



Новые возможности терапии псориаза и себорейного дерматита в практике дерматолога и косметолога

Псориаз - воспалительное заболевание, известное со времен античности, одно из самых частых хронических воспалительных заболеваний кожи, характеризующееся вовлечением в процесс и других органов и тканей (суставы, позвоночник, печень, почки, ногти и др.). Заболевание отличается широкой распространенностью, нередко приводит к социальной и психологической дезадаптации, в наиболее тяжелых случаях - к инвалидизации.

Литературным воплощением актуальности данной проблемы на Руси явилась «Повесть О Петре и Февронии Муромских», написанная в середине XVI века священником Ермолаем-Еразмом Прегрешным.

По некоторым оценкам, псориазом страдают около 100 млн. человек - как мужчины, так и женщины. Можно различить псориаз двух типов. Псориаз 1-го типа связан с системой HLA; им страдают до 75% больных, причем заболевание чаще всего начинается в возрасте 20-25 лет. Псориаз 2-го типа не связан с системой HLA и возникает одинаково часто у мужчин и женщин среднего и пожилого возраста.

Псориаз - хроническое мультифакторное заболевание с преимущественным поражением кожи, развивающееся вследствие неадекватной активации клеточного звена иммунитета. Предполагается, что активация Т-клеток является ключевым событием в каскаде взаимодействий между клетками воспалительного инфильтрата, кровеносными сосудами и кератиноцитами. Нарушение процессов их пролиферации и дифференцировки рассматривается как следствие избыточной продукции цитокинов, хемокинов и факторов роста эндотелия сосудов, усиливающих ангиогенез в пораженной коже активированными Т-лимфоцитами под воздействием провоцирующих факторов, и приводит к развитию клинических проявлений заболевания. При псориазе затрагиваются «гены риска», ответственные, в частности, за продукцию первичных (εттроксиамаяных») медиаторов воспаления, про воспалительных цитокинов ФНО-α, ИЛ-23, ИЛ-12.

В формировании и реализации клинических проявлений псориаза участвуют многочисленные триггерные факторы. Среди них необходимо отметить следующие: стрессы, инфекции, нередко очагового характера, обусловленные дисбалансом микробиоценоза кожи на фоне иммунодефицита, травма (в том числе, и фототравма), метаболический синдром (сахарный диабет, нарушения обменных процессов и патологические состояния печени, дислиппротеинемия, проявляющаяся развитием атеросклероза), привычные интоксикации, лекарственные препараты (соли лития, группы акрихина, В-адреноблокаторы, интерфероны, антидепрессанты, пероральные контрацептивы, пенициллины, НПВП и др.).

В типичном проявлении (вулгарный псориаз) заболевание характеризуется наличием мономорфной сыпи в виде папул и бляшек, покрытых рыхлыми серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании папул выявляется характерная для псориаза триада симптомов - феномены «стеаринового пятна», «терминальной пленки» и «кровавой росы» Ауспитца-Полотейнова. Выделяются «излюбленные места», где обычно

располагаются псориатические высыпания: волосистая часть головы, разгибательная поверхность конечностей, особенно локтевых и коленных суставов, область крестца. На этих участках сыпь может существовать длительное время, не проявляя тенденцию к распространению. Такие стойко держащиеся элементы образно называют «сторожевыми» или «дежурными» бляшками. Несколько реже развивается псориатическая ониходистрофия, в процесс вовлекаются суставы, половые органы, крупные складки, ладони, подошвы, лицо и другие участки кожных покровов.

Гистологическая характеристика псориатических высыпаний включает следующий комплекс изменений:

- значительное утолщение рогового слоя, состоящего из паракератозных клеток;
- отсутствие зернистого слоя;
- истончение надсосочковых участков мальпигиева слоя эпидермиса (они имеют всего два-три ряда часто отечных шиповатых клеток);
- акантоз (акантотические отростки эпидермиса в глубоких отделах расширяются, могут разветвляться и соединяться между собой);
- наличие в дерме лимфоцитарно-гистиоцитарного инфильтрата с примесью нейтрофильных сегментоядерных лейкоцитов;
- расширение капилляров сосочкового слоя дермы;
- экзодерматоз нейтрофилов с образованием их скоплений в паракератозном роге (микроабсцессы Мунро).

