

Л.Д. Калюжна¹, Л.В. Гречанська¹, Н.В. Турик², А.М. Бойчук², А.А. Макхамова²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

²Київська міська клінічна шкірно-венерологічна лікарня

Нові можливості зовнішньої нестероїдної терапії псоріазу волоссяної частини голови

У статті представлені дані клінічного спостереження за пацієнтами з псоріазом волоссяної частини голови з використанням препарату «Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови». Показано високу клінічну ефективність і переносимість препарату, що дозволяє рекомендувати його для тривалої негормональної терапії при псоріазі волоссяної частини голови.

Ключові слова

Псоріаз, волоссяна частина голови, місцеве лікування, індекс PSSI.

Псоріаз — один із поширених хронічних дерматозів, на який хворіє 2–3% населення земної кулі. За сучасними даними, він характеризується гіперпроліферацією епідермісу та стадійністю перебігу. Хоча причину псоріазу досі не встановлено, вважають, що він виникає внаслідок низки мутацій генів, що відповідають за запалення та надлишкову продукцію епідермальних клітин [10].

Однією з частих форм хвороби є псоріаз волоссяної частини голови. Від нього потерпає понад половина хворих на псоріаз.

Діагноз псоріазу шкіри волоссяної частини голови зазвичай не складний, його встановлюють лише на підставі клінічного обстеження за характерними добре розмежованими яскраво-червоними бляшками, вкритими сріблясто-білими лусочками [13].

Локалізація псоріазу волоссяної частини голови може бути обмеженою або поширеною, з ураженням усієї шкіри волоссяної ділянки та виходом за межі лінії росту волосся на лоб, потилицю й навколо вušних раковин [13].

Оцінка тяжкості захворювання і впливу на пацієнта має фундаментальне значення для надання кваліфікованої медичної допомоги та об'єктивного визначення наслідків лікування [1].

Зазвичай дерматологічна патологія не впливає на тривалість життя, але негативно позначається на його якості. Попри доступність широкого арсеналу препаратів, більшість пацієнтів не

задоволені ефективністю лікування. Шкірні хвороби формують відчуття неповноцінності, при цьому в понад 5% хворих спостерігається депресія та виникають суїцидальні ідеї [3]. Оскільки локалізація псоріазу на шкірі волоссяної частини голови помітніша для оточення, ніж при ураженні інших ділянок, негативний вплив на якість життя посилюється, і хворі потребують швидкого та дієвого лікування.

Проблема раціональної терапії хронічних дерматозів, зокрема й псоріазу, актуальна внаслідок збільшення кількості хворих з тяжкими, резистентними до лікування формами патології, браком ефективних методів, що сприяють повному одужанню [3, 14]. Особливо це стосується пацієнтів із проявами на волоссяній частині голови, які неможливо приховати від стороннього ока.

Зовнішня терапія є обов'язковою й важливою складовою комплексного лікування хворих на псоріаз, проводять її з урахуванням стадії недуги, ступеня ураження, клінічних проявів та локалізації осередків [4, 6]. При ураженні лише волоссяної частини голови препарати системної терапії зазвичай не застосовують.

Лікування псоріазу волоссяної частини голови залежить від того, самостійне це захворювання чи одна із ознак поширеної форми псоріазу. Потрібно враховувати також тяжкість перебігу [18].

Нині для лікування більшості хворих на псоріаз переважно використовують топічні глюкокортикостероїди з огляду на швидкий початок

терапевтичного ефекту та їхню високу протизапальну активність. Під впливом топічних глюкокортикостероїдів швидко регресує висип, але коли не дотримуються режиму застосування (вік, кратність нанесення, неадекватна кількість препарату, тривалість терапії), можливі рецидиви та ускладнення [4, 6, 16].

