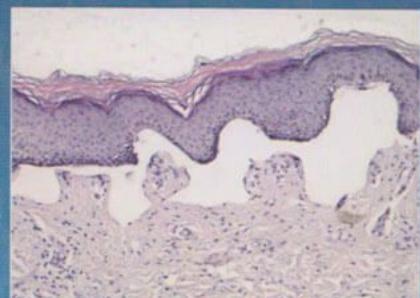


КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

Основан в 2002 г.

5'2014

- Коморбидность при красном плоском лишае
- Семейная пузырчатка Гужеро–Хейли–Хейли
- Ошибка в диагностике вторичного сифилиса
- Поздняя кожная порфирия
- Постпубертатное акне у женщин



Оценка эффективности лечебно-косметических средств при терапии псориаза

С.В. КЛЮЧАРЕВА

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, 191015

Evaluation of the efficiency of skin care products for treatment of psoriasis

S.V. KLYUCHAREVA

North-Western state medical university named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia, 191015

Цель исследования — определить эффективность препарата *Солипсор* как самостоятельного средства для лечения пациентов с псориазом, а также в сочетании с ультрафиолетовым облучением (УФО). **Материал и методы.** Оценка кожного статуса в группах сравнения до и после лечения. Сравнительная оценка безопасности и переносимости изучаемого препарата во время лечения. Объектом исследования стали амбулаторные больные ($n=52$), страдающие псориазом с продолжительностью заболевания от 1 года до 20 лет. Пациенты 1-й группы ($n=27$) использовали в качестве средства терапии крем *Солипсор* 2 раза в день в течение 28 дней. Пациентам 2-й группы ($n=25$) был назначен комплекс терапии, включающий нанесение крема *Солипсор* и физиотерапевтический метод лечения псориаза — ультрафиолетовую лампу (UVB, 311 nm). Применили следующие критерии эффективности терапии: терапевтический эффект лечения (или глобальная оценка терапевтического эффекта — ГОТЭ); частоту возникновения побочных эффектов при использованииmono- и сочетанной терапии; качество жизни пациентов (ДИКЖ) в группах сравнения; потребительские свойства используемого в исследовании препарата и физиотерапевтического метода. **Результаты.** В исследовании приняли участие 52 пациента в возрасте от 25 до 59 лет, страдающие псориазом в стационарной стадии с площадью поражения не более 30%. Индекс PASI в группах сравнения до лечения варьировал до 35,7 балла. Получены данные о достаточной эффективности обоих вариантов лечебного воздействия, так как установлено равное относительное снижение индекса PASI в обеих группах (в 1-й группе — до 28,5%, во 2-й — до 25,2% от исходного уровня), но сочетание с УФО способствовало более быстрому разрешению элементов псориаза. Так же получено более выраженное снижение ДИКЖ при использовании сочетанной схемы лечения (до $10,86 \pm 1,24$ балла против $14,21 \pm 1,07$ балла). **Заключение.** Использование препарата *Солипсор* при лечении больных с псориазом предоставляет все основания для положительной оценки применимости этого лечебно-косметического средства.

Ключевые слова: псориаз, лечение препаратом, содержащим солидол, *Солипсор*, ультрафиолетовая лампа UVB 311 nm *Dermalight*.

Objectives. Comparative assessment of the skin status in groups before and after treatment. Comparative evaluation of safety and tolerability of the medication under study during treatment. **Material and methods.** The subjects of the study were psoriasis outpatients ($n=52$), with disease duration ranging from 1 to 20 years. Group 1 patients ($n=27$) used Solipsor cream twice daily for 28 days. Group 2 patients ($n=25$) were prescribed a combination therapy comprising Solipsor cream application and physiotherapy treatment for psoriasis with an ultraviolet lamp (UVB, 311 nm). The following criteria were used to evaluate therapy efficacy: the therapeutic effect of the treatment (or global assessment of therapeutic effect); the incidence of adverse effects when using mono- and combination therapy; patients' quality of life (DLQI) in the groups; consumer properties of the study medication and physical therapy method. **Results.** The study involved 52 patients aged 25 to 59 years with psoriasis in the stationary stage; the affected area being smaller than 30%. The PASI score before the treatment was up to 35.7 points. The data demonstrated sufficient efficiency of both types of therapy and revealed equal relative reduction in PASI scores in both groups (Group 1 to 28.5%, Group 2 to 25.2% compared to the baseline). However, the combination with ultraviolet irradiation led to more rapid resolution of psoriasis. A greater reduction in DLQI score was demonstrated for the combined regimen (up to 10.86 ± 1.24 vs. 14.21 ± 1.07 points). **Conclusion.** The results of using Solipsor to treat psoriasis patients convincingly proved the suitability of this skin care product.

