

Н.Ю. Резніченко<sup>1</sup>, Н.Ю. Онищенко<sup>2</sup>, Ю.Г. Резніченко<sup>1</sup>,  
М.П. Красько<sup>1</sup>, К.О. Веретельник<sup>1</sup>, Н.О. Стьопіна<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

<sup>2</sup> НКП «Міська лікарня № 4» Запорізької міської ради, Запоріжжя

<sup>3</sup> КНП «Обласна клінічна інфекційна лікарня», Запоріжжя

## Ефективність використання засобів «Псоріатен» у лікуванні хворих на хронічний бляшковий псоріаз

**Мета роботи** — визначити ефективність і переносність мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» у хворих на хронічний бляшковий псоріаз.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 67 хворих на хронічний бляшковий псоріаз і 32 здорові особи аналогічного віку (контрольна група). Всіх пацієнтів обстежено згідно з чинними стандартами. Виразність псоріазу оцінено за показниками PASI та BSA. Рівень тривожності визначено за шкалою Спілбергера, рівень невротизації — за Л.І. Вассерманом, рівень депресії — за шкалою Бека, якість життя — за Дерматологічним індексом якості життя й інтегративним показником CQLS. Після проведеної раніше стандартної терапії хворих на хронічний бляшковий псоріаз було розділено на дві групи. В дослідну групу включено 32 пацієнти, які отримували топічно мазь «Псоріатен» з лікувальною метою і делікатний очищувальний гель «Псоріатен» як дерматокосметичний засіб для догляду за шкірою. У разі локалізації псоріазу на волосистій частині голови їм додатково призначали шампунь «Псоріатен» протягом 3 міс. До контрольної групи увійшли 35 пацієнтів із псоріазом, які не отримували мазі «Псоріатен» та засоби дерматокосметичної лінії «Псоріатен».

**Результати та обговорення.** Застосування мазі «Псоріатен», делікатного очищувального гелю «Псоріатен» і шампуню «Псоріатен» протягом 3 міс сприяло достовірному зниженню показників PASI та BSA у хворих дослідної групи, а також нормалізації у них порушень мікробіоценозу шкіри. У хворих дослідної групи відзначено статистично достовірно нижчий рівень тривожності, невротизації, депресії та якості життя порівняно з показниками на момент включення в дослідження. Отримані дані свідчать про високу ефективність комбінованого застосування мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» у хворих на хронічний бляшковий псоріаз.

**Висновки.** Перебіг псоріазу супроводжується порушеннями мікробіоценозу шкіри, високою особистісною та ситуативною тривожністю, підвищеною невротизацією, схильністю до депресії та зниженням якості життя. Застосування мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» у хворих на хронічний бляшковий псоріаз є обґрунтованим та доцільним, оскільки сприяє регресу псоріатичних висипань і поліпшенню мікробіоценозу шкіри. Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого застосування мазь «Псоріатен» та засоби дерматокосметичної лінії «Псоріатен» для лікування хворих на хронічний бляшковий псоріаз незалежно від проведеної раніше стандартної терапії.

### Ключові слова

Псоріаз, хронічний бляшковий псоріаз, якість життя, лікування, «Псоріатен».

На сьогодні псоріаз є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем. Наслідками захворювання є значне зниження якості життя, непрацездатність, погіршення стосунків у родині, психологічний дискомфорт [5, 15, 21, 22].

Поширеність псоріазу в популяції досить висока — на нього хворіє від 0,1 до 3 % населення земної кулі [4, 7]. В Україні останніми роками відзначено зростання захворюваності на псоріаз. Збільшується також і кількість пацієнтів із резистентними до різних методів терапії формами

захворювання [8, 12]. Це пов'язано з багатьма чинниками, зокрема з наявністю у хворих гострих і хронічних стресів, екологічними і соціальними негараздами, обмеженим доступом до сучасних методів лікування, зловживанням алкоголем, курінням [1, 6, 24].

Значною проблемою є подальше лікування пацієнтів, які попередньо пройшли курси системної терапії псоріазу з використанням біологічних засобів і класичних імуносупресантів. Проведене стандартне лікування суттєво покращує перебіг псоріазу і дає змогу досягти контролю над хворобою, проте не завжди забезпечує повної та тривалої ремісії [19]. Деякі хворі після системного лікування та досягнення стаціонарної або регресивної стадії виявляють бажання перейти на застосування топічних засобів. Це пов'язано зі значними фінансовими витратами на препарати системної дії, а також з побічними явищами внаслідок використання цитостатичних засобів і системних ретиноїдів [11, 20]. Протягом останніх десятиріч було проведено багато клінічних досліджень, результати яких доводять не лише високу ефективність, але й безпеку тривалого використання біологічних препаратів у лікуванні хворих на псоріаз [9, 10, 16, 18].

