

Псориаз волосистой части головы – современное состояние проблемы

Ю.С. Ковалева^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0002-4401-3722>, julia_jsk@mail.ru

О.А. Кокина¹, <https://orcid.org/0000-0002-5264-3230>, oksana3121@bk.ru

А.А. Ведлер¹, <https://orcid.org/0000-0003-4093-9170>, vedler013@mail.ru

П.Д. Савельева², <https://orcid.org/0009-0003-5630-0336>, savelyevapolly@mail.ru

¹ Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Алтайский край, Барнаул, проспект Ленина, д. 40

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Псориаз – это хроническое кожное заболевание, которое оказывает системное влияние на организм и связано с генетическими и иммунологическими нарушениями. Патогенез включает нарушение работы иммунной системы, особенно Т-лимфоцитов типа Th1 и Th17, что вызывает воспаление, учащенную пролиферацию кератиноцитов и изменения в коже. Часто псориаз поражает волосистую часть головы (ВЧГ), что негативно влияет на качество жизни. Обнаружена связь с развитием алопеций и другими морфологическими изменениями волос, а также наблюдается дисбаланс микробной флоры, включая колонизацию дрожжеподобными грибами, что может усугублять течение заболевания. Наружные средства играют ключевую роль в повышении эффективности лечения и улучшении качества жизни пациентов. Среди них – препараты с противовоспалительным, кератолитическим и иммунодепрессивным действием, такие как глюкокортикостероиды и салициловая кислота. В современной практике предпочтение отдается средствам с высокой безопасностью и удобством применения, например лосьону Акридерм с бетаметазоном и салициловой кислотой. Новые технологии позволяют повысить эффективность проникновения лекарств и снизить риск побочных эффектов. Клинический опыт подтверждает положительную роль комплексного применения этих средств в контроле псориаза на коже волосистой части головы. В статье представлены клинические случаи лечения бляшечного псориаза волосистой части головы в прогрессирующей стадии у трех пациентов, которые обратились в консультативно-диагностическое отделение поликлиники ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» с жалобами на высыпания на волосистой части головы, зуд, воспаление. Всем им была назначена комбинированная терапия с кремом бетаметазона дипропионат. Во всех случаях удалось добиться купирования симптомов спустя 2–3 недели терапии.

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

Для цитирования: Ковалева ЮС, Кокина ОА, Ведлер АА, Савельева ПД. Псориаз волосистой части головы – современное состояние проблемы. *Медицинский совет*. 2026;20(2):70–78. <https://doi.org/10.21518/ms2026-087>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Psoriasis of the scalp – the current state of the problem

Julia S. Kovaleva^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0002-4401-3722>, julia_jsk@mail.ru

Oksana A. Kokina¹, <https://orcid.org/0000-0002-5264-3230>, oksana3121@bk.ru

Anna A. Vedler¹, <https://orcid.org/0000-0003-4093-9170>, vedler013@mail.ru

Polina D. Savelyeva², <https://orcid.org/0009-0003-5630-0336>, savelyevapolly@mail.ru

¹ Altai State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, Altai Region, 656038, Russia

² Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Psoriasis is a chronic skin disease that has systemic effects on the body and is associated with genetic and immunological disorders. Its pathogenesis involves dysregulation of the immune system, particularly T-lymphocytes of the Th1 and Th17 types, leading to inflammation, increased keratinocyte proliferation, and skin changes. Psoriasis often affects the scalp (head), which negatively impacts quality of life. A connection has been found between scalp psoriasis and the development of hair loss (alopecia) and other morphological hair changes. Additionally, an imbalance in the microbiome, including colonization by yeast-like fungi, has been observed, which may exacerbate the disease course. Topical agents play a key role in improving treatment efficacy and patient quality of life. These include drugs with anti-inflammatory, keratolytic, and immunosuppressive effects, such as corticosteroids and salicylic acid. Modern practice favors medications that are safe and easy to use, like the lotion Akriderm with betamethasone and salicylic acid. Advances in technology enable better drug penetration and reduce the risk of side effects. Clinical experience confirms the positive role of a comprehensive approach using these treatments for controlling psoriasis of the scalp. This article presents clinical case reports of treatment of three patients with plaque scalp psoriasis in advanced stages, who presented to the consultative and diagnostic department of the outpatient clinic at the Altai State Medical University with complaints of scalp rash, itching, and inflammation. All patients were prescribed combination therapy with betamethasone dipropionate cream. In all cases, symptom relief was achieved within 2–3 weeks of treatment.

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

For citation: Kovaleva JuS, Kokina OA, Vedler AA, Savelyeva PD. Psoriasis of the scalp – the current state of the problem. *Meditsinskiy Sovet*. 2026;20(2):70–78. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-087>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Псориаз представляет собой заболевание кожи, которое на протяжении уже многих веков вызывает интерес к изучению особенностей патогенеза, клинической картины и поиску эффективной терапии.

В соответствии с современными представлениями псориаз рассматривают как системный патологический процесс с вовлечением других систем органов, таких как сердечно-сосудистая и эндокринная системы, система опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечный тракт и др. Псориаз является дерматозом с генетически детерминированными иммунными нарушениями, которые реализуются под воздействием ряда триггерных факторов, манифестируя воспалительным процессом в дерме, сопровождаются стойким нарушением пролиферации и морфологической дифференцировки кератиноцитов [1, 2].

В настоящее время около 2–3% мирового населения страдает псориазом. Среди представителей народов, проживающих в Китае, Шри-Ланке, Тайване, заболевание встречается намного реже, а среди жителей Скандинавии его распространенность достигает 11%. Общая распространенность псориаза для России составляет 2% (более 2,8 млн человек) [3].

