

Эффективность и переносимость препарата «Белосалик лосьон» в комплексном лечении больных псориазом с поражением волосистой части головы

Дюдюн А. Д.[†], Полион Н. Н.[†], Горбунцов В. В.[†],
Колева Н. Н.[†], Али Л. Х.[†], Молокова В. И.[‡]

[†]ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

[‡]КЗ «Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер»
Днепропетровского областного совета»

Поражение волосистой части головы встречается у 80–90 % больных псориазом и существенным образом влияет на социальную адаптацию и качество жизни пациентов. Показана высокая эффективность, хорошая переносимость и удобство применения «Белосалик лосьон» в комплексном лечении 72 больных псориазом с поражением волосистой части головы.

Ключевые слова: псориаз, волосистая часть головы, лечение, «Белосалик лосьон», качество жизни.

Псориаз – это хроническое заболевание мультифакторной природы, характеризующееся рецидивирующим течением; оно нередко сопряжено с сезонностью, стрессами, инфекционными и аллергическими заболеваниями. Псориаз – заболевание, известное с давних времен, и является весьма распространенным заболеванием кожи. Ещё в глубокой древности было известно заболевание, характеризующееся шелушением кожи. Во времена Гиппократы была введена дерматологическая терминология, сохранившаяся до настоящего времени; некоторые из терминов имели групповое значение. Так, термином «псориаз» объединяли заболевания, сопровождающиеся бугристостью, образованием чешуи и пятен, ороговением; каждый из этих терминов имел свои особенности. Например, термин «лепра» использовался при определении группы заболеваний, проявляющихся утолщением кожи, её шелушением и зудом, что только косвенно в нашем сегодняшнем понятии говорит о псориазе. Термином «псора» (родоначальник названия болезни – псориаз) называлась группа заболеваний кожи, для которых характерно шелушение, сухость и зуд; именно в таком смысле этот термин использовали Геродот и Платон. В начале нашей эры известный

греческий врач Клавдий Гален первым применил термин «псориаз» для обозначения чешуйчатых изменений кожи с сильным зудом; однако клинически это заболевание мало напоминало нынешние проявления псориаза.

И лишь в начале XIX века английский врач Уиллэн и его ученики чётко изложили понятие о псориазе, как болезни, его проявлениях, осложнениях и отличии от лепры, грибковых заболеваний, выделив обычное и необычное течение патологического процесса. В последующем учёные разных стран – Ф. Гебра, Г. Кёбнер, А. Полотеннов и др. описали связь заболевания с состоянием внутренних органов и нервной системы.

В дальнейшем отечественная дерматология обогатилась новыми сведениями о сущности болезни, в частности, об обменных нарушениях, иммунологических сдвигах в организме, возможности генетической предрасположенности к заболеванию. Эти и другие факты позволяют говорить о псориазе, как о системном заболевании.

Распространённость псориаза в различных странах колеблется от 0,1 до 3 %. Однако эти цифры отражают лишь относительный удельный вес псориаза по сравнению с другими дерматозами, поскольку клинические проявления болезни часто носят ограниченный, локализованный

характер; на них больные обычно не обращают особого внимания, не обращаются за специализированной медицинской помощью и нигде не регистрируются. Ежегодно отмечается рост заболевания в разных возрастных категориях, причём дебют приходится преимущественно на молодые годы, а рецидивы заболевания наблюдаются на протяжении всей жизни [2, 5, 6, 8].

Псориаз встречается примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. У большинства пациентов заболевание начинает развиваться до 30 лет. У многих больных псориазом отмечается связь возникновения и обострений заболевания с временем года: чаще обострение заболевания происходит в холодный период (осенне-зимний тип), гораздо реже – летом (весенне-летний тип) либо бывает не связанным со временем года (недифференцированный тип). В дальнейшем эта зависимость может меняться [3, 11, 12].

