

Возможности новой формы нафталаносодержащих препаратов в терапии псориаза волосистой части головы

Денисова Е.В. , Сакания Л.Р. , Воронцова И.В. , Корсунская И.М.

МНПЦДК ДЗМ, ЦТП ФХФ РАН

На сегодняшний день псориаз до сих пор остается актуальной проблемой дерматологии. Распространенность его среди мировой популяции варьирует в пределах от 2 до 10%. В развитых странах этот показатель составляет 1,5-2%. Совокупная численность больных псориазом в Европе и США на 2007 год составляла около 10 млн. человек, и с каждым днем эта цифра увеличивается [1].

Однако данные официальной статистики значительно занижены по сравнению с реальной картиной, поскольку больные с локализованными формами псориаза часто не обращаются к врачам. Одной из таких форм является псориаз волосистой части кожи головы. По данным зарубежных исследований поражение волосистой части кожи головы встречается у 50-80% больных с псориазом [3]. Как правило, эта разновидность псориаза наблюдается в сочетании с другими формами этого заболевания, но встречается и как самостоятельное заболевание. Обычно это наблюдается на начальных стадиях развития псориатического процесса. По данным отечественных исследований псориаз волосистой части кожи головы встречается в 66,7% случаев дебюта наследственного псориаза, возникшего под влиянием стресса, в 42,8% случаев этиология оставалась невыясненной [2].

В случаях, когда псориатический процесс локализуется только на коже головы и носит слабовыраженный характер, дифференциальная диагностика бывает довольно затруднительной даже для врача. В таких случаях наблюдается легкое шелушение кожи головы без выраженных воспалительных изменений. Нередко пациенты с такой формой псориаза, ошибочно принимая симптомы за проявления обычной перхоти, предпочитают заниматься самолечением косметическими средствами или методами народной терапии, что приводит к ухудшению псориатического процесса.

При средней тяжести поражения псориатический процесс захватывает не более 50% кожи волосистой части головы, отмечается более выраженные зуд, инфильтрация и шелушение. При тяжелой форме отмечается обильное шелушение, выраженная эритема и инфильтрация и сильный зуд. Процесс захватывает соседние участки кожи лба и заушной области, образуя так называемую псориатическую корону.

Проявления псориаза вызывают не только физический, но и психологический дискомфорт, тем самым оказывая существенное влияние на качество жизни пациентов. Исследования качества жизни больных с псориазом показали значительное снижение социальной активности. Постоянный стресс, связанный с изменением внешнего вида, вызывает личностные изменения у больных псориазом. Пациенты становятся более стеснительными, боязливыми, тревожными и мнительными. Им кажется, что за ними наблюдают, на них смотрят и насмеваются над ними. 50% больных с псориазом стараются избегать общественных мест, 72% отказываются от посещения бассейнов, 46 % имеют проблемы в интимной жизни, 34% отказываются от посещения парикмахерских [1]. Недовольство своим внешним видом приводит к депрессиям, что в свою очередь провоцирует ухудшение клинической картины псориаза, образуя тем самым замкнутый круг.

Несмотря на это, по данным отечественных исследований, для 41% пациентов терапия псориаза в большей степени ухудшает качество жизни, чем само заболевание.

Терапия псориаза предполагает постоянное соблюдение назначений врача и систематическое нанесение наружных средств, которым пациенты, к сожалению, зачастую пренебрегают. Причина кроется в том, что социально активные больные ожидают быстрого терапевтического эффекта, но не всегда имеют возможность наносить препарат на область головы в форме мазей, кремов и гелей в связи с косметическими ограничениями [4].

Наиболее часто пациентам назначают глюкокортикостероиды в виде лосьонов, спреев, шампуней, нередко в комбинации с салициловой кислотой или препаратами дегтя.

