

Топические глюкокортикоиды остаются повсюду незаменимыми

Препараты, обладающие высокой эффективностью и минимальным риском развития побочных эффектов, выдержали испытание на практике

ШОРСОУ – Какое значение имеют новые топические иммуномодуляторы? Могут ли они составить серьезную конкуренцию топическим кортикостероидам, применяемым для лечения воспалительных пролиферативных дерматозов? «Нет», - однозначно утверждают эксперты II открытого семинара Dermatop-Workshop, который проходил при поддержке компании «Aventis» в Шорсоу (Макленбург, Передняя Померания).

Topische Glukokortikoide bleiben weiterhin unverzichtbar

Substanzen mit gutem Nutzen-Risiko-Profil bewähren sich in der Praxis

SCHORSSOW – Welche Bedeutung haben die neuen topischen Immunmodulatoren? Bekommen die topischen Kortikosteroide bei der Behandlung entzündlich-proliferativer Dermatosen nun ernsthatte Konkurrenz? Nein - meinten die Experten auf dem 2. Dermatop-Workshop, der mit Unterstützung des Unternehmens Aventis In Schorssow (Mecklenburg-Vorpommern) stattfand.

Такролимус (*macrolimus*) и другие широко обсуждаемые иммуномодуляторы не могут рассматриваться, как повсеместно пропагандируемая в потребительской прессе, долгожданная альтернатива испытанным топическим стероидам. Они в значительно большей степени являются препаратами второго ряда в комплексной терапии, например, при лечении контактного дерматита.

На самом деле топические стероиды значительно более безопасны, чем о них принято думать. В том случае, когда врач обоснованно подходит к выбору необходимого препарата с учетом характера и локализации поражения, возраста пациента, подбора необходимой дозы и кратности применения, лекарственной формы при различных показаниях. Новые топические иммуномодуляторы (ТИМ) также оказывают эффективное действие, обладают существенным противовоспалительным потенциалом, и имеют хорошую переносимость. Однако может ли их эффективность и переносимость в долгосрочном периоде (отдаленные результаты применения) быть сравнима с современными топическими кортикоидами,

особенно, показателями, полученными при лечении негалоенизированным препаратом – предникарбатом, имеющим двойную этерифицированную молекулярную структуру, – это должны показать сравнительные исследования, а также клиническая практика.

Предникарбат является первым и наиболее ярким представителем передового поколения глюкокортикоидов с улучшенными возможностями предотвращения риска при использовании, который доказал это на практике в лечении воспалительно-пролиферативных заболеваний кожи на протяжении длительного времени (рис. 1).



Рисунок 1. Атопическая экзема до и после 18-дневного лечения мазью, содержащей предникарбат.

Двойной негалогенизированный эстрифицированный глюкокортикоид обладает выраженным противовоспалительным эффектом, при этом без антипролиферативного и атрофогенного действия – как это было с более ранними галогенизированными глюкокортикоидами.

Предникарбат имеет минимальный риск атрофии кожи

Кортинг с соавт. (*Korting et al., 2002*) в двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании, проведенном на 24 здоровых пациентах, подтвердили, что предникарбат (мазь 0,25%) имеет достоверно низкий риск истончения кожи, нежели зачисляемые к сильным по действию галогенизированные глюкокортикоиды – молекулы бетаметазона 17-валерат (мазь 0,1%) и мометазона фуруат (мазь 0,1%). В течение 6 недель (1,5 мес) у всех тестируемых пациентов препараты наносились на один и тот же участок неповрежденной кожи на внутренней поверхности локтевого сгиба 2 раза в день.

Динамика толщины кожного покрова определялась методом 50- и 20- МГц сонографии DERMASCAN Cortex Technology. Атрофические и другие специфические изменения кожных покровов.

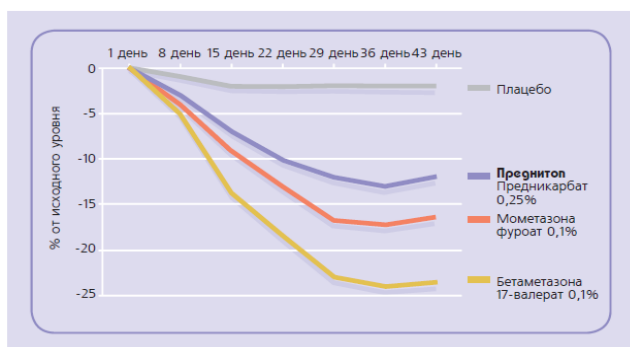


Рисунок 2. Влияние различных глюкокортикоидов на толщину кожи по сравнению с исходными параметрами.

При использовании мази предникарбат в течение 36 дней выявлено истончение кожи от исходных показателей на 13% (**рис.2**). По сравнению с этим при использовании обоих галогенизированных глюкокортикоидов на исследуемых участках кожи было выявлено значительное истончение, а именно – на 24% при использовании мази бетаметазона-17-валерата и на 17% – при использовании

мометазона фуруата. При использовании предникарбата (Преднитоп) визуально не были замечены атрофия или же телеангиэктазии.

При продолжительном использовании других веществ (бетаметазон, мометазон) у каждого второго исследуемого пациента определялись типичные побочные эффекты характерные для местной глюкокортикоидной терапии.

Предникарбат обладает хорошей проникающей способностью

Как высказался проф. Нолтинг, Мюнстер (*Prof. S. Nolting, Münster*), эффективное местное лечение воспалительных дерматозов базируется на хорошей проникающей способности действующего вещества, а также высокой степени проникновения активных веществ в клетку. При этом важным является отсутствие системного влияния. По словам проф. Нолтинга, этим критериям в полной мере соответствует предникарбат. Дерматологи широко используют мазь, жирную мазь, крем, содержащие предникарбат, при атопических дерматитах, гиперкератических дерматозах, а также при псориазе, контактных дерматитах, нумулярных экземах, красном плоском лишае, дисгидрозе ладоней и кратковременно даже при солнечных ожогах.

При заболеваниях волосистой части головы, таких как псориаз или себорейная экзема, очень хороший результат дают многослойные повязки с кремом предникарбата на ночь. При воспалительных дерматозах с локализацией на участках с грубой кожей – ладонях и ступнях, таких как ладонно-подошвенный псориаз, эффективны многослойные повязки с жирной мазью предникарбата.

Список литературы:

1. Korting H.C. et al. *Skin Pharmacol Appl // Skin Physiol*, 2002/15
2. Korting H.C., Vieluf D., Kerscher M. 0,25% prednicarbat cream and the corresponding vehicle induce less skin atrophy than 0,1% betamethason-17-valerate cream and 0,5% clobetasol-17-propionate cream // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* - 1992 - Vol. 42 - p. 159