

Официальная (конвенциональная) медицина. Наружные средства

СОДЕРЖАНИЕ:

Официальная (конвенциональная) медицина. Наружные средства	1
Гормональные наружные препараты и псориаз.....	1
В 1001-й раз о гормонах и псориазе.....	9
Как “слезть” с гормональных мазей?	11
Предисловие	12
Лирическое отступление	13
Как “слезать”? Основные варианты	14
Дополнительные меры.....	15
Наружные негормональные средства при псориазе.....	19
Индифферентные мази и пасты	20
Препараты, содержащие дёготь.....	20
Препараты нефти.....	21
Препараты, содержащие иприт.....	22
Противовирусные средства	23
Цитостатические средства	23
Растительные препараты.....	25
Средства различного действия	26
Средства на солидоловой основе.....	26
Мази, кремы, лосьоны: основные понятия	26
Применение чистого дёгтя в дерматологической практике.....	28
Дёготь и его применение при псориазе	33
Каменноугольный дёготь: зарубежная практика	33
Древесный (в т.ч. берёзовый) дёготь.....	36
Практический опыт участников форума.....	37

Гормональные наружные препараты и псориаз

Автор: участник форума **FROL**

Когда говорят о терапии гормональными средствами, вспоминают эффект наркотиков. Всё правильно. Гормональные средства для больного псориазом – это, условно говоря, та самая “игла”, на которую он посажен, причём “синдром отмены” этих средств очень и очень болезнен и малопредсказуем. По сути все гормональные мази имеют общее фармакологическое действие: сужают сосуды, чем ослабляют приток крови к бляшке. Естественно, интенсивность процессов в очагах поражения кожи снижается, и как результат – бляшки тускнеют, вплоть до полного исчезновения. Однако эта «сказка» долго не живёт... Через некоторое время после «волшебного» эффекта печальная картина псориаза начинает постепенно возвращаться и обычно в течение месяца (бывают исключения) восстанавливается полностью, и даже ещё в худшем проявлении. Конечно же, возможно опять прибегнуть к этим средствам, но их понадобится уже большее количество. Затем ваша «проверенная» мазь уже перестаёт помогать. Но не беда, в мире используется только 15-20 активных гормональных веществ и сотни препаратов на их основе. Можно прибегнуть к более сильным гормональным соединениям и к новому «супер-препарату», однако затем и он становится малоэффективным. Но и фармпромышленность не спит – обязательно найдётся ещё более сильнодействующее средство. И так без конца и начала. До тех пор пока места кожи, на которые наносились эти средства, не атрофируются. Многим приходилось наблюдать людей после длительного применения гормональных мазей с участками кожи, похожей на ветхую тряпочку: она сморщенная, нездорово гладкая, с характерным синеватым цветом, на ней даже не росли волосы. Не слишком ли высокая цена за временное отсутствие бляшек на коже? Ведь псориаз не только не исчез, а и усугубился.

Кстати, «старая школа» советских дерматологов вообще не рекомендовала применять подобные средства, а если и применять, то не раньше 45-летнего возраста. Причиной такого решения является то, что «безвредных» гормонов не существует и не существовало, так как любой гормон, попадая в кровеносное русло, регулирует функции органов, нередко далёких от места их выработки или выведения этих гормонов. И это является объяснением на вопрос: почему терапия гормональными средствами не является радикальной. Следует помнить также, что гормоны полностью всасываются в кожу.

Впрочем, анализ гормональных мазей был бы неполным без краткого описания фармакологического действия их основных действующих веществ, приведенных в следующей таблице.

№	Действующее вещество	Препараты	Фармакологическое действие	Побочные действия
1	Бетаметазон	Акридерм, Бетновейт, Белогент, Белодерм, Белосалик, Бетазон, Бетакортал, Бетасалик, Бетасалин, Випсогал, Дайвобет, Дипрогент, Дипросалик, Дипроспан,	Оказывает противовоспалительное и антипролиферативное действие. Причём интенсивность противовоспалительного действия в 30 раз сильнее гидрокортизона, а при добавлении фтора – ещё более сильное, из-за чего широко используется в настоящее время. Уменьшает повышенную проницаемость сосудов в месте воспаления. Имеет	Жжение, сухость, аллергический дерматит, вторичная инфекция, атрофия кожи, потница. При длительном применении возможно развитие системных побочных эффектов.

		Кутерид, Тридерм, Флостерон, Фуцикорт, Целестодерм, Целестон	сосудосуживающее действие.	
1а	+ салициловый спирт	Белосалик, Дипросалик		
1б	+ клотримазол	Тридерм		
2	Будесонид	Апулеин, Пульмикорт	Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое и противозудное действие.	При длительном применении (более 4 недель) возможны дерматиты, жжение, раздражение слизистых оболочек, зуд, высыпание на коже, развитие суперинфекции и системных побочных эффектов.
3	Гидрокортизон	Гидрокортизон (мазь), Гиоксизон, Дактакорт, Кортеид,Кортеф, Латикорт, Локоид, Оксикорт, Сибикорт, Сополькорт, Сульфодекортем (с добавлением серы), Фуцидин	По активности превосходит другие гормональные средства. Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое и противозудное действие. Препятствует развитию соединительной ткани в очаге воспаления.	При длительном применении возможно развитие системных побочных эффектов.
4	Клобетазол	Дермовейт	Оказывает противовоспалительное, антипролиферативное, антиэкссудативное и противоаллергическое действие, вызывает противозудный эффект.	При длительном и интенсивном лечении (более 5 дней) – атрофические изменения кожи, дилатация поверхностных кровеносных сосудов.

				При применении на обширных поверхностях возможно развитие системных побочных эффектов.
5	Мометазон	Элоком, Элокон, Назонекс	Тоже, что и у флуметазона	Тоже, что и у флуметазона
6	Флуметазон	Локакортен, Локасален, Лоринден	Оказывает выраженное противовоспалительное, антиэкссудативное и противоаллергическое, противозудное действие	Атрофия и растяжение кожи, жжение, зуд, гипопигментация кожи. При длительном применении и/или нанесении на обширные поверхности возможно развитие системных побочных эффектов.
7	Флудкортонол	Ультралан	То же, что у флуметазона	Те же, что у флуметазона
8	Флуоцинолон ацетонид	Синалар, Синафлан, Синодерм, Флуцинар, Флукорт, Флунолон	То же, что у флуметазона	Те же, что у флуметазона
9	Флутиказон	Кутивейт	Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое и противозудное действие.	При длительном применении возможны атрофические изменения кожи – истончение, стрии, расширение поверхности кровеносных сосудов, гипопигментация; аллергический контактный дерматит и вторичная инфекция.
10	Триамцинолон	Триакорт, Фторокорт, Фтодерм,	Близок по действию к преднизолону. Оказывает	Возможны зуд, раздражение кожи, поздние реакции типа

	Кеналог, Кенакорт, Берликорт, Назакорт, Полькортолон	противовоспалительное, противоаллергическое и противозудное действие.	экземы. При длительном применении возможно развитие вторичных инфекционных поражений и атрофических изменений кожи.
--	--	---	--

Подобный список имеется на нашем форуме, тема <http://psoranet.org/topic/591/>. Классификация гормональных препаратов по степени воздействия – там же.

Описания некоторых из указанных здесь и на ссылках препаратов можно найти на нашем сайте, рубрика “Описания препаратов”.

Кроме того, список кортикостероидов для местного применения содержится на стр. <http://obi.img.ras.ru/humbio/ALLERG/001ac7ae.htm>.

Внедрение в 50-е годы XX века в лечебную практику гормональных (в частности, кортикостероидных) препаратов казалось на первых порах переломным в наружной терапии псориаза. Однако дальнейшие наблюдения показали, что гормональные средства первого поколения (**гидрокортизон, преднизолон** и др.), второго (**лоринден, синалар, фторокорт** и др.), а также третьего поколений (**дипросалик, целестодерм, бетновейт** и др.), хотя и приводят к быстрому исчезновению болезненных симптомов, но не предотвращают быстрых рецидивов и стабильно проявляют целый ряд местных и общих эффектов побочного действия.

Синалар (содержит флуоцинолона ацетонид 0,025 %, близок по строению к преднизолону и дексаметазону) эффективен при воспалительных дерматозах, иногда после безуспешного применения других кортикостероидов. Применяется в виде мази, крема или эмульсии. Лучший эффект наблюдается при нанесении мази под пленку, заменяемую раз в 2-3 дня (тогда же принимается душ). Курс лечения от 3 до 30 дней.

Флуоцинолона ацетонид содержат также препараты **Синафлан, Синодерм, Флунолон, Флуцинар**.

Кремген содержит флуоцинонид 0,05% (ацетат флуоцинолона ацетонида), который обладает в 5–10 раз более высокой активностью, чем флуоцинолона ацетонид.

Формокортал содержит 0,025 % кортизона, а гидрокортизон в качестве действующего вещества содержат **Латикорт, Локоид, Оксикорт, Сульфодекортем**.

Локакортен (действующее вещество – флуметазон, 0,02%) по химическому строению близок к синалару. Препарат втирают тонким слоем в кожу 1-2 раза в день в течение 1-2 недель, лучше под окклюзивную повязку. Противопоказан при туберкулезе, кожных реакциях после вакцинации и др.

Локакортен-Тар, кроме флуметазона, содержит деготь.

Локасален (производство «Плива», Хорватия и «Сибя-Гейги», Швейцария) представляет собой локакортен с 3% салициловой кислотой. Курс лечения 30-40 дней.

Флуметазон также входит в состав **Лориндена** (Лоринден-А – с салициловой кислотой, Лоринден-Т – с дегтем).

Дипросалик («Schering-Plough», США) содержит: бетаметазона дипропионат 0,05 %, салициловая кислота 3%. Бетаметазон содержат многие наружные средства (**Акридерм, Бетновейт, Випсогал, Дипроспан, Тридерми** др.).

Белосалик («Belupo», Хорватия) кроме бетаметазона (0,05 %), содержит салициловую кислоту (3 %).

Целестодерм (с гентамицином и без него) содержит 0,1 % бетаметазона валерианат; применяется 1-2 раза в день в виде смазывания и под окклюзивную повязку. Возможно развитие фолликулитов.

Противопоказания: туберкулез кожи, герпес, коровья или ветряная оспа и др. Нельзя применять препарат вблизи глаз, а также на больших поверхностях тела.

Гормональный компонент мометазон содержат наружные средства **Назонекс, Элокон, Элоком**.

Дермовейт («Glaxowellcome», Англия) содержит 0,05 % клобетазола пропионат – сильного кортикостероида, выпускается в виде крема и мази.

Апулеин («Gedeon Richter», Венгрия) выпускается в форме мази и крема, содержит гормональный препарат будезонид, который хорошо проникает в кожу и быстро разрушается в печени. Противопоказан при любых кожных инфекциях. Утверждается, что апулеин реже вызывает побочные явления, характерные для гормональных препаратов предыдущих поколений.

Флупреднилидена ацетат (Германия) применяется в течение 10 дней на площади не более 40% всей поверхности кожи.

Кенакорт содержит 0,1 % триамцинолона ацетонид, применяется в виде мази или крема. Это же действующее вещество (триамцинолона ацетонид) содержат препараты **Фторокорт, Кеналог, Полькортолон, Триакорт**.

Участник форума **help** представляет вашему вниманию нижеприведенную таблицу деления действующих веществ наружных гормональных препаратов по силе действия. Она чрезвычайно полезна, т.к. даёт такую градацию **с учётом форм лекарственных препаратов**. В таблице использованы данные NPF (Национальной Ассоциации псориаза США) и Американского Дерматологического сообщества.

Деление стероидных препаратов на классы по силе действия.

Обращайте внимание на точное название действующего компонента и форму препарата.
Сопоставление между классами: действия препарата Class 1 примерно в 600 раз сильнее, чем Class 7.

Generic name Действ. в-во	Ointment Мазь	Cream Крем	Lotion Лосьон	Shampoo Шампунь	Gel Гель	Foam Пена
CLASS 1 - Superpotent / Суперсильные						
Clobexol propionate 0.16% Клобетазол пропионат 0.05%	Clobex, Cormax, Temovalte, Dermol, Belmovalte	Cormax, Temovalte, Dermovalte	Dermovalte	Clobex, Erlvux	Temovalte	Olox, Carelux
Betamethasone dipropionate 0.05% Бетаметазона дипропионат 0.05%	Dalvobet, Diprolone, Diprosone, Diprosalic, Lotriderm, Beloderm, Triderm	Diprolone, Betamil, Diprosone, Triderm, Diprosonta, Clobetrisone, Acliderm, Beloderm, Xarelson, Diprosalic, Belosalic, Dalvobet	Diprosalic, Diprosone, Belosalic		Kambi	
Deflazone diacetate 0.05% Дифлазона диацетат 0.05%	Psorcon, Flucosm					
Halobetasol propionate 0.05% Халобетазол пропионат 0.05%	Ultravate	Ultravate				
Fluocinonide 0.1% Флуцинаид 0.1%		Vanns				
Deflocortolone valerate 0.3% Дифлукортолон валерат 0.3%	Merisone forte	Merisone forte				
CLASS 2 - Potent / Сильные						
Deflazone diacetate 0.05% Дифлазона диацетат 0.05%		Psorcon				
Mometasone furoate 0.1% Мометазон фуруат 0.1%	Elocom, Elocom					
Betamethasone valerate 0.3% Бетаметазон валерат 0.3%	Betnovate, Betacorten, Celestoderm	Betnovate, Fucicort, Betacorten			Betacorten	Betta- mousse
Halobetasol 0.1% Халобетазол 0.1%	Halog	Halog			Halog	
Decasone 0.1 - 0.05% Дексаметазон 0.1 - 0.05%	Topicort	Topicort			Topicort	
Alclometasone 0.1% Алклометазон 0.1%	Cyclocort	Cyclocort, Amisozide				
Budesonide 0.025% Будесонид 0.025%	Apuwin	Apuwin				
Fluocinonide 0.05% Флуцинаид 0.05%	Lidex, Metosyn	Lidex, Metosyn	Fluocinonide Lotion 0.05%		Lidex	
Methyprednisolone acetate 0.1% Метилпреднизолон ацетат 0.1%	Advantan, Vanderm	Advantan, Vanderm				
Deflocortolone valerate 0.1% Дифлукортолон валерат 0.1%	Berisone	Berisone, Isoocort, Nullderm, Nuriderm, Tevaderm, Travocort				
CLASS 3 - Upper Mid Strength / Сильные ниже среднего						
Flucisone propionate 0.005% Флуцизон пропионат 0.005%	Cutivate					
Betamethasone valerate 0.1% Бетаметазон валерат 0.1%		Flucibel, Celestoderm	Betacap, Betnovate, Soferm			Lidex
Alclometasone 0.1% Алклометазон 0.1%			Cyclocort			
Triamcinolone diacetate 0.1% Триамцинолон диацетат 0.1%	Kenalog	Kenalog				
Moetasone furoate 0.1% Мометазон фуруат 0.1%		Elocom, Elocom, Skintlight				
Deflazone diacetate 0.05% Дифлазона диацетат 0.05%		Psorcon				
CLASS 4 - Mid Strength / Средние						
Triamcinolone acetate 0.1% Триамцинолон ацетат 0.1%	Kenalog, Aureocort, Floracort, Triacort	Kenalog, Dermacortin	Kenalog			Fluocinolone spray
Moetasone furoate 0.05% - 0.1% Мометазон фуруат 0.05% - 0.1%		Clolan	Elocom lotion			
Fluandrenolide 0.05% Флуандренолон 0.05%	Cordran, Haslan	Haslan				
Hydrocortisone valerate 0.2% Гидрокортизон валерат 0.2%	Westcort					
Fluocinolone acetonide 0.02% Флуцинаид ацетонид 0.02%	Synalar, Flacinar, Synoflan, Sinoderin, Esacilone	Sinoderm	Flacort		Sinoderm	
Halobetasol 0.025% Халобетазол 0.025%		Halog				
Deflazone butyrate 0.05% Клобетазон бутират 0.05%		Eumovate, Trimovalte				
Deflocortolone valerate 0.1% Дифлукортолон валерат 0.1%		Cloderm				
Flumethasone Флуметазон	Loriden	Loriden, Lecacorten				
CLASS 5 - Lower Mid Strength / Самые ниже среднего						
Fluocinolone acetonide 0.01% Флуцинаид ацетонид 0.01%		Synalar		Capex		
Hydrocortisone butyrate 0.1% Гидрокортизон бутират 0.1%	Locoid	Locoid, Pandel, Dermacort	Locoid		Locoid	
Hydrocortisone valerate 0.2% Гидрокортизон валерат 0.2%		Westcort				
Hydrocortisone butyrate 0.1% Гидрокортизон бутират 0.1%	A	Pandel			A	
Desonide 0.05% Десонид 0.05%	Desowen, Tridesolon		Desowen			Vordeso
Fluandrenolide 0.05% Флуандренолон 0.05%		Cordran	Cordran			
Flucisone propionate 0.05% Флуцизон пропионат 0.05%		Cutivate	Cutivate			
Fludrocortisone 0.1% Флудрокортизон 0.1%		Detmatop				
Triamcinolone acetate 0.025% Триамцинолон ацетат 0.025%	Kenalog	Artiscort A	Kenalog lotion			
Triamcinolone diacetate 0.1% Триамцинолон диацетат 0.1%		A				
Betamethasone dipropionate 0.05% Бетаметазон дипропионат 0.05%		Diprolone			Dalvobet	
CLASS 6 - Mild / Умеренные						
Alclometasone dipropionate 0.05% Алклометазон дипропионат 0.05%	Aclovate, Modrasone, Afliderm	Aclovate, Modrasone, Afliderm				
Fluocinolone acetonide 0.01% Флуцинаид ацетонид 0.01%			Derma- Soothe mofo	Capex, Sebawash		
Desonide 0.05% Десонид 0.05%		Desowen, Tridesolon			Desonate	Vordeso
Triamcinolone diacetate 0.025% Триамцинолон диацетат 0.025%		Artiscort A	Kenalog Lotion			
CLASS 7 - Least Potent / Слабые						
Hydrocortisone 0.5% - 2.5% Гидрокортизон 0.5% - 2.5%	Pimafacort, Dactacort, Fucidin, Nystafurum, Pantivone	Cortaid, Hyltane, Micort, Synacort, Pimafacort, Alphaderm, Calmerid, Canestib, Dactacort, Fucidin, Nystafurum, Viofarm, Bemantini, Hydrogiclen, Lanscort, Calibocort	Cortaid, Cetacort, Nutracort	Hyltane	Cortagel	Cortaid crepe, EpiFoam
Methyprednisolone, prednisolone Метилпреднизолон, преднизолон						
Ticocortolone pivalate Тикокортолон пивалат		Ticocortol, Fluvikone				



Подчеркнем, что гормональные мази назначают лишь в тех случаях, когда обычные методы терапии оказываются неэффективными. Они показаны в основном в прогрессирующей стадии псориаза при эритродермических и экссудативных формах. Однако лечебное действие указанных препаратов носит характер временного косметического эффекта. А. И. Картамышев (1970) наблюдал рецидивы псориаза после лечения синаларом через 3–28 дней у 90% больных. Длительное использование кортикостероидов на больших площадях опасно для здоровья. Осложнения возникают в виде белых пятен, атрофии кожи, привыкания к препарату и др.

