

22. O'Connor C., Power D.G., Gleeson C. et al. Pembrolizumab-induced follicular eruption and response to isotretinoin. *Immunotherapy*. 2022; 14 (3): 179–84. DOI: 10.2217/imt-2021-0001

QUINQUAUD'S DISEASE IN THE SPECTRUM OF CONCOMITANT DERMATOLOGIC PATHOLOGY

Professor **M. Tlish**, MD; **N. Sycheva**, Candidate of Medical Sciences; **P. Osmolovskaya**, Candidate of Medical Sciences; **F. Psavok**, Candidate of Medical Sciences; **M. Divin**
Kuban State Medical University, Ministry of Health of Russia, Krasnodar

Cicatricial alopecia is one of the acute issues of modern dermatology due to a permanent cosmetic defect in the form of bald areas with non-recoverable loss of hair follicles. Interrelation of cicatricial alopecia with other dermatoses and somatic diseases is also topical.

The article presents a clinical case of development of Quinquaud's disease of the scalp combined with parapsoriasis lichenoides and multiple seborrheic keratosis on the top of already administered targeted therapy in connection with previously removed skin melanoma.

Among the features of this pathology, we noted: appearance of rashes after a past oncological disease, erythema diffusely spreading throughout the entire scalp, multiple follicular pustules and rapid formation of cicatricial atrophy, severe itching and soreness, resistance to the ongoing therapy, as well as multiple rashes on the skin of body and extremities in the form of lichenoid papules and plaques. For differential diagnostics, multifocal biopsic examination of the skin was carried out, which showed presence of histologic signs of three dermatoses, which make up a spectrum of the concomitant pathology in the patient.

Taking into account the important role of staphylococcal infection in the pathogenesis of Quinquaud's disease and parapsoriasis lichenoides, we can assume similar pathogenetic mechanisms for the development of these diseases in the patient, associated with disorders of cutaneous microbiome. It is possible that a history of the oncological pathology and targeted therapy could lead to a decrease in resistance and suppression of the immune system, which was also a factor contributing to the development of concomitant dermatoses. Appearance of multiple eruptive seborrheic keratomas on skin of the body and extremities may be an indicator of a paraneoplastic process and require oncological screening. Understanding the causes and common factors of formation of dermatoses comorbid with cicatricial alopecia is extremely important for a dermatologist, because it allows performing early diagnostics in a timely manner, assigning treatment and preventing development of the permanent cosmetic defect leading to a decrease in the quality of life.

Key words: dermatology, folliculitis decalvans, cicatricial alopecia, parapsoriasis, seborrheic keratosis, multimorbidity, pathohistology.

For citation: Tlish M., Sycheva N., Osmolovskaya P. et al. Quinquaud's disease in the spectrum of concomitant dermatologic pathology. *Vrach*. 2024; 35 (4): 75–81. <https://doi.org/10.29296/25877305-2024-04-15>

Об авторах/About the authors: Tlish M.M. ORCID: 0000-0001-9323-4604; Sycheva N.L. ORCID: 0000-0002-5245-2987; Osmolovskaya P.S. ORCID: 0000-0002-6764-0796; Psavok F.A. ORCID: 0000-0002-9556-1956; Divin M.E. ORCID: 0009-0008-7646-8474

<https://doi.org/10.29296/25877305-2024-04-16>

Клиническая эффективность применения эмолентов с 30% мочевиной и Антисептиком-Стимулятором Дорогова в липосомальной форме в комплексной терапии хронических дерматозов

М.М. Тлиш, доктор медицинских наук, профессор, **Ж.Ю. Наатыж**, кандидат медицинских наук, доцент, **Т.Г. Кузнецова**, кандидат медицинских наук, доцент, **М.Е. Шавилова**, кандидат медицинских наук
Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар
E-mail: nz hannau@mail.ru

Одним из современных направлений в изучении защитного барьера кожи является исследование динамики кожного процесса. В результате активного воспалительного процесса происходит снижение уровня влаги, нарушение гидролипидной мантии кожи и уменьшение натуральных увлажняющих факторов. Формирование и поддержание защитного кожного барьера являются важным патогенетическим инструментом в лечении воспалительных дерматозов. Хронические дерматозы часто требуют регулярной топической терапии, поэтому безопасные, удобные и эффективные схемы местного применения с хорошими косметическими свойствами могут оказаться очень полезными для данной группы пациентов. Увлажняющие и восстанавливающие барьерные составы клинически признаны ценными местными средствами для лечения пациентов с хроническими дерматозами.

