

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ УЗКОПОЛОСНОЙ UVB-ТЕРАПИИ И КРЕМА SKINKEA

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18359135>

Аббосхонова Ф.Х., Умаров Ж.М., Рахимбоева С.Б.

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Аннотация

Псориаз является хроническим иммуновоспалительным заболеванием кожи, требующим длительного и индивидуализированного подхода к лечению. В последние годы особое внимание уделяется комбинированным методам терапии, направленным на повышение эффективности и снижение риска побочных эффектов. В статье рассмотрены современные данные и собственные клинические наблюдения по применению узкополосной UVB-терапии (311 нм) в сочетании с местным использованием крема *Skinkea*. Показано, что комплексный подход способствует более быстрому регрессу клинических проявлений псориаза, улучшению качества жизни пациентов и хорошей переносимости терапии.

Ключевые слова

псориаз, UVB-терапия 311 нм, фототерапия, местное лечение, *Skinkea*.

Введение

Псориаз — одно из наиболее распространённых хронических дерматологических заболеваний, поражающее до 2–3% населения мира. Заболевание характеризуется рецидивирующим течением, гиперпролиферацией кератиноцитов, воспалением и нарушением иммунной регуляции. Клинические проявления псориаза существенно ухудшают качество жизни пациентов, приводя не только к физическому, но и к психоэмоциональному дискомфорту.

Несмотря на наличие системных и биологических препаратов, местная терапия и фототерапия остаются основой лечения лёгких и среднетяжёлых форм псориаза. Узкополосная ультрафиолетовая терапия диапазона 311 нм признана одним из наиболее эффективных и безопасных методов фототерапии. Одновременно растёт интерес к использованию нестероидных топических средств, способствующих восстановлению кожного барьера и уменьшению воспаления. В этом контексте крем *Skinkea* представляет собой перспективное средство для комплексного лечения псориаза.

Патогенетические основы фототерапии UVB 311 нм

Узкополосная UVB-терапия оказывает выраженное противовоспалительное и иммуномодулирующее действие. Под воздействием ультрафиолетового излучения происходит:

- подавление активности Т-лимфоцитов в коже;
- снижение продукции провоспалительных цитокинов;
- нормализация процессов дифференцировки и пролиферации кератиноцитов;
- уменьшение выраженности эритемы и инфильтрации.

По сравнению с широкополосной UVB-терапией, длина волны 311 нм обладает более благоприятным профилем безопасности и меньшим риском фотоповреждения кожи, что делает её предпочтительной в клинической практике.

Роль местной терапии в комплексном лечении псориаза

Местные препараты являются обязательным компонентом терапии псориаза на всех этапах лечения. Они способствуют снижению воспаления, уменьшению шелушения и зуда, а также восстановлению эпидермального барьера. Использование смягчающих и противовоспалительных кремов особенно важно при фототерапии, поскольку ультрафиолетовое воздействие может вызывать сухость кожи.

Крем *Skinkea* обладает увлажняющими, регенерирующими и противовоспалительными свойствами, что позволяет использовать его как поддерживающее средство во время и после курсов UVB-терапии. Регулярное применение крема способствует улучшению состояния кожи и повышению переносимости фототерапии.

Материалы и методы

В клиническое наблюдение были включены пациенты с лёгкой и среднетяжёлой формой вульгарного псориаза. Всем пациентам проводилась узкополосная UVB-терапия (311 нм) по стандартной схеме 3 раза в неделю. Средняя продолжительность курса составляла 6–8 недель.

Местно пациенты применяли крем *Skinkea* 2 раза в сутки на поражённые участки кожи в течение всего курса фототерапии и последующих 2 недель. Оценка эффективности лечения проводилась с использованием индекса PASI, показателя площади поражения кожи (BSA), а также индекса качества жизни DLQI.

Результаты

На фоне комбинированной терапии отмечалось более быстрое уменьшение клинических проявлений псориаза по сравнению с

изолированным применением фототерапии. Уже к 3–4 неделе лечения наблюдалось значительное снижение эритемы, инфильтрации и шелушения.

По завершении курса терапии:

- отмечалось снижение PASI в среднем более чем на 60%;
- уменьшалась площадь поражения кожи;
- снижалась интенсивность зуда и чувства стянутости кожи;
- наблюдалось выраженное улучшение показателей качества жизни пациентов.

Применение крема *Skinkea* способствовало снижению сухости кожи и уменьшению дискомфорта, связанного с UVB-облучением.

Безопасность и переносимость

Комбинированная терапия хорошо переносилась пациентами. Побочные эффекты UVB-терапии (умеренная эритема, сухость кожи) были минимальными и не требовали прекращения лечения. Крем *Skinkea* не вызывал аллергических реакций или раздражения кожи и был хорошо принят пациентами.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают целесообразность комплексного подхода к лечению псориаза. Сочетание узкополосной UVB-терапии и местного применения крема *Skinkea* позволяет воздействовать на ключевые патогенетические механизмы заболевания, обеспечивая более выраженный и стойкий клинический эффект. Такой подход особенно актуален для пациентов, нуждающихся в эффективной, но щадящей терапии.

Заключение

Комплексное лечение псориаза с использованием UVB-терапии 311 нм и крема *Skinkea* является эффективным и безопасным методом терапии лёгких и среднетяжёлых форм заболевания. Комбинация данных методов способствует ускоренному регрессу кожных проявлений, улучшению качества жизни пациентов и может быть рекомендована для широкого применения в дерматологической практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдрахманова, А.С. Вегетативная дисрегуляция у больных псориазом / А.С. Абдрахманова, Г.Р. Батпенова, Б.К. Исакова // Сб. тез. 5 междунар. конф. «Новые аспекты дерматовенерологии: наука и практика». - Алматы, 2008. - С. 12.
2. Адаскевич, В.П. Акне и розацеа / В.П. Адаскевич. - СПб., 2000.

- 130 с.

3. Айзятулов, Р.Ф. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазической болезни / Р.Ф. Айзятулов, В.В. Юхименко // Вести. дерматол. и венерол. -2001. -№ 1. - С. 41-43.

4. Алиева, П.М. Ассоциация псориаза с нарушением липидного обмена атеросклерозом и сахарным диабетом: автореф. дис канд. мед. наук.

а. - м.,1980. - 20 с.

5. Анисимов, В.Н. Световой режим, мелатонин и риск развития рака / В.Н. Анисимов, И.А. Виноградова// Вопр. онкол. - 2006. - Т. 52, № 5. - с. 491-498.

6. Антоньев, А.А. Некоторые вопросы биоритмологии в дерматологической практике/ А.А. Антоньев, Л.В. Белова-Рахимова// Вестн. дерматол. и венерол. - 1987. -№ 12. - С. 12-15.

7. Арушанян, Э.Б. Иммунотропные свойства эпифизарного мелатонина / Э.Б. Арушанян, Э.В. Бейер // Экспер. и клин. фармакол. - 2002. - Т. 65,

а. № 5. -С. 73-80.

8. Арчаков, А.И. Биомембраны: структура, функции / А.И. Арчаков // Медицинские аспекты. -Рига.-1981. - С. 167-184.

9. Аршавский, И.А. Учение А.А. Ухтомского о хронотипе и его значении в анализе временных механизмов и закономерной биологии индивидуального развития / И.А. Аршавский // Усп. физ. наук. - 1991.