
НЕОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ОЧИЩЕННЫМ БЕРЕЗОВЫМ ДЕГТЕМ

В.И. Альбанова

ЗАО ФНПП «Ретиноиды»

Издавна применяемый в дерматологии березовый деготь обладает многими полезными свойствами: восстанавливает ороговение, оказывает противомикробное, противопаразитарное, подсушивающее, сосудоуживающее, обезболивающее действие, уменьшает покраснение и успокаивает зуд. При хронической экземе, псориазе и других инфильтративных процессах в коже березовый деготь оказывает рассасывающее действие [1, 3]. Он используется как в чистом виде, так и в составе готовых лекарственных препаратов (серно-дегтярная мазь, мазь Вишневского, мазь Вилькинсона, мазь Ям и др.) и лекарственных прописей для лечения многих кожных болезней [2, 4].

Березовый деготь изготавливается из бересты – наружного слоя березовой коры. Как и другие вещества растительного происхождения, деготь имеет сложный состав, он содержит фенолы (до 15%), органические кислоты (до 5%), эфиры органических кислот (до 10%), органические основания и другие вещества (альдегиды, кетоны, спирты, гетероциклические соединения и т.п.). В состав березового дегтя входят полициклические ароматические углеводороды, обладающие при длительном использовании канцерогенным действием. В связи с этим применение дегтя при хронических дерматозах ограничивается – его не наносят на обширные участки поражения и практически не назначают детям. Разработанный на ЗАО ФНПП «Ретиноиды» способ очистки березового дегтя от полициклических ароматических углеводородов, алломеланинов, скипидара, воды и др. позволяет резко снизить содержание в нем указанных веществ (патент на изобретение №2221587), что делает применение этого эффективного лекарственного вещества менее опасным.

Основным недостатком дегтярных препаратов является их резкий запах и коричневый цвет, в который окрашивается белое при смазывании кожи, а также плохая впитываемость препаратов кожей, в связи с чем кожа выглядит неопрятной. Отмеченные недостатки могут быть преодолены нанесением препаратов дегтя на короткий срок, после чего их следует смыть с кожи (по аналогии с препаратами каменноугольного дегтя).

Цель настоящей работы – установить, что при очистке дегтя его лечебные свойства не утрачиваются и что краткосрочное нанесение дегтя эффективно и хорошо переносится. Сравнительное исследование воздействия очищенного и фармакопейного дегтя при лечении псориаза проведено двойным слепым методом на базе Научного дерматологического центра «Ретиноиды». В исследование были включены взрослые больные обоего пола, без ограничения возраста, с клинически установленным диагнозом. Исключались женщины в период бе-

ременности и кормления грудью, больные с индивидуальной чувствительностью к дегтярным препаратам, с нарушением функции печени и почек, а также серьезными сопутствующими заболеваниями, которые требуют лечения в период клинического изучения и могут помешать его завершению.

Фармакопейный и очищенный дегти представляют собой однородную массу сметанообразной консистенции черного цвета с характерным запахом дегтя. Стеклообразные флаконы по 20 г маркировались одним или двумя нулями.

Деготь наносили на пораженные участки на 15-30 минут один раз в день, после чего смывали теплой водой под душем с применением мыла или геля. Сухость кожи или ощущение стягивания устранялись применением индифферентных кремов или мазей (5% мазь с мочевиной, мазевая основа). При обширном поражении кожи одновременно назначали антигистаминные, десенсибилизирующие и седативные средства.

Оценка результатов проводилась в баллах еженедельно в течение месяца, оценивались количество высыпаний, инфильтрация, экссудация, шелушение, эритема, пигментация, трещины кожи, зуд. До начала лечения и по его окончании проводились лабораторные анализы (клинический и биохимический крови, мочи).

Окончательные результаты также оценивались в баллах: 1 балл – клиническое излечение; 2 – значительное улучшение; 3 – улучшение; 4 – отсутствие эффекта; 5 – ухудшение.

В исследовании участвовали 16 больных (11 женщин и 5 мужчин) с распространенным бляшечным псориазом. Выбыло из исследования 3 больных (все женщины), прекратившие участие в нем по причинам, не связанным с эффективностью препарата. Ниже приводятся данные о 13 больных (8 женщин и 5 мужчин), закончивших лечение. Возраст больных – от 17 до 52 лет (в среднем – 32,5 года).

Деготь, маркированный одним нулем, получали 7 человек (первая группа), двумя нулями – 6 (вторая группа). Длительность заболевания в первой группе была от 1 года до 39 лет (в среднем 14 лет), во второй – от 2 мес. до 29 лет (в среднем 9,3 года). Возраст больных при начале заболевания в первой группе – от 7 лет до 31 года (в среднем 20,4 года), во второй – от 6 до 44 лет (в среднем 23 года). Длительность обострений в первой группе 2–5 мес. (в среднем 2,4 мес.), во второй – 1–2 мес. (в среднем 1,5 мес.). Степень тяжести псориаза в первой группе умеренная – у 6 больных, тяжелая – у одного; во второй умеренная – у 5, тяжелая – у одного.

В первой группе клиническое излечение зарегистрировано у одного пациента, значительное улучшение – у 2, улучшение – у 4. Во второй группе значительное улучшение зарегистрировано у 2 пациентов, улучшение – у 4. Как видно из приведенных данных, результаты лечения были лучше в первой группе (один ноль).

