

С.В. Іванов, В.І. Степаненко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Сучасний підхід до зовнішньої терапії дерматозів з порушенням кератинізації

Мета роботи — вивчити терапевтичну ефективність, безпечність та вигідність застосування лосьйону «Белосалік» 50 мл для лікування дерматозів волосистої частини голови з гіперкератозом.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 105 хворих з ураженням волосистої частини голови (51 — псоріаз, 54 — себорейний дерматит), яких було розподілено на дві групи. В першій групі (27 — із псоріазом і 28 — із себорейним дерматитом) хворим проведено лікування лосьйоном «Белосалік» 50 мл. У другій групі (50 пацієнтів) призначено терапію із застосуванням препарату «Дипросалік» 30 мл. Тривалість застосування препарату становила від 2 до 4 тижнів.

Результати та обговорення. Результати оцінювали за даними клінічного спостереження в динаміці. Під час застосування препарату «Белосалік» 50 мл як монотерапевтичного засобу в 55 пацієнтів з ураженням волосистої частини голови (псоріаз, себорейний дерматит) встановлено клінічну ремісію у 92,7 % випадків. Побічні ефекти і токсико-алергічні реакції у пацієнтів не спостерігалися.

Висновки. Висока терапевтична ефективність і безпечність лосьйону «Белосалік» 50 мл, а також значно більший об'єм флакона порівняно з аналогічними препаратами свідчить про його більшу вигідність для пацієнтів і дає підстави рекомендувати цей препарат для широкого застосування.

Ключові слова

Волосиста частина голови, псоріаз, себорейний дерматит, гіперкератоз, бетаметазон, «Белосалік», «Дипросалік».

Серед дерматозів, які виявляються гіперкератозом, найбільш поширені псоріаз і себорейний дерматит. Псоріаз — еритематозно-сквамозний дерматоз мультифакторної природи з домінуючим значенням генетичних факторів. Це захворювання характеризується гіперпроліферацією епідермальних клітин, порушенням кератинізації, запальною реакцією в дермі, змінами в органах і системах. Псоріаз зустрічається у 2–4 % населення. Згідно з літературними даними, у 33 % хворих на псоріаз дебют захворювання починається з ураження ділянок шкіри волосистої частини голови. Псоріатичні бляшки на шкірі волосистої ділянки голови з рясним лущенням супроводжуються свербіжем, що дратує хворих. Страждає їх самооцінка та особисте життя.

Ураження шкіри волосистої ділянки голови виявляють у 77,5 % хворих при стрес-індукованій формі псоріазу, у 89,3 % — при інфекційно зумовленій, у 90,2 % — при аутоімунному характері захворювання, у 65,5 % — при спорадичній формі псоріазу [9]. Найвиразнішою ознакою псоріазу

волосистої частини голови є поява так званої псоріатичної корони, коли бляшки поширюються на шкіру лоба. Основними виявами хвороби з ураженням волосистої частини голови є еритема, інфільтрація, лущення, сухість шкіри, відчуття її стягування, свербіж і печіння. Обмежене ураження часто діагностують як себорейний псоріаз. Нерідко у хворих на себорейний псоріаз у лусочках знаходять дріжджоподібні гриби, а також бактеріальну флору, які відіграють певну роль у формуванні цього захворювання. Зазвичай вогнища псоріазу на волосистій частині голови стійко зберігаються протягом багатьох років, тоді як на інших ділянках шкіри схильні до регресу. Найбільші діагностичні труднощі становить псоріаз із рясним дифузним лущенням без виражених запальних змін — так званий азбестоподібний псоріаз. При цій формі захворювання маси склеєних сріблястих лусочок перекривають одна одну на зразок черепиці і щільно прилягають до шкіри, перебіг дерматозу нерідко ускладнюється утворенням болісних тріщин за вушними рако-

винами. Інше ускладнення азбестоподібного псоріазу — волосяні муфти. Це щільні кератотичні утворення жовтувато-білого кольору, що оточують волосини. Швидкість росту волосся при псоріазі не підвищена, хоча, як відомо, для псоріазу типовою є прискорена проліферація клітин епідермісу і швидкий їх рух від базального шару до рогового. У випадках ураження волосистої частини голови діагноз псоріазу потрібно диференціювати із себорейним дерматитом, іхтіозом, атопічним дерматитом, червоним плескатим лишаям, себорейною пухирчаткою і мікозами [6].