Key words: psoriasis, solidol-containing drug treatment, *Solipsor*, Dermalight UV lamp UVB 311 nm.

Псориаз (Пс) — высокопревалентный (порядка 60 на 100 000 населения) хронический дерматоз мультифакториальной природы со сложным, многоступенчатым, до конца не изученным патогене-

зом, доминирующую роль в котором играют молекулярно-генетические детерминанты. При Пс имеют место патологические признаки нарушений барьерной функции кожи, например, нарушения ке-

ратинизации, воспалительные реакции с участием системы перекисного окисления липидов, возникающие вследствие этого гиперпролиферативные процессы в эпидермисе [1, 2].

Обращаясь к теме терапии Пс, необходимо отметить, что высокая частота встречаемости этого заболевания, степень вероятности прогрессирования и развития инвалидизирующих последствий диктуют необходимость перманентного контроля за состоянием больных, индивидуального подбора средств терапии [3, 4].

Препараты для наружной терапии Пс значительно различаются по своему составу и механизму действия. Так, среди локально действующих наружных средств предпочтение следует отдавать препаратам, позволяющим ослабить шелушение псoriатических элементов, смягчить кожу, уменьшить воспалительный компонент, что способствует рецессу высыпаний и более комфортному состоянию больного. В зависимости от стадии процесса используют кератолитические, кератопластические, противовоспалительные, антипролиферативные мази, кремы, спреи, эмульсии, гели, содержащие салициловую кислоту, нафталан, деготь, гидроксиантролины, витамины А и Е, глюкокортикоиды (как моностериоиды, так и в комбинации с антибиотиками), синтетические ретиноиды, синтетические аналоги витамина D₃, гомеопатические препараты. Помимо того, что ни один из них не обладает в достаточной мере выраженным комплексным воздействием на клетку, учитывающим влияние всех звеньев патогенеза, приводящих к нарушению пролиферации, дифференцировки кератиноцитов, местных иммунных реакций и вызванного ими воспаления, препараты перечисленных групп имеют некоторые недостатки. Так, разрешающие средства обладают неприятным запахом и при длительном применении вызывают раздражение неповрежденной кожи. Ретиноиды, несмотря на высокую эффективность, достаточно токсичны [5, 6].

В этой связи появление на фармацевтическом рынке нового отечественного препарата *Солипсор*, который по заявленным производителем характеристикам, содержанием и свойствам близок к представлению об идеальном средстве для успешного лечения, контроля и профилактики Пс, не могло не вызвать у нас заслуженного интереса. В состав крема *Солипсор* (ООО «БИФАР») входят березовый деготь, солидол, девясил, чистотел, которые оказывают антисептическое и кератолитическое действие. Также мазь содержит оливковое масло, вазелин, ланолин, тальк, крахмал картофельный, воду, масло семян тыквы, чеснок, корень лопуха, грецкий орех, череду, календулу, кору березы, корень солодки, отдушку. Крем обладает сбалансированным составом активных действующих веществ, что делает его применение особенно эффективным и действенным

[7]. Стоит отметить, что в составе *Солипсор*, в отличие от карталина и акрустала, отсутствует пчелиный мед — благодаря сбалансированному составу крема *Солипсор* стало возможным исключить мед из компонентов крема, не влияя на общую эффективность.

В целях объективизации представления об адекватности использования данного лечебно-косметического средства как самостоятельного метода лечения Пс, нами были предприняты сравнительные исследования клинической эффективности, безопасности, переносимости препарата *Солипсор* в качестве монотерапии и компонента сочетанной терапии с применением физиотерапии — УФО при помощи лампы UVB с длиной волны 311 нм (Dermalight).

