

И.В. САЛИМОВА, д.м.н., В.И. АВЕРИНА, к.м.н., ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ

ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Актуальность проблемы местной терапии в косметологии и дерматологии обусловлена возрастающей потребностью населения в качественной медицинской помощи. Внешний вид человека играет не последнюю роль в его жизни, при этом о многом говорит состояние кожи. Благополучный человек имеет здоровую и ухоженную кожу – результат здорового образа жизни, рационального питания и тщательного ухода. За последние десятилетия в силу различных причин во всем мире отмечается направленная тенденция к росту заболеваемости кожи, волос и ногтей.

Ключевые слова: дерматология, наружная терапия, первая помощь, бальзам заживляющий «Хранитель»

Проявления кожных заболеваний легкодоступны внешнему воздействию, поэтому наружное лечение издавна широко применяют в дерматологии. Местная терапия, как и общая, всегда требует индивидуального подхода. В одних случаях она направлена на подавление и устранение непосредственной причины заболевания (этиологическая терапия: например, назначение противомикробных средств при поверхностных пиодермиях, фунгицидных – при дерматофитиях или противопаразитарных – при чесотке и вшивости). Однако чаще наружная терапия является симптоматической и направлена на устранение и разрешение возникающих в коже патологических изменений и сопутствующих им субъективных ощущений. В некоторых случаях наружную терапию назначают для защиты пораженных участков кожи от воздействия внешних раздражающих факторов.

Успех наружной терапии зависит от правильного учета характера развившегося дерматоза (острый, подострый, хронический), стадии процесса (прогрессирующая, стационарная, регрессирующая), глубины и локализации поражений, фармакологических свойств назначаемого медикамента, показаний и противопоказаний к его применению, концентрации и лекарственной формы наружного средства. Наиболее демонстративным примером является экзема, при которой наружная терапия зависит от формы экземы, ее стадии, локализации и других факторов. Необходимы строгая индивидуализация наружного лечения и постоянное наблюдение за больным, т. к. часто приходится заменять препараты (при их непереносимости или привыкании к ним) или изменять дозу.

Одним из основных правил местного лечения при ряде заболеваний кожи является применение сначала слабой концентрации ЛС с постепенным ее повышением и переходом к более активно действующим препаратам. В то же время имеются формы и стадии заболеваний кожи, при которых показано применение сильнодействующих местных ЛС (некоторые инфекционные дерматозы – трихомикозы, чесотка и др.).

При острой и подострой формах воспалительного процесса следует пользоваться главным образом лекар-

ственными формами с поверхностным действием содержащихся в них средств (примочки, взбалтываемые взвеси, присыпки и пасты). В случае хронических и глубоких процессов следует предпочесть лекарственные формы, позволяющие веществам действовать более глубоко (мази, компрессы и др.). Однако из этого правила имеются исключения. Например, глюкокортикоидные мази можно применять в острой стадии воспалительного процесса, т. к. действие стероида перекрывает «неблагоприятное» влияние мазевой основы.

Общее правило применения топических средств: чем острее воспалительный процесс, тем поверхностнее должны действовать лекарственная форма и противовоспалительные вещества, в нее входящие. Так, примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностнее, чем пасты, а пасты – более поверхностно, чем мази, компрессы и др. Имеет значение и концентрация медикамента, включенного в лекарственную форму. То есть выбор лекарственных форм определяется не этиологией дерматоза, а степенью остроты воспаления, локализацией поражения и его распространенностью.

Наружные средства по степени их действия в глубину можно расположить в возрастающем порядке: присыпки, примочки, взбалтываемые смеси, пасты, мази, компрессы, клеи, пластыри, лаки.

Неправильный выбор лекарственной формы обычно приводит к обострению заболевания. В связи с этим необходимо хорошо знать, что представляют собой лекарственные формы для наружной терапии, механизм их действия, показания и противопоказания к назначению, способы применения.

Лекарственные формы средств наружной терапии, применяемые в дерматологии. Все фармакологические средства наружной терапии разделяют на индифферентные и обладающие определенным фармакологическим действием. К индифферентным средствам, действие которых обусловлено лишь их физическими свойствами, относятся: вода, химически нейтральные порошкообразные вещества, масла, жиры, жироподобные вещества, гели, коллоиды. Они обычно составляют основу лекарственных форм наружной терапии. Средства, обладающие определенным фармакологическим действием, по наиболее характерному терапевти-

ческому эффекту разделяются на ряд групп. В зависимости от цели, которую преследует наружная терапия в каждом конкретном случае, они включаются в разные лекарственные формы. Это дает возможность:

- получить определенный терапевтический эффект благодаря физическим свойствам самих форм;
- применять различные концентрации лекарственных веществ;
- вводить в кожу ЛС на различную глубину.

