

12. Alexiades M. Laser and light-based treatments of acne and acne scarring. *Clin Dermatol*. 2017 Mar-Apr; 35 (2): 183–189. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2016.10.012.
13. He SX, Wang Y, Wang J, Tang L, Yang L, Ye FL. Isotretinoin Combined Laser/Light-Based Treatments Versus Isotretinoin Alone for the Treatment of Acne Vulgaris: A Meta-Analysis. *J Cosmet Dermatol*. 2025 Jan; 24 (1): e16639. DOI: 10.1111/jocd.16639.
14. Ediléia Bagatín, Caroline Sousa Costa, Marco Alexandre Dias da Rocha. Consensus on the use of oral isotretinoin in dermatology – Brazilian Society of Dermatology 2020. DOI: 10.1016/j.abd.2020.09.001.
15. Сергеева И.Г., Юрина Н.В. Клинический разбор пациентов с акнеподобными дерматозами. *Клиническая дерматология и венерология*. 2023; 22 (2): 209–216. Sergeeva IG, Yurina NV. Clinical analysis of patients with acne-like dermatoses. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2023; 22 (2): 209–216. (In Russ.).
16. Дрождина М.Б., Бобро В.А. Ринофима: тактика ведения пациента. Краткий обзор литературы и описание клинического случая. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2022; 98 (1): 64–71. Drozhkina MB, Bobro VA. Rhinophyma: patient management. A brief review of the literature and a description of the clinical case. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2022;98(1):64–71. (In Russ.). DOI: 10.25208/vdv1243
17. Hanna N, Lam M, Fleming P, Lynde CW. Therapeutic Options for the Treatment of Darier's Disease: A Comprehensive Review of the Literature. *J Cutan Med Surg*. 2022 May-Jun; 26 (3): 280–290. DOI: 10.1177/12034754211058405
18. Дрождина М.Б. Болезнь Морбигана. Современный обзор литературы. Описание редкого клинического случая. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2020; 15 (1): 15–21. Drozhkina MB. Morbihan disease. A modern review of the literature. Description of a rare clinical case. *Medical news of North Caucasus*. 2020; 15 (1): 129–133. (In Russ.). DOI: 10.14300/mnnc.2020.15033
19. Рябова В.В., Евсеева А.А., Бобро В.А., Кошкин С.В. Розацеа в практике дерматовенеролога. *Вятский медицинский вестник*. 2022; 3 (75): 103–107. Ryabova V.V., Evseeva A.A., Koshkin S.V. Rosacea in the practice of a dermatovenerologist. *Vyatka Medical Bulletin*. 2022; 3 (75): 103–107. (In Russ.). DOI: 10.24412/2220-7880-2022-3-103-107

Участие авторов. Концепция и дизайн статьи: М.Б. Дрождина. Сбор и обработка материала: М.Б. Дрождина, С.А. Смородинова. Написание текста: М.Б. Дрождина. Редактирование текста: В.А. Лазвиашвили.

Authors' participation. Concept and design of the article: Marianna B. Drozhkina. Collection and processing of the material: Marianna B. Drozhkina, Svetlana A. Smorodinova. Text writing: Marianna B. Drozhkina. Text editing: Varvara A. Lazviashvili

Статья поступила / Received 10.09.2025

Получена после рецензирования / Revised 14.09.2025

Принята в печать / Accepted 15.09.2025

Сведения об авторах

Дрождина Марианна Борисовна, д.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: drozhkina@yandex.ru. eLibrary SPIN: 6938–4768. ORCID: 0000-0002-7689-8350

Смородинова Светлана Александровна, врач-косметолог, дерматовенеролог². E-mail: smorodinova_sa@mail.ru. ORCID: 0009-0001-6581-9215

Лазвиашвили Варвара Андреевна, аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: lazviashvili.va@mail.ru. eLibrary SPIN: 2534–4480. ORCID: 0000-0003-2306-1423

¹ ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Киров, Россия
² ООО «Центр лазерной и эстетической косметологии» (L'Code), г. Набережные Челны, Республика Татарстан, Россия

Автор для переписки: Дрождина Марианна Борисовна. E-mail: drozhkina@yandex.ru

About authors

Drozhkina Marianna B., DM Sci (habil.), associate professor at Dept of Dermatovenereology and Cosmetology¹. E-mail: drozhkina@yandex.ru. eLibrary SPIN: 6938–4768. ORCID: 0000-0002-7689-8350