Построенное в рамках программы сравнительных клинических испытаний вышеуказанного препарата в качестве изолированно применяемого лекарственного средства и как компонента сочетанной схемы лечения совместно с физиотерапией у больных, страдающих Пс, данное исследование осуществлялось в группах пациентов с использованием нижеследующих критериев эффективности терапии.

1. Влияние обеих используемых схем терапии на выраженность основных клинических признаков патологического процесса (**критерий 1**).

2. Терапевтический эффект лечения (ГОТЭ) (вариант адаптации, применительно к условиям данного исследования) (**критерий 2**).

3. Частота возникновения побочных эффектов при использованииmono- и сочетанной терапии (**критерий 3**).

4. Качество жизни пациентов в группах сравнения (ДИКЖ) (**критерий 4**).

5. Потребительские свойства используемых в исследовании препарата и физиотерапевтического метода (**критерий 5**).

Материал и методы

Работа выполнялась в течение 2012–2013 гг. со-трудниками Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова на базе кафедры кожных и венерических болезней. Срок наблюдения составил 28 сут.

Объектом исследования стали амбулаторные больные (n=52) в возрасте от 21 года до 59 лет (средний возраст — 32,5±4,6 года), страдающие Пс с продолжительностью заболевания от 1 года до 20 лет.

Критериями включения в программу клинических испытаний были:

1) наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании;

2) подтвержденный ранее диагноз Пс;

3) возраст от 21 года до 59 лет включительно;

4) наличие показаний и отсутствие абсолютных противопоказаний к использованию каждого из включенных в программу методов лечения;

5) возможность лечения пациента в амбулаторных условиях;

6) соблюдение оговоренных условий испытания, подразумевающих под собой неукоснительное выполнение медицинских рекомендаций и продолжение участия в исследовании вплоть до его завершения.

Таким образом, при распределении участников по группам наблюдения были сформированы две равноценные группы сравнения. Больные Пс 1-й группы ($n=27$) обоего пола использовали в качестве единственного средства терапии крем *Солисор*.

Пациентам 2-й группы ($n=25$) была назначена комплексная терапия, включающая нанесение крема *Солисор* и физиотерапевтический метод лечения — УФО (лампа UVB, 311 нм).

Эффективность лечения определяли по балльной системе на основании динамики жалоб, симптомов, степени выраженности клинических признаков, оцениваемых в соответствии с общепринятыми шкалами и индексами, применимыми для данной нозологической формы заболевания, результатов анализа переносимости изучаемого препарата. Заключительную оценку осуществляли на 28-е сутки от начала терапии (табл. 1).

Объективными критериями анализа терапевтической эффективности альтернативных методов лечения в группах сравнения являлись нижеследующие специфические и неспецифические показатели.

1. Динамика регресса имеющихся симптомов заболевания, оцениваемая на основании расчета дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС), суть которого заключается в индексации степени выраженности каждого из девяти основных симптомов дерматоза (эрitemа, отек, мокнущие, лихенификация, папулы, сухость, шелушение, трещины, зуд) по 4-балльной шкале (0 баллов — отсутствие, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — значительная выраженность симптома). Общая сумма баллов в

определенный момент времени (контрольные точки) представляет собой величину данного показателя. В настоящем исследовании такими контрольными точками (пунктами) являлись 1-е, 7-е, 14-е и 28-е сутки наблюдения (пункты 1; 2; 3; 4).

2. Констатация на фоне терапии изменений в оценке объема и тяжести процесса PASI (Psoriasis Area and Severity Index; T. Fredriksson, U. Pettersson, 1978 г.). Контрольные точки — 1-е, 14-е и 28-е сутки наблюдения.