Себорейний дерматит зустрічається часто і вважається хронічним поверхневим захворюванням шкіри, що виявляється папуло-сквамозними висипами, які частіше розвиваються на тлі рідкої себореї. Волосся жирне, потовщене, має неприємний запах, на шкірі голови щільно закріплені жовтуватого кольору кірочки, лусочки. Себорейний дерматит можливий уже в перші місяці життя дитини («синдром чепця»), в пубертатному періоді, після 20 років і в старшому віці. Це захворювання має 2–5 % населення, зазвичай його перебіг нетяжкий, з поліпшенням улітку. Себорейний дерматит волосистої частини голови поділяють на сухий, жирний та ексудативний. Захворювання носить спадковий характер і повномувиліковуванню не піддається, але за умов правильного догляду за шкірою і протирецидивного лікування можна досягти стійкої ремісії. Характерно, що при себорейному дерматиті, за даними окремих дослідників, вироблення сального секрету не підвищується, але в ньому міститься менше ніж у нормі вільних жирних кислот, сквалену і ефірів парафіну та відносно більше тригліцеридів і холестерину. Виникнення себорейного дерматиту пов'язують також з активністю дріжджоподібних грибів і бактерій. Зокрема, встановлено, що *Pityrosporum ovale* та *Propionibacterium acne* виробляють ліпазу, активують комплемент, викликають запалення і підвищують десквамацію [10]. Тяжка форма себорейного дерматиту волосистої частини голови, відома як стеатодермічний пітиріаз, характеризується великими жирними лусочками сіро-жовтого кольору, які разом з ексудатом утворюють кірки. Під кірками — гіперемована, волога поверхня. Ця форма себорейного дерматиту супроводжується сильним свербіжем, зумовленим, вірогідно, грибковою чи бактеріальною флорою. Інтенсивне розчухування може призвести до розвитку вираженої екзематизації зі значною ексудацією і утворенням рясних кірок.

Лікування десквамативних уражень волосистої частини голови до сьогодні пов'язане з труднощами. Місцева терапія є важливою складовою

лікування псоріазу та себорейного дерматиту з ураженням волосистої частини голови [4]. Також місцеві препарати поєднують із системною терапією. Для зовнішнього лікування застосовують препарати, що містять саліцилову кислоту, сечовину, сірку, дьоготь, нафталан, дитранол, стероїдні гормони, кальципринол. Потрібно обирати таку схему лікування, яку добре переносять хворі і яка забезпечує максимально швидкий ефект, призначені препарати мають бути «комфортними» для пацієнтів [13]. Застосування деяких речовин обмежене через такі недоліки, як неприємний запах, забруднення білизни, одягу). Препарати дьогтю можуть викликати подразнення і гнійничкові захворювання шкіри. Призначення дьогтю і нафталану дещо обмежене при захворюваннях нирок. Вибір правильної лікарської форми є дуже важливим, як і вибір самої терапії [8].

Сучасна топічна терапія цих захворювань включає низку препаратів штучного і природного походження, серед яких вагоме місце посідають глюкокортикостероїдні гормони (ГКСГ). Минуло понад 50 років від часу присудження Нобелівської премії F. Hench, E. Kendall і T. Reichstein за впровадження ГКСГ у клінічну практику. Висока ефективність, потужна протизапальна дія, виражена імуномодельовальна активність зробили цю групу препаратів однією з найбільше застосовуваних при стероїдчутливих дерматозах [1].

Механізм протизапальної дії ГКСГ на молекулярному рівні все ще лишається недостатньо дослідженим. За спрощеним механізмом вільні стероїдні гормони дифундують крізь клітинну мембрану і кон'югують з цитоплазматичними рецепторами, після цього зв'язані рецептори транслокуються в ядро. Комплекс гормон–рецептор зв'язується з рецепторною ділянкою однієї нитки ДНК, який належить до конкретного гена, і активує його транскрипцію. Відбувається реверс специфічної мРНК із ядра до рибосом. У результаті трансляції РНК на рибосомах синтезуються різні регуляторні білки. Одним з найважливіших є ліпокортин, який інгібує фермент фосфоліпазу- α_2 і таким чином пригнічує синтез простагландинів, тромбоцитарного фактора і лейкотрієнів, що відіграють ключову роль у розвитку запальної реакції. Водночас новітні дослідження свідчать, що механізм дії ГКСГ значно складніший, у ньому, крім рецепторів, беруть участь різні молекули, які опосередковують сигнал, а також транскрипційні молекули, наприклад, AP-1, NF- κ B та 1- κ Bx. Імуносупресивний вплив ГКСГ пояснюють наявністю специфічних глюкокортико-рецепторів на лімфоїдних клітинах [11].

Таблиця. Порівняльна характеристика деяких топічних ГКСГ

Діюча речовина	Проти-запальна активність, ум. од.*	Гальмування секреції АКПГ, ум. од.	Вплив на вуглеводний обмін, ум. од.	Гранична доза, при якій розвивається синдром Кушинга, мг	Затримка Na ⁺	Період напіврозпаду, год	Еквівалентна доза, мг
Гідрокортизон	1	3	1	30	++	8–12	20
Преднізолон	4	4	4	10	+	8–12	5
Метилпреднізолон	5	4	4	8	0	12–36	4
Тріамцинолон	5	5	6	8	0	12–36	4
Бетаметазон	30	35	30	2	0	36–72	0,75

Примітка. * Активність кортизону взято за 1 ум. од.

Місцеві кортикостероїдні препарати в клінічну дерматологічну практику запровадили М.В. Sulsberger і V.H. Witten на початку п'ятдесятих років минулого сторіччя. Ознаменувавши революцію в лікуванні запальних захворювань шкіри, ці препарати і сьогодні зберігають провідні позиції в терапії найпоширеніших дерматозів [16]. Метаболічний ефект ГКСГ у разі топічного застосування пояснюється тим, що вони:

- гальмують синтез глікозаміногліканів, колагену і еластину, зменшують вивільнення гістаміну та інших протизапальних медіаторів, редукують тучні клітини і клітини Лангерганса;
- блокують синтез нуклеїнових кислот (насамперед ДНК) в імунокомпетентних клітинах, базальному шарі епідермісу і фібробластах;
- знижують продукцію простагландинів, лейкотрієнів, тромбоксанів шляхом блокування активності фосфоліпази- $\alpha 2$.

Потужна протизапальна, гіпоалергійна, імуносупресивна активність, а також вазоконстрикторний, протисвербіжний, антипроліферативний і антимітотичний ефекти — всі ці фактори в сукупності визначають значну комплаєнтність ГКСГ [12]. Відносно слабкі і м'які, за сучасними уявленнями, гідрокортизонацетатні препарати першої генерації відіграли свою переломну роль у зовнішній терапії дерматозів. З часом фармакологи навчилися змінювати структуру ГКСГ для досягнення більшої їх ефективності (таблиця).