Патогенез псориаза изучается уже многие годы, научный интерес в данном направлении, несомненно, актуален, поскольку изучение механизмов возникновения псориаза может помочь в поиске эффективных методов терапии. На протяжении последних десятилетий активно публикуются исследования, посвященные роли «цитокиновой сети», которая подчеркивает важность взаимодействия между воспалительными клетками и кератиноцитами в развитии воспаления. Это взаимодействие способствует увеличению производства провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли альфа (TNF- α) и интерферон гамма (IFN- γ), что и играет ведущую роль в патогенезе заболевания [4–6].

Еще в 1980–1990-х годах исследования на молекулярном уровне показали, что основой развития псориаза являются нарушения иммунной системы, связанные с дисрегуляцией Т-лимфоцитов, преимущественно Th1 [7].

Эти клетки продуцируют провоспалительные цитокины, такие как TNF- α , IFN- γ , а также интерлейкины IL-12 и IL-23, стимулирующие гиперпродукцию кератиноцитами. На основе этих данных были внедрены лекарственные препараты, направленные против цитокинов: этанерцепт (с 2004 г.) и устекинумаб, блокирующий IL-12/IL-23 [5, 7].

Применение данных препаратов значительно улучшало клинические показатели, например индекс тяжести поражения псориазом PASI (Psoriasis Area and Severity Index) [8, 9].

В 2014 г. C.W. Lynde et al. обнаружили новую подгруппу Т-лимфоцитов – Th-17, которые выделяют цитокин IL-17. В отличие от Th-1 и Th-2, эти клетки синтезируют IL-17А

и другие семейства IL-17. Исследования подтвердили ключевую роль лимфоцитов Th-17 и IL-17А в патогенезе псориаза, особенно подчеркивая, что IL-17А является важным активатором пролиферации кератиноцитов [7].

В результате появились моноклональные антитела селукиумаб, иксекизумаб, связывающие цитокин, и блокатор его рецепторов бродалумаб [10].

Важно отметить, что в заболевании не все сигналы из иммунных клеток кожи способствуют увеличению пролиферации. В пораженных участках отмечена высокая экспрессия трансглутаминаз типа 1 и 3, что указывает на возможный аутоиммунный механизм болезни: кератиноциты могут синтезировать аутоантигены, такие как LL-37 и ADAMTSL5. Однако есть мнение, что при псориазе одновременно развиваются две патологические ветви – аутовоспалительный процесс, управляемый цитокинами, и аутоиммунный, связанный с активностью адаптивного иммунитета, которые могут усиливать друг друга [11, 12].

Волосистая часть головы (ВЧГ) – одна из наиболее часто поражаемых зон при псориазе, вовлекается в процесс у 45–79% пациентов, причем у 25% выпадения на ВЧГ могут быть первым или единственным симптомом [13].

Псориаз ВЧГ существенно снижает качество жизни, влияет на социальную активность и может вызывать тревожно-депрессивные состояния [14]. Высыпания часто сопровождаются поражением ушных раковин и наружных слуховых проходов [13]. По данным работы J. Ortonne et al. 2009 г., у 25% псориаз проявляется только на скальпе. Высыпания здесь часто сочетаются с поражением ушей, лица и отличаются разнообразием по распространенности, степени воспаления и шелушения. Псориаз ВЧГ может служить предиктором псориазического артрита, а риск его развития у таких пациентов повышается в 3,9 раза [15, 16].

Морфофункциональные особенности кожи волосистой части головы, такие как высокая плотность волос (более 90% волос находятся в стадии анагена), выраженная саллярная активность, тонкий эпидермис, обильное кровоснабжение и характерная микрофлора, обуславливают частое поражение кожи головы [17].

При псориазе ВЧГ наблюдаются воспалительные изменения, включая гиперкератоз и акантоз, которые нарушают структуру дермы и эпидермиса, а также повреждают волосные фолликулы. В результате воспалительного процесса уменьшается продолжительность фазы анагена и активируется телоген – фаза покоя волос, что приводит к их выпадению и повреждению кутикулы, а также к появлению шелушащихся бляшек, что усугубляет нарушение функции фолликулов [17]. При длительном течении возможно рубцевание и необратимая потеря волос в результате замещения фолликулов соединительной тканью. Исследования отечественных и зарубежных ученых показали, что волосы и их цитокиновая активность могут участвовать в воспалительных

процессах при псориазе, подтверждая гипотезу о связи между ростом волос и воспалением [18, 19]. Также отмечаются феномены, такие как «псориатическая корона» и «ренбек», при которых в участках выпадения волос псориатические высыпания могут разрешаться, что указывает на взаимосвязь поражения и роста волос. Это дерматологический признак, впервые описанный Harple в 1991 г. Слово «ренбек» – неологизм, образованный от перестановки слова «кебнер». Он характеризуется ростом здоровых волос внутри псориатических бляшек у пациентов, страдающих гнездной алопецией. Этот феномен показывает, что воспалительный процесс псориаза может подавлять развитие алопеции. При этом на трихоскопии видно, что внутри псориатической бляшки растут здоровые волосы, а в окружающей зоне гнездной алопеции желтые точки, трихомалации, т. е. в пораженных псориазом участках наблюдается улучшение роста волос. Современные молекулярные исследования продолжают изучать особенности воспаления в ВЧГ при псориазе, предполагая наличие уникальных механизмов этого процесса [17–21].

Считается, что у пациентов с псориазом повышен риск развития андрогенетической алопеции (АГА): по данным популяционных исследований, относительный риск составляет примерно 2,5 раза. В литературе описаны случаи сочетания псориаза и АГА у больных с геномными, иммунными и аутоиммунными заболеваниями, такими как синдромы Тернера, Дауна и полиоз [22].