Ключевые слова: дерматология, псориаз, экзема, эмоленты, липосомальные средства базового ухода, хронические дерматозы.

Для цитирования: Тлиш М.М., Наатыж Ж.Ю., Кузнецова Т.Г. и др. Клиническая эффективность применения эмолентов с 30% мочевиной и Антисептиком-Стимулятором Дорогова в липосомальной форме в комплексной терапии хронических дерматозов. *Врач*. 2024; 35 (4): 81–88. <https://doi.org/10.29296/25877305-2024-04-16>

Одним из важных направлений в лечении хронических заболеваний кожи, связанных со склонностью к сухости и развитию воспаления, является поиск эффективных и безопасных методов профилактики и раннего купирования обострений [1]. Это позволяет добиться хорошего контроля состояния кожи у больных хроническими дерматозами [1].

Универсальное средство для наружного лечения хронических дерматозов должно обладать следующими свойствами:

- обеспечивать транспорт активных веществ в межклеточное пространство и внутрь клетки;
- не нарушать структуру липидного барьера;
- восстанавливать эпидермальный барьер;
- применяться длительно в качестве поддерживающего средства терапии [2].

Основная цель эмоленгов – поддерживающая роль в нормализации гиперпролиферации, дифференцировки и апоптоза; кроме того, они оказывают противовоспалительное действие [3]. Большинство смягчающих средств богато липидами. Физиологические липиды (церамиды, холестерин, свободные жирные кислоты) играют важную роль в поддержании и восстановлении барьерной функции эпидермиса при лечении псориаза, экземы и др. [3]. Регулярное применение смягчающих средств улучшает комфорт и уменьшает шелушение, трещины и зуд у пациентов с хроническими дерматозами [4, 5].

Современная лечебная липосомальная косметика «Айсида» является линией космецевтических средств, в разработке которых использовались актуальные научно-медицинские и фармацевтические данные [6]. Действующим веществом средств лечебной косметики «Айсида» является антисептик-стимулятор Дорогова (АСД), который с 1952 г. применяется в лечении заболеваний кожи. АСД химически представляет собой композицию органических и неорганических низкомолекулярных соединений и является биогенным модулятором обменных процессов и иммунитета [2]. Низкомолекулярные компоненты средств «Айсида» способствуют снижению уровня чувствительности рецепторов клеток к иммуноглобулину Е, усиливают связывание гистамина и серотонина, активируют действие гистаминазы, усиливают выработку интерферонов, способствуют повреждению клеточных стенок микроорганизмов и нарушению продукции их внутриклеточного белка, подавляют синтез провоспалительных цитокинов, реакции перекисного окисления липидов и образования свободных радикалов, приводят к усилению синтеза коллагена в дерме [2].

Лечебный компонент АСД в космецевтической линейке «Айсида» заключен в липосомальную форму, которая обеспечивает целенаправленный транспорт действующего вещества без разрушения собственных липидов кожи и его проникновение на достаточную глубину эпидермиса [7–10].

Лечебная косметика «Айсида» обладает антиаллергическим, противовоспалительным и антиоксидантным эффектом, благодаря чему достигается устранение воспаления, зуда, гиперемии, раздражения и других кожных проявлений хронических дерматозов, блокируется рост, размножение и жизнедеятельность микроорганизмов, происходит восстановление нару-

шенного эпидермального барьера кожи и сохраняется длительное увлажнение [7–10]. На фоне ее применения не развиваются побочные эффекты и осложнения, которые характерны для других групп топических препаратов, особенно при длительном применении. Высокая эффективность и абсолютная безопасность линии «Айсида» позволяет применять ее в составе комплексной терапии обострений папулосквамозных дерматозов, а также в качестве средства ухода в период ремиссии [7–10].

Основа кератолитического крема для ног «Айсида» – мочевины в высокой концентрации (30%), которая является признанным компонентом для устранения гиперкератоза. Известно, что мочевины оказывают протеолитическое, кератолитическое, увлажняющее, гигроскопическое, усиливающее проникновение и противозудное действие. Мочевина снижает гиперпролиферацию эпидермиса и индуцирует дифференцировку клеток [3]. Уже при первом применении данный крем размягчает огрубевший слой эпидермиса и в дальнейшем способствует значительному замедлению процесса повторного ороговения кожи.

Входящие в состав натуральные масла, особенно ценное масло авокадо, и витамины способствуют заживлению трещин, восстанавливают мягкость и эластичность кожи.

