

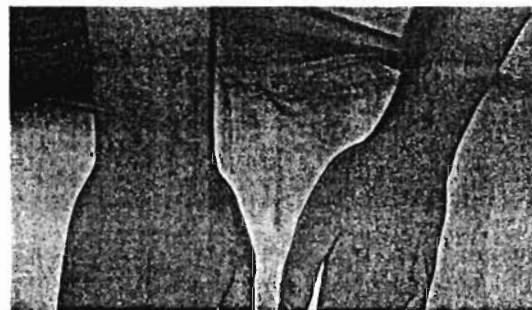
---

# РОССИЙСКИЙ ЖУРНАЛ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

---

6.2002

---



Болезнь Гровера (стр. 21)

---

Четвертая венерическая

---

Новые технологии: фотоферез при  
пузырчатке

---

Противоугревые средства

---

Паранеопластическая  
гиперпигментация

---

Knuckle Pads

---

Серорезистентный сифилис и  
антиоксидантный статус



## Некоторые особенности комплексной терапии тяжелых форм псориаза

К. Н. Суворова, И. М. Корсунская, А. Ю. Путинцев

Курс дерматовенерологии детского и подросткового возраста (руководитель — К. Н. Суворова) при кафедре детских инфекционных болезней РМАПО, Городская клиническая больница № 14 им. В. Г. Короленко

*В статье описывается опыт применения нового класса лекарственных средств — тиопозитинов в комплексной терапии тяжелых форм псориатической болезни. Интерес представляют более быстрый и полный регресс симптомов заболевания и нормализация биохимических показателей у части больных.*

Ключевые слова: псориаз, торпидные формы, тиопозитины

*The paper describes the author's experience with new class of drugs, thiopozitins, in the complex therapy of severe forms of psoriatic disease. A more rapid and complete regression of the disease and normalization of biochemical parameters in some patients are worthy of note.*

Key words: psoriasis, torpid forms, thiopozitins

Псориаз является одним из наиболее распространенных дерматозов. Его частота в разных странах колеблется от 0,1—3%, а доля пациентов с псориазом среди дерматологических больных составляет 12—15% [1]. В последнее время отмечаются некоторый рост заболеваемости этим дерматозом, учащение случаев тяжелых форм псориаза: псориатической эритродермии, артропатического псориаза, экссудативного псориаза, которые характеризуются выраженной резистентностью к терапии. По данным ведущей дерматологической клиники Москвы — ГКБ № 14 им. В. Г. Короленко, в 1999 г. с данным диагнозом было выписано 463 больных, а в 2001 г. — 502.

Псориаз — хронический дерматоз мультифакторной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов. Поиски генетических маркеров псориаза, помимо HLA-системы, подтвердили сцепление доминантных форм псориаза с дистальным отделом 17-й хромосомы. Большая роль в развитии заболевания отводится также факторам, воздействия которых на кожный процесс, очевидно, опосредуются через нарушения в иммунном статусе и различные биохимические дефекты [5].

Иммунологические изменения при псориазе заключаются в снижении в циркулирующей крови абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов за счет преимущественного уменьшения субпопуляции Т-хелперов по сравнению с субпопуляцией Т-супрессоров, что проявляется в снижении иммунорегуляторного индекса Т-хелперы/Т-супрессоры. При гистохимическом исследовании биоптатов кожи с очагов псориаза с помощью моноклональных антител установлено, что основным клеточным компонентом дермальных инфильтратов являются Т-лимфоциты, тогда как В-лимфоциты встречаются лишь в виде единичных клеток в отдельных гистологических препаратах. Большая часть Т-лимфоцитов, инфильтрирующих дерму, относится к субпопуляции Т-хелперных клеток. Эти наблюдения дают основание предположить, что наблюдаемый в периферической крови дефицит Т-лимфоцитов, особенно хелперной субпопуляции, связан с их выходом из кровяного русла в кожу. Наряду с Т-лимфоцитами в инфильтратах дермы обнаружены клетки моноцитарно-макрофагального ряда и клетки Лангерганса. Выявлена также экспрессия HLA-DR-комплекса на части кератиноцитов, что говорит об изменении их иммунологического фенотипа. По современным представлениям это отражает способность HLA-DR-кератиноцитов активи-

ровать эпидермальные Т-лимфоциты, а также выделять цитокины, некоторые из которых обладают свойством вызывать гиперпролиферацию эпителиальных клеток [1, 7].

