



THE USE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING TO DETECT CYSTIC FORMATIONS IN THE NECK IN CHILDREN

Key words: cystic neck formations, branchiogenic cancer, MRI, pseudosolidity.

To determine the features of diagnosis, clinical course and treatment of lateral neck cysts. Materials and methods. Cystic neck formations in patients of different age groups, their MR diagnostics, anatomical features, pathomorphological examination. The diagnostic value of MRI,

neck cysts has been proven. Conclusions. MRI diagnostics of neck cysts, variants of the clinical course can reduce the risk of errors at the pre-, intra- and postoperative stages

наиболее актуальных проблем дерматологии. В

Ташкенбаева У.А., Музапова У.Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПИМЕКРОЛИМУСА ПРИ ДЕТСКОЙ ЭКЗЕМЫ КОЖИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности пимекролимуса при детской экземе кожи у детей и подростков **Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 57 детей и подростки в возрасте от 7 до 18 лет (мужского пола — 26, женского — 31), больных детской экземой, обратившихся в амбулаторное отделение Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера (ТОКВД). Интенсивность поражения кожи лица оценивали с помощью дерматологического индекса шкалы симптомов.

Результаты. Пимекролимус при лечении детей с детской экземой можно использовать после купирования ТКС резко выраженных острых проявлений, что уменьшает риск возникновения более тяжелой клинической картины.

Детская экзема кожи — широко распространенное хроническое рецидивирующее кожное заболевание, которое характеризуется развитием воспаления, интенсивным зудом, сухостью и покраснением кожи. Острота проявлений заболевания индивидуальна для каждого больного. У некоторых пациентов зуд настолько выражен, что приводит к бессоннице и существенному снижению качества жизни. Детская экзема часто ассоциируется с индивидуальным или семейным анамнезом и другими атопическими заболеваниями — такими, как бронхиальная астма, аллергический ринит [1]. Частота встречаемости детской экземы у взрослых в развитых странах составляет 1-3% всей популяции, у детей — 15-20% [5]. Согласно данным эпидемиологического исследования ISAAC study, распространенность детской экземы в мире сильно варьирует, но имеет тенденцию к росту [2, 3]. Считается, что возникновение заболевания является результатом взаимодействия генетических факторов, условий окружающей среды, дефектов кожного барьера и иммунной системы [4].

Поиск безопасных и эффективных методов лечения детской экземы остается одной из pathomorphological examination in the verification of

1950 г. M. Sulzberger и V. Witten впервые применили топические глюкокортикостероиды (ТГК), что стало значительным прорывом в лечении заболеваний кожи [5]. Противовоспалительные, иммуносупрессивные, анти пролиферативные свойства ТГК смогли облегчить течение большинства иммунозависимых дерматозов.

Однако применение глюкокортикостероидов может вызывать как местные, так и системные побочные эффекты. К местным реакциям относят: атрофию кожи, стрии, телеангиэктазии, пурпуру, эритему, акнеформную сыпь и др. [6]. Системные реакции чаще встречаются у детей, особенно в возрасте до 2 лет, проницаемость кожи у которых выше, чем у взрослых [7]. Длительное применение ТГК сопряжено с риском угнетения гипоталамо-гипофизарной системы (синдром Кушинга), торможением роста, развитием катаракты [8]. Известно, что больные испытывают опасение в отношении потенциальных побочных эффектов кортикостероидов, что снижает их приверженность к лечению [9]. Ограничение применения ТГК приводит к недостаточно успешному лечению иммунозависимых

заболеваний, особенно у детей на участках кожи с повышенной чувствительностью. Возможный результат побочного действия ТГК — нежелание применять их не только пациентами, но и некоторыми врачами. Однако полностью исключить ТГК из схем терапии невозможно. Сегодня необходим эффективный, безопасный и простой в применении наружный препарат, который был бы сопоставим с ТГК по интенсивности влияния на воспалительную реакцию, но не имеющий побочных эффектов, характерных для ТГК.