3. ГОТЭ — оценка результатов лечения в группах сравнения по числу пациентов, достигших отличного результата терапии (уменьшение выраженности клинических признаков заболевания вдоволь от 75% и выше от исходного уровня), хорошего результата (от 50 до 75%), удовлетворительного (от 25 до 50%) или неудовлетворительного результата лечения (менее 25% от исходного уровня). В целях достоверности полученных данных при их статистической обработке использовали метод ранжирования: отличному результату присваивали 3 балла, хорошему — 2 балла, удовлетворительному — 1 балл, неудовлетворительному — 0 баллов. Контрольная точка оценки — 28-е сутки наблюдения.

4. Частота развития нежелательных побочных эффектов лечения, на основании чего проводили сравнительную оценку безопасности и переносимости обеих схем лечения (контрольные пункты оценки — 1; 2; 3; 4).

5. Оценка результатов и качества лечения представителями групп сравнения, анализ потребительских свойств и реакции пациентов на примененный метод терапии. Контрольная точка оценки — пункт 4.

Данные были сгруппированы в соответствии с задачами исследования. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической статистики с использованием пакетов

Таблица 1. Последовательность обследования больных

Параметр	Визит (день терапии)			
	1-й (1-й)	2-й (7-й)	3-й (14-й)	4-й (28-й)
Получение формы информированного согласия	X			
Демографические данные, анамнез заболевания	X			
Оценка критериев включения (исключения)	X			
Сбор анамнеза и регистрация сопутствующих заболеваний	X			
Установление диагноза	X			
Распределение участников по группам сравнения	X			
Оценка степени распространенности, тяжести течения заболевания и выраженности его клинических признаков	X	X	X	X
Терапия	X	X	X	X
Анализ побочных эффектов терапии		X	X	X
ДИКЖ	X			X
ГОТЭ				X
Оценка качества лечения и потребительских свойств препаратов и методов, использованных в схемах лечения				X

Таблица 2. Сравнительная оценка степени тяжести, распространенности и выраженности клинических проявлений кожного процесса в группах сравнения до лечения

Показатель/Индекс	Группа	
	1-я (n=27)	2-я (n=25)
PASI	27,47±8,21	25,34±6,72
ДИШС	15,56±3,12	15,71±4,09

прикладных программ для статистического анализа Excel и Statistica 6.0.

Значимых различий величин базовых клинических показателей, а также существенных расхождений в оценке ДИКЖ на долечебном этапе у представителей обеих групп отмечено не было, исходные значения в группах сравнения статистически неразличимы ($p>0,05$) (табл. 2).

Результаты

Таким образом, в исследовании участвовали 52 пациента (по 26 мужчин и женщин в возрасте от 25 до 59 лет), страдающих ограниченными или распространенными формами вульгарного Пс в стационарной стадии с площадью поражения не более 30%, преимущественно с легкой и умеренной степенью выраженности psoriatic changes of the skin (эрите́ма, инфильтрация, шелушение). Индекс PASI в группах сравнения до лечения варьировал от 18,6 до 35,7 (в среднем — 25,8 балла). Выбор таких форм Пс был продиктован заведомо более высокой эффективностью назначения больным с тяжелыми клиническими формами болезни и диффузными поражениями кожного покрова интенсивной супрессивной, цитостатической, дезинтоксикационной терапии и целесообразностью стационарного лечения. Больные с psoriatic arthritis, пустулезным, каплевидным Пс и psoriatic erythrodermia, другими воспалительными заболеваниями кожи, ассоциированными с Пс, в исследование не были включены. Давность заболевания составляла от 1 года до 20 лет. У 5 (9,6%) больных установлена наследственная отягощенность. При опросе выяснили, что 27 (51,9%) больных отмечали ежегодное обострение процесса, а 14 (26,4%) человек заболели впервые в текущем году. Обострение заболевания преимущественно в осенне-зимний период (зимняя форма) отмечали 12 (23,1%) пациентов, в весенне-летний (летняя форма) — 7 (13,5%); рецидивы не имели четкой связи со временем года (сменная форма) у 8 (15,4%) больных. Интерmittирующий характер течения (1 рецидив в год и более с отсутствием высыпаний в период ремиссии или наличием только дежурных «бляшек») отмечали у 18 (34,6%) пациентов, часто рецидивирующий (непрерывный) — у 9 (17,3%). Высыпания были представлены типичными psoriatic papules and plaques, расположившимися на коже волосистой

