

Крем Лостерин в терапии заболеваний, сопровождающихся нарушением кератинизации.

Сакания Л. Р., Дорджиева О.В., Невозинская З.А., Денисова Е.В., Корсунская И.М.

ЦТП ФХФ РАН, ГКБ №14, МНПЦДК ДЗМ филиал «Варшавский»

Несмотря на то, что псориаз является системным заболеванием, основное внимание в лечении и профилактике данного заболевания направлено на наружную терапию. В связи с этим, вне зависимости от формы псориаза, помимо системной терапии, назначается местное лечение с учетом стадии заболевания, особенностей его проявления, локализации и обширности очагов поражения.

Пациентам с псориазом независимо от стадии течения процесса показано назначение не раздражающих смягчающих средств, в виде мазей или кремов. Жировые вещества с давних пор применяются для питания и смягчения кожи, так как проникая непосредственно в эпидермис, они придают роговому слою эластичность и мягкость. Нанесение жира на кожу вследствие герметизации прекращает процесс перспирации, вызывает усиление микроциркуляции, вследствие чего ускоряется рассасывание инфильтрата, восстанавливается тургор и эластичность. Субъективно у больных уменьшается чувство стягивания кожи, сухости, жжения.

Больным псориазом рекомендуется использовать наружно вазелин, вазелиновое масло, кремы с глицерином, мочевиной, молочной кислотой. Использование смягчающих средств в качестве базовой наружной терапии позволяет снизить шелушение, восстановить эластичность пораженных участков кожи.

В качестве основной топической терапии, в прогрессирующей стадии назначаются средства, обладающие противовоспалительным и кератолитическим действием (1,2,3,4). Как правило, это кортикостероидные препараты или комбинированные препараты, содержащие кортикостероид и салициловую кислоту в концентрации от 2 до 5%. (5,6). Топические кортикостероиды оказывают противовоспалительное, гипосенсибилизирующее и антипролиферативное действия. Под их влиянием происходит торможение синтеза глюкозаминогликонов, коллагена и эластина, в эпидермисе исчезают клетки Лангерганса, а в дерме – тучные клетки, помимо этого снижается проницаемость сосудов. Антипролиферативный эффект местных кортикостероидов обусловлен торможением синтеза нуклеиновых кислот (в первую очередь ДНК) в клетках базального слоя эпидермиса, фибробластов дермы, а также торможением пролиферации Т- лимфоцитов.

В прогрессирующую стадию псориаза показано назначение глюкокортикостероидов средней и сильной силы действия таких, как мометазона фураат (Момат, Элоком), клобетазол (Пауэркорт), бетаметазона дипропионат (Дипросалик, Белосалик) на срок 7-10 дней, по 1-2 аппликации в день, в виде мазей или кремов в зависимости от локализации процесса. Очень хорошо зарекомендовали себя для наружного лечения прогрессирующих форм псориаза

комбинированные препараты в состав которых входит и кортикостероидный препарат и салициловая кислота (Дипросалик, Белосалик, Элоком С, Мосат С, Акридерм СК). Комбинированные препараты кортикостероидов и салициловой кислоты, оказывают более выраженный противовоспалительный эффект.

Не менее эффективны в наружном лечении псориаза средства с синтетическими аналогами D_3 - кальцитриолом, который входит в состав таких препаратов как Псоркутан, Дайвонекс, Дайвобет.

Антипсориазное действие кальцитриола обусловлено его способностью взаимодействовать со специфическими рецепторами в кератиноцитах, вызывая дозозависимое торможение пролиферации этих клеток кожи и ускоряя их морфологическую дифференцировку. Дайвобет состоит из дайвонекса и бетаметазона, сочетание в препарате кальцитриола и кортикостероида значительно повышает его эффективность.

Однако, при подборе топической терапии псориаза необходимо помнить, что все перечисленные выше топические препараты обладают и рядом недостатков. Так, длительное применение кортикостероидных препаратов приводит к ряду побочных эффектов таких, как атрофия кожи, телеангиэктазии, стероидные акне. В связи с этим нежелательно использование топических кортикостероидов более двух недель.

Препараты кальцитриола напротив требуют длительного постоянного применения и желаемый лечебный эффект возникает лишь по истечению значительного периода времени.

