



ГБОУ ВПО  
«Санкт-  
Петербургский  
ГМУ им. акад.  
И.П. Павлова»  
МЗ РФ

# Современные средства базового ухода в комплексном лечении псориаза

К.м.н. М.М. ХОБЕЙШ, д.м.н., проф. К.Н. МОНАХОВ,  
д.м.н., проф. Е.В. СОКОЛОВСКИЙ

*Представлены результаты лечения препаратами линии Айсиды (крем-гель для сухой и чувствительной кожи лица и тела и крем-гель для рук) 30 больных псориазом в стационарной стадии (15 пациентов с ограниченным вульгарным псориазом, 15 – с ладонно-подошвенным псориазом). Отмечена хорошая эффективность и переносимость препаратов: снижение индекса PASI на 53,6% у больных ограниченным вульгарным псориазом и на 47,4% – у больных ладонно-подошвенным псориазом. Дерматологический индекс качества жизни пациентов, включенных в исследование, снизился на 55,9%.*

**П**сориаз – один из наиболее распространенных хронических дерматозов, которым страдают до 5% населения планеты [1]. Несмотря на то что псориаз редко приводит к летальному исходу и инвалидизации пациентов, заболевание ощутимо снижает качество жизни, способствует развитию депрессивных состояний, склонности к самоизоляции и социальной дезадаптации. Выделяют несколько клинических форм псориаза, наиболее часто встречается псориаз вульгарный. Поражение кожи при псориазе может быть как распространенным, так и ограниченным, но во всех случаях (даже при проведении активного иммуносупрессивного лечения) пациенты нуждаются в наружной терапии. Как правило, единственно необходимым при ограниченных формах псориаза является назначение наружных средств на фоне обязательной элиминации провоцирующих факторов.

Особый интерес дерматологов на сегодняшний день вызывает так называемый проблемный псориаз. Псориатическое поражение в области открытых, видимых участков кожи, постоянно функционально «нагруженных», и интимных зон, во-первых, создает косметические недостатки; во-вторых, наличие длительно существующего кожного поражения, сопровождающегося выраженным шелушением, вынуждает пациентов ограничивать профессиональные, дружеские, сексуальные контакты, менять обычный образ жизни. В-третьих, зуд, болезненность, развитие трещин затрудняют выполнение бытовых и профессиональных обязанностей, обычно вызывают потерю трудоспособности, в ряде случаев – необходимость пребывания в медицинском учреждении, что является серьезным препятствием для профессионального роста, иногда – причиной потери работы.

Из всех выделяемых клинических форм этого заболевания наибольшую сложность представляет лечение ладонно-подошвенного псориаза, который часто является причиной серьезных психологических и физических проблем и значительно снижает качество жизни пациента [2]. Ладонно-подошвенный псориаз отличается резистентностью к традиционным методам лечения, что обусловлено особенностью строения кожи ладоней и подошв (толстая кожа, уменьшение степени проникновения лекарственных средств), а также выраженностью патологических изменений в эпидермисе и дерме при этой клинической форме (высокой степенью гиперкератоза, паракератоза, акантоза, воспалительной инфильтрации дермы), постоянным раздражением и травматизацией очагов поражения в области ладоней и подошв (мытьё рук, ношение обуви и т.д.). Оптимизация терапии ладонно-подошвенного псориаза является одной из насущных задач дерматологии.

Патогенетически обоснованной при псориазе является терапия, направленная на подавление пролиферативной активности кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки, снижение иммунного воспаления в дерме и устранение дисбаланса между противовоспалительными и провоспалительными цитокинами. Показано, что использование наружных патогенетических средств более эффективно при их сочета-



нии со средствами базового ухода. Такая комбинация сокращает сроки активной терапии, удлиняет ремиссию. Так как псориаз относится к группе фиксированных дерматозов, восстановление барьерных свойств кожи существенно уменьшает риск быстрого обострения заболевания под действием триггерных факторов.