Smorodinova Svetlana A., cosmetologist, dermatovenerologist². E-mail: smorodinova_sa@mail.ru. ORCID: 0009-0001-6581-9215

Lazviashvili Varvara A., postgraduate student at Dept of Dermatovenereology and Cosmetology¹. E-mail: lazviashvili.va@mail.ru. eLibrary SPIN: 2534–4480. ORCID: 0000-0003-2306-1423

¹ Kirov State Medical University, Kirov, Russia

² Laser and Aesthetic Cosmetology Center (L'Code), Naberezhnye Chelny, Republic of Tatarstan, Russia

Corresponding author: Drozhkina Marianna B. Email: drozhkina@yandex.ru

Для цитирования: Дрождина М.Б., Смородинова С.А., Лазвиашвили В.А. Редкий вид фульминантных акне. Тактика ведения сложного пациента. *Медицинский алфавит*. 2025; (23): 63–68. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-23-63-68>

For citation: Drozhkina M.B., Smorodinova S.A., Lazviashvili V.A. A rare form of acne fulminans. Management of a complex patient. *Medical alphabet*. 2025; (23): 63–68. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-23-63-68>



DOI: 10.33667/2078-5631-2025-23-68-72

Инверсный псориаз: возможности современной терапии

О. И. Летяева

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

РЕЗЮМЕ

Введение. Ведение пациентов с инверсным псориазом представляет достаточно серьезную проблему из-за некоторой сложности диагностики и выраженного психо-эмоционального дискомфорта. Современные клинические рекомендации предлагают в качестве одного из методов терапии использование пиритиона цинка.

Цель. Продемонстрировать клиническую эффективность препаратов, содержащих активированный пиритион цинк (Скин-кап), у пациентов с инверсным псориазом.

Материалы и методы. В статье представлены семь клинических случаев использования различных лекарственных форм препарата Скин-кап как в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами.

Результаты. Представленные клинические наблюдения демонстрируют высокую эффективность, безопасность использования различных форм (аэрозоль, крем, шампунь, гель для душа) средств Скин-кап в терапии инверсного псориаза, как при краткосрочном, так и длительном использовании.

Выводы. Использование в топической терапии инверсного псориаза препарата Скин-кап патогенетически обосновано, позволяет минимизировать риск нежелательных побочных эффектов и существенно повысить качество жизни пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: псориаз, топическая терапия, активированный пиритион цинк.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Inverse psoriasis: possibilities of modern therapy

O. I. Letyaeva

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

SUMMARY

Introduction. Management of patients with inverse psoriasis presents a significant challenge due to diagnostic complexity and pronounced psycho-emotional distress. Current clinical guidelines recommend zinc pyrithione as one therapeutic option.

Objective. To demonstrate the clinical efficacy of activated zinc pyrithione-based medications (Skin-Cap) in patients with inverse psoriasis.

Materials and methods. This article describes seven clinical cases involving various formulations of Skin-Cap, used either as monotherapy or in combination with other drugs.

Results. The reported clinical observations show high efficacy and safety of Skin-Cap in multiple topical forms (aerosol, cream, shampoo, shower gel) for treating inverse psoriasis, in both short-term and long-term use.

Conclusions. The use of Skin-Cap in the topical treatment of inverse psoriasis is pathogenetically justified, minimizes the risk of adverse effects, and significantly improves patients' quality of life.

KEYWORDS: psoriasis, topical therapy, activated zinc pyrithione.

CONFLICT OF INTEREST. The author declares no conflict of interest.

Актуальность проблемы

В настоящее время псориаз рассматривается как хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание, имеющее генетическую предрасположенность [1]. Выраженность клинических проявлений весьма разнообразна: от минимальных симптомов в виде «дежурной бляшки» до тотального поражения всего кожного покрова с развитием псориазической эритродермии. Одним из вариантов клинического течения является интертригинозный или инверсный псориаз, при котором поражаются крупные складки кожи, область пупка, ретроаурикулярное пространство, аногенитальная зона [2–4]. По данным литературы, от 63 до 95,8% пациентов с инверсным псориазом имеют поражение паховых складок и аногенитальной зоны [3–6]. Несмотря на то, что площадь поражения при этом невелика, тем не менее, такая локализация представляет значительный психо – эмоциональный дискомфорт [6–8].

