

# Рациональная наружная терапия псориаза волосистой части головы

Ю.Н. Перламутров, К.Б. Ольховская

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»  
Минздрава России  
127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

Псориаз волосистой части головы обуславливает формирование выраженных косметических дефектов и отличается упорным течением. Терапия псориаза волосистой части головы с использованием лосьона Элоком способствует быстрому достижению выраженного клинического эффекта, а его последующее применение по интермиттирующей схеме предупреждает развитие рецидивов без формирования побочных явлений и нарушения функции коры надпочечников.

Ключевые слова: **псориаз волосистой части головы, лосьон Элоком, индекс PSSI, интермиттирующая схема, отсутствие рецидивов, безопасность.**

Контактная информация: olhovskaya\_kira@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2013; (4): 91—94.

# Rational external therapy of scalp psoriasis

Yu.N. Perlamutrov, K.B. Olkhovskaya

Moscow State University of Medicine and Dentistry Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
Delegatskaya str 20, bldg 1, Moscow, 127473, Russia

Scalp psoriasis results in evident cosmetic defects and is refractory to treatment. The therapy for scalp psoriasis using the Elocom lotion results in a prompt and evident clinical effect while its further intermittent application prevents relapses without the onset of adverse events and adrenal cortex dysfunction.

Key words: **scalp psoriasis, Elocom lotion, PSSI index, intermittent application, absence of relapses, safety.**

Corresponding author: olhovskaya\_kira@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2013; 4: 91—94.

■ Псориаз представляет собой важную медико-социальную проблему, значимость которой определяется неуклонным ростом заболеваемости дерматозом и его торпидным течением, что обуславливает необходимость проведения длительной терапии и постоянного ухода за кожей [1, 2].

Показано, что нарушение общего состояния больных при псориазе связано не только с высыпаниями на коже, но и с формированием выраженного косметического дефекта, что отражается на психосоциальной адаптации пациентов в семье, при учебе и на работе. Влияние заболевания на физическую и психическую активность сравнивается с уровнем стрессового воздействия при таких заболеваниях, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, артрит и злокачественные новообразования. Не удивительно, что у больных псориазом часто формируются депрессивные расстройства и могут появляться суицидальные мысли [3—5].

Больные псориазом также подвергаются риску развития серьезных сопутствующих заболеваний, которые нередко затрудняют проведение терапии дерматоза и обуславливают формирование тяжелых форм заболевания кожи. У больных псориазом чаще встречаются сердечно-сосудистая патология и метаболический синдром, с которыми связано увеличение относительного риска развития инфаркта миокарда в молодом возрасте. Известно, что тяжелые формы псориаза часто ассоциируются с повышением уровня ранней смертности, что проявляется снижением в среднем на 3,5—4,4 года продолжительности жизни для мужчин и женщин соответственно по отношению к показателям у лиц без псориаза [6—8].

Клинические проявления псориаза весьма разнообразны, что может быть обусловлено возрастом больных и локализацией высыпаний. Особого внимания заслуживает псориаз с поражением волосистой части головы, который, несмотря на ограниченность процесса (при отсутствии высыпаний на остальных участках кожи), относят к тяжелым проявлениям заболевания. Это обусловлено тем, что при данной форме прослеживаются выраженная десквамация, интенсивный зуд и упорное течение в связи с трудной доступностью кожи для препаратов при проведении местной терапии. Поражение волосистой части головы отмечается у 50—80% больных псориазом и нередко оказывается первым проявлением заболевания, что обуславливает актуальность серьезного рассмотрения вопроса по оптимизации методов его лечения. Трудности использования препаратов на кремовой или мазевой основе приводят к тому, что 39% больных не соблюдают рекомендации врачей, а выраженное шелушение и локализация на видимых участках кожи головы способствуют развитию нозогенных реакций и потере веры в эффективность проводимой терапии. Низкая комплаентность пациентов, особенности локализации приводят к тече-

нию псориаза без периодов ремиссии, что диктует необходимость пролонгированных курсов лечения. В этой связи становится актуальным рассмотрение вопроса о безопасности рекомендуемых терапевтических мероприятий [9—11].

Наиболее часто в научных публикациях освещены исследования по эффективности топических глюкокортикостероидов высокой степени активности при лечении псориаза волосистой части головы. Однако анатомические особенности кожи этой области и ее активная васкуляризация обуславливают высокий уровень абсорбции наносимых препаратов, что приводит к быстрому формированию местных и системных нежелательных явлений различной интенсивности [12]. Таким образом, становится очевидной актуальность применения современных и безопасных препаратов, содержащих глюкокортикостероид, для топической терапии и профилактики обострений псориаза с локализацией на волосистой части головы.

