BY-NC-ND

https://doi.org/10.21518/ms2024-189

Клинический случай / Clinical case

Псориаз волосистой части головы – патогенетическая терапия

Ю.С. Ковалёва✉, https://orcid.org/0000-0002-4401-3722, julia_jsk@mail.ru
Н.Г. Комкина, https://orcid.org/0000-0003-4681-6876, komkina_ng@mail.ru
Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Барнаул, пр. Ленина, д. 40

Резюме
Актуальность псориаза обусловлена широкой распространенностью заболевания, затяжным хроническим течением, частыми длительно протекающими рецидивами. В соответствии с современными представлениями псориаз – один из самых распространенных хронических воспалительных дерматозов с преимущественным поражением кожи и, вероятно, генетически детерминированными иммунными нарушениями, которые реализуются под действием ряда триггерных факторов, манифестируя воспалительным процессом в дерме, сопровождаются стойким нарушением пролиферации и морфологической дифференцировки кератиноцитов. Для псориаза характерны многообразные клинические проявления: от единичных, обильно шелушащихся папул или бляшек розовато-красного цвета до эритродермии, псориатического артрита, генерализованного или ограниченного пустулезного псориаза. Поражение волосистой части головы – самая распространенная локализация дерматоза и встречается у 80% больных псориазом, в 25% случаев псориаз кожи волосистой части головы протекает изолированно. Быстрое и эффективное лечение псориаза волосистой части головы имеет большое значение, т. к. наихудший показатель индекса качества жизни отмечается у больных именно с этой проблемой – 82% пациентов, страдающих дерматозом, испытывают постоянное чувство дискомфорта и стигматизированы, что служит причиной глубокой социальной изоляции и дезадаптации. Согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов по наружной терапии псориаза с проявлениями на волосистой части головы, к препаратам первой линии относятся топические глюкокортикостероиды в комбинации с салициловой кислотой в виде различных лекарственных форм. В статье изложены данные собственного клинического опыта применения раствора, содержащего бетаметазон дипропионат и салициловую кислоту (Акридерм СК раствор). Отмечена хорошая эффективность лекарственного препарата в отношении псориаза на волосистой части головы, удобство применения лекарственной формы в виде раствора, быстрое наступление клинического результата у пациентов с вовлечением кожи головы.

Ключевые слова: псориаз, волосистая часть головы, топическая терапия, бетаметазона дипропионат, салициловая кислота

Для цитирования: Ковалёва ЮС, Комкина НГ. Псориаз волосистой части головы – патогенетическая терапия. *Медицинский совет*. 2024;18(13):69–76. https://doi.org/10.21518/ms2024-189.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Psoriasis of a pilar part of the head – pathogenetic therapy

Julia S. Kovaleva✉, https://orcid.org/0000-0002-4401-3722, julia_jsk@mail.ru
Natalia G. Komkina, https://orcid.org/0000-0003-4681-6876, komkina_ng@mail.ru
Altay State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, 656038, Russia

Abstract
The relevance of psoriasis is caused by prevalence of a disease, a long chronic current, frequent, is long the proceeding recurrence. According to modern representations psoriasis – one of the most widespread chronic inflammatory dermatosis with primary damage of skin and probably genetically determined immune disturbances which are implemented under the influence of a number of trigger factors, demonstrating inflammatory process in a derma, are followed by permanent disturbance of proliferation and a morphological differentiation of keratinotsit. Diverse clinical manifestations are characteristic of psoriasis: from the single, plentifully shelled papules or plaques of pinkish-red color to an erythrosis, psoriasis arthritis, generalized or limited pustulous psoriasis. Defeat of a pilar part of the head – the most widespread localization of a dermatosis also meets at 80% of patients with psoriasis, in 25% of cases psoriasis of skin of a pilar part of the head proceeds separately. Fast and effective treatment of psoriasis of a pilar part of the head is of great importance as the worst indicator of the index of quality of life is noted at patients with this problem – 82% of the patients suffering from a dermatosis have constant feeling of discomfort and are stigmatized that serves as the reason of deep social isolation and disadaptation. According to the clinical recommendations of the Russian society of dermatovenerologists about external therapy of psoriasis with manifestations on a pilar part of the head, topical glucocorticosteroids in a combination with salicylic acid in the form of various dosage forms belong to drugs of the first line. In article data of own clinical experience of use of the solution containing betamethasone Dipropionas and salicylic acid are stated (Akriderm of SK solution). The good efficiency of medicine concerning psoriasis on a pilar part of the head, convenience of use of a dosage form in the form of solution, fast approach of clinical result at patients with involvement of head skin is noted.

