

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА: ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ И БАДЫ

Лазарев Юрий Джонович

Генеральный директор, ООО «Лазтехнологии»
doktor-lazarev@mail.ru

COMPLEX TREATMENT OF PSORIASIS: IMMUNOMODULATORS AND DIETARY SUPPLEMENTS

Yu. Lazarev

Summary. Psoriasis is one of the most common diseases that affects more than 5% of the world's population. The article deals with the complex treatment of psoriasis as a systemic, chronic dermatosis, as well as a medical review of the best effective drugs and dietary supplements, a section on the treatment of the disease.

Keywords: psoriasis, etiology, treatment, preparations, biologically active additives, immunomodulators, hyaluronic acid, collagen.

Псориаз является хроническим, генетическим дерматозом с выраженными внешними симптомами на кожных покровах. Данное заболевание возникает под влиянием ряда специфических экзогенных и эндогенных факторов. В дерматологии псориаз исследуется как дерматоз, вызванный нарушением дифференцировки кератиноцитов с патологическим изменением кожных покровов.

Прежде всего, следует отметить, что псориаз сопровождается выраженным нарушением архитектонического состава дермы и инфильтрацией воспалительных клеток на локальных участках.

Для определения наиболее эффективных методов лечения псориаза и выбора препаратов в составе комплексной терапии, необходимо выделить несколько основных концепций этиологии заболевания. К ним можно отнести: генетическую, обменную, иммунологическую и эндокринную [6].

В данном исследовании акцент сделан именно на иммунологической концепции, которая напрямую исходит из этиологии, патогенеза и системности течения псориаза. В рамках статьи представляется необходимым предложить наиболее эффективные препараты и биологически активные добавки, которые будут эффективны в качестве комплексного лечения данного системного и многоаспектного заболевания.

Бактериальная и вирусная инфекции способны сенсибилизировать организм через систему Т-супрессоров и оказывать воздействие на базальную мембрану кожи,

Аннотация. Псориаз является одним из наиболее распространенных заболеваний, которым страдают более 5% населения мира. В статье рассматриваются вопросы комплексного лечения псориаза как системного, хронического дерматоза, также дается медицинский обзор наиболее эффективных современных препаратов и БАДов, направленных на лечение заболевания.

Ключевые слова: псориаз, этиология, лечение, препараты, биологически активные добавки, иммуномодуляторы, гиалуроновая кислота, коллаген.

активизируя синтез циклических нуклеотидов и вызывая развитие гиперпролиферации клеток эпидермиса [4].

По результатам ряда исследований в начале 2000-х годов была подтверждено наличие корреляционной связи между уровнем клеток в пролиферате, развитием патологического воспалительного процесса и площадью поражения кожи [7, 9].

Среди наиболее выраженных механизмов, способствующих развитию псориаза можно выделить иммунные нарушения, проявляющиеся в изменениях в Т-клеточной системе со снижением иммунорегуляторного индекса в крови. Также следует отметить увеличение числа Т-лимфоцитов в пораженных участках кожи, повышение уровня фибронектина в плазме крови [7, 10, 11]. Стоит отметить и медицинские данные о том, что при псориазе количество биологически активного ИЛ-1 снижается в коже.

В сложном взаимодействии кератиноцитов и иммунных клеток при псориазе участвуют ИЛ-8, фактор некроза опухоли (ФНО-6). Основным эффектом ИЛ-8 является индукция инфильтрации эпидермиса полиморфно-ядерными лейкоцитами.

Современные исследователи подчеркивают ключевую роль ФНО-6 в развитии псориаза [3]. Связь этого цитокина с развитием псориаза впервые была подтверждена в 2000 году, когда исследователи отметили значительное улучшение клинической картины псориаза у больной, которой с целью лечения болезни Крона была сделана инъекция инфликсимаба [1].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать выводы о том, что в области этиологии и патогенеза псориаза проведено достаточно исследований и есть серьезный медицинский опыт, который подтверждает иммунологический феномен заболевания.

Вместе с тем недостаточно исследованы механизмы иммунных нарушений при псориазе, что затрудняет правильный выбор препаратов для лечения. При разных формах заболевания эффективность лечения проявляется как после применения иммуномодуляторов, так и ингибиторов клеточного иммунитета.

Исследуя псориаз с точки зрения иммунологической концепции, следует обратиться к особенностям терапии данного заболевания. Наличие большого спектра препаратов для лечения псориаза отражает тот факт, что единой системы лечения заболевания в современной медицине в настоящее время не разработано.