В Україні зареєстровано значну кількість топічних ГКСГ, що створює для практичного лікаря певні труднощі вибору конкретного засобу в тій чи іншій клінічній ситуації [5]. Розв'язанню цієї проблеми суттєво сприяє застосування раціональної європейської класифікації, яка виділяє чотири класи зовнішніх ГКСГ: I — слабкі; II — помірної сили; III — сильні; IV — дуже сильні. Препарати I класу застосовують у випадках

слабо виражених запальних явищ та локалізації висипу на тонкій і ніжній шкірі. У зв'язку з низькою клінічною ефективністю в наш час ці препарати практично не застосовують у дерматологічній практиці. Препарати II класу призначають, коли потрібно швидко усунути гостру запальну реакцію в так званих чутливих зонах шкіри. Топічні ГКСГ III класу активно і часто використовують при загостренні хронічних, резистентних процесів у шкірі, щоб швидко зупинити значно виражені запальні явища. Препарати IV класу сильної терапевтичної активності за силою дії можна порівняти із системними ГКСГ. Їх слід призначати хворим не більше ніж на два тижні у разі тривалих, інфільтрованих вогнищ хронічних дерматозів на обмежених ділянках шкіри [7].

Топічні препарати для лікування уражень волосистої частини голови повинні відповідати таким критеріям:

- добра гігієнічна і косметична переносність;
- очікуваний ефект має бути потужним і наставати швидко;
- пролонгованість дії (нанесення не частіше як двічі на добу);
- мінімальний ризик розвитку системних побічних реакцій.

Відповідно до цих потреб лікар підбирає хімічну структуру препарату, лікарську форму і методику застосування. Заслужують на увагу препарати на основі бетаметазону, що входить до III класу ГКС за класифікацією Miller & Munro і є золотим стандартом завдяки високій протизапальній і протисвербіжній активності. Бетаметазону дипропіонат — це фторована сполука високоактивного ГКСГ, що характеризується пролонгованою дією. Потужність і тривалість впливу забезпечується галогенізацією та за рахунок потрійного метилування і етерифікації, що зумовлює високу безпечність. За протизапальною активністю бетаметазону дипропіонат

перевищує триамцинолон у 6 разів, ефективна доза препарату (у ваговому еквіваленті) відповідно в 4–6 разів менша [14].

За хімічною структурою група бетаметазону представлена двома його варіантами: у вигляді валеріату (один ефірний ланцюжок) і у вигляді дипропіонату (два ефірних ланцюжки). Швидкість усмоктування топічних ГКСГ залежить від лікарської форми та ліпофільності. Чим вона вища, тим більша концентрація створюється у клітинах шкіри і менша — в крові. Наявність у шкірі естераз, які розщеплюють ефірні зв'язки, призводить до активації стероїду і його взаємодії зі стероїдними рецепторами, що розташовані в цитоплазмі клітин шкіри. Важливо, що процес біоактивації бетаметазону дипропіонату в запаленій шкірі відбувається значно швидше, ніж у нормальній. Чим вищий ступінь етерифікації топічного ГКСГ, тим більша його ліпофільність, а отже, і швидкість та глибина проникнення у вогнище запалення, з одного боку, а з іншого — сила та тривалість дії. В цьому випадку бетаметазону дипропіонат, який є діефіром, має вищі показники, ніж бетаметазону валеріат (моноефір) за всіма цими критеріями [3].

Водночас місцеве застосування препаратів, що містять бетаметазону дипропіонат, дещо ускладнене при хворобах шкіри волосистої частини голови з гіперкератозом. Рясні нашарування лусочок і кірок перешкоджають вільному проникненню діючої речовини в уражену шкіру. При таких клінічних формах добре зарекомендували себе комбіновані препарати, які поряд з ГКСГ містять кератолітики, зокрема саліцилову кислоту. Саліцилова кислота розм'якшує пласти гіперкератотичних нашарувань, що лущаться, сприяючи очищенню вогнищ і прискоренню регресу, а також нормалізує рН шкіри. Саліцилова кислота сама легко проникає у шкіру, а також підсилює здатність інших препаратів, зокрема ГКСГ, проникати всередину шкіри крізь змінений, потовщений роговий шар. Гіперкератоз при захворюваннях волосистої частини голови спричинює розвиток бактеріальної, дріжджової та вірусної флори, тому також важливим є протимікробний ефект саліцилової кислоти — як лікувальний, так і для профілактики розвитку піодермії [2]. Таким чином, при тривалих хронічних дерматозах, коли виражений гіперкератоз, лущення і сухість на поверхні патологічних вогнищ перешкоджають проникненню місцевих ГКСГ (у вигляді монопрепаратів) у шкіру і знижують їх ефективність, доцільно призначати пацієнтам топічні стероїди в комбінації з кератолітиками, які розчиняють та розпушують рогові нашарування на поверхні вогнищ [15].