части головы, туловище, верхних и нижних конечностях. У большинства больных ($n=44$, или 84,6%) очаги характеризовались умеренно выраженной инфильтрацией, розовым окрашиванием элементов с чешуйками серебристо-белого цвета на поверхности и положительной psoriatic triad. Средняя площадь поражения у них составляла 16,5%. У 8 (15,4%) больных эти симптомы были более выраженным. Наблюдалась значительная инфильтрация кожи, обильное шелушение, яркая розово-синюшная окраска элементов. Площадь пораженной кожи у этих больных в среднем составляла 26,4%. Участники сравнительных клинических испытаний, вошедшие в 1-ю группу наблюдения, получали монотерапию препаратами линии Солипсор 2 раза в сутки в течение всего периода исследования.

Больным 2-й группы на протяжении всего периода наблюдений был назначен крем Солипсор и физиотерапевтический метод лечения Пс — УФО очагов поражения (лампа UVB с длиной волны 311 нм через день) от 30 с до 3 мин.

До лечения доминирующими симптомами в клинической картине заболевания у пациентов обеих групп были инфильтрация, эритема, шелушение, сухость кожи и зуд, определившие величину ДИШС на уровне 11,6–19,8 балла. В процессе лечения интенсивность данных клинических проявлений заметно снижалась как у пациентов 1-й, так и 2-й групп наблюдения. Однако на 7-е сутки от начала терапии степень выраженности таких признаков, как эритема и инфильтрация у больных 2-й группы была существенно меньше, чем у пациентов, использовавших монотерапию изучаемым препаратом (клинически достоверные, но статистически незначимые различия). В дальнейшем регресс основных симптомов заболевания в группах сравнения происходил быстрее во 2-й группе наблюдений. Так, PASI в 1-й группе к концу наблюдения составил $7,82\pm2,76$ балла, а во 2-й — $6,39\pm3,18$ балла (табл. 3).

Этот факт, а также приблизительно равное относительное снижение индекса PASI в обеих группах является свидетельством как сопоставимости, так и достаточной эффективности обоих вариантов лечебного воздействия, но сочетание с УФО способствовало более быстрому разрешению элементов psoriasis.

Детальный анализ ДИКЖ, проведенный в обеих группах сравнения до и после лечения, продемонстрировал существенное и позитивное влияние обе-

Таблица 3. Сравнительная динамика клинических показателей патологического процесса в группах сравнения в процессе лечения

Показатель/ индекс	Группа							
	1-я (n=27)				2-я (n=25)			
	контрольные пункты							
	1	2	3	4	1	2	3	4
ДИШС	15,56±3,12	11,48±2,34	6,25±1,07*	2,62±0,91*	15,71±4,09	9,70±2,19*	7,28±1,17*	2,77±0,71*
PASI	27,47±8,21	—	14,51±5,18	7,82±2,76*	25,34±6,72	—	10,42±4,61*	6,39±3,18*
ДИКЖ	21,16±4,43	—	—	14,21±1,07**	20,76±5,14	—	—	10,86±1,24**

Примечание. * — в границах 95% доверительного интервала внутригрупповые различия показателей относительно исходного уровня статистически значимы ($p<0,05$); ** — в границах 95% доверительного интервала межгрупповые различия показателей статистически значимы ($p<0,05$).

Таблица 4. Сравнительная оценка безопасности и переносимости моно- и сочетанной схем лечения псориаза

Симптом	Группа			
	1-я (n=27)	2-я (n=25)	абс.	%
Атрофии	0	0	0	0
Гиперпигментация	0	3	0	12,0
Телеангиэктазии	0	1	0	4,0
Депигментации	1	1	3,7	4,0
Аллергические реакции	1	1	3,7	4,0
Индивидуальная непереносимость	0	0	0	0
Всего	2	6	7,4	24,0

Таблица 5. Глобальная оценка терапевтической эффективности методов (схем) лечения у больных псориазом

Результат	Группа			
	1-я (n=27)	2-я (n=25)	абс.	%
Отличный (3 балла)	20	18	74,1	72,0
Хороший (2 балла)	5	6	18,5	24,0
Удовлетворительный (1 балл)	2	1	7,4	4,0
Неудовлетворительный (0 баллов)	0	0	0,0	0,0
Средний балл эффективности лечения			2,7	2,7