Причина возникновения и развития псориаза остается неясной. Несмотря на огромное количество предлагаемых гипотез возникновения заболевания, ни одна из них не является общепризнанной. Достаточно четко установлена лишь роль генетической предрасположенности к возникновению заболевания; в подтверждение генетического фактора указывает высокий показатель отягощенного семейного анамнеза больных псориазом. Имеются указания на связь псориаза с антигенами *HLA*-системы – *B13, B15, B16, B17, B27, B39, Dw11, DRW6, DR7, A1* [5, 6].

Основным патогенетическим компонентом, участвующим в формировании кожных проявлений псориаза, является повышенная митотическая активность, приводящая к ускоренной пролиферации клеток эпидермиса. Проллиферативные явления способствуют «выталкиванию» нижним слоем клеток вышележащих клеток, не давая им пройти все стадии ороговения. В роговом слое эпидермиса этот процесс носит название паракератоза и сопровождается обильным шелушением. Проллиферативные явления шиповатого слоя у больных псориазом приводят к развитию межсосочкового акантоза [7, 11].

Большое значение в развитии псориазных поражений в коже играют местные сложные иммунопатологические процессы, связанные с взаимодействием цитокинов – фактора некроза опухоли, интерферонов, интерлейкинов, а также различных субпопуляций лимфоцитов.

Пусковым моментом возникновения болезни часто являются стрессовые состояния, на что в анамнезе указывает большинство больных. Сре-

ди триггерных факторов, влияющих на возникновение и развитие псориаза, можно выделить:

- физические, механические и химические травмы кожи;
- нерациональное применение медикаментов;
- злоупотребление алкоголем, наркоманию;
- инфекционные заболевания.

Следует указать также на частое наличие коморбидных состояний, таких как гиперлипидемии, ожирение, сахарный диабет, при которых псориазные проявления представляют собой итог длительного воспалительного процесса, сопровождающегося развитием сложных иммунопатологических и метаболических нарушений, связанных с усиленной деструкцией тканей и неконтролируемой эпидермальной пролиферацией [2, 5, 6].

Общепринятая классификация псориаза отсутствует. Традиционно, наряду с обычным вульгарным псориазом, выделяют такие его формы:

- эксфолиативная;
- артропатическая;
- пустулезная;
- экссудативная;
- интритригинозная;
- ладонно-подошвенная.

В подавляющем числе случаев при псориазе поражаются ногтевые пластинки. Наиболее патогномичным проявлением считается появление на ногтевых пластинках точечных вдавлений, придающих ногтевой пластинке сходство с наперстком; также могут отмечаться [1, 5, 7]:

- расслоение;
- ломкость края;
- изменение окраски;
- поперечные и продольные борозды;
- деформации, утолщение ногтевых пластинок.

Обычный псориаз клинически проявляется образованием плоских папул, четко отграниченных от здоровой кожи. Папулы розовато-красного цвета, покрыты рыхлыми серебристо-белыми чешуйками. С диагностической точки зрения интересна группа признаков (называемых псориазической триадой), возникающих при поскабливании папул.

Для псориазных папул характерна склонность к периферическому росту и слиянию в бляшки различных размеров и очертаний. Бляшки могут быть изолированными, небольшими или крупными, занимающими обширные участки кожных покровов. В течение псориаза различают 3 стадии:

- прогрессирующую;
- стационарную;

- регрессирующую.

Высыпания могут располагаться на любом участке кожного покрова, но преимущественно локализуются на коже коленных и локтевых суставов и волосистой части головы, с поражения которой очень часто заболевание начинается.

Неопределенным прогноз остается в отношении продолжительности заболевания, длительности ремиссии и обострений. Высыпания могут существовать длительно, многие годы, но чаще обострения чередуются с периодами улучшения и клинического выздоровления. У значительной части больных, в особенности, не получающих интенсивную системную терапию, возможны многолетние, самопроизвольные периоды клинического выздоровления [2, 3, 6, 11, 12].