Первые сообщения о существовании связи между псориазом и алопецией были опубликованы S. Shuster в 1972 г. [23, 24]. В этом исследовании автор выделил три типа алопеций у пациентов с псориазом: алопецию в области псориатических высыпаний, генерализованное телогеновое выпадение волос и рубцовую «деструктивную алопецию». В 1992 г. U. Runne и P. Kroneisen-Wiersma установили, что волосы, расположенные в пределах псориатических поражений, могут быть легко эпилированы; зачастую они отделяются пучками, поскольку склеены псориатическими чешуйками, что потенциально способствует формированию очагов алопеции, особенно в условиях активации стафилококковой инфекции и развития псориатического асбестовидного лишая [25].

Имеются данные о развитии асбестовидного лишая на фоне применения лекарственных средств. J. Ettler et al. в 2012 г. описали развитие асбестовидного лишая на фоне терапии псориаза ингибитором фактора некроза опухоли альфа, что явилось, по предположению авторов, парадоксальным псориазом или его обострением [26].

Другие исследователи предположили высокую распространенность генерализованного телогенового выпадения волос у пациентов с псориатической эритродермией и генерализованным пустулезным псориазом [27, 28].

Встречаются литературные данные о возможности формирования рубцовой псориатической алопеции при длительном течении заболевания или при активации условно-патогенной микрофлоры [29, 30].

Также опубликованы данные относительно влияния и взаимосвязи псориаза и очаговой алопеции. Некоторые авторы считают, что очаговая алопеция – самый частый тип выпадения волос у пациентов с псориазом, на ее долю приходится до 75% всех случаев алопеции у этой группы.

Причинами связи псориаза и алопеции могут быть общая генетическая предрасположенность, схожесть некоторых сигнальных путей, причастных к патогенезу обоих заболеваний, а также влияние препаратов для лечения псориаза на рост волос. Среди этих препаратов выделяют как традиционные – метотрексат и ацитретин, так и генно-инженерные биологические препараты, например адалимумаб, устекинумаб и иксекизумаб. При применении последних также отмечается развитие псориазиформной алопеции [31].

Кроме того, при псориазе волосистой части головы происходит изменение разнообразия микроорганизмов, формируя дисбаланс микробного сообщества с уменьшением количества нормальной флоры, что может способствовать развитию заболевания [31].

Согласно литературным данным, колонизация дрожжеподобными грибами может усугублять течение сквамозных дерматозов, в частности псориаза и себорейного дерматита [32].

Дифференциальная диагностика псориаза с другими заболеваниями волосистой части головы важна для назначения правильного лечения, предотвращения ошибок и повышения эффективности терапии, но сложна из-за схожих клинических и дерматоскопических признаков. Высыпания, локализующиеся в области скальпа, имеют определенную специфику, связанную с анатомо-физиологическими особенностями кожи этой зоны: большое количество сальных желез, обильная сеть капилляров, определенный состав микробиома и вариативность уровня pH. Одними из наиболее часто встречающихся папулосквамозных дерматозов волосистой части головы являются себорейный дерматит и псориаз [33].

Эти заболевания требуют разных методов воздействия, поэтому правильный диагноз помогает избежать осложнений и улучшить качество жизни пациента. При псориазе на ВЧГ появляются четкие гиперемизированные бляшки с серебристым шелушением, при себорейном дерматите – нечеткие очаги с желтоватыми корками и отрубевидным шелушением. Псориаз часто поражает и другие области тела (локти, колени, ногти, складки), тогда как себорейный дерматит затрагивает лицо и туловище с выраженным воспалением и корками. Дерматоскопически для себорейного дерматита характерны линейные телеангиоэктазии и желтый цвет чешуек, что помогает отличить его от псориаза волосистой части головы [34–37; 38, с. 90–92].

Дифференциальная диагностика псориаза посредством приема Картамышева позволяет методом пальпации волосистой части головы с закрытыми глазами определить периферии псориатических бляшек – появляется ощущение четких границ, положительный симптом «ступеньки», что отличает процесс от себорейного дерматита [39].

Для оценки степени тяжести и распространенности псориаза используют ряд индексов. Общая площадь поражения кожи псориазом представлена оценкой индекса Body Surface Area в процентах (BSA). Для оценки тяжести течения псориаза используется стандартный индекс Psoriatic Area and Severity Index (PASI). Расчет индекса PASI позволяет определить тяжесть течения псориаза, учитывая степень выраженности эритемы, инфильтрации, шелушения, площади распространения на голове, верхних и нижних конечностях, туловище. Итоговый балл индекса соответствует различной

степени тяжести: легкая степень тяжести – 0–10 баллов, средняя степень тяжести – 11–50 баллов, тяжелая – более 50 баллов. Оценка тяжести течения псориаза на волосистой части головы производится на основании рекомендаций Европейского консенсуса по псориазу волосистой части головы. Для объективной оценки динамики тяжести течения псориаза на волосистой части головы используется специализированный индекс Psoriasis Scalp Severity Index (PSSI)¹.

В зависимости от характера и объема распространения высыпаний на волосистой части головы в современной медицине выделяют 3 степени тяжести процесса (таблица) [15].

Ключевыми задачами лечения псориаза являются устранение симптомов и достижение продолжительной ремиссии. Учитывая мультифакториальный патогенез и склонность к торпидности течения, успешная терапия подразумевает комплексный подход, включающий этиопатогенетические методы, правильный уход, коррекцию сопутствующих соматических нарушений и устранение провоцирующих факторов. Наружная терапия является единственной или неотъемлемой частью лечебного процесса и назначается с учетом степени тяжести заболеваний [33].

