

Л.Ш. ТОГОЕВА,  
М.Т. МИННИБАЕВ,  
И.М. КОРСУНСКАЯ

ГКБ № 14  
им. В.Г. Короленко, ЦТП  
ФХФ РАН, Первый МГМУ  
им. И.М. Сеченова,  
Москва

## Принципы наружной терапии псориаза

*Несмотря на то, что псориаз является заболеванием, при котором поражается не только кожа, но и другие системы и органы, главенствующую роль в лечении и профилактике обострений занимает наружная терапия.*

**П**омимо системной терапии при любой форме и стадии псориаза назначается местное лечение, которое зависит от стадии псориаза, формы проявления заболевания, распространенности и локализации. Так, в прогрессирующей стадии назначаются средства, обладающие противовоспалительным и кератолитическим действием (1-4). В качестве кератолитиков применяют в основном препараты салициловой кислоты в виде 1-2% мазей, при ярко выраженном воспалении лечение следует начинать с назначения 0,5-1% кремов. Однако у данных препаратов имеется ряд противопоказаний: нарушение функции почек (особенно при поражении больших участков тела и в большой концентрации (> 2%), детский возраст пациентов, пониженная свертываемость крови, геморрагический диатез, беременность). Такие препараты наносят на очаги 1-2 раза в день в течение 10-20 дней.

В качестве противовоспалительных наружных средств применяют преимущественно кортикостероидные препараты (5, 6). Эффективность использования топических кортикостероидов основана на их противовоспалительном, гипосенсибилизирующем и антипролиферативном действии.

Глюкокортикоиды тормозят синтез глюкозаминогликонов, коллагена и эластина, вызывают исчезновение

в эпидермисе клеток Лангерганса, а в дерме – тучных клеток, а также уменьшают сосудистую проницаемость.

Антипролиферативное действие местных кортикостероидов связано с торможением синтеза нуклеиновых кислот (прежде всего ДНК) в клетках базального слоя эпидермиса, фибробластов дермы, торможение пролиферации Т-лимфоцитов.

В прогрессирующую стадию псориаза показано назначение глюкокортикостероидов средней и сильной силы действия: мометазона фураат (Момат, Элоком), клобетазол (Пауэркорт), бетаметазона дипропионат (Дипросалик, Белосалик) на срок 7-10 дней, по 1-2 аппликации в день, в виде мазей или кремов в зависимости от локализации процесса. Длительное назначение кортикостероидных препаратов не рекомендуется, так как оно приводит к развитию побочных эффектов и осложнений.

Очень хорошо зарекомендовали себя для наружного лечения прогрессирующих форм псориаза комбинированные препараты, в состав которых входит и кортикостероидный препарат, и салициловая кислота (Дипросалик, Белосалик, Элоком С, Момат С, Акридерм СК). Комбинированные препараты кортикостероидов и салициловой кислоты, оказывают более выраженный противопсориазический эффект, чем каждый препарат в отдельности. Не менее эффективно в наружном лечении псориаза можно применять средства с синтетическим аналогом  $D_3$  – кальцитриолом, который входит в состав таких препаратов, как Псоркутан, Дайвонекс, Дайвобет.

Антипсориазическое действие кальцитриола основано на его взаимодействии со специфическими рецепторами в кератиноцитах – вызывает дозозависимое торможение пролиферации этих клеток кожи, ускоряет их морфологическую дифференцировку. Дайвобет состоит из дайвонекса и бетаметазона, сочетание в препарате кальцитриола и кортикостероида значительно повышает его эффективность.

На волосистую часть головы больным лучше назначать 2-3% лосьоны Дипросалик и Белосалик, применяемые при различных формах псориаза, начиная с прогрессирующей стадии. Больным псориазом независимо от стадии течения процесса показано назначение не раздражающих смягчающих средств в виде мазей или кремов. Жировые вещества издавна используют для питания и смягчения кожи, так как, проникая непосредственно в эпидермис, они придают роговому слою эластичность и мягкость, нанесение жира на кожу вследствие герметизации прекращает процесс перепирации, вызывает усиление микроциркуляции, и вследствие этого интенсифицируется рассасывание инфильтрата, восстанавливается тургор и эластичность. Субъективно у больных уменьшается чувство стягивания кожи, сухости, жжения.

Больным псориазом рекомендуется использовать наружно вазелин, вазелиновое масло, кремы с глицерином, мочевиной (Топик 10, Дардиа) молочной кислотой. Как базовая наружная терапия смягчающие средства позволяют несколько снизить шелушение, восстановить

эластичность пораженных участков кожи.

В стационарной стадии псориаза наружно используются средства, оказывающие кератолитический эффект (1, 2, 4) Данным свойством обладают кремы, мази с 2-5% салициловой кислотой, 5% молочной кислотой. Мази с салициловой кислотой размягчают шелушащиеся слои псориатических бляшек, способствуют очищению бляшек и ускоряют их разрешение. Салициловая кислота сама легко проникает в кожу, а также усиливает способность других лекарственных веществ, в частности кортикостероидов проникать внутрь кожи через измененный, утолщенный роговой слой (Элоком С, Момат С), а также препараты кальципотриола и гомеопатические препараты.