Лечение больных псориазом – одна из сложных терапевтических проблем. Во многих случаях она может быть успешно решена, т. к. имеется целый ряд методов терапевтического воздействия. Но, к сожалению, все они дают лишь временный эффект, хотя и не исключают возможность ремиссии разной длительности со значительным улучшением качества жизни больных. Большое значение при лечении имеют мотивация пациента, семейные обстоятельства, социальное положение, образ жизни и др. [3, 6, 7].

Исходя из сложных и не всегда ясных причин и особенностей развития псориаза, в каждом конкретном случае назначается лечение, которое направлено на то, чтобы снизить частоту рецидивов и максимально продлить клиническое выздоровление пациента.

Нерациональное лечение, самолечение, обращение к «целителям» ухудшают течение болезни, приводят к обострению и распространению кожных высыпаний.

Сегодня существует большое количество методов лечения больных псориазом, в терапии больных псориазом используется большое количество методик с применением различных препаратов. Но всё это лишь указывает на то, что ни один из существующих методов лечения больных псориазом не дает гарантировано большого эффекта проводимой терапии и не позволяет вылечить больных окончательно. Более того, вопрос об излечении и не ставится, а существующая современная терапия в состоянии лишь свести к минимуму клинические проявления заболевания, не затрагивая многие, не известные на сегодня, патогенетические факторы [6, 14, 15].

Лечение псориаза проводится с учетом:

- формы, стадии заболевания;

- степени распространенности высыпаний;
- общего состояния организма.

Как правило, лечение комплексное, предусматривающее сочетание наружных и системных препаратов. Способы лечения можно разделить на следующие направления:

- наружная терапия;
- системная терапия;
- физиотерапия;
- климатотерапия;
- нетрадиционные и народные методы.

Наружная терапия имеет при лечении больных псориазом важнейшее значение. В лёгких случаях заболевания, лечение начинают с местного лечения и ограничиваются им. Как правило, препараты для местного лечения реже оказывают какие-либо побочные действия и хорошо переносятся [4, 12-15]. В прогрессирующей стадии наружное лечение проводят с большой осторожностью, чтобы не вызвать обострения клинических проявлений.

Негативное влияние на психику человека оказывают клинические проявления псориаза; особенно психологически тяжело переносятся клинические проявления псориаза с локализацией на волосистой части головы и видимых частях тела. Субъективные ощущения, гиперемия, шелушение в очаге поражения раздражают пациентов и принуждают их нервничать. Клинические проявления псориаза существенным образом отражаются на внешнем виде больного, а вид очагов поражения зачастую вызывает неприязненные взгляды окружающих лиц. Страдает самооценка человека и социальная адаптация больного, испытывающего постоянный дискомфорт от наличия псориатических высыпаний; всё это существенно влияет на качество жизни больного [7, 9, 11, 12, 15].

В современных условиях при выборе способа терапии или назначения конкретного препарата врач должен руководствоваться официальными протоколами и формулярами, разработанными руководящими органами здравоохранения.

Согласно последним клиническим рекомендациям Европейской ассоциации дерматовенерологов по наружной терапии больных псориазом с клиническими проявлениями на волосистой части головы, к препаратам первой линии относятся топические глюкокортикостероиды (ГКС) в комбинации с салициловой кислотой в виде лосьонов. Современные требования к препаратам для лечения больных псориазом с поражением волосистой части головы, содержащим

топические ГКС в комбинации с салициловой кислотой, включают высокую эффективность, безопасность и удобство в применении [1, 2, 10, 12-15]. Всем перечисленным свойствам отвечает препарат «Белосалик».

«Белосалик» выпускается в виде лосьона во флаконе 50 мл, а также в виде мази – 30 г.

Цель работы – изучить эффективность, переносимость и удобство в применении «Белосалик лосьона» 50 мл в комплексном лечении больных псориазом с поражением волосистой части головы.

