



¹ ООО
«УТМК-Здоровье»,
Екатеринбург

² Уральский
федеральный
университет
им. первого
Президента России
Б.Н. Ельцина,
Екатеринбург

³ Центральная
городская
клиническая
больница № 24,
Екатеринбург

Опыт применения комбинированного наружного средства глюкокортикостероида и салициловой кислоты в форме раствора у больных псориазом волосистой части головы

И.А. Куклин, д.м.н.^{1, 2}, Е.В. Кизнерцева^{1, 3}, Я.В. Савицкая¹,
М.К. Куклина, к.п.н.²

Адрес для переписки: Игорь Александрович Куклин, kuklin71@mail.ru

Для цитирования: Куклин И.А., Кизнерцева Е.В., Савицкая Я.В., Куклина М.К. Опыт применения комбинированного наружного средства глюкокортикостероида и салициловой кислоты в форме раствора у больных псориазом волосистой части головы. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (20): 86–90.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-20-86-90

Псориаз у 50–80% больных протекает с поражением кожи волосистой части головы. Из-за морфофункциональных особенностей кожи волосистой части головы эта форма дерматоза считается достаточно сложной с точки зрения лечения, поскольку характеризуется более выраженным воспалительным компонентом, повышенной интенсивностью зуда и шелушения кожи. Пациенты с поражением кожи волосистой части головы испытывают постоянный стресс, который может приводить к развитию депрессии и социальной изоляции. В соответствии с клиническими рекомендациями по лечению псориаза с поражением волосистой части головы к препаратам первой линии относятся топические глюкокортикостероиды в комбинации с салициловой кислотой. В статье приведены данные, подтверждающие высокую клиническую эффективность применения курса наружной топической терапии с использованием отечественного препарата в форме раствора Акридерм СК, содержащего комбинацию 0,05%-ного бетаметазона и 2%-ной салициловой кислоты, у больных псориазом волосистой части головы. Клиническое наблюдение 12 больных в возрасте от 20 до 58 лет (пять мужчин и семь женщин) осуществлялось в течение 14 дней использования препарата в амбулаторных условиях. В результате проведенной наружной терапии через 14 дней у больных отмечалось полное исчезновение ощущения зуда, разрешение псориазических бляшек при сохранении незначительной эритемы и шелушения кожи волосистой части головы. Эффективность проводимой терапии у подавляющего большинства пациентов подтверждена достижением показателя индекса распространенности и тяжести псориаза – PASI 75 (Psoriasis Area and Severity Index), а у одного пациента – PASI 90. Все пациенты отметили отсутствие стойких нежелательных явлений при лечении, хорошие органолептические свойства препарата, отсутствие жирного блеска и равномерность распределения лекарственного средства при нанесении на кожу волосистой части головы. В статье представлены собственные клинические наблюдения больных псориазом волосистой части головы, в качестве наружной терапии у которых был использован раствор Акридерм СК.

Ключевые слова: псориаз волосистой части головы, терапия, бетаметазон, салициловая кислота, раствор Акридерм СК



Введение

Псориаз – хроническое иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами [1]. Псориаз волосистой части головы часто встречается в клинической практике дерматовенерологов, поскольку наблюдается у 50–80% больных псориазом, при этом поражение кожи скальпа может быть изолированным либо сочетаться с высыпаниями в других локализациях. Несмотря на ограниченный характер патологического процесса при псориазе волосистой части головы, данная форма дерматоза считается достаточно проблемной с точки зрения лечения и прогноза, часто ассоциируется с риском развития псориатического артрита [2, 3]. Анатомо-физиологические особенности кожи волосистой части головы, такие как высокая плотность волосяных фолликулов и сальных желез, активная васкуляризация и иннервация, усиливают у больных клинические проявления поражения в этой локализации, которые характеризуются более выраженным воспалительным компонентом, повышенной интенсивностью зуда и шелушения кожи. Пациенты с поражением кожи волосистой части головы могут испытывать тяжелый стресс, приводящий к значительному психологическому и социальному дискомфорту, к снижению самооценки и развитию депрессии [4–7].

В клинической ситуации, когда псориатические высыпания у больного локализируются на коже волосистой части головы, на первый план выходит не только комбинация лекарственных средств для наружной топической терапии, но и выбор той лекарственной формы препарата, которая будет максимально комфортно восприниматься пациентом с учетом особенностей воспалительного процесса. Акцент при выборе наружной терапии должен смещаться в сторону назначения комбинированных форм лекарственных препаратов, отличительной особенностью которых является удобство нанесения, быстрое впитывание, легкая смываемость и отсутствие жирного блеска волос. В связи с этим

оптимизация наружного лечения псориаза волосистой части головы имеет важное значение для повышения удовлетворенности от терапии и качества жизни пациентов [8, 9].