На сучасному етапі до групи бетаметазонів входять препарати (як монопрепарати, так і комбіновані — з антисептиками і кератолітиками) різних виробників. Найбільш відомим гормональним препаратом з кератолітичним ефектом для зовнішнього застосування є «Дипросалік» фірми «Шеринг-Плау» (США) у формі лосьйону об'ємом 30 мл і мазі, що містить бетаметазону дипропіонат (0,05 %) і саліцилову кислоту (2 % у лосьйоні, 3 % в мазі).

Серед препаратів, представлених на фармацевтичному ринку України, також привертає увагу аналогічний препарат «Белосалік» 50 мл виробництва фірми «Белупо» (Республіка Хорватія) у формі лосьйону (50 мл) і мазі, які містять такі ж самі концентрації бетаметазону дипропіонату і саліцилової кислоти. Лосьйон особливо зручний для застосування на волосисту частину голови. Він легко розподіляється по вогнищу ураження, не замащує і не склеює волосся, не сушить шкіру і не залишає видимих слідів. Мазь чи лосьйон наносять 1–2 рази на добу на уражені ділянки і злегка втирають.

Мета роботи — оцінити клінічну ефективність і вигідність застосування лосьйону «Белосалік» 50 мл порівняно з лосьйоном «Дипросалік» 30 мл для лікування уражень волосистої частини голови при псоріазі та себорейному дерматиті.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебував 51 хворий на псоріаз з ізольованим або переважним ураженням волосистої частини голови, а також 54 хворих на себорейний дерматит волосистої частини голови. Вік пацієнтів із псоріазом (чоловіків — 32, жінок — 19) становив від 15 до 46 років, в середньому ($29,1 \pm 1,6$) року, вік пацієнтів із себорейним дерматитом (чоловіків — 25, жінок — 29) — від 13 до 42 років, в середньому ($23,4 \pm 2,1$) року. Тривалість псоріазу — від 1 до 19 років, у середньому ($5,2 \pm 1,8$) року, себорейного дерматиту — від 5 місяців до 9 років, у середньому ($3,5 \pm 1,2$) року. Згідно з анамнезом, у більшості пацієнтів ураження волосистої частини голови характеризувалося резистентністю до терапії. Всі хворі до проведення лікування підлягали загальноклінічному і спеціальному обстеженню, що передбачало дослідження загального аналізу крові і сечі, біохімічних показників функції печінки та окремих гормонів сироватки крові.

У всіх обстежених із псоріазом діагностовано стаціонарну стадію захворювання. Клінічна картина ураження характеризувалася як наявністю окремих різко обмежених вогнищ нашарування лусочок різного розміру, так і дифузним уражен-

ням шкіри з переходом на поверхню лоба. У 4 пацієнтів псоріаз перебігав за азбестоподібним типом, у 5 — за себорейним. Більшість пацієнтів (92 %) скаржилися на виражений свербіж та відчуття стягування шкіри.

У хворих на себорейний дерматит у клінічній картині, крім рясного епідермального лущення і жирових кірок, спостерігалася гіперемія шкіри, часом інтенсивна. У деяких пацієнтів виявлено підвищену вологість шкіри у вогнищах та ексудацію внаслідок розчухування. Після висихання ексудату формувалися сіро-жовті кірки.

