

Особенности гомеопатических препаратов в терапии псориаза

Е.В.Денисова², Л.Ш.Тогоева¹, О.О.Мельниченко¹, Е.А.Буткалюк², И.М.Корсунская¹

¹ФГБУН Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, Москва;

²ГБУЗ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Псориаз имеет широкое распространение в мире: примерно 1–3% населения земного шара страдает данным заболеванием. Известно, что эпидемиология псориаза, его распространенность и эффекты лечения варьируют в зависимости от этнического состава и географического расположения популяций [1].

Заболевание псориазом в значительной мере оказывает влияние на качество жизни пациента. Исследования показывают, что псориаз существенно ухудшает качество жизни человека, что может сравниться со снижением качества жизни при гипертензии, сахарном диабете, депрессии и артрите. Около 25% пациентов, страдающих псориазом, отмечают снижение нормальной жизненной активности, у 40% человек заболевание влияет на выбор одежды, у 36% пациентов отмечается нарушение сна.

Самые низкие показатели индекса качества жизни отмечаются у больных с распространенным псориазом в прогрессирующей стадии с поражением суставов. Большинство обследуемых (78%) считали свою жизнь в той или иной степени неполноценной и связывали это с высыпанием псориатических элементов на открытых участках [2].

Дебют псориаза у больных протекает по-разному. В большинстве случаев начало заболевания характеризуется незначительным количеством высыпаний, которые длительное время могут сохраняться на одних и тех же местах, особенно на волосистой части головы и крупных суставах, постепенно прогрессируя обычно под влиянием каких-либо провоцирующих факторов [3]. После инфекционных заболеваний (грипп, ангина и др.), нервных потрясений, при лекарственной непереносимости чаще в детском и молодом возрасте может развиться обильная сыпь со множеством элементов, как правило мелких, величиной от булавочной головки до чечевицы, отечных, усевивающих весь кожный покров, особенно туловище, проксимальные отделы ко-

нечностей, а нередко лицо и волосистую часть головы. Цвет высыпаний яркий, шелушение наблюдается не на всех элементах, но его легко обнаружить при значительном поскрабливании [4].

Также для псориаза характерна и изоморфная реакция. Речь идет о так называемом травматическом псориазе, при котором псориатические высыпания возникают на месте травмы (расчесы, укусы насекомых, операции, ожоги, уколы и т.д.). Обычно они появляются через 10–14 дней, однако этот период может быть короче (1–3 дня). Такая реакция впервые описана Н.Кöbner и называется феноменом Кебнера. Отмечается наличие тенденции к развитию феномена Кебнера у пациентов более молодого возраста, также у этих больных наблюдается склонность к рецидивам после лечения. Псориаз в этих случаях резистентен к терапии и характеризуется более тяжелой клинической картиной. При положительном феномене Кебнера требуется особая осторожность при лечении псориаза. Следует отметить, что феномен Кебнера не является специфичным для псориаза. Он наблюдается и при других дерматозах (красный плоский лишай, блестящий лишай, красный волосистой лишай, медикаментозные и другие лихеноидные реакции).

Основной клинической симптоматикой псориаза является повышенная репродукция клеток эпидермиса и нарушение процессов их дифференцировки, что приводит к формированию дефектного рогового слоя на фоне воспалительного характера изменений в дерме. Псориаз поражает кожу и/или суставы и сопровождается разными проявлениями нарушений иммунной системы [5].

Большинство пациентов с псориазом страдают локализованными поражениями кожи на локтях, коленях или на коже головы. Однако у значительной части пациентов проявляется генерализованный псориаз. У таких пациентов локализованные поражения чередуются потенциальными вспышками генерализованных высыпаний на коже.

В настоящее время различают несколько типов псориаза (классификация дана по Международной классификации болезней 10-го пересмотра и с учетом международных классификаций): обычный (бляшечный) – psoriasis vulgaris (plaque), каплевидный – guttate, псориатическая эритродермия – generalized/erythrodermic, пустулезный – pustular, интритригинозный – flexural, эксфолиативный – exfoliative, инверсный – in verse и др. [1, 6, 7].

Псориаз ладоней и подошв может проявляться как в виде изолированного поражения, так и на фоне высыпаний на других участках кожного покрова. Возникает чаще у лиц, занятых физическим трудом, а также при обострении распространенного псориаза. Одним из частых симптомов псориаза является поражение ногтевых пластинок. С большим постоянством поражение ногтей наблюдается при пустулезном псориазе.

