

Таким образом, получено оригинальное решение с использованием препарата «Лакто ФЛОР» для нового подхода к профилактике и лечению трансформированного процесса, в дополнение к существующим.

Д.С. Мечев, Д.А. Лазарь, В.П. Івчук,
Т.М. Говоруха

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ,

Київська міська онкологічна лікарня

Перший досвід використання кортикостероїдного крему «Мометазон фууроат» в лікуванні радіаційних дерматитів

The first experience of use of corticosteroid cream Mometasonum Furoate in radiation dermatitis treatment

Summary. Theoretical and first practical data about the use of a new strong corticosteroid cream Mometasonum Furoate for prevention and treatment of radiation dermatitis resulting from radiation therapy of cancer patients are reported.

Key words: classification, radiation dermatitis, prevention and treatment, Mometasonum Furoate.

Резюме. Приведены теоретические и первые практические данные использования нового сильнодействующего кортикостероидного крема — «Мометазон фууроат» для профилактики и лечения радиационных дерматитов кожи вследствие лучевой терапии онкологических больных ряда локализаций.

Ключевые слова: классификация, радиационные дерматиты, профилактика и лечение, «Мометазон фууроат».

Ключові слова: класифікація, радіаційні дерматити, профілактика і лікування, «Мометазон фууроат».

Дерматити — це запальні ураження, які виявляються на місці безпосереднього впливу різних факторів навколишнього середовища. Загальноприйнятої класифікації дерматитів не існує, тому пропонується розділяти їх за етіологічними ознаками [1]: дерматити від дії фізичних факторів; дії хемічних факторів; дії рослин.

Дерматити від дії фізичних факторів розподіляють так: механічні або травматичні; від дії електричного струму, високої або низької температури; дерматити від дії променевого ураження: сонячний, від штучних джерел світла та від іонізувального випромінювання (синоніми: променевий дерматит, радіаційний дерматит, рентгенівський дерматит, радіаційний дерматоз, радіодерміт [2]).

В останньому випадку опромінення може бути лікувальним, аварійним, професійним (багаторічна робота у сфері дії йонізувального випромінювання).

Іонізувальне випромінювання викликає в шкірі оборотні та необоротні зміни. До оборотних змін, які тривають від кількох тижнів до кількох років, належать: еритема, випадіння волосся, пригнічення секретії сальних залоз та гіперпигментація; до необоротних — гострий та хронічний променевий дерматоз і злоякісні пухлини [3].

Профілактика і лікування радіаційних дерматитів, які значно погіршують якість життя професіоналів та

хворих, які лікуються, є значною проблемою сьогодні. Важливість цієї проблеми підкреслюється наказом МОЗ Російської Федерації від 06.07.2006 р. № 523 (на жаль, аналогу такого наказу в Україні немає) «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с радиационным дерматитом» і багатьма фундаментальними працями з цього питання [3–7]. Науковцями в різні роки пропонувалися такі основні засоби запобігання та лікування радіаційних дерматитів:

на ранніх стадіях променевих дерматитів (еритеми, сухий епідерміт) ефективні аплікації 10 %-ого розчину димексиду; при вологому зливному епітеліїті та дерматиті слід використовувати пов'язки з вітамінізованими оліями (обліпіха, шипшина та інші), а також дібунол, олазол, іруксол, левосин, метилурацилову мазь та інші; слід обов'язково застосовувати кортикостероїдні мазі (преднізолон, локакортен, сіналар, деперзолон, дермазолон);

при лікуванні променевого фіброзу шкіри показані аплікації або електрофорез з 10–30 %-вим розчином димексиду, а також з лідазою (ронідазою) та препаратами глюкокортикостероїдів;

лікування променевих виразок шкіри проводять згідно із загальнохірургічними методами;

у фазі некробіозу та ексудації використовують антисептичні розчини (0,5 %-вий хлораміну, 1:1000 фурациліну, 1 %-вий перекису водню, 5–10 %-вий димексиду) в поєднанні з глюкокортикостероїдами.

При всьому розмаїтті засобів лікування всі науковці наголошують на необхідності включення до різних схем кортикостероїдних мазей як основного компонента лікування гострих променевих дерматитів, оскільки це запальна реакція шкіри, яку зазвичай лікують топічними кортикостероїдами.

Протизапальні ефекти кортикостероїдів досягаються завдяки вазоконстрикції, зниженню проникності капілярів та стримуванню проліферації й міграції лейкоцитів. Запальні процеси при гострому радіаційному дерматиті контролюються частково протизапальними цитокінами; припускають, що інтерлейкін (ІЛ-6) має бути одним з головних медіаторів запалення, викликаного опроміненням [8].

З огляду на зазначене вище, первинною метою даної роботи було широке ознайомлення радіотерапевтів з можливостями нового топічного кортикостероїдного препарату «Мометазон фууроат» (ММФ) — «Елокон», який останнім часом з успіхом використовують за кордоном для профілактики та лікування ранніх і пізніх радіаційних дерматитів у хворих, які отримують променеву терапію з приводу злоякісних пухлин різних локалізацій [8–10]. Мометазон фууроат — це сильнодіючий стероїд, який має три потенційні переваги порівняно з іншими кортикостероїдами. По-перше, це сильнодіючий кортикостероїд з незначним ризиком явної атрофії шкіри. По-друге, було заявлено, що крем має ефект пролонгації, який триває протягом 24 годин і, таким чином, застосовується один раз на добу. По-третє, було

підтверджено, що ММФ має сильний стримуючий ефект щодо інтерлейкін-IL-6-активності, як на транскрипційному, так і на білковому рівні під час радіотерапії [10].