© Ковалёва ЮС, Комкина НГ, 2024

Keywords: psoriasis, pilar part of the head, topical therapy, betamethasone dipropionas, salicylic acid

For citation: Kovaleva JuS, Komkina NG. Psoriaz of a pilar part of the head – pathogenetic therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(13):69–76. (In Russ.) https://doi.org/10.21518/ms2024-189.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Изучение псориаза имеет многовековую историю. Проявления псориаза на теле человека являлись предметом наблюдений еще на самой ранней стадии изучения кожных заболеваний. Из-за путаницы в терминах вплоть до середины XIX в. псориаз фигурировал в медицинской литературе под самыми различными названиями. Во времена Гиппократа псориаз был известен под названием «lepra» и «psora» (по-гречески *psora* – чесотка, парша). 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. Термин «psoriasis» впервые применил знаменитый римский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (ок. 129 г. – ок. 201 г. до н. э.), однако клинически это заболевание мало напоминало нынешние проявления псориаза. Только к началу XIX столетия благодаря работам Роберта Виллана (1757–1812) и его учеников сформировалось представление о псориазе и появилось его описание с учетом вариаций клинической картины. В 1841 г. Фердинанд Гебра (1816–1900), объединив две формы заболевания по Виллану в одну – psoriasis, положил конец двойственности терминологии при описании псориаза. Он указал, что различные формы сыпи при псориазе не дают основания для выделения самостоятельных болезней, т. к. являются следствием одного и того же патологического процесса. В последующем ученые разных стран Ф. Гебра, Г. Кёбнер, А. Полотебнов описали связь заболевания с состоянием внутренних органов и нервной системы [1, 2]. В дальнейшем отечественная дерматология пополнилась новыми сведениями о заболевании.

В соответствии с современными представлениями псориаз – один из самых распространенных хронических воспалительных дерматозов с преимущественным поражением кожи и, вероятно, генетически детерминированными иммунными нарушениями, которые реализуются под действием ряда триггерных факторов, манифестируя воспалительным процессом в дерме, сопровождаются стойким нарушением пролиферации и морфологической дифференцировкой кератиноцитов [3]. В настоящее время известно более 100 триггерных факторов, способствующих появлению или обострению уже существующего псориаза у лиц с генетической предрасположенностью к нему [4, 5].

Сегодня псориаз рассматривают как системный патологический процесс, характеризующийся не только поражением кожи, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, но и нарушениями функционального и морфологического характера со стороны других органов и систем.

В последние десятилетия отмечается постоянный рост числа пациентов с псориазом. Заболевание входит в группу наиболее распространенной дерматологической патологии, которой страдает от 0,1 до 5% населения земного шара [6–9], дебют которого приходится преимущественно на молодые годы (у большинства пациентов дерматоз манифестирует до 30 лет), а рецидивы наблюдаются на протяжении всей жизни [10]. Псориаз встречается примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. У многих больных псориазом отмечается связь возникновения и обострений заболевания с временем года: чаще обострение заболевания происходит в холодный период, гораздо реже – летом, либо бывает не связанным со временем года. В дальнейшем эта зависимость может меняться [6, 11].

Для псориаза характерны многообразные клинические проявления: от единичных, обильно шелушащихся папул или бляшек розовато-красного цвета до эритродермии, псориатического артрита, генерализованного, или ограниченного, пустулезного псориаза. Псориатические папулы многообразны по своей величине, интенсивности воспалительной реакции, инфильтрации, которая может быть очень значительной и поражать любые участки кожного покрова. Высыпания преимущественно симметрично располагаются на разгибательных поверхностях конечностей, особенно в области локтевых и коленных суставов, крестца. Часто в патологический процесс вовлекаются ногтевые пластинки и опорно-двигательный аппарат. Очень редко поражается красная кайма губ и слизистые оболочки (наиболее часто встречается при пустулезном псориазе). Нередко вульгарный псориаз характеризуется поражением волосистой части головы [11, 12].

В соответствии с данными литературы, частота встречаемости псориаза волосистой части головы по сравнению с другими дерматозами подобной локализации составляет от 40 до 80% [12]. Примерно у 80% больных псориазом с поражением гладкой кожи наблюдается и поражение кожи волосистой части головы. При этом, по данным некоторых авторов, поражение волосистой части головы выявляется у 77% больных при стресс-индуцированной форме псориаза, у 89,3% больных – при инфекционно-обусловленной форме, у 90% больных – при аутоиммунном характере заболевания и у 65,5% больных – при спорадической форме псориаза [3, 6, 12, 13]. Известно, что в 25% случаев псориаз кожи волосистой части головы протекает изолированно, в особенности это касается детей и лиц молодого возраста, у которых псориаз волосистой части головы зачастую оказывается первым и единственным проявлением этого дерматоза [4]. Диагностика заболевания основывается на характерных клинических проявлениях: обилие резко отграниченных эритематозно-сквамозных высыпаний серебристо-белого цвета с четкими границами, приподнятых, постоянно зудящих и обильно шелушащихся, инфильтрированных крупных бляшек и мелких папул, нередко значительно выходящих далеко