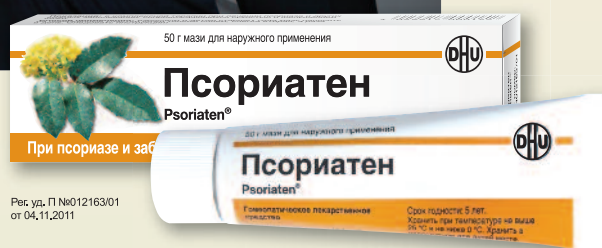
Пустулезный псориаз и псориатическая эритродермия являются наиболее тяжело протекающими формами псориаза. Пустулезный псориаз может быть локализованным или генерализованным, характеризуется стерильными пустулами на эритематозной коже. При генерализованном псориазе пустулезные высыпания развиваются остро на фоне яркой эритемы, отека, появляются множественные поверхностные пустулы, сопровождающиеся тяжелым общим состоянием, лихорадкой, слабостью, лейкоцитозом. Существенным фактором для развития пустулезного псориаза является гормональный дисбаланс. Об этом свидетельствуют описания случаев возникновения генерализованного пустулезного псориаза в процессе лечения кортикостероидными препаратами или после их отмены, а также после применения больших доз прогестерона или при сахарном диабете. Генерализованный пустулезный псориаз чаще встречается в возрасте 40–60 лет, развиваясь через 1–2 года после начала обычного псориаза. Однако это не является прави-



Псориаден

Для лечения псориаза и кожных заболеваний, сопровождающихся сухостью и шелушением

- **УСТРАНЯЕТ** воспаление и шелушение
- **ПРОДЛЕВАЕТ** период ремиссии
- **БЕЗОПАСЕН** при длительном применении



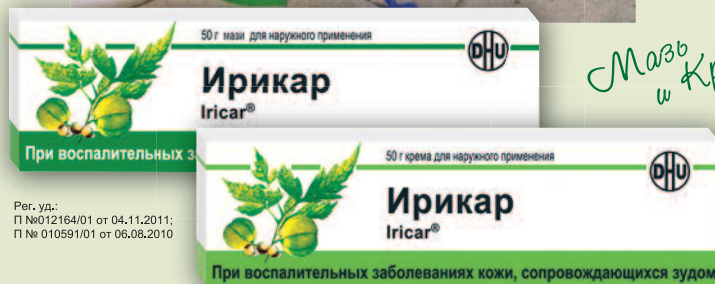
Рег. уд. П №012163/01 от 04.11.2011

www.psoriazu.net

Ирикар

Профилактика и лечение кожных заболеваний, сопровождающихся зудом

- **ЭФФЕКТИВЕН** при дерматитах экземе укусах насекомых нейродермите
- **УСТРАНЯЕТ** воспаление и зуд
- **СОДЕРЖИТ** только природные компоненты



Рег. уд.: П №012164/01 от 04.11.2011; П № 010591/01 от 06.08.2010

Здоровье Вашей кожи!



DEUTSCHE
HOMÖOPATHIE-
UNION

Официальный представитель в России: ООО «Альпен Фарма»
117513, Москва, ул. Островитянова, д. 6, тел./факс: (495) 609-65-72, 225-71-21,
www.alpenpharma.com, info.russia@alpenpharma.com



РЕКЛАМА

лом, так как описаны случаи возникновения его через 7–10 лет после начала обычного псориаза. Как правило, вероятность развития данной формы псориаза коррелирует с характером и интенсивностью воздействия неблагоприятных факторов [7].

Псориаз эритродермии в свою очередь может развиваться за счет постепенного прогрессирования псориазического процесса, слияния бляшечных элементов или чаще под влиянием провоцирующих факторов, среди которых наиболее неблагоприятны избыточная инсоляция, передозировка ультрафиолетового облучения или их воздействие в прогрессирующей стадии, особенно остро развивающегося псориаза. Возникновению псориазической эритродермии могут способствовать также инфекции, тяжелые психические переживания, нерациональные нарушения терапии, применение некоторых препаратов (антималарийных, мышьяка, новокаина, противотуберкулезных средств и др.), быстрая отмена кортикостероидных препаратов. В относительно редких случаях эритродермия может развиваться уже с самого начала заболевания при быстром слиянии очагов поражения при бурно прогрессирующем псориазе, в том числе пустулезном. При этом кожные покровы приобретают ярко-красный цвет, как при ожоге, отмечаются отечность, в разной степени инфильтрация, обильное шелушение. Заболевание характеризуется сильным зудом, нарушенным общим состоянием и нарушенной терморегуляцией. Длительное течение, в целом свойственное этой клинической форме псориаза, сопровождается системными метаболическими изменениями – нередко нарушается гемодинамика, развиваются признаки сердечной недостаточности, гипоальбуминемия, железодефицитная анемия, гипотрофия мышц, нарушение функции почек и печени. В последние годы эритродермия встречается несколько чаще. Возможно, это связано с чрезвычайно широким применением таких высокоактивных препаратов, как цитостатики и кортикостероиды [7].

