

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРЕМА «АКРУСТАЛ» И МАЗИ «КАРТАЛИН»  
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА  
(краткое сообщение)

П.М. АЛИЕВА, Г.А.ЭФЕНДИЕВА

*ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»,  
пл. Ленина, 1, г. Махачкала, Республика Дагестан, Россия, 367005*

**Аннотация.** Псориаз – заболевание кожи, имеющее мультифакториальное происхождение, одним из условий успешного результата – это применение традиционных препаратов в комплексе с наружной терапией. Альтернативным вариантом местного лечения является использование лечебно-профилактического средства – «Акрустал». Авторы приводят описание клинических проявлений псориаза у 24 больных на фоне применения крема «Акрустал» и мази «Карталин». Терапия псориаза «Акрусталом» способствует быстрому достижению выраженного клинического эффекта.

**Ключевые слова:** псориаз, акрустал, карталин, индекс PASI, лечение.

EVALUATION OF THE CLINICAL EFFICACY OF THE CREAM "ACRUSTAL"  
AND THE OINTMENTS "KARTALIN" IN THE TREATMENT OF PSORIASIS  
(scientific report)

P.M. ALIEVA, G.A. EFENDIEVA

*Dagestan State Medical Academy, Sq. 1 Lenin, Makhachkala, Republic of Dagestan, Russia, 367005*

**Abstract.** Psoriasis is the skin disease having multi-factorial origin. One of the conditions for successful treatment is the use of traditional medicines in combination with external therapy. Alternative local treatment is the use of the therapeutic and prophylactic cream "Acrustal". The authors give a description of the clinical manifestations of psoriasis in 24 patients on a background of application of the cream "Acrustal" and the ointments "Kartalin". Therapy of psoriasis by means of the "Acrustal" contributes to the rapid achievement of the expressed clinical effect.

**Key words:** psoriasis, Acrustal, Kartalin, index PASI, treatment.

Псориаз является хроническим рецидивирующим дерматозом мультифакториальной природы [9, 15], в этиопатогенезе которой значительную роль играет генетическая предрасположенность в комплексе с факторами внешней среды [13]. Заболевание характеризуется выраженной воспалительной реакцией в дерме, патологическим разномножением эпидермальных клеток, нарушением процессов кератинизации [10].

Псориаз затрагивает все стороны жизни, социальную адаптацию, профессиональную жизнь, семейные отношения, интимную сферу [14], в связи с чем необходимо учитывать качество жизни при терапии больных псориазом [2, 7].

Неясность этиопатогенеза, увеличение числа тяжелых, калечащих форм, нередко приводящих к инвалидизации, диктуют необходимость поиска новых современных методов терапии псориаза [11]. К примеру, наблюдения показали высокую эффективность кортикостероидной терапии (бетаметазона и дипропионата) при устранении острых клинических проявлений (эритродермических состояний) [3, 8]. Клиническое излечение при комбинированном применении ретиноидов (ацитретина) было достигнуто у 84-92% больных [1]. Таким образом, упорное и резистентное течение служит основанием для применения более совершенных и безопасных способов лечения, включая и наружные лекарственные препараты.

Системность в лечении псориаза предполагает в комплексе использование десенсибилизирующих средств, гепатопротекторов, витаминов, дезинтоксикационных и мазевых препаратов [4, 12]. В стационарной и регрессирующей стадии псориаза в качестве наружной терапии применяют различные редуцирующие мази и крема [5, 6].

**Цель исследования** – исследование клинической эффективности нового препарата – крема «Акрустал» и мази «Карталин» при комплексном лечении в условиях стационара.

**Материалы и методы исследования.** Крем «Акрустал» является натуральным, не содержащим гормонов лекарственным препаратом, в состав которого входят солидол, мёд натуральный, экстракт алоэ, воск пчелиный, масло кедровое, масло эвкалипта, тысячелистника, масляный экстракт календулы,

**Библиографическая ссылка:**

Алиева П.М., Эфендиева Г.А. Оценка клинической эффективности крема «акрустал» и мази «карталин» в комплексной терапии псориаза (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-118. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5003.pdf> (дата обращения: 11.12.2014).

