

ЕЩЕ РАЗ ПРО СТЕРОИДЫ. IV МОСКОВСКИЙ ФОРУМ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

Глюкокортикостероиды (ГКС) – группа синтетических препаратов, обладающих свойствами гормонов коры надпочечников. Широкому применению во многих областях медицины, в том числе в дерматологии, способствуют многообразие механизмов действия и эффективность этой группы препаратов. 16 октября 2014 г. в рамках IV Московского форума «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики» состоялся симпозиум «Еще раз про стероиды», организованный при поддержке компании «Валеант». В ходе симпозиума ведущие специалисты в области дерматологии обменялись опытом в лечении хронических дерматозов кожи и рассмотрели спорные вопросы топической ГКС-терапии.



Профессор О.Ю. Олисова

Дерматоз, для которого прием топических ГКС эффективен	активен	умеренно-активен
Атопический дерматит	Атопический дерматит	Экзема неатрофическая
Дискоидная сыпь	Воспалительная сыпь	Псориаз
При псориазе неэффективен	Контактный дерматит	Аллергический дерматит
Красная волчанка	Микозы	Грибковые инфекции
Воспалительная сыпь	Секундарный сифилис	Сифилис
Дискоидная сыпь	Крупная крапивница	Системный вульгарный акне
Аллергический дерматит	Карликовый акромегалия	Аллергический контактный дерматит
Уртикарный дерматит	Синдром Шейнмана-Блюменталя	Розовая сыпь
Синдром Шейнмана-Блюменталя	Туберкулез (лифвенит)	Розовая сыпь
Витилиго		

Таблица 1. Восприимчивость дерматозов к топическим ГКС



Рисунок. Рациональная терапия стероидочувствительных дерматозов

Активность	Модифицированные высшие вазоны	Количество назначений
Очень сильная	Клобетасол	41
Сильная	Бетаметазон	99
	Бетаметазон + салициловая кислота	24
	Флутиказон	17
	Мометазон	19
Умеренно сильная	Клобетасол	7
	Надерортедид	4
Всего		208

Таблица 2. Активность и вид используемого топического средства



Профессор Н.Г. Кочергин



Профессор Е.С. Снарская

Клинико-функциональный статус кожи	Возраст, лет	Средняя толщина эпидермиса (мкм ± SD)	Средняя плотность эпидермиса (г/см² ± SD)	Средняя толщина дермы (мкм ± SD)
Псориаз (n=10)	61	124 ± 10*	0,27 ± 0,02	270 ± 10
	22	120 ± 8	0,26 ± 0,02	260 ± 8
	28	122 ± 9	0,26 ± 0,02	265 ± 9
Состояние кожи (n=10)	61	126 ± 1	0,27 ± 0,02	275 ± 10
	22	125 ± 1	0,27 ± 0,02	270 ± 10
	28	126 ± 1	0,27 ± 0,02	275 ± 10

* - статистически значимые различия (p < 0,05).

Таблица 3. Толщина и плотность дермы на фоне терапии клобетазола пропионатом и бетаметазона валератом

Глюкокортикостероиды: мифы и реальность

Заведующая кафедрой кожных и венерических болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (ПМГМУ), д.м.н., профессор Ольга Юрьевна ОЛИСОВА посвятила свое выступление проблемам применения глюкокортикостероидов (ГКС) в лечении дерматологических заболеваний.

ГКС-терапия занимает лидирующее место в лечении многих заболеваний, в том числе дерматитов. Терапевтический эффект топических ГКС обусловлен их противовоспалительным, сосудосуживающим, антиаллергическим и антипролиферативным действием. Однако применение ГКС в клинической практике вызывает ряд вопросов: стероидорезистентность, галогенизация, стероидофобия, нарушение режима назначения препаратов, злоупотребление препаратами.

Один из распространенных мифов вокруг применения ГКС – лечение нужно начинать со слабых препаратов, наращивая мощность в случае отсутствия эффекта. Если сразу начать лечение сильными препаратами, разовьется стероидорезистентность.