Основные сложности терапии псориаза ВЧГ – резистентность и низкая приверженность пациентов из-за трудностей нанесения лекарств и косметических аспектов. Это особенно характерно при поражении более 30% поверхности скальпа [14].

Лечение пациентов с псориазом волосистой части головы сопряжено с существенными трудностями, обусловленными уникальными анатомо-физиологическими особенностями данного кожного покрова. Кожа волосистой части головы отличается от кожи других областей тела высокой плотностью волосных фолликулов – от 200 до 600 на см², при этом на каждый волос приходится до пяти сальных желез в сочетании с многочисленными (до 300 на см²) потовыми железами, а также с выраженной васкуляризацией и иннервацией. Указанные особенности определяют специфические функциональные характеристики кожи скальпа, включая обеспечение эластичности за счет равномерного распределения кожного сала под влиянием потовой секреции, способствующей поддержанию влагосодержания, а также участия в терморегуляции, благодаря высокой плотности сосудистых структур [39].

¹ Иволга ЮС. Обоснование локальной комбинированной терапии псориаза волосистой части головы: дис. ... канд. мед. наук. М.; 2017. Режим доступа: http://www.mma.ru/upload/medialibrary/688/dissertatsiya_ivolga.pdf.

● **Таблица.** Степени тяжести высыпаний на волосистой части головы

● **Table.** Degrees of severity of lesions on the scalp

Степень тяжести	Площадь поражения	Клинические признаки	Зуд	Дополнительные проявления
Легкая	Менее 50% волосистой части головы	Легкая эритема, легкое шелушение, незначительное утолщение или отсутствие инфильтрации	Легкий зуд	Отсутствуют
Умеренная	Менее 50% волосистой части головы	Умеренная эритема, умеренное шелушение, умеренное утолщение (инфильтрация)	От легкого до умеренного	Отсутствуют
Тяжелая	Более 50% волосистой части головы	Выраженная эритема, выраженное шелушение, выраженное утолщение (интенсивная инфильтрация)	От умеренного до выраженного	Зоны выпадения волос, поражение зон за пределами волосистой части (лоб, зона роста волос и др.)

Морфофункциональные особенности кожи волосистой части головы могут являться одними из факторов, способствующих высокой частоте поражения данного участка при псориазе и обуславливающих характерные клинические проявления этого дерматоза. В частности, такие симптомы, как зуд и шелушение, при псориазе волосистой части головы наблюдаются у пациентов значительно чаще и выражены сильнее, чем при поражениях других областей кожи. Это, в свою очередь, приводит к расчесам и попыткам удалить чешуйки с кожи головы, что способствует развитию новых высыпаний по механизму изоморфной реакции. Кроме того, воспалительный компонент при псориазе волосистой части головы выражен более интенсивно по сравнению с поражениями гладкой кожи [31, 40].

Лечение псориаза ВЧГ представляет сложности и требует комплексного подхода с использованием наружной терапии, в т. ч. дерматокосметики, а при необходимости – системного лечения [31].

Комбинированное использование системных и наружных методов лечения усиливает лечебный эффект каждого из них и позволяет добиться лучших результатов. Наружное лечение назначается с учетом стадии заболевания (прогрессирующая, стабильная или регрессирующая), характера симптомов, локализации очага и возраста пациента. Согласно современным принципам, наружная терапия псориаза включает два основных направления: лечебные процедуры и ежедневный уход за кожей [41].

Оптимизация местной терапии играет ключевую роль в повышении эффективности лечения пациентов, их удовлетворенности терапией и общего уровня качества жизни. В соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов по наружной терапии псориаза 2023 г., при поражениях волосистой части головы препаратами первой линии являются топические глюкокортикостероиды в сочетании с салициловой кислотой, представленные в виде кремов, мазей, лосьонов и других форм [1].

В качестве наружных средств применяют препараты с содержанием салициловой кислоты 2–5% у больных псориазом при гиперкератотических поражениях, что способствует уменьшению эритемы, шелушения и зуда. Еще одним преимуществом салициловой кислоты является повышенная проникаемость кожи для других активных местных препаратов благодаря ее кератолитическому действию. Также салициловую кислоту рекомендуется использовать в комбинации с местными стероидами для

повышения эффективности топических глюкокортикостероидов при лечении псориаза [42].

Современные требования к топическим средствам включают не только высокую терапевтическую эффективность, но и широкий выбор лекарственных форм, а также безопасность и удобство применения [1].

В последние годы для повышения эффективности и снижения частоты возникновения нежелательных эффектов при применении ТГКС стали применяться новые технологии для создания ЛС. Микронизация частиц некоторых гормональных препаратов позволяет уменьшить площадь всасывания, степень проникновения препарата в сосудистое русло в десятки раз, что позволяет повысить эффективность, безопасность, комплаентность лечения псориаза с применением ТГКС [42].

Широкое применение при лечении псориаза нашел отечественный препарат Акридерм СК, содержащий бетаметазон [43].

Препарат Акридерм лосьон (производитель – компания Акрихин, Россия), который содержит бетаметазона дипропионат и салициловую кислоту, отвечает вышеперечисленным требованиям.

Бетаметазона дипропионат, относящийся к III классу сильных кортикостероидов по европейской классификации, проявляет выраженные противовоспалительные, иммунодепрессивные и антипролиферативные эффекты при минимальном минералокортикоидном воздействии. Он снижает синтез, высвобождение и активность воспалительных медиаторов, таких как кинины, гистамин, липосомальные ферменты и простагландины; ингибирует миграцию лейкоцитов и макрофагов к очагу поражения; уменьшает вазодилатацию и повышенную проницаемость сосудистой стенки в пораженной области. Также бетаметазон подавляет реакции гиперчувствительности III и IV типов, препятствуя проникновению сенсibilизированных Т-лимфоцитов и макрофагов к клеткам-мишеням.

