

«Медобиотин» в комплексном лечении больных псориазом

Дюдюн А.Д., Полион Н.Н., Колева Н.Н., Коваленко Н.И., Али Л.Х.

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровский национальный университет*

«МЕДОБИОТИН» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Дюдюн А.Д., Поліон Н.М., Колева Н.М., Коваленко Н.І., Алі Л.Х.

Оцінено ефективність комплексного лікування хворих на псориаз із застосуванням препарату «Медобіотин».

“MEDOBYOTYN” IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PSORIASIS

Dyudyun A.D., Polyon N.M., Koleva N.M., Kovalenco N.I., Ali L.H.

The efficiency of complex treatment of patients with psoriasis by the use of preparation “Medobyotytn” has been evaluated.

Проблема лечения больных псориазом до сих пор продолжает оставаться проблемой номер один среди всех хронических дерматозов. Это обусловлено широкой распространенностью болезни, отсутствием четких представлений о механизмах её развития, увеличением числа больных с тяжелыми и торпидно протекающими формами, такими как артропатический псориаз и псориагическая эритродермия, быстро приводящими к инвалидизации больного. Всё более частое использование термина «псориагическая болезнь» является наиболее оправданным, так как оно более полно отражает мозаичность патологических изменений, происходящих во время развития заболевания; псориагический процесс характеризуется:

- воспалением в дерме;
- гиперпролиферацией эпидермальных клеток;
- нарушением процессов кератинизации;
- патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

Наряду с этим наблюдается дисбаланс обменных процессов, нарушение нормальной функции внутренних органов, нервной системы [1, 3].

Современное представление о псориазе позволяет рассматривать его как хронический, тяжелый, мультифакторный дерматоз, клинически характеризующийся папулезно-сквамозными высыпаниями, стадийным течением и частыми патологическими изменениями в различных органах и системах. Заболеваемость псориазом в

различных странах мира составляет от 1 до 4 % населения с постоянной тенденцией к увеличению числа больных псориазом и более тяжелою течению заболевания.

Псориаз является одной из самых распространенных хронических мультифакторных заболеваний с доминированием генетического компонента предрасположенности к возникновению заболевания и нарушением многочисленных звеньев метаболических и регуляторно-трофических процессов организма. Адаптационные механизмы при псориазе нарушаются с различной степенью выраженности и могут быть оценены индивидуально. Выраженность изменений адаптационных механизмов зависит от стадий патологического процесса. [2, 3]. На роль генетического фактора указывает:

- высокая частота псориаза среди родственников больных, которая в несколько раз превышает таковую в популяции;
- более высокая конкордантность монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными;
- ассоциация с некоторыми антигенами тканевой совместимости; так, вульгарный псориаз ассоциируется с антигенами *HLA-Cw6*, *HLA-B13*, *HLA-B17*, *HLA-B37*, а артропатический – с *HLA-N27*; лейкоцитарный антиген *HLA-Cw6* выявляется во всех семейных случаях псориаза и является маркером предрасположенности к раннему началу заболевания [4].

Эти данные позволили ряду исследователей разделить псориаз на два типа:

- к первому типу относят больных псориа-

зом с ранним началом заболевания, ассоциированным с *HLA-Cw6* антигеном и отягощенной семейной наследственностью;

- ко второму типу относят больных псориазом с поздним началом заболевания, неотягощенным семейным анамнезом и с отсутствием экспрессии антигенами *HLA-Cw6*.

У больных псориазом отмечается нарушение липидного и в меньшей мере углеводного обмена. *Gisondi et al.* (2007) показали, что у больных псориазом значительно чаще, чем у здоровых людей выявляется гиперлипидемия с повышенной концентрацией триглицеридов, холестерина и липопротеинов низкой плотности и другие метаболические нарушения, участвующие в процессах кератинизации [5].

На роль иммунных механизмов в развитии псориаза указывают большинство исследователей; в основу их положены [4, 6]:

- дисрегуляция иммунокомпетентных клеток;

- гиперпродукция провоспалительных цитокинов (интерлейкинов -8, -12, -20, -23 и ФНО- α).