Но исходя из наличия патологических иммунных процессов в течении псориаза и в рамках исследования комплексного лечения заболевания с дальнейшим предотвращением рецидивов, необходимо обратить внимание на иммуномодуляторы.

Лечение псориаза направлено на подавление пролиферации кератиноцитов и устранение воспалительного процесса и назначается с учетом анамнестических данных, формы, стадии, распространенности процесса, сопутствующих заболеваний, возраста и пола больного, общих противопоказаний [3].

В качестве иммуносупрессоров при псориазе используют и цитостатические иммунодепрессанты. В настоящее время в лечении наиболее часто применяют метотрексат и циклоспорин. Метотрексат тормозит активность дегидрофолатредуктазы и тимидил-синтазы, нарушая образование тетрагидрофолиевой кислоты. Таким образом, подавляются клеточный митоз и пролиферация. Циклоспорин-А подавляет клеточный и гуморальный иммунный ответы, угнетая транскрипцию и-РНК. При псориазе с иммуносупрессивной целью применяют препараты витамина D3 и его аналоги [10].

В современном лечении псориаза в последние годы высокую эффективность получили препараты иммуномодулирующего спектра с воздействием на иммунную систему. Среди них можно отметить, Ликопид, Циклофрон, Имунофан и Тималин.

Данные препараты назначают в комплексной терапии псориаза, их действие распространяется на стимулирование иммунологической реактивности организма.

Имунофан обеспечивает регуляцию иммунитета, а также имеет детоксикационные и гепатопротективные свойства. Препарат эффективно корректирует работу иммунной системы, способствует преодолению воспалительного процесса и дальнейшей устойчивости к клеточным патологиям.

Ликопид в составе комплексной терапии псориаза, посредством связывания ГМДП (глюкоза минилмурамил дипептид) с внутриклеточным рецепторным белком NOD2, усиливает механизм врожденного и приобретенного иммунитета, а за счет усиления функциональной активности фагоцитов способствует предотвращению рецидивов данного дерматоза.

Назначение определенного иммуномодулятора должно исходить из форм и стадий псориаза, состояния дермы, возраста, наличия хронических заболеваний у пациента.

Эффективная системная терапия может включать иммуномодуляторы, цитостатические препараты, ретиноиды, глюкокортикостероиды и биологически активные добавки.

Ретиноиды ароматического типа тормозят пролиферацию клеток эпителия, нормализуют процессы ороговения и стабилизируют мембранные структуры клеток.

Также для повышения защитных свойств организма и нормализации психофизического состояния пациентов в системном лечении псориаза применяют витамины категории В, гипосенсибилизирующие, антигистаминные, ферментные препараты, энтеросорбенты [12].

В комплексной терапии псориаза могут быть назначены вспомогательные вещества и биологически активные добавки. Пищевые БАДы (Омега-3, Детокс, масло черной смородины и т.д.), оказывают нормализующее фармакологическое воздействие на обменные и регуляторные процессы в организме больных псориазом.

Данная категория БАДов назначается при нарушении обмена веществ, для очищения организма, нормализации функционирования пищеварительной системы.

В качестве биологических добавок дополнительного значения могут быть назначены некоторые виды кислот — гиалуриновая, янтарная, молочная, а также коллаген и МСМ (органическое соединение серы).

Гиалуриновая кислота может применяться в виде сыпоротки и вводиться специальными инъекциями. Применение гиалурона и коллагена носит вспомогательный характер, стимулирует обменные процессы в дерме, ста-

билизирует содержание влаги в межклеточной среде, повышает эластичность соединительной ткани, оказывает регенерирующее воздействие.

Применение коллагена в терапии псориаза связано, прежде всего, с рядом международных исследований в середине 1990-х годов, когда было установлено, что псориаз является коллагенозом (системное поражение соединительной ткани) [2].

В качестве вспомогательного восстанавливающего средства в терапии назначают гидролизированный коллаген (внутреннее и местное применение). Олигопептиды в составе коллагена активно действуют на кожные покровы, активируют процессы регенерации, восстанавливают гладкость и эластичность кожи, а также способствуют восстановлению ногтей.

Назначение БАД МСМ (Метилсульфонилметан) связано также с тем, что псориаз является коллагенозом и требуется восстановление соединительной ткани. Сера является источником синтеза коллагена и компонентом необходимым для клеточного восстановления.

В составе МСМ, помимо органического соединения серы, может содержаться гиалуроновая кислота, что обеспечивает гибкие дисульфидные связи внутри протеинов, направленных на поддержание эластичности и подвижности тканей. МСМ активизирует процессы регенерации в период лечения псориаза и восстановления поврежденных кожных покровов и ногтей. Токсичность МСМ отсутствует, но необходима индивидуальная дозировка БАДа увеличение потребления жидкости во избежание проблемной интоксикации.