Наиболее часто применяются следующие лекарственные формы: *присыпка*, примочки, гель, *паста*, аэрозоль, крем, *мазь*, лак, пластырь.

Присыпки состоят из порошкообразных веществ, которые наносят на участок поражения ровным тонким слоем. Присыпка высушивает и обезжиривает (вследствие гигроскопичности) кожу, охлаждает ее (в результате усиления теплоотдачи) и способствует сужению поверхностных сосудов кожи. Это позволяет уменьшить гиперемиию, отек (особенно в складках кожи), ощущение жара и зуда. Однако при мокнутии в очагах поражения присыпки не применяют, т. к. вместе с экссудатом они образуют корки, усиливающие воспалительный процесс, и раздражают кожу. Присыпки используют против повышенной потливости и при усиленном салоотделении.

Присыпки состоят из минеральных или растительных порошкообразных веществ. Из минеральных веществ наиболее часто в состав присыпок входят силикат магния – тальк (*Talcum*), окись цинка (*Zincum oxydatum*), из раститель-

ных – пшеничный крахмал (*Amylum tritici*). Крахмал может подвергаться брожению, поэтому его не следует употреблять при повышенной потливости, особенно в кожных складках. Некоторые ЛС в виде порошка вводят в состав присыпок для лечения эрозий и язв.

Смазывания производят водными или спиртовыми растворами анилиновых красителей (например, бриллиантового зеленого), водно-спиртовыми растворами ментола (1–2%), нитрата серебра (2–10%), фулорцином.

Примочки в форме водных и спиртовых растворов в дерматологии применяют часто как противовоспалительное, вяжущее или дезинфицирующее средство. Охлажденными лекарственными растворами смачивают 4–6 марлевых салфеток или мягкую ткань, отжимают их и накладывают на пораженный мокнущий участок. Примочки меняют через 5–15 мин (по мере высыхания и согревания) в течение 1–1,5 ч; всю процедуру повторяют несколько раз в сутки. Чаще всего для примочек используют 1–2%-ный раствор танина, 0,25–0,5%-ный раствор нитрата серебра (ляпис), 2–3%-ный раствор борной кислоты, 0,25–0,3%-ную свинцовую воду (*Aqua plumbi*). Примочки с раствором борной кислоты назначают с осторожностью из-за возможного токсического действия.

Если в очагах островоспалительного поражения имеется гнойная инфекция, то применяют дезинфицирующие примочки: 0,1%-ный раствор этакридина лактата (риванол), растворы фурацилина (1:5 000), перманганата калия (0,05%), резорцина (1–2%).

Бальзам заживляющий Хранитель®

Эффективное натуральное средство

Быстрая помощь при порезах, ранах, ссадинах, синяках, ожогах, укусах насекомых, кожном зуде, обветривании и обморожении.
Не содержит гормоны.

**Новая
упаковка**



Влажно-высыхающая повязка. Такую повязку готовят по тому же принципу, что и примочку, но слоев марли больше (8–12) и меняют повязку значительно реже (через 1/2–1 ч и более) по мере высыхания. Эти повязки способствуют стиханию симптомов острого воспаления, т. к. медленно испаряющаяся жидкость вызывает охлаждение кожи (однако менее активно, чем примочка).

Взбалтываемые взвеси (болтушки) используются при острых, подострых и обостренных воспалениях кожи (дерматитах, экземе и др.), отсутствии мокнутия и излишней сухости пораженных участков кожи. Достоинствами взбалтываемых взвесей является возможность их применения без наложения повязок. Водные взвеси («болтушки») предпочтительны при жирной коже, масляные – при сухой. Основными компонентами водной болтушки являются индифферентные порошки (30%), взвешенные в воде с добавлением глицерина (10–20%). После взбалтывания взвесь равномерно наносят ватно-марлевым тампоном 2 раза в день. Поверхностный противовоспалительный эффект обусловлен усилением теплоотдачи при испарении воды и последующим действием в этом же направлении входящих в состав порошков (окись цинка, тальк, белая глина, крахмал).

■ **Важным положительным свойством бальзама «Хранитель» является отсутствие в его составе гормональных и антибиотических компонентов. Это делает его доступным для широко круга лиц, в т. ч. для пожилых пациентов, лиц с отягощенным аллергическим анамнезом, с тяжелой сопутствующей патологией**

Пасты представляют собой смесь равных массовых частей индифферентных порошков (окись цинка, тальк, крахмал и др.) и жировой основы (ланолин, вазелин и др.). Пасты действуют глубже, чем взбалтываемые смеси, но менее активно, чем мази, оказывают противовоспалительное и подсушивающее действие. Вязкая консистенция паст позволяет накладывать их без повязки. На волосистую часть головы при мокнутии их не применяют. Пасту наносят на кожу 1–2 раза в день; 1 раз в 3 дня ее снимают тампоном, смоченным растительным маслом. Уменьшая количество порошкообразных веществ, можно готовить мягкие пасты. По показаниям в пасту добавляют нафталан, ихтиол, препараты серы, дегтя и др.