Однако вопрос о стероидной резистентности необходимо рассматривать с позиции причин ее возникновения. Так, молекулярными механизмами ее развития могут быть уменьшение числа ГКС-рецепторов, измененное сродство лигандов к ним, снижение способности связывания рецепторов с ДНК и др. Эти факторы могут обосновать развитие стероидорезистентности при применении топических кортикостероидов.

Другой миф, который существует многие годы в отношении ГКС, – мощные топические ГКС нужно держать в резерве и назначать тогда, когда уже никакие другие препараты не помогают. Докладчик отметила, что в реальной клинической практике мощность топического ГКС должна соответствовать степени тяжести патологического процесса.

Все наружные ГКС по степени противовоспалительной активности принято делить на четыре группы: слабые, умеренные, сильные и очень сильные. Так, у пациентов, страдающих красной волчанкой, ограниченным нейродермитом, саркоидозом, ладонно-подошвенным псориазом, для стартовой терапии необходимо использовать очень сильные ГКС. Применение в данных случаях препаратов более низкого класса активности является тактической ошибкой. Атопические дерматиты у детей, интертригинозный псориаз, себорейную экзему необходимо лечить ГКС умеренного действия. Восприимчивость дерматозов к топическим ГКС представлена в табл. 1.

Именно поэтому лечащий врач должен ориентироваться в классификации заболеваний и препаратов и знать, ГКС какой активности можно назначать в том или ином случае.

Существует мнение, что сильнодействующие гормональные препараты являются небезопасными. Задача врача заключается в преодолении необоснованного страха применения эффективных наружных ГКС путем обучения пациентов рациональному использованию препаратов. При назначении ГКС-терапии врач должен объяснить пациенту правила нанесения препарата на кожу (методика одного пальца), определить локализацию, объем наносимого на пораженные участки кожи препарата, проинформировать пациента о том, что самостоятельное бесконтрольное использование ГКС может привести к серьезным осложнениям.

Еще один спорный вопрос – галогенизация (введение в молекулу топического ГКС фтора или хлора). Для достижения местного фармакологического эффекта кортикостероиды должны проникнуть из лекарственной формы в эпидермис и дерму. Скорость проникновения зависит от липофильности кортикоида. Цель галогенизации – повысить уровень липофильности. Чем более липофилен стероид, тем в большей концентрации он накапливается в клетках кожи и медленнее всасывается в системный кровоток. Таким образом продлевается местное воздействие и снижается риск системных побочных эффектов [1].

За последнее десятилетие сложилось представление о лучшем профиле безопасности негалогенизированных ГКС в сравнении с галогенизированными. Считается, что галогенизированные ГКС вызывают побочные эффекты. Однако некорректно связывать профиль безопасности только с наличием или отсутствием галогена в молекуле. Как правило, местные и системные побочные эффекты присущи галогенизированным

стероидным препаратам первого поколения (например, препаратам бетаметазона), которые обусловлены характером взаимодействия препаратов с транспортным белком крови: у галогенизированных ГКС первых поколений ингибировано связывание с транскортином. Как следствие, риск развития системных побочных эффектов повышается.

Для понимания фармакокинетики ГКС важно знать поведение активной молекулы. Она может метаболизироваться до неактивного соединения в глубоких слоях кожи или резорбироваться в системный кровоток. Это зависит от большого количества факторов: строения молекулы, ее физико-химических свойств, состояния гистологических и гистогематических барьеров, липидных пластов и др.

Современная стратегия применения топических ГКС заключается в сокращении сроков лечения, подборе препарата такой активности, какая необходима для контроля заболевания, использовании интермиттирующей методики, проактивной терапии для предупреждения рецидивов.

На сегодняшний день рациональная терапия стероидочувствительных дерматозов представляет собой сочетание короткого курса (три – семь дней) применения очень сильного ГКС, такого как клобетазола пропионат (Кловейт), с переходом на топический стероид меньшей активности до полного излечения (рисунок). Данная схема лечения отличается быстрым наступлением эффекта, коротким периодом применения галогенизированного ГКС и низким риском развития побочных эффектов.