Многочисленные исследования, направленные на поиск средств наружной терапии, способных воздействовать на пролиферативные, воспалительные и иммунные процессы в коже, привели к синтезу кальципотриола, на сегодняшний день препарата первой линии терапии для лечения псориаза. Не менее оправдано и использование топических стероидов. Одновременно ведется поиск альтернативных лекарственных средств [3, 4]. Наиболее перспективными являются комбинированные препараты, которые подходят для базового ухода за кожей, а также обладают противовоспалительным и разрешающим действием. Еще в 1947 г. был создан антисептик-стимулятор Дорогова (АСД). Он является продуктом сухой возгонки сырья животного происхождения. Однако применение препарата было ограничено из-за его органолептических свойств (неприятный запах и цвет). Новое поколение препаратов, содержащих АСД, – линия лечебной косметики Айсиды (компания «АВЗ С-П», Россия) – обладает значительно лучшими органолептическими свойствами. Заключенные в липосомальную форму, обеспечивающую целенаправленный транспорт действующего вещества в более глубокие слои кожи, препараты стимулируют синтез коллагена и эластина и репарацию клеток кожи [5]. Кроме АСД в состав средств линии Айсиды входят ингредиенты, обеспечивающие как прямое, так и опосредованное увлажнение кожи. Линия лечебной косметики Айсиды включает различные формы. Для больных псориазом, прежде всего, представляют интерес крем-гель для

сухой и чувствительной кожи лица и тела и крем-гель для рук.

Целью работы было изучение эффективности и переносимости препаратов линии Айсиды (крем-гель для сухой и чувствительной кожи лица и тела и крем-гель для рук) в лечении ограниченного вульгарного псориаза и ладонно-подошвенного псориаза.

### Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 30 больных псориазом, находившихся на стационарном или амбулаторном лечении на кафедре дерматовенерологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета (СПбГМУ) им. акад. И.П. Павлова.

Критериями включения больных в исследование были: возраст 18 лет и старше, наличие клинически установленного диагноза «псориаз» со значением индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index – Индекс площади и тяжести псориаза) не более 10 баллов и площадью поражения менее 10% поверхности кожи, отсутствие перорального, парентерального и местного использования ретиноидов и цитостатиков. В исследование не включались больные с гиперчувствительностью к любому из компонентов препарата, беременные или кормящие женщины.

У 15 больных был диагностирован ограниченный вульгарный псориаз (стационарная стадия). У 15 пациентов имелось ограниченное поражение ладоней и подошв. Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза и клинической картины заболевания. Возраст пациентов, находившихся под нашим наблюдением, варьировал от 18 до 58 лет. В исследовании принимали участие 17 мужчин и 13 женщин. Давность заболевания составляла от 3 месяцев до 28 лет, средняя продолжительность заболевания – около 13 лет.

Предшествующая терапия (за 2 недели до начала исследования):

- 11 больных не лечились;
- 7 больных получали наружные глюкокортикостероидные препараты;

- 8 больных получали наружные препараты, содержащие кальципотриол;

- 4 больных получили курс детоксифицирующей и гипосенсибилизирующей терапии.

Препараты линии Айсиды использовали наружно 2 раза в день в течение 28 дней. При локализации псориазических элементов на гладкой коже применяли крем-гель Айсиды для сухой и чувствительной кожи лица и тела, при поражении ладоней и подошв – крем-гель Айсиды для рук.

Длительность лечения определялась клиническими проявлениями заболевания. В случаях массивных гиперкератотических наслоений на поверхности псориазических элементов на ладонях и, главным образом, в области подошв использовали окклюзионную повязку на ночной период времени (в среднем на 6–8 часов).

Перед началом лечения и по его окончании проводилась клиническая оценка состояния больного, включающая в себя определение индекса PASI и дерматологического индекса качества жизни.

### Результаты и их обсуждение

Исследование закончили все 30 пациентов. По оценке пациентов и исследователей, переносимость препаратов была хорошей и очень хорошей.

Исследование показало, что клинический эффект достигается достаточно быстро. Так, через 5–7 дней после начала лечения препаратами линии Айсиды при локализации очагов поражения на коже корпуса и конечностей (не на ладонях и подошвах), как правило, значительно уменьшалось шелушение, папулы и бляшки становились более плоскими, бледнели. При оценке результатов лечения в течение 14 дней у всех включенных в исследование больных индекс PASI существенно снизился. В среднем за 14 дней использования препаратов Айсиды индекс PASI снизился на 21,4% (среднее значение индекса PASI до начала лечения – 8,4, через 14 дней – 6,1) (рис. 1). Выраженной положитель-

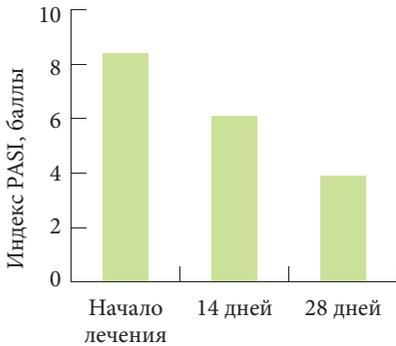


Рис. 1. Динамика индекса PASI в процессе лечения пациентов с ограниченным вульгарным псориазом

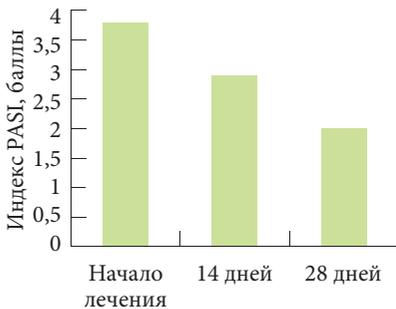


Рис. 2. Динамика индекса PASI в процессе лечения больных с ладонно-подошвенным псориазом

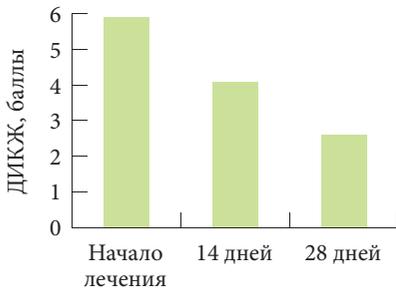


Рис. 3. Динамика дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) в процессе лечения у всех пациентов, включенных в исследование

ной динамики не отмечено только у двух больных, что, на наш взгляд, можно объяснить невозможностью элиминации провоцирующих факторов на этом этапе.

Продолжение лечения в течение еще 14 дней в большинстве случаев привело к почти полному разрешению очагов псориаза. На фоне дальнейшего применения препаратов линии Айсиды значение индекса PASI, отража-

ющее тяжесть псориатического процесса, продолжало снижаться. Так, за период с 15-го по 28-й день лечения индекс PASI снизился на 36,1% (с 6,1 до 3,9) (рис. 1). Снижение индекса PASI за весь период наблюдения (28 дней) составило 53,6%.

На фоне лечения отмечено, что клинический эффект при использовании препарата на псориатических очагах в области ладоней и подошв и на псориатических элементах на иных участках кожи (корпус, конечности) несколько различался, что вполне объяснимо особенностями строения толстой (гребешковой) кожи. При изолированном псориатическом поражении ладоней и подошв регресс кожных изменений был более медленным. Так, за первые 14 дней при изолированном поражении ладоней и подошв индекс PASI снизился с 3,8 до 2,9 (на 23,7%). В то же время использование крем-геля Айсиды для рук в течение еще двух недель привело к более заметному улучшению: индекс PASI снизился с 2,9 до 2,0 (на 31%) (рис. 2). У больных с ограниченным поражением ладоней и подошв снижение индекса PASI за весь период наблюдения (28 дней) составило 47,4%. Увеличение эффективности терапии во второй половине исследования, по-видимому, связано с тем, что у пациентов с выраженным ладонно-подошвенным гиперкератозом препарат использовался под окклюзионную повязку.

Дерматологический индекс качества жизни у всех больных, включенных в исследование, за первые 14 дней терапии снизился с 5,9 до 4,1 (на 30,5%) (рис. 3). В дальнейшем дерматологический индекс качества жизни также продолжал снижаться – на 36,6% (с 4,1 до 2,6) (рис. 3). К моменту окончания исследования абсолютное большинство пациентов положительно оценили эффективность проводимой терапии, констатируя улучшение качества жизни.

Таким образом, наше клиническое исследование подтвердило

эффективность препаратов линии Айсиды (крем-гель для сухой и чувствительной кожи лица и тела и крем-гель для рук) при применении их в качестве наружной терапии у больных с ограниченным вульгарным псориазом и ограниченным ладонно-подошвенным псориазом при стационарной стадии болезни.

Клинические результаты терапии препаратами линии Айсиды (крем-гель для рук) ограниченных ладонно-подошвенных вариантов болезни были хорошими. Однако из-за особенностей патоморфологических изменений кожи при этой форме болезни регресс клинических проявлений заболевания требовал больше времени. По результатам наших наблюдений можно сделать вывод о том, что наложение окклюзионной повязки в этих случаях допустимо и способно повысить эффективность проводимой терапии и сократить сроки лечения.

Все пациенты отметили комфортность использования препаратов линии Айсиды. Каких-либо значимых побочных эффектов и осложнений в процессе их применения не выявлено.

Наш опыт подтверждает, что препараты линии Айсиды (крем-гель для сухой и чувствительной кожи лица и тела и крем-гель для рук) на сегодняшний день являются эффективными и хорошо переносимыми средствами для наружной терапии как ограниченного вульгарного псориаза, так и изолированного псориатического поражения ладоней и подошв (в стационарном и регрессирующем периодах заболевания). Препараты обладают противовоспалительным и разрешающим действием, а также выступают в качестве смягчающего средства. Препараты просты и удобны в применении, требуют минимального контроля, могут применяться в качестве средства для наружной терапии как в условиях стационара, так и амбулаторно вне обострения процесса (в некоторых случаях как вариант монотерапии). ●



# Литература

**М.В. ГОРЯЧКИНА, Т.А. БЕЛОУСОВА**

**Роль энтеросорбентов в комбинированной терапии аллергодерматозов**

1. *Василенко В.В.* Кожные знаки болезней органов пищеварения // Медицинский вестник. 2011. № 27. С. 9.
2. *Isolauri E., Kalliomäki M., Laitinen K., Salminen S.* Modulation of the maturing gut barrier and microbiota: a novel target in allergic disease // *Curr. Pharm. Des.* 2008. Vol. 14. № 14. P. 1368–1375.
3. *Костюкович О.И.* Влияние кишечной микрофлоры на здоровье человека. От патогенеза к современным методам коррекции дисбиоза // *РМЖ.* 2011. № 5. С 304–305.
4. *Turnbaugh P.J., Ley R.E., Hamady M. et al.* The human microbiome project // *Nature.* 2007. Vol. 449. № 7164. P. 804–810.
5. *Ардатская М.Д., Минушкин О.Н.* Дисбактериоз кишечника: эволюция взглядов. Современные принципы диагностики и фармакологической коррекции // *Consilium Medicum. Гастроэнтерология.* 2006. Т. 8. № 2. С. 4–18.
6. *Круглова Л.С.* Атопический дерматит и нарушения колониальной резистентности кишечника – взаимосвязь и методы коррекции // *РМЖ.* 2011. № 28. С. 1786–1790.
7. *Yang Y.W., Tsai C.L., Lu C.Y. et al.* Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies // *Br. J. Dermatol.* 2009. Vol. 161. № 2. P. 373–383.
8. *Овсянников Д.Ю.* Дисбактериоз кишечника у детей: этиология, клиническое значение, диагностические критерии, современные методы коррекции // *Педиатрия.* 2011. № 2. С. 10–19.
9. *Белоусова Т.А., Горячкина М.В.* Антигистаминные препараты в современной клинической практике: проблемы выбора // *РМЖ.* 2011. № 32. С. 2102–2103.
10. *Федоскова Т.Г., Ильина Н.И.* Роль аллергических заболеваний в общеклинической практике // *РМЖ.* 2004. № 14. С. 876–880.
11. *Ревакина В.А.* Энтеросорбенты в комплексной терапии атопического дерматита у детей // *Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии.* 2010. № 2. С. 14–16.
12. *Боткина А.С., Бельмер С.В.* Дерматологические проявления заболеваний органов ЖКТ // *Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России.* М., 2007.
13. *Токмалаев А.К.* Применение энтеросорбентов в лечении острых кишечных инфекций // *РМЖ.* 2011. № 32. С. 2096–2098.
14. *Учайкин В.Ф., Новокшионов А.А., Соколова Н.В., Бережкова Т.В.* Энтеросорбция – роль энтеросорбентов в комплексной терапии острой и хронической гастроэнтерологической патологии. Пособие для врачей. М., 2008. 24 с.
15. *Снарская Е.С.* О роли энтеросорбентов в лечении атопического дерматита у детей // *Consilium Medicum. Педиатрия.* 2012. № 1. С. 56–57.
16. *Калюжная Л.Д., Милорава Т.Т., Турик Н.В. и соавт.* Новый пребиотик в комплексной терапии атопического дерматита у детей. Применение метода энтеросорбции // *Искусство лечения.* 2006. № 10. С. 36.
17. *Дитятковская Е.М., Борзова Т.А., Грибанова Л.В., Корецкая Е.В.* Применение препарата Лактофильтрум в схеме лечения больных хронической крапивницей // [http://www.leksir.ru/doc/51\\_0.htm](http://www.leksir.ru/doc/51_0.htm).