При анализе динамики отдельных признаков заболевания в процессе лечения установлено, что уменьшение количества и инфильтрации

бляшек происходило быстрее и было более выраженным в первой группе. В отношении экссудативных изменений, разрешения эритемы и уменьшения шелушения существенной разницы в группах не отмечено.

В начале лечения дегтем у 3 больных (у одного из первой группы и у 2 из второй) наблюдалась реакция обострения: эритема становилась ярче, появлялись трещины кожи, резкая сухость, усиление шелушения и гиперкератоза. Особенно заметно это было при наличии высыпаний на ладонях и пальцах кистей. В дальнейшем реакция стихала и отмечалась стойкая тенденция к улучшению: исчезали мелкие папулы, в бляшках появлялись участки просветления, и сами бляшки распадались на мелкие фрагменты, шелушение становилось меньше, исчезал зуд. Вопреки ожиданию, пигментация при краткосрочном нанесении дегтя была только у одного человека. Несмотря на положительную динамику, в течение месяца излечения удалось достигнуть только у одного больного. У других пациентов положительная динамика несколько замедлялась к концу месяца.

Разрешение мелких папул, не обрабатываемых препаратом (в первой группе они исчезли у 2 и уменьшилось их количество у 3 больных; во второй группе – соответственно у 2 и 2) свидетельствует об общем действии препарата или действии на некотором расстоянии от смазываемых участков.

Неблагоприятные клинические симптомы в первой группе включали: сухость кожи в месте применения (2 пациента); резко болезненные трещины кожи кистей через 4 дня применения (1), чувство стягивания кожи (1); во второй группе усиление образования трещин на кончиках пальцев и на бляшках (2); резкую сухость кожи (1). Отсутствие различий в двух группах позволяет связать эти симптомы с подсушивающим действием дегтя на кожу, что требует коррекции в процессе лечения. Другие неблагоприятные симптомы включали ухудшение клинической картины в связи с ОРВИ у одной больной, фолликулиты в последнюю неделю лечения внутри разрешившихся бляшек у 1, жжение в местах нанесения дегтя примерно в течение 5 минут весь период лечения у 1.

Субъективно оценивая новый метод лечения – краткосрочное нанесение дегтя, – следует отметить, что он, несомненно, комфортнее, чем применявшееся прежде смазывание очагов с оставлением препарата под повязкой на длительное время. Преимущество его заключается в том, что не пачкается одежда и постельное белье, не остается резкого неприятного запаха, недостаток – запах в квартире в период аппликации.

Результаты исследования показали, что обе разновидности дегтя обладают выраженной терапевтической активностью при псориазе. Терапевтическая эффективность только местной терапии дегтем недостаточна для достижения полного регресса высыпаний. Клиническая эффективность препарата, обозначенного одним нулем (первая группа), была выше по сравнению с препаратом, обозначенным двумя нулями. Побочных эффектов отмечалось больше во второй группе боль-

ных, получавшей препарат, обозначенный двумя нулями. Серьезным недостатком препарата является развитие сухости и трещин кожи, что требует дополнительного применения смягчающих и увлажняющих кожу средств. Новый метод применения дегтя (краткосрочное нанесение) является более приемлемым для больных по сравнению со старым (двукратное в течение дня нанесение дегтя на кожу). При расшифровке обозначений на этикетках оказалось, что одним нулем помечен очищенный деготь, двумя – фармакопейный.

После получения описанных результатов группу пациентов, получавших очищенный деготь, расширили, дополнительно пролечив еще 50 пациентов. Положительный эффект отмечен в 98%. У 80% пациентов в первые дни лечения отмечалось усиление кожного зуда. Зуд продолжался только в период аппликации и исчезал после смывания дегтя. Через 3-5 дней зуд прекращался. Отмены препарата и применения дополнительных средств не требовалось.

Отклонений в клинических анализах крови и мочи не выявлено. В одном случае наблюдалось повышение уровня билирубина до 32 мкмоль/л (за 1,5 года до этого пациент перенес гепатит А); в 5 – повышение уровня трансаминаз до лечения (что связано, очевидно, со злоупотреблением алкоголем). К окончанию терапии отклонения показателей наблюдались только в одном случае у пациента, перенесшего гепатит А.

Клиническая эффективность очищенного березового дегтя при лечении псориаза оказалась выше, чем дегтя березового фармакопейного. Побочных эффектов отмечалось больше в группе больных, получавших фармакопейный деготь. Как показали наши наблюдения, серьезным недостатком терапии дегтем является развитие сухости и трещин кожи, что требует дополнительного применения средств, смягчающих и увлажняющих кожу. Новый метод применения березового дегтя (краткосрочное нанесение) является эффективным и более приемлемым для больных по сравнению со старым (двукратное в течение дня нанесение дегтя на длительное время). По данным лабораторных исследований, березовый деготь при наружном применении ежедневно в течение месяца не оказывает токсического действия на организм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбанова В.И. // Педиатрия. – 2002. – № 5. – С. 43-46.
2. Корсун В.Ф., Хиткевич А.Е., Ефимов В.В. // Лечение кожных болезней препаратами растительного происхождения. – Минск, 1995. – С. 282-283.
3. Лукина О.Г., Альбанова В.И., Архапчев Ю.П. // Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения / Материалы VI междунар. съезда. – СПб., 2002. – С. 435-437.
4. Фармакотерапия в дерматовенерологии / под ред. В.Н. Мордовцева, З.Б. Кешелевой. – Алматы, 1994. – С. 161-166.