Материалы и методы исследования. Среди 79 наблюдаемых нами больных псориазом, волосистая часть головы была поражена у 72 (91 %) больных (27 женщин и 45 мужчин в возрасте от 25 до 67 лет); эти больные распределились следующим образом:

- по семейному статусу:
 - 1) состояли в браке – 56 (78 %) больных;
 - 2) не были в браке, связывая это со своим заболеванием, – 12 (17 %);
 - 3) были разведены – четверо (5 %) больных;
- по социальному положению:
 - 1) служащие – 8 (11 %);
 - 2) рабочие – 25 (35 %);
 - 3) частные предприниматели – 6 (8 %);
 - 4) пенсионеры – 4 (6 %);
 - 5) неработающие – 29 (40 %).

Более 50 % наблюдаемых нами больных указали на то, что первые клинические проявления псориаза характеризовались появлением патологических высыпаний на волосистой части головы; при этом все наблюдаемые больные указали, что местное лечение псориазических высыпаний на волосистой части головы они не проводили или проводили нерегулярно и непродолжительное время. Не проведение или нерегулярное проведение лечения больные объясняли неудобством применения доступных лекарственных форм, указывая на то, что применение для местного лечения мазей и кремов приводило к чрезмерной жирности и склеиванию волос, изменению внешнего вида больных, усугубляя социальную дезадаптацию.

Всем 72 наблюдаемым больным с поражением волосистой части головы проводились исследования, предусмотренные действующими нормативными актами МЗ Украины, – физикальные и общие клинико-лабораторные исследования.

Учитывая клинические проявления псориазического процесса и ряд симптомов и феноменов, у наблюдаемых больных были определены следующие стадии процесса:

- прогрессирующая – у 58 (81 %) больных;
- стационарная – у 14 (19 %) больных.

Анамнестические данные позволили уста-

новить связь возникновения заболевания и появлений рецидивов патологического процесса с сезонами года:

- осенне-зимний тип псориаза был у 49 (68 %) больных;
- весенне-летний – у 12 (17 %);
- недифференцированный – у 11 (15 %) больных.

Все больные получали общепринятое лечение, которое включало назначение:

- седативных препаратов;
- гепатопротекторов;
- поливитаминных комплексов в сочетании с микроэлементами;
- нестероидных противовоспалительных препаратов;
- биостимуляторов;
- адаптогенов;
- кортикостероидных гормонов.

Местное лечение включало применение средств со смягчающим и увлажняющим эффектом, препаратов салициловой кислоты, мочевины, дегтя, топических глюкокортикостероидов – на кожу туловища и конечностей; аналогов витамина В; УФО; бальнеотерапию.

На волосистую часть головы всем больным рекомендовали нанесение «Белосалик лосьона» – 2 раза в сутки в течение трёх недель.

«Белосалик лосьон» 50 мл представлен комбинированным препаратом с противовоспалительным и кератолитическим действием для наружного применения. В состав препарата «Белосалик лосьон» входят:

- бетаметазона дипропионат;
- салициловая кислота;
- вспомогательные вещества.

Компоненты «Белосалик лосьон» оказывают следующее действие:

- бетаметазона дипропионат (относится к III классу сильных кортикостероидов по Европейской классификации):

1) оказывает выраженное противовоспалительное, иммуносупрессивное и антипролиферативное действие при незначительном минералокортикоидном эффекте;

2) снижает образование, высвобождение и активность химических медиаторов воспаления (кинина, гистамина, липосомальных ферментов, простагландинов);

3) ингибирует миграцию лейкоцитов и макрофагов к месту поражения, уменьшает вазодилатацию и повышенную проницаемость кровеносных сосудов этой области;

4) ингибирует III и IV типы реакций гиперчувствительности, блокируя при этом токсический эффект комплексов «антиген – антитело», которые концентрируются у стенок кровеносных сосудов, вызывая развитие

аллергического васкулита сосудов кожи;

5) ингибирует действие лимфокинов, клеток-«мишеней» и макрофагов, которые вызывают развитие реакций по типу аллергического контактного дерматита;

6) предотвращает доступ сенсибилизированных *T*-лимфоцитов и макрофагов к клеткам-«мишеням»;

- салициловая кислота:

1) оказывает кератолитическое действие;

2) облегчает более глубокое проникновение ГКС в кожу;

3) оказывает сквамолитическое, противомикробное и противогрибковое действие;

4) восстанавливает нормальное значение *pH* кожи.