их схем терапии на ДИКЖ участников исследования, объективные преимущества сочетанной терапии. Об этом свидетельствует клинически и статистически значимые снижения ДИКЖ как в 1-й, так и во 2-й группах: с $21,16\pm4,43$ до $14,21\pm1,07$ и с $20,76\pm5,14$ до $10,86\pm1,24$ соответственно (см. табл. 3). Объективно было отмечено более выраженное снижение ДИКЖ при использовании сочетанной схемы лечения, причем достоверные различия в оценке данного показателя участниками сравниваемых групп в finale наблюдений были зарегистрированы по трем из шести разделов стандартного опросника: «Симптомы и ощущения», «Ежедневная деятельность», «Лечение».

Сравнительный анализ вероятности возникновения нежелательных побочных эффектов показал, что существенно большее абсолютное количество случаев нежелательных эффектов терапии и значительно больший удельный вес случаев применения сочетанного лечения, осложненных развитием побочных эффектов (24,0% против 7,4%), свидетельствует о лучшей переносимости и большей безопасности

изолированного наружного метода лечения, использованного в 1-й группе наблюдения (табл. 4).

Анализ эффективности терапии, проведенный в группах сравнения, в целом не выявил существенных различий между результатами использования обеих схем лечения Пс (табл. 5).

Об этом свидетельствуют одинаковый средний показатель эффективности лечения (составивший в обеих группах величину, равную 2,7 балла), отсутствие в обеих группах неудовлетворительных результатов, практически равные величины совокупного удельного веса участников 1-й и 2-й, достигших клинического выздоровления (74,1 и 72,0% соответственно) и значительного улучшения (18,5 и 24,0% соответственно). Таким образом, и стандартные схемы терапии, и изучаемый препарат продемонстрировали достаточно высокий уровень эффективности при лечении Пс без объективных признаков наличия каких бы то ни было преимуществ одного из сравниваемых методов.

Субъективная оценка качества лечения и реакции на изучаемые варианты схем лечения, реализо-

Таблица 6. Сравнительная оценка качества лечения (Пс)

Субъективные замечания	Группа			
	1-я (n=27)		2-я (n=25)	
	да	нет	да	нет
Наличие побочных эффектов	2 (7,4%)	25 (92,6%)	6 (24,0%)	19 (76,0%)
Удобство применения	22 (81,5%)	5 (18,5%)	21 (84,0%)	4 (16,0%)
Наличие дополнительных пожеланий	4 (14,8%)	23 (85,2%)	6 (24,0%)	19 (76%)
Удовлетворенность результатами терапии	24 (88,9%)	3 (11,1%)	23 (92,0%)	2 (8,0%)
Готовность к продолжению терапии	26 (96,3%)	1 (3,7%)	23 (92,0%)	2 (8,0%)

ванная посредством самостоятельного заполнения индивидуальной карты-опросника, выдаваемой каждому участвующему в исследовании респонденту, позволила по-новому взглянуть на результаты проведенной терапии (**табл. 6**).

Так, несмотря на то что представители 2-й группы значительно чаще, чем респонденты 1-й группы (24,0% против 7,4%) акцентировали свое внимание на наличии побочных эффектов лечения, а так же изъявили дополнительные пожелания во время лечения (24,0% против 14,8%), участники обеих групп относительно редко (в 18,5 и в 16,0% случаев соответственно) предъявляли претензии к удобству применяемой к ним схемы терапии. Практически все участники исследования одинаково часто (в 88,9 и 92,0% случаев соответственно) позитивно оценили ее результаты и в абсолютном большинстве (96,3 и 92,0% соответственно) изъявили готовность к продолжению лечения.