Еще одной нерешенной проблемой является злоупотребление ГКС и нарушение режима их дозирования. По данным зарубежных авторов, 33% пациентов признаются в несоблюдении рекомендованной схемы терапии [3]. Существует тенденция к использованию старых рецептов и назначений при рецидивах заболевания или появлении новой сыпи [4]. Топические ГКС широко используют в качестве косметических средств, для лечения акне, кожных высыпаний и покраснений кожи различной этиологии.

Проведенное ретроспективное исследование с участием 200 пациентов с дерматозами в области лица, самостоятельно использовавших топические ГКС в течение месяца и более, показало, что стероидные препараты применяли для коррекции таких состояний, как сыпь на лице, акне, гиперпигментация, сухость, дерматит, фотодерматит, педикулез, опоясывающий лишай, витилиго, зуд и т.д. Средняя продолжительность применения ГКС составила 6–12 месяцев, а максимальная – 8 лет. Наибольшее количество злоупотреблений было связано с применением препаратов бетаметазона (59,5%) (табл. 2).

Профессор О.Ю. Олисова отметила, что нерациональное применение ГКС считается главной причиной возникновения побочных эффектов. Вероятность развития как местных, так и системных побочных эффектов увеличивается при нанесении на обширные поверхности и при длительном использовании. Системные побочные эффекты ГКС-терапии развиваются тогда, когда уровень кортикостероидов превышает уровень кортикостероидов, синтезируемых самим организмом. Среди побочных эффектов можно назвать глаукому, пиодермию, микотическую инфекцию, стероидный диабет, артериальную гипертензию, катаракту и др. К местным побочным эффектам топических ГКС относятся прежде всего атрофия эпидермиса и дермы, эритема, телеангиэктазии, стрии (линии растяжения кожи), стероидные акне, вторичная инфекция. В ходе терапии у пациентов может развиваться стероидная фобия.

Стероидофобия – боязнь лечения гормональными препаратами, особенно сильнодействующими. Большое число пациентов или их родителей испытывают беспокойство по поводу использования ГКС. Наиболее частой причиной тревоги является боязнь истончения кожи, отдаленных побочных эффектов, нарушения роста и развития из-за системной абсорбции. В результате снижается приверженность пациентов лечению, упускается время для начала эффективной терапии и болезнь прогрессирует.

Назначается большое количество системных препаратов, в результате формируется полипрагмазия с повышением риска развития побочных эффектов и лекарственной аллергии.

Нередко сами врачи рекомендуют пациентам смешивать препараты ГКС с другими средствами (кремом, лосьоном). Однако такая тактика неоправдана, поскольку меняется фармакокинетика топического ГКС, снижается его эффективность.

Внедрение в дерматологическую практику топических ГКС расширило возможности лечения дерматологических заболеваний. Высокая противовоспалительная активность, легкость использования делают топические ГКС незаменимыми в лечении кожных заболеваний. Топические ГКС сочетаются со всеми видами системной и наружной терапии, в том числе с физиотерапией.

В заключение профессор О.Ю. Олисова отметила, что в клинической практике важным аспектом является высокий уровень компетентности врача, способного назначить адекватную терапию и достичь приверженности пациента лечению. Правильный выбор и рациональное применение топических ГКС позволяют значительно повысить эффективность и безопасность терапии.

Как лечатся больные atopическим дерматитом

Доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней ПМГМУ им. И.М. Сеченова, врач высшей категории Николай Георгиевич КОЧЕРГИН рассказал аудитории о современных патогенетических подходах к терапии atopического дерматита.

Докладчик отметил, что подход к лечению atopического дерматита должен быть комплексным и учитывать индивидуальные особенности пациента.

