

Современные возможности наружной терапии больных псориазом

Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник, И.А. Маштакова

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме

В статье представлены результаты комплексного лечения больных распространенным псориазом в стационарной стадии с применением крема Псориагинин. Показано, что крем Псориагинин эффективен в комплексном лечении больных псориазом и обладает смягчающим, кератолитическим, противовоспалительным и противозудным действиями. Рекомендован для лечения больных псориазом в стационарной стадии.

Ключевые слова: псориаз, наружная терапия, Псориагинин.

Псориаз является одним из наиболее распространенных дерматозов с хроническим рецидивирующим течением, до конца не выясненным патогенезом. В общей структуре кожных заболеваний псориазом страдает от 2 до 10 % населения планеты: в России, США – до 2 %, в Европе – 4 %, в Украине на долю данного заболевания приходится 3 % [1, 4]. Согласно современным научным данным, псориаз имеет иммунологическую природу с генетическими и средовыми составляющими [5].

В результате сложного взаимодействия специфических молекулярных структур происходит ремоделирование эпидермиса в виде гиперпролиферации, аберрантной дифференцировки кератиноцитов, ускоренного ангиогенеза с развитием воспалительной инфильтрации лейкоцитами, макрофагами, Т-клетками кожи в зоне псориатического поражения [3, 5, 7].

Вследствие генетически детерминированной патологической пролиферативной активности кератиноцитов и метаболических нарушений отмечаются структурные и функциональные изменения в эпидермисе, особенно в роговом слое. На клеточном уровне это характеризуется ускоренной дифференцировкой кератиноцитов и сокращенным клеточным циклом. Кроме того, изменяется процесс десквамации. При этом клеточно-биологическая цепь дифференцировки совершается не полностью, вследствие чего формируются неполноценные

кератиноциты. В результате клетки верхнего слоя не успевают отмирать и отшелушиваются, а новые кератиноциты наслаиваются толстыми наростами гиперкератоза [8].

Созданный пролиферативный гиперкератоз условно соответствует требованиям кожного барьера. Нарушение барьерной функции, которое имеет место у больных псориазом как на пораженной, так и видимо здоровой коже, рассматривают как одну из главных причин развития псориатических высыпаний в ответ на внешние триггерные факторы, провоцирующие изоморфную реакцию Кебнера.

Топическая терапия является патогенетически обоснованной и абсолютно необходимой для больных псориазом не только для купирования воспаления, инфильтрации и шелушения, но и длительного контроля над заболеванием для достижения восстановления и поддержания целостности кожного барьера [2, 6].

Анализируя методы лечения псориаза, можно сделать вывод о том, что на сегодняшний день существуют методы контроля за болезнью и супрессивная терапия. Больные псориазом нуждаются в длительном стабильном скорректированном согласно форме и стадии лечения. Целью лечения является уменьшение количества высыпаний или достижение клинической ремиссии (регресс воспаления, шелушения, инфильтрации, зуда и сухости).

Многочисленными исследованиями доказано, что применение наружной терапии является важной составляющей комплексного лечения. В этом аспекте большой интерес представляет использование наружных средств на основе солидола.

Солидол при лечении псориаза считается довольно популярным средством. На его основе выпускаются десятки эффективных препаратов для лечения этого сложного заболевания. Солидол представляет собой пластичную смазку, которую получают методом сгущения нефтяных масел умеренной вязкости посредством использования кальциевых мыл высших жирных кислот. Внешне это мазь однородного состава без комочков, цвет может колебаться от светло-желтого до насыщенно-коричневого. С трудом смывается водой.

Солидолы подразделяют на:

- жировой (ГОСТ 1033) – для его сгущения используют жирные кислоты растительных масел натурального происхождения;
- синтетический (ГОСТ 4366) – производится с использованием синтетических жирных кислот;
- медицинский – именно он в основном служит основой для изготовления лечебных мазей;
- эмульсионный – по сути, это эмульсия типа «вода–масло», эмульсированная известковым молоком минеральных дистиллятных масел.