масляный экстракт ромашки, масляный экстракт шиповника, масляный экстракт зародышей пшеницы, экстракт солодки, можжевельника.

Настоящее исследование проводилось на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера, г. Махачкала.

Под наблюдением находилось 12 больных псориазом, из них 6 мужчин и 6 женщин в возрасте от 19 до 53 лет. Из них 9 человек – с распространённой, 3 – с ограниченной формой псориаза. Длительность заболевания составила – у 2 больных более 15 лет; от 10 до 15 лет – у 1 больной; от 3 до 10 лет – 5 человек; от 1 до 3 лет – у 3 пациентов.

Наследственность отягощена у 4 человек, а сопутствующая патология – у 6-х. Провоцирующими факторами были стрессовые ситуации, пищевые аллергии, смена климатических условий, сезонность. При сборе анамнеза выяснено, что 4 больных отмечают стрессы и сезонность; 4 пациентов – ни с чем не связывают; 1 больной отмечает алиментарный фактор, 1 человек – сочетание стрессовых ситуаций, сезонности и пищевого фактора.

Больные ранее проходили амбулаторно курсы лечения, применяя наружно кортикостероидные мази, отшелушивающие средства, а также антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, гепатопротекторы в комплексе с УФО; 2 человека – применяли мазевую терапию, состоящую из мазевых препаратов (2% салициловая мазь, белосалик, борный вазелин). Проводимое лечение с использованием кортикостероидных мазей приносили кратковременный клинический эффект, после чего наступало очередное обострение процесса. Контрольная группа больных была набрана в количестве 10 человек, получавших традиционные методы лечения.

Крем «Акрустал» наносился на псориазические высыпания тонким слоем без окклюзионной повязки ежедневно 1-2 раза в день. Крем применяли в комплексе с антигистаминными, десенсибилизирующими препаратами, гепатопротекторами, витаминами и седативными средствами, а также адсорбентами.

Универсальных критериев для определения степени тяжести псориаза не существует, но часто её оценивают по площади поражённой кожи. Национальный фонд псориаза (США) предлагает считать псориазом лёгкой степени тяжести поражение кожи менее 3% поверхности тела, псориазом средней степени – поражение от 3 до 10%, а тяжёлой степени – поражение более 10% всего кожного покрова. В руководстве Национального фонда псориаза по применению биологических препаратов, выпущенном Британской ассоциацией дерматологов, тяжёлая степень псориаза определяется величиной *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) – индекса площади поражения и тяжести псориаза. PASI превышающий 10, соответствует поражению более 10% поверхности тела [17]. В руководстве по лечению псориаза, опубликованном Немецким дерматологическим обществом, индекс PASI > 10 соответствует псориазу умеренно тяжёлой степени тяжести [16].

**Результаты и их обсуждение.** Эффективность крема «Акрустал» оценивалась путём оценки динамики индекса PASI до и после лечения. Через 3,5 недели повторно исследовали индекс PASI и, основываясь на получаемых результатах, мы оценивали терапевтическую эффективность препарата «Акрустал». На фоне лечения происходит негативация клинических симптомов псориаза. Отмечается снижение индекса PASI у наблюдаемых больных через 4 недели от начала лечения (табл. 1).

Таблица 1

**Динамика индекса PASI на фоне лечения кремом «Акрустал»**

PASI	Среднее значение индекса PASI		Уменьшение индекса PASI
	до	после	
Значения до 10	8.4	3.8	2.2
Значения от 10 до 20	15.3	2.7	5.7
Значения от 20 и выше	31.4	9.1	3.4

Как мы видим, в среднем уменьшение индекса происходит в 3,8 раз. До лечения у 16,7% пациентов значения индекса PASI не превышали 10 баллов. У 41,7% человек – от 10 до 20 баллов, у 41,7% больных превысили 20 баллов.

После проводимой терапии индекс превышал 10 у 83,3% человек; у 16,7% больных отмечено в значении от 10 до 20 баллов; ни у одного больного не выявлено значения PASI выше 20 баллов.