Инверсный псориаз обычно представлен хорошо отграниченными эритематозными бляшками с гладкой блестящей поверхностью, шелушение выражено минимально либо вовсе отсутствует. Это обусловлено трением и мацерацией соприкасающихся поверхностей, где в условиях пониженной аэрации активно скапливается секрет сальных и потовых желез [2, 7, 8, 10].

Лечение любой клинической формы псориаза предусматривает использование топических препаратов. На сегодняшний день рекомендованными средствами для наружной терапии являются: топические кортикостероиды, кальципотриол в комбинации с кортикостероидами, ингибиторы кальциневрина, пиритион цинка, кератолитики, препараты дегтя. [1, 11–13]. При неправильном применении сильных кортикостероидов существует риск: снижения/потери эффективности, влияния на гормональный баланс в организме, развитие атрофии кожи, стрий, сосудистых звездочек. С осторожностью следует применять аналог витамина Д3 у пациентов с нарушением обмена кальция, и он противопоказан людям до 18 и старше 65 лет. Каменноугольный дёготь кроме того, что имеет неприятный запах, вызывает раздражение кожи, пачкает одежду, при длительном использовании повышает риск развития рака кожи и не рекомендован действующими Клиническими рекомендациями [1, 11]. Мази с салициловой кислотой обладают отшелушивающим действием, при применении на обширные участки дают системный эффект, и эффективнее всего действуют в сочетании с кортикостероидами. Активированный цинк пиритион обладает противовоспалительным действием, способствует нормализации микрофлоры в пораженных зонах, комфортно увлажняет кожу и входит в рекомендации по лечению псориаза [1, 9–12].

Лечение инверсного псориаза по сравнению с бляшечным имеет некоторые особенности [14–16]. Безусловно, препаратами выбора первой линии остаются топические глюкокортикостероиды и кальципотриол, однако они не должны использоваться длительно, чтобы избежать нежелательных побочных эффектов. Так же следует учитывать возможность бактериальной или грибковой суперинфекции при локализации процесса в складках [2, 17]. Наиболее часто выявляемым микроорганизмом является *Staphylococcus aureus*, обсемененность кожи при инверсном псориазе в несколько раз превосходит показатели здоровых людей. Также можно выявить дерматофиты, *Candida spp.* [2, 17, 18]. Микроорганизмы могут играть роль в развитии и поддержании воспаления, поэтому рекомендация медицинского совета Национального фонда псориаза (США) предлагает сочетать топические кортикостероиды, препараты кальципотриола с местными антибактериальными и/или противогрибковыми средствами [19]. Следует отметить, что частое и бесконтрольное назначение антибактериальных и антимикотических препаратов, в том числе топических, способствует формированию резистентности микроорганизмов и приводит в дальнейшем к снижению эффективности проводимого лечения [17, 18].

Так же важно учесть, что инверсный псориаз чаще встречается у больных ожирением, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическим синдромом, как правило, у таких пациентов существенно нарушены кожные барьеры, что делает их весьма уязвимыми для проникновения инфекционных агентов [19, 20]. При назначении терапии следует учитывать, что кожа в складках более тонкая, склонна к атрофии, имеет более выраженную чрескожную абсорбцию, что может существенно ограничить возможность применения стандартных топических препаратов [1, 2, 11, 16].

В Российской Федерации зарегистрирован и много лет успешно используется препарат Скин-кап, это активированный пиритион цинка, обладающий противовоспалительным, антибактериальным, антимикотическим действием [21]. Известно, что ядерные рецепторы кератиноцитов содержат цинк, и активированный пиритион цинка, связываясь с рецепторами, оказывает стероидоподобный эффект, при этом не являясь стероидом [11, 22]. Именно эта особенность обеспечивает регулирующее влияние на воспаление через регуляцию активности иммунокомпетентных клеток кожи и процессы апоптоза кератиноцитов, играющих ключевую роль в патогенезе псориаза [6, 22]. Уникальная химическая структура активированного пиритиона цинка позволяет ему эффективно встраиваться



До лечения



Через две недели использования крема Скин-кап 0,2%



До лечения



Монотерапия крем Скин-кап 0,2% через 10 дней



До лечения

Рисунок 1.