Однак у таких хворих досить часто існують психологічні бар'єри для продовження системної терапії, пов'язані з пересторогами щодо небезпеки тривалого перорального та парентерального лікування [15, 23].

Після досягнення контролю над псоріазом виникає потреба в тривалому використанні засобів топічної терапії з метою закріплення ефекту, подовження періоду ремісії та попередження рецидивів. На сьогодні для короткотривалого лікування хворих із псоріатичними висипаннями надають перевагу топічним кортикостероїдам, однак їхнє використання значно обмежене у часі через велику кількість побічних явищ, які можуть виникнути під час тривалого курсу аплікацій. Відтак актуальним є питання вибору негормональних топічних засобів для лікування хворих на псоріаз, яке є непростим завданням у дерматологічній практиці.

Протягом останніх років відзначено кардинальні зміни у менеджменті багатьох стероїдо-чутливих дерматозів, а також щодо надання переваги тривалій безпечній терапії. Топічне лікування хворих на псоріаз у більшості випадків розпочинають саме із застосування кортикостероїдів як препаратів з максимальною протизапальною активністю [14, 17]. Але відразу після зменшення еритеми та інфільтрації постає необхідність у заміні стероїдних топічних засобів на нестероїдні з високим профілем безпеки. У той

же час, зважаючи на необхідність уникнення тривалого використання топічних кортикостероїдів, виникають побоювання щодо потенційної неефективності топічних нестероїдних засобів.

Відтак у менеджменті стаціонарної та регресивної стадій захворювання перевагу доцільно віддавати топічним нестероїдним засобам, діючі речовини яких ретельно вивчено в експериментальних та клінічних дослідженнях, з огляду на те, що вони добре зарекомендували себе у клінічній практиці. Однією з найбільш досліджених є рослина магонія (*Mahonia aquifolium*), яка міститься у мазі «Псоріатен» та засобах дерматокосметичної лінії «Псоріатен» і, зокрема, у кремні «Псоріатен», делікатному очищувальному гелі «Псоріатен» і шампуні «Псоріатен». Мазь «Псоріатен» відрізняється високим профілем безпеки та ефективно усуває псоріатичні висипання, а дерматокосметичні засоби для догляду за шкірою дають змогу максимально дбайливо ставитись до шкіри хворих на псоріаз. У педіатричній практиці замість мазі «Псоріатен» часто застосовують крем «Псоріатен», враховуючи поширеність ексудативних форм хвороби у цій популяції.

Мазь «Псоріатен» та засоби дерматокосметичної лінії «Псоріатен» містять активні речовини рослини *Mahonia aquifolium*, яка належить до сімейства барбарисових і застосовується у традиційній медицині для лікування хворих на псоріаз, atopічний дерматит, екзему, себорейний дерматит, акне. Дія екстракту магонії зумовлена його складовими — алкалоїдами інзохінолінової групи (берберином, бербаміном, оксиаканте, махоніном) і виявляється у зменшенні проліферації клітин шкіри (зокрема врегулюванні гіперпроліферації кератиноцитів) та виявляє протизапальний ефект. Протизапальна дія магонії пов'язана зі зниженням активності ферментів циклооксигенази та 5-ліпооксигенази, порушенням синтезу арахідонової кислоти, лейкотрієнів, простагландинів, тромбоксану, зв'язуванням вільних радикалів. Антипроліферативний ефект магонії спричинений гальмуванням синтезу протеїнів, РНК, ДНК, а також опосередкованим впливом на біохімічні процеси, необхідні для поділу клітин та синтезу медіаторів запалення. Крім того, активні речовини магонії є антагоністами кальмодуліну, який регулює обмін кальцієм у клітинах. Результати наукових досліджень свідчать, що концентрація кальмодуліну підвищується на ділянках шкіри, уражених псоріазом. Слід зауважити, що екстракт магонії чинить також антибактеріальну та антимікотичну дію, що надзвичайно важливо у лікуванні пацієнтів із вторинними інфекціями шкіри, які виникли внаслідок імуносупресивного ефекту системної терапії.

Крім того, до складу дерматокосметичної лінії засобів «Псоріатен» входить також екстракт з оливкового листа, що містить олеуропейн, який має протизапальні та антиоксидантні властивості, запобігає зневодненню епідермісу, підвищує еластичність шкіри, а також захищає її від пошкоджень, спричинених вільними радикалами, оскільки блокує процеси перекисного окиснення ліпідів.

Пантенол і алантоїн у складі мазі та крему «Псоріатен» забезпечують кератолітичну дію, сприяють фізіологічному ороговінню, прискорюють процеси регенерації, підвищують еластичність шкіри, перешкоджають її зневодненню та стимулюють швидке зволоження.