Салициловая кислота, входящая в состав лосьона, оказывает кератолитическое действие, способствуя более глубокому проникновению кортикостероидов в кожу. Кроме того, она обладает сквамолитическим, антимикробным и противогрибковым эффектами, а также способствует восстановлению нормального уровня pH кожного покрова.

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

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Мужчина А., 25 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 зудом и шелушением, которые прогрессировали.

Анамнез: проявления на коже головы беспокоят 1 год, ранее к дерматовенерологу не обращался, самостоятельно не лечился.

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 пациента: сознание ясное, самочувствие удовлетворительное. Правильного телосложения, умеренного питания. Рост – 170 см, вес – 73 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. Высыпания на коже головы представлены папулами со слиянием в фигурные бляшки застойного красного цвета с обильным шелушением, расположенные в заушной области и лобной части волосистой части головы с переходом на кожу лба (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.

Клинический диагноз: «Бляшечный псориаз волосистой части головы, прогрессирующая стадия».

Пациенту был рекомендован в качестве наружной монотерапии лосьон Акридерм СК, который нужно было наносить на очаги на волосистой части головы 1 раз в день 10 дней.

Повторный осмотр пациента через 3 нед. продемонстрировал существенное улучшение (рис. 2) в виде практически полного купирования эритемы, значительного уменьшения шелушения. Рекомендовано продолжить поддерживающую терапию лосьоном Акридерм СК 1–2 раза в неделю до 3 нед. в комбинации с шампунями, содержащими цинк.

- **Рисунок 1.** Мужчина А., 25 лет, клинические проявления бляшечного псориаза на коже волосистой части головы в прогрессирующей стадии представлены крупными бляшками с четкими границами, выраженной эритемой и десквамацией
- **Figure 1.** Man A., 25 years old, clinical manifestations of vulgar psoriasis on the scalp in the progressive stage, presented with large plaques with well-defined borders, pronounced erythema, and desquamation



● **Рисунок 2.** Десять дней терапии, псориаз на коже волосистой части головы, регрессирующая стадия, патологический очаг представлен остаточными явлениями и умеренным шелушением

● **Figure 2.** 10 days of therapy, psoriasis on the scalp, regressing stage, the pathological lesion is represented by residual effects and moderate peeling



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Мужчина Б., 42 года, 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 10 лет, обострения ежегодно в осенне-зимний период. 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

● **Рисунок 3.** Мужчина Б., 42 года. Клинические проявления бляшечного псориаза на коже волосистой части головы в прогрессирующей стадии представлены множественными бляшками с четкими границами, с эритемой и десквамацией до терапии

● **Figure 3.** Man B., 42 years old. Clinical manifestations of plaque psoriasis on the scalp in the progressive stage are represented by multiple plaques with clear boundaries with erythema and desquamation before therapy



отягощена. Вредные привычки – алкоголь 1 раз в месяц 300–400 мл. 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 (рис. 3).

Высыпания на коже носят распространенный характер, локализуются на коже волосистой части головы, туловище и конечностях, имеют склонность к симметрии и представлены крупными сливными бляшками с выраженной инфильтрацией и шелушением (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 и гладкой кожи, прогрессирующая стадия».

Пациенту назначен лосьон Акридерм СК 1 раз в день 20 дней. Внутрь курс антигистаминных препаратов – левоцетиризин 10 мг 1 раз в сутки 14 дней, дезинтоксикационная терапия.

Повторный осмотр пациента через 3 нед. – полное купирование патологических очагов на голове. Рекомендован уход за кожей с использованием эмолентов (рис. 4).

● **Рисунок 4.** Двадцать дней терапии, клинические проявления бляшечного псориаза на коже волосистой части головы, стационарная стадия, патологические очаги регрессировали

● **Figure 4.** 20 days of therapy, clinical manifestations of plaque psoriasis on the scalp, stationary stage, pathological foci regressed



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Женщина В., 38 лет, жительница г. Бийска, обратилась к дерматологу в консультативно-диагностическое отделение поликлиники ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» с жалобами на высыпания на волосистой части головы, сопровождающиеся интенсивным зудом, корочки.

Анамнез: страдает псориазом более 4 лет, обострения ежегодно в осенне-зимний период. Не использовала топическую терапию, ранее за медицинской помощью не обращалась. Текущее обострение 3 нед., прогрессирует, связывает со стрессом.

Анамнез жизни: страдает хроническим гастритом, в настоящий период в ремиссии. Операций и травм не было, туберкулез, гепатиты – отрицает. Наследственность по кожной патологии отягощена, псориаз у тети. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Общее состояние больной: сознание ясное, самочувствие удовлетворительное. Правильного телосложения, умеренного питания. Рост – 167 см, вес – 65 кг. Температура тела – 36,8 °С, ЧД – 20 уд/мин, ЧСС – 60 уд/мин, АД – 115/70 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. Тurgор и эластичность кожи в норме. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, шеи, заушной области и лице, представлены крупными сливными бляшками с выраженной инфильтрацией и шелушением (рис. 5).

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».

Пациентке назначен лосьон Акридерм СК 2 раза в день 20 дней, затем перейти на 1 раз в день еще 14 дней.