По мнению *J.J. Voorhees (1994)*, псориаз – иммуногенетическое заболевание с аутоагрессивным компонентом. Предполагается, что антигены аутоагрессии располагаются в роговом слое эпидермиса, однако идентифицировать их пока еще не удалось.

Лечение больных псориазом до сих пор остается актуальной и сложной задачей. В последние годы разработаны и предложены новые высокоэффективные и патогенетически обоснованные методы лечения псориаза, которые если и не позволяют добиться полного излечения заболевания, то избавляют больных от шелушащихся высыпаний, т.к. именно они являются главным виновником в снижении показателей качества жизни больных.

Учитывая мультифакторность возникновения и развития псориазической болезни с нарушением адаптационных механизмов, метаболических процессов, иммунного гомеостаза, гиперпролиферацией эпидермальных клеток с нарушением процессов кератинизации, нами принято решение о проведении клинического наблюдения за эффективностью комплексного лечения больных с применением препарата «Медобiotин» производства фирмы «Медофарм».

Материалы и методы наблюдения. Под нашим наблюдением находилось 68 больных обыкновенным (идиопатическим) псориазом (38 мужчин и 30 женщин; средний возраст больных – $39 \pm 6,4$ года). При осмотре и опросе больного учитывалась:

- степень выраженности клинических прояв-

лений;

- стадия заболевания;

- площадь пораженного участка кожи;

- субъективные ощущения в очаге поражения.

Из лабораторных методов обследования проводили:

- общеклинические исследования крови и мочи;

- биохимические исследования крови – определение:

1) общего и прямого билирубина;

2) количества щелочной фосфатазы;

3) тимоловой пробы;

4) печеночных трансаминаз.

Наблюдаемые больные были распределены на две клинические группы идентичные по возрасту, полу, стадии и распространенности патологического процесса:

- контрольная группа (19 мужчин и 15 женщин) получала общепринятое для больных псориазом лечение с учетом стадии, типа псориаза и распространенности патологического процесса;

- основная группа больных, аналогичная по гендерной принадлежности, возрастному цензу и клиническим проявлениям контрольной группе, получала идентичное лечение и дополнительно «Медобiotин» – по 2,5 мг два раза в сутки в течение десяти дней с последующим переходом на однократный прием на протяжении одного месяца.

«Медобiotин» (производство фирмы «Медофарм») – препарат в таблетках; одна таблетка содержит 2,5 мг действующего вещества – биотина. Препарат назначается по 5 мг один раз в сутки в течение первых 5 дней лечения, а в дальнейшем – по 2,5 мг один раз в сутки на протяжении 3-4 месяцев.

Биотин (витамин *H*) является составным компонентом группы ферментов, участвующей в процессе карбоксилирования, необходимого для синтеза высших жирных кислот, входящих в структуры липидных компонентов клеток, а также щавелево-уксусной кислоты, являющейся продуктом углеводного обмена. С помощью биотина организм получает энергию из белков, жиров и углеводов. Специфическая функция биотина в обмене веществ состоит в том, что он входит в состав активного центра ферментов карбоксилаз, играющих основную роль в ассимиляции животными тканями углекислоты в реакциях синтеза глюкозы, жирных кислот, стероидных соединений и некоторых аминокислот. Совместно с группой витаминов *B*, а также фолиевой и пантотеновой кислот, биотин активно участвует в сложных метаболических процессах, в частности:

- участвует в связывании двуокиси углерода

с пуринами, входящими в структуру нуклеиновых кислот;

- необходим для работы большинства ферментативных систем, участвующих в углеводном, белковом и липидном обменах;

- необходим для нормального функционирования иммунной и нервной систем, а также полноценного кератообразования и функционального состояния кожи;

- нужен для нормальной работы желудка и кишечника (он оказывает липотропное действие);

- способствует улучшению метаболизма протеинов (являясь фактором роста);

- улучшает функциональное состояние нервной системы, улучшая трофику тканей макроорганизма;

- способствует нормализации показателей глюкозы в сыворотке крови, участвуя в метаболизме глюкокиназы;

- участвует в обеспечении транспортного механизма серы и Na^+ , которые стимулируют репаративно-восстановительные процессы организма.