Компрессы оказывают согревающее действие и предназначены для рассасывания кожных инфильтратов, уменьшения воспаления, защиты пораженных участков от внешних влияний. Для компрессов применяют главным образом спирт, боровскую жидкость, свинцовую воду.

Масла в чистом виде (персиковое, льняное, подсолнечное, оливковое и др.) употребляют для очистки пораженных участков кожи от вторичных патологических наслоений, удаления остатков применявшихся лекарственных веществ.

Крем применяют при сухой коже, уменьшении ее эластичности и незначительных воспалительных явлениях.

Входящий в крем ланолин (животный жир) делает кожу более мягкой, эластичной. Вода, находящаяся в креме, охлаждает кожу и оказывает противовоспалительное действие. Крем хорошо переносится кожей, но для детей вазелин, раздражающий кожу, заменяют касторовым или подсолнечным маслом. Широкое применение нашел крем «Унны», а также «Детский», «Спермацетовый», «Восторг» и другие, выпускаемые парфюмерной промышленностью. В креме «Унны» вместо вазелина целесообразнее использовать растительное масло (оливковое, персиковое, подсолнечное, касторовое): Lanolini, Ol. heleni, Aq. destill. aa.

Широко используются в лечебной практике мази, кремы и аэрозоли, содержащие кортикостероиды и оказывающие противовоспалительное и гипосенсибилизирующее действие. При резком воспалении, мокнутии целесообразнее применять аэрозоли.

Гель. В дерматологии чаще применяются гидрогели, которые представляют собой коллоидную лекарственную форму. Гель имеет студенистую консистенцию, способную сохранять форму и обладающую эластичностью и пластичностью. По механизму действия гидрогели приближаются к болтушке, а по консистенции – к мази, свободной от жиров. Для изготовления гелей используют гидрофильные вещества (желатин, агар-агар, гуммиарабик и др.), разбухающие в воде с образованием коллоидной системы. В них добавляют разные фармакологические средства (глюкокортикостероидные, фунгицидные, антибактериальные и др.), которые быстро проникают в кожу.

Лак – жидкость, быстро высыхающая на поверхности кожи с образованием тонкой пленки. Чаще всего лак состоит из коллодия, в который вводят различные лекарственные вещества (Ac. salicylicum, resorcinum, gryseofulvinum и др.). Обычно лак применяют при желании оказать глубокое воздействие на ткань (например, на ногтевую пластинку) и на ограниченном участке.

Широко используются для лечения онихомикозов лаки лоцерил, батрафен.

Мазь содержит одно или несколько лекарственных веществ, равномерно смешанных с жировой мазевой основой (вазелин, ланолин, свиное сало, нафталан и др.), которая должна быть химически нейтральной (чтобы не вызывать раздражения кожи) и обладать мягкой, эластичной консистенцией, не изменяющейся под влиянием температуры тела.

Все большее применение находят мазевые основы из синтетических веществ: полимеры этиленоксидов, производные целлюлозы, эстеры сорбитана и высших жирных кислот и др. Мази на такой основе лучше проникают в кожу и легче освобождаются от включенных в них ЛС, не окисляются и не разлагаются, хорошо переносятся кожей.

Мази оказывают глубокое действие, поэтому их назначают при хронических и подострых заболеваниях, при воспалительном инфильтрате в коже. Употребляют 2–10%-ную серную мазь, 2–3%-ную дегтярную, 1–3%-ную белую ртутную, 2%-ную салициловую, 2–5%-ную ихтиоловую, 2–3%-ную нафталановую мазь и пр. Пользуются мазями с антибиотиками (2,5–5%-ная эритромициновая, тетрациклиновая, линко-

мициновая и др.). При лечении пузырькового лишая, опоясывающего лишая применяют интерфероновую, оксолиновую мазь, ацикловир и др.

АПТЕЧКА ПАЦИЕНТА

Средства местной терапии подразделяются на рецептурные и разрешенные к отпуску без рецепта врача. Последних на рынке достаточно много, и сориентироваться при их выборе пациентам подчас нелегко. Между тем в повседневной жизни часто встречаются различные кожные проблемы, включая микротравмы кожи – порезы, мелкие травмы, поверхностные ожоги, царапины и ссадины. Поэтому присутствие в каждой домашней аптечке средства, способного справиться с большинством этих проблем, представляется вполне обоснованным.