Вообще, почти все старались избегать гормональных препаратов и всё же их применяли. И это вполне нормально, ведь в самых критических ситуациях, когда это диктует *dura necessitas* – суровая необходимость (лат.), они оказывали нам экстренную помощь. Принцип действия кортикостероидов прост – сдерживать деление молодых клеток кожи, которое происходит в десятки раз быстрее нормы. В особо критических ситуациях, когда надо действовать быстро и решительно, такой способ считается приемлемым. Однако этого нельзя сказать о постоянном, многомесячном применении метода.

Ещё раз кратко остановимся на отрицательных последствиях, вызываемых интенсивным и многолетним применением гормональных препаратов. Это будет весьма полезно, т.к. большинство пациентов, кроме неясных страхов перед «химией» и «гормонами», почерпнутых из популярных статей и устного фольклора, имеют весьма туманное представление о сути проблемы. Вместо излишних переживаний и опасений целесообразнее ясно представлять, какие нежелательные эффекты могут наблюдаться.

Реакция на прием гормональных средств или близких по действию к естественным гормонам синтетических веществ весьма индивидуальна, но обычно эффект от их действия бывает кратковременным. Адаптация организма к определенной дозировке препарата вскоре приводит к снижению эффекта и для постоянного поддержания кожных покровов в удовлетворительном состоянии требуются все большие дозы гормонов. Не следует ошибочно наделять дерматологические кортикостероидные препараты свойством некой универсальности.

Итак, какие системы и органы могут испытать неблагоприятное воздействие?

Во-первых, это эндокринная система. Высокие концентрации гормонов, введенных в организм извне, приводят к уменьшению объема синтеза ряда эндогенных (собственных) гормонов, а это нарушает гормональную регуляцию в организме. Через несколько недель после окончания применения гормональных дерматологических препаратов их концентрация в организме падает и объемы синтеза собственных гормонов снова восстанавливаются, тем не менее, лучше не усердствовать в применении кортикостероидов.

Во-вторых, это печень. Проблемы, связанные с этим главным биотрансформатором нашего организма, уже обсуждались выше. Отметим лишь, что присутствие синтетических стероидных гормонов ведёт к накоплению токсических соединений, изменениям в строении гепатоцитов (клеток печени), снижению антиоксидантных функций печени и ухудшению кровообращения в этом органе. Вряд ли дело дойдёт до появления таких сигналов о нарушении функций печени, как горечь во рту, боли в правом боку, вспышки раздражительности, слабость, головокружение, тошнота и т.д. Впрочем, люди особенно настойчивые в самолечении, решающие вопрос о дозировках «по настроению», могут в итоге стать обладателями этого невеселого набора симптомов.

В-третьих, это почки, следующее за печенью звено нашей выделительной системы. Попадая из печени в почки, токсичные продукты переработки стероидов ведут к снижению проницаемости клеточных мембран,

а ухудшение клубочковой фильтрации – к образованию всем хорошо известных почечных камней, как результата задержки кальция в организме.

Список можно продолжить негативным влиянием на сердечно-сосудистую систему, возрастом содержания в крови жирных кислот, а также гормона кортизона, которого у псориатиков и того избыток. На этом остановимся, ведь данные факты приводятся вовсе не для того, чтобы Вы начали прислушиваться к болевым ощущениям в области поясницы или тщательно рассматривать на свет баночку со своей мочой, пытаясь обнаружить признаки помутнения. Просто постарайтесь осознать, что безрецептурный отпуск мощных дерматологических препаратов отнюдь не дает основания для их безответственного, а подчас бездумного использования без наблюдения Вашего лечащего врача.

Гормоны стероидной природы – искусственно полученные вещества, регулирующие процессы синтеза белков. Они получаются, как правило, после присоединения к исходной молекуле гормона различных функциональных групп, что делает его структуру отличной от естественных человеческих гормонов. Пути биотрансформации такого вещества в организме значительно изменяются. Да, они действуют быстро, но древнеримская поговорка *bis dat qui cito dat* – дающий быстро даёт вдвойне (*лат.*) вряд ли об этом случае.

Если же ситуация не является угрожающей, то пациенты и доктора стремятся обходиться без гормональных средств. Выбор препаратов поистине безбрежен, ведь псориазом болеют сотни миллионов людей, и над проблемой работают тысячи исследовательских центров и клиник.

Большинство из них честно стараются сделать всё от них зависящее. Но, к сожалению, нередки случаи фальсификации. В средства, заявленные как содержащие исключительно природные компоненты, скрытно добавляются мощнейшие стероиды. Пациенты и их доктора об этом и не подозревают и поэтому не придерживаются правил обращения с гормональными средствами (пульсотерапия, контроль над дозировками и т.д.). Высокие концентрации стероидов производят стремительный косметический эффект, вызывая бурный восторг, которому вскоре суждено смениться горечью. При резком прекращении приема препарата ситуация становится подчас даже хуже, чем была до его приема, а при длительном непрерывном применении наносится несомненный ущерб здоровью. Все службы, призванные к контролю над медикаментами, несмотря на мощь лабораторий химиков – аналитиков могут определить стероиды только благодаря счастливой случайности.

Подобный поиск более трудоёмок, чем обнаружение иголки в стоге сена, а новых антипсориазных препаратов ежегодно выпускаются сотни. Когда же скрыто добавленные стероиды всё же находят, то почему-то следы производителей «продуктов Мёртвого моря» теряются где-то в Восточной Европе, а вовсе не в Израиле. Выяснить истину в полутора миллиардном Китае (если препарат маркирован этой страной) – дело, как вы догадываетесь, вовсе безнадежное.

Источники:

“Кортикостероиды, применяемые местно”

Г.Н. Маринина, В.С. Маринин. «Лечение псориаза» (2012)

Материалы нашего форума.

Рекомендуемый раздел форума — [“Наружные препараты, применяемые при псориазе”](#)

В 1001-й раз о гормонах и псориазе

Автор — участник форума **help**

Сколько писано-переписано о стероидных препаратах и их применении при псориазе, сколько копий сломано, сколько разнообразных историй рассказано, а вопрос уже полтора десятка лет у каждого второго нового участника форума стоит в неизменном виде: можно ли пользоваться гормональными препаратами, насколько это безопасно, почему против них столь агрессивное настроение? Речь, естественно, пойдёт о топических стероидах в виде мазей, кремов, лосьонов, спреев, пены, шампуней, и т.д., системные стероиды в виде инъекций или таблеток применяются именно при псориазе довольно редко и, в основном, по поводу сопутствующих проблем, ну или, как крайний случай, при снятии обострений. Нас в данном случае интересует, а что можно на себя намазать, или чем себя полить?

Прежде всего ответу на вопрос, почему я столь резко критикую использование гормональных препаратов в одних случаях (их большинство) и совершенно лояльно отношусь в других, намного более редких? Ответ прост: не считаю их препаратами для самолечения, с одной стороны, и, к сожалению, в случае назначения врачами, редко вижу понимание или ответственность за назначение этих средств, с другой. В тех самых редких случаях, когда врач детально объясняет, как и сколько пользоваться препаратом, и строго предупреждает: не нарушать прописанные дозы, способ и время, можно задуматься о применении.

Всё-таки, зло это или нет? Увы, в общепринятом понимании применения – да, зло.

Во-первых, мало кто задумывается, почему надо взять именно тот препарат, а не иной, хотя наружных стероидных средств десятка три разновидностей по действующему веществу и его концентрации. Меж тем, разница есть, и существенная. И если врач (считаем, что нам повезло, и попали на того, кто не был троечником, и кому не пофиг на то, чем он занимается) может выстроить в голове какую-то стратегию, оценить, какой именно препарат, с учётом всех остальных средств и анамнеза, в данном случае стоит применить, как избежать синдрома отмены и всё прочее, то самодеятельная стратегия «взять с полки то, что осталось от собаки» и мазать сколько попало и как попало, в конечном итоге ведёт к провалу. Объяснить, почему купил именно Элоком, Дипросалик или, скажем, Флуцинар, не получается, а это разные препараты, схемы применения различны, побочные эффекты отличаются, и даже смешивать их можно не со всем, что попало. «Сила» препаратов разных групп может отличаться друг от друга во много сотен раз. Как вывод – в общем виде топический стероид это зло, потому что зачастую применяется бесконтрольным выбором.

Во-вторых, время применения. Допустим, что мазилку выписал врач (ну, это не новость), допустим, что он даже написал и предупредил «принимать не более N дней, затем постепенно отменять, смешивая с негормональной мазилкой» (что менее вероятно, но бывает и такое), что делает пациент? Правильно, помазался неделю — «О! проходит! Чё это я буду прекращать, помогает же! Зачем мне красная рожа (или жопа, неважно)? Пойду-ка куплю ещё пару тюбиков, или лучше шесть, пока в аптеке не закончилось». И пошло-поехало. Помазал – прошло. Можно передохнуть день-два. «Ой, опять появилось!» — ещё три дня мажем. Потом — «Ой, три дня рождения подряд будет, придётся опять неделю мазать, надо ж при марафете быть...» — и так далее без конца. Как результат – весь букет побочных эффектов, включая «ё...», перестало помогать, и это перестало, и то тоже, а морда (жопа) опять красная, что делать-то????!!!». Знакомая картина, правда? Ну, возможны варианты, но суть именно такая. Несоблюдение предписанных врачом правил применения, либо хотя бы их же, прочитанных в бумажке из коробочки с мазью, в крайнем случае в интернете, даёт второй повод считать, что топические стероиды при псориазе – зло.

В-третьих, примем во внимание, что псориаз всё-таки неизлечимое заболевание. Могут быть ремиссии, даже длительные, но риск рецидива всё-таки присутствует. И если, скажем, при лечении какого-нибудь грибка помазали клотримазолом, чтобы убить, и гидрокортизоном, чтоб не чесалось, вылечили и забыли, в следующий раз, если снова появится, можно повторить и снова сработает, то с псориазом с немалой вероятностью такое может не пройти. Применённый второй или пятый раз подряд тот же самый гормон

такого же эффекта иметь не будет, и мало того, есть также вероятность, что негормональное средство, которое помогало раньше, пусть даже медленно, окажется бесполезным. И что самое противное, предугадать этот эффект заранее невозможно. В третий раз вынуждены констатировать, что наружные гормоны при псориазе – зло.

Тем не менее, в противовес трём вышенаписанным тезисам, **три правила**, при соблюдении которых применение наружных гормональных средств можно считать оправданным.

Первое. Препарат назначен врачом, в компетенции которого вы не сомневаетесь, точно прописана дозировка, способ применения, время применения (не может превышать двух недель), схема постепенной отмены. Обязательно (!!)

сообщите врачу о ранее применявшемся наружном гормональном препарате, обычно назначение таких средств идет «снизу вверх», от менее сильного к более сильному.

Второе. Препарат применяется точно по описанной врачом методике и способе применения, никакой самодеятельности, никаких «под плёнку на ночь», никаких «закреплений эффекта» сверх предписанного срока применения.

Третье. Стероидные препараты, как правило, не применяются в стационарной стадии и тем более — в стадии ремиссии. Наиболее часто они применяются (когда это происходит) для того, чтобы сдвинуть с места, «запустить» процесс лечения каким-либо другим методом, например, применяется Дайвобет в начале серии процедур UVB NB. Другой вариант применения – в составе прочих мероприятий при снятии обострения в виде краткосрочного курса на несколько дней.

Это всё, при соблюдении всех трёх правил, и только всех вместе, гормональной мазилке можно сказать «да». Иначе – нет, нет, и ещё раз нет.

Особо стоит отметить препараты с неизвестными вам названиями или компонентами, кто бы и как бы их ни называл и что бы ни обещал. Если есть подозрение на гормон в составе препарата или он содержит любой из компонентов этой таблицы — http://psoranet.org/uploads/ster_nam.png, считайте, что всё вышенаписанное в полной мере к нему относится.

Рекомендуемая тема форума — <http://psoranet.org/topic/3048/>

Как “слезть” с гормональных мазей?

Автор: участник форума **аргус**. Предисловие: **help**



Предисловие

Гормоны – говно. Рискую заработать массу обвинений в плохом воспитании, тем не менее я утверждаю, что это самое точное определение применительно к псориазу. Применение гормональных препаратов при псориазе имеет довольно длинную и скверную историю. Разделим это на части, и станет понятно, почему я так написал.

Что такое гормоны? В нашем случае это название относится к препаратам наружного и внутреннего применения, содержащим компоненты, как правило, кортикостероидной или глюкокортикоидной групп. Не вдаваясь в подробности биохимических реакций, отметим, что эти препараты имеют относительно быстрый видимый эффект, что и привело к их невероятной популярности и обусловило повальное применение. Где же «засада»? Препараты быстро действуют, имеют зачастую великолепный результат, вплоть до полного исчезновения внешних проявлений псориаза. Почему же здесь утверждается, что это плохо? Это не плохо, это очень плохо, это катастрофически плохо и опыт участников форума, отражающий, ввиду своей многочисленности, достаточно полную картину происходящего в псориазном сообществе, это полностью подтверждает. Основных проблем три, они-то и являются главными врагами.

Первая – привыкание. Привыкание псориазника к гормону сродни наркомании, и привыкание организма к действию гормона столь же опасно и разрушительно для нас, как и наркотик. Привыкание вызывает ослабление действия гормона, и, как следствие, сокращение времени между применением, увеличение дозировки, переход на более сильные стероидные препараты.

Всё это ведёт к причине второй – побочные действия гормонов. Спектр побочных действий гормональных средств достаточно широк, указан в описании, и, к сожалению всем своим составом и вступает в дело.

Среди самых опасных для псориазника – увеличение площади поражения, изменение структуры кожи, её истончение, развитие дерматитов, стремящихся к переходу в хроническую форму, и другие прелести.

Последствия внутреннего применения (в виде инъекций) гормональных препаратов ещё более ужасны, в дело вступает ещё и системное действие, эта гадость попадает в кровь и вызывает гормональный дисбаланс организма. ОК, убедил, гормон – говно, давайте его бросим.

И тут поджидает проблема номер три – «откат» или реакция на отмену препарата. Описывая эту реакцию, можно снова провести параллель с наркотиками, это сродни «ломке». Отмена может происходить более-менее гладко, если срок использования невелик, но при долгом и обширном применении препарата часто приводит к обострениям, которые бывают очень тяжёлыми. Тем не менее это единственный выход.

Другого просто нет. Существует масса вариантов, позволяющих в какой-то мере нивелировать это обострение, они описаны в теме форума о том, как снять обострение. Самое лучшее – это просто не начинать.

Но как быть, если 99 врачей из ста первым же своим действием выпишут рецепт на гормональный препарат? Ответ простой, впрочем, он касается не только гормонов – включить голову. Не кидаться сразу в аптеку, псориаз не улучшится и не ухудшится ни за час, ни за день, а выяснить, что за препарат выписан, попросить врача объяснить, как он действует и как будет действовать вся схема лечения. Ну и, конечно, внимательно изучить темы нашего форума о гормонах, посмотреть в списке препаратов, содержащих гормональные компоненты, рассмотреть все варианты, исключая применение стероидных средств, и принять правильное решение: «нет, я этого не хочу». Даже если действующее вещество неизвестно, а состав непонятен, быстрый эффект от любого препарата должен насторожить, при псориазе не может быть быстрого эффекта, за одним-единственным исключением – за исключением гормонов.

Как «слезть» с гормонов с минимальными потерями? Это неоднократно описывалось участниками форума, вкратце – так же, как и с наркотика: уменьшение дозы (разведение наружных препаратов нейтральными мазями и кремами), переход на более слабые препараты, постепенное увеличение промежутков между применениями с «обманом» в виде обычного крема. И помните золотое правило, даже если и пришлось применять такой препарат: не более 20-30 дней с перерывом, равным трёхкратному времени применения, а лучше с перерывом не менее 90 дней, но ещё лучше не применять вообще.

Пару слов о волшебных снадобьях. Есть разные составы, поразительно быстро снимающие внешние проявления и приносящие облегчение. Как показывает опыт, такие снадобья всегда содержат огромное количество гормона, о котором забывает сообщить производитель или продавец. Финал известен, он не в вашу пользу.