за пределы границ роста волос (распространяющихся на кожу лица, височной области, ушных раковин, брови, заушную область и грудную клетку). Высыпания, как правило, симметричны. Одной из особенностей клинических проявлений псориаза на волосистой части головы является диффузное поражение больших участков кожи, сопровождающееся обильным шелушением без типичных эффлоресценций. Однако в большинстве случаев характерной клинической особенностью поражения этой зоны является наличие фестончатого края пораженного участка, который хорошо определяется по границе роста волос на лбу и височных областях и представляет собой ярко-розовый, резко отграниченный, выступающий над уровнем здоровой кожи гирляндообразный венчик псориатической бляшки.

Локализация процесса на волосистой части головы, особенно при дебюте, предполагает проведение дифференциальной диагностики с грибковыми поражениями и себорейным дерматитом. При поверхностной форме трихофитии волосистой части головы отмечаются характерные очаги в виде эритематозно-сквамозных пятен с обломанными волосами или «пеньками» волос. Подтверждают диагноз результаты исследования на патологические грибы. Себорейный дерматит волосистой части головы никогда не переходит на гладкую кожу и характеризуется отсутствием четко определяемой инфильтрации кожи – дифференциальная диагностика проводится посредством приема Картамышева: пальпация волосистой части головы осуществляется с закрытыми глазами, при этом по периферии псориатических бляшек появляется ощущение четких границ, определяется положительный симптом «ступеньки», что отличает процесс от себорейного дерматита [14, 15].

Хотя зуд не самый характерный симптом псориаза, однако, больные с псориазом волосистой части головы часто предъявляют жалобы на зуд различной интенсивности.

Общепринятой классификации псориаза не существует. Традиционно выделяют 4 типа псориаза:

- вульгарный псориаз;
- пустулезный псориаз;
- псориатическую эритродермию;
- псориатический артрит.

Существуют различные классификации вульгарного псориаза. Так, Л.Н. Машкиллейсон в 1965 г. среди прочих форм выделил себорейный псориаз (psoriasis seborrhoica) [1, 16]. Эта форма часто развивается у больных себореей. В таких случаях клиническая картина псориаза может принимать своеобразный вид, напоминая до известной степени себорейную экзему. Это, естественно, в первую очередь касается излюбленных мест себорейного процесса – волосистой части головы, носогубных складок, складок за ушными раковинами, области груди, лица, лопаточной и подлопаточной областей спины, а также кожных складок и др. Псориатические чешуйки пропитываются кожным салом, склеиваются, удерживаются на поверхности бляшек, симулируя картину себорейной экземы. В таких случаях иногда границы псориатических высыпаний не столь отчетливо отграничены от здоровой кожи, чешуйки не столь сухие и серебристо-белые, как это свойственно псориазу, а с примесью желтизны, характерно наличие на волосистой части головы большого количества чешуек, иногда полностью закрывающих псориатические высыпания [16, 17].

В зависимости от характера и объема распространения высыпаний на волосистой части головы в современной медицине выделяют 3 степени тяжести процесса:

1) легкая – площадь поражения волосистой части головы составляет менее 50%, отмечаются легкая эритема, легкое шелушение, незначительное утолщение или отсутствие инфильтрации, легкий зуд;

2) умеренная – поражено менее 50% волосистой части головы, отмечаются умеренная эритема, умеренное шелушение, умеренное утолщение (наличие инфильтрации), зуд от легкого до умеренного;

3) тяжелая – площадь поражения волосистой части головы составляет более 50%, выявляются выраженная эритема, выраженное шелушение, выраженное утолщение (интенсивная инфильтрация), зуд от умеренного до выраженного, появление зон выпадения волос, поражение не ограничивается зоной волосистой части головы (вовлечение зоны роста волос, лба и др.).

Известно, что 82% страдающих дерматозом пациентов испытывают постоянное чувство дискомфорта. Проблемы с работой отмечаются в 75% случаев, стойкая депрессия – в 54% случаев, снижение сексуальной активности – в 50%, мысли о суициде – в 20% случаев [15, 18].