Склад засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» збагачений олією авокадо, макадамії та оливи — натуральними компонентами, що містять природні компоненти гідроліпідної плівки, поліненасичені жирні кислоти (зокрема олеїнову, лінолеву, ліноленову та пальмітолеїнову), вітаміни А, F, E, лецитин і тригліцериди. Завдяки цьому засоби дерматокосметичної лінії «Псоріатен» живлять і захищають шкіру, сприяють її відновленню і підтримці водно-ліпідного бар'єра.

Враховуючи перераховане вище, нами було ініційовано та проведено дослідження у формі спостереження з метою визначення ефективності та переносності мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» для лікування хворих на хронічний бляшковий псоріаз у стаціонарній та регресивній стадіях після проведеної стандартної терапії загострення хвороби.

Мета роботи — визначити ефективність та переносність мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» у хворих на хронічний бляшковий псоріаз.

## Матеріали та методи

Під спостереженням (у межах рутинної клінічної практики) перебували 67 хворих на псоріаз (дослідна група та група порівняння) та 32 здорові особи, які увійшли до контрольної групи.

Дослідження було схвалено локальною комісією з питань етики.

Критерії включення в дослідження:

- стаціонарна та регресивна стадії псоріазу;
- вік понад 16 років;
- підписана інформована згода на участь у дослідженні.

Крім того, критерієм включення до контрольної групи була відсутність проявів шкірних захворювань.

Критерії виключення з дослідження:

- наявність інших дерматологічних захворювань;
- відома або передбачувана гіперчутливість до складових препаратів;

- наявність тяжких супутніх захворювань і психічних хвороб;
- відсутність комплаєнсу щодо застосування препарату з боку пацієнта.

На момент включення в дослідження пацієнтів розділили на дві групи:

- дослідну (32 хворих), у якій протягом 3 міс застосовували мазь «Псоріатен» та засоби дерматокосметичної лінії «Псоріатен»;
- групу порівняння (35 хворих), яка не отримувала лікування.

На момент включення в дослідження дослідна група та група порівняння не мали суттєвих відмінностей за статтю, віком та стадією захворювання, що дало змогу коректно провести статистичну обробку та аналіз отриманих даних.

Наукова новизна дослідження полягає в розробці нових підходів до лікування хворих на хронічний бляшковий псоріаз у стаціонарній стадії та у стадії регресування після проведеної стандартної терапії загострення хвороби шляхом застосування мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» з метою закріплення ефекту, подовження періоду ремісії та попередження виникнення рецидивів.

Пацієнти дослідної групи протягом 3 міс використовували топічно мазь «Псоріатен» з лікувальною метою і додатково делікатний очищувальний гель «Псоріатен» як засіб для догляду за шкірою. Крім того, у разі локалізації псоріазу на волосистій частині голови вони додатково застосовували шампунь «Псоріатен».

Усіх пацієнтів обстежено згідно з чинними стандартами, що включали анамнестичні, клінічні, біохімічні, мікробіологічні методи, оцінку виразності псоріазу за показниками PASI та BSA [4].

Рівень особистісної та ситуативної тривожності визначено за шкалою самооцінки Спілбергера, рівень невротизації — за Л.І. Вассерманом, рівень депресії — за шкалою Бека [3].

Для оцінки якості життя використано Дерматологічний індекс якості життя (українська версія Dermatology Life Quality Index — DLQI) [2]. Для оцінки ефективності запропонованого лікування у хворих на хронічний бляшковий псоріаз визначено відсоткове зменшення показника DLQI ( $\Delta DLQI$ , %), а також вираховано відсоток хворих, у яких значення DLQI наприкінці курсу лікування було меншим за 5 балів ( $DLQI < 5$ , %). Визначено також інтегративний показник якості життя CQLS [3].

Ефективність лікування оцінено через 3 міс від його початку. Отримані результати оброблено статистично за допомогою стандартних комп'ютерних програм із застосуванням парного критерію Стьюдента із розрахунком середньої ариф-

Таблиця 1. Динаміка показників PASI та BSA у хворих на псоріаз під час дослідження

Показник	Хворі на псоріаз		
	Дослідна група на початку дослідження	Група порівняння через 3 міс	Дослідна група через 3 міс
Показник PASI, бал	15,9 ± 1,12	14,7 ± 0,64	7,5 ± 0,74**
ΔPASI, %		8,7 ± 0,9	52,8 ± 3,9*
ΔPASI > 50, %		0,0	46,4*
ΔPASI > 75, %		0,0	19,5
Індекс BSA, %	17,3 ± 1,32	16,8 ± 1,36*	8,4 ± 1,26**

Примітка. \* Достовірна різниця ( $p < 0,05$ ) між відповідними показниками на початку та через 3 міс від початку дослідження; # достовірна різниця ( $p < 0,05$ ) через 3 міс від початку дослідження між відповідними показниками у пацієнтів дослідної та порівняльної груп. Так само в табл. 2—4.



