

# Опыт применения мази «Карталин» при ладонно-подошвенной форме псориаза и других кератодермиях

*Дмитрук В.С.*

## An experiment of Kartalin liniment for palmar-plantar form psoriasis and other keratodermias

*Dmitruk V.S.*

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

© Дмитрук В.С.

Кератодермии могут быть изолированными или являться частью синдромов, характерных для других дерматологических заболеваний. Исследование клинической эффективности мази «Карталин» в комплексной терапии ладонно-подошвенных кератодермий проводилось в группе из 26 больных различными клиническими вариантами заболевания. Кроме местного лечения пациенты получали системную терапию, соответствующую стандартам лечения для каждой нозологической формы.

Для оценки клинической эффективности предложенного комплекса общих и местных мероприятий проводился подсчет количества дней, проведенных в стационаре при лечении кератодермий. Данный показатель составлял в исследуемой группе 23 дня, в контрольной группе положительная клиническая динамика наблюдалась в среднем с 33,7 дня.

**Ключевые слова:** ладонно-подошвенная кератодермия, терапия, мазь «Карталин».

Keratodermias can be isolated or can be a part of syndromes typical for other dermatological diseases. Investigation of clinical effectiveness of Kartalin liniment in complex therapy of palmar-plantar keratodermias was held with a group of 26 patients with different clinical variants of the diseases. Besides local treatment, the patients got systematic therapy corresponding to the standards of medical treatment for each nosological form.

For estimation of clinical effectiveness of the suggested complex of general and local arrangements there was done a calculation of the number of days spent in hospital while curing keratodermias. This showing made up 23 days in the examined group and positive clinical dynamics in the control group has been noticeable since 33,7 day.

**Key words:** palmar-plantar keratoderma, therapy, Kartalin liniment.

УДК 616.517-031.3:616.5-003.871]-08:615.26:615.454.1

### Введение

Ладонно-подошвенные кератодермии (ЛПК) включают большое число заболеваний, характеризующихся утолщением рогового слоя эпидермиса различной степени, вследствие его избыточного образования или задержки отторжения роговых чешуек.

Ладонно-подошвенные кератодермии относятся к гетерогенной группе заболеваний, чаще всего с наследственной предрасположенностью и аутосомнодоминантным типом, обусловленных мутациями в гене *keratin 9* и приводящих к развитию эпидермолитического ладонно-подошвенного кератоза. Наследственные ЛПК часто сочетаются с разнообразными аномалиями,

прежде всего эктодермальными дисплазиями. Приобретенные же ладонно-подошвенные кератодермии остаются недостаточно изученными. В доступной литературе имеется описание лишь нескольких нозологических форм, которые можно включить в группу приобретенных ЛПК [1].

Отечественные статистические данные о распространенности различных форм ладонно-подошвенных кератодермий мало доступны, так как данная нозология не входит в отчетные формы. По данным некоторых авторов, кератодермия Унны—Тоста является наиболее частой формой наследственных ЛПК [1]. В Северной Ирландии она регистрируется с частотой 2,5 случая на 100 тыс. населения, в Словении — 8,4 на 100 тыс. [2].

В ходе изучения данного вопроса выяснилось, что в практике врача дерматовенеролога довольно часто имеет место обращение пациентов с приобретенными формами ЛПК и рассмотрение их в плане дифференциальной диагностики представляет собой довольно сложную задачу. По данным литературы, у 30% больных они ошибочно рассматриваются как микотические. Однако лечение антимикотиками как местного, так и системного действия оказывается нерезультативным. Этот факт обуславливает рецидивирующее течение данной патологии [3].

Также при некоторых дерматозах основным проявлением заболевания является повышенное ороговение кожи ладоней и подошв, протекающее в виде диффузного или очагового гиперкератоза. Все ЛПК, несмотря на многообразие клинических форм, имеют общие гистологические признаки: гиперкератоз, иногда очаговый паракератоз, в разной степени выраженный акантоз [7].

ЛПК могут быть изолированными или являться частью синдромов, характерных для других дерматологических заболеваний. Изолированные кератодермии встречаются в виде наследственных и приобретенных форм, ЛПК как часть синдрома протекают в виде симптоматических форм.

Наследственные формы рассматриваемого заболевания подробно описаны в зарубежной и отечественной литературе [8, 11]. К ним относятся кератодермии Унны—Тоста, Папийона—Лефевра, Меледа, мутилирующая и эпидермолитическая кератодермии, рассеянная кератодермия Брауэра, ограниченная очаговая кератодермия Брюнауэра—Франческетти и др. Данные формы встречаются относительно редко в дерматологической практике [8].