Лечение больных псориазом волосистой части головы представляет большие трудности, т. к. эти участки кожного покрова имеют анатомо-физиологические особенности. Кожа волосистой части головы человека имеет целый ряд особенностей по сравнению с кожей других участков тела, в том числе высокую плотность волос – от 200 до 600 на см^2, с каждым из которых связано до пяти сальных желез, многочисленные, до 300 на см^2, потовые железы, активную васкуляризацию и иннервацию. Этими особенностями обусловлены функциональные характеристики кожи скальпа, например, пот способствует равномерному распределению кожного сала по коже волосистой части головы, что обеспечивает ее эластичность и вносит вклад в защиту от потери воды, а в сочетании с высоким уровнем васкуляризации – терморегуляцию. Одной из самых значимых особенностей кожи этой зоны является высокая плотность волос, более 90% которых находятся в стадии анагена. В 1988 г. R. Paus et al. впервые предположили наличие связи между воспалением при псориазе и цитокиновой сетью, секретируемой волосами в фазе анагена, предложив гипотезу об общих механизмах «включения» воспаления. Установлено, что при псориазе волосистой части головы отмечается двукратное увеличение продукции интерлейкина-8, дефенсинов β4, кальцийсвязывающего белка S100 волосяными фолликулами. Установлено, что 3 представителя семейства протеинов S100 участвуют в работе системы неспецифической защиты организма [15].

Таким образом, морфофункциональные особенности кожи волосистой части головы могут быть в числе факторов, которые определяют высокую частоту поражения кожи

скальпа при псориазе и определяют своеобразие клинических проявлений дерматоза. В частности, такие симптомы, как зуд и шелушение, при псориазе волосистой части головы регистрируются у пациентов чаще и имеют бóльшую интенсивность, чем при других локализациях. Последнее обстоятельство приводит к расчесам и (или) попыткам удалить элементы кожных чешуек с волосистой части головы, тем самым провоцируя появление новых эффлоресценций по принципу изоморфной реакции. Кроме указанных особенностей, процесс отличается более выраженным воспалительным компонентом, чем на гладкой коже [19, 20].

Лечение псориаза чаще всего является комплексным и включает в себя общую и местную терапию, физиотерапевтические процедуры, фотохимиотерапию. Исходя из собственного опыта, можно отметить, что наибольшую трудность в плане выбора метода терапии как раз представляют «трудные» локализации вульгарного псориаза, в том числе волосистая часть головы [21, 22].

Несмотря на активное развитие в последние десятилетия аппаратных методов и системной фармакологии, местные лекарственные средства остаются очень важной составляющей успешного сопровождения дерматоза, а у пациентов с ограниченными формами псориаза они являются первой линией терапии [23, 24]. Оптимизация наружной терапии имеет решающее значение для улучшения результатов лечения пациентов, их удовлетворенности от лечения и качества жизни.

Согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов по наружной терапии псориаза 2023 г. [25] с проявлениями на волосистой части головы, к препаратам первой линии относятся топические глюкокортикостероиды в комбинации с салициловой кислотой в виде кремов, мазей, лосьонов. Современные требования к препаратам для лечения псориаза волосистой части головы, содержащим топические глюкокортикостероиды в комбинации с салициловой кислотой, предполагают, что эти препараты, помимо эффективности, должны иметь разнообразные лекарственные формы и быть безопасными и удобными в применении.

Всеми перечисленными свойствами обладает препарат Акридерм СК раствор (производитель Акрихин, Россия), содержащий в своем составе бетаметазона дипропионат и салициловую кислоту.

Компоненты раствора Акридерм СК оказывают следующее действие:

- бетаметазона дипропионат (относится к III классу сильных кортикостероидов по европейской классификации) обладает выраженным противовоспалительным, иммуносупрессивным и антипролиферативным действием при незначительном минералокортикоидном эффекте; снижает образование, высвобождение и активность химических медиаторов воспаления (кинина, гистамина, липосомальных ферментов, простагландинов); ингибирует миграцию лейкоцитов и макрофагов к месту поражения, уменьшает вазодилатацию и повышенную проницаемость кровеносных сосудов этой области; ингибирует III и IV типы реакций гиперчувствительности, предотвращает доступ сенсибилизированных Т-лимфоцитов и макрофагов к клеткам-мишеням;
- салициловая кислота, включенная в состав препарата, оказывает кератолитическое действие, облегчает более глубокое проникновение ГКС в кожу, оказывает сквамолитическое, противомикробное и противогрибковое действие и восстанавливает нормальное значение pH кожи.

Приводим собственные клинические наблюдения применения топического препарата раствора Акридерм СК в комплексном лечении пациентов с псориазом волосистой части головы.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Мужчина А. 29 лет, городской житель, обратился к дерматологу в консультативно-диагностическое отделение поликлиники ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» с жалобами на высыпания на волосистой части головы и теле, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез: страдает псориазом более 10 лет. Состоит на диспансерном учете в ККВД с диагнозом «бляшечный псориаз». В течение последних лет получал ежегодное стационарное лечение: тиосульфат натрия, гепатопротекторы, наружно: топические препараты с глюкокортикостероидами, дегтем и цинком, несколько курсов ПУВА терапии с положительной динамикой.

Анамнез жизни: хронических заболеваний не выявлено. Операций и травм не было. Туберкулез, гепатиты отрицает. Наследственность отягощена (у отца псориаз). Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Общее состояние больного: сознание ясное, самочувствие удовлетворительное. Правильного телосложения, умеренного питания. Рост 180 см, вес 75 кг. Температура тела 36,5 °С, ЧД 18 уд/мин, ЧСС 71 уд/мин, АД 120/85 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, не увеличена. Стул, диурез в норме.

Специальный статус: кожные покровы вне высыпаний обычной окраски, сухие. Тургор и эластичность кожи в норме. Ногтевые пластины кистей с краевым онихолизисом.

Высыпания на коже представлены плоскими папулами с выраженной инфильтрацией и шелушением в области локтевых, коленных суставов, в области поясницы. На коже волосистой части головы обильные папулы с слиянием в фигурные бляшки с обильным шелушением (*рис. 1*). Лабораторные исследования: HBsAg – отрицательно, HCV – отрицательно; ВИЧ – отрицательно; антитела IgG и IgM к *Treponema pallidum* – отрицательно. В ОАК и БАК отклонений от референтных значений нет. Флюорография без очаговых и инфильтративных изменений.

Был выставлен клинический диагноз: «бляшечный псориаз волосистой части головы и гладкой кожи, прогрессирующая стадия».

Пациенту был рекомендован курс фотохимиотерапии (ПУВА) с использованием фотосенсибилизатора аммифурин по схеме 3 раза в нед. – 20 процедур. Поскольку в фотоустановке кожа головы не подвергается фотолечению, то в качестве наружной монотерапии больному был

● ***Рисунок 1.*** Псориаз на коже волосистой части головы в прогрессирующей стадии с крупными бляшками с четкими границами, выраженной эритемой и десквамацией
● ***Figure 1.*** Scalp psoriasis at a progressive stage, presenting with large plaques with well-defined edges, marked erythema and desquamation

● ***Рисунок 2.*** После 20 дней терапии псориаз на коже волосистой части головы в регрессирующую стадию с остаточными явлениями блеклой эритемы, необильным шелушением
● ***Figure 2.*** After 20-day therapy, scalp psoriasis entered a regressive stage, presenting with residual traces of faded erythema and non-abundant desquamation

назначен раствор Акридерм СК на волосистую часть головы 1 раз в день – 20 дней. На кожу тела рекомендованы эмоленты с кератолитиками.

Повторный осмотр пациента через 3 нед. демонстрировал существенное улучшение (*рис. 2*) в виде практически полного купирования эритемы, значительного уменьшения зуда, ликвидации инфильтрации и существенного уменьшения шелушения. Рекомендовано продолжить поддерживающую терапию – раствор Акридерм СК 1–2 раза в нед. до 3 нед. в комбинации с шампунями, содержащими цинк, уход за кожей с использованием эмолентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Мужчина 42 лет, житель г. Барнаула, обратился к дерматологу в консультативно-диагностическое отделение поликлиники ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» с жалобами на высыпания на волосистой части головы, сопровождающиеся интенсивным зудом.

Анамнез: страдает псориазом более 6 лет. В течение последних лет использовал топическую терапию – мази с глюкокортикостероидами, антигистаминные препараты, тиосульфат натрия.

Анамнез жизни: страдает артериальной гипертензией 2-й стадии, принимает гипотензивные препараты, отмечает периодические респираторные инфекции (3–4 раза в год). Операций и травм не было, туберкулез, гепатиты отрицает. Наследственность по кожной патологии не отягощена. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Общее состояние больного: сознание ясное, самочувствие удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. Рост 175 см, вес 105 кг. Температура тела 36,8 °С, ЧД 20 уд/мин, ЧСС 70 уд/мин, АД 128/80 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, не увеличена. Стул, диурез в норме.

Специальный статус: кожные покровы вне высыпаний обычной окраски, сухие. Тургор и эластичность кожи в норме. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

Высыпания на коже носят ограниченный характер, локализуются на коже волосистой части головы и представлены крупными сливными бляшками с выраженной инфильтрацией и шелушением. Край бляшки выходит за линию роста волос (феномен «псориатической короны») (*рис. 3*). Лабораторные исследования: HBsAg – отрицательно, HCV – отрицательно; ВИЧ – отрицательно; антитела IgG и IgM к *Treponema pallidum* – отрицательно. В ОАК и БАК отклонений от референтных значений нет. Флюорография без очаговых и инфильтративных изменений.

Был выставлен клинический диагноз: «бляшечный псориаз волосистой части головы, прогрессирующая стадия».

Пациенту назначен раствор Акридерм СК 2 раза в день – 20 дней, затем перейти на 1 раз в день – еще 14 дней. Внутрь курс антигистаминных препаратов – левоцетиризин 10 мг 1 раз в сут. 14 дней, дезинтоксикационная терапия.