Рис. 1. Пацієнтка Л., регрес псоріатичних висипань на тілі застосування лінійки «Псоріатен»



Рис. 2. Пацієнт С., регрес псоріатичних висипань на тілі застосування лінійки «Псоріатен»



Рис. 3. Пацієнт С., регрес псоріатичних висипань на тілі застосування лінійки «Псоріатен»

метичної (M) та стандартної похибки середньої арифметичної (m) або критерію Вілкоксона залежно від нормальності розподілу. Нормальність розподілу даних перевірено за допомогою критерію Шапіро—Уїлка за рівня значущості 0,01. При застосуванні усіх статистичних методів, окрім критерію Шапіро—Уїлка, рівень значущості брали рівним 0,05, різницю між даними вважали достовірною за  $p < 0,05$ .

### Результати та обговорення

За результатами обстеження у хворих на хронічний бляшковий псоріаз на момент включення в дослідження показник PASI становив 15,9, а BSA — 17,3 % (табл. 1). У хворих на псоріаз під час лікування «Псоріатеном» змінювалась як площа ураженої шкіри, так і бальна оцінка за показником PASI (рис. 1—3). Динаміку значень PASI та BSA у хворих на псоріаз наведено в табл. 1.

Таблиця 2. Стан мікробного обсіменіння шкіри у здорових осіб і хворих на псоріаз (Lg КУО/см²)

Показник	Здорові особи	Хворі на псоріаз		
		Дослідна група на початку дослідження	Група порівняння через 3 міс	Дослідна група через 3 міс
Загальна кількість бактерій	3,0 ± 0,119	4,3 ± 0,24*	3,5 ± 0,23*	3,3 ± 0,24*
Стафілококи коагулазонегативні	1,5 ± 0,18	1,8 ± 0,19	1,7 ± 0,15	1,6 ± 0,20
Стафілококи коагулазопозитивні	0,39 ± 0,05	1,06 ± 0,12*	0,95 ± 0,10*	0,61 ± 0,11**
Гриби роду <i>Candida</i>	1,35 ± 0,12	1,58 ± 0,15	1,49 ± 0,17	1,43 ± 0,14
Гриби роду <i>Malassezia spp.</i>	1,10 ± 0,17	2,16 ± 0,23*	1,85 ± 0,16*	1,36 ± 0,14**

Як видно з табл. 1, у хворих, які застосовували мазь «Псоріатен» та засоби дерматокосметичної лінії «Псоріатен», після проведеного лікування відзначено статистично достовірне зниження значень як BSA, так і PASI порівняно з показниками на початку дослідження, що свідчить про покращення клінічної картини захворювання, зменшення площі ураження шкіри, регресування еритеми, інфільтрації та лущення шкіри. Слід відзначити, що показники PASI та BSA у групі порівняння не відрізнялись від таких на момент включення в дослідження. Виявлено статистично достовірну різницю між показниками у дослідній та порівняльній групах, а також статистично достовірну різницю за ΔPASI (%) наприкінці лікування між пацієнтами дослідної та порівняльної груп. У групах, де використовували засоби дерматокосметичної лінії «Псоріатен», відзначено вищий відсоток пацієнтів, які досягли PASI 50 та PASI 75 (тобто у яких показник PASI знизився на 50 та 75 % відповідно), порівняно з такими у пацієнтів групи порівняння. Це свідчить про позитивний клінічний ефект використання мазі «Псоріатен» у терапії хронічного бляшкового псоріазу.

Одним з важливих чинників у розвитку та прогресуванні хронічних дерматологічних захворювань шкіри є порушення її мікробіоценозу. Нами виявлено відмінності у мікробіоценозі шкіри серед хворих на псоріаз (табл. 2).

Як видно з табл. 2, у хворих на псоріаз на момент включення в дослідження були статистично достовірні більшими загальне обсіменіння, кількість коагулазопозитивних стафілококів і грибів роду *Malassezia spp.* порівняно з показниками у здорових осіб. Це свідчить про наявність у них дисбіотичного стану. Оскільки на момент включення в дослідження хворі вже отримали курс стандартного лікування захворювання, можна говорити про наявність у них тривалого дисбіозу, який не коригується системними засобами.

Встановлено, що в групі порівняння через 3 міс дослідження кількість стафілококів і грибів не мала достовірної різниці порівняно з показниками у хворих дослідної групи на момент включення в дослідження. В дослідній групі через 3 міс виявлено достовірну різницю за загальною кількістю бактерій, концентрацією коагулазопозитивних стафілококів і грибів роду *Malassezia spp.* Порівнюючи результати, отримані в групах через 3 міс від початку дослідження, встановлено статистично достовірну меншу кількість коагулазопозитивних стафілококів і грибів роду *Malassezia spp.* у дослідній групі, ніж у групі порівняння. Наведені результати свідчать про ефективність застосування мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» в усуненні порушень мікробіоценозу шкіри.