При нанесении на здоровую, неповрежденную кожу бетаметазон проникает в кожу в незначительной степени. Повреждения кожи, наличие воспалительного процесса и применение с окклюзионной повязкой могут увеличить всасывание. Системная абсорбция после наружного применения составляет 12-14 %.

Бетаметазон биотрансформируется в печени. Метаболиты выводятся из организма преимущественно с мочой и в незначительном количестве – с желчью.

При наружном применении с окклюзионной повязкой C_{\max} салициловой кислоты в плазме достигается примерно через 5 часов. Большая часть салициловой кислоты выводится с мочой:

- в виде метаболитов:

1) салицил-мочевой кислоты – 52 %;

2) салицилат-глюкуроидов – 42 %;

- в неизменном виде – около 6 %.

Для предотвращения рецидивов при лечении хронических заболеваний следует продолжать применение препарата ещё некоторое время после исчезновения всех симптомов.

Особые указания – в случаях, если при первом применении «Белосалика» развиваются реакции повышенной чувствительности (зуд, жжение и покраснение), использование препарата следует немедленно прекратить.

Не следует применять препарат на коже век и периорбитальной области и допускать его попадания в глаза.

Не рекомендуется длительное применение на коже лица из-за возможного развития розацеа, периорального дерматита, атрофии кожи лица и акне.

Лосьон особенно удобен для применения на волосистой части головы и других волосистых участках кожных покровов; он легко распределяется по пораженному участку, не замасливает и не склеивает волосы, не сушит кожу, не оставляет видимых следов. Применять лосьон на волосистых участках кожного покрова не ре-

комендуют.

Может вызвать раздражение кожи применение одновременно с Белосаликом:

- косметических или дерматологических препаратов для терапии акне;

- этанол-содержащих препаратов для наружного применения;

- медицинского мыла с выраженным подсушивающим действием.

Результаты исследования и обсуждение.

Все наблюдаемые нами больные хорошо переносят проводимое лечение. Побочных реакций на применение препарата «Белосалик лосьон» во флаконе 50 мл, требующих отмены препарата или коррекции с назначением дополнительного лечения, во время проводимой терапии не наблюдалось.

Эффективность применения препарата «Белосалик лосьон» во флаконе 50 мл в комплексном лечении больных псориазом с поражением волосистой части головы была отмечена уже на первой неделе проводимой терапии. На 3-5-й день все больные указывали на исчезновение субъективных ощущений. Шелушение в псориазных очагах поражения волосистой части головы значительно уменьшалось на 2-3 день лечения, а полное очищение от чешуек наступало у наблюдаемых нами больных псориазом на 8-9 день проводимой терапии.

Воспалительные явления в виде гиперемии по периферии псориазных высыпаний начинали регрессировать у наблюдаемых нами больных на 2-3-й день проведения местной терапии, полная регрессия происходила к 12-14-у дню лечения. Снижение инфильтративного компонента в морфологических элементах псориазного процесса отмечено на 4-5 день применения препарата «Белосалик лосьон». Полное разрешение инфильтрации отмечено на 14-15 день лечения у 65 (90 %) наблюдаемых нами больных.

Такое быстрое достижение клинического эффекта обеспечивается удобностью точечного нанесения препарата под причёску и распределением препарата в очаге поражения, которое не приводит к склеиванию волос, не пачкает волосы и головной убор, что позволяет сохранять причёску и эстетичный вид, приводя к быстрому улучшению качества жизни пациентов.