При повторном визите пациента через 30 дней на коже головы отмечается значительное улучшение (*рис. 4*) в виде почти полного отсутствия эритемы, инфильтрации и зуда. Рекомендовано продолжить уход за кожей с использованием эмолентов, дерматологических шампуней и применить поддерживающую терапию раствором Акридерм СК 2 раза в нед. в течение 1 мес.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Мужчина 36 лет, житель Алтайского края, обратился за консультацией на кафедру дерматовенерологии, косметологии и иммунологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» с жалобами на зудящие высыпания на коже головы, за ушами.

Анамнез: первые проявления заболевания отмечает около 2 лет назад, когда появился первый элемент на коже головы в области лба, через 6 мес. высыпания

● ***Рисунок 3.*** Бляшечный псориаз волосистой части головы, прогрессирующая стадия, с крупными сливными бляшками с выраженной инфильтрацией и шелушением, феномен «псориатической короны»

● ***Figure 3.*** Plaque scalp psoriasis at a progressive stage, presenting with large confluent plaques with marked infiltration and desquamation, the phenomenon of "psoriatic crown"

● ***Рисунок 4.*** После 30 дней терапии псориаз на коже волосистой части головы в регрессирующую стадию с остаточными явлениями и умеренным шелушением

● ***Figure 4.*** After 30-day therapy, scalp psoriasis entered a regressive stage with residual traces and moderate desquamation

стали беспокоить и за ушными раковинами. Первое обращение к дерматологу спустя 1,5 года после начала высыпаний. Был выставлен диагноз: «псориаз волосистой части головы». Назначена местная терапия (ТКС и антигистаминные препараты внутрь). Эффективность назначенной терапии временная, постепенно очаг увеличивался, появилось мокнутие за ушами. Далее в лечении периодически использовал 2% салициловую мазь, топические глюкокортикоидные препараты, анилиновые красители. Настоящее ухудшение около 2 нед., провоцирующий фактор – эмоциональный стресс.

Анамнез жизни: из сопутствующих заболеваний ожирение 1-й ст., артериальная гипертензия 2-й ст., хронический холецистит, вне обострения. Постоянно принимает гипотензивные препараты. Операций и травм не было. Туберкулез, гепатиты отрицает. Наследственность по кожной патологии не отягощена. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Общее состояние больного: сознание ясное, самочувствие удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. Рост 180 см, вес 121 кг. Температура тела 36,2 °С, ЧД 20 уд/мин, ЧСС 70 уд/мин, АД 118/82 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, не увеличена. Стул, диурез в норме.

Специальный статус: кожные покровы вне высыпаний обычной окраски и влажности. Тургор и эластичность кожи в норме. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Высыпания локализуются на коже волосистой части головы в области лба и темени и представлены крупной бляшкой с выраженной инфильтрацией и шелушением. Край бляшки выходит за линию роста волос в области лба (феномен «псориатической короны»). За ушными раковинами плоские крупные папулы с серебристым шелушением и инфильтрацией (*рис. 5*).

Выставлен клинический диагноз: «бляшечный псориаз волосистой части головы, прогрессирующая стадия».

Назначено наружно – раствор Акридерм СК 2 раза в день – 20 дней, затем перейти на 1 раз в день – еще 14 дней. Шампуни, содержащие цинк, салициловую кислоту.

На промежуточном визите спустя 10 дней отмечалась позитивная динамика в виде выраженного уменьшения инфильтрации, эритемы и шелушения (*рис. 6*). Рекомендовано продолжить применение раствора Акридерм СК по назначенной схеме и добавить эмоленты для восстановления и увлажнения кожного покрова.

● ***Рисунок 5.*** Псориатические высыпания на коже головы и за ушными раковинами в прогрессирующую стадию до терапии

● ***Figure 5.*** Psoriatic rashes on the scalp and behind the ears at a progressive stage before therapy

● ***Рисунок 6.*** На 10-й день терапии выраженное уменьшение инфильтрации, эритемы и шелушения

● ***Figure 6.*** A marked decrease in infiltration, erythema and desquamation at day 10 of therapy

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, продемонстрированные клинические случаи иллюстрируют разнообразное течение псориаза волосистой части головы у пациентов с различным стажем заболевания. Очень важным моментом является своевременное их лечение с воздействием на ведущие патогенетические аспекты дерматоза.

Использование в работе дерматолога местных препаратов с благоприятным профилем безопасности, проверенных временем и рутинной практикой, позволяет не только купировать местные клинические симптомы заболевания, но и улучшать качество жизни пациентов, страдающих псориазом с вовлечением кожи головы.