Використання сильнодіючих або дуже потужних кортикостероїдів безперервно, а також/або для лікування поширеного псоріазу (наприклад, більше 10 % площі поверхні тіла) може призвести до незворотної атрофії шкіри, розвитку ускладнених форм захворювання (в т. ч. псоріатичної еритродермії), виникнення системних побічних ефектів. Крім того, обличчя, поверхня згинів і статеві органи особливо уразливі щодо атрофії шкіри під дією стероїдів. Тому кортикостероїди слід використовувати тільки для короткочасного лікування (1–2 тиж на місяць) [4, 6, 18].

Препарати зовнішньої терапії в тій чи іншій лікарській формі призначають практично кожному хворому на псоріаз. Місцеві методи є основою лікування в разі легкої форми псоріазу. Пацієнти з тяжкими формами псоріазу часто використовують місцеві методи лікування (принаймні для окремих ділянок тіла). Основні групи місцевих засобів лікування псоріазу — пом'якшувальні, вітамін D і його аналоги, місцеві кортикостероїди (зокрема комбіновані), препарати дьогтю, дитранол і тазаротен (місцеві ретиноїди) [18].

Основними нестероїдними лікарськими засобами для зовнішньої терапії псоріазу волосяної частини голови є дьоготь та саліцилова кислота, які застосовують у разі легкої форми захворювання. Їх незручно використовувати, бо мають специфічний запах, колір та інші специфічні властивості, тобто не пристосовані для застосування в ділянці волосяної частини голови [13].

Важливе значення для нормальної життєдіяльності клітин шкіри має електролітний обмін, за якого електроліти містяться в клітинах та міжклітинному просторі. Активний транспорт іонів Na^+ та K^+ має винятково фізіологічне значення, оскільки градієнт цих іонів регулює об'єм клітини, забезпечує електричну збудливість нервових та м'язових волокон, що є рушійною силою для транспорту глюкози і амінокислот. У разі альтерації вміст води та натрію в шкірі збільшується, а кількість калію, якого багато в дермі, зменшується. Він виходить за межі клітин та швидко дифундує з міжклітинного простору, що призводить до збільшення концентрації калію в крові [5, 7, 8].

Механізм регулювання гомеостазу шкірного бар'єра докорінно не вивчений. Припускають,

що іонні сигнали, такі як кальцієві та калієві потоки, відіграють у цих процесах важливу роль. У нормі кальцій у високій концентрації локалізується в зернистому шарі, а калію більше в шипуватому. Ключову роль у різних біологічних процесах (підтримання цілісності та проникності цитоплазматичних мембран, запуск процесів проліферації та диференціювання клітин, активізація синтезу простагландинів, а також стимулювання синтезу ліпідів) виконує іонізований кальцій. Одна із головних біохімічних реакцій в організмі — фосфорилювання — каталізується кіназами, для нормальної активності яких потрібен магній, який є внутрішньоклітинним катіоном. При шкірних захворюваннях, що супроводжуються порушенням бар'єрної функції (атопічний дерматит, екзема, псоріаз) іонний профіль шкіри змінюється. Механічне пошкодження її може призвести до втрати кальцію клітиною та спровокувати стресорну реакцію. Таким чином, кальцій та інші іони можуть відігравати роль вторинних месенджерів, які сигналізують про зміни в шкірі [7, 17].

Епідерміс хворих на хронічні дерматози з порушенням кератинізації вирізняється зменшенням продукції поверхневих ліпідів, порушеннями в системі «ліпіди—вода—кератиноцит», що призводить до надлишкової трансепідермальної втрати води та порушення бар'єрно-захисних властивостей шкіри й проявляється сухістю шкіри, відчуттям стягнутості та свербіжжю [2, 4, 9]. Збільшення рівня рН на поверхні шкіри негативно впливає на відтворення ліпідів [17].

За останніх 5–10 років значно розширився арсенал зовнішніх засобів, отож дерматолог може підібрати оптимальну для кожного пацієнта програму лікувально-відновного та базисного контролю за станом шкіри з урахуванням ефективності, безпеки, зручності в застосуванні та фармакоекономічних аспектів. Альтернативою глюкокортикостероїдній зовнішній терапії є застосування зовнішніх засобів, до складу яких входять індиферентні, редуруючі та протизапальні компоненти нестероїдної природи [10, 15].