Кератолитический крем для ног «Айсида» обладает следующими свойствами:

- устраняет мозоли и гиперкератоз кожи;
- деликатно отшелушивает омертвевшие клетки;
- размягчает ороговевшие участки;
- способствует заживлению микротравм;
- восстанавливает гидролипидный слой и барьерную функцию кожи;
- интенсивно увлажняет и смягчает кожу.

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность крема для ног «Айсида» в комплексной терапии пациентов с хроническими дерматозами (псориаз и экзема).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В проспективном одноцентровом несравнительном неинтервенционном исследовании приняли участие 60 пациентов с вульгарным псориазом и экземой, в том числе 34 мужчины и 26 женщин.

Критерии включения в исследование:

- подписание пациентом информированного добровольного согласия;
- возраст старше 18 лет;
- установленный диагноз вульгарного псориаза (процесс на коже имел ограниченный или распространенный характер) или экземы в хронической стадии, наличие высыпаний на коже стоп.

Критерии невключения в исследование:

- верификация других сопутствующих дерматозов;
- соматическая патология в стадии декомпенсации;

- беременность или лактация;
- наличие в анамнезе аллергических реакций на компоненты применяемой терапии;
- отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

В зависимости от диагноза пациентов разделили на две группы исследования:

- 1-я группа (n=30) – пациенты с вульгарным псориазом с локализацией высыпаний на коже подошв (процесс на коже имел ограниченный или распространенный характер);
- 2-я группа (n=30) – больные хронической экземой с локализацией высыпаний на коже подошв.

В исследовании приняли участие пациенты в возрасте от 20 до 83 лет: средний возраст участников 1-й группы составил 46,2±16,5 года, 2-й группы – 52,2±11,8 года.

Все пациенты получали системное и наружное лечение, а также физиотерапию согласно утвержденным Федеральным клиническим рекомендациям [11, 12]. В качестве наружной терапии пациенты обеих групп получали топические глюкокортикостероиды. С целью уменьшения зуда и сухости кожи больным дополнительно назначался крем для ног «Айсид», ежедневно, 2 раза в день (утром и вечером) на проблемные участки кожи после регресса яркости островоспалительной реакции. Длительность лечения составила 30 дней.

Показатели эффективности терапии регистрировали на 7-й, 15-й и 30-й день. Для этого у больных псориазом (1-я группа) в процессе лечения тяжесть и распространенность кожного патологического процесса оценивали с помощью индекса PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), а степень выраженности изменений ногтей – по данным индекса NAPSИ (*Nail Psoriasis Severity Index*). Динамику высыпаний у пациентов с экземой (2-я группа) отслеживали с применением индекса РОЕМ (*Patient Oriented Eczema Measure*). Для оценки показателей качества жизни в обеих группах использовалась русскоязычная версия опросника СКИНДЕКС-29. Опросник заполнялся каждым пациентом самостоятельно при первичном осмотре и на каждом последующем визите. Безопасность терапии отслеживали с помощью регистрации местных побочных реакций.

Статистический анализ полученных данных проводили с применением программного обеспечения Statistica 10 (StatSoft Inc.) и Microsoft Excel (Microsoft Office 2018). Использовали методы непараметрической статистики. Для определения достоверности отличий количественных показателей применялся Т-критерий Уилкоксона. Различия считали достоверными при уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Под наблюдением в 1-й группе находились 9 (30,0%) женщин и 21 (70,0%) мужчина, в 2-й группе – 17 (56,7%) и 13 (43,3%) соответственно. Средний воз-

раст больных псориазом составил 46,2±16,5 года, пациентов с экземой – 52,2±11,8 года. Давность заболевания у участников исследования варьировала от 3 нед до 20 лет.

В 1-й группе до начала лечения по данным значимый PASI среднетяжелое течение псориаза наблюдалось у 10 (33,3%) пациентов, тяжелое – у 20 (66,7%), при этом средние значения данного индекса составили 22,4±9,2 балла. На 7-й день терапии индекс PASI снизился на 16,8%, к 15-му дню – на 38,2%, а к концу наблюдения (30-й день) – на 58,2% ($p < 0,05$). На момент окончания терапии легкая степень заболевания была зарегистрирована у 11 (36,7%) больных, среднетяжелая – у 18 (60,0%), только у 1 (3,3%) пациента сохранялось тяжелое течение кожного патологического процесса.

В 1-й группе псориазическое поражение ногтей наблюдалось у 27 пациентов. Среднее значение NAPSИ до начала терапии составило 13,4±8,6 балла; легкое поражение ногтей выявлено у 23 (85,2%) пациентов, среднетяжелое – у 3 (11,1%), тяжелое – у 1 (3,7%). В процессе терапии к 7-му дню наблюдения данный показатель снизился на 13,4%, к 15-му дню – на 32,5%, к 30-му дню – на 50,6% ($p < 0,05$) (рис. 1).