Повторный осмотр пациентки через 3 нед. продемонстрировал существенное улучшение (рис. 6) в виде практически полного купирования эритемы, отсутствия

● **Рисунок 5.** Женщина В., 38 лет, с клиническими проявлениями бляшечного псориаза на коже волосистой части головы в прогрессирующей стадии, представленными крупными эритематозными бляшками с четкими границами, выраженной десквамацией

● **Figure 5.** Woman V., 38 years old, with clinical manifestations of plaque psoriasis on the scalp in the progressive stage, represented by large erythematous plaques with clear boundaries and pronounced desquamation



● **Рисунок 6.** Двадцать дней терапии, псориаз на коже волосистой части головы, регрессирующая стадия, патологический очаг представлен остаточными явлениями и умеренным шелушением

● **Figure 6.** 20 days of therapy, psoriasis on the scalp, regressing stage, the pathological lesion is represented by residual effects and moderate peeling



зуда, ликвидации инфильтрации и существенного уменьшения шелушения. Рекомендовано продолжить поддерживающую терапию лосьон Акридерм СК 1–2 раза в неделю до 3 нед. в комбинации с шампунями, содержащими цинк.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные клинические случаи иллюстрируют особенности течения псориазического процесса на волосистой части головы, особенно на тех участках кожи, где применение мази или крема затруднено. В связи с этим обоснован выбор лосьона. Показано, что использование лосьона Акридерм СК способствует достижению положительных результатов в лечении клинических проявлений псориаза на коже волосистой части головы.



Поступила / Received 15.01.2026
Поступила после рецензирования / Revised 16.02.2026
Принята в печать / Accepted 18.02.2026

