чертой барьерных стиральных машин является способ их установки и использования. Она монтируется в глухую стену между двумя помещениями. Таким образом, загрузка грязного белья в машину происходит с одной стороны, а выгрузка постиранного белья - с другой, в помещении для чистого белья.

Далее прачечная была оснащена инженерными коммуникациями и оборудованием по евростандарту фирмы «Электролюкс». Оборудование, которое используется для финишной (окончательной) обработки фасонных изделий (униформа, медицинские халаты и т.п.) состояло из следу-

ющей техники: гладильные столы, паровые манекены (пароманекены), гладильные прессы.

Результаты. Установленная принудительная приточно-вытяжная система с кондиционированием обеспечила комфортные условия труда персонала и бесперебойную работу оборудования с программным управлением.

Современные барьерные стиральные машины имеют микропроцессор. Таким образом, стало возможным использовать не только фиксированный набор программ, но и создавать индивидуальные программы обработки белья. Микропроцессор позволял контролировать этапы стирки, изменять по необходимости какие-либо параметры. Стало возможным использование промышленной группы порошков, жидких бесфосфатных, сертифицированных, экологически чистых, а также отбеливателя для прачечной с активным хлором, обладающих сильным отбеливающим действием без пенообразования. Средства эффективны при средних и низких температурах, не вредят цвету, применяются для стирки всех типов тканей и способствуют увеличению сроков эксплуатации белья.

Сушильные машины помогли оптимизировать энергетические затраты производства прачечной и были успешно использованы для сушки фасонных изделий (верхняя одежда, джинсы и т.д.). При этом, у изделий значительно ниже была степень «помятости» по сравнению с высушенными естественным путем. Такой эффект достигался за счет функции «cool down», когда в конце заданного цикла сушки машина отключала нагревательные элементы, после чего в барабан подавался холодный воздух. Перемешиваясь с потоком холодного воздуха, изделия приобретают «распушенный», «воздушный» вид. Следует учесть, что для достижения оптимальных результатов глажения, не рекомендуется сушить изделия до 0% остаточной влажности, а лучше оставлять их слегка влажными. При этом количество персонала на участке стирки было сокращено на два человека за счет ликвидации процесса механического отжима.

Гладильное оборудование, оснащенное большим выбором опций, удовлетворяло различным индивидуальным потребностям прачечной. Использование финишного оборудования (пароманекены, пресс, промышленные утюги и пр.) значительно улучшило качество обработки фигурного белья. Глажение прямого белья осуществлялось под контролем микропроцессора.