Лирическое отступление

Невероятно огромное спасибо вам, врачи-дерматологи, за то, что вам так сильно хочется, чтобы надоедливый пациент сгинул с ваших добрых глаз побыстрее. Чтобы в кратчайшие сроки кожа этого существа очистилась и он больше не смотрел на вас полными ужаса глазами с единственным вопросом...

На который у многих из вас есть только один, отработанный до интонаций, что в Москве, что во Владивостоке, простой ответ: «Ну что вы хотите, это ж неизлечимо...». Да здравствуют ваши любимые стандартные схемы!..

К чему это я? А к тому, что всё чаще и чаще на форуме, с глубочайшей тревогой в сердце, звучит вопрос: **КАК “СЛЕЗТЬ” С ГОРМОНОВ?!!**

Подчас наше лечение похоже на самоистязание. Измученные отчаянными попытками выхода, мы бросаемся во все тяжкие. Какое облегчение приносят гормональные препараты! Относительно быстро, легко, удобно. Раз – и через короткий промежуток времени вы уже можете позволить себе не только спокойно выйти а улицу, но и одеть рубашку с коротким рукавом, долгожданную юбку, купальник или плавки, в конце концов. Два – и нет приводящих в отчаяние бляшек, а лёгкие следы от них остаются воспоминанием. Три – и ах, мы можем, наконец-то, позволить себе быть счастливыми....

И внешняя цена всего-то да ничего – разок-другой в сутки помазаться кремом или мазью. Это почти как почистить зубы или помыть руки. Легко и просто. Но что такое, проходит время и лёгкость применения отходит на второй план. Имеющегося не хватает, и вот уже меняем препараты на более сильные. И хотя по сути действия ничего не поменялось, поневоле закрадывается мысль, а что с моим организмом? Что делают с ним возрастающие дозы гормонов? И кажущаяся лёгкость применения начинает медленно, но верно отходить на второй план.

Равновесие потеряно. Равновесие. А на другом конце весов – пугающее самоистязание, набивший оскомину здоровый образ жизни, правильное питание, куда менее приятные мази и медленное, почти мучительное выплзание из кризиса. Что же выбрать? Гормоны или упорный, многофакторный труд? Надежду, веру в себя, в свои силы – это единственно возможный выбор.

Вы пришли к мысли, что пора отказаться от применения гормональных препаратов? Страшно? Мы, как никто, понимаем вас....

Увы, статистика хоть и весьма условная, но более 95 % форумчан высказались, что после отмены гормональных мазей у них началось обострение, превышающее (!) начальное состояние до начала лечения. Вот внешне кажущееся благополучие и подсаженный на гормоны, как на наркотик, организм. А вот тяжёлый и упорный труд над собой и освобождение от гормональной зависимости.

К чему бы ни склонялся ваш разум и сердце, помните и знайте одно – это возможно! Через труд, кризис и время, но возможно!

Прежде чем приступить к столь непростому делу, стоит попытаться осознать простой механизм, понимание которого вам поможет увидеть путь выхода из этого тупика. Есть такое любимое многими состояние, как лень. Наш организм любит лениться – это эволюционно выработанный способ сохранения энергии. Есть у нас и чрезвычайно интересная и сложная система желез, вырабатывающих гормоны и гормоноподобные вещества. Намазав гормональную мазь на кожу, мы вносим в свой организм гормоны, и железы начинают лениться, а зачем им работать, если вещество уже есть? Вы, железы, отдохните на диванчике, за вас есть кому поработать. Им это дело нравится настолько, что со временем они всё больше и больше угасают в плане своей работы.

Как раз тут мы и обнаруживаем, что прежних доз маловато будет. И начинаем «подкармливать» организм большими дозировками или более сильными мазями. Что происходит со столь тонким механизмом выработки гормонов в организме, дальше понятно. Чаще всего страдает кора надпочечников, вплоть до практически полного угасания её функции.

Ну что ж, теперь главное:

Как “слезать”? Основные варианты

1. Решиться на это окончательно и бесповоротно, осознавая, что реакция у кожи будет, и будет скорее всего с обострением, **которое – преодолимо!**
2. Приготовиться к систематическим действиям в течение длительного периода времени, как минимум – от 1,5–2 месяцев и более.
3. При всём желании – **РЕЗКО НЕ “СЛЕЗАТЬ”!**

4. Основные варианты —

Вариант 1

Постепенное разведение гормональной мази нейтральным кремом. Например, детским. Сначала 5-10% нейтрального крема к 90-95% гормонального наружного средства – таким составом мазать 2-3 недели. Затем постепенно увеличиваем количество нейтрального крема до 10-15% и также на 2-3 недели, доведя состав до 100% нейтрального крема.

Вариант 2

Если вы сидите на достаточно тяжёлых гормональных препаратах, например, Тридерме (ДВ бетаметазон), то можно попробовать следующую схему: 1 день в неделю заменить на более «лёгкий» гормон, например, Элоком (ДВ мометазон) на 2 недели, затем замену сместить на каждый 4-й день и тоже 2 недели, затем на каждый 3-й день на тот же период, и т.д. Если будете чувствовать, что Элоком «не пошёл», надо будет сначала перейти на что-то менее «злое», чем Тридерм, но более сильное, чем Элоком (например, Адвантан, Фторокорт или Лоринден — это условно «средние» по силе стероиды), а потом постепенно «съехать» с них тоже в сторону уменьшения.

Дополнительные меры

1. В период «слезания» с гормонов очень важно не пересушивать кожу и бережно и систематично за ней ухаживать. Не забывайте удерживать влагу в коже после водных процедур. Вам помогут и различные косметические средства, начиная от детских и заканчивая любыми увлажняющими кремами, и различные масла – масла после купания, масла косточковые (кедровое, лесного ореха, персиковых, миндальных, абрикосовых косточек) и различные косметические сливки, бальзамы, главное – увлажняющие свойства этих косметических препаратов.

2. В период «слезания» с гормонов очень важно обратить особое внимание на оптимальную работу желудочно-кишечного тракта. Ни о каком перегружении этой системы и речи быть не должно. Полноценное качественное питание с ограничениями любых продуктов, которые дают даже намёк на аллергическую реакцию. Разумеется, такое сильнодействующее вещество, как алкоголь, стоит исключить из рациона.

3. . В период «слезания» с гормонов очень важно по возможности исключить такие провоцирующие факторы, как стресс, недосыпание – вроде стандартные рекомендации – но как же они важны! Возможно, есть смысл воспользоваться лёгкими успокаивающими средствами – трава валерианы, например, – но этот момент обязательно обсудите с врачом, медицинские препараты есть медицинские препараты, хоть лёгкие они, хоть тяжелые.

4. В период «слезания» с гормонов стоит заранее побеспокоиться о негормональном препарате-заместителе, который можно и нужно подключать по мере отвыкания организма от гормонального препарата. Не буду здесь перечислять их, дабы не заикнуть вас на нескольких. Просто обратите внимание, что большое количество препаратов в периоды кризисов помогают очень хорошо. Пусть это длится месяца 4, а то и 6 – зато эффект прекрасный.

5. Посоветуйтесь с врачом, возможно, параллельно процессу уменьшения гормональных доз не помешает процесс санаторно-курортного лечения. О местах такого лечения вы также найдете на форуме немало информации.

Напоследок, хочу отметить ещё один небольшой момент. У гормональных препаратов есть своя роль в нашей жизни. Ну не всегда мы успеваем подготовить нашу кожу к каким-то важным событиям в нашей жизни. Иногда действительно необходимо быстро убрать высыпания с лица или с рук или иных частей тела. Тут гормональные препараты – наши помощники. Но именно так, разово, за несколько дней до события и – не дольше.

Берегите себя и ваших близких! Пристальнее относитесь к прописываемому вам лечению! Помните, что гормональные препараты, особенно их длительное применение, – это самое тяжёлое испытания для вашего организма, и что как бы вам ни было трудно, вы справитесь!

Далее – цитаты из постов участников форума «Псориаз? Давайте лечиться вместе!».

help

100% гормоны были, китайцы любят всякие волшебства с быстрым эффектом, **ddSat** где-то даже фотки пузырьков лепил (в топике про китайские снадобья, видимо). Был там по-моему флуоцинолон/флуоцинонид или что-то подобное в недетских дозах. Но неважно, картина абсолютно классическая. За то, что сейчас напишу, тряпками закидают.

На мой взгляд, резко бросать не стоит, может так обсыпать, что жизнь не мила будет. Попробуйте заменить традиционными препаратами с гормональными компонентами, и постепенно снижать дозу, параллельно начав применять негормональные методы и препараты. Замените, например, на мазь, содержащую бетаметазон или клобетазол, потом на элоком, дальше ещё на более слабый препарат, список гормонов и ссылки есть в статье [“Гормональные наружные препараты и псориаз”](#).

Процесс слезания с гормонов должен занять около месяца-полтора в общей сложности, найдёте поиском

по форуму пост, где это подробно описано, чередование горм. мази с косметикой, постепенное разведение и т.д. Иначе резкая отмена больших доз сильного гормона может спровоцировать весьма неприятное обострение, тем более неприятное, если это открытые места.

Посмотрите на форуме рекомендаций масса по негормональным методам, от Пегано до солидола. На шею можно ещё попробовать дайвобет, постепенно заменяя его дайвонексом (на лицо мазать не стоит, производитель не рекомендует), весь процесс с месяц два займёт. И на солнце вылезти срочно, посмотреть на реакцию.

Vinogradinka

Забыла еще добавить, мне дерматологичка говорила, что если мажешься гормональными мазилками, то нельзя мазать мазилкой прямо из упаковки, надо обязательно размешать с каким-нить кремом где-то 1:5, чтобы понизить концентрацию гормонов. А потом через 2-3 недели, еще крем добавлять и так постепенно сходить с гормонов, основное нельзя резко бросать мазаться, если уже начал.

Bladiks

Имею у себя в организме следующую картину. Псор более 10 лет(с подросткового возраста), пробовал кварц, множество гормональных мазей, китайские травы и прочее. Ничего толком не помогало(как обычно «приход»-«откат»). Потом лет на 5 подсел на Скин-Кап (естес-но в полной уверенности что не гормон). Слез с него с зоной поражения 80% и невосприимчивостью даж к половине гормонов. Прошел курс плазмофереза, витаминов, очистил печень, жрал иммуномодуляторы (сандимун неорал). Затем подсел на целестодерм, дипросалик, элоком. За все время псор уходил на 2 месяца только один раз в жизни, после применения химиотерапии (онко).

В настоящее время хочу выйти из этой гормонозависимости и пойти другим путем. Но не могу выработать для себя ни диеты усредненной, ни безгормонального воздействия на кожу. Прошу рекомендаций в этом вопросе.

P.S.: Еще складывается ощущение, что проблемы с сознанием начинаются на гормональной почве, возможно, и для этого найдется совет?

Auqe

Ваш врач мудак. Он пользуясь Вашей некомпетентностью в вопросах медицины, сознательно подталкивает Вас к гормональной зависимости. Он либо не хочет напрягаться, чтобы придумать негормональную схему лечения, либо по каким то причинам желает Вам зла. Да, бляшки отвалятся и возможно раньше чем через месяц, если он Вам пропишет лошадиную дозу гормонов. Но у Вас всё вылезет месяца через два в ещё больших количествах. И чтобы слезть с гормональной зависимости Вам придётся потратить очень много сил и средств. Поймите, что врач гормонами не свои надпочечники посадит а Ваши. Не соглашайтесь ни на какие гормоны.

murakami

Мазался я в КВД очень интенсивно с учетом того, что где-то 60 % всего тела было в псоре, то ходил с головы до ног в мази (салицилка+серная мазь + элоком) целый месяц! И потом прыгивал еще 3 недели...

Спрыгивал с гормональных мазей постепенно, уменьшая количество элокома в (салицилка+серная мазь + элоком). И еще мне кажется очень ВАЖНЫМ то, что во время спыгивания я интенсивно загорал в солярии начал с 7 минут и довел время до 15 минут (ходил в солярий 3 раза в неделю на протяжении 3 недель)..

help

По поводу гормонов как-то писАл уже, что шарахаться всегда и от всех вовсе не обязательно (от ПЗС например так не шарахаются, а там что по-вашему, не гормоны? и побочных действий у них не меньше, есть и необратимые), их огромная и разнообразная куча, они с успехом применяются при многих и разных болячках, просто есть особенности в виде ограничений, побочных эффектов и т.д. и т.п., о которых надо знать и уже владея всей информацией решать для себя как, когда и сколько использовать стероидосодержащие препараты. Водку можно пить и можно ПИТЬ, здесь то же самое. Кто-то трезвенник по жизни, кто-то “только по праздникам”, а для кого-то литр в день – норма, а кому-то вообще нельзя ни

грамма. При большом количестве минусов, гормоны – это единственное на сегодняшний день средство быстро убрать внешние проявления, а в жизни бывает всякое, и например здесь некоторые писали – “а мне пофигу, мне помогает, я буду использовать, а потом хоть потоп”, поэтому настолько разнообразны и мнения. И не надо особо наезжать на врачей – это стандартные методики лечения, которые написаны в учебниках, просто врач должен рассказать про все стороны применения подобных препаратов и про имеющиеся варианты лечения как с ними так и без. В противном случае он конечно неправ.

help

Цитата (Subbota): “Просветите пожалуйста неграмотного. Это как гормоны разделяются на сильные и слабые? Я вот где-то (наверняка в рекламе) прочитал, что Адвантан слабенький гормон и периодически применяю его чтобы убрать “корону” (когда надо к встрече подготовиться или товарный вид приобрести), причем помогает быстро и конкретно. На остальные части тела гормоны не мажу (фиг с ними, их особо не видно). А тут узнаю, что он в одном ряду с Фторокортом и Лоринденом (которые кстати стоят копейки по сравнению с Адвантаном).”

Честно говоря деление весьма условное, по-моему есть даже какой-то коэффициент или показатель для гормонов, не помню с ходу, где-то встречался, но самые “ходовые” я бы примерно расположил так (по действ. веществу, торговые названия – см в топике про лекарства наверху):

Мометазон, Гидрокортизон, Преднизолон, Флуметазон, Бетаметазон, Клобетазол, Клобетазон, Триамцинолон, Флуоцинолон.

Но повторяю, это сугубо ИМНО, официальной классификации нет.

Ракель

Боже, все 10 страниц не читала, но исходя из собственного опыта – НЕ ПОЛЬЗУЙТЕСЬ этой дрянью! особенно если вам меньше 20, мне в 15 лет выписали это... (как бы обзвать), до сих пор не вылечилась. Жутко нарушился гормональный баланс! стала резко набирать вес, увеличилось количество волос, даже на лице повылазило и потемнело... кошмар! а сейчас пытаюсь привести в норму гинекологию... и все от этого препарата, пользовалась им долго... не знала...

help

При использовании наружных гормонов. мазей на площадях примерно до четверти поверхности тела, при соблюдении примерного курса 12-14 дней применения и 2-3 мес. перерыв – системного действия НЕТ! Или по простому: ни почки, ни яйца, ни пятки, ни печень, ни двенадцатиполовинойперстная кишка ни надпочечники, ни сиськиписьки – ничего не отвалиЦца, не бойтесь . А вот эффекты “возврата” и “отмены” – это каждый сам для себя решает, или срочно на себя ляпоту наводит и искать новые мазилки время от времени или долго и упорно лечиться менее зловредными способами, но без гормонов. Ну и детям ессно “неучтённые” организмом гормоны бесполезны, хотя тоже и не смертельно страшны, просто потом ещё тяжелее подбирать замазки.

help

... Пятна на разных местах (голени, локти, колени, голова, лицо) отличаются и внешним видом и структурой, вероятно это и есть причина, они и на разные гормоны по разному реагируют, кстати. Собственные испытания: Бетаметазон убивает на лице и голове внешние проявления “влёт”, а на пятно на голени не действует никак. Клобетазол наоборот, слабо действует на физию, лучше на локти, Гидрокортизон – на тельце, а на остальное – никак.

melody

Ну зачем так резко, **julz** ? А если попрет со страшной силой? Надо было постепенно отменять Скин-Кап и заменять его на что-нибудь менее вредное ... **help** уже замучился объяснять эту схему, поэтому сейчас найду пост, где он все подробно расписывает... Вот, нашла:

help

Скин-Кап содержит клобетазол, один из самых сильных по действию стероидов, Элоком содержит мометазон, считающийся наоборот, одним из самых “мягких”. Если Вы крепко “сидите” на Скин-Капе и

решили таким способом с него слезть (не худший вариант кстати), то лучше сделать это очень постепенно. Например (не знаю Вашей периодичности применения, поэтому пример крайне условный) – если Скин-Кап применяется ежедневно, то можно попробовать так: 1 день в неделю заменить его на Элоком (2-3 недели), затем замену сместить на каждый 4-й день (2-3 недели), затем на каждый 3-й день на тот же период и т.д. Долго? Да долго, но резко поменять не выйдет, иначе скорее всего будет ухудшение. Кроме того, гормоны штука избирательная, если будете чувствовать, что Элоком “не пошёл”, надо будет сначала “перелезть” на что-то мене “злое” чем скин-кап, но более сильное, чем Элоком, например Адвантан, Фторокорт или Лоринден, это условно “средние” по силе стероиды, а потом постепенно “съехать” с и них тоже в сторону уменьшения.

Добавление: Или, например, если решили с гормонами “поиграться”, то возьмите что-то послабее, из нижней части списка, да хоть гидрокортизон, но не просто так, а с разведением “в обратную сторону”. То есть развести, скажем, 1 к 10 с кремом нейтральным и помазать день-два. Нет эффекта – уменьшить пропорцию, скажем – 1 к 7 или 1 к 5. Ещё пару дней. Как только появился хотя бы слабый эффект, остановиться на этой пропорции и не менять её некоторое время, а потом снова постепенно уменьшать количество гормона.