З 2009 р. застосовують методику лікування імуноасоційованих захворювань шкіри, в основі якої лежить біофізичний вплив. На її базі було створено лінійку засобів «Дермалекс», первинний біофізичний вплив якої забезпечує: а) зволожувальний ефект; б) створення від'ємного електричного потенціалу шкіри; в) іонне середовище, що стимулює процеси репарації шкірного бар'єра; г) створення шару, що захищає шкіру від втрати вологи та ушкоджень бактеріальними токсинами і алергенами.

Фармакологічна дія препарату «Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови» пов'язана з активізацією відновлення епідермального бар'єра при псоріазі волосяної частини голови. Зменшує симптоми псоріазу шляхом нормалізації процесів поділу та дозрівання клітин шкіри. Стимулює відновлення захисного бар'єра шкіри голови, активізуючи власні захисні механізми, зміцнює бар'єр, утворюючи захисну плівку, та запобігає втраті вологи.

«Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови» можна застосовувати як монотерапію, а також разом із такими фізіотерапевтичними методами, як УФО та водолікування, іншими фармацевтичними засобами для збільшення ефекту та/або підтримання результатів, досягнутих за допомогою цієї терапії.

До його складу входить комплекс модифікованих алюмосилікатів та основоземельних мінералів (магнію і кальцію хлорид).

Активізуються власні процеси репарації шкірного бар'єра та усуваються клінічні прояви за допомогою «Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови». Алюмосилікати шляхом іонного обміну та генерації вільних електронів створюють на поверхні шкіри від'ємний електричний заряд (NEC – Negativ Electric Potencial). Під впливом NEC стимулюється активна регенерація епідермального бар'єра, посилюється викид ліпідів ламелярними тільцями клітин зернистого шару та нейтралізується дія вільних радикалів. Від'ємний заряд також забезпечує доставку магнію та кальцію до клітин нижніх шарів епідермісу. Іони магнію регулюють проліферацію кератиноцитів і фібробластів, інгібують презентацію антигена макрофагами, що перериває каскад запальних реакцій. Іони кальцію посилюють екзоцитоз ламелярних гранул, стабілізують мембрани опасистих клітин, зменшують гіперчутливість нервових волокон та посилюють термінальне диференціювання рогового шару. Алюмосилікати забезпечують також пасивне створення шкірного бар'єра [1, 12].

Механізм дії «Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови» визначається дією комплексу акселератора репарації шкірного бар'єра. Він зменшує прояви псоріазу завдяки сповільненню процесу надмірного продукування клітин шкіри та пролонгації періоду дозрівання кератиноцитів. Під дією комплексу активізуються власні механізми відновлення шкірного бар'єра та формується додатковий захисний бар'єр, що також запобігає втраті води [11, 12].

«Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови» розроблено для зменшення інтенсивності симптомів псоріазу волосистої частини голови низь-

кого та середнього ступеня тяжкості. Ефективність та безпечність цього засобу доведено результатами клінічного дослідження, проведеного в Німеччині в Клініці дерматології та лікування псоріазу за участю 31 хворого на псоріаз волосяної частини голови. Препарат наносили двічі на добу протягом 6 тиж. У всіх пацієнтів досягнуто позитивних результатів без побічних ефектів, крім відчуття легкого печіння [1, 14].

Мета роботи – визначення ефективності засобу «Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови» при псоріазі волосяної частини голови.

Матеріали та методи

Засіб «Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови» призначали хворим на псоріаз, котрі перебували на стаціонарному лікуванні в Київській міській клінічній шкірно-венерологічній лікарні. У дослідженні взяли участь 30 хворих на псоріаз віком від 20 до 77 років. Тривалість перебігу захворювання становила від 2 до 50 років. У 28 хворих псоріаз мав поширений характер, зокрема і з локалізацією на волосяній частині голови, у 2 хворих – обмежена форма з локалізацією лише на шкірі волосяної частини голови.