Усіх обстежених шляхом сліпої рандомізації було розподілено на дві групи спостереження. У першій групі 27 хворих на псоріаз та 28 пацієнтів із себорейним дерматитом лікували лосьйоном «Белосалік» 50 мл. У другій групі 24 хворих на псоріаз і 26 пацієнтів із себорейним дерматитом використовували лосьйон «Дипросалік». Препарати застосовували у вигляді монотерапії, наносили двічі на добу на уражені ділянки і злегка втирали. У разі поширення ураження на шкіру лоба її додатково обробляли відповідними мазями.

Результати та обговорення

У 27 хворих на псоріаз, які отримували місцеве лікування лосьйоном «Белосалік» 50 мл, зникнення шкірного свербіжу реєструвалося через 6–8 днів (у середньому $7,1 \pm 1,4$), зменшення гіперемії та інфільтрації в ділянці висипів — на 8–12-й день (у середньому $9,6 \pm 2,3$). Спостерігалася поступове сплюснення великих папул і бляшок, поява кільцеподібних фігур і формування псевдоатрофічного віночка Воронова. На початку четвертого тижня (22-й день) лікування у 17 хворих із 27 (62,9 %) зареєстровано клінічне одужання, у 8 (29,6 %) — значне поліпшення, у 2 (7,4 %) — поліпшення. Лікування лосьйоном і мазью «Белосалік» 50 мл усі пацієнти перенесли задовільно. 9 хворих продовжували аплікації лосьйоном «Белосалік» 50 мл ще протягом 7–10 днів, але повного регресу папульозних ефлоресценцій вдалося досягти тільки в 6 випадках, у 3 пацієнтів залишилися помірно інфільтровані окремі бляшки.

Місцеве лікування лосьйоном «Дипросалік» 24 хворих на псоріаз сприяло припиненню свербіжу через 4–7 днів (у середньому $5,7 \pm 1,4$), зменшенню гіперемії та інфільтрації в ділянці висипів — на 7–10-й день (у середньому $8,2 \pm 1,7$). На 22-й день лікування клінічне одужання зареєстровано в 16 (66,7 %) хворих, значне поліпшення — у 7 (29,2%), поліпшення в 1 пацієнта.

У 28 хворих на себорейний дерматит, які отримували місцеве лікування лосьйоном «Белосалік» 50 мл, зникнення шкірного свербіжу і

ефект «охолодження» реєструвалися через 2–4 дні (у середньому $3,3 \pm 1,5$), очищення від лусочок і кірок, значне зменшення гіперемії і мокнуття — на 3–6-й день (у середньому $5,4 \pm 1,2$). На початку третього тижня (15-й день) лікування у 24 (85,7 %) хворих зареєстровано клінічне одужання, у 3 (10,7 %) — значне поліпшення, у 1 — поліпшення. Цього хворого з вираженою патологією травної системи (хронічний гастроентероколіт) було направлено до терапевта. У 3 хворих, які продовжували лікування, клінічного одужання було досягнуто на 18–21-й день терапії.

Місцеве лікування лосьйоном «Дипросалік» у 26 хворих на себорейний дерматит сприяло зникненню свербіжу шкіри голови на 1–3-й день (у середньому $2,4 \pm 0,9$), очищенню від лусочок і кірок, значному зменшенню гіперемії і мокнуття — на 3–5-й день (у середньому $4,7 \pm 1,3$). На початку третього тижня (15-й день) лікування у 25 (89,3 %) хворих настало клінічне одужання, у 3 (10,7 %) — значне поліпшення.

Порівняльний аналіз лосьйонів «Белосалік» 50 мл та «Дипросалік» указував на достатньо високу клінічну ефективність обох препаратів. Відмінності щодо швидкості елімінації основних клінічних ознак були статистично недостовірними ($p > 0,1$).