Топические ингибиторы кальциневрина — пимекролимуси такролимус, относятся к нестероидным клеточно селективным ингибиторам, принадлежащим к классу аскомициновых макролактамов. Действие препаратов направлено на Т-лимфоциты. В них препарат связывается сцитозольным рецептором макрофилином 12 и ингибирует кальциневринфосфатазу, участвующую в переносенуклеарного фактора активированных Т-лимфоцитов в ядро. Это препятствует образованию и высвобождению воспалительных цитокинов (интерлейкинов 2, 3, 4, 8, 10и фактора некроза опухоли), а также пролиферации Т-лимфоцитов, которая возникает при стимуляции клеточных рецепторов. Кроме того, препарат препятствует дегрануляции тучных клеток. Молекула пимекролимуса имеет липофильную структуру, что обуславливает высокое сродство препарата к коже и кожную селективность его действия [10]. В отличие от ТГК пимекролимус не оказывает воздействия на клетки Лангерганса, являющиеся главным звеном патогенеза в иммунной защите кожи.

Это исключает иммуносупрессивное воздействие препарата на организм.

Топические ингибиторы кальциневрина эффективны и безопасны при использовании как короткими, так и длительными курсами лечения. Возможно их длительное применение у пациентов с резистентными формами АтД, особенно в области лица и шеи, где ТГК могут быстро вызвать побочные эффекты [11]. Исследования фармакокинетики крема 1% пимекролимуса у пациентов с большой площадью поражения кожи показали, что этот препарат неаккумулируется в организме детей и взрослых даже после многократного нанесения на обширные участки поражения кожи в течение как минимум 3 нед.

Следует помнить, что при использовании указанных препаратов необходима фотозащита. Таким образом, современные исследования показывают, что ингибиторы кальциневрина могут успешно применяться при длительном лечении детской экземы, значительно уменьшая тяжесть заболевания [12].

Материалы и методы

Ниже представлены результаты наблюдения за 57 детьми и подростками в возрасте от 7 до 18 лет (мужского пола —26, женского — 31), больных детской экземы, обратившихся в амбулаторное отделение Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера (ТОКВД). Тяжесть заболевания во всех случаях расценивалась как легкая или среднетяжелая. У всех обследованных отмечалось поражение кожи лица (в том числе у 29 пациентов регистрировалась вовлеченность кожи век), у 3 пациентов мужского пола — кожи мошонки.

Интенсивность поражения кожи лица оценивали с помощью дерматологического индекса шкалы симптомов. Элидел 1% крем (пимекролимус, Новартис, Германия) наносили на кожу 2 раза в день тонким слоем. В 12 случаях назначению крема предшествовало использование топического стероида в течение 2-3 дней для снятия проявлений острого воспаления. Все пациенты получали рекомендации по режиму и питанию.

У всех включенных в исследование больных на коже лица наблюдалась отечная эритема. Выраженность остальных симптомов заболевания (мокнутие, сухость, трещины) была умеренной. Всех пациентов беспокоил умеренный (без большого количества экскориаций) зуд в области пораженных участков кожи.

Результаты и обсуждение

Переносимость препарата практически во всех случаях была хорошей. В течение 1-2 дней от начала терапии 17 (30%) больных отмечали умеренное жжение кожи после нанесения препарата, самостоятельно проходившее в течение нескольких минут. По истечении 2 дней от начала терапии ощущение жжения сохранилось только у 2 (4%) больных, и по настоянию родителей препарат был отменен. Остальные пациенты и их родители отметили высокую комфортность использования препарата.

Уже на 39-й день лечения с применением крема 1% пимекролимуса отмечалось умеренное улучшение состояния кожи — среднее значение

дерматологического индекса по шкале симптомов снизилось с 8,9 до 7,2 балла (рис. 1). На 79й день лечения динамика была еще более значительной: среднее значение дерматологического индекса составило 2,1 балла, на 149й день — 1,1 балла. У 15 пациентов, в прошлом длительно использовавших топические стероиды, отмечено более медленное снижение выраженности проявлений болезни. Поскольку основными у пациентов были жалобы на выраженную эритему и кожный зуд, в ходе

(рис. 2). Как и суммарное значение дерматологического индекса, определенного по шкале симптомов, снижение эритемы на 39й день было не большим: с 2,3 до 2,1 балла. На 79й день терапии этот показатель составил уже 1,1 балла, а на 149й — 0,9.