Обсуждение

Таким образом, всесторонний анализ наблюдаемых реакций на использование препаратов линии *Солисор* при лечении больных с Пс предоставляет все основания для положительной оценки применимости этого лечебно-косметического средства у больных с данной нозологической формой заболевания. Сила лечебного воздействия, хорошие показатели терапевтической эффективности и переносимости, высокий уровень безопасности и удобство в применении, сопоставимые с результатами показателей эффективности лечения при сочетанной терапии, позволяют сделать положительный вывод о возможности и обоснованности изолированного использования препаратов линии *Солисор* у пациентов с Пс.

Выводы

1. Препараты для местного наружного применения линии *Солисор* могут быть использованы как самостоятельный изолированный метод терапии при лечении вульгарного Пс легкой и средней тяжести. Об этом наглядно свидетельствуют объективные показатели динамики основных клинических

проявлений патологического процесса ДИШС, PASI и DLQI, позитивно изменяющиеся в процессе лечения.

2. Применение сочетанной схемы терапии больных Пс, включающей помимо средств местного наружного лечения линии *Солисор*, УФО посредством лампы UVB (311 нм), достоверно улучшает клинические показатели эффективности терапии и позволяет достичь желаемого результата в более короткие сроки.

3. Использование сочетанной схемы лечения Пс с применением физиотерапевтического лечения клинически значимо увеличивает вероятность возникновения нежелательных побочных эффектов терапии по сравнению с монотерапевтической схемой лечения препаратами линии *Солисор*. Однако как общее количество, так и степень тяжести отмечаемых при применении УФО побочных эффектов не предоставляют достаточных для отрицательного заключения о безопасности использования УФО в терапии данного заболевания.

4. Как изолированная схема лечения Пс с использованием единственного лечебного агента — местного наружного средства линии *Солисор*, так и сочетанная схема терапии с использованием УФО, оказываемого ультрафиолетовой лампой UVB (311 нм), одинаково отвечают требованиям терапевтической эффективности, что демонстрируют высокие и практически равные показатели критерия ГОТЭ. Это свидетельствует об адекватности и высокой эффективности обеих методик в лечении легких и среднетяжелых форм вульгарного Пс, что в свою очередь дает основание рассматривать их в качестве альтернативных способов профилактики данного дерматоза, выбор между которыми может способствовать обеспечению вариативности и индивидуализации программ противорецидивной терапии данного заболевания.

5. Несмотря на относительно худшие показатели сочетанной терапии по критериям переносимости и безопасности лечения, участники исследования, получавшие согласно программе лечебных мероприятий УФО при помощи ультрафиолетовой лампы UVB (311 нм), не реже своих оппонентов из группы монотерапии высоко оценивали качество проведенного лечения, позитивно оценивали до-

стигнутые результаты и в абсолютном большинстве случаев выражали готовность к его продолжению, что является свидетельством высокой востребован-

ности среди врачей и пациентов физиотерапевтических методов лечения Пс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Самцов А.В., Барбинон В.В. Кожные и венерические болезни. СПб 2002.
2. Шарапова Г.Я., Короткий Н.Г., Молоденков М.Н. Псориаз (иммуномеханизмы патогенеза и методы лечения). М 1989.
3. Барбинон В.В., Грашин Р.А. Новые походы к наружной терапии псориаза. Рос журн кож вен бол 2008; 3: 23–28.
4. Кряжева С.С., Снарская Е.С., Корнева Л.В. Серия «Balneum» в комплексной терапии вульгарного псориаза. Рос журн кож вен бол 2007; 1: 29–31.
5. Пирятинская В.А., Каракина А.А., Пирятинская А.Б., Лалаева А.М., Грибанова Т.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Клин дерматол и венерол 2011; 1: 83–90.
6. Пузирные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. Под ред. Е.В. Соколовского. СПб 1999.
7. Протокол испытаний №2986 от 19.12.12. СПбГБУЗ «СЗЦККЛС». СПб 2012.

**НАТУРАЛЬНЫЙ НЕГОРМОНАЛЬНЫЙ
СОЛИПСОР КРЕМ**

БИФАР

СОЛИПСОР

крем

БИФАР

СОЛИПСОР

крем
объем 75 мл.

Научно-производственная компания БИФАР

WWW.BIFARNPK.RU | 8 (800) 505-05-97
INFO@BIFARNPK.RU | 7 (495) 777-21-18

Реклама