В лечебных целях солидол добавляют в мази. В этом случае берется именно жировой солидол, изготовленный на натуральной основе.

Для лечения псориаза используют как готовые препараты, в которых солидол берется за основу, так и солидол в чистом виде. Мази на основе солидола используются уже более 60 лет, с середины прошлого столетия. В настоящее время в медицине применяют довольно много средств на основе солидола, и их эффективность зависит от входящих в состав мазей действующих веществ, но значительную роль играет и сама основа (является ли солидол синтетическим или жировым, а также степень его очистки).

В соответствии с действующими веществами наружные средства на основе солидола делятся на три группы:

- содержащие минеральные компоненты;
- исключительно растительные компоненты;
- содержащие как минеральные, так и растительные компоненты.

Целью работы было изучение терапевтической эффективности крема Псориагинин в комплексном лечении больных распространенным псориазом.

Материалы и методы исследования

В клинике ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» под наблюдением находились 65 пациентов в возрасте от 28 до 69 лет, страдающих вульгарным псориазом в стационарной

стадии. Длительность заболевания варьировала от 5 до 30 лет и более. В исследовании принимали участие больные различными формами: крупнобляшечной формой страдали 57 (87,6 %) пациентов, каплевидным псориазом – 8 (12,4 %). Оценку степени тяжести псориаза проводили с учетом индекса PASI.

Все больные псориазом получали лечение согласно протоколам оказания медицинской помощи «Псориаз, включаючи псоріатичні артропатії».

В качестве наружного средства использовали крем Псориагинин на основе солидола, в состав которого входят экстракты чистотела, календулы, череды, масла мяты перечной, эвкалипта, глицерин и вспомогательные вещества. Крем Псориагинин наносили тонким слоем на бляшки по ходу роста волос 2 раза в день ежедневно, а также применяли под окклюзионную повязку на 3–5 ч, после чего его смывали и наносили эмолиент. Курс лечения составил 21 день.

Результаты и их обсуждение

При оценке комплексной методики лечения больных псориазом в стационарной стадии с использованием Псориагинина установлено, что первые симптомы улучшения кожного процесса отмечались на 2–3-й день лечения. При этом заметно уменьшалось шелушение, зуд в местах высыпаний. Препарат Псориагинин при наружном использовании оказывает раздражающее действие на рецепторы кожи за счет содержания эфирных масел календулы, мяты, череды, чистотела, эвкалипта и органических кислот (яблочной, лимонной, янтарной), а также противовоспалительное, противозудное и стимулирующее действие на обменные и трофические процессы в коже.

Лечебный эффект применения Псориагинина может рассматриваться не только как результат местного действия (улучшение кровообращения, стимуляция регенерации эпидермиса, усиление процессов ороговения), но и в связи с рефлекторным воздействием. Крем Псориагинин вызывал кератолитический эффект, размягчая и отшелушивая эпидермис за счет антипролиферативного, антимитотического действия календулы, чистотела и эвкалипта. Противовоспалительное действие Псориагинина вызвано также нормализацией функции коры надпочечников экстрактами мяты и череды, вследствие чего уменьшалась инфильтрация и гиперемия псориагических бляшек [7].

Результаты анализа проведенных исследований показали, что на 21-й день лечения больных распространенным псориазом в стационарной стадии уменьшение индекса PASI на 75 % и более отмечалось у 12 (19 %) пациентов (рис. 1). У 39 (60 %) пациентов отмечалось уменьшение индекса PASI на 50–75 % и у 14 (21 %) – менее чем на 50 % (рис. 2, 3).



Рис. 1. Пациентка П., 52 года, диагноз: распространенный псориаз, крупнопляшечная форма, стационарная стадия (а – до лечения, б – после лечения)



Рис. 2. Пациент К., 62 года, диагноз: распространенный псориаз, крупнопляшечная форма, стационарная стадия (а – до лечения, б – после лечения)



Рис. 3. Пациент Ш., 46 лет, диагноз: распространенный псориаз, крупнопляшечная форма, стационарная стадия (а – до лечения, б – после лечения)

Список литературы

1. Андрашко Ю.В. Современные подходы к этапной наружной терапии при псориазе / Ю.В. Андрашко, Б.В. Литвиненко // Украинський журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. – № 1. – С. 16-19.
2. Болотная Л.А. Возможности такролимуса в лечении хронических воспалительных дерматозов / Л.А. Болотная // Дерматологія та венерологія. – 2012. – № 3. – С. 16-23.
3. Дранник Е.В. Клиническая иммунология и аллергология / Е.В. Дранник. – К., 2003. – С. 65-67.
4. Корсунская И.М. Стратегия терапии псориазической болезни / И.М. Корсунская. – К., 2008. – 234 с.
5. Кубанова А.А. Иммуные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии / А.А. Кубанова, Дж. Ф. Николас // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 1. – С. 35-47.
6. Очеленко С.А. Эффективность и безопасность применения ингибиторов кальциневрина (такролимуса) при atopическом дерматите и других заболеваниях кожи / С.А. Очеленко, К.Н. Монахов // Рос. аллергол. журн. – 2011. – № 2. – С. 89-95.
7. Ягодка В.С. Лекарственные растения в дерматологии и косметологии / Под ред. Ю.К. Скрипкина. – К.: Наукова думка, 1992. – 272 с.
8. Criffits C.E. Patogenesis and clinical psoriasis / C.E. Criffits, J.N. Barker // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 263-282.
9. Fluhr J.W. Emollients, moisturizers and keratolytic agents in psoriasis / J.W. Fluhr, C. Cavallotti, E. Berardesca // Clin. Dermatol. – 2008. – Vol. 26, No. 4. – P. 380-386.

Переносимость крема Псориагинин у всех пациентов была хорошей. Аллергических и местнораздражающих реакций не отмечалось.

Таким образом, применение крема Псориагинин в комплексном лечении больных распространенным псориазом в стационарной стадии является эффективным и целесообразным, поскольку данный препарат хорошо смягчает кожные покровы, уменьшает выраженную инфильтрацию застарелых псориазических бляшек, обладает кератолическим и противовоспалительным эффектом.

Выводы

1. Крем Псориагинин оказывает выраженное противовоспалительное, смягчающее, отшелушивающее и противозудное действия у больных вульгарным псориазом в стационарной стадии.
2. Выявленная в процессе наблюдения положительная динамика клинической картины заболевания, проявляющаяся существенным снижением индекса PASI к окончанию курса лечения, показывает высокую клиническую эффективность применения крема Псориагинин в комплексном лечении больных вульгарным псориазом в стационарной стадии, что в целом улучшает качество жизни пациентов.
3. Крем Псориагинин при лечении больных псориазом в стационарной стадии не вызывает местнораздражающего и аллергического действия.
4. Крем Псориагинин может быть рекомендован как эффективное средство в комплексном лечении больных псориазом.

References

1. Andrashko YuV, Litvinenko BV. Sovremennyye podkhody k etapnoy naruzhnoy terapii pri psoriaze (Modern approaches to the stepwise external therapy for psoriasis). Ukrainskiy zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. 2009;1:16-19.
2. Bolotnaya LA. Vozmozhnosti takrolimusa v lechenii khronicheskikh vospalitelnykh dermatozov (The possibilities of tacrolimus in the treatment of chronic inflammatory dermatoses). Dermatologiya ta venerologiya. 2012;3:16-23.
3. Drannik EV. Klinicheskaya immunologiya i allergologiya (Clinical Immunology and Allergology). Kyiv; 2003. P. 65-67.
4. Korsunskaya IM. Strategiya terapii psoriacheskoy bolezni (The strategy of therapy of psoriatic disease). Kyiv; 2008. P. 234.
5. Kubanova AA, Nikolas DzhF. Immunnye mekhanizmy psoriaza. Novyye strategii biologicheskoy terapii (Immune mechanisms of psoriasis. New strategies for biological therapy). Vestnik dermatologii i venerologii. 2010;1:35-47.
6. Ochelenko SA, Monakhov KN. Effektivnost i bezopasnost primeneniya ingibitorov kaltsinevrina (takrolimusa) pri atopicheskom dermatite i drugikh zabolevaniyakh kozhi (Efficacy and safety of calcineurin (tacrolimus) inhibitors in atopic dermatitis and other skin diseases). Ros. allergol. zhurn. 2011;2:89-95.
7. Yagodka VS. Lekarstvennyye rasteniya v dermatologii i kosmetologii (Medicinal plants in dermatology and cosmetology); pod red. YuK. Skripkina. Kyiv: Naukova dumka; 1992. P. 272.
8. Criffits CE, Barker JN. Patogenesis and clinical psoriasis. Lancet. 2007;370:263-282.
9. Fluhr JW, Cavallotti C, Berardesca E. Emollients, moisturizers and keratolytic agents in psoriasis. Clin. Dermatol. 2008;26(4):380-386.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЗОВНІШНЬОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Я.Ф. Кутасевич, І.О. Олійник, І.О. Маштакова

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Резюме

У статті наведено результати комплексного лікування хворих на поширений псоріаз у стаціонарній стадії із застосуванням крему Псоріатинін. Показано, що крем Псоріатинін є ефективним у комплексному лікуванні хворих на псоріаз та чинить пом'якшувальну, кератолітичну, протизапальну і протисвербіжну дію. Рекомендований для лікування хворих на псоріаз у стаціонарній стадії.

Ключові слова: псоріаз, зовнішня терапія, Псоріатинін.

MODERN POSSIBILITIES OF EXTERNAL THERAPY OF PATIENTS WITH THE PSORIASIS

Y.F. Kutasevych, I.O. Oliinyk, I.O. Mashtakova

SE «Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine»

Abstract

The article presents the results of complex treatment of patients with psoriasis vulgaris in the stationary stage with the use of Psoriatinin cream. It is shown that the cream Psoriatinin is effective in complex treatment of patients with psoriasis and has emollient, keratolytic, anti-inflammatory and antipruritic actions. It is recommended for the treatment of patients with psoriasis in the stationary stage.

Key words: psoriasis, external therapy, Psoriatinin.

Сведения об авторах:

Кутасевич Янина Францевна – д-р мед. наук, профессор, директор ГУ «Інститут дерматологии и венерологии НАМН Украины». E-mail: otdderm@mail.ru

Олейник Ирина Александровна – д-р мед. наук, ст. науч. сотр., главный науч. сотр. отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Інститут дерматологии и венерологии НАМН Украины». E-mail: otdderm@mail.ru

Маштакова Ирина Алексеевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Інститут дерматологии и венерологии НАМН Украины».

©

Шановні колеги!

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,
Українська асоціація лікарів-дерматовенерологів та косметологів, Українська академія дерматовенерології,
Харківське наукове товариство дерматовенерологів та косметологів
запрошують вас взяти участь у роботі науково-практичної конференції

«Сучасні підходи до діагностики, профілактики та інноваційні технології лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, поширених дерматозів, основні організаційні задачі»,

яка відбудеться 10–11 листопада 2017 р.

Програма конференції включатиме наступні питання:

- новітні методи діагностики та терапії хронічних дерматозів (пухирчатка, склеродермія, червоний вовчак, псоріаз та ін.) та впровадження інноваційних технологій;
- сучасні інноваційні технології в діагностиці інфекцій, що передаються статевим шляхом: сифілісу, хламідіозу, уреаплазмозу, трихомонозу, вірусних інфекцій та ін. в установах різного рівня надання медичної допомоги;
- значення міграційних процесів у розвитку інфекційних дерматозів та їх профілактика;
- нові технології в косметології.

Матеріали конференції у вигляді тез будуть надруковані в журналі «Дерматологія та венерологія».

Для участі в конференції запрошуються провідні науковці та фахівці України в галузі дерматовенерології.

Оргкомітет конференції