Разнообразные ГКС при наружном применении в многочисленных исследованиях и в клинической практике продемонстрировали свою высокую эффективность при псориазе волосистой части головы, приводя к полному регрессу высыпаний в течение первых 2-3 недель использования. При этом побочные эффекты ГКС длительного контакта и кратковременность наступающей ремиссии обуславливают необходимость применения таких средств, в том числе для длительного контроля над заболеванием. По данным ряда авторов, более 50% пациентов с псориазом волосистой части головы не удовлетворены результатами общепринятой терапии с использованием шампуней с дегтем, глюкокортикостероидных препаратов длительного контакта, отшелушивающих средств, 40-73% пациентов не соблюдают режим лечения существующими средствами, более 70% выражают беспокойство о возможных нежелательных явлениях на фоне применения топических ГКС длительного контакта. Все эти аспекты, безусловно, значительно снижают и комплаентность пациентов, что, в свою очередь, еще больше ухудшает качество их жизни [5,7].

В исследовании участвовало 19 пациентов с псориазом волосистой части головы с давностью заболевания от двух до пяти лет. Ранее пациенты в основном использовали лосьоны, содержащие кортикостероиды в комбинации с салициловой кислотой, с кратковременным эффектом. В качестве средства для мытья головы использовались шампуни, содержащие цинк пиритион или деготь. Все пациенты жаловались на сухость кожных покровов волосистой части головы после длительного применения данных препаратов. В качестве терапии им был предложен шампунь Лостерин.

В составе шампуня Лостерин содержится сбалансированная комбинация активного нафталана (обессмоленного), натуральных масел и экстрактов лекарственных растений. Биоактивные компоненты шампуня проникают во внутренние слои эпидермиса, обеспечивая комплексное терапевтическое воздействие на кожу головы и волосы.

Препараты нафталанской нефти обладают противовоспалительными, рассасывающими, дезинфицирующими, противозудными, отшелушивающими и стимулирующими репарацию свойствами. В малых концентрациях нафталан оказывает кератопластическое, в более высоких (5–10%) – отшелушивающее действие [6].

Экстракт софоры японской, входящий в состав Лостерина, содержит комплекс алкалоидов и флавоноидов, в том числе рутин, обладающий сильным противовоспалительным действием, способностью уплотнять стенки сосудов и уменьшать их ломкость. Алкалоиды софоры способны подавлять пролиферацию кератиноцитов, снижая шелушение кожи. В составе шампуня также присутствует экстракт корня лопуха, оказывающий дерматотонический эффект и улучшающий состояние и трофику кожи.

Такие компоненты шампуня как миндальное, льняное и подсолнечное масла содержат витамины E и F, комплекс жирных кислот (олеиновой, линолевой и линоленовой), регулируют липидный и водный баланс кожи, защищают от внешних неблагоприятных факторов, обладают противовоспалительным, ранозаживляющим, очищающим, смягчающим и питающим свойствами.

Положительная динамика в виде уменьшения шелушения, гиперемии и инфильтрации отмечалась через 10 дней от начала ежедневного применения шампуня Лостерин. Максимальный эффект достигался через 20-28 дней и выражался в отсутствии высыпаний. Пациенты отмечали отсутствие сухости кожи, ощущение стянутости и зуда, а также приятный запах препарата. Отмечена хорошая переносимость, за исключением одного пациента, у которого появились свежие высыпания и зуд после однократного применения шампуня.

Из полученных результатов следует, что шампунь Лостерин является хорошей альтернативой препаратам цинк пиритиона или дегтя, которые в основном применяются после снятия остроты воспалительного процесса, и не требует назначения дополнительных увлажняющих средств.

Список литературы:

- Современная наружная терапия псориаза, Кочергин Н., Африкян А., Врач. 2008. № 1. С. 38-41
- Кунгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориатическая болезнь. Екатеринбург, 2002. 193 с.
- Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, et al. Determinant of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. J Am Acad Dermatol 2004;51:704–08.
- Сателлитный симпозиум компании «Белупо» инновационная лекарственная форма и новые возможности терапии дерматозов с локализацией на волосистой части головы, Эффективная фармакотерапия. 2012. № 31. С. 54-59.
- Псориатическая болезнь, Под ред. Н.Н. Потеева, Л.С. Кругловой, Группа МДВ (Медицина для всех), 2014, с.264
- Современный подход к выбору наружной терапии больному псориазом, О.В. Терлецкий, Профилактическая и клиническая медицина, №1, 2006, стр. 175-178
- Круглова Л.С., Перминова М. А., Шаблий Р.А., Активированный пиритион цинка – возможность длительного контроля над псориазом, Клиническая дерматология и венерология, 2012, №1, стр.67-72.