Для ускорения процессов регенерации и уменьшения воспалительных явлений при кожных микротравмах, сухой коже, ожогах широкое применение получил бальзам заживляющий «Хранитель». Препарат обладает обезболивающим, регенерирующим, антисептическим действиями. Способствует быстрому рассасыванию ран, ускоряет процессы затягивания повреждений за счет регуляции регенерирующего процесса. В состав препарата входят: масла кукурузы, облепихи, эфирные масла эвкалипта и лаванды, витамины, А, Е, нафталан и вспомогательные компоненты. Масла обеспечивают быструю проводимость активных веществ, благодаря чему скорость процесса регенерации становится выше, повышаются барьерные функции кожи. Нафталан – один из основных компонентов бальзама «Хранитель», обладает уникальными целебными свойствами и оказывает лечебное воз-

действие на кожный покров человека. Витамины А и Е, входящие в состав бальзама «Хранитель», являются природными антиоксидантами, ускоряют процессы деления клеток, способствуют повышению эластичности кожи, препятствуют образованию рубцов, защищают кожу от неблагоприятных факторов внешней среды.

В повседневной практике бальзам применяется:

- при механических повреждениях кожных покровов (ссадины, раны, царапины, порезы),
- ожогах, вызванных воздействием высоких температур или УФЛ,
- обморожениях и обветриваниях,
- крапивнице, аллергических раздражениях кожи,
- кровоподтеках, кожных гематомах,
- мозолях, трещинах,
- избыточном шелушении, сухости кожи,
- укусах насекомых, ожогах крапивы и т. д.,
- в качестве симптоматического и профилактического средства при сухости кожи.

Бальзам наносят на поврежденные участки кожи равномерным тонким слоем, немного втирая, трижды в день. При гематомах, кровоподтеках можно использовать как компресс. Средняя продолжительность терапии составляет 3–9 дней и зависит от степени тяжести заболевания, симптоматики. Бальзам «Хранитель» не применяют для терапии открытых ран. Важным положительным свойством бальзама является отсутствие в его составе гормональных и антибиотических компонентов. Это делает его доступным для широкого круга лиц, в т. ч. для пожилых пациентов, лиц с отягощенным аллергическим анамнезом, с тяжелой сопутствующей патологией.



ЛИТЕРАТУРА

1. Айзятупов Р.Ф. Клиническая дерматология. Донецк: Донеччина, 2002.
2. Аравийская Е.Р. Некоторые «психосоматические» дерматозы в практике дерматокосметолога. Сб. ст. НПО врачей-косметологов. СПб., 2002, 4: 31-35.
3. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Современные представления о структуре и функции кожного барьера и терапевтические возможности коррекции его нарушений.
4. Волкова Е.Н. Рациональная терапия комбинированных поражений кожи - дерматозов сочетанной этиологии. Е.Н. Волкова, Д.А. Ланге. Дерматология [Электронный ресурс]. *Электронный журнал*, 2011, 4. Режим доступа к журн.: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/magazines/cm/article/21324>
5. Гаджигороева А.Г. Миноксидил в лечении алопеции. *В помощь практикующему врачу*, 2006, 5: 87-92.
6. Дашкова Н.А. Акне: природа возникновения и развития, вопросы систематизации и современные ориентиры в выборе терапии. Н.А. Дашкова, М.Ф. Логачёв. *В помощь практикующему врачу*, 2006, 4: 8-13.
7. Дерматовенерология: Национальное руководство. Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
8. Дерматовенерология: Учебник для медицинских вузов. А.В. Самцов, В.В. Барбинов. СПб.: СпецЛит, 2008.
9. Дерматологический справочник. А.Т. Сосновский, Н.З. Яговдик, И.Н. Белугина. 2-е изд., перераб. и доп. Минск: Высшая школа, 2001.
10. Дрибноход Ю.Ю. Косметология. 6-е изд. Ростов н/Д: Феникс, 2010.
11. Забарова В.А. Растения – источники эфирных и растительных масел, используемых в дерматологии. *Российский журнал кожных и венерических болезней*, 2004, 2: 71-72.
12. Кожные и венерические болезни: учеб. пособие. Н.З. Яговдик, М.В. Качук, В.Г. Панкратов. Минск: Высшая школа, 1999.
13. Кожные и венерические болезни. Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
14. Кочергин Н.Г., Белоусова Т.А. Проблемы терапии сухой кожи. *Лечащий врач*, 2009, 8: 36-39.
15. Козин В.М. Дерматология: учеб. пособие. Минск: Высшая школа, 1999.
16. Коробкова Е.В. Сочетание АНА-кислот и природного адаптогена в-1,3-глюкана в косметических препаратах для домашнего и профессионального использования. Сб. ст. НПО врачей-косметологов. СПб., 2000, 2: 25-29.
17. Короткий Н.П. Атопический дерматит – рекомендации по лечению. *В помощь практикующему врачу*, 2006, 3: 58-59.
18. Корсун В.М. Фитотерапия кожных болезней: справ. изд. В.Ф. Корсун, А.Е. Ситкевич, Ю.А. Захаров. Минск: Высшая школа, 2001.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.