Список литературы / References

- Кубанов АА, Карамова АЭ, Притуло ОА, Аршинский МИ, Знаменская ЛФ, Чикин ВВ и др. Псориаз: клинические рекомендации. М.; 2023. 78 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/234_2.
- Ряпова ЭИ. Современное представление о псориазе. *Наукофера*. 2021;(3-2):33–35. Режим доступа: <https://elibrary.ru/qvlimb>. Ryapova EI. Contemporary conception about psoriasis. *Naukospfera*. 2021;(3-2):33–35. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/qvlimb>.
- Багаева АМ, Бакунина НС, Тоскин ИА. Международный опыт включения оценки качества жизни больных с псориазом в систему мониторинга состояния здоровья населения: систематический обзор. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022;(3):355–392. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2022-3-355-392>. Bagaeva AM, Bakunina NS, Toskin IA. International experience of including the assessment of the quality of life of patients with psoriasis in the public health monitoring system: systematic review. *Current Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2022;(3):355–392. (In Russ.) <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2022-3-355-392>.
- Nickeloff BJ. The cytokine network in psoriasis. *Arch Dermatol*. 1991;127(6):871–884. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2036036>.
- Uyemura K, Yamamura M, Fivenson DF, Modlin RL, Nickeloff BJ. The cytokine network in lesional and lesion-free psoriatic skin is characterized by a T-helper type 1 cell-mediated response. *J Invest Dermatol*. 1993;101(5):701–705. <https://doi.org/10.1111/1523-1747.ep12371679>.
- Пинегин БВ, Иванов ОЛ, Пинегин ВБ. Роль клеток иммунной системы и цитокинов в развитии псориаза. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2013;16(3):19–25. Режим доступа: <https://rjvsd.com/1560-9588/article/view/36764/24558>. Pinegin BV, Ivanov OL, Pinegin VB. The role of immune cells and cytokines in the development of psoriasis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2013;16(3):19–25. (In Russ.) Available at: <https://rjvsd.com/1560-9588/article/view/36764/24558>.
- Lynde CW, Poulin Y, Vender R, Bourcier M, Khalil S. Interleukin 17A: toward a new understanding of psoriasis pathogenesis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(1):141–150. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.12.036>.
- Leonardi CL, Powers JL, Matheson RT, Goffe BS, Zitnik R, Wang A, Gottlieb AB. Etanercept as monotherapy in patients with psoriasis. *N Engl J Med*. 2003;349(21):2014–2022. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa030409>.
- Leonardi CL, Kimball AB, Papp KA, Yeilding N, Guzzo C, Wang Y et al. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). *Lancet*. 2008;371(9625):1665–1674. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60725-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60725-4).
- Кандалова ОВ, Ключникова ДЕ, Айвазова ТВ. Патогенез псориаза: прошлое, настоящее, будущее. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2022;25(3):191–200. <https://doi.org/10.17816/dv108870>. Kandalova OV, Klyuchnikova DE, Ayvazova TV. Pathogenesis of psoriasis: past, present, future. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2022;25(3):191–200. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/dv108870>.
- Ten Berge LL, Petrovic A, Aarebrot AK, Appel S. Current knowledge on autoantigens and autoantibodies in psoriasis. *Scand J Immunol*. 2020;92(4):e12945. <https://doi.org/10.1111/sji.12945>.
- Liang Y, Sarkar MK, Tsoi LC, Gudjonsson JE. Psoriasis: a mixed autoimmune and autoinflammatory disease. *Curr Opin Immunol*. 2017;49:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2017.07.007>.
- Круглова ЛС, Жукова ОВ. Псориаз волосистой части головы: современные методы терапии и возможность длительного контроля над заболеванием. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;12(1):86–93. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2014/1/031997-28492014115>. Kruglova LS, Zhukova OV. Psoriasis of the scalp: modern methods of treatment and the possibility of long-term control of the disease. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2014;12(1):86–93. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2014/1/031997-28492014115>.
- Svensen MT, Feldman SR, Möller S, Kongstad LP, Andersen KE. Long-term improvement of psoriasis patients' adherence to topical drugs: testing a patient-supporting intervention delivered by healthcare professionals. *Trials*. 2021;22(1):742. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05707-6>.
- 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 Venerol*. 2009;23(12):1435–1444. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03372.x>.
- Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum*. 2009;61(2):233–239. <https://doi.org/10.1002/art.24172>.
- Горячкина ВЛ, Иванова МЮ, Цомартова ДА, Карташкина НЛ, Кузнецов СЛ, Ломоносов КМ, Заборова ВА. Физиология волосных фолликулов. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015;18(3):51–54. Режим доступа: <https://rjvsd.com/1560-9588/article/view/36995/24787>. Goryachkina VL, Ivanova MY, Tsomartova DA, Kartashkina NL, Kuznetsov SL, Lomonosov KM, Zaborova VA. Modern concepts on the histophysiology of hair follicles. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2015;18(3):51–54. (In Russ.) Available at: <https://rjvsd.com/1560-9588/article/view/36995/24787>.
- Paus R, Link RE. The psoriatic epidermal lesion and anagen hair growth may share the same "switch-on" mechanism. *Yale J Biol Med*. 1988;61(5):467–476. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2462312>.
- Sawan S, Descamps V. Scalp psoriasis: a paradigm of "switch-on" mechanism to anagen hair growth? *Arch Dermatol*. 2008;144(8):1064–1066. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2008.2>.
- Ovcharenko Y, Serbina I, Zlotogorski A, Ramot Y. Renbök phenomenon in an alopecia areata patient with psoriasis. *Int J Trichology*. 2013;5(4):194–195. <https://doi.org/10.4103/0974-7753.130397>.
- Suzuki T, Ito T, Gilhar A, Tokura Y, Reich K, Paus R. The hair follicle-psoriasis axis: Shared regulatory mechanisms and therapeutic targets. *Exp Dermatol*. 2022;31(3):266–279. <https://doi.org/10.1111/exd.14462>.
- Смирнова ИЮ, Хажомия КД, Медецкая ОМ, Смирнова ОН, Головченко ВВ, Пахалале ЧА, Пташникова ПД. Псориаз и алопеция: есть ли связь? *Эффективная фармакотерапия*. 2024;20(12):6–13. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2024-20-12-6-12>. Smirnova IO, Khazhomiya KD, Medetskaya OM, Smirnova ON, Golovchenko VV, Pakhalale ChA, Ptashnikova PD. Psoriasis and Alopecia – is there a Connection? *Effective Pharmacotherapy*. 2024;20(12):6–13. (In Russ.) <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2024-20-12-6-12>.
- Shuster S. Psoriatic alopecia. *Br J Dermatol*. 1972;87(1):73–77. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1972.tb05103.x>.
- Shuster S. Psoriatic alopecia. *Arch Dermatol*. 1990;126(3):397. <https://doi.org/10.1001/archderm.1990.01670270129024>.
- Runne U, Kroneisen-Wiersma P. Psoriatic alopecia: acute and chronic hair loss in 47 patients with scalp psoriasis. *Dermatology*. 1992;185(2):82–87. <https://doi.org/10.1159/000247418>.
- Ettler J, Wetter DA, Pittelkow MR. Pityriasis amiantacea: a distinctive presentation of psoriasis associated with tumour necrosis factor- α inhibitor therapy. *Clin Exp Dermatol*. 2012;37(6):639–641. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2011.04286.x>.
- Schoorl WJ, van Baar HJ, van de Kerkhof PC. The hair root pattern in psoriasis of the scalp. *Acta Derm Venereol*. 1992;72(2):141–142. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1350403>.
- Miyazaki Y, Yamamoto T, Watanabe K, Katayama I, Nishioka K. Alopecia universalis associated with Zumbusch-type generalized pustular psoriasis. *Dermatology*. 2002;204(4):308–309. <https://doi.org/10.1159/000063371>.
- George SM, Taylor MR, Farrant PB. Psoriatic alopecia. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40(7):717–721. <https://doi.org/10.1111/ced.12715>.
- van de Kerkhof PC, Chang A. Scarring alopecia and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1992;126(5):524–525. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1992.tb11832.x>.
- Смирнова ИЮ, Желонкин АР, Хажомия КД, Владимиров ИС, Медецкая ОМ, Смирнова ОН, Пташникова ПД. Патогенез и лечение псориаза волосистой части головы – факты, гипотезы, перспективы. *Эффективная фармакотерапия*. 2023;19(19):56–62. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2023-19-19-56-62>. Smirnova IO, Zhelonkin AR, Khazhomiya KD, Vladimirova IS, Medetskaya OM, Smirnova ON, Ptashnikova PD. Pathogenesis and Treatment of Scalp Psoriasis – Facts, Hypotheses, Prospects. *Effective Pharmacotherapy*. 2023;19(19):56–62. (In Russ.) <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2023-19-19-56-62>.
- Пузырева АС, Пахомова ВВ, Губанова ЕГ, Недвижина ЕС, Шипилова НА, Бежецких РС, Сергеева ИГ. Клинические особенности течения сквамозных дерматозов волосистой части головы на фоне обильной колонизации дрожжеподобных грибов. *Успехи медицинской микологии*. 2024;26(2):109–111. Режим доступа: <https://elibrary.ru/wjfkfc>. Puzyreva AS, Pakhomova VV, Gubanova EG, Nedvigina ES, Shipilova NA, Bezhetikhikh RS, Sergeeva IG. Clinical features of the course of squamous dermatoses of the scalp against the background of abundant colonization of yeast-like fungi. *Advances in Medical Mycology*. 2024;26(2):109–111. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/wjfkfc>.
- Терещенко ГП, Жукова ОВ, Острецова МН, Бобров МА, Алхадфар С. Папулосквамозные дерматозы волосистой части головы: ключевые аспекты дифференциальной диагностики и лечения. *Медицинский совет*. 2024;18(14):124–132. <https://doi.org/10.21518/ms2024-288>. Tereshchenko GP, Zhukova OV, Ostretsova MN, Bobrov MA, Alkhaffar S. Papulosquamous scalp dermatoses: key aspects of differential diagnosis and treatment. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(14):124–132. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-288>.
- Смагина НН, Порошина ЛА, Ивашкевич ЕА. Дифференциальная диагностика псориазического артрита (обзор литературы). *Проблемы здоровья и экологии*. 2016;4(50):19–24. <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2016-13-4-4>. Smagina NN, Poroshina LA, Ivashkevich EA. Differential diagnosis of psoriatic arthritis (literature review). *Health and Ecology Issues*. 2016;4(50):19–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2016-13-4-4>.
- Самцов АВ. Трудности дифференциальной диагностики себорейного дерматита и бляшечного псориаза на примере конкретного больного.