Специалистам чаще приходится сталкиваться с симптоматическими кератодермиями, возникающими на фоне предшествующего основного заболевания или вследствие внешних причин. ЛПК в виде симптома наблюдаются при канцерогенных кератозах, красном волосяном лишае Девержи, красном плоском лишае, гиперкератотической экземе, ладонно-подошвенном псориазе, ихтиозе, а также при профессиональных кератозах, оmozололости. Кератодермии встречаются также и при инфекционных заболеваниях — микозах, вторичном сифилисе, гонорейном кератозе, бленнорейной кератодермии при синдроме Рейтера [9].

В ходе изучения литературы по данному вопросу выяснилось, что критериям приобретенных керато-

дермий соответствуют такие формы, как климактерическая кератодермия Хакстхаузена, симметричная эритематозная кератодермия Бенье, синдром Валавсека [10].

Кератодермию Хакстхаузена рассматривают как часть климактерического синдрома, встречающегося у 10–15% женщин. В его основе лежит гипофункция яичников, щитовидной железы и др. У больных климактерической кератодермией в крови отмечается снижение уровня эстрадиола, прогестерона, тестостерона. Эта форма приобретенной ЛПК наиболее известна и подробно описана в отечественной и зарубежной литературе. Клинически заболевание проявляется симметричным диффузным или очаговым утолщением рогового слоя ладоней и подошв, обычно в сочетании с различными соматогенными расстройствами; кожа становится сухой, возникают болезненные трещины. Везикуляция, мокнутие и другие проявления экземы отсутствуют. Гиперкератоз особенно выражен в местах давления и трения, по краю подошв. У многих больных имеет место зуд, нарастающий в ночное время. Отмечается рецидивирующее течение заболевания. Данную патологию необходимо тщательно дифференцировать от микоза ладоней и стоп, хотя возможно и сочетанное поражение. Патологические изменения, обусловленные грибковой инфекцией, клинически могут копировать или создавать фенокопию кератодермии Хакстхаузена, что в ряде случаев ведет к ошибочной диагностике.

При синдроме Валавсека диффузная кератодермия с ониходистрофией и изменением формы пальцев по типу барабанных палочек возникает на фоне сирингомиелии. Развивается в любом возрасте.

К группе приобретенных форм относится симметричная эритематозная кератодермия Бенье. Эта форма кератодермии была описана Besnier еще в 1893 г. Развивается в любом возрасте. Клиническая картина представлена очагами ороговения на несколько покрасневшей коже ладоней и подошв. На коже появляются плотно прилегающие беловатого цвета крупнопластинчатые чешуйки. Иногда на предплечьях, голени, реже на плечах и бедрах возникают сухость кожи, легкое шелушение. Зуда и болей не отмечается. Термин «симметричная эритематозная кератодермия Бенье» широко не используется специалистами, редко встречается в научных публикациях, поэтому более понятным является определение диагноза как приобретенная ЛПК, что

включено и в общепринятую международную классификацию болезней (МКБ-10) [11].

Комплексная терапия приобретенных и симптоматических кератодермий включает применение витаминов: А, группы В, препаратов кальция, а также в качестве наружного лечения – использование кератолитических мазей. Исходя из этих рекомендаций и из собственного клинического опыта, представлялось целесообразным использование в терапии ладонно-подошвенных кератодермий различного генеза наружного средства «Карталин».

Мазь «Карталин» была разработана в конце 1990-х гг. на основе биологически активных веществ (БАВ), содержащихся в сырье череды, ромашки, эвкалипта, лаванды, меда и других природных источников. На состав и технологию мази «Карталин» были разработаны и утверждены технические условия, что в конечном итоге позволило получить в 1999 г. гигиеническое заключение на продукцию и в 2000 г. – российский сертификат соответствия. Широкое применение указанное наружное косметическое средство получило при комплексном лечении больных с хроническими дерматозами, протекающими с явлениями гипер- и папакератоза, прежде всего таких, как псориаз и атопический дерматит [4–6].

Цель исследования – изучение эффективности мази «Карталин» при лечении ладонно-подошвенных кератодермий различного генеза.

## Материал и методы

Под наблюдением находились 26 пациентов с различными ЛПК.