Желательно также добавить что-то противогрибковое, например, клотримазол. Или даже гидрокортизоновый крем разводить клотримазоловым. Такая смесь актуальна для всяких пахов-подмышек, где часто живут грибы, о себе периодически напоминая. А при псориазе они усугубляют картину, добавляя страданий и почесухи. Эта комбинация (гидрокортизон+клотримазол) часто рекомендуется при всяких расстройствах в “этих” местах, в большую жару особенно, когда есть пот – грибам самое раздолье. Лет 12-13 назад дерматолог, в числе прочих “подсказок”, рекомендовал такую смесь применять несколько дней, “есличо”. Проверено на себе в полевых условиях. В Израиле она продаётся уже готовая под именем “Дактакорт”, искал в других странах аналоги – нашёл “Канестен”, российского аналога не обнаружено. Естественно, стоит помнить, что так или иначе – это гормон в составе, хотя и разведённый, и более 10-15 дней не использовать.

Алия

Привет. Я из Уфы. Обратилась к врачу с сильной перхотью. Мой врач меня очень “Обрадовал” сказав: “Поздравляю вас, это псориаз он не лечится. ... Назначила мази (белосалик, дипросалик, элоком, скин-кап и т.д.), шампунь “Фридерм”. Я закупились, намазалась – лучше бы я этого не делала, высыпало на все тело, был просто ужас...

Natashka

Народных средств использовала очень много, когда надо было слезть с гормонов. И знаете, одно было очень эффективным. Берем смолу хвойного дерева (ель или сосна, как я поняла – не принципиально; в магазине не купишь, приходилось летом лазить по лесу собирать, а потом очищать при топлении) и такую же долю свиного нутряного жира. Делаем водяную баню и растапливаем на ней смолу и отдельно жир – также на водяной бане, снимаем с плитки, смешиваем (первое время надо помешивать, иначе слоями застынет и толку не будет) – и всё, готово. Я делала так: каждый день вечером мажем, заматываем пленкой (поверх пленки ещё и бинтом, это для надежности) и баиньки. Утром разматываем и бинтом остатки мази убираем. Помогает достаточно быстро – за две недели очистилась и 7 месяцев горя не знала. Минус в том, что свиной жир пахнет не ахти.

Высыпания у меня перед применением средства были везде (лицо, руки, ноги, спина, живот, подмышки, ягодицы, голова, уши; на ногтях не было). Я на бетаметазоне в основном сидела к тому моменту уже 1,5 – 2 года, хотела слезть с гормонов, да наступило обострение.

Я думаю, что механизм действия средства такой (по себе сужу): жир смягчает капитально, убирает шелушки, зуд, делает бляшки мягкими, а смола заживляет как-то, уж не знаю как, но они бледнели, потом в центре псорного пятна появлялась чистая кожа и в итоге пятно исчезало вовсе, у меня даже дежурных не осталось. Жаль, что результат не вечен, хотя для меня 7 месяцев ремиссии – это ой как хорошо, если учесть,

что после КВД обострение начиналось обычно через день после выписки.

Смола липкая и смывается плохо, каждое утро бинтом стирала остатки мази, так чтобы можно было одевать чистовую одежду, а вечером отмывалась и по новой намаз. Периодически по утрам отмывалась, но это сложнее. Несмотря на свою огромную лень, я всё это делала и даже не было желания бросить, результат – хороший мотиватор.

atevs (“антиоксидантные удары” при отмене гормонов общего действия)

Я уже вторую неделю на дозе 0,25 г дексаметазона (1/2 таблетки). Имеется обострение, цетрин снимает зуд, кремы-мази толку не дают. Нашла интересную информацию (toxoid.ru) об отмене кортикостероидной терапии:

“Аскорбиновую кислоту назначают в дозе 1,0 г, альфа-токоферол – 0,5 г в сутки. Оба препарата принимают одновременно во время еды один раз в день, 3 дня подряд. Затем наступает 4-дневный перерыв. Потом опять повторяется своеобразный антиоксидантный трехдневный удар. Данную терапию целесообразно подключить, если у больного суточная доза глюкокортикоидов составляет порядка 10-15 мг преднизолона. Продолжают её до полной отмены кортикостероидных гормонов.”.

Начала применять указанную схему (3 дня пить, 4 дня отдыхать). Скажу так – ДЕЙСТВУЕТ! Два дня цетрин не пью, потому что не чувствую надобности. В общем, самочувствие значительно улучшилось. У меня сейчас 1/2 табл. дексаметазона – это 0,25 г, 27 октября планирую снять 1/4 таблетки. Потом можно что-то сказать точно, все покажет третий день после уменьшения дозы гормонов, как правило. (Через 5 дней): Уменьшила дозу дексаметазона, на сегодня у меня пятен нет, но появились одиночные прыщики кое-где... (Через 3 недели): Обострение, связанное с понижением дозы дексаметазона, прошло благополучно, и можно сказать – безболезненно, пузыри ни одного так и не показались, прыщи не разрастались, стали плоскими, потемнели и оставили после себя пигментные следы... Последнюю 1/4 табл. дексаметазона пока убирать спешить не буду.

Рекомендуемая тема форума — [“Лечение псориаза гормональными препаратами”](#)

Наружные негормональные средства при псориазе

Авторы: **Г.Н. Маринина, В.С. Маринин**

Местная терапия кожных заболеваний связана в определенной степени и с общим воздействием на организм. Уменьшение и исчезновение зуда, жжения, боли и других неприятных ощущений уже само по себе является терапевтическим фактором для больных. Одно из основных правил наружного лечения, в том числе псориаза в прогрессирующей стадии, – «раздражённого не раздражай», иными словами, чем острее процесс, тем мягче должна быть терапия.

Из наружных лекарственных форм наиболее поверхностно действуют: присыпки, примочки, болтушки; глубже – последовательно: пасты, мази, компрессы, клеи, пластыри, лаки. Следует правильно применять данные средства, умело накладывать повязки, компрессы. Хорошо наложенная повязка с мазью прекращает доступ воздуха к пораженной коже, что обуславливает более глубокое проникновение лекарственных средств, заключенных в мази, а это и является основной целью назначения данных препаратов.

В терапии псориаза широко используются различные мази. Многие из них применяются эмпирически, без учета биохимических и физиологических изменений в пораженной коже. Наружное лечение следует проводить с обязательным учётом стадии псориаза, а также его клинической формы, распространенности очагов поражения кожи.

Мази – наиболее часто употребляемая в дерматологии форма лекарственных средств. Мази бывают отшелушивающими (кератолитическими), смягчающими, рассасывающими, противовоспалительными, кератопластическими (редуцирующими), разрешающими, зудоуспокаивающими и др. Механизм их действия следующий. Всякая мазь имеет ту или иную жировую основу; при смазывании резко уменьшается теплоотдача кожи, вследствие чего она согревается и появляется гиперемия (воспаление). Под слоем мази влага не испаряется, верхние слои кожи мацерируются (размокают), что способствует всасыванию в толщу кожи различных лекарственных веществ, имеющих в составе мази.

Терапевтический эффект от применения той или иной мази в значительной степени зависит от ее основы. Обычно основой мази является **вазелин** (жироподобный продукт перегонки нефти), **ланолин** (жировое вещество, получаемое из овечьей шерсти), жировые или эмульсионные **солидолы** (нефтяные масла, загущенные кальциевым мылом), очищенное **свиное сало**, иногда – **растительные жиры, масла**, а также **нафталан**. В мазевые основы в зависимости от показаний вводят различные лекарственные вещества: салициловую и борную кислоты, ихтиол, **резорцин**, ментол, препараты серы, дегтя, различные щелочи, соли и др. Как лечебное средство одновременно выступают и некоторые мазевые основы (нафталан, солидол).

Следует отметить, что при мазевой терапии могут встречаться индивидуальные реакции аллергического типа на действующие компоненты или мазевую основу. В этом случае наружное лечение прекращается (полностью или временно) либо сочетается с приемом антигистаминных препаратов.

Индифферентные мази и пасты

Эти средства назначают в прогрессирующей стадии заболевания; готовятся в основном на ланолиновой основе или на свином сале. Иногда в их состав добавляют небольшие концентрации (0,5–2,0%) салициловой или борной кислоты, нафталанна.

Кислота салициловая применяется наружно как антисептическое, раздражающее и кератолитическое средство. При псориазе для устранения шелушения применяют мазь 1–2% концентрации. При введении в мазь 2% амидохлорида ртути повышается ее эффективность в отношении высыпаний на волосистой части головы. Отравление салициловой кислотой проявляется головокружением, ослаблением слуха, в тяжелых случаях – судорогами, нарушениями функций почек и печени. Противопоказания: язвенные болезни, анемия, почечные нарушения, беременность и др.

Кислота борная при псориазе применяется в прогрессирующей стадии заболевания в составе мази 2% концентрации.

Цинка окись назначается в зависимости от степени воспалительного процесса при псориазе в виде линимента, мази или пасты. Иногда в их состав добавляется салициловая кислота, сера или нафталан.

Мазь цинковая содержит: цинка окиси – 1 часть, вазелина – 9 частей. **Паста цинковая** содержит: цинка окиси и **крахмала** – по 12,5, вазелина – 25,0. **Мазь цинково-серная** содержит: мази цинковой и мази серной – по 50 г. **Паста цинко-нафталанная** содержит: пасты цинковой – 75 и мази нафталанной – 25. **Линимент борно-цинковый** содержит: цинка окиси – 10, борной кислоты – 1, масла подсолнечного – 40.

Препараты, содержащие дёготь

В нашей стране в основном применяется **берёзовый дёготь** (продукт сухой перегонки отборной бересты березы), хотя для лечения псориаза используются главным образом экстракты и рафинированные препараты **каменноугольного дёгтя**. Иногда применяется **можжевельный дёготь**, а также **сосновый дёготь**. Дёготь состоит почти из 10 000 компонентов (фенол, толуол, ксилол, бензол, крезолы, гваякол, органические кислоты, смолистые вещества и др.). Дёготь содержит и канцерогенные вещества (в очень

малых концентрациях); очистка же дегтя от канцерогенов, к сожалению, затрагивает и компоненты с выраженным терапевтическим действием. Тем не менее деготь и его препараты чрезвычайно широко применяются в терапии различных дерматозов вследствие своих дезинфицирующих, инсектицидных и местнораздражающих действий. Основой для применения дегтя при псориазе является его противовоспалительное действие и тормозящее влияние на синтез ДНК.

Лечение дегтем необходимо начинать с небольших концентраций (0,5–2,0%) и на ограниченных участках. При хорошей переносимости применяют мази с 5–10% дегтя, а на ограниченные очаги с выраженной инфильтрацией – до 15–20%. Могут применяться и **дегтярные ванны**: смесь березового дегтя и спирта 1:2 или 1:1, 100–150 мл на ванну. Этой смесью смазывают очаги поражения, после чего принимается теплая ванна в течение 30–60 минут. Не следует применять деготь на открытых участках тела (лице, шее, тыле кистей и др.). Кроме того, он обладает фотосенсибилизирующими (даже фототоксическими) свойствами, поэтому в период лечения следует избегать различных видов облучения (солнечного, УФО). В процессе терапии могут наблюдаться головная боль, рвота, раздражение кожи, фолликулиты и обострение дерматоза. Деготь и его препараты противопоказаны при заболеваниях почек, пиодермии, а также при экссудативной форме псориаза.

Антрасульфоновая мазь. Состав: аммония сульфифенола и аммония сульфокрезоло – по 5 г, масляного экстракта из каменноугольного дегтя – 30 г, воды – 10 мл, автоловой мази (см. ниже) – 35 г, ланолина – 15 г. Рекомендуются при всех формах и стадиях псориаза. Возможно появление фолликулитов в процессе лечения; в этом случае дополнительно назначают бриллиантовый зеленый. Противопоказания: заболевания почек, пищеварительной системы, мочевого пузыря, онкологические заболевания. Необходимо избегать пребывания на солнце и УФО в период лечения.

Антраминовая мазь. Состав: масляного экстракта из каменноугольного дегтя – 10, вазелина – 90, трихлортриэтиламина (люизита, или «азотистого иприта») – 0,00007 (т.е. 1:150 000). Применяют при всех формах псориаза. Переносимость хорошая, хотя возможно появление фолликулитов. Близка по составу и действию к антраминовой мази дегтярная мазь, применяемая в ЦКВИ (Москва), состоящая из смеси древесного дегтя и вазелина (1:9); эта основа содержит салициловую кислоту (до 1,5%) и люизит (1:150 000).

Альфозил–лосьон (Англия). Состав: аллантаина – 2, спиртового экстракта из каменноугольного дегтя – 5, безжировая кремовая основа – 93. Втирают в кожу пораженных мест 2–4 раза в день в течение 4–6 недель. После исчезновения бляшек втирается еще в течение 1–3 недель (профилактика рецидива). Рекомендуются при осенне-зимней форме дерматоза.

Коллоидин. Состав: салициловой кислоты – 2, дегтя березового (или соснового) – 5, эфира серного – 20, коллодия, спирта этилового – по 40. Смазывают очаги 1–2 раза в сутки 6–7 дней в течение 3–4 недель. Коллодий фиксирует препарат и усиливает тем самым терапевтический эффект.

Антипсорин. Состав: бензола – 25, каменноугольного дегтя – 15, ацетона – 60, сулемы (дихлорида ртути) – 0,012. Через 2 дня на 3-й очаги поражения смазываются салициловой мазью и через 5–8 часов принимается ванна. Из осложнений возможны фолликулиты и др. Применять с осторожностью (исключить попадание препарата на слизистые и др.) из-за высокой токсичности сулемы.

Жидкость лесовая – дегтеобразная масса, получаемая путем сухой перегонки определенной древесной породы (лещины и ольхи). Применяют под контролем над составом мочи.

Препараты нефти

Нафталанская нефть. Лечение данным природным продуктом лучше проводить в условиях азербайджанского курорта Нафалан. Эта нефть представляет собой смесь углеводородов, смол и кислот; обладает противовоспалительным, рассасывающим, дезинфицирующим, противозудным,

отшелушивающим и некоторыми болеутоляющими свойствами. Использование нафталанской нефти основано на биологическом действии циклопентановых нафтеновых кислот и углеводородов.

На курорте Нафталан лечение проводится следующим образом. Ванны с нафталаном нагреваются солнечными лучами до 38°C, затем больные принимают ванны в течение 10–15 минут. Далее нафталан снимается с кожи, больные облучаются солнцем 10 минут, после чего в комнате отдыха закутываются в одеяла, выпивают 2 стакана чая и сильно потеют. Результаты лечения больных псориазом (Н. Г. Терешина, 1965): улучшение – 82%, без перемен – 18%. Отдаленные результаты таковы: рецидивы по истечении 6 месяцев – 15% больных, от 7 до 12 месяцев – 85%. У некоторых больных в процессе лечения обострялся процесс (усиление красноты и зуда, увеличение очагов поражения и появление новых элементов), возникали невротические реакции, наблюдались фолликулиты, фурункулы, сухость кожи. Постепенно эти явления в основном проходили.

Нафталанская нефть и ее препараты противопоказаны в прогрессирующей стадии псориаза, при повышенной индивидуальной чувствительности и др. С осторожностью они назначаются на обширные участки тела при заболеваниях почек с недостаточной функцией, геморрагическом синдроме, анемии. Во внекурортных условиях эти препараты применяются в виде аппликаций; при этом отдаленные результаты лечения существенно ухудшаются.

Мазь нафталановая – смесь рафинированной нафталанской нефти (70 частей) с парафином (18) и петролатумом (12) – продуктом депарафинизации нефтяных масел. Оказывает при псориазе смягчающее и рассасывающее действие. Применяют иногда в сочетании с препаратами серы, дегтя.

Мазь ихтиоло-нафталановая содержит 7% ихтиола (аммониевой соли сульфокислот сланцевого масла), остальное – нафталан. Показана при локализации псориаза на ладонях и подошвах, а также при пустулезной форме. Ихтиол содержит 10,5% связанной серы.

Мазь для «дежурных бляшек» (И. С. Чернышев, 1994) содержит в равных долях солидол, ихтиол и нафталанную мазь (или линимент). Способ применения – под окклюзивную повязку, на ночь.

Нефтесан – тяжелая кубанская нефть. Вязкость возрастает с повышением температуры. Обладает выраженным противовоспалительными и рассасывающими свойствами. При псориазе применяется во всех стадиях заболевания. В чистом виде нефтесан втирают в очаги поражения. Цикл длится 3 дня, на 4-й – общая ванна. Побочные явления: фолликулиты и фурункулы, лимфоцитоз и др.

Лостерин содержит нафталан обессмоленный, мочевины, салициловую кислоту, Д-пантенол (провитамин B₅), экстракт софоры японской, миндальное масло. Применяется как в периоды обострений в комплексе с другими средствами, так и в монотерапии для ежедневного ухода за кожей.

Препараты, содержащие иприт

Дихлордиэтилсульфид (иприт), а также трихлортриэтиламин («азотистый иприт», или люизит) относятся к веществам кожно-нарывного действия. Тяжелые поражения наблюдаются при попадании иприта на слизистые (особенно глаз). Ввиду токсичности он применяется в очень слабых концентрациях.

Псориазин – мазь, содержащая 1 часть иприта на 20 000 частей вазелина. Чаще рекомендуется больным с хроническими формами дерматоза в стационарной и регрессирующей стадиях. Механизм действия иприта (в незначительной концентрации) при псориазе неясен. Обычно псориазином смазываются пораженные участки 1 раз в день в течение 5 дней, далее – отдых 1 день, общая ванна. Проводят 4–5 таких курсов. На местах нанесения препарата обычно появляется пигментация, которая исчезает через 1–3 недели после окончания терапии. Замечено, что чем раньше появляется пигментация и чем она интенсивнее, тем быстрее наступает терапевтический эффект.

Антипсориастикум содержит 1 часть люизита на 40 000 (или 100 000) частей вазелина или автоловой мази. Аналогичен по действию псориазину и применяется так же. При псориазической эритродермии, в крупных

складках кожи и на половых органах целесообразно применять препарат на автоле. Как и для псориазина, наблюдается пигментация на смазываемых участках, но менее выраженная.

Псориазин и антипсориатикум противопоказаны при поражениях печени и почек, наличии мокнутия в очагах псориаза, аллергических заболеваниях, в прогрессирующей стадии дерматоза. Имеются данные о сокращении сроков ремиссий, увеличении продолжительности рецидивов и площади поражения после проведенного лечения ипритсодержащими препаратами. Отрицательным свойством этих мазей является сенсibiliзирующее действие на кожу, а также способность трансформировать летнюю форму псориаза в зимнюю или наоборот. В последние годы применение данных мазей ограничивается.

Противовирусные средства

В последние годы предприняты попытки лечения псориаза мазями, содержащими противовирусные средства.

Тebroфен высокоактивен по отношению к вирусу гриппа типа А; обычно применяется при вирусных заболеваниях глаз. Этот препарат в виде 1–2% мазей эффективен иногда при упорно не поддающихся лечению формах псориаза.

Оксoлин оказывает антивирусное действие по отношению к возбудителям гриппа, герпеса, а также ряда дерматозов. При псориазе применяется мазь 1–3% концентрации.

Интерферон продуцируется клетками при заражении вирусами, предупреждает развитие вирусов в клетках, куда попадает заблаговременно. При псориазе назначается **интерфероновая мазь которая втирается в очаги поражения в течение 10–15 дней. (1-3%),** Обычно эти мази побочных явлений не вызывают и хорошо переносятся больными.

Цитостатические средства

Прoизводные антрацена. Антраценовые препараты используются для наружного лечения псориаза около 120 лет. Можно выделить 4 поколения их: **Хризаробин (1878); Дитранол, Антралин, Цигнолин (1916);Триацетооксиантрацен, Эксолан (1967); Бунантрон (1989).**

Хризаробин получают из коры бразильского дерева араоба (порошок Гоа); относится к хиноновым соединениям. В настоящее время получается восстановлением хризофанол, содержащегося, в частности, в различных видах ревеня (главным образом культивируется ремень тангутский). Хризаробин вызывает сильное раздражение кожи и слизистых до эритемы (покраснения). Оказывает выраженное восстановительное и кератолитическое действие. Редуцирующие (кератопластические) свойства хризаробина выражены сильнее, чем у дегтя, серы, ихтиола. При псориазе назначают в виде 1-5% (иногда 10%) мазей; продолжительность лечения 15-20 дней. Хризаробин легко всасывается через кожу, слизистые оболочки и может привести к поражению почек (гематурия, нефрит), лейкопении; может вызывать дерматиты, конъюнктивит, фолликулиты и др. Противопоказан в прогрессирующей стадии псориаза, при нарушениях функции почек. Не рекомендуется также назначать мазь на кожу головы. Отметим, что терапевтический эффект повышается, если перед смазыванием облучить очаг поражения УФЛ в субэритемной дозе (Л. Н. Машкиллейсон, 1964). Хризаробин оставляет на белье трудноудаляемые красные и буро-фиолетовые пятна.

К растениям, содержащим хиноновые соединения, относятся: щавель конский (содержит хризаробин), алоэ, шалфей (лекарственный и дубравный):

Новый препарат **Донелвин**, полученный из корней шалфея дубравного (В. Ф. Корсун, 1991), обладает высокой биологической активностью и широким спектром терапевтического действия; прошёл успешную апробацию при терапии псориаза, в том числе тяжелых атипичных форм. Хиноновые соединения содержатся также в корнях воробейника лекарственного (краснокорневого) – основного компонента **мази**

«Шиунко», применяемой в народной китайской и японской медицине для лечения дерматитов и вирусных заболеваний. Хиноновые соединения, имеющие перспективное значение при разработке новых антипсориазных средств, содержатся также в хне и хурме.

Цигнолин – синтетический заменитель хризаробина (как и антралин) – редуцирующее средство местного действия; применяется при псориазе в виде 1% мази на основе вазелина, курс лечения 2-6 недель. Показан при ограниченных изолированных очагах поражения. Иногда применяется в сочетании с салициловой кислотой (2-10%), а также с хризаробином (2-5%), под лейкопластырь. Сообщалось о хороших результатах при применении **Цигнодерма** (Польша).

Триацетоксиантрацен по химическому строению близок к цигнолину, однако не дает воспалительной реакции и не окрашивает кожу. Переносится хорошо, но действует медленнее и менее эффективен. При псориазе применяется в виде **пасты «Эксолан»**, которую накладывают на пораженные участки 1 раз в сутки в течение 1–2 недель.

Дитранол (Цигнолин, Антралин), введенный в лечебную практику в начале века, оказался довольно эффективным антипсориазным средством. Применение дитранола начинают с концентраций 0,05–0,1%, повышая на 0,1% каждые 7–10 дней (до 0,8–0,9%). Разработан метод «минутной терапии»: нанесение на 20–30 минут препарата с высокой (до 3%) концентрацией дитранола. С целью снижения побочных эффектов выпускается Псорадейт-крем (0,1% дитранола и 17% мочевины).

Дитрастик (содержание дитранола – 1,5% и 3,0%) – препарат, разработанный в 1984 г. фирмой «Орион-Фармацевтика» (Финляндия) для амбулаторного лечения псориаза. Выпускается в виде палочки (карандаша) с парафиновой основой и добавлением мелкокристаллической серы. Является одним из наиболее популярных препаратов в Западной Европе и Америке. С. И. Довжанский (1989) сообщает о хорошем терапевтическом эффекте при лечении больных псориазом; у 5% лечение дитрастиком пришлось прекратить в связи с сильным отеком, зудом и эритемой, развившимися на 2–4-й день после начала терапии. Курс лечения: 1–4 недели (ограниченные очаги), 2–8 недель (диссеминированное поражение). Длительное интенсивное применение дитрастика вызывает раздражение видимо здоровой кожи и стойкое окрашивание (от светло- до темно-коричневого), неприемлемое с точки зрения косметики. Соли красного и фиолетового цвета приводят в негодность постельное белье. Резорбционная токсичность дитранола на больших площадях сузила спектр показаний к его применению в нашей стране еще в начале века (ибо единичные, спокойно текущие проявления часто вообще не требуют лечения).

А н т и м е т а б о л т ы. Препараты этого класса применяются и наружно; при этом они избирательно накапливаются в роговом слое кожи, что дает терапевтический эффект.

Метотрексат назначается при псориазе в виде 0,5-1,0% мази. Иногда наблюдаются побочные явления: боль, покраснение, отечность кожи, эрозии.

5-Фторурацил при псориазе назначают в связи с его тормозящим действием на рост пролиферирующей ткани; лечение 5% мазью в течение 5–15 дней. У отдельных больных наблюдается воспалительная реакция, дерматиты.

Псоркутан широко внедряется на фармацевтический рынок с начала 90-х годов; производится фирмой «Шеринг» (Германия). Подавляет пролиферацию клеток кожи при псориазе и нормализует дифференциацию; содержит **кальципотриол** (0,005%) – активный синтетический аналог витамина D3. Наносится тонким слоем 2 раза в день (недельная доза – не более 100 г), атрофии кожи не вызывает. Побочные действия: раздражения кожи, дерматиты. Нельзя применять на коже лица. Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату, беременность, возраст до 16 лет. Имеет и другие отрицательные свойства, характерные для антиметаболитов. Клинические испытания в ЦНИКВИ (Москва, 1995), показали, что псоркутан расширяет возможности терапии псориаза, дополняет существующие методики, но, конечно, не заменяет их. Утверждения об отсутствии у кальципотриола серьезных побочных эффектов также нуждаются во всестороннем обосновании.

Полимерол (полимеризованное автоловое масло) применяется как местное фотосенсибилизирующее средство при зимней форме псориаза в стационарной и регрессирующей стадиях. Препарат втирают 1 раз в сутки за 2–4 часа до облучения; всего 10–20 втираний и облучений.

Растительные препараты

Плантозан-Б (мазь из порошка травы чистотела на ланолине и вазелине) применяется в прогрессирующей стадии псориаза (концентрация 1–3%), в стационарной и регрессирующей стадиях (10–20%). Втирают 2 раза в день в течение 3 дней, перерыв 1–2 дня, ванны (желательно из настоя чистотела – 4 г сухой травы на 10 л) с температурой 37°C; всего на курс 10–12 ванн. Применяется также (В. С. Ягодка, 1991) мазь из порошка чистотела, но на солидоловой основе (соотношение 1:5).

Эфирное горчичное масло применяется в виде 2% спиртового раствора («горчичный спирт») и в виде горчичников. В основе лечебного действия лежат рефлекторные реакции, возникающие в ответ на раздражение кожных рецепторов. В стационарной стадии псориаза рекомендуют лечение горчичной кашицей, которой смазывают очаги поражения (иногда в смеси с ланолином или свиным салом – до 40%); курс лечения – 10–15 дней.

Колхаминовая мазь применяется с концентрацией 0,25–0,5% на небольшие участки поражения в течение 18–20 дней под контролем анализов крови и мочи.

Мазь из череды готовится из густого экстракта череды на вазелино-ланолиновой основе; втирается в очаги поражения. Одновременно принимается отвар череды по ½ стакана 3 раза в день.

Мазь из мускатного шалфея готовится из экстракта шалфея на вазелине (или смеси вазелин-ланолин); осторожно втирается в кожу, начиная с 5% концентрации и доводя до 20%, дважды в неделю – ванна перед втиранием. Обладает противовоспалительным и другими терапевтическими действиями; побочные явления: покалывание, жжение, повышенное потоотделение.

Мазь на зудящий псориаз (И. С. Чернышев, 1994) приготавливается из детского крема (или крема после бритья) и любой гормональной мази – по 25 г. В эту основу вмешать до насыщения спиртовой экстракт корня валерианы, а затем измельченные в порошок 10 таблеток димедрола. Втирать тонкий слой мази в зудящие места 3–4 раза в день.

Псориастен – гомеопатический препарат (Германия) на ланолиновой основе с основным действующим веществом – корой магонии (декоративного дерева семейства барбарисовых). Обладает отшелушивающим свойством, применяется для лечения псориаза и других дерматозов, связанных с сухостью кожи и ее шелушением. Показан при слабых формах дерматозов.

Основной принцип **гомеопатии** – лечить заболевание ничтожно малыми концентрациями веществ, которые в больших дозах вызывают симптомы, сходные с признаками болезней («подобное лечится подобным»). Так как симптомы заболевания – это отклик защитной системы организма на его разбалансировку (нарушение гомеостаза), то лекарственное средство должно стимулировать эту природную систему защиты и способствовать естественному процессу выздоровления. Положительные стороны гомеопатических средств: они нетоксичны, не вызывают аллергии и негативных побочных явлений. Отметим, что гомеопатический закон Геринга о «направлении излечения» (сверху вниз, изнутри наружу и т.д.) в целом выполняется для предлагаемой терапии псориаза. С другой стороны, по отзывам пациентов и нашим наблюдениям, применение **псориастена** и других гомеопатических препаратов крайне редко обеспечивает сколько-нибудь заметный терапевтический эффект, эффективность их, как правило, на уровне плацебо. То же относится и к гомеопатическим препаратам общего действия (**Лома-псориаз** и др.).

Часть мазей с фитосборами для лечения псориаза упоминается в статье [«Наружные средства на солидоловой основе»](#). Применяются также мазь с настойкой **элеутерококка** (или заманихи) на солидоловой основе в соотношении 1:5; мазь с золой **стеблей шиповника** (Чуролинов, 1979); 10% настойка и мазь 1:5 с **подофиллом щитовидным, туйей** западной на солидоловой основе. Народная медицина

рекомендует тушировать псориазные бляшки спиртовой настойкой **софоры** японской, свежим соком плодов **калины**. Наблюдался хороший эффект при применении наружно: 10% настойки коры **облепихи** крушиновидной; 30% настойки семян **ячменя** обыкновенного; настойки на водке семян **сельдерея** пахучего; сока молодых побегов **туи западной**; экстракта **чаги (бефунгина)**; сока или отвара свежих ягод **черёмухи** обыкновенной и др.

Средства различного действия

Т к а н е в ы е с т и м у л я т о р ы . АСД (фракция № 3) при наружном применении оказывает рассасывающее действие на псориазные очаги. Смазывают эти очаги 2 раза в сутки в течение 5–6 дней. На пораженную кожу разгибательных поверхностей рук и ног можно накладывать компресс (слой ваты 1,5–2,0 см сверху вощеной бумаги) на сутки. Иногда возникают зуд и жжение, крапивница, дерматит, а у некоторых больных – обострение псориаза. Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату, заболевания почек и печени, аллергические состояния. Отзывы применявших противоречивы, многие считают АСД неэффективным, к тому же обладающим чрезвычайно неприятным запахом.

Мазь на основе СЖК (синтетических жирных кислот) не раздражает кожу, оказывает некоторое моющее (вернее, кератолическое – щелочь с СЖК) и смягчающее кожу действие. Состав: СЖК от C10 до C13 – 140; СЖК от C17 до C20 – 60 (СН – СЖК с числом атомов углерода N); воды – 200; едкого натра – 20; нашатырного спирта – 8; глицерина – 30; каолина – 24; парафина – 10; **канифоли** – 6; дегтя березового – 30. Втирают 1 раз в день в течение 10–45 дней.

Арахидоновая кислота применяется в виде 1–2% растворов под окклюзивную повязку у больных псориазом каждые 24 и 48 часов 5–7 раз. Такие аппликации вызвали значительное улучшение клинического течения уже в течение 4–6 дней, что подтверждает роль арахидоновой кислоты в важнейших процессах, происходящих при псориазе.

Ретинойная кислота наносится 2 раза в день на участки пораженной кожи.

Настойка «Волон-А» – спиртовой раствор триамцинолона ацетонида. Применяют при псориазе ногтей. Наносят на дистальный край ногтя так, чтобы раствор при этом легко растекался и входил под ногтевую пластинку, действуя на расположенные там папулы. Применяется 3 раза в день в течение 3–4 недель.

Папаверин – алкалоид, содержащийся в опиуме. Мазь, содержащая 1% папаверина, способствует исчезновению псориазных высыпаний (А. А. Каламкарян, 1979).

Средства на солидоловой основе

По большей части средства на солидоловой основе являются неконвенциональными, однако широко и достаточно успешно применяются в последние десятилетия. Описания этих средств и отзывы об их применении приведены в статье [«Наружные средства на солидоловой основе»](#).

Источник: Книга авторов *«Лечение псориаза»*, Харьков, «Спектр», 2012

Рекомендуемый раздел форума - [«Наружные препараты, применяемые при псориазе»](#)

Мази, кремы, лосьоны: основные понятия

В чём различие?

Обычно, после посещения врача, у пациента остаётся листочек со списком лекарств и рекомендаций, в редких случаях — рецепт. Обращаясь с ним в аптеку часто выясняется, что выписан препарат «Х», а форма его выпуска не указана. Провизор спрашивает: «Вам мазь или крем с таким же названием?». Как выбрать?

Любое лекарство для наружного применения состоит из действующего вещества (концентрация которого в современных препаратах редко превышает 2%) и основы, которая образует «форму» данного препарата.

В дерматологической практике для наружного лечения используются различные формы для применения *одного и того же* лекарственного средства. Это присыпки (пудры), примочки, лосьоны, взбалтываемые взвеси (болтушки), спреи, эмульсии, пасты, масла, кремы, мази, пластыри, лаки, мыла, шампуни.

Среди готовых лекарственных форм (которые не требуют «изготовления «на заказ» в рецептурном отделе аптеки) чаще всего встречаются кремы, мази и лосьоны.

Общие для большинства этих лекарственных форм принципы:

Мазь – форма, содержащая в своей основе наибольшее количество жиров. Характеризуется наибольшей глубиной проникновения действующего вещества. Рекомендуются для лечения сухих кожных высыпаний, при наличии инфильтрации (уплотнения) в коже. Применение мазей «под повязку» ещё больше увеличивает глубину проникновения действующего вещества. Поскольку жировые компоненты мазей не впитываются в кожу, они могут пачкать одежду, что не всегда приемлемо в амбулаторной практике. Не следует применять мази на мокнущие кожные высыпания.

Крем – форма, основа которой содержит масла и воду. Как правило, хорошо впитывается в кожу, уже через несколько минут после нанесения не пачкает одежду, не оставляет «жирного блеска» на коже лица.

Глубина проникновения действующего вещества меньше, чем у мази. Применяется при островоспалительных реакциях, может наноситься на умеренно мокнущие поверхности.

Лосьон – жидкая лекарственная форма, основа которой содержит спирты и воду. В готовых лекарственных формах применяется для лечения волосистой части головы (т. к. практически не пачкает волосы).

Некоторые производители лекарственных препаратов (например препарата «Дайвонекс») рекомендуют применять мазь – на ночь, а крем – утром (из соображений удобства пользования).

Есть лекарства, для которых созданы уникальные лекарственные формы, например «Адвантан» выпускается в формах эмульсии, крема, мази и «жирной мази».

Тем не менее, основные различия мази, крема и лосьона остаются прежними.

Литература:

1. Руководство для врачей «Кожные и венерические болезни» под ред. Ю. К. Скрипкина. Медицина 1995 Том 1.
2. «Лечение и профилактика кожных болезней» Л. Н. Машкиллейсон «Медгиз» 1957

Сколько нужно мази?

Далеко не во всякой инструкции к наружному лекарственному средству указывается сколько его нужно наносить на кожу. Часто встречаются рекомендации «наносить тонким слоем». А понятие о «тонком слое» у каждого пациента своё... Так сколько же мазать мази?