- Вестник дерматологии и венерологии*. 2011;87(5):98–100. <https://doi.org/10.25208/vdv1071>.
- Samtsov AV. Problems with differential diagnostics of seborrheic dermatitis and plaque psoriasis by the example of a particular case study. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2011;87(5):98–100. (In Russ.) <https://doi.org/10.25208/vdv1071>.
36. Сергеев ЮЮ, Сергеев ВЮ. Дерматоскопия в диагностике инфекционных и паразитарных заболеваний кожи. *Медицинский алфавит*. 2019;2(26):50–53. [https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-2-26\(401\)-50-53](https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-2-26(401)-50-53).
- Sergeev YuYu, Sergeev VYu. Dermatoscopy in diagnosis of infectious and parasitic skin diseases. *Medical Alphabet*. 2019;2(26):50–53. (In Russ.) [https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-2-26\(401\)-50-53](https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-2-26(401)-50-53).
37. Панкратов ВГ, Ревотюк АА, Панкратов ОВ. Дерматоскопическая картина некоторых распространенных дерматозов. *Медицинские новости*. 2011;(12):14–18. Режим доступа: <https://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=5151>.
- Pankratov VG, Revotuk AA, Pankratov OV. Dermatoscopy picture of some widespread dermatoses. *Meditsinskie Novosti*. 2011;(12):14–18. (In Russ.) Available at: <https://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=5151>.
38. Гуценя ВИ. Дифференциальная диагностика себорейного дерматита и псориаза волосистой части головы. В: Стома ИО (ред.). *Проблемы и перспективы развития современной медицины: сборник научных статей XVI Республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых. Гомель, 22–23 мая 2024 г. Гомель: ГомГМУ; 2024.*
39. Снарская ЕС. Топическая терапия псориаза волосистой части головы: от традиций к инновациям. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014;17(2):25–29. <https://doi.org/10.17816/dv36854>.
- 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.) <https://doi.org/10.17816/dv36854>.
40. Бакулев АЛ, Кравченко СС. Псориаз волосистой части головы: новые возможности топической терапии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2013;89(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;89(2):73–78. (In Russ.) <https://doi.org/10.25208/vdv576>.
41. Санакоева ЭГ, Введенская ЭВ, Иванишко ОЮ. Средства наружной терапии в лечении псориаза. *Вестник Медицинского института непрерывного образования*. 2022;(4):24–29. https://doi.org/10.46393/27821714_2022_4_24.
- Sanakoeva EG, Vvedenskaya EV, Ivanishko OYu. Means of external therapy in the treatment of psoriasis. *Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education*. 2022;(4):24–29. (In Russ.) https://doi.org/10.46393/27821714_2022_4_24.
42. Матушевская ЕВ, Владимирова ЕВ, Матушевская ЮИ, Авербух ЕА, Шаталова АЮ. Топическая терапия псориаза. Разбор клинических случаев. *Медицинский совет*. 2021;(8):13–18. Режим доступа: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/6193>.
- Matushevskaya EV, Vladimirova EV, Matushevskaya YI, Averbukh EA, Shatalova AY. Topical psoriasis therapy. Review of clinical cases. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(8):13–18. (In Russ.) Available at: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/6193>.
43. Матушевская ЕВ, Коновалова МВ, Владимирова ЕВ, Свирщевская ЕВ. Патогенез и терапия псориаза и псориатического артрита. *Клиническая дерматология и венерология*. 2019;18(5):634–643. <https://doi.org/10.17116/klinderma201918051634>.
- Matushevskaya EV, Konovalova MV, Vladimirova EV, Svirshchevskaya EV. Pathogenesis and therapy of psoriasis and psoriatic arthritis. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2019;18(5):634–643. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma201918051634>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Ковалева Юлия Сергеевна, д.м.н., заведующая кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Алтайский край, Барнаул, проспект Ленина, д. 40; julia_jsk@mail.ru

Коккина Оксана Александровна, к.м.н., доцент, доцент кафедры дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Алтайский край, Барнаул, проспект Ленина, д. 40; oksana3121@mail.ru

Ведлер Анна Андреевна, к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Алтайский край, Барнаул, проспект Ленина, д. 40; vedler013@mail.ru

Савельева Полина Дмитриевна, студент, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; savelyevapolly@mail.ru

Information about the authors:

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

Oksana A. Kokina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology, and Immunology, Altai State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, Altai Region, 656038, Russia; oksana3121@mail.ru

Anna A. Vedler, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology, and Immunology, Altai State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, Altai Region, 656038, Russia; vedler013@mail.ru

Polina D. Savelyeva, Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; savelyevapolly@mail.ru