Традиционно выделяют три стадии течения - прогрессирующую, стационарную и регрессирующую, а также две формы заболевания - зимнюю и летнюю.

Различают легкую, средней тяжести и тяжелую форму псориаза. Тяжесть оценивается по площади поражения кожи и индексу PASI, который, наряду с площадью очагов, учитывает их тяжесть: эритема, уплотнение и шелушение. При легком псориазе площадь поражения составляет не более 10%, (PASI < 10). При среднетяжелой и тяжелой формах площадь поражения - более 10%, (PASI > 10).

Другой критерий - дерматологический показатель качества жизни пациента (DLQI): Значение DLQI < 10 свидетельствует об умеренном снижении качества жизни пациента, DLQI > 10 указывает на выраженное снижение.

Классификация: в отсутствие общепринятой классификации псориатической болезни, наряду с обычным вульгарным псориазом и такими клиническими разновидностями, как себорейный, ладонно-подошвенный, инверсный (псориаз складок), псориаз ногтей, выделяют эритродермию, пустулезный, экссудативный псориаз и псориатический артрит как наиболее тяжелые формы псориатической болезни.

В практике косметолога большое значение имеет дифференциальная диагностика и лечение себорейного псориаза и себорейного дерматита.

Себорейный псориаз возникает у больных себореей при локализации высыпаний на волосистой части головы и на других «себорейных» участках». Высыпания слабо инфильтрированы, с четкими границами, с желтоватыми, пропитанными кожным салом чешуйками. Поражение волосистой части головы проявляется обильным шелушением без отчетливо выраженных воспалительных явлений, нередко формируя «псориатическую корону» при вовлечении лба и заушных областей (рис. 2). У больных себорейным псориазом часто обнаруживаются нарушения липидного и углеводного обмена. Для дифференциальной диагностики с себорейным дерматитом нередко прибегают к приему Картамышева, который заключается в пальпации с закрытыми глазами волосистой части головы; при этом по периферии псориатических бляшек появляется ощущение четких границ.

Дерматит себорейный - хроническое воспалительное заболевание кожи, возникающее у лиц, страдающих себореей. Причинами его возникновения считается повышенная активность сальных желез, стресс, переутомление, эндокринопатии.

Обсуждается роль дрожжеподобного липофильного гриба *Malassessia fuifur*. Заболевают в основном лица в возрасте 20-50 лет, чаще мужчины. Зоны поражения: нососечные складки, подбородок, волосистая часть головы, заушные складки, грудь, спина. Участки эритемы имеют четкие границы, с жирными желтоватыми чешуйками на поверхности и располагаются на фоне сальной, блестящей, зачастую с наличием камедонов, коже. Рассеянные по эритематозной поверхности мелкие точечные фолликулярные узелки, группируясь и сливаясь, формируют бляшки разной величины, покрытые жирными чешуйками. Субъективно - легкий зуд. В зависимости от локации и выраженности воспалительного процесса выделяют несколько клинико-топографических типов себорейного дерматита:

- 1) себорейный дерматит волосистой части головы: «сухой» тип (простая перхоть);
- 2) «жирный» тип (стеариновая, или восковидная, перхоть); воспалительный (экссудативный)

Гистологическая картина соответствует хроническому дерматиту - паракератоз с пластинчатым отшелушиванием. В качестве наружной терапии для снятия острых воспалительных явлений назначается мазь, обладающая противовоспалительным и кератолитическим действием.

Таким образом, наружное лечение псориаза в/ч головы и себорейного дерматита может быть идентичным.