Учет эффективности проводимой терапии основывался на сравнительном анализе динамики клинических проявлений псориаза у больных основной и контрольной групп.

Переносимость применяемого препарата оценивалась по следующим категориям:

- хорошая переносимость – динамическое наблюдение не выявляло каких-либо объективных или клинических патологических изменений, данные лабораторного обследования достоверно не изменялись и не выходили за пределы нормы, а сами пациенты не отмечали проявлений каких-либо побочных реакций;

- удовлетворительная переносимость – появление незначительных побочных реакций, которые не причиняют серьезных проблем пациенту, не требуют отмены препарата и проведения дополнительных медицинских мероприятий;

- плохая переносимость – в динамике наблюдения выявляются патологические изменения, требующие отмены исследуемого препарата и проведения дополнительных медицинских мероприятий и/или данные лабораторного обследования претерпевают значительные негативные изменения, что влечет за собой необходимость дополнительного обследования с адекватной интерпретацией полученных данных и коррекцией лечения.

Данные клинических и лабораторных исследований статистически обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента

Результаты наблюдения и их обсуждение. Для оценки эффективности проводимого

ком-плексного лечения больных псориазом использовали индекс распространенности и тяжести патологического процесса (индекс *PASI* – Psoriatic Area and Severity Index). Индекс *PASI* рассчитывали по общепринятой соответствующей формуле, где учитывали:

- интенсивность основных клинических проявлений (эритема, инфильтрация и шелушения);

- площадь поражения кожного покрова.

Снижение индекса *PASI*:

- на 75 % и более рассматривалось, как значительное клиническое улучшение;

- на 50 % и более, – как улучшение;

- до 25 % и ниже, – как незначительное улучшение.

Среди обследованных больных установлена:

- прогрессирующая стадия заболевания – у 54 (79,4 %) больных,

- стационарная стадия – у 14 (20,6 %) больных.

На субъективные ощущения в виде неинтенсивного зуда указывали 15 (22 %) наблюдаемых больных.

При применении препарата «Медобиотин» в сочетании со средствами традиционной терапии у больных основной группы наблюдалось достоверное сокращение срока стабилизации патологического процесса на $2,0 \pm 0,5$ дня (рис. 1). Стабилизация процесса характеризовалась переходом прогрессирующей стадии в стационарную; клинически это проявлялось:

- отсутствием новых высыпаний и прекращением роста старых морфологических элементов;

- разрешением венчика гиперемии по периферии папулезных высыпаний;

- невозможностью получения всех феноменов псориатической триады.

Дальнейшее динамическое наблюдение позволило отметить сокращение сроков разрешения морфологических элементов на $2,9 \pm 0,6$ дня у больных основной группы в сравнении с контрольной группой (рис. 2).

Проводимое комплексное лечение наблюдаемые нами больные псориазом переносили хорошо; аллергических реакций во время приема препарата «Медобиотин» не выявлено.

Введение в комплекс традиционной терапии препарата «Медобиотин» существенно повысило эффективность лечения больных псориазом как в прогрессирующей, так и в стационарной стадии за счет стабилизации обменных процессов организма, функции кератиноцитов, полноценного кератообразования, а также функционального состояния кожи. Применение препарата «Медобиотин» в комплексном лечении больных псориазом привело к уменьшению длительности прогрессирующей стадии, более