Во время лечения кремом «Акрустал» всех пациентов данной группы беспокоил зуд различной интенсивности. Динамика степени выраженности зуда представлена в табл. 2

**Библиографическая ссылка:**

Алиева П.М., Эфендиева Г.А. Оценка клинической эффективности крема «акрустал» и мази «карталин» в комплексной терапии псориаза (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-118. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5003.pdf> (дата обращения: 11.12.2014).

**Выраженность жалоб**

Зуд		
	до	после
очень сильный	-	-
сильный	3	-
умеренный	9	-
слабый	-	7
отсутствует	-	5

У 25% больных до лечения отмечается сильный зуд, умеренная степень зуда у 75% и ни у одного после лечения, слабая степень зуда до лечения не выявлена в исследуемой группе, после – у 58,3% человек. Динамика интенсивности клинической симптоматики приведена в табл. 3.

Таблица 3

**Динамика объективной симптоматики**

Симптом	Эритема		Шелушение		Инфильтрация	
	до	после	до	после	до	после
очень сильный	1	-	2	-	-	-
сильный	4	-	3	-	5	-
умеренный	7	2	5	-	5	1
слабый	-	8	2	2	2	9
отсутствует	-	2	-	10	-	2

Выраженная эритема – у 33,3% больных до лечения, после – ни у одного человека. Только у 8,3% пациента очень сильная эритема до, а после применения крема «Акрустал» среди данных больных отсутствует вовсе. До лечения сильное шелушение у 25% больных, после – ни у одного человека; умеренно выраженное – у 41,7% больных до терапии, после не отмечено ни у одной больной. В наблюдаемой группе до лечения выраженная инфильтрация отмечалась у 41,7% пациентов, после лечения – ни у одного больного.

Что касается динамики качества жизни пациентов, необходимо отметить, что на фоне регресса псориазического процесса наблюдается снижение тревожных и депрессивных состояний у больных.

В табл. 4 отражены результаты проведенного анкетирования среди лиц нашей группы.

Таблица 4

**Динамика качества жизни пациентов**

	Влияние на проф. деятельность		Степень замкнутости и подавленности		Влияние на Повседневную деятельность		Зависимость в выборе одежды		Влияние на соц. активность и отдых	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Очень сильно	1	0	1	0	2	0	5	0	6	1
сильно	8	3	10	1	5	0	5	1	2	2
немного	3	6	0	7	5	9	1	9	4	7
совсем нет	0	3	1	4	0	3	1	2	-	2

Что касается динамики кожного процесса – наблюдения над больными проходили в течение 4-х недель ежедневно. Через 2 дня от начала лечения у 2 пациентов из 10-х – через 30 минут после нанесения крема появилось покраснение, сопровождающееся зудом. Эритема самостоятельно прошла через 20 минут бесследно, не требуя прекращения лечения. Оценка переносимости крема «Акрустал» приведена в табл. 5.

**Библиографическая ссылка:**

Алиева П.М., Эфендиева Г.А. Оценка клинической эффективности крема «акрустал» и мази «карталин» в комплексной терапии псориаза (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-118. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5003.pdf> (дата обращения: 11.12.2014).

Оценка переносимости крема «Акрустал»

Переносимость	Количество пациентов	%
очень хорошая	10	83,3
хорошая	2	16,7

Значит, у 83,3% больных переносимость крема оценивалась как очень хорошая, то есть с отсутствием побочных эффектов. У 16,7% больных оценена как хорошая, то есть с кратковременным побочным действием, проходящим самостоятельно, не требующим коррекции лечения.

С целью сравнительной характеристики приведём пример клинической эффективности мази «Карталин» в терапии 20 больных псориазом. Среди них 10 мужчин и 10 женщин, в возрасте от 23 до 65 лет, средний возраст 33,9. У всех обследуемых отмечена высокая степень активности заболевания, в прогрессирующей стадии поступило 12 человек, 8 больных – в стационарной стадии процесса. Мазь Карталин применяли местно 1-2 раза в сутки в комплексе с традиционным лечением (антигистаминные, десенсибилизирующие, общеукрепляющие препараты, инфузионная терапия, иммуностимуляторы, гепатопротекторы, УФО) в течение 3-х недель.