В связи с этим одной из наиболее важных задач дерматологии является поиск альтернативных эффективных средств в топической терапии псориаза.

Одним из таких препаратов является Лостерин. В его состав входят салициловая кислота, нафталан, мочевины, Д пантенол, экстракт софоры японской, миндальное масло.

Лечебные свойства нафталановой нефти известны более ста лет. Первые работы по эффективности применения нафталана в дерматологии датируются 1898 годом (7,8).

Нафталановая нефть обладает уникальными целебными свойствами: обезболивающим, сосудорасширяющим и стимулирующим. Нафталан инактивирует действие медиаторов воспаления, стимулирует локальные процессы микроциркуляции, активирует обмен веществ в тканях, способствует ускорению процесса заживления ран, стимулирует выработку гормонов коры надпочечников, обладает десенсибилизирующим, противозудным действием, оказывает антибактериальное и солнцезащитное воздействие (9).

Салициловая кислота, размягчая шелушащиеся слои псориазных бляшек, легко проникает в кожу, усиливая при этом способность других лекарственных веществ проникать внутрь кожи, через измененный, утолщенный роговой слой.

Мочевина является эффективным увлажнителем кожи, обладает отшелушивающим, ранозаживляющим и бактериостатическим действием, служит проводником для других активных веществ, содержащихся в препарате.

Д-пантенол (провитамин В5) стимулирует регенерацию кожи, слизистых оболочек, нормализует клеточный метаболизм, ускоряет митоз и увеличивает прочность коллагеновых волокон.

Экстракт софоры японской включает в себя комплекс алкалоидов и флавоноидов (в том числе рутин), обладающий сильным противовоспалительным, противозудным, отшелушивающим, противогрибковым и бактериостатическим действием, уплотняет стенки сосудов и увеличивает их прочность.

Миндальное масло регулирует липидный и водный баланс кожи, активизирует процесс регенерации клеток, обладает очищающим, смягчающим, питающим свойствами.

Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с диагнозом вульгарный псориаз в стационарной или регрессивной стадиях с различной локализацией и 5 пациентов с диагнозом хроническая дисгидротическая экзема кистей и стоп. Все пациенты получали крем Лостерин два раза в день на очаги поражения в виде монотерапии.

На 7 день у всех пациентов с экземой отмечалось уменьшение сухости и стянутости кожных покровов, эпителизация трещин, отсутствие зуда. Значительное улучшение отмечалось к 14-18 дню терапии и характеризовалось уменьшением клинических проявлений. У больных псориазом шелушение в очагах поражения отсутствовало к 7-10 дню, эпителизация трещин в области ладоней и подошв к 10-14 дню.

Дальнейшее применение крема Лостерин в области дежурных бляшек приводило к полному регрессу высыпаний.

Все выше перечисленное позволяет рекомендовать препарат Лостерин как в комбинации с другими топическими средствами при среднетяжелых формах псориаза, так и в качестве монотерапии при легком течении псориаза, а также при экземе ладоней и стоп, сопровождающейся гиперкератозом.

Список литературы:

1. Довжанский С.И. Псориаз. М. 1992.
2. Клинические рекомендации в дерматологии. Под ред. Кубановой А.А., Москва, 2006.
3. Кожные и фенерические болезни.Руководство для врачей. Под ред.Ю.К.Скрипкина, В.Н.Мордовцева. М.: Медицина 1999; 116-157
4. Молочков В.А., Бадочкин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. Псориаз и псориатический артрит., Москва, 2007.

5. Henneicke-von Zepelin H.H., Mrowietz V., Farber L. et al Highly purified omega-3-polyunsaturated fatty acids for topical treatment of psoriasis. Results of a double-blind, placebo-controlled multi centre study. *Br J Dermatol* 1993; 129: 713-717.
6. Psoriasis / Eds H.H. Roenigk, H.I. Maibach. New York. 1991: 5-28.
7. Борухович, Нафталан при острой экземе, *Рус. ж. кожн. и вен. б-ней*, 1913, март;
8. Малышев П., О нафталане при лечении некоторых болезней, *Врач*, 1898, № 15;
9. Кудрявцева А.В., Морозова О.А., Колонизация стафилококком кожных покровов детей с атопическим дерматитом как критерий эффективности наружного лечения, *Практическая медицина*, №9, 2012.