Анализ метаболических нарушений у больных псориазом по контрольному профилю биохимических тестов крови показал, что при экссудативном псориазе, псориатической эритродермии и артропатическом псориазе не менее чем в 80% случаях выявляется воспалительный биохимический сывороточный синдром; напротив, синдромы гепатоцитолита и гепатоцеллюлярной недостаточности по результатам клинико-биохимических тестов сыворотки крови могут быть обнаружены более чем в 10% случаев только при псориатической эритродермии, а холестазобилиарный — только при артропатическом псориазе [3].

Учитывая, что в ГКБ № 14 им. В. Г. Короленко часто поступают больные с тяжелыми формами псориаза, у которых преобладают преимущественно экссудативные формы, в комплексную терапию этой группы пациентов мы добавили глутоксим.

Глутоксим является представителем нового класса лекарственных препаратов — тиопозитинов, обладающих иммуномодулирующим и системным цитопротекторным эффектом. Он оказывает дифференцированное воздействие на нормальные (стимуляция пролиферации и дифференцировки) и трансформированные (индукция апоптоза) клетки. При изучении терапевтической эффективности и влияния глутоксима на систему антиоксидантной защиты у больных вирусными гепатитами были сделаны выводы о том, что включение глутоксима в лечение больных вирусными гепатитами приводит к уменьшению степени выраженности и длительности интоксикационного синдрома, улучшению или нормализации биохимических показателей: к концу 3-го месяца от начала заболевания нормализация активности АЛАТ происходила у всех пациентов [2, 4, 6].

При назначении препарата мы учитывали следующие параметры: наличие высыпаний, носящих характер эритродермии, торпидность течения заболевания на обычной терапии, а также изменения биохимических показателей крови (АсАТ, АлАТ, глутаматдегидрогеназа — ГГТ, щелочная фосфатаза — ЩФ, тимоловая проба), чаще выявляемых у мужчин, злоупотребляющих алкоголем.

Под наблюдением находились 25 пациентов (9 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 19 до 72 лет. Ос-

новая группа состояла из 15 больных: у 7 имелся экссудативный псориаз, у 6 — артропатический псориаз, у 2 отмечалось течение дерматоза по типу эритродермии; в том числе у 3 пациентов из этой группы была повышена активность АсАТ, АлАТ, ГГТ, тимоловой пробы в биохимическом анализе крови. В группу контроля вошли 10 больных с аналогичными формами псориаза. Больные обеих групп получали дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие средства, местно — мазевую терапию в виде вазелина с добавлением "Фторокорта", синафлана, 2% салициловой и 5% дерматолевой мазей. Пациентам основной группы назначили вышеуказанную терапию в сочетании с глутоксимом — по 1 мл 1% раствора ежедневно (10 дней). Все больные находились под постоянным динамическим наблюдением.

Для оценки эффективности терапии использовали следующие методы: общеклинические (оценка темпов обратного развития по следующим показателям: инфильтрация, эритема, отечность, шелушение, зуд, эксфолиация), биохимические (биохимический анализ крови: АлАТ, АсАТ, ГГТ, ЩФ, тимоловая проба).

У всех пациентов основной группы в ходе лечения значительно уменьшился зуд. У 13 из них отмечалось существенное снижение инфильтрации кожи в очагах поражения уже на 3-й день терапии, а к окончанию курса инфильтрация сохранялась лишь на периферии бляшек. По данным повторного биохимического исследования крови у 3 больных основной группы показатели трансаминаз пришли к норме. У пациентов контрольной группы в течение 10 дней наблюдения признаки регресса псориазических высыпаний отсутствовали.

Приведем клинический пример.