Лечение псориаза состоит из общей и местной терапии. Системная терапия включает в себя медикаментозную - несупрессивную и иммуносупрессивную. Несупрессивное лечение рекомендуется для больных с различными проявлениями вульгарного псориаза. Оно проводится с использованием гипосенсибилизирующих и детоксицирующих средств (препараты кальция, тиосульфат натрия, низкомолекулярные водно-солевые растворы - реамберин, мафусол), а также препаратов, корригирующих нарушения микрогемодиализации, стимулирующих энергетический обмен в клетках (реополиглобин, пентоксифиллин, солкосерил), седативных и омега 3- содержащих препаратов (омегалицин), а также фототерапии и фотохимиотерапии (ПУВА-терапии).

Иммуносупрессивная терапия используется для лечения тяжелых форм псориаза (распространенный экссудативный псориаз, пустулезные и эритродермические формы) и включает такие препараты, как циклоспорин А (неорал), метотрексат, системные ретиноиды, витамин D₃.

Существенная роль в комплексном лечении больных псориазом принадлежит наружному медикаментозному лечению, которое осуществляется, в основном, с помощью различных мазей, кремов, гелей, лосьонов. Местная терапия позволяет купировать воспалительные явления, инфильтрацию и сухость кожи. Используются топические препараты, содержащие салициловую кислоту, серу, деготь, нафалан и ГКс, которые не всегда пациенты могут применять в силу их побочных эффектов.

Таким образом, препарат, который используется для лечения псориаза себорейного дерматита в/ч головы должен обладать следующими свойствами:

- сильным противовоспалительным действием;
- низкой системной биодоступностью;
- быстрым началом действия;
- минимальными местными побочными эффектами;

В качестве препарата выбора при псориазе для высокоэффективной и безопасной терапии мы применяли крем «Солипсор» НПК ООО «БИФАР» в состав которой входят березовый деготь, солидол, девясил, чистотел, которые оказывают антисептическое и кератолитическое действие. Так же в состав мази входит: солидол, березовый деготь, девясил, оливковое масло, вазелин, ланолин, тальк, крахмал картофельный, вода, масло семян тыквы, чеснок, корень лопуха, грецкий орех, череда, календула, кора березы, корень солодки, отдушка. Крем обладает сбалансированным составом активных действующих веществ, что делает его применение особенно эффективным и действенным.

Стоит отметить, что в составе «Солипсор» отсутствует пчелиный мед, в отличие от: «Карталин» и «Акрустал». Благодаря сбалансированному составу крема «Солипсор», стало возможно исключить мед из компонентов крема, не влияя на общую эффективность.

Под нашим наблюдением находилось 29 пациентов с проявлениями псориаза в\ч головы и 30 пациентов с себорейным дерматитом. Все они получали наружно препарат «Солипсор» 2 раза в день, нанося его на очаги поражения в течение месяца, не втирая.

Анализ результатов терапии в группах сравнения, проведенный по объективному критерию ГОТЭ, дает основания к общему выводу о достаточно высокой эффективности использования мази «Солипсор». (см. табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная оценка клинической эффективности использования крема «Солипсор» у пациентов с псориазом и себорейным дерматитом в\ч головы (ГОТЭ)

Показатель эффективности лечения	Группа наблюдения			
	I (n = 29)		II (n = 30)	
	абс	%	абс	%
отличный результат (3 балла)	23	79,3	21	70,0
хороший результат (2 балла)	5	17,2	7	23,3
удовлетворительный результат (1 балл)	1	3,5	2	6,7
неудовлетворительный результат (0 баллов)	0	0,0	0	0,0
Средний балл эффективности лечения	2,8		2,6	

Свидетельством этого являются: высокие величины средних показателей эффективности терапии, составлявшие 2,8 и 2,6 балла в I и II группах, соответственно, высокий удельный вес представителей обеих групп, достигших отличного и хорошего результатов лечения (96,6% - в группе I; 93,3% - в группе II), отсутствие неудовлетворительных исходов.

Рис 1., 2., 3., 4., 5., 6.