Во 2-й группе до начала терапии среднее значение индекса РОЕМ составило 15,5±6,8 балла, при этом тяжелое течение экземы отмечалось у 4 (13,3%) больных, у остальных пациентов зарегистрирован процесс средней степени тяжести – у 26 (86,7%). К 7-му дню терапии этот показатель уменьшился на 25,4%, к 15-му дню – на 53,9%, а к моменту завершения наблюдения (30-й день) – на 84,7% ($p < 0,05$). К 30-му дню терапии легкое течение экземы наблюдалось у 7 (23,3%) пациентов, почти чистая кожа – у 23 (76,7%) (рис. 2).

При сборе анамнеза выявлено, что пациенты обеих групп отмечали уменьшение зуда и сухости уже на 7-й день от начала терапии. К 15-му дню лечения у больных полностью исчезли жалобы на зуд, сухость и чувство стягивания в очагах поражения, к 30-му дню практически все пациенты описывали комфортное состояние кожи, сохраняющееся почти целый день.

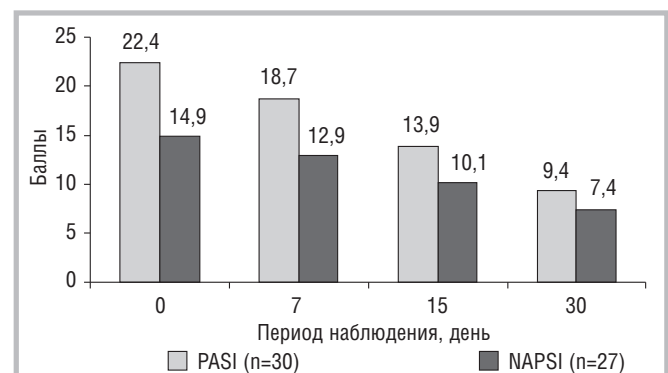


Рис. 1. Динамика PASI и NAPSИ в 1-й группе в процессе терапии
Fig. 1. Changes in PASI and NAPSИ in group 1 in the course of therapy

До начала терапии средние значения шкалы опросника СКИНДЕКС-29 у больных псориазом и экземой составили $13,4 \pm 8,6$ и $26,3 \pm 3,6$ баллов соответственно. На 7-й день лечения у пациентов с псориазом (1-я группа) данный показатель снизился на 7,6%, у больных экземой (2-я группа) – на 7,0%. При последующем наблюдении положительная динамика СКИНДЕКС-29 сохранялась в обеих группах. При этом у больных псориазом на 15-й день лечения зафиксировано снижение среднего значения анализируемого показателя на 20,7%, а к концу терапии – на 36,7% ($p < 0,05$). У больных экземой к 15-му дню и к концу наблюдения уровень СКИНДЕКС-29 снизился на 24,9 и 42,5% соответственно ($p < 0,05$) (рис. 3).

Субъективное мнение пациентов: дана положительная оценка органолептическим свойствам продукта и удобству его применения. Пациенты описывали кожу после нанесения кератолитического крема для ног «Айсид» при ежедневном применении как восстановленную, без чувства стянутости, в комфортном состоянии в течение дня.

Наряду с наличием выраженного улучшения со стороны кожного патологического процесса па-

циенты отметили хорошую переносимость и удобство применения кератолитического крема для ног «Айсид». Зарегистрировано отсутствие нежелательных явлений в процессе терапии, что отражает безопасность применения данного липосомального средства базового ухода в комплексной терапии хронических дерматозов.

Полученные результаты исследования демонстрируют высокую эффективность комплексной терапии с использованием кератолитического крема для ног «Айсид» при псориазе и хронической экземе с локализацией высыпаний на коже стоп. С целью наглядного примера приводим клинические наблюдения пациентов с псориазом и экземой, которым была назначена терапия согласно протоколу исследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №1

Пациент Г., 49 лет, считает себя больным с 1995 г., когда после перенесенного стресса появились высыпания на коже волосистой части головы, в течение следующих 13 лет высыпания постепенно распространялись на кожу туловища и конечностей; пациент не обращался за медицинской консультацией по поводу высыпаний и не лечился. В 2008 г. пациент обратился к дерматологу, которым впервые был установлен диагноз псориаз. В период 2008–2024 гг. пациент отмечал обострения 1–2 раза в год, преимущественно в осенне-весенний период. Лечился нерегулярно, используя время от времени только топическую терапию. За указанный период 3 раза (в 2012, 2015 и 2017 г.) проходил стационарное лечение в ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» (Краснодар), пациенту проводилась системная патогенетическая терапия цитостатиками, фототерапия и наружная терапия, в ходе которой он отмечал улучшения. В 2012 г. во время госпитализации консультирован ревматологом, установлен диагноз псориатический артрит. После выписки пациент не соблюдал рекомендации. Последнее обострение отмечает в течение 3 мес, не лечился.