В качестве смягчающего средства можно применять гомеопатический препарат – мазь Псориаген. Созданный на основе растения магонии падуболистой этот препарат содержит активные алкалоиды, основным среди которых является берберин. За счет снижения активности ферментов циклооксигеназы и 5-липоксигеназы, нарушения синтеза арахидоновой кислоты, лейкотриенов, простагландинов и т.д. препарат оказывает противовоспалительное действие, также Псориаген оказывает антипролиферативное действие за счет торможения синтеза протеинов, РНК, ДНК. Входящий в состав препарата в качестве основы ланолин оказывает смягчающее действие.

В регрессирующей стадии на кожные высыпания применяют кератолитические (рассасывающие) мази или жирные пасты.

Лечебный эффект препаратов дегтя можно рассматривать не только как результат местного действия (улучшение кровоснабжения тканей, стимулирование регенерации эпидермиса, усиление процессов, способствующих разрешению инфильтрации), но и в связи с рефлекторными реакциями, возникающими при

раздражении рецепторов кожи (1).

На застарелые бляшки, торпидные к ранее проведенной терапии, назначают препараты дегтя в концентрациях 5-10%. В некоторых случаях для усиления рассасывающего эффекта мази наносят под окклюзионную повязку, а также после аппликации горчичников или после обработки кожных высыпаний 33% димексидом.

Помимо дегтарных мазей, паст в лечение больных псориазом также хорошо зарекомендовали себя шампуни с дегтем (Фридерм деготь). Большим псориазом волосистой части головы рекомендуется мыть голову 2-3 раза в неделю. В состав шампуня Фридерм деготь входит очищенный каменноугольный деготь, который способствует торможению пролиферации клеток эпидермиса, оказывает противовоспалительное, вяжущее и антимикотическое действие (в том числе и на овальный питириспорум), и тем самым предотвращает и уменьшает шелушение кожи головы. Также применение шампуня способствует очищению кожи от жира и перхоти.

Применение Псориагена в регрессивной стадии, после отмены кортикостероидных и кератолитических топических препаратов, а также применение его в период ремиссии для ухода за кожей в очагах поражения (дежурные бляшки при псориазе и т.д.) позволяет увеличить безрецидивный период за счет улучшения состояния кожи, проявляющееся в виде снижения шелушения и сухости, появления мягкости и эластичности в очагах поражения, быстрого регресса оставшихся после отмены топических стероидов и кератолитиков высыпаний.

В современной терапии псориаза не потеряли своего значения методы физио- и климатолечения, рекомендуемые как после, так и во время проведения базисной медикаментозной терапии. В последнее время в лечении псориаза более широко стали применяться физиотерапев-

тические методы (ПУВА-терапия, использование специальных интерференционных токов, лазеротерапия, ванны и т.д.). Наиболее безопасным и эффективным из них является применение интерференционных токов и лазеров.

Интерференционные токи преодолевают защитный барьер кожи, не раздражая и не повреждая ее, и воздействуют на пораженные участки. Выраженный антипсориатический эффект достигается благодаря нормализации процесса сегментации (при чрезмерной пролиферации), а также благодаря противовоспалительному и противоотечному эффектам. Это происходит при непродолжительном воздействии тока с низкой плотностью, который хорошо переносится пациентами.

Одним из современных и перспективных направлений в медицине и в дерматологии, в частности, является использование в терапевтических целях высокоэнергетических лазеров с различными выходными характеристиками и эффектами воздействия на ткани. В настоящее время различные типы ультрафиолетового излучения (290-320 нм) используются для лечения псориаза, а также других иммунозависимых поражений кожи, и их терапевтический эффект обусловлен иммуносупрессивным действием.

Также необходимо отметить, что все выше описанные препараты и физиотерапевтические процедуры необходимо назначать с учетом формы течения и локализации псориаза, а в период ремиссии использовать препараты лечебной косметики, увлажняющие и смягчающие кожу препараты, особенно в местах дежурных бляшек.

Этапность назначения топических средств и методов физиотерапии обеспечивает необходимый уход за кожей пациента на разных стадиях развития заболевания, а в период ремиссии правильный уход позволяет значительно увеличить этот период. 

## Литература

1. Довжанский С.И. Псориаз. М., 1992.
2. Клинические рекомендации в дерматологии / Под ред. А.А. Кубановой. М., 2006.
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. М.: Медицина, 1999; 116-157.
4. Молочков В.А., Бадюкин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. Псориаз и псориатический артрит. М., 2007.
5. Henneire-von Zepelin H.H., Mrowietz, Farber L. et al Highly purified omega-3-polyunsaturated fatty acids for topical treatment of psoriasis. Results of a double-blind, placebo-controlled multi centre study. Br J Dermatol 1993; 129: 713-717.
6. Psoriasis / Eds H.H. Roenigk, H.I. Maibach. New York. 1991: 5-28.