Если врачом (или в инструкции к конкретному лекарственному препарату) не указано иное, то общие рекомендации по количественному применению наружных лекарственных средств, выпускаемых в тубах (тюбиках) следующие:

Оптимальным инструментом для измерения количества лекарства является ладонная поверхность ногтевой фаланги указательного пальца.

Количество препарата, выдавленного из тюбика с отверстием диаметром 5 мм и занимающего на указательном пальце со стороны ладони расстояние от его кончика до ближайшего сустава, составляет одну дозу. Такая доза равна 0,5 грамма лекарственного средства. Ей можно обработать поверхность, равную площади двух ладоней взрослого человека.

Доза «на кончике пальца»

Паховая область или кисть	1 доза	0,5 г
Лицо или стопа	2 дозы	1,0 г
Одна рука	3 дозы	1,5 г
Одна нога	6 доз	3,0 г
Туловище (спереди и сзади)	14 доз	7,0 г

Литература:

1. Finlay A. Y., Averill R. W. The rule of hand: 4 hand areas = 2 FTU — 1 gm. Arch. Dermatol. 128:1129-1130,1992.
2. «Секреты дерматологии» Д. Е. Фицпатрик, Д. Л. Элинг «Издательство Бином» 1999 с 392-393.

Применение чистого дёгтя в дерматологической практике

Автор: **В.И. Альбанова**, Научный дерматологический центр «Ретиноиды», Москва

Дёгти из растительного сырья широко применялись в дерматологии до введения в медицинскую практику кортикостероидных мазей. Дерматологи начала века хорошо знали преимущества и недостатки дегтярных препаратов, умело использовали дёготь для лечения, добиваясь прекрасных результатов. Публикации, где подробно излагалось лечение дёгтем, преимущественно относятся к началу и середине XX века. Затем интерес к дегтярным препаратам угас, и за последние 50 лет в отечественных дерматологических журналах о дёгтях растительного происхождения упоминается лишь вскользь. В наше время наличие побочных эффектов глюкокортикостероидных и некоторых других препаратов для местного применения становится совершенно очевидным по мере внедрения в практику всё более сильных композиций, и старые, проверенные временем средства вновь стали привлекать внимание врачей и больных.

Дёгти растительного происхождения получают из сосны (*Fix liquida*), бука (*Oleum Fagi*), берёзы (*Oleum Rusci*, *Oleum Betulae*) и можжевельника (*Oleum Cadinii*, *Oleum Juniperi*). Все они близки по своим фармакологическим и иным свойствам. Чаще других в медицине употребляют березовый дёготь, изготавливаемый, как правило, из бересты – наружной части березовой коры, состоящей из легко отделяемых друг от друга тонких, полупрозрачных, гладких белых, желтоватых или красноватых слоев. Лучшую бересту получают со стволов березы диаметром не менее 20 см. Берестовый дёготь считается чистым дёгтем [21]. В состав березового дегтя входят бетулин, фенолы, тербен, гваякол, креозол, крезол и ксиленол. Бетулин составляет 10-40% березовой коры в зависимости от вида, возраста, места и условий произрастания березы. Он обладает гепатопротекторным действием, противовоспалительным, антисептическим, антиоксидантным и др. [20].

Лекарственные формы. В дерматологии деготь применяется в составе мазей, паст, болтушек, в спиртовых растворах и в чистом виде. Чаще эти лекарственные формы изготавливаются по рецепту. В композициях дополнительно используются нафталанская нефть, салициловая и борная кислоты, сера. Наиболее известные из прописей — мазь Вилькинсона, борно-дегтярная мазь Мещерского, мазь Ям, мазь Вишневского. Из готовых лекарственных средств в аптеках имеется только линимент бальзамический по А.В.Вишневскому (мазь Вишневского), содержащий дегтя 3%, ксероформа 3% и масла касторового 94%.

Фармакологические свойства. Дёготь обладает сильным кератопластическим (редуцирующим или восстанавливающим), антисептическим, противопаразитарным, подсушивающим, противовоспалительным, анестезирующим действием; уменьшает эритему, успокаивает зуд. При хронических аллергодерматозах, псориазе и некоторых других инфильтративных процессах в коже дёготь оказывает рассасывающее действие.

По асептическому и противозудному действию дёготь аналогичен фенолу.

Дёготь оказывает действие и на весь организм: улучшается сон, уменьшаются зуд, раздражительность [21], гепатопротекторное действие связывают с присутствием в его составе бетулина [20]. Улучшение отмечается не только в месте аппликации, но и в отдаленных от него участках кожи.

Дёготь повышает чувствительность кожи к солнечным лучам.

Показания к применению. Березовый дёготь применяется при многих острых и хронических дерматозах — **псориазе** (в том числе волосистой части головы), подострой и хронической экземе, микробной экземе, нейродермите, чесотке, атопическом дерматите, ихтиозе, чесотке, себорее и себорейной экземе, герпетиформном дерматите Дюринга [7], грибковых заболеваниях кожи, пиодермиях, алопециях, кожном зуде.

Во время войны широко применялись для лечения чесотки «простые, народные общедоступные средства, имеющиеся в повседневном обиходе», среди них чистый дёготь [10].

Способ применения. Чистый дёготь обычно наносят жесткой кисточкой, втирают в кожу рукой или с помощью так называемого «мазевоего гриба» — мешочка, обтянутого тонким полотном (батистом), туго набитого марлей, с широкой шляпкой и суженной ручкой [7]. В плотные гиперкератотические бляшки деготь втирают жесткой щёткой.

При псориазе в стационарной стадии, нейродермите, экземе применяется втирание чистого дёгтя в очаги поражения [9, 15]. «Приходится иногда удивляться тому, как хорошо переносят больные экземой смазывания чистым дёгтем, в то время как до этого они плохо переносили ряд мазей, в том числе, возможно, и дегтярные. Причиной в большинстве случаев является то, что эти больные плохо переносят обычные основы для мазей, чистый же дёготь они переносят прекрасно. Он не вызывает у них никаких явлений раздражения кожи, а напротив, ведет к улучшению процесса на коже» [15]. Иногда лечение экземы начинают со смазывания спиртовыми растворами дегтя низкой концентрации, постепенно (1 раз в 2-3 дня) повышая концентрацию дегтя вдвое и переходя на смазывание чистым дегтем. При применении дёгтя в низких концентрациях (1-5%) можно добавлять в раствор 1-2% борной кислоты — смесь лучше переносится [7]. З.П. Пьянкова [21] применяла чистый дёготь и в период обострения экземы. Вначале его наносят на 15-30 минут, удаляя марлевым тампоном, смоченным растительным или вазелиновым маслом или рыбьим жиром. После удаления дёгтя с кожи эритема, мокнутие и отёк усиливаются, поэтому сразу применяют примочки или пасты, но на следующий день все воспалительные явления стихают. При инфицировании втирание дёгтя проводят 15-20 секунд, время аппликации увеличивают до 2-3 часов. Аппликации дёгтя проводят ежедневно или через день, постепенно увеличивая время. Зуд исчезает на 4-7 часов после стирания препарата с кожи.

При хронической экземе с преобладанием шелушения дёготь втирают в пораженную кожу на 4-6 часов 1-2 раза в день (Беренд Г., 1884, цит. по 21). Для усиления лечебного эффекта перед применением дёгтя проводится удаление корочек и чешуек с помощью компрессов или ванн.

Поверх дёгтя после его легкого подсыхания кожу нередко обильно припудривают тальком или накладывают индифферентную мазь. Через 2-3 часа дёготь и тальк удаляют тампоном с растительным маслом [19]. Пospelov A.I. (1905) рекомендует смесь талька с дёгтем применять при поражении кожных складок.

Втирание дёгтя при экземе волосистой части головы можно делать даже при мокнутии 1-2 раза в день (Лессер Э., 1896, цит. по 21).

При очаговом выпадении волос или себорее втирание чистого дёгтя или разведенного пополам с 90° спиртом или глицерином проводят по рядам жесткой щеточкой. Избыток дёгтя удаляют ватным тампоном. Втирания проводятся через день, чередуются по дням с мытьем головы [18].

При застарелых псориатических бляшках, в том числе дежурных, можно втирать дёготь, одновременно назначая паровые ванны [5]. Часто нанесение дёгтя комбинируется с водными процедурами.

Рекомендуется несколько способов:

– в псориатические бляшки втирают деготь, через полчаса больной принимает душ с мылом или гелем для душа, смывая деготь мочалкой или губкой;

– в кожу втирают деготь, после чего больной принимает теплую ванну в течение 30-60 минут сразу [8, 18] или через 1-2 часа [13]. Этот способ особенно рекомендуется применять при псориазе и почесухе [8];

– в ванну добавляют 50-100 г чистого дегтя [12] или предварительно приготовленную смесь дегтя с мыльным спиртом и дистиллированной водой равными дозами по 75 г [6]. Продолжительность ванны при ихтиозе и псориазе – от 30 до 60 минут;

– после горячей ванны (20-40 мин.), принятой с целью размягчения псориатических высыпаний, в пораженные участки кожи и ногтевые пластинки втирают деготь [7];

– после втирания в кожу дегтя ванну принимают через сутки, после ванны втирание проводят снова.

Лечение длится до тех пор, пока деготь не пристает плотно к коже. После этого деготь не смывают до самостоятельного удаления его вместе с чешуйками кожи (Красильников В., 1863 г., цит. по 21);

– при экземе больной вначале принимает теплую ванну с мылом, удаляет корки и чешуйки, затем втирает деготь на 1 час и вновь принимает ванну [18].

Парафиновые аппликации комбинируют с дегтем при замедленном рассасывании очагов – при этом парафин накладывают через 1-1,5 часа после нанесения дегтя на 1 час [21].

Нами предложен новый способ применения дегтя: деготь наносят на пораженные участки на 15-30 минут 1 раз в день, после чего смывают теплой водой под душем с применением мыла или геля. Сухость кожи или ощущение стягивания устраняют применением индифферентных кремов или мазей (5% мазь с мочевиной, мазевая основа) [1, 2, 3, 14].

Побочное действие. Сразу после нанесения дегтя у больных с острым воспалением при экземе, особенно при наличии эрозий, наблюдается жжение, но одновременно исчезает зуд. Жжение прекращается через 10-15 минут и лишь у немногих больных сохраняется весь период аппликации. Субъективные ощущения исчезают после 2-3 нанесений дегтя.

При назначении дегтя в период острого воспаления может возникать раздражение кожи в зоне нанесения, иногда – обострение имеющегося дерматоза. Появление даже небольшого раздражения при псориазе служит основанием для прерывания лечения. В то же время раздражение при экземе не всегда следует рассматривать, как неблагоприятный признак (см. выше). Раздражение обычно проходит от применения примочек и паст. Оно не связано с непереносимостью дегтя, повторное нанесение через 5-10 дней прерыва обычно дает благоприятный эффект.

Развитие дегтярных угрей (аспе рсеа) или фолликулита наблюдается иногда при нанесении дегтя на кожу с повышенным оволосением или на волосистую часть головы вследствие закупорки дегтем устьев сально-волосяных фолликулов. Высыпания имеют вид небольших плотных красновато-бурых узелков с буровато-черной комедоподобной точкой наверху, склонных к нагноению. При длительном воздействии может возникать гиперкератоз. Светлые волосы при воздействии на них дегтя немного темнеют [18].

При нанесении березового дёгтя на большие площади (более 1/4 поверхности кожи) в течение длительного времени, особенно при наличии на коже эрозий, может проявляться токсическое действие препарата на почки [17, 24]. Первым признаком являются симптомы раздражения почек (появление белка и цилиндров в моче), затем — темно-зеленое окрашивание мочи (оливковая моча, карболурия) при стоянии ее на воздухе. Может также наблюдаться общее отравление, симптомами которого являются слабость, озноб, тошнота, рвота, понос, головокружение, головная боль, судороги.

В исследованиях на добровольцах при смазывании чистым дегтем всей поверхности кожи 2 раза в день в течение 2-7 дней прослеживалось влияние его на нервную систему (вялость, сонливость) и повышение температуры на 1 °С (Текутьев Ф., 1888 г., цит. по 21).

Очень длительное применение дегтя на одних и тех же участках может привести к развитию рака кожи (дегтярный рак) [16]. Правда, это мнение не бесспорно, и описанные случаи относятся преимущественно к применению каменноугольного дегтя. Вот что писал по этому поводу М.А.Розентул: «Канцерогенное действие производных каменноугольного дегтя в связи с солнечным облучением в условиях производства, несомненно. Однако это действие нельзя отождествлять с лечебным применением дегтя. Прежде всего, деготь – одно из старинных средств, применяемых в дерматологии, и никто из дерматологов не наблюдал развитие рака кожи у больных, леченных дегтярными препаратами» [23].

Меры предосторожности. Перед началом лечения рекомендуется испробовать переносимость дегтя на ограниченном участке кожи [7], сделать анализ мочи [24]. В процессе лечения (при нанесении на обширные участки кожи) необходимо периодически исследовать мочу. Не следует использовать дёготь длительное время на больших участках кожи, особенно у детей и лиц с тонкой кожей. С осторожностью применяют деготь при склонности к фолликулитам, на участках с повышенным оволосением. Если больной не носит повязки, следует избегать солнечных лучей – это может вызвать раздражение кожи [7]. Не рекомендуется смазывать дёгтем открытые участки кожи (лицо, шея, руки) во избежание солнечного ожога [23]. Смазывание дёгтем кожи можно проводить без вреда в течение многих недель [7]. Тем не менее, следует иметь в виду, что **любой дёготь содержит канцерогенные вещества** [21]. **Березовый дёготь содержит их в наименьшем количестве по сравнению с другими растительными дёгтями и во много раз меньше, чем каменноугольный дёготь** [2, 3, 4, 20]. Вместе с тем, не рекомендуется комбинировать его применение с другими препаратами и методами, обладающими канцерогенным действием, во избежание суммирования эффекта.

Недостатки препарата. К недостаткам следует отнести своеобразный запах и темные пятна на коже, постельном и нательном белье. Запах удаляется путем смывания дёгтя под душем с мылом, в прежние времена запах принято было маскировать применением лавандового масла [11]. Пятна на белье удаляются нашатырным спиртом (1 ст. ложка спирта на тазик с водой) [23]. Темные пятна на коже самостоятельно исчезают вскоре после окончания лечения.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Одновременно с березовым дёгтем не назначают сульфаниламидные препараты, производные фенотиазина и другие средства, обладающие свойствами повышать фоточувствительность кожи [26]. Добавление к дёгтю серы и салициловой кислоты усиливают его действие, одновременно препятствуя развитию раздражения [24].

Противопоказания. Острое воспаление кожи, обострение хронических заболеваний кожи, особенно при выраженной экссудации (острая экзема, дерматиты, экссудативный псориаз), поражение сально-волосяных фолликулов (фолликулит, фурункулез, угри, сикоз), профессиональные экземы, вызванные аллергенами химического происхождения [22], заболевания почек, беременность.

Источник: Сборник [«Ретиноиды», № 23, с. 35-40 \(2006\)](#)

Рекомендуемая тема форума — [«Применение дёгтя наружно...»](#)

Литература

1. Альбанова В.И. Новый способ лечения хронических дерматозов дегтем березовым (очищенной субстанцией). // Сб.: Ретиноиды, М.: изд. ФНПП «Ретиноиды».-2005. – Вып.19.- С.19-20.
2. Альбанова В.И., Лукина О.Г. Новый метод лечения псориаза березовым дегтем. // XII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Тез. докладов. Москва, 2005. – с.305.
3. Архапчев Ю.П., Альбанова В.И., Белоусова Т.А. и др. Лекарственное средство для лечения дерматозов, способ его получения (варианты) и способ лечения заболеваний кожи // Патент на изобретение № 2221587 от 20.01.04.
4. Архапчев Ю.П., Пронина Н.В., Осипов А.С., Альбанова В.И. Повышение экологической чистоты дегтя берестового и лекарственных препаратов с его содержанием // Труды VII Всероссийского Конгресса «Экология и здоровье человека». – Самара, 2001. – с.17-18.
5. Арутюнов В.Я. Кожные и венерические болезни. – М.: Медгиз, 1972. – 407 с.
6. Белых И.Л., Демьянович М.П., Елистратова М.Ф. и др. Лечение кожных и венерических болезней. – М. 1937. – С.58.
7. Герксгеймер К., Гофман Э. Кожные болезни. – М. –Л., 1931. – 348 с.
8. Григорьев П.С. Краткий курс венерических и кожных болезней. – М.: Медгиз. –1946. – 363 с.
9. Дарье Ж. Основы дерматологии. – М., 1930. – 1068 с.
10. Добронравов В.Н. Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941–1945 гг. – М.: Медгиз, 1951. – Т.27–28. – С.72–82.
11. Есснер С. Руководство по кожным и венерическим болезням. – С-Пб., 1913. – 322 с.
12. Картамышев А.И. Кожные и венерические болезни. – Киев, 1964. –356 с.
13. Кожевников П.В. Лечение кожных болезней. – Л.,1950. – 212 с.
14. Лукина О.Г., Альбанова В.И., Архапчев Ю.П. Эффективность применения высокоочищенного дегтя березового при хронических дерматозах. // В сб.: Мат. VI междунар. съезда (Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения), 4-6 июля 2002.- С.-Пб., 2002.- С.435-437.
15. Машкиллейсон Л.Н. Лечение и профилактика кожных болезней. – М., 1964. – 544 с.
16. Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматология. – М., 1965. – 522 с.
17. Мещерский Г.И. Учебник по кожным и венерическим болезням. – М.-Л., 1936. – 450 с.
18. Никольский П.В. Болезни кожи. – М.-Л., 1930. – 560 с.
19. Никольский П.В. Общая терапия болезней кожи. – Киев, 1910. – С.176–178.
20. Ноздрин К.В., Крутых Е.Г., Архапчев Ю.П., Ноздрин В.И. Береза как источник фармакологически активных веществ // Сб.: Ретиноиды, М.: изд. ФНПП «Ретиноиды».-2005. – Вып.19.- С.4-12.
21. Пьянкова З.П. Результаты лечения и некоторые общие реакции организма после местного применения дегтярных препаратов при экзематозных процессах: Дис. канд. мед. наук. – М., 1956. – 294с.
22. Розентул М.А. Общая терапия кожных болезней. – М.: Медгиз, 1956. – 442с.
23. Розентул М.А. Общая терапия кожных болезней. – М.: Медицина, 1970. – 371 с.