**Результаты и их обсуждение.** Улучшение состояния отмечено у 12 больных. Использование Карталина способствовало уменьшению шелушения, уплощению и побледнению папул на 7-10 день от начала лечения. В большей степени регресс заметен в области крупных бляшек, где разрешение начиналось как с центральной, так и с периферической части. Переносимость мази была хорошей, однако у 3 больных из 20 в местах нанесения препарата появилась аллергическая реакция в виде покраснения, сопровождающаяся зудом, в связи с чем мазь была отменена. Применение мази Карталин оказало положительный эффект у 12 больных (в основном со стационарной стадией), состояние без перемен – у 5 человек, а у 3 пациентов аппликация препарата вызвала аллергическую реакцию в виде контактного дерматита. В контрольной группе больных (10 человек) улучшение состояния наблюдалось у 50% больных.

**Заключение.** Крем «Акрустал» показал эффективность использования в комплексной терапии псориаза лёгкой и средней степени тяжести в стационарной стадии, расширяя выбор препаратов для наружной терапии. Крем «Акрустал» обладает очень хорошей переносимостью, с минимальным присутствием побочных эффектов, является эффективным средством наружной терапии псориазического процесса, что подтверждается уменьшением индекса PASI в 3.8 раз.

Литература

1. Владимиров В.В., Меньшикова Л.В. Современные представления о псориазе и методы его лечения // Русский медицинский журнал. 2001. Т.6. №1. С. 318–323.
2. Довжанский С.Н. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматол. и венерол. 2001. № 3. С. 12–13.
3. Иванов О.Л., Потекаев Н.С., Кочергин Н.Г., Олисова О.Ю., Белоусова Т.Н. Опыт лечения тяжелых форм псориаза современными методами. В сб.: Современные вопросы патогенеза и терапии псориаза и распространенных алергодерматозов. Москва, 1998. С. 39.
4. Кубанова А.А., Тихонова Л. И. Дерматология в России. Реальность и перспективы // Вестн. дерматол и венерол. 2004. №2. С. 7–10.
5. Кузнецов А.В. Лечение вульгарного псориаза средней и тяжелой степени по терапевтическому алгоритму: опыт немецкой дерматологии. Тезисы научных работ, 2-й Всероссийский конгресс дерматовенерологов. Санкт-Петербург, 2007. С. 17.
6. Некипелова А.В., Ислямова В.М. Наружная терапия: альтернативный способ лечения. Тезисы научных работ. 2-й Всероссийский конгресс дерматовенерологов. Санкт-Петербург, 2007. С.33.
7. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // Клини.мед. 1989. №9. С. 5–8.
8. Потекаев Н.С., Олисова О.Ю., Потекаев Н.Н. Дипроспан в терапии эритродермических состояний. В сб.: Актуальные вопросы клинической медицины. МЦ УДК РФ, 1996. С.90.
9. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С. Клиническая дерматовенерология. Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2009.
10. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. М: Медицина, 1999. С. 116–118.
11. Шилов В.Н. Псориаз – решение проблемы (этиология, патогенез, лечение). М., 2001. 304 с.
12. Эфендиева Г.А., Алиева П.М., Маркушева Л.И. Оценка эффективности комплексного метода лечения больных фоточувствительным псориазом с включением веторона и липостата // Клиническая дерматология и венерология. 2004. №2. С. 45–47.

Библиографическая ссылка:

Алиева П.М., Эфендиева Г.А. Оценка клинической эффективности крема «акрустал» и мази «карталин» в комплексной терапии псориаза (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-118. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5003.pdf> (дата обращения: 11.12.2014).