«Дермалекс Псоріаз гель для шкіри голови» призначали всім хворим на псоріаз з локалізацією на шкірі волосяної частини голови для зовнішньої терапії двічі на добу на тлі комплексного лікування (десенсибілізуючі, протизапальні засоби, вітаміни, гепатопротектори), крім того, застосовували бальнео- та фототерапію.

У всіх хворих визначали тяжкість перебігу хвороби. Тяжкість ураження псоріазом волосяної частини голови оцінювали за допомогою індексу PSSI, який є модифікованим індексом PASI, котрий враховує клінічні симптоми тільки в згаданій ділянці. За шкалою визначають бал таких параметрів, як еритема, лущення та інфільтрація, а також ступінь ураження в ділянці волосяної частини голови. Індекс PSSI підраховували до початку лікування. Контролювали ефективність лікування на 10–14-ту добу застосування гелю. Через 3–4 тиж повторно підраховували індекс PSSI, та на підставі цих даних оцінювали ефективність терапії. Лікувальним ефектом вважали повне зникнення виявів хвороби або зменшення індексу PSSI на 50% і більше.

Для аналізу суб'єктивного психосоціального стану пацієнтів застосовували опитувальник «Дерматологічний індекс якості життя» (DLQI). Його розраховують шляхом додавання балів кожного питання, внаслідок чого можна набрати максимум 30 і мінімум 0 балів. Що вища оцінка, то більше погіршується якість життя. На почат-

Таблиця 1. Динаміка зменшення індексу PSSI, бал

Візит	Середні значення
1-й (до лікування)	4,81 ± 0,01
2-й (10–14-та доба лікування)	2,37 ± 0,02
3-й (3–4-й тиждень лікування)	1,08 ± 0,04*

Примітка. *p < 0,05.

Таблиця 2. Динаміка показників параметрів шкіри

Візит	Гідратація	Еластичність	pH
1-й (до лікування)	21,8 ± 0,25	48,3 ± 0,03	4,6 ± 0,03
2-й (10–14-та доба лікування)	35,8 ± 0,03	48,3 ± 0,03	4,5 ± 0,03
3-й візит (3–4-й тиждень лікування)	48,4 ± 0,03	48,4 ± 0,03	4,3 ± 0,03

Примітка. *p < 0,05.

ку лікування цей показник становив від 4 до 10 балів (у середньому 4,77), що відповідає від помірного до дуже великого впливу.

Крім того, до та наприкінці лікування (3–4-й тиждень) на апараті комплексної діагностики шкіри Soft Plus визначали такі показники, як гідратація, еластичність, pH.

Результати та обговорення

Отримані нами результати лікування хворих на псоріаз з локалізацією на волосяній частині голови свідчать про високу клінічну ефективність «Дермалекс Псоріаз гелю для шкіри голови» та хорошу його переносність. Починаючи з 10–14-ї доби застосування гелю, зменшувалися такі клінічні симптоми, як інфільтрація, лущення та еритема.

Зменшився індекс PSSI на 50% на 10–14-ту добу застосування згаданого засобу у 11 (36,7%) хворих та на 75% у 5 (16,7%). Тобто у 16 (53,4%) хворих поліпшилася клінічна картина вже на 2-му тижні лікування. На 3–4-й тиждень симптоми зменшувалися або зникали взагалі. Індекс PSSI на 50% зменшився у 8 (26,7%) та на 75% у 21 (70%) хворого, тобто значно поліпшилася клінічна картина у 29 (96,7%) пацієнтів.