При госпитализации предъявлял жалобы на высыпания на коже волосистой части головы, туловища, конечностей, периодический интенсивный зуд, жжение, сухость, чувство стягивания. Со стороны других органов и систем беспокоит утренняя скованность и болезненность в суставах позвоночника, лучезапястных и голеностопных суставах, суставах кистей и стоп, слабость, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$.

Из анамнеза жизни известно, что пациент злоупотребляет алкоголем, проживает один, не работает. Наследственность отягощена: у отца пациента был диагноз псориаз.

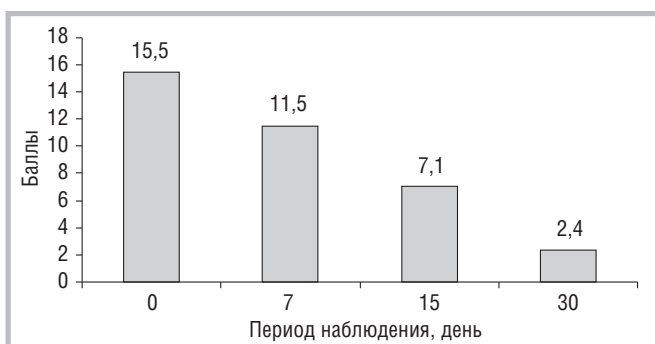


Рис. 2. Динамика индекса РОЕМ во 2-й группе в процессе терапии
Fig. 2. Changes in POEM indices in group 2 in the course of therapy

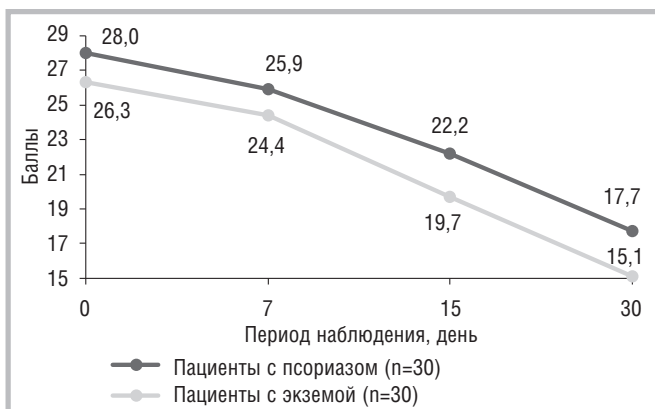


Рис. 3. Динамика значений опросника СКИНДЕКС-29 в группах исследования
Fig. 3. Changes in the values of the SKINEX-29 questionnaire in the study groups

На момент осмотра кожный патологический процесс носил распространенный симметричный характер, располагался на коже волосистой части головы, туловища и конечностей. На коже волосистой части головы в лобно-теменной области с переходом в заушную область располагалась бляшка с выраженной инфильтрацией (симптом Картамышева), ярко-красного цвета, покрытая серебристо-белыми чешуйками. На коже туловища, верхних и нижних конечностей (преимущественно по разгибательным поверхностям) визуализировались лентикулярные, нуммулярные папулы, бляшки с выраженной инфильтрацией, насыщенно ярко-красного цвета, покрытые в центре корко-чешуйками. Периферическая часть папул свободна от чешуек – симптом Пильнова.

Кожа обеих стоп с переходом на область голеностопного сустава и нижнюю треть голени инфильтрирована, красновато-синюшного цвета, с наличием крупнопластинчатого шелушения. В пяточной области, области пальцев стоп определялись признаки гиперкератоза. Ногтевые пластинки пальцев стоп тусклые, желтого цвета, выражен подногтевой гиперкератоз (рис. 4 а, б).

Установлен диагноз: псориаз обыкновенный (L40.0).

Сопутствующий диагноз: псориатический артрит, полиартритический вариант с поражением голеностопных, плюневых, межфаланговых суставов кистей, стоп, крестцово-подвздошных сочленений (правосторонний сакроилеит I рентгенологической стадии); дактилиты обеих стоп; функциональный класс 2.