13. Campalani E., Barker J. The clinical genetics of psoriasis // *Current Genomics*. 2005. V.6. P. 53–59.
14. The psychosocial burden of psoriasis / Kimball A.B., Jacobson C., Weiss S. [et al.] // *Am J Clin Dermatol*. 2005. 6(6). P. 386-90.
15. Liu Y., Krueger J., Psoriasis: genetic associations and immune system changes // *Genes. Immunology*. 2007. Vol. 8. №1. P. 3–11.
16. National Psoriasis Foundation. About psoriasis: statistics. Accessed at [www.psoriasis.org/about/stats](http://www.psoriasis.org/about/stats) on 15<sup>th</sup> August 2008.
17. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction / Stern R.S., Nijsten T., Feldman S.R. [et al.] // *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004. №9. P. 136–139.

### References

1. Vladimirov VV, Men'shikova LV. Sovremennyye predstavleniya o psoriaze i metody ego lecheniya. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2001;6(1):318-23. Russian.
2. Dovzhanskiy SN. Kachestvo zhizni – pokazatel' sostoyaniya bol'nykh khronicheskimi dermatozami. *Vestn. dermatol. i venerol*. 2001;3:12-3. Russian.
3. Ivanov OL, Potekaev NS, Kochergin NG, Olisova OYu, Belousova TN. Opyt lecheniya tyazhelykh form psoriaza sovremennymi metodami. V sb.: *Sovremennyye voprosy patogeneza i terapii psoriaza i rasprostranennykh allergodermatozov*. Moscow; 1998. Russian.
4. Kubanova AA, Tikhonova LI. *Dermatologiya v Rossii. Real'nost' i perspektivy*. *Vestn. dermatol i venerol*. 2004;2:7-10. Russian.
5. Kuznetsov AV. Lechenie vul'garnogo psoriaza sredney i tyazheloy stepeni po terapevticheskomu algoritmu: opyt nemetskoy dermatologii. *Tezisy nauchnykh rabot, 2-y Vserossiyskiy kongress dermatovenerologov*. Sankt-Peterburg; 2007. Russian.
6. Nekipelova AV, Islyamova VM. Naruzhnaya terapiya: al'ternativnyy sposob lecheniya. *Tezisy nauchnykh rabot. 2-y Vserossiyskiy kongress dermatovenerologov*. Sankt-Peterburg; 2007. Russian.
7. Pomerantsev VP. Diagnostika, lechenie i kachestvo zhizni. *Klin.med*. 1989;9:5-8. Russian.
8. Potekaev NS, Olisova OYu, Potekaev NN. Diprosan v terapii eritrodermicheskikh sostoyaniy. V sb.: *Aktual'nye voprosy klinicheskoy meditsiny*. MTs UDK RF; 1996. Russian.
9. Skripkin YuK, Butov YuS. *Klinicheskaya dermatovenerologiya*. Moscow: GEOTAR – Media; 2009. Russian.
10. Skripkin YuK, Mordovtsev VN. *Kozhnye i venericheskie bolezni: Rukovodstvo dlya vrachey*. Moscow: Meditsina; 1999. Russian.
11. Shilov VN. *Psoriaz – reshenie problemy (etiologiya, patogenez, lechenie)*. Moscow; 2001. Russian.
12. Efendieva GA, Alieva PM, Markusheva LI. Otsenka effektivnosti kompleksnogo metoda lecheniya bol'nykh fotochuvstvitel'nym psoriazom s vklyucheniem vectorona i lipostata. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2004;2:45-7. Russian.
13. Campalani E, Barker J. The clinical genetics of psoriasis. *Current Genomics*. 2005;6:53-9.
14. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, et al. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(6):386-90.
15. Liu Y, Krueger J, Psoriasis: genetic associations and immune system changes. *Genes. Immunology*. 2007;8(1):3-11.
16. National Psoriasis Foundation. About psoriasis: statistics. Accessed at [www.psoriasis.org/about/stats](http://www.psoriasis.org/about/stats) on 15th August 2008.
17. Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, et al. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9:136-9.

---

#### Библиографическая ссылка:

Алиева П.М., Эфендиева Г.А. Оценка клинической эффективности крема «акрустал» и мази «карталин» в комплексной терапии псориаза (краткое сообщение) // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2014. №1. Публикация 2-118. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5003.pdf> (дата обращения: 11.12.2014).