Поступила / Received 26.02.2024
Поступила после рецензирования / Revised 14.03.2024
Принята в печать / Accepted 14.03.2024

Список литературы / References

1. Терлецкий ОВ. *Псориаз. Дифференциальная диагностика «псориазоподобных» редких дерматозов. Терапия: медицинский атлас.* СПб.: ДЕАН; 2007. 510 с. Режим доступа: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_003356191/.
2. Терлецкий ОВ, Разнатовский КИ, Григорьев ГИ. *Псориаз. Руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псориатического артрита.* СПб.: ДЕАН; 2014. 485 с. Режим доступа: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_007210893/.
3. Ortonne J, Chimenti S, Luger T, Puig L, Reid F, Trüeb RM. Scalp psoriasis: European consensus on grading and treatment algorithm. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(12):1435–1444. https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03372.x.
4. Ермилова АИ, Торшхоева РМ, Намазова-Баранова ЛС. Псориаз волосистой части головы: средства и методы лечения и ухода. *Вопросы современной педиатрии.* 2013;12(3):52–55. https://doi.org/10.15690/vsp.v12i3.681.
Ermilova AI, Torkhshoeva RM, Namazova-Baranova LS. Psoriasis of the scalp: methods of treatment and care. *Current Pediatrics.* 2013;12(3):52–55. (In Russ.) https://doi.org/10.15690/vsp.v12i3.681.
5. Ряпова ЭИ. Современное представление о псориазе. *Наукосфера.* 2021;3(2):33–35. Режим доступа: http://nauko-sfera.ru/ens/archive/.
Ryapova AI. Contemporary conception about psoriasis. *Naukosfera.* 2021;3(2):33–35. (In Russ.) Available at: http://nauko-sfera.ru/ens/archive/.
6. Малова ИО. Псориаз волосистой части головы: современный подход к наружной терапии. *Дерматовенерология и дерматокосметология.* 2012;3:54–56.
Malova IO. Psoriasis of the scalp: a modern approach to external therapy. *Dermatovenerology and dermatocosmetology.* 2012;3:54–56. (In Russ.)
7. Ермилова АИ. Клиника и современные методы лечения псориаза. *Доктор.Ру.* 2008;(2):53–57. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/klinika-i-sovremennye-metody-lecheniya-psoriaza.
Ermilova AI. Clinic and modern methods of psoriasis treatment. *Doctor.Ru.* 2008;(2):53–57. (In Russ.) Available at: https://cyberleninka.ru/article/n/klinika-i-sovremennye-metody-lecheniya-psoriaza.
8. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet.* 2003;361(9364):1197–1204. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12954-6.
9. Голдсмит ЛА, Кац СИ, Джилкрест БА, Паллер ЭС, Леффель ДД, Вольф К. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике.* М.: Издательство Панфилова; 2015. 1168 с. Режим доступа: https://static.insales-cdn.com/files/1/1337/7488825/original/dfp.pdf.
10. Беляев ГМ, Рыжко ПП. *Псориаз. Псориатическая артропатия: (этиология, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.* М.: МЕДпресс-информ; 2005. 266 с. Режим доступа: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_002686552/.
11. Костинский ГБ, Петровский ФИ, Кубанов АА. Лечение легкого и среднетяжелого папулезно-бляшечного псориаза активированным пиритионом цинка («Скин-кап») и качество жизни пациентов. *Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии.* 2012;(3):049–053. Режим доступа: https://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/uzdvk/uzd46iDermai3i2012i05.pdf.
Kostinskiy GB, Petrovskiy FI, Kubanov AA. Treatment of mild and moderate-severe popular-plaque psorias by the active zinc pyrithione (Skin-cap) and quality of life of patients. *Ukrainian Journal of Dermatology Venerology Cosmetology.* 2012;(3):049–053. (In Russ.) Available at: https://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/uzdvk/uzd46iDermai3i2012i05.pdf.