Цель – оценка эффективности, безопасности и удобства применения отечественного инновационного препарата – раствора Акридерм СК (АО «Акрихин») у больных псориазом волосистой части головы, содержащего 0,05%-ный бетаметазон и 2%-ную салициловую кислоту.

Материал и методы

В исследование вошли 12 больных вульгарным псориазом волосистой части головы в возрасте от 20 до 58 лет, из них 5 (41,7%) мужчин и 7 (58,3%) женщин, находившихся на амбулаторном лечении в клинике ООО «УГМК-Здоровье». Каждый пациент подписал информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 18 лет с вульгарным псориазом волосистой части головы; наличие подписанного информированного согласия на участие в исследовании. **Критерии исключения:** пациенты, имеющие противопоказания к применению раствора Акридерм СК, указанные в инструкции к препарату.

Для оценки эффективности, безопасности и удобства применения препарата в терапии у каждого больного заполнялась индивидуальная карта наблюдения, где лечащий врач фиксировал клинико-anamnestические данные, балльную оценку выраженности зуда, эритемы, инфильтрации и шелушения кожи, тяжести и влияния заболевания на качество жизни, а также возникшие нежелательные явления и особенности переносимости препарата (табл. 1).

Показатели состояния кожного процесса (эритема, инфильтрация, шелушение) у больных оценивал лечащий врач в баллах, где 0 – отсутствие симптома, а 3 – максимальная его выраженность. Интенсивность зуда у больных оценивали по 10-балльной системе, где 0 – отсутствие симптома, а 10 – максимальная его выраженность. Оценку эффективности терапии у больных псориазом волосистой части головы рассчитывали по показателям регресса псориатического процесса – PASI 75 и PASI 90 [10].

Таблица 1. Схема мониторинга больных псориазом волосистой части головы при проведении исследования

Раздел индивидуальной карты наблюдения	До начала терапии	7-й день	14-й день
Сбор анамнеза и жалоб, балльная оценка выраженности зуда, эритемы, инфильтрации и шелушения кожи	+	+	+
Определение тяжести псориаза (PASI)	+	+	+
Подсчет дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ)	+	+	+
Регистрация нежелательных явлений	–	+	+
Фотодокументирование кожного процесса	+	+	+



Таблица 2. Балльная оценка (min–max) клинических показателей состояния кожи у больных вульгарным псориазом волосистой части головы при использовании раствора Акридерм СК, n = 12

Показатель	До лечения	M ± m	На 7-й день терапии	M ± m	На 14-й день терапии	M ± m
Зуд	5–7	5,58 ± 0,79	2–3	2,41 ± 0,51	0–1	0,41 ± 0,51
Эритема	2–3	2,58 ± 0,51	1–2	1,50 ± 0,52	0–1	0,40 ± 0,50
Инфильтрация	2–3	2,33 ± 0,49	0–1	0,75 ± 0,45	0	–
Шелушение	2–3	2,41 ± 0,51	0–2	1,08 ± 0,66	0–1	0,33 ± 0,49

Все пациенты с псориазом волосистой части головы имели длительный анамнез заболевания: от трех до 11 лет с момента верификации диагноза, наследственную предрасположенность по псориазу отмечали у себя 2 (16,6%) пациента.

Согласно актуальным клиническим рекомендациям, каждому пациенту было необходимо использовать раствор Акридерм СК два раза в день на кожу волосистой части головы в течение 14 дней [1].

Раствор Акридерм СК по анатомо-терапевтическо-химической классификации АТХ относится к подгруппе D07XC01, бетаметазона дипропионат в комбинации с салициловой кислотой, оказывает противовоспалительное, противоотечное, противоаллергическое, вазоконстрикторное, антипролиферативное, кератолитическое, противомикробное, противогрибковое и местное гипотермическое действие. Препятствует высвобождению медиаторов воспаления, предупреждает краевое скопление нейтрофилов, уменьшает воспалительный экссудат и продукцию цитокинов, снижает миграцию макрофагов, приводя к уменьшению процессов инфильтрации и грануляции. Показанием для назначения является псориаз волосистой части головы или иной локализации [11].

Результаты

В процессе клинического наблюдения у 12 больных вульгарным псориазом волосистой части головы

была проведена оценка показателей состояния кожи на фоне наружного применения раствора Акридерм СК (табл. 2). Согласно данным таблицы, до начала наружной терапии средний балл интенсивности зуда у больных псориазом волосистой части головы составил 5,58 ± 0,79, выраженности эритемы – 2,58 ± 0,51, инфильтрации – 2,33 ± 0,49, шелушения кожи – 2,41 ± 0,51.