Согласно Европейским рекомендациям по лечению atopического дерматита (2011) главными составляющими терапевтического подхода являются индивидуальный подход, базовый уход за кожей (увлажнение), противовоспалительная наружная терапия (ГКС, ингибиторы кальциневрина), противовоспалительная системная терапия, антимикробная терапия, в отдельных случаях аллергенспецифическая иммунотерапия, индивидуальная противозудная терапия и др.

Базовая топическая терапия, включающая применение увлажняющих и липидовосполняющих средств, является основой лечения на всех стадиях заболевания. В патогенезе atopического дерматита важную роль играет ослабление барьерной функции кожи, что приводит к избыточной потере влаги и повышению проницаемости кожи для аллергенов, инфекционных агентов и других повреждающих факторов окружающей среды, что вызывает воспалительные реакции кожи. Увлажняющие средства повышают защитную функцию кожи. Постоянное использование увлажняющих средств способствует

нормализации состояния эпидермиса и помогает поддерживать достигнутый эффект топической терапии.

Клобейз (компания «Валеант») представляет собой липофильный крем со смягчающим и увлажняющим действием. Крем защищает кожу от сухости, увлажняет и препятствует вредному воздействию внешних факторов. Клобейз рекомендован в качестве дополнения к топической кортикостероидной терапии. Крем предназначен для ежедневного ухода за сухой и чувствительной кожей, в том числе у больных дерматологическими заболеваниями (атопический дерматит, псориаз). При псориазе крем наносят на очаги два раза в день через 30 минут после нанесения гормонального препарата.

Препараты, содержащие топические ГКС, оказывают выраженный клинический эффект при лечении атопического дерматита благодаря значительной противовоспалительной, противоаллергической, противозудной активности. В европейских рекомендациях топические ГКС относят к первой линии наружной противовоспалительной терапии острой фазы атопического дерматита. При легкой степени (частичная ремиссия) применение топических ГКС показано два раза в неделю (до 90 г в месяц) плюс базовая терапия. Исчезновение зуда является главным критерием для постепенной отмены топических стероидов.

Профессор Н.Г. Кочергин обратил внимание слушателей на то, что больные атопическим дерматитом отличаются низким уровнем приверженности лечению. Причины: отсутствие доверия к врачу или лекарственной терапии, недостаточная эффективность проводимой терапии, сложность схем лечения, чрезмерные временные или финансовые затраты, боязнь побочных эффектов, неточные инструкции врачей и элементарная забывчивость. При длительном применении топических ГКС низкий уровень приверженности больных лечению особенно влияет на процесс лечения, а в некоторых случаях приводит к его прерыванию.

Как повысить приверженность лечению? Обучать больных, увеличивать частоту визитов к врачу, давать четкие инструкции по проведению лечебных мероприятий [6].

Докладчик подчеркнул, что терапию топическими ГКС нельзя ограничивать конкретными сроками лечения. В каждом случае требуется персонализированный подход.

Неоценимую помощь врачу в лечении пациентов с хроническими дерматологическими заболеваниями оказывают высокоактивные ГКС. Клобетазола пропионат (Кловейт) является мощным синтетическим ГКС, предназначенным для местного использования. Он показан для лечения псориаза (за исключением распространенного бляшечного), контактной экземы, атопического дерматита, полиморфной экссудативной эритемы, системной красной волчанки, красного плоского лишая, а также всех неинфекционных заболеваний кожи, которые сопровождаются интенсивным зудом и не отвечают на терапию менее активными ГКС.

Выбор лекарственного средства зависит от локализации и особенностей кожи пациента. Препарат Кловейт (компания «Валеант») выпускается в двух лекарственных формах (мази и крема), поэтому его можно применять при различной локализации поражений.