Критериями включения в исследование являлись: информированное согласие пациента на проведение исследований, клинически подтвержденный диагноз «ладонно-подошвенная кератодермия», возраст от 20 до 70 лет.

Критерии исключения из исследования: наличие аутоиммунных заболеваний, микозов кожи, прием иммуномодулирующих препаратов других групп, применение глюкокортикоидных препаратов, беременность, лактация, возраст младше 20 и старше 70 лет.

При лечении ладонно-подошвенных кератодермий в качестве местного лечения использовалось средство «Карталин», которое наносилось 2 раза в сутки (утром и вечером) на область патологически измененных участков кожи тонким слоем, слегка втирая, не используя повязку.

При различных видах ихтиоза встречались как диффузные, так и очаговые (у 2 пациентов) кератодермии. На коже ладоней и (или) подошв определялись гиперкератотические очаги, шелушение, трещины, сопровождающиеся болезненностью или зудом. Псориазическое поражение характеризовалось везикулезными и пустулезными элементами на эритематозном фоне, как правило, с массивным гиперкератозом (у 7 пациентов)

У пациентов с приобретенными ЛПК также отмечался диффузный и очаговый характер процесса. Степень выраженности гиперкератоза была различной – от незначительного до массивного, тотального. При климактерической кератодермии у 4 пациенток имело место диффузное поражение, у 1 – очаговое.

Больные были разделены на две группы в зависимости от клинической формы заболевания — симптоматические и приобретенные ЛПК (таблица). Симптоматические кератодермии составили 77%. Симптоматические ЛПК возникают на фоне основного дерматологического заболевания, что считается важным аргументом в клинической диагностике. Симптоматические кератодермии могут развиваться в любом возрасте, клинические признаки различны, как правило, имеются проявления дерматоза в других местах кожного покрова.

Распределение пациентов с ЛПК по форме заболевания

Вид ЛПК	Форма ЛПК	Группа			
		Исследуемая (26 человек)		Контрольная (18 человек)	
		Абс.	%	Абс.	%
Симптоматические (n = 20)	Ихтиоз	2	7,6	1	5,6
	Псориаз ладоней и подошв	7	27,0	6	33,3
	Красный плоский лишай	4	15,4	2	11,2
	Тилотическая экзема	7	27,0	6	33,3
Приобретенные (n = 6)	Кератодермия Хакстхаузена	5	19,2	3	16,8

Приобретенные ЛПК обладают другими отличительными признаками заболевания. Характерным симптомом является повышенное ороговение, гиперкератоз кожи. Процесс локализуется преимущественно на коже ладоней и подошв, иногда изолированно – только на ладонях или на подошвах. Патологические изменения никогда не выходят на тыльную поверхность. Отсутствуют признаки экзематизации и везикулизации. Поражение ногтей не характерно, встречается только при сочетании с онихомикозом. Для исключения грибкового поражения кожи и ногтей всем обследуемым пациентам проводилась диагностика на патогенные грибы методом микроскопии нативного препарата.

Для подтверждения клинической эффективности проводимого лечения проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт, где была определена контрольная группа (18 человек), в которую входили пациенты с аналогичными клиническими признаками и диагнозами, получавшие традиционные кератолитические мази при проявлениях различных клинических вариантов ЛПК.

Исследуемые группы были репрезентативны по возрасту, полу, длительности заболевания.

## Результаты и обсуждение

В клинике кожных болезней Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск) было проведено исследование морфофункционального состояния кожи после наружного применения мази «Карталин» с помощью гистометрических критериев. Исследование проводилось до и через месяц после наружной терапии в группе из 26 больных различными вариантами кератодермий.

Для характеристики эпидермиса определяли его толщину и толщину рогового слоя. Отмечали наличие и выраженность дистрофических и воспалительных изменений. В дерме обращали внимание на наличие признаков расстройства кровообращения, отек, кровоизлияния.

Клеточный состав сосочкового и сетчатого слоев оценивали, рассчитывая количество нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, лимфоцитов, гистиоцитов, макрофагов, плазматических клеток на  $1 \text{ мм}^2$  площади дермы. На границе сетчатого слоя дермы и

подкожной клетчатки определяли количество тучных клеток. Определяли наличие признаков воспалительных изменений до и после лечения.