Положительная динамика разрешения патологического процесса приводила также и к улучшению общего состояния наблюдаемых нами больных, что проявлялось в улучшении настроения, повышении работоспособности, увеличении периода ночного сна и социальной адаптации.

Резюмируя полученные результаты, можно с уверенностью утверждать, что выбор лекарственной формы препарата «Белосалик лосьон»

во флаконе 50 мл поможет врачу и пациенту добиться лучшего результата лечения, ускорить наступление ремиссии и вернуть пациентам

возможность вести привычный активный образ жизни и чувствовать себя комфортно дома, на работе, в обществе коллег и друзей.

Выводы

Анализ проведенного нами наблюдения позволяет рекомендовать врачам удобную и косметически привлекательную форму препарата «Белосалик лосьон», которая позволяет достичь высокого комплаенса пациентов, эффективно устранять основные симптомы псориаза волосистой части головы начиная со 2-3-го дня использования препарата, добиваться клинического улучшения и излечения на 12-14-й день терапии.

Клиническое наблюдение за эффективностью применения препарата «Белосалик лосьон» в комплексном лечении больных псориазом позволяет сделать следующее заключение.

1. Комбинированный препарат «Белосалик лосьон» обладает стандартным морбистатическим и кератолитическим действием.

2. Наличие бетаметазона в препарате «Белосалик лосьон» обеспечивает целый ряд потенциально благоприятных эффектов: противовоспалительное действие (сужение сосудов, разрешение воспалительного инфильтрата); эпидермостатическое (антигиперпластическое влияние на клетки эпидермиса); антиаллергическое; местное анальгезирующее действие (устранение зуда, жжения, болезненности, чувства стягивания).

3. Салициловая кислота, входящая в состав препарата «Белосалик лосьон», оказывает кератолитическое действие, облегчает более глубокое проникновение ГКС в кожу, оказывает также сквамолитическое, противомикробное и противогрибковое действие, а также восстанавливает нормальное значение *pH* кожи.

4. Наиболее выгодного соотношения «эффективность/безопасность» можно достичь при использовании комбинации бетаметазона и салициловой кислоты. Выраженный клинический эффект при применении этого препарата сочетается с высокой терапевтической эффективностью и хорошей переносимостью.

5. Учитывая высокую терапевтическую эффективность и хорошую переносимость препарата «Белосалик лосьон», простоту использования, возможность достаточно быстро снять клиническую симптоматику заболевания, отсутствие нежелательных косметических эффектов, а также доступность препарата для пациентов и значительный объем флакона – 50 мл, можно рекомендовать его для более широкого применения в лечении больных псориазом с поражением волосистой части головы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль Рамлаві Хішам Джаміль. Стан перекисного окиснення ліпідів та антиоксидантної системи у хворих із поширеним псоріазом / Аль Рамлаві Хішам Джаміль // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2006. – № 1. – С. 20-22.
2. Андрашко Ю. В. Современные подходы к этапной наружной терапии при псориазе / Ю. В. Андрашко, Б. В. Литвиненко // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2009. – № 1. – С. 16-19.
3. Андрашко Ю. В. Сучасний погляд на місце кератолітика в комплексному лікуванні псоріазу / Ю. В. Андрашко, І. Й. Шаркань // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2010. – № 3. – С. 42-46.
4. Анфілова М. Р. Дослідження залежності показників систем анти та прооксидантів при псоріазі від вікового чинника та корекція їх комплексним лікуванням / М. Р. Анфілова // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2007. – № 1. – С. 48-51.
5. Беляев Г. М. Псориаз. Псориагическая артропатия / Г. М. Беляев, П. П. Рыжко. – 3-е изд., доп. – М.: Медпресс-информ, 2005. – 272 с.
6. Беляев Г. М. Современный взгляд на проблему лечения больных псориазом / Г. М. Беляев // Дерматология та венерология. – 2009. – № 3 (45). – С. 7-15.
7. Бильдюк Е. В. Психосоциальная реабилитация – первый шаг к длительной ремиссии у больных псориазом / Е. В. Бильдюк, З. Ш. Гараева // Тез. науч. работ X Всероссийского съезда Дерматовенерологов. – Москва, 7-10 октября 2008. – С. 16.
8. Дюдюк А. Д. Оценка эффективности применения «Денебола» в комплексном лечении псориагической остеоартропатии / А. Д. Дюдюк, Н. Н. Полион, Н. И. Юцишин, Д. С. Зирка, Д. Г. Башмаков // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2005. – № 4. – С. 44-46.
9. Иванов О. Л. Новые подходы в наружной терапии псориаза: эффективность двухступенчатой схемы дайвобет + дайвонекс / О. Л. Иванов, А. Н. Львов // Рос. журн. кожн. и венерич. болезней. – 2005. – № 6. – С. 49-54.
10. Кешилева Р. К. Характер липидно-фосфолипидных нарушений у больных псориазом / Р. К. Кешилева, А. Б. Рахматов //

- Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2010. – № 2. – С. 51-56.
11. *Костинский Г. Б.* Лечение легкого и средне-тяжелого папулезно-бляшечного псориаза активированным пиритионом цинка («Скин-кап») и качество жизни пациентов / Г. Б. Костинский, А. А. Кубанов, Ф. И. Петровский // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2012. – № 3. – С. 49-52.
 12. *Малова И. О.* Псориаз волосистой части головы: современный подход к наружной терапии // Дерматовенерология и дерматокосметология. – 2012. – № 3. – С. 2-6.
 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.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРЕНОСИМІСТЬ ПРЕПАРАТУ «БЕЛОСАЛІК ЛОСЬЙОН» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ З УРАЖЕННЯМ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

Дюдюк А. Д., Поліон Н. М., Горбунцов В. В., Колева Н. М., Алі Л. Х., Молокова В. І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» КЗ «Дніпропетровський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради»

Ураження волосистої частини голови зустрічається у 80-90 % хворих на псориаз та істотним чином впливає на соціальну адаптацію та якість життя пацієнтів. Показано високу ефективність, добру переносимість та зручність у застосуванні «Белосалік лосьон» у комплексному лікуванні 72 хворих на псориаз з ураженням волосистої частини голови.

Ключові слова: псориаз, волосиста частина голови, лікування, «Белосалік лосьон», якість життя.

EFFICACY AND TOLERABILITY OF “BELOSALIC LOTION” IN COMPLEX TREATMENT OF PSORIATIC PATIENTS WITH THE SCALP LESION

Dyudyun A. D., Polion N. M., Gorbuntsov V. V., Koleva N. M., Ali L. H., Molokova V. I.

“Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine” SE “Dnipropetrovsk Regional Skin and Venereologic Dispensary” of Dnipropetrovsk Regional Council” ME

The scalp lesion, which occurs in 80-90 % of patients with psoriasis, has significant effect on the social adaptation and quality of life of the patients. The high efficiency, good tolerability and ease of using Belosalic lotion in treatment of 72 psoriatic patients with scalp lesion have been demonstrated.

Keywords: psoriasis, scalp lesion, treatment, “Belosalic lotion”, quality of life.

Дюдюк Анатолій Дмитрієвич – зав. кафедрою кожних і венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», д-р мед. наук, профессор.

Поліон Наталія Николаєвна – канд. мед. наук, ассистент кафедри кожних і венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Горбунцов Вячеслав Вячеславович – д-р мед. наук, профессор кафедри кожних і венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Колева Наталія Николаєвна – ассистент кафедри кожних і венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Али Лоай Хасан – аспирант кафедри кожних і венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Молокова Валентина Ивановна – зам. главного врача КЗ «Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер» Днепропетровского областного совета».

andd@ua.fm