В результате семи дней терапии с применением раствора Акридерм СК в 2,3 раза уменьшилась выраженность зуда (2,41 ± 0,51 балла), в 1,7 раза снизилась интенсивность эритемы (1,5 ± 0,52 балла), в 3,1 раза уменьшилась инфильтрация бляшек (0,75 ± 0,45 балла) и в 2,2 раза снизилась активность шелушения (1,08 ± 0,66 балла) кожи.

На 14-й день наружной терапии раствором Акридерм СК больные отмечали почти полное исчезновение ощущения зуда (0,41 ± 0,51 балла), отсутствие инфильтрации бляшек при сохранении незначительной эритемы (0,40 ± 0,50 балла) и шелушения (0,33 ± 0,49 балла) кожи волосистой части головы, что свидетельствовало о выраженном противовоспалительном, противозудном и кератолитическом действии используемого лекарственного препарата (рис. 1).

У всех больных после 14 дней терапии с применением раствора Акридерм СК наблюдалось достижение клинической ремиссии, подтверждаемое исчислением индексов регресса псориазического процесса – PASI 75 и PASI 90. Клинические исследования показали, что у подавляющего большинства пациентов результатом лечения являлось достижение показателя PASI 75, который был зафиксирован у 11 (91,6%) больных, а у одного пациента – PASI 90. Клинические примеры представлены на рис. 2 и 3.

Эффективность наружной терапии раствором Акридерм СК у больных псориазом волосистой части головы была также подтверждена положительной динамикой показателя качества жизни – ДИКЖ. Средний показатель ДИКЖ в целом по группе после 14 дней наружного лечения достоверно снизился на 81,7% и составил 2,58 ± 0,66 балла, что свидетельствовало о значительном восстановлении у пациентов качества жизни (табл. 3).

У 75,0% пациентов, принявших участие в исследовании, не было зафиксировано стойких

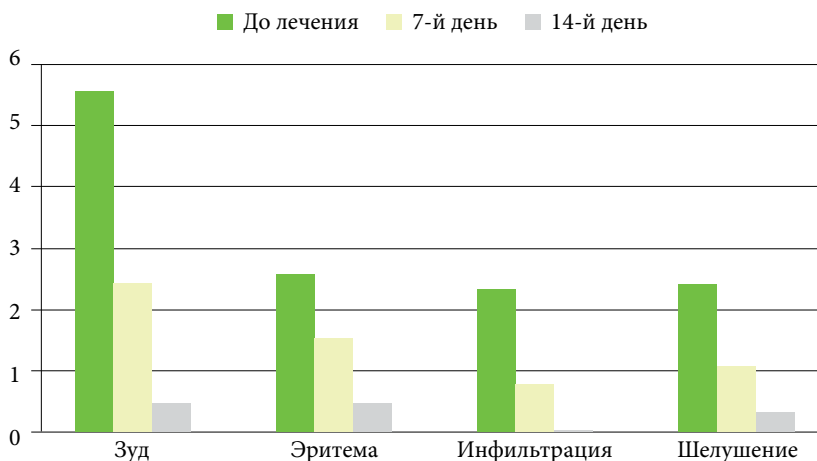


Рис. 1. Динамика регресса клинических показателей состояния кожи у больных псориазом волосистой части головы при использовании раствора Акридерм СК, n = 12

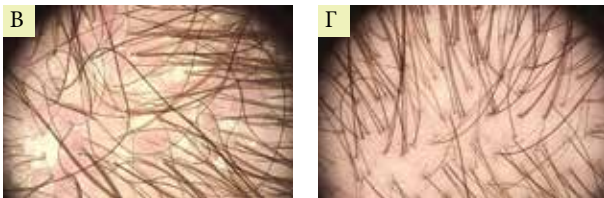


Рис. 2. Пациент К., 21 год: А – клинические проявления псориаза волосистой части головы до лечения; Б – через 14 дней применения раствора Акридерм СК; В – трихоскопия очагов на коже волосистой части головы до лечения (массивные желтые чешуйки, многочисленные точечные, извитые «клубочковые» и петлеобразные сосуды), увеличение $\times 20$; Г – трихоскопия очагов на коже волосистой части головы через 14 дней применения раствора Акридерм СК, увеличение $\times 20$