Таблица 2

Сравнительная оценка качества лечения (СД)

Субъективные замечания	Группа наблюдения			
	I (n = 29)		II (n = 30)	
	да	нет	да	нет
Наличие побочных эффектов	0 (0,0%)	29 (100%)	7 (23,3%)	23 (76,7%)
Удобство применения	25 (86,2%)	4 (13,8%)	27 (90,0%)	3 (10,0%)
Наличие дополнительных пожеланий	3 (10,3%)	26 (89,7%)	3 (10,0%)	27 (90,0%)
Удовлетворенность результатами терапии	27 (93,1%)	2 (6,9%)	26 (86,7%)	4 (13,3%)
Готовность к продолжению терапии	28 (96,6%)	1 (3,4%)	19 (63,3%)	11 (36,7%)

Положительная оценка качества лечения, данная большинством участников клинических испытаний, вне зависимости от принадлежности к той или иной группе, подтвердила сложившееся представление о достаточной клинической эффективности и высоких потребительских свойствах препарата, задействованного в исследовании. Более 4/5 опрошенных - 27 из 29 (93,1%) респондентов I группы и 26 из 30 (86,7%) респондентов II группы выражали удовлетворенность результатами терапии. Кроме того, 86,2% (25 из

29) и 90,0% (27 из 30) пациентов I II групп, соответственно, отмечая удобства ее применения, обосновывали свое мнение простотой выполнения медицинских предписаний, отсутствием необходимости отказа от профессиональной деятельности и активного проведения досуга, сохранностью собственных стереотипов в поведении, питании, выборе повседневной одежды и пр. Лишь у незначительной части испытуемых (у 3-х представителей из каждой группы) возникали претензии, а так же дополнительные пожелания, напрямую не связанные с качеством лечения и мотивируемые неудовлетворенностью организацией и условиями проведения исследования. Таким образом, различия субъективного отношения к терапии в группах сравнения определялись следующими параметрами: доступностью и частотой возникновения побочных эффектов при ее применении. Ими же обуславливалась и готовность к продолжению лечения. Относительно невысокая себестоимость терапии с использованием изучаемого препарата, обеспечила позитивную реакцию на предложение о продолжении прежнего объема лечения у 28 из 29 (96,6%) пациентов основной группы наблюдения.

Резюме: Таким образом, высокая скорость купирования острых явлений кожного воспаления и полноценность разрешения основных патологических симптомов заболевания, обеспечиваемая содержащимися в препарате «Солипсор» составом является свидетельством силы его лечебного воздействия.

Отличительной особенностью крема «Солипсор» служит наличие медицинского солидола в терапевтическом количестве, необходимом для работы всех активных компонентов крема. Превышение терапевтического количества может вызвать резкое ухудшение состояния кожи и привыкание (невосприимчивость) к солидолу. Таким образом процесс лечения с кремом «Солипсор» протекает более мягко и безопасно для организма, а благодаря хорошо подобранному натуральному составу крема, удалось убрать неприятный запах, присущий солидоловым мазям и берёзовому дёгтю.

Высокий уровень терапевтической эффективности, безопасности и переносимости данного препарата, в сочетании с более высокой оценкой его потребительских свойств, предоставляют все основания к выводу об очевидных преимуществах использования лечебно-косметического средства «Солипсор» в лечении у пациентов с псориазом и себорейным дерматитом в\ч головы.

Рис 1., 2. Пациент К., 32 года. Диагноз: вульгарный псориаз. До и после лечения кремом «Солипсор», через 30 дней.



Рис. 3., 4. Пациентка О., лет. Диагноз: вульгарный псориаз. До и после лечения кремом «Солипсор», через 25 дней.



Рис. 5., 6. Пациент Е., 52 года. Диагноз: вульгарный псориаз в\ч головы. До и после лечения кремом «Солипсор», через 30 дней.



Д.м.н., проф. Кафедры дерматовенерологии
Ключарева С.В.

СПбГМА им. И. И. Мечникова
Кафедра дерматовенерологии
т. 543-96-34
Пискаревский д. 47-14п