**М.М. ХОБЕЙШ, К.Н. МОНАХОВ, Е.В. СОКОЛОВСКИЙ**

**Современные средства базового ухода в комплексном лечении псориаза**

1. *Schäfer T.* Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective // *Dermatology.* 2006. Vol. 212. № 4. P. 327–337.
2. *Katugampola R.P., Hongbo Y., Finlay A.Y.* Clinical management decisions are related to the impact of psoriasis on patient-rated quality of life // *Br. J. Dermatol.* 2005. Vol. 152. № 6. P. 1256–1262.
3. *Menter A., Smith C., Barker J.* Psoriasis. Oxford: Health Press, 2004. 104 p.
4. *Хобейш М.М., Мошколова И.А., Соколовский Е.В.* Псориаз. Современные методы лечения // Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. СПб.: Сотис, 1999. С. 70–134.
5. *Ключарева С.В.* Результаты сравнительного исследования косметической линии АЙСИДА и стандартных схем терапии у пациентов с чувствительной кожей и хроническими дерматозами. М., 2010. 58 с.

**В.А. ОХЛОПКОВ, О.В. ПРАВДИНА, Р.В. ГОРОДИЛОВ, Е.А. ЗЫКОВА**

**Опыт лечения больных среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом препаратом Дайвобет**

1. *Данилов С.И., Нечаева О.С., Пирятинская А.Б.* Медико-социальные факторы риска обострений хронических дерматозов // *Российский журнал кожно-венерологических болезней.* 2006. № 1. С. 60–62.
2. *Christophers E.* Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum // *Clin. Exp. Dermatol.* 2001. Vol. 26. № 4. P. 314–320.
3. *Филимонкова Н.Н., Чуверова К.А., Летаева О.В.* Комплексная терапия больных псориазом препаратами Дайвобет и Дайвонекс // *Врач.* 2008. № 1. С. 33–36.
4. *Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И.* Псориаз. Патогенез, клиника, лечение. Кишинев: Штиинца, 2001. 189 с.
5. *Короткий Н.Г., Тихомиров А.А.* Оценка клинической эффективности и переносимости препарата Дайвонекс в наружной терапии вульгарного псориаза различной степени тяжести // *Актуальные вопросы дерматовенерологии и внутренних болезней.* Ижевск, 2006. С. 192–194.
6. *Современная наружная и физиотерапия дерматозов /* Под ред. Н.Г. Короткого. М., 2007. С. 703.
7. *Дерматовенерология. Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов /* Под ред. А.А. Кубановой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 306 с.

**Д.В. ИГНАТЬЕВ**

**Роль препарата Виферон® в терапии простого герпеса**

1. *Иванов О.Л., Халдин А.А., Самгин М.А.* Рациональный выбор терапии простого герпеса: Учебное пособие. М., 2002.
2. *Козлова В.И., Кузнецов В.П., Пухнер А.Ф.* Терапевтическая активность человеческого лейкоцитарного интерферона при лечении вирусных заболеваний гениталий // *Акуш. и гинек.* 1972. № 10. С. 40–41.
3. *Малиновская В.В., Деленян Н.В. и др.* Виферон: Руководство для врачей. М., 2004.