На сегодняшний день на отечественном фармацевтическом рынке появился еще один эффективный препарат для лечения дерматологических заболеваний – гидрокортизона

бутират (Латикорт). Он используется для лечения контактного, аллергического, себорейного, атопического дерматитов, псориаза (в том числе при локализации высыпаний на волосистой части головы), а также других дерматозов. Латикорт (компания «Валеант») выпускается в трех лекарственных формах с разными проникающими способностями: раствор, крем, мазь. Это позволяет использовать его на разных фазах воспалительного процесса и в разных зонах воспаления: лицо, шея, волосистая часть головы, туловище, конечности. Латикорт является препаратом выбора для лечения дерматозов с локализацией на чувствительных участках кожи, таких как лицо, крупные и мелкие кожные складки, гениталии. Его можно применять у детей с шестимесячного возраста.

Схема использования: небольшое количество препарата наносят на пораженные участки кожи один – три раза в сутки, в случае положительной динамики – один – три раза в неделю. Исследования показали, что применение гидрокортизона бутирата у детей 5–12 лет в максимальной дозировке (три раза в день в течение четырех недель, площадь нанесения от 25% площади тела) не вызывает клинических или лабораторных признаков адреносупрессии, а также местных стероидозависимых реакций. У пациентов не были отмечены местные побочные эффекты (стрии, истончение кожи, телеангиэктазии), которые могут сопровождать пролонгированное использование топических ГКС [7].

Гидрокортизона бутират относится к негалогенизированным топическим кортикостероидам, но отличается высоким уровнем активности. При применении Латикорта в терапии атопического дерматита, псориаза и других заболеваний отмечены его эффективность и хорошая переносимость как у взрослых пациентов, так и у детей. Так, исследование эффективности раствора гидрокортизона бутирата в лечении атопического дерматита легкой и средней степени тяжести у 139 детей (от трех месяцев до 18 лет) продемонстрировало эффективность и безопасность проводимой терапии у данной категории пациентов. Препарат применялся в среднем 29 дней. Режим приема – два раза в день [8].

Подводя итоги, профессор Н.Г. Кочергин подчеркнул важность поддержания у пациентов приверженности лечению и персонифицированного подхода к терапии атопического дерматита.

Жизнь с псориазом и без. Персонифицированный подход к лечению вульгарного псориаза

Псориаз (чешуйчатый лишай) – одно из наиболее распространенных хронических кожных заболеваний. В настоящее время вопросам этиологии и патогенеза псориаза уделяется огромное внимание во всем мире. Профессор кафедры кожных и венерических болезней ПМГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., врач высшей категории Елена Сергеевна СНАРСКАЯ рассказала о персонифицированном подходе к лечению псориаза.

В последние годы важную роль в патогенезе псориаза отводят цитокинам (интерлейкинам, хемокинам, интерферонам, факторам супрессии, некроза опухолей и др.). Гиперпролиферация кератиноцитов приводит к секреции цитокинов и эйкозаноидов, которые обостряют кожное воспаление, способствуют формированию псориазической бляшки.

Качество жизни больных псориазом в большей степени зависит от тяжести и распространенности процесса, локализации высыпаний. Пациентов с псориазом отличают психоэмоциональная лабильность, высокий уровень тревожности, нарушение социального функционирования. Именно поэтому псориаз представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему.

Топическая терапия псориаза, направленная на снижение неконтролируемой воспалительной реакции, является одной из главных составляющих лечения. Принципы топической терапии хронических дерматозов: устранение воспалительного процесса, профилактика и лечение вторичных инфекций, уход за кожей.

Применение топических препаратов уменьшает воспалительные явления, шелушение и инфильтрацию кожи. Современные топические ГКС различаются по основному действующему веществу и лекарственной форме. При выборе метода терапии псориаза необходимо учитывать стадию заболевания, распространенность процесса, его клиническую форму, наличие сопутствующей патологии.

В фазе прогрессирования надо применять топическую противовоспалительную терапию: сильные и очень сильные ГКС, кальципотриол, комбинацию кальципотриола и ГКС, кальципотриола и салициловой кислоты. При стабилизации воспалительного процесса использовать кератолитические и рассасывающие средства, такие как мази с салициловой кислотой, которые размягчают шелушащиеся слои псориазных бляшек и ускоряют их разрешение, препараты дегтя, нафталан, эмоленты. В фазу регресса – увлажняющие средства, которые обеспечивают восстановление физиологического эпителиального барьера, восполняют недостаток поверхностных липидов и позволяют регулировать степень окклюзии.