Список літератури

1. Клінічні дослідження засобу медичного призначення «Дермалекс Псоріаз» у терапії бляшкового псоріазу // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2015. – № 4 (59). – С. 10–17.
2. Короткий Н.Г., Гамаюнов Б.Н. Причини сухости кожи

Індекс PSSI у всіх пацієнтів до початку лікування коливався від 3,6 до 7,2 бала. Середнє його значення до початку лікування становило (4,81 ± 0,01) бала. На 10–14-ту добу він коливався від 1,8 до 3,5 бала, в середньому (2,37 ± 0,02) бала. На 3–4-й тиждень лікування індекс PSSI дорівнював 0,6–1,8 бала, в середньому (1,08 ± 0,04) бала (табл. 1).

Індекс якості життя до лікування коливався в межах від 4 до 10 балів (у середньому (4,77 ± 0,05) бала), після лікування – від 0 до 5 (в середньому (1,5 ± 0,02) бала), тобто був значно нижчим, ніж на початку лікування. У процесі лікування показник якості життя поліпшився на 68,5%, що свідчить про високий позитивний вплив терапії на якість життя пацієнтів.

Середній показник pH до лікування у хворих коливався від 4,4 до 4,8 і становив у середньому 4,6 ± 0,03, під час лікування зменшився до 4,5 ± 0,03 у середньому, а після лікування його середнє значення становило 4,3 ± 0,03.

Гідратація шкіри до лікування коливалася від 10 до 30 (21,8 ± 0,25 у середньому) та почала зростати на 10–14-ту добу застосування крему і становила в середньому 35,8 ± 0,03, а після застосування препарату в середньому збільшилася до 48,8 ± 0,03.

Показник еластичності шкіри не змінився, він був майже однаковим до та після лікування – 48,3 ± 0,03 та 48,4 ± 0,03 відповідно (табл. 2).

Жоден із пацієнтів не скаржився на побічні реакції, хоча відчуття печіння та незначного поколювання спостерігалось в усіх хворих у перші дні застосування препарату. Ніхто не припинив використання препарату. Алергійних реакцій не виявлено.

Таким чином, «Дермалекс Псоріаз гелю для шкіри голови» при псоріазі волосяної частини голови засвідчив високу клінічну ефективність та хорошу переносність усіма хворими. Так, індекс PSSI знизився на 53,4% на 2-му тижні лікування та на 96,7% на 3–4-му відносно початкових даних. Наприкінці лікування підвищилася якість життя на 68,5% та поліпшилася гідратація на 55%. Засіб можна рекомендувати для тривалої негормональної терапії. Він знижує потребу в топічних кортикостероїдах, його можна використовувати самостійно або в етапному лікуванні псоріазу.

и лечебно-косметический уход за ней // Клини. дерматол. и венерол. – 2006. – № 4. – С. 98–101.

3. Корсунская И.М., Жаворонкова Е.В., Дворянкова Е.В. и др. Реабилитация кожи у пациентов с хроническими дерматозами // Клини. дерматол. и венерол. – 2006. – № 4. – С. 70–72.
4. Монахов К.Н., Хобейш М.М., Соколовский Е.В. Совре-