Основополагающую роль в лечении любой формы псориаза играет системная терапия, однако немаловажной является и местная терапия с применением разных топических препаратов. На выбор оптимального препарата топической терапии оказывают влияние стадия псориаза, форма заболевания, локализа-

ция и степень распространенности высыпаний [8–10]. В прогрессирующей стадии назначают средства, оказывающие противовоспалительное, антипролиферативное и умеренное кератолитическое действие, чаще всего это кортикостероидные препараты или комбинированные препараты, содержащие кортикостероид и салициловую кислоту в концентрации от 2 до 5%. Салициловая кислота способствует размягчению шелушащихся слоев псориазических бляшек, при этом она сама легко проникает в кожу, а также усиливает способность других лекарственных веществ, в частности кортикостероидов, проникать внутрь кожи через измененный, утолщенный роговой слой. Таким образом, комбинированные препараты кортикостероидов и салициловой кислоты оказывают более выраженный противопсориазический эффект, чем каждый препарат в отдельности [11, 12].

Не менее эффективными в наружном лечении псориаза являются и средства, в состав которых входит кальцитриол, – синтетический аналог D_3 . Антипсориазическое действие кальцитриола происходит за счет его взаимодействия со специфическими рецепторами в кератиноцитах, в результате которого происходит дозозависимое торможение пролиферации этих клеток кожи и ускоряется их морфологическая дифференцировка.

В стационарной стадии псориаза наиболее целесообразно применение препаратов, обладающих кератолитическим эффектом [9, 13, 14]. В регрессирующей стадии используются кератолитические (рассасывающие) мази или жирные пасты. К ним относятся препараты дегтя, лечебный эффект которых вызывается как местным действием (улучшение кровоснабжения тканей, стимулирование регенерации эпидермиса, усиление процессов, способствующих разрешению инфильтрации), так и рефлекторными реакциями, возникающими при раздражении рецепторов кожи. На застарелые бляшки, торпидные к ранее проведенной терапии, назначают препараты дегтя в концентрациях 5–10% [13].

Однако все перечисленные выше топические препараты обладают и рядом недостатков. Так, кортикостероидные препараты при длительном применении приводят к ряду побочных эффектов – таких как атрофия кожи, телеангиэктазии, стероидные акне. Препараты кальцитриола, напротив, требуют дли-

тельного постоянного применения, и желаемый лечебный эффект возникает лишь по истечении значительного периода времени. Лекарственные средства с содержанием дегтя обладают специфическим запахом и вызывают раздражение на участках неповрежденной кожи по периферии очагов псориаза.

Применение данных препаратов нецелесообразно при легких формах псориаза, характеризующихся локальными поражениями, в частности при ладонно-подошвенном псориазе, или высыпаниями на чувствительных участках кожного покрова. В таких случаях более безопасным и эффективным является применение в терапии псориаза альтернативных топических препаратов.

Одним из таких средств является Псориаген. Созданный на основе растения магонии подуболистной этот препарат содержит активные алкалоиды, основным среди которых является берберин. За счет снижения активности ферментов циклооксигеназы и 5-липоксигеназы, нарушения синтеза арахидоновой кислоты, лейкотриенов, простагландинов и т.д. препарат оказывает противовоспалительное действие. Также Псориаген оказывает антипролиферативное действие за счет торможения синтеза протеинов, РНК, ДНК. Входящий в состав препарата в качестве основы ланолин оказывает смягчающее действие.

Применение Псориагена в регрессивной стадии после отмены кортикостероидных и кератолитических топических препаратов, а также в период ремиссии для ухода за кожей в очагах поражения (дежурные бляшки при псориазе и т.д.) позволяет увеличить безрецидивный период за счет улучшения состояния кожи, проявляющегося в виде снижения шелушения и сухости, появления мягкости и эластичности в очагах поражения, быстрого регресса оставшихся после отмены топических стероидов и кератолитиков высыпаний.