24. Селицкий А.Б. Справочник по кожным болезням. – Минск, 1963. – 476 с.
25. Серковская Г.С. О канцерогенности лечебных мазей, содержащих нефть и нефтепродукты, каменноугольные и древесные дёгти // Химия и технология топлив и масел. – 1997. – №6. – С. 42–44.
26. Фармакотерапия в дерматовенерологии / Под ред. В.Н.Мордовцева и З.Б.Кешиловой. – Алматы: Казахстан, 1992. – 352с.

Дёготь и его применение при псориазе

Автор: участник форума **mirt**

Каменноугольный дёготь: зарубежная практика

(Упомянуты и другие виды дёгтя. Основные свойства, правила применения и предостережения можно считать общими для всех видов дёгтя)

«Если сауна, водка и дёготь не помогут, то болезнь неизлечима»

Финская пословица

Вероятно, применение того или иного вида дёгтя зависит от доступности сырья. К примеру, белая береза растёт только в России и в Европе, да и то не во всей, поэтому в США используют преимущественно каменноугольный дёготь, как самый доступный. В Финляндии по той же причине больше распространён сосновый. Эффективность у них разная, достоверной шкалы не попалось, только обрывочные сведения. Далее представлены выдержки из зарубежных статей.

Каменноугольный дёготь состоит из 10 000 компонентов (фенол, толуол, ксилол, бензол, креозол, гваякол, органические кислоты и др., из которых выявлена только половина).

Свойства каменноугольного дёгтя:

- снижает перепроизводство клеток кожи / замедляет стремительный рост клеток кожи и восстанавливает здоровый внешний вид,
- уменьшает воспаление, отек, зуд и зону поражения псориазом,
- снижает шелушение и нарастание чешуек, обладает кератилическим действием,
- дезинфицирует.

Можжевельный и сосновый дёгти из-за их неэффективности были исключены в 1990 г. FDA (англ. Food and Drug Administration — Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (США)) из средств против псориаза, перхоти и себорейного дерматита. Хотя в Великобритании можжевельный дёготь используется при псориазе кожи головы. Он имеет наименьший запах по некоторым данным и потому может быть более приемлемым для использования.

Дёготь действует как минимум 24 часа, поэтому в это время кожа становится более чувствительной к ультрафиолету. Необходимо использовать солнцезащитные средства, контролировать пребывание на солнце и закрывать по возможно обработанные участки кожи одеждой. В противном случае можно получить солнечный ожог, который может усугубить псориаз, как и любые другие повреждения кожи. Экспериментальные исследования показали, что некоторые химические вещества в каменноугольном дёгте являются канцерогенными (полициклические ароматические углеводороды, см. таблицу ниже) и могут попасть в организм в небольших количествах. Насколько эти концентрации могут провоцировать рак, неизвестно, длительная практика применения дёгтя на кожу пока не показала никаких закономерностей. Также пока нет никаких доказательств влияния дёгтя на развитие ребенка в утробе матери. В целом считается, что концентрация 0,5-5% является безопасной в плане канцерогенного влияния каменноугольного дёгтя и эффективной при псориазе.

Обычные средства содержат 0,4-2% каменноугольного дёгтя. Шампуни содержат обычно до 2,5% каменноугольного дёгтя.

Препараты с дёгтем не используются в складках кожи – на локтях, сгибе коленей с обратной стороны, подмышках и т.д. Следует избегать нанесения на лицо и тем более попадания в глаза. Мягкие кремы, если их прописывает врач, могут применяться на лице.

Побочное действие дёгтя:

- фолликулит,
- раздражение,
- фоточувствительность.

Не используется на коже с острым воспалением, при прыщах и псориатической эритродермии.

Т.к. все дёгти являются стимуляторами деления эпидермиса, могут вызывать раздражение кожи, если их применять при обострении или в случае слишком продолжительного периода применения или в результате использования слишком высоких концентраций.

Препараты с дёгтем могут применяться как самостоятельная терапия, так и сочетаться с кортикостероидами, молочной и салициловой кислотами. При сочетании кортикостероидов и дегтя средства с кортикостероидами применяются днем, а с дегтем – на ночь. Салициловая кислота помогает смягчить и устранить псориатические корки, тем самым облегчает доступ и воздействие каменноугольного дегтя на кожу. В сочетании с цинком не было выявлено особого повышения эффективности в сравнении с применением препарата дёгтя без добавок.

Дёготь иногда используют с UVB-терапией. Однако у некоторых людей данное терапевтическое сочетание может вызвать головные боли, тошноту, рвоту, раздражение кожи. В 1925 году было признано более результативным сочетание UVB-терапии и дегтесодержащих препаратов, чем каждый вид лечения по отдельности. Примерно 90% людей по системе Goeckerman могут иметь длительную ремиссию – от нескольких месяцев до года и более (индивидуально).

Первые признаки улучшения при терапии препаратами дегтя появляются в течение 1-2 недель после начала лечения. Наибольший результат достигается при более длительном применении, до 8-10 недель. По другим данным уменьшение шелушения и корок заметны на 3-5 день, а максимальное улучшение достигается после 2-3 недель применения.

Контакт каменноугольной смолы с нормальной, здоровой кожей, как правило, не вреден.

Чем выше концентрация дегтя, тем более мощный продукт имеем.

Хорошо подходит для лечения псориаза волосистой части головы.

Деготь может раздражать, вызывать покраснение и сушить кожу.

Ванна с каменноугольным дегтем неэффективна в плане псориаза, но помогает уменьшить зуд и шелушение.

Тестируйте продукт с дегтем сначала на небольшом участке. Если происходит покраснение, то попробуйте наносить средство поверх увлажняющего средства.

Как правило, препарат (не шампунь!) наносят на кожу не менее чем на 2 часа, если иное не указано на этикетке или предписано врачом.

Наносится средство с дегтем обычно 2 раза в день.

Для постепенного увеличения воздействия препаратов применяются такие схемы лечения:

- 1 неделя: препарат просто наносится на пораженные области,
- 2 неделя: препарат втирается в пораженные области,
- 3 неделя: препарат наносится на пораженные области под одежду (вероятно длительное ношение, без смывания средства).

Применение шампуней с каменноугольным дегтем:

Смочите кожу, щедро намыльте шампунем, оставьте на 5 минут, затем смойте. Повторите процедуру и затем тщательно промойте волосы и кожу. Такая процедура выполняется обычно 2 раза в неделю, раз в 3-4

дня. Курс лечения псориаза 8-12 недель.

Если на коже сильные корки и чешуйки, то предварительное их удаление средствами с салициловой кислотой повышают эффективность дегтярных шампуней.

Дегтярный шампунь может изменить цвет светлых волос.

Было проведено исследование на 20 больных псориазом на определение эффективности шампуня с дегтем. Шампунь применяли 2 раза в неделю, в общей сложности 10 процедур. В процессе лечения у 3-х человек появилась аллергическая реакция, использование ими шампуня было прекращено. К концу первой недели пациенты отметили исчезновение зуда.

Кожа очистилась от корок:

- на 4-й день у 3 больных,
- на 7-й день у 3 больных,
- на 10-й день у 10 больных,
- на 17-й день у 1 больного.

Воспаления значительно уменьшились:

- на 3-й день у 1 пациента,
- на 6-й день у 5 пациентов,
- на 9-й день у 7 пациентов,
- на 13-й день у 2 пациентов,
- у 2-х пациентов воспаление осталось после курса лечения.

Шелушение значительно сократилось:

- на 3-й день у 5 человек,
- на 5-й день у 6 человек,
- на 7-й день у 6 человек,
- на 9-й день у 1 человека.

Тем не менее, у 11 пациентов редкие сухие чешуйки в местах повреждений остаются даже после курса лечения.

Итоги исследования:

- значительное улучшение было достигнуто у 12 пациентов с псориазом,
- улучшение у 5 человек,
- осложнения наблюдались у 3-х пациентов: 2 человека после 2-3 процедур имели аллергические реакции в виде покраснения, зуда, а третий пациент получил осложнения от использования средств с камменноугольным дегтем. Использование шампуня данными пациентами было прекращено.

У одного пациента шампунь вызвал неприятное огрубение кожи.

Было ещё одно исследование, в All India Institute of Medical Sciences в Нью-Дели, Индия, д-ра Uma Kumar.

Мазь с содержанием камменноугольного дегтя 5% оказалась сравнимой по результатам гелем, содержащим с tazarotene 0,1%. В исследовании принимали участие 30 добровольцев с поражением псориазом менее 20% тела, с продолжительностью болезни в среднем около 9 лет. Лечение проводилось на протяжении 12 недель. В результате улучшение было на 40,7% поражённой площади после применения геля с tazarotene и на 59,2% — после применения мази с дегтем. В целом улучшение было у половины всех пациентов.

Обзор составлен по информации с сайтов:

<http://www.psorsite.com/coaltar.html>

<http://www.medpagetoday.com/MeetingCoverage/ICD/14402>

http://en.wikipedia.org/wiki/Coal_tar

<http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Tar>

Древесный (в т.ч. берёзовый) дёготь

Древесный дёготь — тёмнобурая густая жидкость, получаемая как продукт сухой перегонки древесины (преимущественно хвойных пород). Действие дёгтя разнообразно и во многом обуславливается его концентрацией в применяемом препарате.

Наружно дёготь **применяется** при подострых и хронических дерматозах: хронической экземе, **псориазе** (в стационарной и регрессирующей стадиях псориаза в мази вводится 3-5% дёгтя — как редуцирующее средство), себорее, чесотке и др., при кожном зуде (борно-дегтярная мазь, цинко-дегтярно-нафталановая паста и др.), как антисептическое средство.

Дёготь весьма часто (особенно в народной медицине) применяется при микозах, так как обладает выраженными противогрибковыми свойствами (используется в 5-10% концентрации, иногда в сочетании с препаратами серы или салициловой кислотой).

Препараты дёгтя способствуют **стиханию воспалительных процессов**, уменьшают гиперемию (покраснение) кожи.

Как разрешающее средство дёготь чаще всего применяется в виде 10-20% мазей, паст или растворов (считается, что лучшими качествами обладает берёзовый дёготь, худшими — сосновый).

Чаще всего применяются сосновый дёготь (Pix liquida), берёзовый дёготь (Oleum Rusei), буковый дёготь (Oleum Fagi), можжевельный дёготь (Oleum Cadinum), а также препараты каменноугольного дёгтя.

Дёготь является одним из компонентов мази Вишневского, которая применяется для лечения ран, язв, пролежней, обморожений, псориаза, трофических язв, заболеваний сосудов нижних конечностей.

Очищенный каменноугольный дёготь входит в состав шампуня Фридерм Дёготь (Frederm Tar) применяемого для лечения себореи, себорейного дерматита и псориаза волосистой части головы.

Лечение препаратами дёгтя проводится под лабораторным контролем мочи, так при длительном нанесении дёгтя на большие площади кожи он может токсически действовать на почки. Следует также иметь в виду, что дёготь обладает фотосенсибилизирующим действием, поэтому применять его летом на открытых участках тела нельзя.»

Берёзовый дёготь — продукт, получаемый путем сухой перегонки наружной части коры березы (отборной бересты). Содержит бензол, ксилол, крезол, крезот, толуол, гваякол, фенол, смолы и другие вещества.

Основой для применения дегтя при псориазе является его противовоспалительное действие и тормозящее влияние на синтез ДНК. Обладает противозудным свойством.

Деготь березовый обладает сильными антисептическими, местнораздражающими, кератопластическими (3-5%), кератолитическими (30-50%), противовоспалительными, инсектицидными, противопаразитарными и дезинфицирующими свойствами, улучшает кровоснабжение тканей, умеренно раздражает чувствительные нервные окончания, стимулирует регенерацию эпидермиса поврежденных тканей, усиливает процесс ороговения, подсушивает раны и ускоряет их заживление. В слабых концентрациях активизирует рост грануляции, в крепких (выше 10 %) резко ослабляет.

Лечение дегтем необходимо начинать с небольших концентраций (0,5-2,0%) и на ограниченных участках. При хорошей переносимости применяют мази с 5-10% дегтя, а на ограниченные очаги с выраженной инфильтрацией — до 15-20%.

Гели с высоким содержанием дегтя часто вызывают раздражение (*вероятно в водной среде деготь более активен, чем в жировой, плюс получается кислая среда при растворении в воде, что при псориазе не нужно совершенно*), то предпочтительнее использовать мази и кремы, в которых содержание неочищенного дегтя не превышает 2-5%.

Чаще всего для лечения кожных заболеваний (чесотка, экзема, чешуйчатый лишай, псориаз, различные язвы и сыпи) применяется чистый деготь 5-10%-ной концентрации или в комбинации с серой, салициловой кислотой. Так, в комбинации с салициловой кислотой, которая способствует размягчению и удалению

чешуек, деготь успешно применяется для лечения тяжелых форм псориаза. Показания к применению. Псориаз в стационарной и регрессирующей стадии.

Источники:

Препараты, содержащие дёготь (из книги: Г.Н. Маринина, В.С. Маринин. «Лечение псориаза», 2012)
http://beresta-ecodom.ru/Med_files/narMed3.htm

Судя по отзывам, березовый д`готь можно добавлять в шампунь — дает хорошие результаты. В чистом виде не всегда безопасен, поэтому лучше в масляной, жировой основе или для маски на кожу головы — в готовую маску для волос. Последняя водянистая, но ее можно обогащать маслами, д`готь в эмульсии будет работать помягче, чем в чистом виде, и более продуктивно за счет увлажнения сухих корок водной составляющей маски.

Таблица. Содержание некоторых ПАУ (полициклических ароматич. углеводородов) в дёгте берёзовом

Вещество	Содержание ПАУ (мг/100 г)			
	Дёготьберестовый (Томск)	Дёготьберёзовый (С.-Петербург)	Дёготьберёзовый (Пермь)	Дёготьберёзовый (“Ретиноиды”)
Naphtalene	183,3	61,6	41,1	3,48
Acenaphthylene	2,54	3,37	6,37	1,22
Acenaphthene	1,49	25,9	7,61	0,42
Fluorene	26,7	14,6	11,7	0,83
Anthracene,phenantrene	74,2	27,3	17,8	0,95
Fluoranthene	3,27	1,24	0,86	—
Pyrene	2,69	—	—	0,21
Benzo(a)anthracene	8,78	2,70	—	0,05
Chrysene	9,13	2,40	1,57	0,06
Benzo(b,k)-fluorantrene	5,29	0,52	0,77	—
Benzo(e)pyrene	—	—	—	0,03
Benzo(a)pyrene	1,75	0,99	0,04	0,02
Perylene	4,65	1,66	1,03	0,02
Dibenz(a,h)-anthracene	—	0,35	0,47	—
Benzo(ghi)perylene	—	3,00	2,43	—
Indene(1,2,3-cd)-pyrene	1,28	3,32	2,47	—
Всего ПАУ:	325,1	148,9	94,2	7,3

Практический опыт участников форума

Ами (автор знаменитых «масок Ами»):

Я делаю так: покупаю что-то очень полезное для волос (маску или густой бальзам, желательно предназначенный для нанесения на кожу головы, а не только на волосы.) Если денег нет — сметану можно... крем нежирный (увлажняющий), эдак рублей за 20. Добавляю аптечный деготь — на глазок и по ощущению. Иногда побольше, чтобы полученная густоватая смесь была темно-коричневой. Иногда — так, немножко, для профилактики только. Ложечку оливкового масла (особенно если много дёгтя). Если не лень, еще и витамин А (или D) масляный капну. Намазываю все это и надеваю шапочку. Можно даже на ночь оставить, если рядом никого нет (Я вообще-то сначала мою голову, а потом все эти хитрости втираю,

когда подсохну). Ну или хотя бы на час-два-три перед мытьем. Сами волосы заодно тоже смазываю (но уже без дегтя, конечно). Потом смываю, не жалея шампуня (если есть, T-gel хорош... тем более что получается эффект от смеси березового и каменноугольного дегтя тогда) плюс кондиционер. Ну и вот можно жить тогда, да еще и гордиться волосами (только от дегтя челка очень быстро отрастает).

(...) Я уже как-то (давно) проникновенно сообщала, как своей ремиссии добилась. Голову мазать надо систематически, пунктуально, не от случая к случаю... Похоже, что от разовых или недолгих воздействий псориаз может и усилиться. У меня хорошие волосы, не короткие — где-то до лопаток. Мою чаще всего каждый день.

До мытья намазываю чем-либо пользы для кожи головы обязательно. Дорогие покупные средства давно уже не применяю... Значит, так. Основа мазилки:

- или МАСКА (бальзам) для кожи головы (из серии «советы Агафы», например, дешевый),
- или СМЕТАНА (в нее для лучшего эмульгирования каплю бальзама лучше все-таки добавить),
- или вообще КРЕМ для рук, нежирный (без вазелина-ланолина).

Основа должна быть густая. У меня на алоэ нечто вроде аллергии а другим, наверное, кремы с алоэ очень даже подойдут. Еще иногда добавляю мёд, чтобы погуще было. Яичный желток — чтобы пожиже...

Немножечко касторки можно. Поначалу добавляла соль (чуть-чуть) или даже мочевины (чуть-чуть), для кератолитического действия. Она входит в состав дорогих отшелушивающих средств, а я покупала как хим. реактив и добавляла на кончике ножа, совсем чуточку. Потом это стало не нужно. Можно добавить крем с фруктовыми кислотами (вероятно, высокая концентрация АНА может повредить поверхность волоса, но зато лишнюю сухую кожу снимает).