Эффективность топической противовоспалительной терапии зависит от соблюдения трех требований: достаточная активность и дозировка, а также правильное применение. Профессор Е.С. Снарская подчеркнула, что если помнить об этих требованиях при выборе лекарственного средства для лечения псориаза, то можно достичь хороших клинических результатов. Она представила высокоэффективный препарат клобетазола пропионат – Кловейт (компания «Валеант»), который применяют в первую очередь при заболеваниях кожи, устойчивых к терапии менее активными топическими ГКС.

В ходе сравнительных исследований эффективности клобетазола пропионата и бетаметазона дипропионата в виде мази после двух недель терапии было продемонстрировано улучшение более чем на 75% у 70 и 50% пациентов с псориазом соответственно. Рецидив воспалительного процесса отмечен у 41 из 72 пациентов из группы бетаметазона дипропионата и только у 7 из 72 пациентов из группы клобетазола пропионата. Таким образом, у пациентов, применявших мазь клобетазола пропионата, наблюдался более стойкий терапевтический эффект [9].

Сравнительная оценка клинической эффективности наружного применения 0,05%-ной мази клобетазола пропионата (Кловейт) и 0,01%-ной мази бетаметазона валерата проведена у 60 пациентов, страдающих бляшечным псориазом средней степени тяжести в прогрессирующей стадии дерматоза. У 30 пациентов применялась мазь Кловейт (клобетазола пропионат), а у 30 больных использовали мазь Целестодерм (бетаметазона валерат). В группе пациентов, получавших терапию мазью Кловейт, констатировали

переход псориатического процесса в фазу стабилизации в сроки $7,4 \pm 0,6$ дня, на фоне применения Целестодерма – на $12,1 \pm 0,9$ день. В группе больных, получавших терапию Кловейтом, на 21-й день лечения отмечен переход псориатического процесса в фазу регресса. У лиц, принимавших лечение бетаметазона валератом, псориаз в данные сроки оставался в стационарной стадии.

Таким образом, исследователи сделали вывод, что клобетазола пропионат представляет собой мощное и эффективное топическое средство, применение которого позволяет уменьшить длительность прогрессирующей фазы заболевания, способствует стабилизации псориатического процесса в более ранние сроки и сокращает сроки терапии рецидива в целом. Использование клобетазола пропионата коротким курсом в фазе прогрессирования тяжелых форм псориаза является безопасным и не сопровождается субклиническими признаками нарастания атрофических явлений в коже (табл. 3) [10].

Наиболее распространенная методика лечения псориаза мазью и кремом клобетазола пропионата заключается в аппликациях два раза в день в течение двух недель. Суммарная доза препарата не должна превышать 50 г в неделю. Повторение таких курсов через одну неделю отдыха позволяет в конце третьего курса добиться практически полной клинической ремиссии у 67% больных псориазом умеренной и тяжелой степени [11]. При соблюдении режима применения риск развития побочных эффектов минимален. Мазь наносится тонким слоем на пораженные участки кожи один-два раза в день. Оптимальный курс применения составляет одну-две недели, после чего целесообразен переход на умеренно активный ГКС. Однако применение препарата Кловейт в дозе 25 г в день в течение трех недель также не приводит к клиническим проявлениям адреносупрессии. Кловейт не применяют у детей до года, беременных и кормящих женщин, а также у пациентов с индивидуальной чувствительностью. По эффективности и скорости наступления клинического эффекта Кловейт превосходит большинство сильных ГКС.