Монотерапия крем Скин-кап 0,2% через три недели



До лечения

Рисунок 2.



Гель для душа Скин-кап 1% + ТГКС в течение недели, далее крем Скин-кап в течение двух недель

в клеточные мембраны и изменять их проницаемость, что приводит к высвобождению митохондриального цитохрома С и увеличению экспрессии проапоптогенных факторов [11, 21, 22]. Доказано, что препарат влияет на пролиферацию и дифференцировку Т-лимфоцитов [22]. В исследовании Park M. и соавторов было показано, что при воздействии цинка пиритиона происходит усиление фагоцитарной активности макрофагов, резкое увеличение уровня клеточного цинка и небольшое увеличение уровня клеточной меди, что способствует ингибированию функции митохондрий, снижение экспрессии липазы, ингибирование синтеза кластеров Fe-S в *M. restricta* [23].

Технология синтеза препарата обеспечивает стабильность молекулы, что критично необходимо для обеспечения его эффективности [11, 21]. Существенным преимуществом препарата является то, что он выпускается в нескольких лекарственных формах, что позволяет использовать его в различных анатомических зонах.

В клинических рекомендациях РОДВК по лечению больных псориазом (2023 г), описаны алгоритмы использования пиритиона цинка, это 0,2% аэрозоль для наружного применения (распыляют с расстояния 15 см на пораженные участки кожи 2–3 раза в день, для достижения стойкого эффекта применение препарата рекомендуется продолжить в течение 1 недели после исчезновения клинических симптомов) [1, 11], 0,2% крем, содержащий пиритион цинк для наружного применения (наносит тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев) [1, 15, 16]. Следует также отметить, что Скин-кап выпускается еще в форме шампуня и геля для душа, и успешно применяется в качестве терапии сопровождения [18].

Благодаря доказанной эффективности и безопасности препарата, наличию нескольких лекарственных форм, возможности длительного применения, Скин-кап получил заслуженное признание у врачей и пациентов.

На сегодняшний день накоплен значительный опыт использования препаратов Скин-кап при различных дерматозах, в том числе при псориазе [11, 16–18]. Личный опыт использования Скин-капа у пациентов с псориазом

позволяет говорить, что при легком течении, где индекс PASI до 10 баллов возможно использование только топической терапии [16, 18]. Серия клинических наблюдений по использованию 0,2% крема Скин-кап свидетельствует о хорошей эффективности и безопасности препарата. На *рисунке 1* представлены клинические случаи применения препарата Скин-кап 0,2% в виде монотерапии у пациентов с легким течением псориаза. На *рисунке 2* отражены результаты терапии инверсного псориаза. Пациенту был назначен ТГКС коротким курсом, и далее аэрозоль Скин-кап 0,2% дважды в день. Также ему был рекомендован гель для душа Скин-кап. На *рисунке 3* представлен результат терапии псориаза агногенитальной зоны с последовательным применением ТГКС и крема Скин-кап 0,2%. Также можно успешно сочетать использование аэрозоля и шампуня Скин-кап у пациентов с поражением кожи головы. Шампунь имеет приятный запах, аэрозоль легко наносится, не оставляет жирного блеска, не требует смывания (*рис. 4*).

Можно рекомендовать использование аэрозоля Скин-кап, который наносится на пораженные участки в достаточном количестве в один слой 2 раза в день до достижения PASI 100 («чистая кожа») с дальнейшим переходом на проактивную терапию 2–3 раза в неделю [1, 11, 16]. Если для стартовой терапии используются топические глюкокортикостероиды, то после достижения эффекта, рационально в качестве поддерживающего лечения перейти на проактивное применение аэрозоля Скин-кап 0,2% в режиме 2–3 раза в неделю, либо крем Скин-кап 0,2% в режиме на ночь через день, и далее, индивидуально подобрать режим дозирования препарата. Крем Скин-кап имеет легкую текстуру, не оставляет жирного блеска и не требует смывания. Обычно, крем используется два раза в день курсом до месяца, но как правило, эффект виден уже через 10–14 дней [11, 18].

Учитывая, что в интертригинозных зонах присутствует значительное количество патогенной и/или условно-патогенной микрофлоры, а длительное использование ТГКС лишь усугубит дисбиоз, возникает очевидный вывод, что использование препаратов активированного пиритиона цинка обладающего антибактериальной и противогрибковой активностью, является оптимальным для поддерживающей терапии [17, 18].

Нарушение основных ферментативных процессов на мембранах – связывание с фосфолипидами и деполяризация мембран, а также снижение уровня АТФ, приводит к гибели бактерий (стрептококк, стафилококк, синегнойная палочка, кишечная палочка, протей) и грибов (*Malassezia spp.*, *Candida spp.*) [23].

В 2020 г. была выполнена работа по исследованию клинической и патоморфологической оценки противовоспалительного эффекта препарата Скин-кап



До лечения

Рисунок 3.

ТГКС 7 дней, далее Скин-кап 0,2% крем дважды в день 1 месяц



До лечения

Рисунок 4.

Аэрозоль Скин-кап 0,2% дважды в день+ шампунь Скин-кап 1%. Через месяц

и сравнение его с другими топическими противовоспалительными лекарственными средствами. В ходе исследования на лабораторной модели псориаза, было установлено, что противовоспалительный эффект Скин-капа был сопоставим с галогенизированным глюкокортикостероидом, лишь незначительно уступая ему. Гибель клеток проходила по апоптотическому пути, что доказано как *in vitro*, так и *in vivo*, и не вызывала избыточного выброса медиаторов воспаления. Отсутствие атрофического эффекта на лабораторной модели псориаза позволяет предполагать сходные результаты при лечении человека [22].

Учитывая данные клинических и экспериментальных наблюдений, возможность назначать препарат с 1 года, позволяют широко использовать Скин-кап в клинической практике. Будучи по природе нестероидным препаратом с выраженной противовоспалительной активностью, Скин-кап рационально применять у пациентов после отмены применения топических глюкокортикостероидов, что способствует более легкому течению, быстрой ликвидации воспаления, и позволит избежать назначения системных лекарственных препаратов [11, 16]. Еще одним аргументом в пользу использования 0,2% крема Скин-кап у пациентов с является основа препарата, не содержащая веществ, вызывающих окклюзию [21].

Пациентам с распространенным процессом, получающим системную терапию, такую как метотрексат, генно-инженерную биологическую терапию или фототерапию, также показано использование топических средств. В концепцию комплексного подхода к лечению распространенных форм вне зависимости от назначаемого основного системного метода в качестве наружного лечения могут быть рекомендованы препараты Скин-кап (*рис. 5*) [1, 11, 16].



До лечения



ГИБТ. Скин-кап 1% шампунь в качестве терапии сопровождения

Рисунок 5.

Заключение

Основными задачами лечения псориаза являются: полное или почти полное очищение кожи, наступление быстрого эффекта от терапии и длительный контроль над заболеванием, уменьшение количества и тяжести обострений [1, 11, 20].

Лечение псориаза зависит от тяжести процесса, его распространенности, от регулярного и правильного использования препарата и, как правило, предусматривает использование препаратов с различными механизмами действия, комбинируя их или применяя последовательно [1, 11, 20].

Уникальный механизм действия активированного пиритиона цинка (Скин-кап) делает его предпочтительным в выборе топических средств для контроля над заболеванием, особенно где присутствует поражение обширных участков кожного покрова, интертригинозных зон.

Многие эксперты указывают, что применение препарата Скин-кап при псориазе является обоснованным как в качестве монотерапии при ограниченных формах, так и в качестве поддерживающей терапии в интермиттирующем режиме, либо в качестве терапии сопровождения при лечении системными препаратами [11].

Эффективность и безопасность препарата подтверждена исследованиями и многолетней клинической практикой. Таким образом, топические средства линии Скин-кап являются препаратами выбора для наружного лечения разных клинических форм псориаза и положительно влияют на качество жизни пациентов [11, 16, 18, 22].

Список литературы / References

- Псориаз: клинические рекомендации. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»; 2023. Psoriasis: clinical guidelines. Ministry of Health of the Russian Federation. All-Russian public organization «Russian Society of Dermato-venereologists and Cosmetologists»; 2023. (In Russ.). https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/234_2
- Хлебникова АН. Псориаз складок: диагностическая ценность дерматоскопического исследования, опыт применения комбинированного топического препарата [серия клинических наблюдений]. Альманах клинической медицины. 2022; 50 (7): 447–454. DOI: 10.18786/2072-0505-2022-50-032
- Khlebnikova AN. Psoriasis of the folds: diagnostic value of dermatoscopic examination, experience of using a combined topical drug (series of clinical observations). Almanac of Clinical Medicine. 2022; 50 (7): 447–454. (In Russ.). DOI: 10.18786/2072-0505-2022-50-032.
- Da Silva N, Augustin M, Hilbring C, Braren-von Stülpnagel CC, Sommer R. Psychological (co) morbidity in patients with psoriasis: the impact of pruritus and anogenital involvement on symptoms of depression and anxiety and on body dysmorphic concerns – a cross-sectional study. BMJ Open. 2022 Sep 23; 12 (9): e055477. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-055477. PMID: 36153012; PMCID: PMC9511542.
- Dopytalska K, Sobolewski P, Blaszcak A, Szymańska E, Walecka I. Psoriasis in special localizations. Reumatologia. 2018; 56 (6): 392–398.
- Wu M, Fischer G. Adult genital psoriasis: An updated review for clinicians. Australas J Dermatol. 2024 May; 65 (3): e1–e12. DOI: 10.1111/ajd.14227. Epub 2024 Feb 28. PMID: 38419192.
- Khosravi H, Siegel MP, Van Voorhees AS, Merola JF. Treatment of Inverse/Intertriginous Psoriasis: Updated Guidelines from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. J Drugs Dermatol. 2017; 16 (8): 760–766.
- Meeuwis KAP, Potts Bleakman A., van de Kerkhof PCM, Dutronc Y., Hennegès C., Kornberg L.J., Menter A. Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. Journal of Dermatological Treatment. 2018; 29 (8): 754–760.
- Shah SFH., Merchant S.A., Shah, S.A. Female sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review and meta-analysis using the Female Sexual Function Index. International Journal of Impotence Research. 2024; 36 (3): 232–241.
- Janeczek M, Kozel Z, Bhasin R, Tao J, Eilers D, Swan J. High Prevalence of Erythrasma in Patients with Inverse Psoriasis: A Cross-sectional Study. J Clin Aesthet Dermatol. 2020; 13 (3): 12–14.
- Кудрядина М.И. Коленко Н.Г. Псориаз аногенитальной зоны. Опыт лечения нетакимабом. Медицинский алфавит. 2025 (8) 888. <https://doi.org/10.1208/512025/8/888>
- Kudrdina M.I., Kolenko N.G. Psoriasis anogenitalnoy zony. Opyt lecheniya netakimabom. Medicinskij alfavit. 2025 (8) 888. (In Russ.). <https://doi.org/10.1208/512025/8/888>
- Круглова А.С., Бакулев А.А., Кохан М.М., Львов А.Н., Мурашкин Н.Н., Олисова О.Ю., Рахматулина М.Р., Самцов А.В., Соколовский Е.В. Консенсус Экспертов по практическим вопросам применения топического препарата активированного цинка пиритиона в дерматологии. Медицинский алфавит. 2025; (8): 126–130. <https://doi.org/10.3366/7/2078-5631-2025-8-126-130>
- Kruglova L.S., Bakulev A.L., Kokhan M.M., Lvov A.N., Murashkin N.N., Olssova O. Yu., Rakhmatulina M.R., Samstov A.V., Sokolovsky E.V. Expert Consensus on practical issues of using topical activated zinc pyrithione in dermatology. Medical alphabet. 2025; (8): 126–130. (In Russ.). <https://doi.org/10.3366/7/2078-5631-2025-8-126-130>
- Ferrara F, Verduci C., Laconi E., Mangione A., Dandi C., Del Vecchio M., Carlevatti V., Zivi A., Capuzzo M., Langella R. Current therapeutic overview and future perspectives regarding the treatment of psoriasis. International Immunopharmacology. 2024; 143 (1): 113388.