Рис. 4. Пациент Г., 49 лет: клинические проявления псориаза на коже правой и левой стопы до начала лечения (а, б) и на 15-й день проведения комплексной терапии с использованием средства базового ухода – крема для ног «Айсиды» (в)

Fig. 4. Patient G., 49 years old: clinical manifestations of psoriasis on the skin of the right and left feet before treatment (a, б) and on the 15th day of complex therapy with the use of basic care product – «Aysida» foot cream (в)

Перенесенные заболевания: сифилис, гонорея в 1994 г.

При обследовании выявлены отклонения в общем анализе крови: скорость оседания эритроцитов – 26 мм/ч.

Биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза – 135 ЕД/л, аспаратамино-трансфераза – 153 ЕД/л, щелочная фосфатаза – 129 Ед/л; гамма-глутамилтрансфераза – 140 Ед/л, С-реактивный белок – 30 мг/л.

Назначено лечение:

- раствор натрия хлорида 0,9%-250,0 + адеметионин 800 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки №10;
- адеметионин 400 мг 2 раза в день в течение 3 мес;
- омега-3 20 мг/сут;
- нимесулид 100 мг 1 раз в сутки.

Наружная терапия: крем бетаметазона дипропионат + салициловая кислота 2 раза в день в течение 4 нед; крем для ног «Айсиды» 2 раза в день, ежедневно в течение 30 дней (на кожу стоп).

Рекомендовано: консультация терапевта, гастроэнтеролога, ревматолога.

На 7-й день на фоне проводимой терапии при контрольном осмотре кожного патологического процесса на коже стоп наблюдалось некоторое снижение яркости островоспалительной реакции, корко-чешуйки частично отторглись, сохранились участки гиперкератоза в пяточной области. На 15-й день – признаки воспалительной реакции практически полностью регрессировали, корко-чешуйки отторглись, симптомы гиперкератоза были слабо выражены в пяточной области (см. рис. 4, в). На 30-й день осмотра признаки гиперкератоза регрессировали полностью.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2

Пациент Г., 66 лет, диагноз экзема установлен 4 года назад. До этого пациент несколько лет лечился с диагнозом дисгидроз. Пациент отмечал периодическое появление высыпаний на коже стоп преимущественно после стрессовых ситуаций. Неоднократно обращался к дерматологу по месту жительства, при обострении проводилась терапия в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по лечению экземы, с временным эффектом. Последнее обострение возникло 3 нед назад, врачом-дерматологом по месту жительства проводилось лечение амбулаторно: системные глюкокортикостероиды, гипосенсибилизирующая, антибактериальная и наружная терапия. Пациент отмечал улучшение, но после отмены инфузионной терапии глюкокортикостероидов наступал рецидив.

Больной — эмоционален, тревожен.

На момент осмотра пациент предъявлял жалобы на высыпания на коже обеих стоп, зуд периодического характера.

Кожный патологический процесс носил ограниченный симметричный характер, располагался на коже стоп. Кожа подошвенной поверхности стоп с трансградиентным переходом на боковую поверхность и пальцы, гиперемирована, инфильтрирована с наличием обрывков подрытого, отслоившегося рогового слоя эпидермиса. На коже сгибательной поверхности I и II пальцев стоп визуализировались трещины (рис. 5, а).

В результатах клинико-лабораторных исследований крови (общий и биохимический анализы крови) и общем анализе мочи отклонений не выявлено.

Установлен диагноз: экзема истинная, хроническая.

Назначено лечение:

- цетиризин 10 мг 1 раз в сутки, в течение 20 дней;
- гидроксизин 25 мг 2 раза в сутки, в течение 3 нед;
- преднизолон 5 мг — 30 мг/сут в течение 5 дней, с последующим снижением по 5 мг 1 раз в 5 дней до полной отмены.

Наружная терапия: раствор метиленовый синий водный 2% — 2 раза в день; бетаметазон + гентамицин крем — 2 раза в день; крем для ног «Айсид» 2 раза в день, ежедневно в течение 30 дней (на кожу стоп).

Рекомендовано ограничить стрессовые ситуации и водные процедуры. Строгое соблюдение гипоаллергенной диеты.

На 7-й день терапии практически полностью исчез зуд, яркость гиперемии угасла, инфильтрация несколько уменьшилась, но сохранялись тре-

щины. К 15-му дню терапии стало отчетливо проследиваться уменьшение площади поражения кожи и тяжести течения экзематозного процесса, отсутствовали жалобы на кожный зуд (см. рис. 5, б). К окончанию курса терапии кожный патологический процесс разрешился.