Больной Б., 59 лет, находился на лечении в мужском кожном отделении ГКБ № 14 им. В. Г. Короленко с диагнозом артропатический псориаз с экссудативными проявлениями на коже. При поступлении отмечалась мономорфная сыпь в виде папул и бляшек, располагающихся на предплечьях, бедрах, туловище, которые сливались в инфильтрированные, отечные очаги с неровными очертаниями, покрытые грязновато-белыми корочками. В биохимическом анализе крови: холестерин 5,8 ммоль/л,

билирубин общий 20,5 мкмоль/л, билирубин прямой 7,9 мкмоль/л, мочевины 7,42 ммоль/л, АсАТ 56,4 ЕД/л, АлАТ 50,7 ЕД/л, ГГТ 69,5 ЕД/л, тимоловая проба 2,5 ед. На фоне терапии глутоксимом, начиная с 3-го дня, наблюдалось заметное снижение инфильтрации, отечности кожи в очагах поражения, шелушение практически разрешилось, субъективно значительно уменьшился зуд. В контрольном биохимическом анализе крови снизилась активность трансаминаз: холестерин 5,5 ммоль/л, билирубин общий 9,6 мкмоль/л, мочевины 4,10 ммоль/л, АсАТ 17,5 ЕД/л, АлАТ 24,0 ЕД/л, ГГТ 51,8 ЕД/л, тимоловая проба 0,5 ед.

У всех больных основной группы отмечались хорошая переносимость глутоксима и отсутствие побочных реакций.

Таким образом, применение препарата "Глутоксим" при псориазе обеспечивает более быстрый и полный регресс симптомов заболевания, гепатопротекторное воздействие выражается в первую очередь в нормализации активности трансаминаз, что позволяет использовать его в комплексной терапии тяжелых форм псориаза. Тем не менее необходимо дальнейшее изучение возможности применения данного препарата при псориазе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Димант Л. Е. Терапия больных псориазом с учетом иммуноморфологических маркеров воспаления и пролиферативной активности кератиноцитов кожи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001.
2. Кожелякин Л. А., Кетлинская О. С., Романова С. Ю. // Тезисы Конгресса "Человек и лекарство". — М., 2001.
3. Косухин А. Б. Связь клинических проявлений и течения псориаза с метаболическими нарушениями, их распространенность, распознавание и коррекция: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1999.
4. Оценка эффективности препарата глутоксим в терапии вирусных гепатитов / Руденко С. А., Сафонов А. Д., Высокогорский В. Е. и др. — Омск, 2001.
5. Скрипкин Ю. К., Мордовцев В. Н. Кожные и венерические болезни. — М., 1999. — Т. 2.
6. Токмалева А. К., Петрова Е. В., Голуб В. П. // Тезисы Конгресса "Человек и лекарство". — М., 2001.
7. Шейкман В. Л. Иммунологическая характеристика больных псориазом при традиционном лечении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000.

Поступила 01.03.02

## ГЛУТОКСИМ®

### Новое направление в лечении псориаза

Глутоксим — представитель нового класса лекарственных веществ — тиопозтинов.

Новые возможности терапии псориаза Глутоксимом достигаются вследствие:

- уменьшения гиперпролиферации, нарушений дифференцировки эпидермальных кератицитов;
- стимуляции процессов апоптоза в кератиоцитах и нормализации метаболических нарушений;
- регуляции эндогенной продукции цитокинов.

Глутоксим обеспечивает

- быстрое уменьшение кожных проявлений, артропатического синдрома, эритродермии;
- более продолжительную ремиссию заболевания;
- нормализацию биохимических показателей у пациентов, страдающих псориазом на фоне хронического гепатита.

Способ применения и дозы

У взрослых Глутоксим применяется ежедневно по 10 мг в/м в течение 15 дней. Затем 2 раза в неделю по 10 мг в/м - 10 инъекций. У детей с 2 лет до 14 лет Глутоксим применяют в суточной дозе 5-10 мг по той же схеме.

Повторные курсы необходимо проводить 2 раза в год перед обычным периодом обострения заболевания.

ЗАО «ФАРМА ВАМ»

105120, Россия, Москва, Костомаровский пер. д. 3; тел/факс. (095) 363-15-27; E-mail: farmavam@rinet.ru; [www.glutoxim.ru](http://www.glutoxim.ru)