Эффективность Псориагена была доказана рядом зарубежных и отечественных исследований. Так, международное многоцентровое открытое проспективное исследование, проведенное с участием 898 пациентов, страдающих псориазом, продемонстрировало положительный клинический эффект терапии Псориагеном на протяжении 12 нед у 80% больных. При этом хорошая переносимость препарата отмечалась в 93% случаев, и, что немаловажно, не наблюдалось обострений псориаза после отмены препарата [15].

Аналогичные результаты были получены в исследовании отечественных авторов. Положительные изменения в ходе терапии Псориа-теном наблюдались уже через 2 нед от начала терапии, а клинический эффект и отсутствие рецидивов на протяжении 9 мес без медикаментозной терапии наблюдались у большинства пациентов [16].

Под нашим наблюдением находились 39 пациентов с ограниченным псориазом в возрасте от 25 до 73 лет в стационарной стадии, которые в качестве топической терапии получали Псориа-тен. Значительный регресс высыпаний насту-

пал на 2–3-й неделе терапии (рис. 1–4).

Препарат может применяться длительный промежуток времени, не вызывая каких-либо осложнений, особенно в зоне чувствительных участков кожного покрова. Все пациенты отмечали комплаентность препарата и хорошую переносимость.

Как следует из сказанного выше, Псориа-тен может применяться не только при ограниченном псориазе, но и в качестве препарата длительного применения после курсов топических кортикостероидов при других формах псориаза.

Литература

1. Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Clin Invest* 2004; 113 (12): 1664–75.
2. Воронина ЛГ., Лендерман НГ., Юлтыев А.В., Захаркина В.Д. Медицинские аспекты качества жизни больных псориазом. Оренбург, 2002.
3. Bowcock AM, Cookson WO. The genetics of psoriasis, psoriatic arthritis and atopic dermatitis. *Hum Mol Genet* 2004; 13 (1): R43–55.
4. Prinz JC. Psoriasis vulgaris – a sterile antibacterial skin reaction mediated by cross-reactive T cells? An immunological view of the pathophysiology of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26 (4): 326–32.
5. Шилов В.Н. Псориаз: решение проблемы. М.: Изд-во В.Н.Шилова, 2001; с. 73–84.
6. Peters BP, Weissman FG, Gill MA. Pathophysiology and treatment of psoriasis. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 57 (7): 645–59.
7. Мордовцев В.Н., Алиева П.М., Сергеев А.С. Заболевания кожи с наследственным предрасположением. Махачкала, 2002.
8. Henneicke-von Zepelin HH, Mrowietz L, Farber L et al. Highly purified omega-3-polyunsaturated fatty acids for topical treatment of psoriasis. Results of a double-blind, placebo-controlled multi centre study. *Br J Dermatol* 1993; 129: 713–17.
9. Psoriasis. Eds HH Roenigk, HJ Maibach. NY, 1991; с. 5–28.
10. Акулов Ю.С., Шегай М.М., Мусаева Е.О., Акышбаева Г.А. Научно-практическая конференция, посвященная 75-летию ЦКВИ. Тезисы докладов. М., 1996; с. 35–6.
11. Машик-лейсон А.Л., Голоусенко И.Ю., Ляпон А.О. и др. Научно-практическая конференция, посвященная 75-летию ЦКВИ. Тезисы докладов. М., 1996; 59–60.
12. Шахтмейстер И.Я., Шарьтова И.В. Вестн. дерматологии. 1997; 6: 33–5.
13. Довжанский С.И. Псориаз или псориатическая болезнь. Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1992.
14. Galle K, Muller-Jakic B, Proebstle K et al. Analytical and pharmacological studies on *Mabonia aquifolium*. *Phytomedicine* 1994; 1: 59–62.
15. Шахтмейстер И.Я., Коляденко В.Г., Пилер У. и др. Мазь Псориа-тен – эффективное средство для симптоматического лечения Psoriasis vulgaris. М., 2000.
16. Жаворонкова Е.В., Тогоева Л.Т. и др. Исследование эффективности мази «Псориа-тен» в комплексной терапии псориаза. Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2008; (1): 22–5.

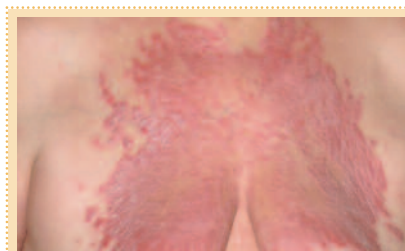


Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.