С учетом положительной динамики течения кожного патологического процесса, хронического течения дерматоза и высокой вероятности рецидивов пациенту продолжена наружная терапия топическими глюкокортикостероидами в «проактивном» режиме, в комплексе с кремом для ног «Айсид».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что применение в комплексной терапии кератолитического крема для ног «Айсид» у пациентов с вульгарным псориазом и хронической экземой при локализации высыпаний на коже стоп, способствует:

- более быстрому устранению субъективной симптоматики;
- более раннему снижению интенсивности клинических симптомов заболевания;
- снижению интенсивности воспалительного процесса и значительному улучшению состояния кожи;
- формированию ремиссии и клинической эффективности лечебных мероприятий у достоверно большего количества пациентов при повышении переносимости.

Полученные результаты обуславливают высокую эффективность и перспективность применения крема для ног «Айсид» в качестве средства базового ухода у пациентов с хроническими дерматозами.

Объединяя высокую эффективность активно действующих компонентов (АСД и 30% мочевины) и преимущества эмоленов, кератолитический крем для ног «Айсид» реализует биологическое действие на фоне высокого профиля безопасности, что, в свою очередь, формирует приверженность пациентов к терапии и увеличение эффективности лечения.

Источники финансирования. Авторы заявляют об отсутствии спонсорской поддержки при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Криницына Ю.М., Сергеева И.Г., Онопченко В.В. и др. Противовоспалительный эффект липосомальных средств базового ухода при дерматозах, ассоциированных с сухостью кожи. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012; 5: 98–104 [Krinitsyna Yu.M., Sergeeva I.G., Onipchenko V.V., et al. Anti-inflammatory effect of basic care liposomal drugs in case of dermatoses associated with dry skin. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2012; 5: 98–104 (in Russ.)].



Рис. 5. Пациент Т., 66 лет: сравнительная динамика клинических проявлений экземы истинной, хронической на коже стоп: а — до начала лечения; б — через 15 дней терапии

Fig. 5. Patient T., 66 years old: comparative dynamics of clinical manifestations of true, chronic eczema on the skin of the feet: а — before treatment; б — after 15 days of therapy



АЙСИДА®

КРЕМ ДЛЯ НОГ

АСД

АКТИВНЫЙ КОМПЛЕКС

оказывает противовоспалительное, противозудное и регенерирующее действие

30%

МОЧЕВИНА

смягчает загрубевшие участки кожи



МАСЛО АВОКАДО

способствует заживлению трещин



Способствует размягчению гиперкератоза, заживлению трещин, интенсивно увлажняет и смягчает кожу



Усиливает эффективность противогрибковой терапии

ПСОРИАЗ

Крем для ног Айсида в комплексной терапии **способствует снижению тяжести псориаза и поражения ногтей в 2 раза**, уменьшая площадь поражения и толщину бляшки, снижая зуд и покраснения кожи

ЭКЗЕМА

У пациентов с хронической экземой крем для ног Айсида в комплексной терапии показал высокую **эффективность в снижении тяжести заболевания: на 54% к 14-му дню и на 85% к 30-му дню терапии**. Пациенты отметили эффект «восстановления кожи» и высоко оценили его органолептические свойства.

2. Горланов И.А., Леина Л.М., Милявская И.Р. и др. Эффективность и безопасность препаратов косметической линии «Айсид» в лечении детей с атопическим дерматитом. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2012; 15 (6): 27–30 [Gorlanov I.A., Leina L.M., Milyavskaya I.R. et al. Efficiency and safety of isida cosmetic agents in the treatment of children with atopic dermatitis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2012; 15 (6): 27–30 (in Russ.)]. DOI: 10.17816/dv36742

3. Новиков Ю.А., Зубарева Е.Ю., Кунгурова Л.Р. и др. Комплексная местная терапия прогрессирующей стадии псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2022; 21 (1): 92–6 [Novikov Y.A., Zubareva E.Y., Kungurova L.R. et al. Complex topical therapy of progressive psoriasis. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2022; 21 (1): 92–6 (in Russ.)]. DOI: 10.17116/kiiderma20222101192

4. Cohen S.N., Baron S.E., Archer C.B. Guidelines for the diagnosis and clinical treatment of psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2012; 37 (1): 13–8. DOI: 10.1111/j.1365-2230.2012.04337.x

5. Дворянюкова Е.В., Корсунская И.М., Дениева М.И. и др. Качество жизни у больных хроническими заболеваниями кожи. *Врач*. 2017; 28 (7): 75–7. [Dvoryankova E., Korsunskaya I., Denieva M. et al. Quality of life in patients with chronic skin diseases. *Vrach*. 2017; 28 (7): 75–7 (in Russ.)].