12. Bovenschen HJ, Van de Kerkhof PC. Treatment of scalp psoriasis with clobetasol-17 propionate 0.05% shampoo: a study on daily clinical practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(4):439–444. https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03436.x.
13. Кунгуров НВ, Филимонкова НН, Тузанкина ИА. *Псориатическая болезнь*. Екатеринбург; 2002. 193 с. Режим доступа: https://rusneb.ru/catalog/010003_000061_fa76eeac235f5c38f3d5ec6aa3f59008/.
14. Хисматуллина ЗР, Альхашаш С. К вопросу о клиническом многообразии зооантропофильной трихофитии волосистой части головы. *Современные проблемы науки и образования*. 2020;(3):120. https://doi.org/10.17513/spno.29853.
Hismatullina ZR, Alkhashash S. On the question of the clinical diversity of zooanthropophilic trichophytia of the scalp. *Modern Problems of Science and Education*. 2020;(3):120. (In Russ.) https://doi.org/10.17513/spno.29853.
15. Снарская ЕС. Топическая терапия псориаза волосистой части головы: от традиций к инновациям. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014;17(2):25–29. Режим доступа: https://rjsvd.com/1560-9588/article/view/36854.
Snarskaya ES. Topical therapy for scalp psoriasis: from traditions to innovations. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2014;17(2):25–29. (In Russ.) Available at: https://rjsvd.com/1560-9588/article/view/36854.
16. Машкиллейсон ЛН. *Частная дерматология*. М.: Медицина; 1965. 522 с. Режим доступа: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_006404060/.
17. Павлов СТ, Шапошников ОК, Самцов ВИ, Ильин ИИ. *Кожные и венерические болезни*. М.: Медицина; 1985. С. 183–189. Режим доступа: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_001251088/.
18. Horn EJ, Fox KM, Patel V, Chiou CF, Dann F, Lebwohl M. Association of patient-reported psoriasis severity with income and employment. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(6):963–971. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.07.023.
19. Бакулев АЛ, Кравченя СС. Псориаз волосистой части головы: новые возможности топической терапии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2013;(2):73–78. https://doi.org/10.25208/vdv576.
Bakulev AL, Kravchenya SS. Scalp psoriasis: new potential of the topical therapy. *Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2013;(2):73–78*. (In Russ.) https://doi.org/10.25208/vdv576.
20. Смирнова ИО, Желонкин АР, Хажомия КД, Владимирова ИС, Медецкая ОМ, Смирнова ОН, Пташникова ПД. Патогенез и лечение псориаза волосистой части головы – факты, гипотезы, перспективы. *Эффективная фармакотерапия*. 2023;19(19):56–62. Режим доступа: https://umedp.ru/articles/patogenez_i_lechenie_psoriaza_volosistoy_chasti_golovy_fakty_gipotezy_perspektivy.html.
Smirnova IO, Zhelonkin AR, Khazhomiya KD, Vladimirova IZ, Medetskaya OM, Smirnova ON, Ptashnikova PD. Pathogenesis and treatment of scalp psoriasis – facts, hypotheses, prospects. *Effective Pharmacotherapy*. 2023;19(19):56–62. (In Russ.) Available at: https://umedp.ru/articles/patogenez_i_lechenie_psoriaza_volosistoy_chasti_golovy_fakty_gipotezy_perspektivy.html.
21. Жукова ОВ, Артемьева СИ. Комплексный уход за кожей при псориазе: эффективный контроль с помощью современных дерматокосметических средств. *Медицинский совет*. 2023;17(14):105–111. https://doi.org/10.21518/ms2023-273.
Zhukova OV, Artemyeva SI. Complex skin care for psoriasis: effective control with modern dermatocosmetic products. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(14):105–111. (In Russ.) https://doi.org/10.21518/ms2023-273.
22. Круглова ЛС, Руднева НС, Бакулев АЛ, Хотко АА. Инверсный псориаз и псориаз «трудных» локализаций: эффективность нетакимаба. *Медицинский алфавит*. 2022;(27):14–20. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-27-14-20.
Kruglova LS, Rudneva NS, Bakulev AL, Khotko AA. Inverse psoriasis and psoriasis of 'difficult' localizations: Effectiveness of netakimab. *Medical Alphabet*. 2022;(27):14–20. (In Russ.) https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-27-14-20.
23. Лукьянов АМ. Топическая терапия псориаза. Часть II. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2020;6(4):279–293. https://doi.org/10.34883/PI.2020.6.4.010.
Lukyanov AM. Topical therapy for psoriasis. Part II. *Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology*. 2020;6(4):279–293. (In Russ.) https://doi.org/10.34883/PI.2020.6.4.010.
24. Лукьянов АМ. Топическая терапия псориаза. Часть I. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2020;6(1-2):35–54. https://doi.org/10.34883/PI.2020.1.6.007.
Lukyanov AM. Topical psoriasis therapy. Part I. *Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology*. 2020;6(1-2):35–54. (In Russ.) https://doi.org/10.34883/PI.2020.1.6.007.
25. Кубанов АА, Бакулев АЛ, Карамова АЭ, Притуло ОА, Аршинский МИ, Знаменская ЛФ. и др. *Псориаз: клинические рекомендации*. М.; 2020. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/.

Информация об авторах:

Ковалёва Юлия Сергеевна, д.м.н., заведующий кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Барнаул, пр. Ленина, д. 40; julia_jsk@mail.ru

Комкина Наталья Геннадьевна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Барнаул, пр. Ленина, д. 40: komkina_ng@mail.ru

Information about authors:

Julia S. Kovaleva, Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology and Immunology, Altay State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, 656038, Russia; julia_jsk@mail.ru

Natalia G. Komkina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology and Immunology, Altay State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, 656038, Russia; komkina_ng@mail.ru