Під час дослідження ми також приділили увагу визначенню особливостей психологічного стану хворих на псоріаз (табл. 3).

За даними табл. 3 у хворих на псоріаз (дослідна група та група порівняння) на початку дослідження після проведеного курсу стандартного лікування, тобто на момент включення в дослідження, рівні особистісної та ситуативної тривожності, невротизації та депресії були високими, що свідчило про наявність відхилень у психологічному стані цих хворих.

Реактивна тривожність у хворих на псоріаз зумовлена високим ситуативним напруженням, стурбованістю та тривогою. Хоча інтегральні показники невротизації у хворих на псоріаз на початку дослідження відповідали низькому рівню, відзначено зростання у них емоційної збудливості, внаслідок чого виникали негативні переживання, такі як тривожність, напруження, подразливість, розгубленість. Відмічено також випадки іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистих недовіках, зокрема щодо клінічних проявів псоріазу. Це призводило до подальшого прогресування псоріазу та погіршення якості життя хворих.

Таблиця 3. Рівні ситуативної та особистісної тривожності, невротизації та депресії у здорових осіб і хворих на псоріаз

Показник	Здорові особи	Хворі на псоріаз		
		Дослідна група на початку дослідження	Група порівняння через 3 міс	Дослідна група через 3 міс
Рівень особистісної тривожності, бал	38,3 ± 1,0	41,5 ± 0,95*	41,2 ± 1,3	41,6 ± 1,06*
Рівень ситуативної тривожності, бал	40,2 ± 1,2	45,3 ± 1,1*	44,5 ± 0,8*	41,5 ± 1,0**
Рівень невротизації, бал	4,0 ± 0,43	10,1 ± 0,87*	10,4 ± 0,76*	6,0 ± 0,55**
Рівень депресії, бал	3,0 ± 0,47	8,3 ± 0,72*	8,13 ± 0,56*	5,12 ± 0,54**

Таблиця 4. Якість життя хворих на псоріаз до та після 3-місячного лікування

Показник	Здорові особи	Хворі на псоріаз		
		Дослідна група на початку дослідження	Група порівняння через 3 міс	Дослідна група через 3 міс
Показник DLQI, бал		11,0 ± 0,52	9,3 ± 0,44	4,1 ± 0,37**
ΔDLQI, %			15,1 ± 1,8	53,8 ± 4,6#
DLQI < 5, %			21,4	57,3#
CQLS	71,2 ± 2,8	59,1 ± 2,5*	62,4 ± 2,3	68,7 ± 1,8*

І хоча значення виявлених нами відхилень відповідали помірному рівню, можна припустити, що проведення стандартної терапії не сприяло повній нормалізації психологічного стану пацієнтів і потребувало пошуку шляхів подальшого лікування (реабілітації).

У хворих на псоріаз (дослідна група та група порівняння) після стандартного лікування спостерігали також достовірно вищий рівень інтегрального показника депресії за шкалою Бека порівняно з показником у групі здорових осіб, які здебільшого не виявляли ознак депресії. При цьому середній бал оцінки за шкалою Бека у хворих на псоріаз відповідав стану субдепресії. З одного боку, це є результатом впливу хронічного перебігу захворювання на психологічний стан хворого, але, з іншого — наявність стану субдепресії може бути провокуючим фактором псоріазу.

Отже, відбувається формування патологічного «замкненого кола», коли наявність псоріазу призводить до підвищення тривожності, невротизації та депресії у хворих, а це своєю чергою є провокуючим фактором подальшого розвитку захворювання.

Через 3 міс від початку дослідження у пацієнтів дослідної групи відзначено статистично достовірно меншу виразність ситуативної тривожності, невротизації та депресії порівняно з показниками на момент включення в досліджен-

ня. Ці результати фактично наближались до значень у здорових осіб контрольної групи. У пацієнтів групи порівняння через 3 міс після включення в дослідження рівні ситуативної тривожності, невротизації та депресії не відрізнялися від таких на початку дослідження і були статистично достовірно вищими, ніж у дослідній групі. Це може свідчити про те, що значне поліпшення клінічної картини псоріазу та регресування висипань завдяки застосуванню мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» позитивно впливають на психологічний стан пацієнтів.

Під час дослідження було оцінено якість життя хворих на псоріаз (табл. 4).