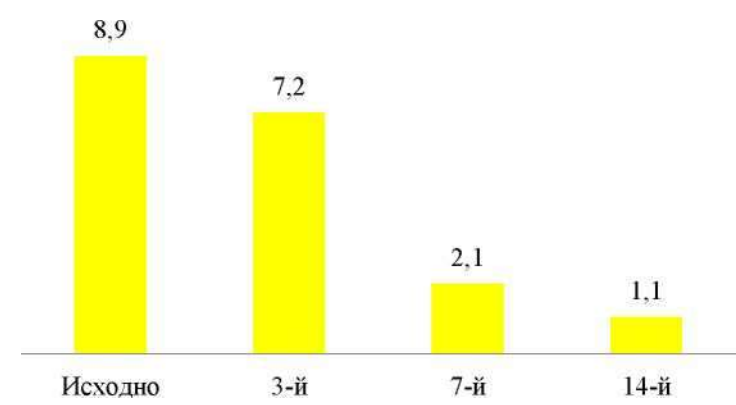


Рис. 1. Изменение дерматологического индекса на фоне лечения кремом 1% пимекролимуса

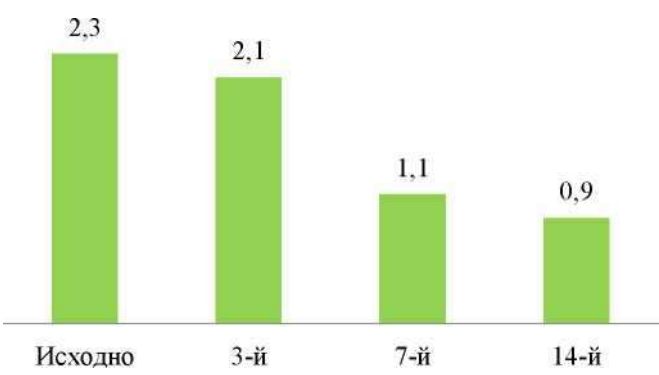


Рис. 2. Изменение выраженности эритемы на коже лица больных детской экземой на фоне лечения кремом 1% пимекролимуса

наблюдения тщательно оценивали изменение именно этих симптомов болезни. Интенсивность эритемы оценивалась в пределах от 0 до 3 баллов

Посвящается к 100-летию со дня рождения профессора Карима Сулеймановича Сулейманова

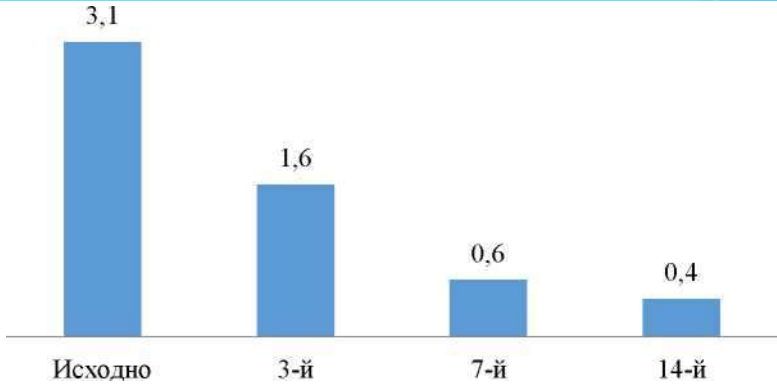


Рис. 3. Изменение интенсивности кожного зуда у больных детской экземой на фоне лечения кремом 1% пимекролимуса

Помимо изменений кожи, на качество жизни больных детской экземы существенно влияет выраженность кожного зуда. Интенсивность этого показателя выясняли в ходе опроса пациентов по 109балльной шкале. Этот показатель изменялся достаточно быстро: уже на 39 й день его интенсивность понизилась с 3,1 до 1,6 балла (рис. 3).