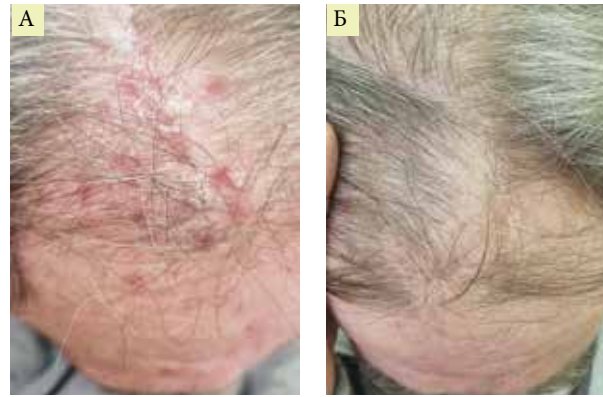


Рис. 3. Пациент Т., 58 лет: А – клинические проявления псориаза волосистой части головы до лечения; Б – через 14 дней применения раствора Акридерм СК; В – трихоскопия очагов на коже волосистой части головы до лечения (массивные пери- и межфолликулярные желтые чешуйки, точечные и извитые сосуды), увеличение $\times 20$; Г – трихоскопия очагов на коже волосистой части головы через 14 дней применения раствора Акридерм СК, увеличение $\times 20$

Таблица 3. Динамика дерматологического индекса качества жизни (баллы) у больных псориазом волосистой части головы до и после лечения раствором Акридерм СК, $n = 12$

Оцениваемый параметр	До лечения (M \pm m)	Через 7 дней (M \pm m)	После лечения (M \pm m)	Регресс ДИКЖ, %
ДИКЖ	14,08 \pm 1,3	6,58 \pm 1,16	2,58 \pm 0,66*	81,7

* $p < 0,05$ при сравнении показателя до и после лечения.

нежелательных явлений, связанных с применением раствора Акридерм СК. Только у трех пациентов были ощущения незначительного и кратковременного жжения кожи волосистой части головы в месте нанесения препарата, которые регрессировали к 3–4-му дню наружной терапии без необходимости отмены препарата. Все пациенты отметили хорошие органолептические свойства лекарственного препарата, удобство его использования при отсутствии жирного блеска и ощущения жирности волос, а также равномерность распределения раствора Акридерм СК при нанесении на кожу волосистой части головы.

Выводы

1. Результаты клинических наблюдений подтверждают высокую эффективность и безопасность отечественного препарата раствора Акридерм СК, содержащего 0,05%-ный бетаметазон и 2%-ную са-

лициловую кислоту, в терапии больных псориазом волосистой части головы.

2. Динамика PASI 75/90 и ДИКЖ до и после наружной терапии свидетельствует об эффективности лечения и почти полном восстановлении качества жизни у пациентов, применявших раствор Акридерм СК.

3. Форма раствора Акридерм СК удобна в применении и хорошо переносится больными, способствует равномерному распределению лекарственного препарата на пораженных участках кожи волосистой части головы, не формирует ощущения жирности волос, что делает процесс наружной терапии более комфортным. ●

Информация о финансовой поддержке.

Авторы заявляют об отсутствии финансовой поддержки.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



Литература

1. Псориаз: клинические рекомендации, 2023. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/234_2.
2. Корешкова К.М., Хисматуллина З.Р., Бакиров Б.А. Частота поражения волосистой части головы у пациентов с псориатическим артритом. Южно-Уральский медицинский журнал. 2021; 2: 68–77.
3. Терещенко Г.П., Жукова О.В., Острецова М.Н. и др. Папулосквамозные дерматозы волосистой части головы: ключевые аспекты дифференциальной диагностики и лечения. Медицинский совет. 2024; 18 (14): 124–132.
4. Mosca M., Hong J., Haderl E., et al. Scalp psoriasis: a literature review of effective therapies and updated recommendations for practical management. Dermatol. Ther. (Heidelb.). 2024; 11 (3): 769–797.
5. Ковалева Ю.С., Комкина Н.Г. Псориаз волосистой части головы – патогенетическая терапия. Медицинский совет. 2024; 18 (13): 69–76.
6. Арсеньева А.А., Орлов Е.В., Пахомова Ю.М. Возможности применения комбинации глюкокортикостероида и салициловой кислоты в форме раствора при псориазе вульгарном. Медицинский совет. 2024; 18 (23): 199–204.
7. Reyes Soto M.A., López-Quintero D., Noyola-Perez A., et al. Trichoscopic features of scalp psoriasis: their association with disease severity and quality of life in a hispanic population. Int. J. Dermatol. 2026; 65 (1): 101–107.
8. Смирнова И.О., Желонкин А.Р., Хажомия К.Д. и др. Патогенез и лечение псориаза волосистой части головы – факты, гипотезы, перспективы. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (19): 56–62.
9. Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Шавилова М.Е. и др. Наружная терапия псориаза волосистой части головы: от купирования обострений к стойкой ремиссии. Медицинский совет. 2025; 19 (2): 91–96.
10. Кубанов А.А., Карамова А.Э., Знаменская Л.Ф. и др. Индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) в оценке клинических проявлений псориаза. Вестник дерматологии и венерологии. 2016; (4): 33–38.
11. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России». <https://www.vidal.ru/drugs/akriderm-sk-1>.

Experience of Using a Combined External Remedy of Glucocorticosteroid and Salicylic Acid in the Form of a Solution in Patients with Scalp Psoriasis

I.A. Kuklin, PhD^{1,2}, E.V. Kiznerceva^{1,3}, Ya.V. Savickaya¹, M.K. Kuklina, PhD²

¹ UMMC-Health LLC, Ekaterinburg

² Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Ekaterinburg

³ Central City Clinical Hospital No. 24, Ekaterinburg

Contact person: Igor A. Kuklin, kuklin71@mail.ru

Psoriasis in 50–80% of patients occurs with lesions of the scalp. Due to the morphofunctional features of the scalp, this form of dermatosis is considered quite difficult from the point of view of treatment, since it is characterized by a more pronounced inflammatory component, increased intensity of itching and peeling of the skin. Patients with scalp lesions experience constant stress, which can lead to the development of depression and social isolation. In accordance with clinical guidelines for the treatment of psoriasis with lesions of the scalp, first-line drugs include topical glucocorticosteroids in combination with salicylic acid. The article provides data confirming the high clinical efficacy of a course of topical external therapy using a domestic drug in the form of an Acriderm SK solution containing a combination of 0.05% betamethasone and 2% salicylic acid in patients with scalp psoriasis. Clinical observation of 12 patients aged 20 to 58 years (5 men and 7 women) was carried out during 14 days of using the drug on an outpatient basis. As a result of the external therapy, after 14 days, the patients showed a complete disappearance of the itching sensation, resolution of psoriatic plaques, while maintaining slight erythema and peeling of the scalp. The effectiveness of the therapy was confirmed by the achievement of a PASI score of 75 in the vast majority of patients, and in 1 patient – a PASI of 90. All patients noted the absence of persistent adverse events during treatment, good organoleptic properties of the drug, absence of greasy shine and uniformity of distribution of the drug when applied to the scalp. The article presents our own clinical observations of patients with scalp psoriasis, in whom Acriderm SK solution was used as external therapy.

Keywords: scalp psoriasis, therapy, betamethasone, salicylic acid, Acriderm SK solution

ЛИНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ¹ ПРЕПАРАТОВ

АКРИДЕРМ СК

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА



**ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА
В СООТВЕТСТВИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ
РЕКОМЕНДАЦИЯМИ МЗ 2023²**



**УДОБНАЯ ФОРМА РАСТВОРА^{3,4,5}
ДЛЯ ВОЛОСИСТОЙ КОЖИ ГОЛОВЫ
И УЧАСТКОВ С ОВОЛОСЕНИЕМ**



**ФОРМА МАЗИ И РАСТВОРА
ПОД РАЗНЫЕ СТАДИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО
ПРОЦЕССА И ЛОКАЛИЗАЦИИ⁵**



Реклама

1. СОГЛАСНО ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ АКРИДЕРМ СК МАЗЬ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ И АКРИДЕРМ СК РАСТВОР ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ БЕТАМЕТАЗОН + САЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА В СОСТАВЕ.
2. СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПСОРИАЗУ 2023 В ЧАСТИ МНН БЕТАМЕТАЗОН-САЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА. 3. ARMSTRONG A.W., READ C. PATHOPHYSIOLOGY, CLINICAL PRESENTATION, AND TREATMENT OF PSORIASIS: A REVIEW. JAMA. 2020 MAY 19;323(19):1945-1960. 4. TORSEKAR R., GAUTAM M.M. TOPICAL THERAPIES IN PSORIASIS. INDIAN DERMATOL ONUNE J. 2017 JUL-AUG;8(4): 235-245. 5. CHOOSING A TOPICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC PLAQUE PSORIASIS. THE BEST PRACTICE ADVOCACY CENTRE NEW ZEALAND/, 2017. URL: [HTTPS://BPAC.ORG.NZ/2017/PSORIASIS-2.ASPX](https://bpac.org.nz/2017/PSORIASIS-2.ASPX)(ДАТА ОБРАЩЕНИЯ - 10.08.2023). ПИМ-2026-0477

**РАСТВОР 50 И 100 МЛ
И МАЗЬ 15 И 30 ГР**

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