Як видно з табл. 4, показник DLQI на момент включення в дослідження становив (11,0 ± 0,52) бала, що свідчить про суттєвий негативний вплив псоріазу на якість життя пацієнтів навіть після проведеного курсу стандартної терапії. Погіршення стану шкірних покривів, наявність патологічних висипань і суб'єктивних ознак захворювання у вигляді свербіжів призводили до зниження якості життя хворих на псоріаз. Високі значення DLQI у них перш за все пов'язані з локалізацією висипань на відкритих ділянках шкіри. Результати, отримані через 3 міс після терапії в дослідній групі, вказують на достовірне зменшення DLQI порівняно з показником до

лікування. В групі порівняння не встановлено зменшення DLQI, відзначено статистично достовірну різницю показників із такими у пацієнтів дослідної групи. Значення  $\Delta$ DLQI в дослідній групі було в 3,5 разу, а DLQI < 5 — в 2,5 разу вищим, ніж у групі порівняння.

Ці дані відповідають отриманим нами при аналізі інтегративного показника якості життя CQLS, оскільки їхні найкращі результати виявлено у пацієнтів дослідної групи, які протягом 3 міс отримували «Псоріатен».

Ці результати вказують на суттєве покращення якості життя хворих на псоріаз завдяки застосуванню «Псоріатену» та свідчать про його високу ефективність не лише щодо регресу клінічних проявів, а й значного покращення якості життя пацієнтів.

## Висновки

1. Перебіг псоріазу супроводжується обтяжливими факторами у вигляді порушень мікробіоценозу шкіри, що полягають у збільшенні бактеріального обсіменіння, кількості коагулазопозитивних стафілококів і грибів роду *Malassezia spp.*

2. У хворих на псоріаз відзначено порушення психологічного стану з підвищенням особистісної та ситуативної тривожності, невротизації та депресії. Хронічний перебіг хвороби супроводжується суттєвим зниженням якості життя.

3. Курси стандартного лікування псоріазу не забезпечують повного регресу клінічних виявів, відновлення мікробіоценозу шкіри, нормалізації змін психологічного стану та якості життя.

4. Застосування мазі «Псоріатен» та засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» у терапії хворих із хронічним бляшковим псоріазом у стаціонарній та регресивній стадіях позитивно впливає на клінічні прояви захворювання та сприяє зниженню показника PASI з ( $15,9 \pm 1,12$ ) до ( $7,5 \pm 0,74$ ) бала та BSA з ( $17,3 \pm 1,32$ ) до ( $8,4 \pm 1,26$ ) %.

5. Застосування мазі «Псоріатен» та додатково засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» протягом 3 міс зумовило зменшення загального обсіменіння шкіри, зменшення кількості коагулазопозитивних стафілококів і грибів роду *Malassezia spp.*

6. Проведення тримісячного курсу лікування мазю «Псоріатен» та додаткове застосування засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» у хворих із хронічним бляшковим псоріазом у стаціонарній та регресивній стадіях сприяє зменшенню виразності ситуативної тривожності, невротизації та депресії на тлі усунення клінічних проявів захворювання, а також покращенню якості їхнього життя.

Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого застосування мазь «Псоріатен» та додатково засоби дерматокосметичної лінії «Псоріатен» для лікування хворих із хронічним бляшковим псоріазом у стаціонарній та регресивній стадіях незалежно від проведеної раніше стандартної терапії.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у визначенні ефективності мазі «Псоріатен» та додатково засобів дерматокосметичної лінії «Псоріатен» для лікування хворих на псоріаз у прогресивній стадії.

## Конфлікту інтересів немає.

**Участь авторів:** огляд літературних джерел, обстеження пацієнтів, оцінка перебігу захворювання та його тяжкості, анкетування пацієнтів — Н.Ю. Резніченко, Н.Ю. Онищенко, К.О. Веретельник, Н.О. Стьопіна; огляд літературних джерел, обґрунтування доцільності терапії, статистична обробка отриманих даних — Ю.Г. Резніченко, М.П. Красько.

Стаття виходить за підтримки компанії  
«Альпен Фарма АГ»