В качестве лечебной добавки — лучше всего ДЁГОТЬ (березовый, каменноугольного не найти). От пары капель до пары чайных ложек. Я применяла его очень долго — никакого вреда не заметила. Ну, конечно, по мере улучшения ситуации от дегтя нужно отдыхать — все-таки пахнет, гад... Чтобы нейтрализовать запах дегтя — добавляю несколько капель эфирного масла. А потом уже, для поддержания эффекта, ВМЕСТО ДЁГТЯ эфирные масла использовать стала. Например, масло чайного дерева (только оно сушит — надо добавить еще растительное маслице типа жожоба или оливкового). Розмариновое масло, масло розового дерева, бергамотовое. Пихтовое (осторожно). Ну и (или) экстрактивные масла — масло череды, зверобойное масло, чистотеловое масло, масло софоры... Но самое важное поначалу — деготь.

Все компоненты должны быть смешаны в однородную сметанку. Бальзам для волос и какой-либо крем смешивать нельзя — створожится хлопьями. Если смесь без дегтя, то для однородности можно добавить капельку шампуня. Намазываю полученную смесь на кожу под волосами густо (по линии роста волос тоже). Надеваю шапочку. Без пакета, просто шапочку лыжную, с пупончиком. Есть возможность — оставляю на ночь... Нет возможности — на час, два, три. Но каждый божий день, за редкими исключениями. Псориаз — это образ жизни... Смываю сначала дешевым шампунем для жирных волос, потом ополаскиваю водой с уксусом (чтобы не было запаха), вода должна быть довольно кислой на вкус. Потом еще раз намыливаю дорогим шампунем — красы ради. Уксус на волосах не оставляю. Бальзамчик на кончики волос. И сушу феном. Даже когда (в начале) была шелуха — она смывается, ее не приходится вычесывать или как-то терпеть потом. В результате — псориаз на голове удаётся или полностью извести (уже года три как) или сдерживать его заметные проявления. Что касается линии роста волос — чем-нибудь жирненьким смазать и в солярий. Постепенно проходит. Тело более упорно. У меня вообще очень «медленный» псориаз — сам по себе не уходил никогда. Да, ну и еще я совсем не ем картошку, помидоры (пасленовые), болгарский перец и хлеб, уже давно. Ах да, и свинину не ем.

Уточню, что ремиссия у меня на голове уже примерно три года. Но я не испытываю судьбу и не бросаю то, что мне помогло (тем более что пару раз за ушками под волосами все-таки пробовало что-то появиться), разве что все реже и реже применяю дёготь (и никогда не использовала его без разведения в чем-либо смягчающем). А достигла я ремиссии не быстро (за пару-тройку месяцев), поначалу надеялась лишь на косметический эффект — на тёмных волосах каждая перхотинка очень заметна. Я раньше очень мучилась с

этим... Так вот очистка кожи под волосами заметна с первого же применения, если дегтя добавить все-таки не очень мало. Про «лень с дегтем возиться» — так ведь это я буквами долго описывала, а на самом деле — раз, два, и готово. Банку с кремом взять, туда вонючку капнуть, закрыть, потрясти, намазать (одновременно читая книжку) — и спать... Пять минут делов. Все, что с дёгтем, размешивается моментально.

Корочку на голове (нежненько так называю) надо размачивать. Поэтому масло как таковое — не совсем то. Оно гидрофобное... А надо, чтобы вся эта сухость размокла, и деготь ВПИТАЛСЯ глубже поверхностного омертвевшего слоя. Сам по себе (чистый) деготь, наверное, раздражает и сушит. Так что мне кажется — надо использовать именно крем, то есть эмульсию жира в воде (да еще гидрогенизированного какого-нибудь жира) плюс добавка дегтя для проявления его кератолитических свойств. А еще в самом начале, когда было всё плохо, я сначала мыла голову, потом подсушивала, а потом уж намазывала — и тогда при следующем мытье вся шелуха вымывалась, без вычесываний и царапаний. Я тоже ничего не могла добиться ни дегтярными шампунями, ни тем более дегтярным мылом, ни каким-либо маслом. Масло, конечно, смягчает, но и не пропускает воду глубже, под чешуйки... Ни воду не пропускает, ни деготь. Уверяю вас, крем или сметанка с добавкой дегтя пахнет совсем не так, как сам дёготь. И даже намного слабее, чем дегтярное мыло. А уксус и вовсе смывает всякий остаточный запах. Я тоже заметила в своё время (давно), что шампунь помогает (мне, правда, больше T-gel нравился, он помягче), но слабовато, да и дорого. Вот и стала искать пути применения дегтя для кожи головы — ведь шампунь на голове недолго. А можно сделать маску... Дешевле и эффективнее. Правда, каменноугольного дегтя у нас не найти, а он наиболее эффективен, видимо. Ну да нам максимум эффективности, может, и не нужен — привыкание идёт... А берёзовый деготь более безопасен.

Смысл в том, что шелуху на голове никогда нельзя сдирать, ковырять, травмировать — ее надо смягчать так, чтобы она сама смывалась. Месяц за месяцем... каждый день... заодно и волосы будут улучшаться. Можно еще в крем добавить мелкой соли (или морской грязи). Она тоже способствует очистке от шелухи. Только крем должен быть не жирным, а более водянистым, хотя и густым.

izum

я разводил деготь с репейным маслом 50\50, и пакет на голову но все равно все шарахались...а эффект...был, да и раздражения я особого не замечал...

в аптеках продается фасовка 70 мл. стоит, точно не помню около 15руб.

эффект конечно от дегтя хороший, но вот только, простите, вонь жуткая, хотя через неделю привыкаешь... еще потом стал добавлять пихтовое масло, корки на голове сходили хорошо, единственно первые несколько дней запах беспокоил, а потом даже нравится стал запах...как кто-то говорил, пахнет шпалами, даже приятно

help

А вот там написано, что нетоксичный, буржуи с этим не согласны. Кстати, ещё один парадокс — на голове от дёгтя только хуже, а на тельце — наоборот.

Stator

Я всего три раза сделал почти с месяц назад: корки ушли. Надо бы продолжить (счас чуть сыпется перхоть, корок нет), да лень.

(спустя три месяца)

Я на баночку маски от Агафьи добавляю две чайных ложки дёгтя. Подобрал на голову малюшмящий пакет — им оказался мешок для мусора («крепак» 30 литров), сзади завязываю его узлом. Держу не меньше часа. Запах меня мало беспокоит — насчет окружающих не знаю.

Gord 1981

Неделю уже пью Полифепан.

Стала делать маски на голове (сметана+дегть+масло розовое дерево+масло чистотела). Огромное спасибо благодаря этой маске заметное улучшение. Всегда были улучшения на теле, а на голове все ни как. А тут

чувство шлема пропало на второй раз. Краснота становится все меньше и меньше.

Только один минус запах !!! Первые дни голова даже болела.

Маски делаю регулярно. Давно такого улучшения не было.

(спустя 9 дней)

Продолжаю делать маски. Только уже без дегтя, когда голова полностью очистилась от чувства шлема.

Осталось покраснения.

Но с каждым днем все лучше.

(спустя еще 6 дней)

Продолжаю делать эту маску. Голова очистилась на первой недели полностью. Теперь пятно становятся все светлее и светлее. Зуд пропал. И самое главное — ничто не сыпется.

Рецепт Ами мне помогает, результат замечательный.

Tina

Присоединяюсь в ваши ряды, вот уже несколько недель делаю маски по методу Ами, улучшение очевидно, мне она помогла снять красные воспаленные пятна и зуд кожи,

но как уже писали выше запах... Волосы длинные, шампунем несколько раз подряд мою, маски бальзамы с запахом посильнее Dove например, но никак не перебить... Приходится делать перерывы, а то на работе уже приняхивались, зато сейчас в отпуске развернусь!

Запах от дегтярного шампуня намного легче перебить, а вот настоящий деготь даже в маске... Вообще мне показалось что с уксусом лучше, я яблочный уксус стол. ложку на 0,5 воды разводила — причем в торопях холодной воды, так что еще и с закаливанием получилось, ну может это самовнушение уже.... сейчас приняхалась волосы сухие даже не пахнут.

Шурик

Маска сметана+деготь+немного лимонного масла (для запаха) смывается за 2 раза + уксусная вода против запаха дегтя.

Заметил, что лучше всего запах дегтя забивает лимонное эфирное масло. Рекомендую.

Елена

Если я не помажу пару дней, у меня всё нарастает обратно, в смысле корочка... Т.е. получается, этой маской надо пользоваться постоянно... А скоро весна, лето... дожди... Голова чуть намокнет, такая вонь идет от неё, ужас...

Я за основу тоже беру Агафьину маску, и лью не много, на глаз, но, наверное, как раз и получается 20 мл на банку маски... Добавляю ещё туда эфирное масло, но дёготь ВСЁ перебивает... Пробовала полоскать после мытья уксусом, ещё хуже — смесь запахов дёгтя и уксуса . Пробовала бальзамы-ополаскиватели... В общем ничё не помогает...

Пользовалась я маской по рецепту Ами больше месяца. Пока ей пользуешься — хорошо, пару дней не помазала — всё обратно возвращается. А в последнее время ещё и почесуха в голове страшная началась... Никогда такого не было. Даже среди ночи иногда просыпаюсь, а спросонья ведь не понимаешь что, где и как чешешь... Даже кожа на голове, вернее бляшки болят... В общем, решила я этот эксперимент прекратить...

ewgenika777

Хочу сказать огромное спасибо Ами за ее рецепт с масками на теле всегда как-то получалось найти способ борьбы с болячками, а вот с головой всегда была проблема, ничто не помогало. И вот наконец-то способ найден))))))) Правда каждый день не получается делать, делаю 2 дня подряд (маску с дегтем), хватает на дней 5, чтобы кожа головы была в хорошем состоянии, еще пробовала в маску добавить эф.масло розмарина вместо дегтя, тоже не плохо, но правда не так эффективно по сравнению с дегтем. Сейчас хочу попробовать в маску намешать деготь, розмарин и репейное масло, надеюсь, волосы останутся на месте.

(спустя 2 дня)

Опишу то, что лучше всего мне подошло, беру бальзам крапивный (изготовлено ООО «Лучшие традиции»

объем 400 мл, рецепты Агафьи нигде, к сожалению, не нашла, но вот этот бальзам тоже стоит в пределах 100 рублей), на эти 400 мл. 2 чайные ложки дегтя. Перемешиваю. На голове стараюсь держать не меньше 3 часов, а там как получится, правда на ночь никогда не оставляла, поэтому получается где-то 3-5 часов, ну и еще одеваю шапочку для душа

У меня раньше голова была практически вся в корочках, приходилось отшелушивать после мытья головы, чтобы корочек этих не было, чтобы «голова дышала», когда сделала себе первую маску уже после первого раза отпала необходимостьковыряться в своей голове, а потом потихонечку убрала и остальное, скажем так из 100 % осталось 5%, может если бы делала, как написала Ами, каждый день, то ничего бы и не оставалось и вновь не выскакивало, но, к сожалению такой, возможности нет.

URANыч

Псор ВЧГ уже лет 10, кожа головы под волосами одно сплошное пятно.

Сегодня у меня 45 день как следую совету Ами. Делаю просто добавляю в 250 мл Агафью около 20 мл дегтя (больше не получается иначе не мылится уже). Мажу каждый день без перерывов, на маску надеваю простой пакет целлофановый, держу в среднем 3,5 часа. Смываю дегтярным мылом.

С макушки псор ушел после 2 недель, спустя месяц уже нормальная не красная кожа. Вот по бокам и на затылке сложнее, сходит медленно. Надеюсь, процесс ускорится с приходом весны.

Заливаю прямо в банку и мешаю карандашом). Агафья (именно для волос), к сожалению, при добавке дегтя становится как водичка, поэтому я выставляю её на балкон, благо сейчас не так холодно. И тогда она становится идеальной для нанесения.

Кстати говоря, при добавлении даже 20 мл дегтя в 250 Агафьи — сильного запаха нет. Ранее я использовал бальзам-маску «Сто рецептов красоты»... вот это был запах((((с «Агафьей» проще все и экономичнее, запах не такой сильный. А чтобы после маски вообще не благоухать, можно T-gel на 10-15 минут оставить на голове (но я им редко пользуюсь).

вообщем после 2-х недель нанесения маски (как раз 100 рецептов за основу брал) решил подстричься пойти. От меня вообще не пахло, даже мать понюхать просил)))

...как только парикмахерша побрызгала меня водой и начала стричь.....пошел просто ужасный запах жженной резины на весь зал, где было человек 6 еще. все стали озираться и спрашивать откуда запах, не горит ли чего, потом даже из коридора администратор зашла спросить откуда запах. Я сквозь землю провалиться хотел. Парикмахерша то поняла, что к чему, но не выдала. после стрижки выскочил оттуда, одеваясь на ходу

Так что имейте ввиду)))

valtas

А я замешал отдельно в баночке приблизительное количество чтобы хватило голове. Взял маленькие одноразовые чайные ложечки маски-8 раз и 2 раза дегтя и добавил капельки масла чайного дерева. Запах был приличный. Смывал уксусной водой (на большую кастрюлю 8 пробочек уксуса), разными шампунями. И итог: голова все равно пахнет.

Nest

Ага, мне тоже тут дали попробовать одну мазилку на основе дегтя.

Ну вонищщаааа..... Потом несколько дней при помывке чувствуется отголосок запаха.

Заметил, что бляхи имеют тенденцию к распаду. Правда только на ногах и голове. На теле и руках — нифига. К чему бы такая избирательность?

В общем, мазилки было мало, типа только пробник. Она кончилась, продолжать не стал. В доме до сих пор запах чувствуется, блин... Мож я его где разлил

alexius

полностью согласен, очень хорошее средство, но достать его не так уж легко. Но нада параллельно пить внутрь какие-нить травки-муравки, тока вот сбор трав нормальный подобрать тож не легко, куча рецептов и чуть ли не каждому индивидуально нада подобрать свой

И стопудова то, что солнце, солярии, кварцы нельзя применять одновременно с дегтем, а тока после перерыва хотя б недели 2. И наверное никакие другие мази с дегтем лучше тоже не мешать, т.к. сам деготь имеет еще, хоть и минимально, но все же негативное влияние на внутреннее состояние организма, так что не переусердствовать нужно с этим делом, мазать раз в день за пару часов до сна, что б впиталось и время от времени делать перерывы.

Химик

Ничего неясного нет. Все (ну, очень многие) противоопухолевые препараты канцерогенны. Только риск заболеть раком, вызванным лечением, гораздо меньше, чем умереть от нелеченного рака.

Что касается дёгтя, то он наверняка содержит тьму канцерогенов (как их содержит табачный дым, сгоревшая на сковородке котлета, копчёности, шашлык), но риск заболеть раком при его применении низкий.

Ingeborga

Страшно вспомнить, в самом начале моего псора, когда я была в панике и хваталась за любой метод лечения, посоветовали использовать деготь. Посоветовал муж знакомой, он работал в реабилитационном центре, вел лечебную физкультуру. Делала, как он сказал: на всю ночь деготь под целлофан на оба локтя привязывала. Выдержала дней (ночей) 8-10. Чуть до кости локти не сожгла.

Marla

Всем привет! Поделюсь своим опытом применения дёгтя — недельку назад достала меня эта перхоть бесконечная и начитавшись форума намазала я всю голову (хорошенько так) дёгтем. Выдержала минут 20 максимум, жжёт сильно, НО эффект был, вся шелуха с головы ушла, а на следующий день на теле все бляшки побледнели сильно. Единственный большой недостаток-вонь невыносимая в квартире и с головы плохо вымывается.

ura7672

Деготь для псора действует 100 процентно, но увлекаться не стоит, очень сильно он проникает в организм, а также невыносимая вонь, и пришедшие в негодность вещи, на которые попала хоть капля дегтя, сам жил на дегте лет 10 (деготь простой жидкий берестовый, из аптеки).

РЕЦЕПТ- наружно мазал с утра бляхи и ходил весь день, постоянно подмазываясь, дней 10, дня через 3 прохладная баня (в горячей сгорите) и опять мажу, тому, кто будет пробовать первый раз, поможет дней за 5-7, потом помогает все хуже и хуже (псор привыкает), (ремисия год), во время лечения не попадайте под солнечные лучи (будет ожог), а также после лечения не загорайте (месяц, два), пока кожа не восстановится, если во время лечения на теле будут появляться болезненные прыщики, то лечение дегтем отменяйте, пить деготь внутрь не имеет смысла, и следите за диетой (читайте продукты- провокаторы).

Iar

Мазала тело обычным березовым дёгтем. Покупала его в аптеке. Мазала толстым слоем каждый день. В будни получалось только вечером. Садилась смотреть телевизор, оголяла ноги и вперед. В выходные дни старалась ходить намазанная весь день. Иногда приклеивала сверху пластырь, под ним ватка, пропитанная в дёгте. И так ложилась спать. Около 2-3 месяцев прошло до полного заживления.

Ходок

Мы дёготь гоним сами. Нужна старая кастрюля (в её дне пробиваешь дырку) и пустая консервная банка. На земле вырываешь ямку, ставишь в неё банку, сверху ставишь дырявую кастрюлю, в которую набиваешь бересту и закрываешь крышкой. Кастрюлю обкладываешь хворостом с боков и сверху и зажигаешь костёр. Через часок уголья разгребаешь, кастрюлю снимаешь, в банке — дёготь.

+ Ещё масса рецептов по применению дёгтя при псориазе — [ЗДЕСЬ](#).

Рекомендуемая тема форума — [«Применение дёгтя наружно...»](#)