Элоком (0,1% мометазона фууроат) содержит в своем составе молекулу, базовым основанием которой служит мометазон, содержащий хлор в позиции 9 и 21 и боковую цепь сложного эфира двойной фуранилкарбоновой кислоты (фууроата) в позиции 17. Именно эта боковая цепочка фууроата в структуре Элокома определяет его уникальные свойства, значительно отличающие его от прочих глюкокортикостероидов. По сравнению с другими топическими стероидами своей группы Элоком обладает высокой местной активностью, что позволяет отнести его к 4-му классу по силе действия в соответствии с европейской классификацией, имеет низкий системный эффект. По уровню безопасности он аналогичен слабым кортикостероидам: использование препарата у значительного количества больных не выявило побочных эффектов. При этом клинически и морфологически не зафиксировано ни одного случая атрофии кожи даже при длительном (до 3 нед.) нанесении его на участки, более других подверженные атрофии (кожа лица, ушей, подмышечных впадин). Безжировая основа лосьона обеспечивает его легкое распределение по поверхности кожи без склеивания и высушивания волос. Он не оставляет видимых следов и охлаждающе действует на кожу [13—15]. Все эти качества послужили поводом для выбора данного препарата для лечения пациентов, вошедших в исследование.

**Целью** настоящего исследования явилась оптимизация наружной терапии псориаза волосистой части головы с использованием лосьона Элоком.

### Материал и методы

Под наблюдением находились 56 больных псориазом (34 мужчины и 22 женщины) с преимущественным поражением волосистой части головы. Возраст больных колебался от 19 до 56 лет (средний возраст  $36,74 \pm 5,83$  года). При анализе данных анамнеза

установлено, что у 46 (82,14%) больных высыпания на коже головы являлись дебютом дерматоза. У 51 (91,07%) из 56 больных выявлена резистентность к проводимой терапии, что проявлялось либо низким клиническим эффектом, либо быстрым рецидивированием заболевания.

Оценка тяжести течения псориаза волосистой части головы проводилась при помощи индекса PSSI (Psoriasis Scalp Severity Index), который является совокупным производным от суммы баллов, отражающих выраженность эритемы, уплотнения и шелушения, и от площади поражения (диапазон от 0 до 72 баллов) [16].

Больные были разделены на две группы в зависимости от проводимой терапии. Пациенты 1-й группы (27 человек) получали терапию с использованием лосьона Элоком 1 раз в сутки до достижения ремиссии или снижения PSSI более чем на 95%. Во 2-й группе (29 больных) была проведена двухэтапная терапия: лосьон Элоком применялся по вышеупомянутой схеме до достижения ремиссии или снижения PSSI более чем на 95%. В дальнейшем больным 2-й группы рекомендовалось наносить лосьон Элоком 3 раза в неделю (четверг, суббота, воскресенье) в течение 4 мес.

Для оценки безопасности применения лосьона Элоком регистрировались нежелательные явления и концентрация эндогенного кортизола с целью определения циркадного ритма его выделения, нарушение которого является первым признаком недостаточности надпочечников.



### Результаты исследования

Проводимая терапия в обеих группах способствовала выраженной и быстрой динамике индекса PSSI, которая в двух наблюдавшихся группах больных была практически идентична (рис. 1).

Количество больных, достигших ремиссии или снижения PSSI на 95%, в 1-й группе составило 24 (88,89%), во 2-й группе — 26 (89,66%). Таким образом, дальнейшее наблюдение проводилось за 24 больными из 1-й группы и 26 из 2-й группы. Сравнительный анализ динамики клинических признаков псориаза волосистой части головы показал необходимость пролонгации терапевтических мероприятий с использованием лосьона Элоком по интермиттирующей схеме — 3 раза в неделю (рис. 2).

Наблюдение за пациентами в течение 4 мес. показало, что отсутствие постоянной поддерживающей терапии в 1-й группе больных способствовало развитию рецидивов у 100% пациентов. При этом рост средних значений PSSI был достоверным уже через месяц после окончания лечения, а через 4 мес. средние значения индекса соответствовали показателям до начала лечения. Во 2-й группе проведение поддерживающей терапии по интермиттирующей схеме с использованием лосьона Элоком способствовало поддержанию ремиссии у 84,62% больных и недостоверному росту средних значений PSSI. Необходимо отметить, что клинические проявления рецидивов псориаза волосистой части головы в этой группе соответствовали легкой степени тяжести в сравнении с 1-й группой, где



выраженность клинических симптомов отражала тяжелое течение заболевания.

Лечение больными переносилось хорошо, побочных явлений не наблюдалось, признаков атрофии кожи волосистой части головы не отмечалось ни у одного больного.

При исследовании уровня эндогенного кортизола у больных псориазом 2-й группы через 4 мес. нарушений циркадного ритма его синтеза не отмечено. В течение 6—12 ч. (с 8—10 ч. утра до 18—20 ч. вечера) содержание кортизола в сыворотке крови снижалось примерно в 5 раз: с  $282,47 \pm 32,51$  до  $39,11 \pm 2,19$  нмоль/л. Пятикратное снижение уровня сывороточного кортизола в период утро — вечер со-

ответствует существующим закономерностям циркадных ритмов синтеза стероидов у человека в норме и свидетельствует о том, что длительное применение лосьона Элоком не привело к нарушению синтеза собственного гормона у больных.

Таким образом, применение лосьона Элоком способствует быстрой положительной динамике клинических симптомов псориаза с локализацией на волосистой части головы, а дальнейшее применение препарата по интермиттирующей схеме в течение 4 мес. способствует длительной ремиссии и предупреждению обострений дерматоза без формирования побочных явлений и угнетения функции коры надпочечников. ■

## Литература

- Lebwohl M. A clinician's paradigm in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53 (Suppl. 1): S59—S69.
- Schoen M.P., Boehncke W.H. Psoriasis (Review). *N Engl J Med* 2005; 352: 1899—1912.
- van de Kerkhof P., Salonen S.-H. On behalf of the EUROPSO Patient Survey Study Group. Large-scale European survey of quality of life in patients with psoriasis: second phase results on quality of life and treatment reported by 7,525 members of European psoriasis patient associations. Published by the European Federation of Psoriasis Foundations (EUROPSO), Helsinki, Finland. Available from: <http://www.europsos.org/> (accessed September 2006).
- Choi J., Koo J.Y. Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49 (Suppl.): S57—S61.
- Mease P., Menter M. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 685—704.
- Sattar N., McCarey D., Capell H., McInnes I. Explaining how 'highgrade' systemic inflammation accelerates vascular risk in rheumatoid arthritis. *Circulation* 2003; 108: 2957—2963.
- Matsumoto T., Suzuki N., Watanabe H. et al. Non-alcoholic steatohepatitis associated with psoriasis vulgaris. *J Gastroenterol* 2004; 39: 1102—1105.
- Neimann A., Shin D., Wang X. et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 829—835.
- Perlamutrov Yu.N., Ol'khovskaya K.B. Mestnaya terapiya psoriaza volosистой chasti golovy. *Klin dermatol i venerol* 2008; 1: 28—30. [Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Местная терапия псориаза волосистой части головы. *Клин дерматол и венерол* 2008; 1: 28—30.]
- Andreassi L., Giannetti A., Milani M., Scale Investigators Group. Efficacy of betamethasone valerate mousse in comparison with standard therapies on scalp psoriasis: an open, multicentre, randomized, controlled, cross-over study on 241 patients. *Br J Dermatol* 2003; 148: 134—138.
- Elewski B.E. Clinical diagnosis of common scalp disorders. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2005; 10: 190—193.
- Pauporte M., Maibach H., Lowe N. et al. Fluocinonone acetonide topical oil for scalp psoriasis. *J Dermatolog Treat* 2004; 15: 360—364.
- Bakulev A.L., Kravchenya S.S. Ul'trasonograficheskaya otsenka effektivnosti i bezopasnosti primeneniya mazi elokom pri atopicheskom dermatite u detey. *Klin dermatol i venerol* 2009; 3: 71—76. [Бакулев А.Л., Кравченя С.С. Ультрасонографическая оценка эффективности и безопасности применения мази Элоком при atopическом дерматите у детей. *Клин дерматол и венерол*. 2009; 3: 71—76.]
- Filimonkova N.N., Chuverova K.A., Yan I.A. Naruzhnaya terapiya bol'nykh psoriazom. *Klin dermatol i venerol* 2009; 2: 51—53. [Филимонкова Н.Н., Чуверова К.А., Ян И.А. Наружная терапия больных псориазом. *Клин дерматол и венерол* 2009; 2: 51—53.]
- Scheinfeld N.S., Mikhail M. Treatment options for psoriasis Part 1: Topical treatments. *Skinmed* 2004; 3: 4: 225—227.
- Thaci D., Daiber W., Boehncke W.H., Kaufmann R. Calcipotriol solution for the treatment of scalp psoriasis: Evaluation of efficacy, safety and acceptance in 3,396 patients. *Dermatology* 2001; 203: 153—156.

об авторах: ▶

Ю.Н. Перламутров — д.м.н., профессор, зав. кафедрой кожных и венерических болезней МГМСУ, Москва  
К.Б. Ольховская — д.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ, Москва