В целом в абсолютном большинстве случаев мы наблюдали значительное улучшение в течении заболевания. У всех 3 больных с поражением кожи мошонки также отмечен положительный результат терапии. В 18 (32%) случаях регистрировалась полная медикаментозная ремиссия. В 7 (12%) случаях результаты лечение были признаны незначительными, что может быть объяснено невыполнением режимных и диетических рекомендаций, а также неадекватным уходом за кожей.

Таким образом, результаты наблюдения за больными, получавшими крем Элидел (1% пимекролимус), свидетельствуют о хорошем профиле безопасности и эффективности препарата. Пимекролимус при лечении детей с детской экземой можно использовать после купирования ТКС резко выраженных острых проявлений, что уменьшает риск возникновения более тяжелой клинической картины. С учетом ранее полученных данных пимекролимус можно считать средством первой линии при лечении больных детской экземой кожи при локализации высыпаний на чувствительных участках кожи (прежде всего — на коже лица и аногенитальной зоны).

Литература

1. Ashcroft D., Dimmock P., Garside R. et al. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopic dermatitis: meta9analysis of randomized controlled trials. BMJ. 2005;330;7490:516.
2. Williams H., Robertson C., Stewart A. et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood. J. Allergy Clin. Immunol. 1999;103;1:125-138.
3. Laughter D., Istvan J., Tofte S. et al. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon schoolchildren. J. Am. Acad. Dermatol. 2000;43(4):649-655.
4. Jennifer D., Peterson M., Lawrence S. et al. A comprehensive management guide for atopic dermatitis. Dermatol. Nurs. 2006;18(6):531-542.
5. Sulzberger M., Witten V. The effect of topically applied compoundF in selected dermatoses. J. Invest. Dermatol. 1952;19(2):101-102.
6. Hengge U., Ruzicka T., Schwartz R. et al. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. J. Am. Acad. Dermatol. 2006;54(1):1-15.
7. Giusti F., Martella A., Bertoni L. et al. Skin barrier, hydration, andPH of the skin of infants under 2 years of age. Pediatr. Derm. 2001;18(2): 93-96.



8. Walsh P., Aeling G., Huff L. et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis suppression by superpotent steroids. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1993;29(3):501-503.
9. Корсунская И.М., Дворянкова Е.В. Новые препараты в местной терапии атопического дерматита. *Consilium Medicum.* 2004;6(3):14-17.
10. Stuetz A., Grassberg M., Meingasser J. Pimecrolimus (Elidel, SDZ ASM 981). preclinical pharmacologic profile and skin selectivity. *Semin. Cutan. Med. Surg.* 2001;20(4):233-241.
11. Kalthoff F., Meingassner J., Chung J. et al. Pimecrolimus and tacrolimus differ in their inhibition of lymphocyte activation during the sensitization phase of contact hypersensitivity. *J. Dermatol. Sci.* 2006;43(2): 117-126.
12. Reuters Health Information 2006. Pimecrolimus cream provides fast relief of pruritus. *Allergy.* 2006; 61:375-381.
13. Асадов, Д. А., А. Б. Яркулов, and Д. И. Ахмедова. "Анализ причин младенческой смертности в Республике Узбекистан и пути ее снижения." *Педиатрия* 1 (1999): 10-16.
14. Акрамова, Хурсаной Абдумаликовна, Дилорам Илхамовна Ахмедова, and Зарина Руслановна Хайбуллина. "АУТОАНТИТЕЛА, ПРОФИЛИ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ И ИХ СВЯЗЬ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ." *Journal of cardiorespiratory research* 1.1 (2022): 13-18.
15. Akcura, F., D. Ahmedova, and P. Menlikulov. "Health For All: A Key Goal for Uzbekistan in the New Millennium." Tashkent: United Nations Development Programme (2006).