Клобетазола пропионат (Кловейт) является препаратом выбора:

- при заболеваниях, которые предполагают назначение сверхсильных ГКС (стойкая экзема, красный плоский лишай, дискоидная красная волчанка, резистентный атопический дерматит). Утолщение кожи, вызванное основным заболеванием, затрудняет проникновение топических средств;
- при заболеваниях, не отвечающих на терапию ГКС первой – третьей группы активности (в тех случаях, когда неэффективны кортикостероиды более низкого класса активности);
- при локализации поражений на ладонях и подошвах (ладонно-подошвенный псориаз, экзема). На участках с наиболее толстым роговым слоем пенетрация препаратов минимальна.

Ступенчатая терапия обострения псориаза предполагает в фазу прогрессирования заболевания применение мази Кловейт, а в фазу стабилизации – препарата Латикорт на фоне увлажнения. В период регресса псориатического процесса – продолжение увлажняющей терапии.

Латикорт (гидрокортизона бутират) – единственный негалогенизированный топический ГКС, представленный в виде раствора. Из-за относительно низкой системной биодоступности его можно наносить на большие участки воспаленной кожи, в том числе

на кожу головы. Латикорт отличает очень низкий риск развития системных побочных реакций.

Проведено исследование эффективности мази гидрокортизона-17-бутирата для лечения детей с псориазом. В рамках этого исследования наблюдались 20 девочек и мальчиков в возрасте 4–16 лет с вульгарным псориазом. В ходе лечения оценивали эффективность препарата, его переносимость, быстроту купирования воспалительного процесса. Период лечения длился от 7 до 15 дней в зависимости от тяжести заболевания. Гидрокортизона бутират (0,1%-ный) в виде мази наносили на пораженную поверхность кожи один-два раза в день.

В результате проведенного лечения в зонах с наиболее тонкой кожей (лицо и складки) высыпания регрессировали практически полностью. Наружная терапия вульгарного псориаза гидрокортизона бутиратом у детей способствовала быстрому улучшению клинической картины заболевания – в течение двух недель. Отмечена хорошая переносимость препарата: за время наблюдения побочные эффекты не наблюдались [12].

Латикорт существенно расширяет возможности лечения различных дерматозов и псориаза, поскольку обладает эффективностью и безопасностью у пациентов детского возраста, а также может быть использован в терапии поражений кожи любой локализации.

Заканчивая свое выступление, профессор Е.С. Снарская отметила, что основная задача лечения прогрессирующей стадии псориаза – быстрое достижение контроля над воспалительным процессом. Это становится осуществимо при использовании в терапии псориаза современных сильнодействующих топических ГКС, отличающихся не только эффективностью, но и безопасностью применения.

Заключение

В наружной терапии дерматозов, в частности псориаза, наиболее широко используются топические ГКС благодаря быстрому достижению эффекта и удобству их применения. Топические ГКС оказывают мощное противовоспалительное, противоаллергическое и противоотечное действие.

Препарат Кловейт (клобетазола пропионат) производства компании «Валеант» является современным высокоэффективным средством для наружной терапии у больных с различными клиническими формами дерматозов, атопическим дерматитом, псориазом. Другой препарат для лечения дерматологических заболеваний, произведенный компанией «Валеант», – Латикорт (гидрокортизона бутират). Он показан для лечения неинфицированных, чувствительных к ГКС заболеваний кожи: дерматита (в том числе аллергического, атопического, себорейного), экземы (контактной, хронической), псориаза, эритродермии, фотодерматозов. Обладает липофильными свойствами и легко абсорбируется через кожу. Препарат разрешен для использования у детей с шести месяцев. Латикорт можно использовать на разных стадиях воспалительного процесса, поскольку он выпускается в трех лекарственных формах (раствор, крем, мазь). Препарат Латикорт зарекомендовал себя в клинической практике как эффективное и безопасное средство для лечения серьезных дерматологических патологий у детей и взрослых.

Рациональное применение топических стероидных препаратов в клинической дерматологической практике позволяет в более короткие сроки достичь купирования

симптомов хронических воспалительных заболеваний кожи и способствует повышению качества жизни пациентов.