Анализ индивидуальной морфологической характеристики кожи после месячного применения мази «Карталин» позволяет заключить, что применение данного средства не вызывает дистрофических изменений в эпидермисе. Отсутствуют признаки расстройства кровообращения и воспалительные изменения, имеющие место при гистологическом исследовании до лечения. Вместе с тем в участках кожи, подвергнутых месячному воздействию мази, отмечается утончение эпидермиса за счет клеток шиповатого слоя. При этом уменьшается толщина рогового слоя и митотическая активность клеток базального слоя. В собственном слое дермы отмечается изменение состава диффузно располагающихся в сосочковом и сетчатом слоях клеточных элементов. После применения изучаемой мази уменьшается количество нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов. Отмечается тенденция к уменьшению числа плазматических и тучных клеток. Выявлено, что мазь «Карталин» устраняет воспалительные изменения в коже в местах применения, уменьшая накопление в ней лейкоцитов.

Для оценки клинической эффективности предложенных местных мероприятий проводился подсчет количества койко-дней, проведенных в стационаре при лечении ЛПК в исследуемой и контрольной группах. Данный показатель составлял в исследуемой группе 23 койко-дня, в контрольной группе положительная клиническая динамика (уменьшение инфильтрации, шелушения, отсутствие зуда) наблюдалась в среднем с 33,7 койко-дня.

## Заключение

Таким образом, по завершении клинических испытаний мазь «Карталин» получила положительную оценку как исследователей, так и пациентов и, следовательно, может быть рекомендована к использованию в терапии ладонно-подошвенных кератодермий различного генеза.

## Литература

1. Бухарина Е.В. Динамика изменений клинических и морфологических показателей у больных климактерической кератодермией на фоне корригирующей тера-

**Дмитрук В.С. Опыт применения мази «Карталин» при ладонно-подошвенной форме псориаза и других кератодермиях**

- пии эстрагенами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1985. 21 с.
2. Бахлыкова Е.А. Клинические особенности, витаминный статус и лечение больных приобретенными ладонно-подошвенными кератодермиями: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2004. 23 с.
  3. Бедру М.Н. Распространенность, клинический полиморфизм и лечение ладонно-подошвенных кератодермий в московской популяции (эпидемиологическое и медико-генетическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 20 с.
  4. Дмитрук В.С., Карталов М.Г., Солятова В.М. Применение средства «Карталин» в терапии псориаза // Вестн. дерматологии и венерологии. 2008. № 4. С. 76—79.
  5. Дмитрук В.С. «Карталин» — препарат выбора в наружной терапии хронических дерматозов // Вестн. дерматологии и венерологии. 2009. № 5. С. 99—101.
  6. Дмитрук В.С., Карталов М.Г., Романенко Т.В., Дмитрук В.С. Исследование структурно-механических свойств мази «Карталин» // Бюл. сиб. медицины. 2009. Т. 8, № 3. С. 48—52.
  7. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: редкие и атипичные дерматозы. Ереван, 1989. С. 420—421.
  8. Мордовцев В.Н., Суворов К.Н. Наследственные заболевания кожи. Алматы: Изд-во «Казахстан», 1995. С. 390—415.
  9. Потоцкий И.И. Гиперкератозы. Киев, 1977.
  10. Студницин А.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. М., 1983. С. 374—412.
  11. Hatamochi A. Diffuse palmaplanter keratoderma with diaphanous // Arch. Dermatol. 1982. V. 118, № 8. P. 605—607.

Поступила в редакцию 22.12.2010 г.

Утверждена к печати 17.01.2011 г.

**Сведения об авторах**

**В.С. Дмитрук** — канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии СибГМУ (г. Томск).

**Для корреспонденции**

**Дмитрук Вадим Степанович**, тел. 8-913-826-0559; e-mail: dmitrukv@km.ru

---

**Уважаемые рекламодатели!**

На страницах журнала можно разместить рекламу о медицинских и оздоровительных организациях и учреждениях, информацию о новых лекарственных препаратах, изделиях медицинской техники, продуктах здорового питания. Приглашаем вас разместить информацию о деятельности вашего учреждения на страницах журнала в виде научной статьи, доклада или в форме рекламы.

**Тарифы на размещение рекламного материала**

Площадь на полосе	Черно-белая печать, руб.	Полноцветная печать, руб.
1/1 210 × 280 мм (A4)	4000	10000
1/2	2500	7500
1/4	1500	5000
1/8	1000	2500
1/16	800	1000
Текстовая реклама	50 руб. за 1 кв. см	

*Скидки: 2 публикации — 5%, 4 публикации — 10%, 6 публикаций — 15%*