## Список літератури

1. Екопедіатричні проблеми здоров'я населення в індустриальних містах / За ред. МП Гребенюка, ЮГ Резніченка. Запоріжжя: Просвіта; 2019. 192 с.
2. Мочульська ОМ. Оцінка якості життя дітей з дерматологічними захворюваннями (огляд літератури). Сучасна педіатрія. Україна. 2021;3(115):61-68. doi: 10.15574/SP2021.115.61.
3. Практична психосоматика: діагностичні шкали / За ред. ОС Чабана, ОО Хаустової. К.: Медкнига; 2021. 200 с.
4. Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії. Клінічна настанова, заснована на доказах (оновлена). 2016. 224 с. Доступно на: <https://www.dec.gov.ua/mtd/psoriaz/>
5. Резніченко НЮ. Діагностика, лікування та профілактика псоріатичної хвороби у чоловіків у віковому аспекті. Запоріжжя: Просвіта; 2014. 308 с.
6. Резніченко ЮГ, Резніченко НЮ, Резніченко ПІ. Корекція дисбіотичних станів у віковому аспекті. Запоріжжя: Просвіта; 2017. 156 с.
7. Степаненко РІ та ін. Псоріаз (етіопатогенез, клінічні форми, патоморфологія, діагностика, лікування). К.: КІМ; 2019. 319 с.
8. Amin M, Lee EB, Tsai TF, Wu JJ. Psoriasis and Co-morbidity. Acta Dermato-Venerologica. 2020;100(3):81-87. doi: 10.2340/00015555-3387. PMC 9128942.
9. Feldman SR, Kay R, Reznichenko N, et al. Assessing the Interchangeability of AVT02 and Humira® in Participants with ModeratetoSevere Chronic Plaque Psoriasis: Pharmacokinetics, Efficacy, Safety, and Immunogenicity Results from

- a Multicenter. DoubleBlind, Randomized, ParallelGroup Study. *BioDrugs*. 2023;37:551-567. doi: 10.1007/s40259-023-00600-x.
10. Feldman SR, Reznichenko N, Pulka G, et al. Efficacy, safety and immunogenicity of AVT02 versus originator Adalimumab in subjects with moderate to severe chronic Plaque Psoriasis: a multicentre, double-blind, randomised, parallel group, active control, Phase III study. *BioDrugs*. 2021;35(6):735-748. doi: 10.1007/s40259-021-00502-w.
  11. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, et al. Psoriasis. *Lancet*. 2021;397(10281):1-10. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32549-6.
  12. Hölsken S, Krefting F, Schedlowski M, Sondermann W. Common Fundamentals of Psoriasis and Depression. *Acta Derm Venereol*. 2021 Nov 30;101(11):adv00609. doi: 10.2340/actadv101.565.
  13. Imafuku S, Kanai Y, Murotani K, et al. Utility of the Dermatology Life Quality Index at initiation or switching of biologics in real-life Japanese patients with plaque psoriasis: results from the ProLOGUE study. *J Dermatol Sci*. 2021;101(3):185-193. doi: 10.1016/j.jdermsci.2021.01.002.
  14. Kleyn EC, Morsman E, Griffin L, et al. Review of international psoriasis guidelines for the treatment of psoriasis: recommendations for topical corticosteroid treatments. *J Dermatolog Treat*. 2019 Jun;30(4):311-319. doi: 10.1080/09546634.2019.1620502.
  15. Lukmanji A, Basmadjian RB, Vallerand IA, et al. Risk of depression in patients with psoriatic disease: a systematic review and meta-analysis. *J Cutan Med Surg*. 2021;25(3):257-270. doi: 10.1177/1203475420977477.
  16. Papp KA, Lebwohl MG, Thaçi D, et al. Efficacy and Safety of Candidate Biosimilar CTP43 Versus Originator Ustekinumab in Moderate to Severe Plaque Psoriasis: 28 Week Results of a Randomised, ActiveControlled, DoubleBlind, Phase III Study. *BioDrugs*. 2024;38(1):121-131. doi: 10.1007/s40259-023-00630-5.
  17. Reznichenko NY, Reznichenko YH. The effectiveness and safety study of topical corticosteroids for psoriasis in adolescent and adult population treatment. *Zaporozhye Medical Journal*. 2020;22:828-832. doi: 10.14739/2310-1210.2020.6.218458.
  18. Richter K, Haliduola HN, Schockaert J, et al. Ex vivo comparative immunogenicity assessment (EVCIA) to determine relative immunogenicity in chronic plaque psoriasis in participants receiving Humira® or undergoing repeated switches between Humira® and AVT02. *Immunotherapy*. 2024;4:1-11. doi: 10.1093/immadv/ltad029.
  19. Sbidian E, Chaimani A, Afach S, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jan 9;1(1):CD011535. doi: 10.1002/14651858.CD011535.pub3.
  20. Sbidian E, Chaimani A, Guelimi R, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Jul 12;7(7):CD011535. doi: 10.1002/14651858.CD011535.pub6.
  21. Smiyan SI, Bilukha AV, Koshak BO. Modern determinants of cardiovascular risk factors in patients with psoriatic arthritis: Relation to disease activity and severity. *The Egyptian Rheumatologist*. 2024;46(1):1-5. doi: 10.1016/j.ejr.2023.11.001.
  22. Solmaz N, Ilhan N, Bulut HM. The effect of illness perception on life quality in psoriasis patients. *Psychol Health Med*. 2021;26(8):955-967. doi: 10.1080/13548506.2020.1847300.
  23. Sondermann W, Schreiber A, Korber A, et al. Psychosocial burden and body mass index are associated with dermatology-related quality of life in psoriasis patients. *Eur J Dermatol*. 2020;30(2):140-147. doi: 10.1684/ejd.2020.3755.
  24. Wei L, Chen S, Zhang Z, et al. Prevalence of tobacco smoking and its association with disease severity among patients with psoriasis in China: a cross-sectional study. *Front Med*. 2022;9:883458. doi: 10.3389/fmed.2022.883458.