На курс лікування використано приблизно однаковий об'єм препаратів. Однак флакон «Белосаліка» 50 мл на 20 мл більший, ніж «Дипросаліка», що вигідніше для пацієнта.

Крім цього, у 23 хворих лікування волосистої частини голови лосьйоном «Белосалік» 50 мл (у відповідній групі — лосьйоном «Дипросалік») доповнювалося за клінічним показанням аплікаціями мазі «Белосалік» 50 мл (у відповідній групі — мазі «Дипросалік») на гладеньку шкіру голови. Побічні реакції та ускладнення не спостерігалися. Динамічна оцінка результатів клінічних лабораторних обстежень у пацієнтів, які отримали відповідне лікування, не виявила патологічних відхилень від попередніх показників.

Таким чином, лосьйон «Белосалік» 50 мл достатньо швидко видаляє гіперкератоз та інфільтрацію, зумовлює ефект «охолодження»; забезпечує гігієнічну і косметичну привабливість для пацієнтів; сприяє розм'якшенню і швидкому регресу псоріатичних бляшок; має доступну ціну і значно більший об'єм флакона (на 20 мл) порівняно з «Дипросаліком». Хворі вказували на добру переносність лосьйону «Белосалік» 50 мл та його зручність у використанні.

Висновки

Лосьйон «Белосалік» 50 мл є високоефективним місцевим лікарським засобом при ураженнях

шкіри волосистої частини голови, що супроводжуються гіперкератозом, зокрема псоріазі та себореїному дерматиті. Препарат характеризується високим індексом клінічного вилікування та високим комплаєнсом, має доступну ціну і значно більший об'єм флакона (на 20 мл) порівняно з

«Дипросаліком», що свідчить про його вигідність для пацієнтів. Виразна та достатньо швидка терапевтична ефективність у поєднанні з доброю переносністю дають підстави рекомендувати лосьйон «Белосалік» як препарат вибору для місцевої монотерапії при дерматозах з гіперкератозами.

Список літератури

1. Белоусова Т.А., Кочергин Н.Г., Кривда А.Ю. Кортикостероидные препараты для наружного применения // Росс. журн. кожн. и венер. болезней.— 1998.— № 3.— С. 78—79.
2. Владимиров В.В., Меньшикова Л.В. Современные представления о псориазе и методы его лечения // Русск. мед. журн.— 2001.— № 20.— С. 1318—1323.
3. Коляденко В.Г., Чернышов П.В. Комбинированные препараты группы бетаметазона в лечении алергодерматозов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2007.— № 1.— С. 31—34.
4. Короткий Н.Г., Таганов А.В., Тихомиров А.А. Современная наружная терапия дерматозов.— Тверь: Губернская медицина, 2001.— С. 5—92.
5. Кочергин Н.Г., Новоселов В.С. Наружная терапия стероидочувствительных дерматозов: врачебный выбор // Врач.— 2006.— № 2.— С. 42—46.
6. Кунгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориатическая болезнь.— Екатеринбург, 2002.— 193 с.
7. Кутасевич Я.Ф. Современные подходы к применению топических глюкокортикостероидов // Журн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 1.— С. 95—99.
8. Малова И.О. Псориаз волосистой части головы: современный поход к наружной терапии // Дерматовенерол. и дерматокосметол.— 2012.— № 3.— С. 2—6.
9. Фитцпатрик Д.Е., Элинг Д.Л. Секреты дерматологии.— М.: Бино, 1999.— С. 55—63.
10. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение.— М.: МЕДпресс-информ, 2006.— 672 с.
11. Adcock I.M. Molecular mechanism of glucocorticoid actions // Pulm. Pharm. Ther.— 2000.— Vol. 13, N 3.— P. 115—126.
12. Barnes P.J. Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids // Eur. Resp. Rev.— 2001.— Vol. 11, N 78.— P. 15—22.
13. Chan C.S., Van Voorhees A.S., Lebwohl M.G. et al. Treatment of severe scalp psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation // J. Am. Acad. Dermatol.— 2009.— Vol. 60.— P. 962—971.
14. Feldman S.R., Housman T.S. Patients vehicle preference for corticosteroid treatments of scalp psoriasis // Am. J. Clin. Dermatol.— 2003.— Vol. 4.— P. 221—224.
15. Housman T.S., Mellen B.G., Rapp S.R. et al. Patients with psoriasis prefer solution and foam vehicles: a quantitative assessment of vehicle preference // Cutis.— 2002.— Vol. 70.— P. 327—332.
16. Stern R.S. The pattern of topical corticosteroid prescribing in the USA, 1989—1991 // J. Am. Acad. Dermatol.— 1996.— Vol. 35, N 2.— P. 183—186.