6. Широкова Ирина Косметика особого назначения. *Ремедиум*. 2011; 10: 24–8 [Shirokova I. «Intelligent» cosmetics. *Remedium*. 2011; 10: 24–8 (in Russ.)].

7. Шперлинг Н.В., Венгеровский А.И., Шперлинг И.А. Клиническая эффективность препарата «Айсид» – крем-гель для сухой и чувствительной кожи. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011; 14 (5): 62–4 [Shperling N.V., Vengerovskiy A.I., Shperling I.A. et al. Clinical effectiveness of «Aysida» preparations – cream-gel for dry and sensitive skin. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2011; 14 (5): 62–4 (in Russ.)]. DOI: 10.17816/dv37390

8. Снарская Е.С. Новые возможности топической коррекции хронических дерматозов у детей – липосомальная линия «Айсид». *Эффективная фармакотерапия. Педиатрия*. 2011; 5: 64–9 [Snarskaya E.S. New possibilities of topical correction of chronic dermatoses in children – liposomal line «Aysida». *Effective pharmacotherapy. Pediatrics*. 2011; 5: 64–9 (in Russ.)].

9. Ключарева С.В. Результаты сравнительного исследования косметической линии Айсид и стандартных схем терапии у пациентов с чувствительной кожей и хроническими дерматозами. М., 2010 [Klyuchareva S.V. The results of comparative study of Aysida and routine therapies in patients with sensitive skin and chronic dermatoses. Moscow, 2010; 60 p. (in Russ.)]

10. Волошин Р.Н., Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г. и др. Оценка эффективности препаратов серии «Айсид» в комплексной терапии псориаза волосистой части головы. *Журнал фундаментальной медицины и биологии*. 2015; 2: 30–2 [Voloshin R.N., Tlish M.M., Kuznetsova T.G. et al. Assessment of the efficacy of the series «Aysida» in complex therapy of psoriasis of the scalp. *Journal of Fundamental Medicine and Biology*. 2015; 2: 30–2 (in Russ.)].

11. Федеральные клинические рекомендации. Псориаз. 2023 [Federal clinical recommendations. Psoriasis. 2023 (in Russ.)]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/234_2

12. Федеральные клинические рекомендации. Экзема. 2021 [Federal clinical guidelines. Eczema. 2021 (in Russ.)]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/246_2

CLINICAL EFFECTIVENESS OF EMOLLIENTS WITH 30% UREA AND ANTISEPTIC DOROGOV'S STIMULATOR IN LIPOSOMAL FORM IN THE COMPLEX THERAPY OF CHRONIC DERMATOSES

Professor **M. Tlish**, MD; Associate Professor **Zh. Naatyzh**, Candidate of Medical Sciences; Associate Professor **T. Kuznetsova**, Candidate of Medical Sciences; **M. Shavilova**, Candidate of Medical Sciences; Kuban State Medical University, Ministry of Health of Russia, Krasnodar

One of the modern trends in the study of the protective barrier of the skin is the study of the dynamics of the skin process. As a result of the active inflammatory process, a decrease in moisture levels occurs, a violation of the hydrolipid mantle of the skin and a decrease in natural moisturizing factors. The formation and maintenance of a protective skin barrier is an important pathogenetic tool in the treatment of inflammatory dermatoses. Chronic dermatoses often require regular topical therapy, so safe, convenient and effective topical regimens with good cosmetic properties can be very beneficial for this group of patients. Moisturizing and barrier-restoring formulations are clinically recognized as valuable topical treatments for patients with chronic dermatoses.

Key words: dermatology, psoriasis, eczema, emollients, liposomal basic care products, chronic dermatoses.

For citation: Tlish M., Naatyzh Zh., Kuznetsova T. et al. Clinical effectiveness of emollients with 30% urea and antiseptic Dorogov's stimulator in liposomal form in the complex therapy of chronic dermatoses. *Vrach*. 2024; 35 (4): 81–88. <https://doi.org/10.29296/25877305-2024-04-16>

Об авторах/About the authors: Tlish M.M. ORCID: 0000-0001-9323-4604; Naatyzh Zh.Yu. ORCID: 0000-0001-9754-5063; Kuznetsova T.G. ORCID: 0000-0002-0426-5167; Shavilova M.E. ORCID: 0000-0002-5776-6221