N.Yu. Reznichenko<sup>1</sup>, N.Yu. Onyshchenko<sup>2</sup>, Yu.G. Reznichenko<sup>1</sup>,  
M.P. Krasko<sup>1</sup>, K.O. Veretelnyk<sup>1</sup>, N.O. Stiopina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

<sup>2</sup>Nonprofit Municipal Enterprise «Municipal Hospital # 4» of Zaporizhzhia City Council

<sup>3</sup>Municipal Nonprofit Enterprise «Regional Clinical Infectious Hospital», Zaporizhzhia

## The effectiveness of Psoriaten products in treatment of patients with chronic plaque psoriasis

**Objective** — to determine the efficacy and tolerability of *Psoriaten* ointment and *Psoriaten* dermatocosmetic products in patients with chronic plaque psoriasis.

**Materials and methods.** The study included 67 patients with chronic plaque psoriasis and 32 healthy individuals of a similar age (control group). All patients were examined according to existing standards. The severity of psoriasis was assessed by PASI and BSA indices. The level of anxiety was determined according to the Spielberger scale, the level of neuroticism — according to the L.I. Wasserman scale, the level of depression — according to the Beck scale, the quality of life — according to the Dermatological Life Quality Index (DLQI) and the CQLS integrative index. After the previous standard therapy, patients with chronic plaque psoriasis were divided into two groups. The experimental group included 32 patients who received topical *Psoriaten* ointment for therapeutic purposes and *Psoriaten* delicate cleansing gel as a dermatocosmetic skin care product. In case of psoriasis localisation on the scalp, they were additionally prescribed *Psoriaten* shampoo for 3 months. The control group included 35 patients with psoriasis who did not receive *Psoriaten* ointment or dermatocosmetic products of the *Psoriaten* line.

**Results and discussion.** The use of *Psoriaten* ointment, *Psoriaten* delicate cleansing gel and *Psoriaten* shampoo for 3 months ensured a significant decrease in both — BSA index and PASI index in patients with psoriasis, normalization of skin microbiocenosis disorders. Statistically significantly lower situational anxiety, neuroticism and depression and higher life quality were noted in the experimental group, in comparison with the data obtained at enrollment in the study. The obtained data indicate the high effectiveness of combined use of *Psoriaten* ointment, *Psoriaten* delicate cleansing gel and *Psoriaten* shampoo in patients with chronic plaque psoriasis.

**Conclusions.** Psoriasis is accompanied by cutaneous microbiocenosis changes, high personal and situational anxiety, increased neuroticism, tendency to depression and decreased life quality. The use of *Psoriaten* ointment and products of the *Psoriaten* dermatocosmetic line in patients with chronic plaque psoriasis is reasonable and appropriate, as it promotes the regression of psoriatic rashes and improves skin microbiocenosis. The results obtained give grounds to recommend the widespread use of *Psoriaten* ointment and dermatocosmetic products of the *Psoriaten* line for the treatment of patients with chronic plaque psoriasis, regardless of the standard therapy performed earlier.

**Keywords:** psoriasis, chronic plaque psoriasis, life quality, treatment, *Psoriaten*. □

---

Стаття надійшла до редакції / *Received* 15.07.2024.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 26.08.2024.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2024;3:24-32. doi: 10.30978/UJDVK2024-3-24.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2024;3:24-32. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2024-3-24>.

---

*Дані про авторів / Author's informations*

**Резніченко Наталія Юріївна**, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

<http://orcid.org/0000-0002-5448-7833>

69063, м. Запоріжжя, просп. Соборний, 70

E-mail: [n.reznichenkog@gmail.com](mailto:n.reznichenkog@gmail.com)

**Онищенко Наталія Юріївна**, лікар-дерматовенеролог

**Резніченко Юрій Григорович**, д. мед. н., проф. кафедри госпітальної педіатрії

<https://orcid.org/0000-0003-1534-0326>

**Красько Микола Петрович**, к. мед. н., доц. кафедри клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії і косметології

<https://orcid.org/0000-0002-3171-0414>

**Веретельник Ксенія Олександрівна**, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

<https://orcid.org/0000-0002-9558-6731>

**Стьопіна Наталія Олександрівна**, лікар-дерматовенеролог