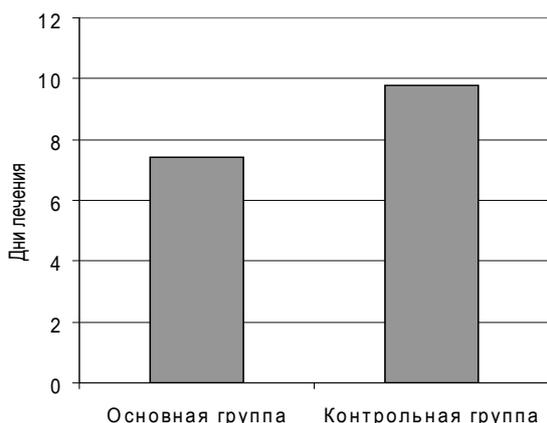


Рисунок 1. Стабилизация патологического процесса у больных псориазом основной и контрольной групп

ранней стабилизации и разрешению патологического процесса. Расчет индекса распространенности и тяжести патологического процесса к концу проводимого комплексного лечения показал его снижение:

- на 75 % и более – у 20 (58,8 %) больных псориазом основной группы;
- на 50 % – у 10 (29,4 %);
- на 25-20 % – у четырех (11,8 %) больных, что подтверждает эффективность комплексного лечения больных псориазом с применением препарата «Медобиотин».

Таким образом, проведенное нами наблюдение по изучению эффективности и переносимости препарата «Медобиотин» (производство фирмы «Медофарм») в таблетках у больных псориазом показало хорошие терапевтические результаты. Препарат «Медобиотин» необходим для работы большинства ферментативных систем, участвующих в углеводном, белковом и липидном обменах. Применение препарата

ЛИТЕРАТУРА

1. *Sterry W.* Foreword: the value of biological management therapies for psoriasis management // *British Journal of Dermatology.* – 2004. – Vol.151. - Suppl. 69. – P. 1.
2. *Вартазарян Н.Д., Аветисян О.Г.* Иммуноморфологическая и гистохимическая характеристика кожи у больных псориазом // *Арх. патол.* - 1980. - № 2. – С. 60-64.
3. *Силина Л.В.* Диагностика состояния и патогенетическая терапия больных псориазом с позиций системного подхода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Курск, 2002.
4. *Довжанский С.И., Пинсон И.Я.* Генетические

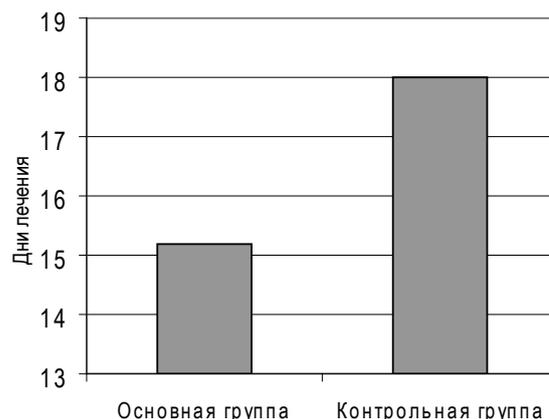


Рисунок 2. Сроки разрешения морфологических элементов у больных псориазом (в днях)

«Медобиотин» приводит к нормализации функционирования иммунной и нервной систем, а также полноценному кератообразованию и состоянию кожи.

Выводы

1. Препарат «Медобиотин» (производство фирмы «Медофарм») хорошо переносится больными, не оказывает негативного влияния на основные показатели общеклинических исследований.
2. Применение препарата «Медобиотин» в комплексном лечении больных основной группы позволило сократить сроки стабилизации и разрешения патологического процесса.

Хороший терапевтический эффект и переносимость препарата «Медобиотин» при лечении больных псориазом является основанием для рекомендации к более широкому применению данного препарата в комплексном лечении больных псориазом.

- и иммунные факторы в патогенезе псориаза // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* - 2006. - № 1. - С. 14-19.
5. *Бутов Ю.С., Архипенко А.А., Суколина О.Г. и др.* Роль оксида азота в нормальной физиологии организма при псориазе // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* - 2005. - № 3. - С. 24-28.
 6. *Громова А.Ю., Чаплыгин А.В., Матицин В.О.* Полиморфизм генов семейства интерлейкина-1 при псориазе // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* - 2007. - № 3. - С. 4-8.