У дослідження, проведене на базі радіологічного відділення променевої терапії Київської міської онкологічної лікарні, були включені пацієнти з пухлинами грудної, передміхурової залози, вульви та прямої кишки. Променеву терапію хворим на рак грудної залози проводили після хірургічного втручання, об'єм якого залежав від стадії патологічного процесу. Опромінювали саму залозу та шляхи лімфовідтоку за стандартними протоколами, затвердженими МОЗ України. Наносили ММФ на всі зони опромінення.

У разі опромінювання передміхурової залози, вульви та прямої кишки також використовували стандартні протоколи. Сумарна доза залежала від стадії новоутвору та об'єму хірургічного лікування. Кортикостероїдним кремом обробляли як зони основних полів опромінення, так і поля опромінення шляхів лімфовідтоку, пахові ділянки. У всіх випадках 0,1 %-вий крем мометазон фууроату застосовували двічі на тиждень до досягнення сумарної дози опромінення 24–28 Гр. Далі препаратом змащували зони опромінення один раз на тиждень протягом всього лікування та ще три тижні після завершення опромінення.

Променеве лікування здійснювали за допомогою гамма-опромінювання на апараті РОКУС-М та фотонного опромінювання на лінійному прискорювачі Осог фірми Siemens енергією 6 або 15 МеВ.

Потенційну ефективність місцевих або системних кортикостероїдів для лікування гострого і хронічного дерматиту після опромінювання широко розглянуто в літературі [1, 2, 8–10]. Але далеко не всі кортикостероїди, за даними літератури, продемонстрували високу ефективність. Відносно обмежене використання цих препаратів під час радіотерапії може бути зумовлене підвищенням ризиком розвитку атрофій, телеангіоектазій на межах полів опромінення. На відміну від попередніх препаратів, ММФ продемонстрував свій високий ступінь ефективності і потенційно низький ризик атрофії шкіри, що підтверджується багатьма авторами [9–11].

Протягом нашого відносно нетривалого спостереження за хворими не було жодних ознак телеангіоектазій або макроскопічної атрофії шкіри. Наступною теоретичною передумовою для відмови від використання сильнодіючих токсичних кортикостероїдів може бути високий ризик пригнічення системи гіпофіз—надниркові залози. При використанні ММФ ризик таких ускладнень значно менший, крім того, препарат використовується на невеликих зонах тіла (менше 5 %), а його підшкірна абсорбція не перевищує 0,4 % [11]. Третьою теоретичною причиною для обмеженого застосування сильнодіючих кортикостероїдів може бути вторинна інфекція шкіри. Але в нашому дослідженні, як і в дослідженнях інших авторів, наведених у праці, жодних ознак вторинної інфекції шкіри не діагностували.

Необхідно також зазначити, що ефективність застосування крему «Мометазон фууроат» була значно вища у разі фотонного опромінення первинного осередку та шляхів лімфовідтоку, ніж при гамма-опроміненні. Але зважаючи на те, що більшість онкологічних закладів України оснащені саме гамма-терапевтичними апаратами різних типів, які спричиняють більш виражені променеві реакції шкіри, використання кортикостероїдного крему набуває ще більшої актуальності та практичної значущості.

Отже, можна зробити такі попередні висновки. Локальне використання сильнодіючого кортикостероїдного крему «Мометазон фууроат» є більш ефективним, ніж застосування лише пом'якшуючих кремів при лікуванні гострого та хронічного променевого дерматиту.

Застосування даного препарату виправдане з першого сеансу опромінювання та протягом 3 тижнів після його завершення як профілактика та лікування радіаційних дерматитів.

Констатовані в праці переваги даного препарату перед іншими кортикостероїдними препаратами вказують на перспективність його подальшого використання з поглибленим вивченням віддалених результатів профілактики та лікування радіаційних дерматитів.

Література

1. Циммерман Дж. и др. // *Strahlether oncol.* – 1998. – № 174. – P. 142–148.
2. Hopewell J. // *Int. J. Radiol. Biol.* – 1990. – № 57. – P. 751–773.
3. Golberg L. // *Lancet.* – 1996. – № 347. – P. 663–667.
4. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с радиационным дерматитом. Приказ МЗ РФ от 06.07.2006 г. № 523. – 14 с.
5. Жербин Е.А. и др. *Биологические эффекты нейтронов разных энергий.* – М.: Атомиздат, 1984. – 144 с.
6. Переводчикова И.И. *Противоопухолевая терапия.* – М.: Медицина, 1986. – С. 6–20, 37–39.
7. Втюрин Б.М. и др. // *Мед. радиол.* – 1992. – № 2. – С. 3–8.
8. Lane A.T. // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* – 1997. – № 8 (Suppl.1). – P. 24–44.
9. Rosenthal D., Duke E. // *Curr. Ther. Res.* – 1998. – № 44. – P. 791–801.
10. Bostrom A. et al. // *Radiother. and Oncol.* – 2001. – № 59. – P. 257–265.
11. Brash J. // *Z.Hautkr.* – 1991. – № 66. – P. 785–789.

Д.С.Мечев, М.М.Фірсова, Н.І.Полякова,
Ю.П.Северін, В.В.Андреева

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ,

Київська міська онкологічна лікарня

**Досвід тривалого використання
золендронової кислоти в комплексному
лікуванні метастазів раку
передміхурової залози в кістки
(майстер-клас)**

**The experience of long use of Zoledronic
acid in complex treatment of prostate
cancer metastases to the bones
(workshop)**