- Menter A., Gelfand J.M., Connor C., Armstrong A.W., Cordaro K.M., Davis DMR, Elewski B.E., Gordon K.B., Gottlieb A.B., Kaplan D.H. et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. Journal of the American Academy of Dermatology. 2020; 82: 1445–1486.
- Hong J.J., Mosca M.L., Hader E.K., Brownstone N.D., Bhutani T., Liao W.J. Genital and Inverse/Intertriginous Psoriasis: An Updated Review of Therapies and Recommendations for Practical Management. Dermatology and Therapy (Heidelberg). 2021; 11 (3): 833–844.
- Gottlieb A.B., Kirby B., Ryan C. et al. The Development of a patient-reported outcome measure for assessment of genital psoriasis symptoms: The Genital Psoriasis Symptoms Scale (GPSS). Dermatology and Therapy (Heidelberg). 2018; 8: 45–56.
- Круглова А.С., Грязева Н.В., Успенская П.А. Вопросы топической терапии псориаза: алгоритмы применения активированного пиритиона цинка. Медицинский алфавит. 2024; (25): 59–64.
- Kruglova L.S., Gryazeva N.V., Uspenskaya P.A. Topical therapy of psoriasis: algorithms for the use of activated zinc pyrithione. Medical alphabet. 2024; (25): 59–64. (In Russ.).
- Alekseyenko AV, Perez-Perez GI, De Souza A, Strober B, Gao Z, Bhanu M, Li K, Methé BA, Blaser MJ. Community differentiation of the cutaneous microbiota in psoriasis. Microbiome. 2013; 1 (1): 31. DOI: 10.1186/2049-2618-1-31
- Летяева О.И. Роль инфекционных агентов в патогенезе дерматозов у детей и подростков. Детские инфекции. 2020; 19 (3): 58–64.
- Letyaeva O.I. Rol' infektsionnykh agentov v patogeneze dermatozov u detey i podrostkov. Detskije infekcii. 2020; 19 (3): 58–64. (In Russ.).
- Mallbris L, Akre O, Granath F, Yin L, Lindelöf B, Ekblom A, Ståhle-Bäckdahl M. Increased risk for cardiovascular mortality in psoriasis inpatients but not in outpatients. Eur J Epidemiol. 2004; 19 (3): 225–230. DOI: 10.1023/b: ejep.0000020447.59150.f9
- Kelly A., Ryan C. Genital Psoriasis: Impact on Quality of Life and Treatment Options. American Journal of Clinical Dermatology. 2019; 20 (5): 639–646.
- Регистрационный номер аттестата аккредитации № РОСС RU. 001.21 АЮ22 (Госстандарт России). Registration number of the accreditation certificate No. ROSS RU. 001.21 АЮ22 (State Standard of Russia). (In Russ.).
- Жуков А.С., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. Сравнительное исследование противовоспалительной активности пиритиона цинка на лабораторной модели псориаза. 2020; 97 (2): 64–70.
- Zhukov A.S., Khairutdinov V.R., Samstov A.V. Comparative study of the anti-inflammatory activity of zinc pyrithione in a laboratory model of psoriasis. 2020; (2): 64–70. (In Russ.).
- Park M, Cho YJ, Lee YW. Understanding the Mechanism of Action of the Anti-Dandruff Agent Zinc Pyrithione against Malassezia restricta. Sci Rep. 2018 Aug 14; 8 (1): 12086

Статья поступила / Received 15.09.2025

Получена после рецензирования / Revised 18.09.2025

Принята в печать / Accepted 19.09.2025

Сведения об авторе

Летяева Ольга Ивановна, д.м.н., доцент, профессор кафедры дерматовенерологии. ORCID: 0000-0002-9085-6229

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

Для переписки: Летяева Ольга Ивановна. E-mail: olga-letyaeva@yandex.ru

About author

Letyaeva Olga I., DM Sci (habil.), associate professor, professor at Dept of Dermato-venereology. ORCID: 0000-0002-9085-6229

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

For correspondence: Letyaeva Olga I. Email: olga-letyaeva@yandex.ru

Для цитирования: Летяева О.И. Инверсный псориаз: возможности современной терапии. Медицинский алфавит. 2025; (23): 68–72. <https://doi.org/10.3366/7/2078-5631-2025-23-68-72>

For citation: Letyaeva O.I. Inverse psoriasis: possibilities of modern therapy. Medical alphabet. 2025; (23): 68–72. <https://doi.org/10.3366/7/2078-5631-2025-23-68-72>