- менные аспекты наружной терапии псориаза // Клин. дерматол. и венерол. — 2006. — № 2. — С. 47–50.
5. Мяделец О.Д., Адаскевич В.П. Морфофункциональная дерматология. — М.: Медлит, 2006. — 752 с.
 6. Bikowski J. The use of therapeutic moisturizers in various dermatologic disorders // *Cutis*. — 2001. — Vol. 68 (Suppl. 5). — P. 3–11.
 7. Denda M., Fuziwara S., Ogawa K. et al. Barium sulphate with a negative Zeta potential accelerates skin permeability barrier recovery and prevents epidermal hyperplasia induced by barrier disruption // *British J. Dermatol.* — 2004. — Vol. 151. — P. 557–564.
 8. Denda M., Kumazawa N. Negative Electric Potential Induces Alteration of Ion Gradient and Lamellar Body Secretion in the Epidermis ... // *J. Inv. Dermatol.* — 2002. — Vol. 118 (1). — P. 65–72.
 9. Enda M.D. Skin barrier function as a self organization system // *Review Forma*. — 2000. — Vol. 15, N 3. — P. 227–232.
 10. Elias P.M., Wood L.C., Feingold K.R. Review Epidermal pathogenesis of inflammatory dermatoses // *Am. J. Cont. Derm.* — 1999. — Vol. 10 (3). — P. 119–126.
 11. Ferran M., Giménez-Arnau A.M., Bellosillo B. et al. Effector function of CLA(+) T lymphocytes on autologous keratinocytes in psoriasis // *Actas. Dermosifiliogr.* — 2008. — Vol. 99. — P. 701–707.
 12. Li X., Fan X., Zhang K. et al. Influence of psoriatic peripheral blood CD4⁺ T and CD8⁺ T lymphocytes on C-myc, Bcl-xL and Ki67 gene expression in keratinocytes // *Eur. J. Dermatol.* — 2007. — Vol. 17. — P. 392–396.
 13. Mild-to-moderate psoriasis / Ed. by John Y.M. Koo, Chai Sue Lee, Mark G. Lebwohi. — 2nd ed. — Informa Healthcare USA. — 2009. — 254 p.
 14. Promising multi center clinical observation of new treatment for mild to moderate contact eczema, using a new Medical Device product — Exmafin (Dermalex) — based on active and passive barrier mechanism; Budapest Gyor, Hungary, Jan Dec 2009, Moklos Kleszky, Zsuzsanna Kiss.
 15. Ockenfels H.M. Trigger factors for psoriasis // *Hautarzt*. — 2003. — Vol. 54. — P. 215–223.
 16. Richards H.L., Fortune D.G., Griffiths C.E. Adherence to treatment in patients with psoriasis // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* — 2006. — Vol. 20. — P. 370–9.
 17. Wood L.C. et al. Occlusion lowers cytokine mRNA levels in essential fatty acid-deficient and normal mouse epidermis, but not after acute barrier disruption // *J. Inv. Dermatol.* — 1994. — Vol. 103. — P. 834–838.
 18. Zaghoul S.S., Goodfield M.J. Objective assessment of compliance with psoriasis treatment // *Arch. Dermatol.* — 2004. — Vol. 140. — P. 408–414.

Л.Д. Калюжная¹, Л.В. Гречанская¹, Н.В. Турик², А.М. Бойчук², А.А. Макхамова²

¹ *Національна медична академія післядипломного освіти імені П.Л. Шупика, Київ*

² *Київська міська клінічна шкірно-венерологічна лікарня*

Новые возможности наружной нестероидной терапии псориаза волосистой части головы

В статье представлены данные клинического наблюдения за пациентами с псориазом волосистой части головы с использованием препарата «Дермалекс Псориаз гель для кожи головы». Показано высокую клиническую эффективность и переносимость препарата, что позволяет рекомендовать его для длительной негормональной терапии при псориазе волосистой части головы.

Ключевые слова: псориаз, волосистая часть головы, наружное лечение, индекс PSSI.

L.D. Kalyuzhna¹, L.V. Grechanska¹, N.V. Turik², A.M. Boychuk², A.A. Makhamova²

¹ *P.L. Shuryk National Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv*

² *Kyiv City Clinical Skin and Venereal Diseases Hospital*

New opportunities of external therapy of scalp psoriasis

The article presents data of clinical observations of patients with scalp psoriasis who were treated by medication «Dermalex Scalp Psoriasis gel» as external therapy. It showed high clinical efficacy and good tolerability that allows recommending it for longterm nonhormonal treatment of scalp psoriasis.

Key words: psoriasis, scalp, external treatment, index PSSI. □

Дані про авторів:

Калюжна Лідія Денисівна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

04295, м. Київ, вул. Богатирська, 32. Тел. (044) 413-53-52. E-mail: derma-nmapo@ukr.net

Гречанська Лариса Василівна, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Турик Ніна Василівна, гол. лікар Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні

Бойчук Андрій Михайлович, заст. гол. лікаря з медичної роботи Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні

Макхамова Аліна Аліївна, зав. дерматологічного відділення для дорослих № 1 Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні