

Багаева М.И.

Опыт применения препарата Панавир Инлайт в терапии осложнений, возникающих на фоне цитостатической терапии у больного с саркомой Капоши

ГКБ №14 им. В.Г.Короленко, Москва., г. Москва

Bagueva M.I.

Experience with the drug in the treatment of Panavir Inlayt complications arising on the background of cytostatic therapy in patients with Kaposi's sarcoma

Введение

В настоящее время в современной дерматологии базисными препаратами в терапии ряда дерматозов неопластической природы являются цитостатики. Цитостатическая терапия - это ключевая позиция в комплексной терапии злокачественных лимфом кожи, саркомы Капоши, множественных базалиом и т.д. [1]. Успешные результаты лечения этих заболеваний, достигнутые в последнее время с применением цитостатической терапии, были бы невозможны без преодоления сопутствующих им побочных эффектов, связанных с тем, что в эффективных дозировках препараты оказывают влияние не только на больные, но и на здоровые клетки. Однако негативные последствия лечения могут вынуждать пациента, а нередко и врача, отказываться от проводимой терапии и возвращаться к использованию малоэффективных, но относительно легко переносимых методик.

Саркома Капоши - системное многоочаговое заболевание сосудистого генеза с преимущественным поражением кожи, лимфатических узлов, и внутренних органов. В настоящее время считается, что ведущими патогенетическими факторами служат наличие вирусной инфекции, нарушение иммунитета и неоваскуляризация за счет пролиферации эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов. Саркома Капоши относится к числу редких заболеваний (частота среди мужчин составляет 0,4 на 1 000 000, среди женщин — 0,22 на 1 000 000), но актуальность данной нозологии заключается в том, что с началом эпидемии ВИЧ-инфекции появились новые клинические варианты саркомы Капоши, которая остаётся при этом наиболее частым злокачественным новообразованием, связанным с ВИЧ-инфекцией, обнаруживаемым у 10-15% ВИЧ-инфицированных. Помимо этого, считается, что риск развития саркомы Капоши повышается в 400-500 раз у реципиентов при трансплантации органов [2]. Препаратом выбора при лечении саркомы Капоши в России уже несколько последних десятилетий является цитостатик проспидия хлорид, который позволяет не только приостановить прогрессирование заболевания,

но и получить во многих случаях довольно длительную клиническую ремиссию с полным восстановлением трудоспособности [3]. Препарат снижает проницаемость цитоплазматических мембран для внутриклеточного транспорта жизненно важных ионов, органических соединений и тем самым нарушает нормальную жизнедеятельность клетки, а также оказывает непосредственное влияние на ДНК и РНК. В терапии саркомы Капоши проспидин применяют внутримышечно в дозе 100 мг ежедневно до суммарной дозы 3-6 г. Препарат выгодно отличается от других цитостатиков малой токсичностью, удовлетворительной переносимостью и минимальным побочным действием, включающим транзиторные приступы головокружения, снижение аппетита, тошноту, афтозный стоматит, пароксизмы мерцательной аритмии, парестезии. При появлении выраженных побочных эффектов следует уменьшить разовую дозу или отменить препарат [1]. В своём клиническом наблюдении мы хотели бы остановиться на опыте лечения рецидивирующего афтозного стоматита, возникшего в результате побочного действия цитостатической терапии саркомы Капоши проспидином.

Рецидивирующий афтозный стоматит - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся возникновением афт (эрозий и язв), протекающее с периодическими обострениями и ремиссиями. По данным последних исследований, рецидивирующий афтозный стоматит встречается у 23% обследуемых взрослых и у 37% пациентов, получающих цитостатическую терапию [4]. Окончательно не установлено, какие именно факторы доминируют в патогенезе рецидивирующего афтозного стоматита, а какие predisposing факторы к его развитию. Современные теории предполагают влияние аутоиммунных, вирусных, инфекционно-аллергических, генетических и других неопределённых факторов.

Первичный морфологический элемент рецидивирующего афтозного стоматита — пятно розового или белого цвета округлой формы, не возвышающееся над

уровнем слизистой оболочки, переходящее в афту в течение 1-5 часов. Афты (от греч. *aphtha* — язва) — поверхностный дефект эпителия, мягкий на ощупь, болезненный при пальпации, располагающийся на фоне гиперемизированного пятна округлой или овальной формы. Афты обычно покрыты фибриновым серовато-белым налетом, не удаляющимся при поскабливании. Снятие плёнок сопровождается кровоточивостью. Афты чаще всего локализируются на переходной складке, боковых поверхностях языка, слизистой оболочке губ и щек. По мере утяжеления заболевания количество афт возрастает, период их заживления увеличивается с 7—10 дней до 1 мес. Заболевание характеризуется частыми рецидивами, возникающими с периодичностью от нескольких дней до месяцев [5]. Окончательно невыясненные этиология и патогенез рецидивирующего афтозного стоматита обуславливают определённые сложности в его лечении. Одним из основных звеньев комплексной терапии рецидивирующего афтозного стоматита, возникающего на фоне цитостатической терапии, является отмена цитостатика. Следовательно, актуален поиск тактики лечения рецидивирующего афтозного стоматита, позволяющей избежать перерыва в базисной терапии саркомы Капоши. Примером подобной тактики лечения может служить наше клиническое наблюдение.

Больной Б., 53 лет, житель города Элисты, поступил в мужское кожное отделение ГKB № 14 им. В. Г. Короленко на очередной курс лечения с диагнозом: «Идиопатическая геморрагическая саркома Капоши». Жалобы при поступлении на высыпания на коже нижних конечностей, боли в голеностопных суставах. Страдает данным заболеванием с 2005 года. В 2005-2006 году получил 2 курса цитостатической и глюкокортикоидной терапии в районной больнице города Элиста. В связи с низкой эффективностью проведённой терапии в 2006 году был направлен для дальнейшего стационарного лечения в ГKB № 14 им. В. Г. Короленко. Проводилась терапия проспидином внутримышечно в дозе 100 мг ежедневно (по 3 г на курс). На фоне цитостатической терапии отмечена положительная динамика: разрешение очагов, отсутствие новых высыпаний. С осени 2008 года стали отмечаться выраженные побочные явления цитостатической терапии: слабость, снижение аппетита, выраженная болезненность при глотании и разговоре. При осмотре слизистая полости рта в области твердого неба, щек, языка гиперемизирована с эрозиями округлой и щелевидной формы, местами с белесоватым налетом. Был выставлен диагноз: «Афтозный стоматит, возникший на фоне цитостатической терапии саркомы Капоши». Базисная терапия была отменена, назначена симптоматическая терапия афтозного стоматита (метронидазол гель, флуконазол 150 мг, настои и отвары зверобоя, календулы, ромашки, коры дуба и других трав). Низкая эффективность перечисленной терапии и невозможность продолжения лечения цитостатиками (максимально достигнутая доза базисного препарата составляла 1,5 г на курс) послужила основанием для приостановления стационарного лечения с незначительным клиническим улучшением. Прерванное лечение возобновлялось

каждые 3-4 месяца.

В июне 2010 года — очередной рецидив афтозного стоматита на фоне терапии проспидином (на дозе 400 мг). При осмотре слизистая ротовой полости отечна, ярко гиперемизирована с эрозивными очагами и местами с белесоватым налетом. Цитостатическая терапия была прервана. В связи с рецидивирующим течением афтозного стоматита и низкой эффективностью ранее применяемой терапии, был назначен препарат Панавир Инлайт.

Панавир Инлайт — оригинальный российский препарат нового поколения с противовирусным, бактерицидным, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, предназначенный для защиты и восстановления эпителия кожи и слизистых. Гель Панавир Инлайт обладает противовирусным действием на разные типы ДНК и РНК вирусов: вирус зостер; вирус простого герпеса типа 1 и 2; цитомегаловирус, различные типы вируса папилломы человека, в том числе онкогенные. Гель Панавир Инлайт препятствует проникновению вирусов в клетки, подавляет синтез вирусных белков, тем самым препятствуя размножению вируса. Гель Панавир Инлайт за счет противовирусной активности значительно уменьшает токсическую нагрузку и обладает цитопротективным действием, защищая клетки от воздействия вирусов. Защитное действие Панавир Инлайт обусловлено уникальной буферной основой, которая содержит комплексные соединения лантана. После нанесения, Панавир Инлайт локализуется в средних слоях эпидермиса или слизистой оболочки и образует молекулярную сетку с избирательной пропускной способностью. Молекулы воды, кислорода и азота свободно пропускаются, обеспечивая нормальные физиологические функции кожи и слизистых. В то же время, вирусы, бактерии, грибы и высокомолекулярные соединения — задерживаются. Противовоспалительное действие Панавир Инлайт сочетается со стимулирующим влиянием на гуморальные и клеточные факторы иммунитета. Буферная основа блокирует распространение факторов воспаления, и распространение токсических веществ. Таким образом, достигается противовоздушное действие при использовании Панавир Инлайт. Регенерирующее действие обусловлено улучшением восстановления поверхностных клеток кожи и слизистых.

Гелем Панавир Инлайт обрабатывали пораженные участки слизистой ротовой полости 2 раза в сутки, утром и вечером после еды. На второй день применения препарата отмечено выраженное улучшение — активный процесс эпителизации эрозий. Терапия гелем Панавир Инлайт была продолжена. На четвёртый день использования препарата наблюдалась полная регенерация слизистой полости рта. Базисная цитостатическая терапия была возобновлена. Для предотвращения рецидива афтозного стоматита, гель Панавир Инлайт применялся в течение 7 дней после исчезновения клинических проявлений, при этом рецидивов афтозного стоматита на протяжении всего курса цитостатической терапии проспидином (3 г) не отмечено. Больной был выписан с клиническим улучшением. Каких-либо побочных действий и осложнений в процессе применения геля Панавир Инлайт выявлено

не было. Переносимость геля Панавир Инлайт в течение всего курса лечения оценена нами и пациентом как очень хорошая.

Выводы

Таким образом, применение препарата Панавир Инлайт гель дало в достаточно короткие сроки положительный клинический эффект в терапии рецидивирующего афтозного стоматита, возникающего на фоне цитостатической терапии у больного с саркомой Капоши.

Обладая хорошей переносимостью, гель Панавир Инлайт прост и удобен в применении. Данный препарат может использоваться в различных областях медицины в качестве монотерапевтического средства, обладающего противовирусным, бактерицидным, иммуномодулирующим, противовоспалительным, регенерирующим и защитным действием. ■

Багаева М.И., ГКБ №14 им. В.Г.Короленко, г. Москва; 8-925-081-02-07

Литература:

1. Чистякова И.А., Самсонов В.А. Тридцать лет применения проспидина в дерматологии. Вестн. дерматологии и венерологии. - 1999. №2 - 41-42.
2. Молочков, А.В., Казанцева И.А., Гурцевич В.Э. Саркома Капоши. «БИНОМ». М. 2002.
3. Молочков А.В., Карташова М.Г., Шаталова О.А. Саркома Капоши: современные подходы к диагностике и лечению. Consilium-Medicum. - 2005. - Т. 7, № 1.
4. Barrons RW. Treatment strategies for recurrent oral aphthous ulcers. Am J Health Syst Pharm. Jan 1 2001; 58(1):41-50 ; quiz 51-3.
5. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Бахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит: классификация, клинические формы и лечение (часть II). Стоматология. - 2010. № 3 - 76-80.