С.В. Иванов, В.И. Степаненко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Современный подход к наружной терапии дерматозов с нарушением кератинизации

Цель работы — изучить эффективность и безопасность применения лосьона «Белосалик» 50 мл в лечении дерматозов волосистой части головы с гиперкератозом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 105 больных с поражением волосистой части головы (51 — псориаз, 54 — себорейный дерматит), которых было разделено на две группы. В первой группе (27 — с псориазом и 28 — с себорейным дерматитом) больным проведено лечение лосьоном «Белосалик» 50 мл. Во второй группе (50 пациентов) проведено терапию с применением препарата «Дипросалик». Длительность применения препарата — от 2 до 4 недель.

Результаты и обсуждение. Результаты оценивали по данным клинического наблюдения в динамике. При применении препарата «Белосалик» 50 мл как монотерапевтического средства у 55 пациентов с поражением волосистой части головы (псориаз, себорейный дерматит) установлена клиническая ремиссия у 92,7 % больных. Побочные эффекты и токсико-аллергические реакции у пациентов не наблюдались.

Выводы. Высокая терапевтическая эффективность и безопасность лосьона «Белосалик» 50 мл, а также значительно больший объем флакона по сравнению с аналогичными препаратами свидетельствует о его большей выгоды для пациентов, позволяет рекомендовать этот препарат для широкого применения.

Ключевые слова: волосистая часть головы, псориаз, себорейный дерматит, гиперкератоз, бетаметазон, «Белосалик», «Дипросалик».

S.V. Ivanov, V.I. Stepanenko

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Modern approach to external therapy of dermatoses with disorder of keratinization

The aim of the study was to examine the efficacy and safety of using «Belosalic» 50 ml lotion in the treatment of dermatoses of the scalp with hyperkeratosis.

Materials and methods. The study included 105 patients with lesion of the scalp (51 — psoriasis, 54 — seborrheic dermatitis) that were divided in two different groups. Patients of the first group (27 — with psoriasis and 28 — with seborrheic dermatitis) were treated with «Belosalic» 50 ml lotion. The second group (50 patients) was treated with «Diprosalic» medication. The duration of using the drug was 2–4 weeks.

Results and discussion. The efficacy of treatment was evaluated by clinical signs in dynamics. Using «Belosalic» 50 ml drug as a monotherapy agent in 55 patients with lesion of the scalp (psoriasis, seborrheic dermatitis) resulted in clinical cure of 92.7 % patients. No side effects and toxic-allergic reactions were observed in patients.

Conclusions. High therapeutic efficacy and safety of «Belosalic» 50 ml lotion 50 ml and in a bottle of a much larger volume compared with similar drugs indicates its greater advantage to patients. This drug can be recommended for general use.

Key words: scalp, psoriasis, seborrheic dermatitis, hyperkeratosis, betametazon, «Belosalic», «Diprosalic». □

Дані про авторів:

Іванов Сергій Володимирович, к. мед. н., доцент кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Степаненко Віктор Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

01023, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1