Для повышения клеточного потенциала, в качестве гепатопротекторов антиоксидантов и регенерантов применяют янтарную, молочную и лимонную кислоты. Можно отметить, что в терапии псориаза эти водорастворимые кислоты осуществляют защитную функцию в межклеточной жидкости, лимфе и плазме крови.

Янтарная кислота (Меглюмин натрия сукцинат) является эффективным вспомогательным средством в комплексной терапии псориаза. Одной из главных задач при

назначении янтарной кислоты (обычно в виде раствора для инфузий Реамберина в средней суточной дозировке по 500–800 мл, дозировка варьируется от степени тяжести заболевания) состоит в проведении детоксикации и восстановления энергетического потенциала клеток, в том числе для восстановления аэробных процессов в клетках и уменьшения продукции свободных радикалов.

Следует отметить, что янтарная кислота способствует, прежде всего, устранению общей симптоматики псориаза — устранению зуда и шелушения на кожных покровах, снятию кожного раздражения и высыпаний.

Широкий спектр системных и селективных препаратов, а также биологических добавок в комплексной терапии псориаза связан с его хроническим, рецидивирующим характером. Ремиссионные периоды могут быть длительными, но в следствие отсутствия сопутствующей терапии, заболевание может возобновиться через несколько лет с тяжелыми системными проявлениями.

По результатам статьи можно сделать следующие выводы:

1. Псориаз — комплексное, многоаспектное, хроническое заболевание, прогрессирующего характера с длительными ремиссиями.
2. Широкий спектр препаратов наружного и внутреннего применения, а также биологических добавок, позволяет современному дерматологу выбрать наиболее эффективную для конкретного пациента схему лечения.
3. В рамках комплексной терапии представляется оптимальным назначение препаратов иммуномодулирующего спектра, цитостатических препаратов, иммуносупрессоров, ретиноидов, глюкокортикостероидов и ряда БАДов.
4. Длительная сопутствующая терапия позволит контролировать активность псориаза и его симптоматические проявления, замедлить/устранить прогрессивный характер заболевания, устранить ряд его последствий, в том числе стабилизировать работу иммунной системы, нормализовать состояние кожных покровов, стимулировать регенерационные процессы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азарова, В. Н. Генетика псориаза / В. Н. Азарова, И. В. Хамаганова, А. В. Поляков // Рос. журнал кожных и венерических болезней. — 2003. — № 6. — С. 29–33.
2. Довжанский, С. И. Псориаз или псориазическая болезнь. / С. И. Довжанский. — Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2002 г. — 272 с.
3. Дядькин, В. Ю. Опыт применения тимодепрессина для лечения больных с тяжелыми формами псориаза / В. Ю. Дядькин, Б. А. Шамов // Дерматология. — 2003. — № 1. — С. 36.
4. Иммуноморфологические исследования Т-лимфоцитов в коже больных псориазом / А. М. Вавилов, В. А. Самсонов, Л. Е. Димант и др. // Вестник дерматологии и венерологии. — 2000. — № 4. — С. 4–5.

5. Катунина, О. Р. Иммуноморфологическая характеристика клеток воспалительного инфильтрата при псориазе / О. Р. Катунина // Вестник дерматологии и венерологии. — 2005. — № 2. — С. 25–29.
6. Комплексная иммуномодулирующая терапия при псориазе / Н. Г. Короткий, В. Ю. Уджуху, А. Э. Абдуллаева и др. // Рос. журнал кожных и венерических болезней. — 2011. — № 2. — С. 15–18.
7. Курдина, М. И. Антицитокиновая терапия — новое направление в лечении псориаза / М. И. Курдина // Вестник дерматологии и венерологии. — 2005. — № 1. — С. 3–8.
8. Лыкова, С. Г. Дерматология. Интегральный подход к вопросам патогенеза псориаза / С. Г. Лыкова, О. Б. Нем-чанинова // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. — 2001. — № 1. — С. 7–9.
9. Оценка продукции различных цитокинов у больных псориазом / Л. И. Маркушева, В. А. Самсонов, А. Г. Са-руханова, М. В. Саватеева // Вестник дерматологии и венерологии. — 2004. — № 4. — С. 4–6.
10. Перламутров, Ю. Н. Псориаз и современные методы его лечения / Ю. Н. Перламутров, А. М. Соловьев // Лечащий врач. — 2004. — № 5. — С. 38–43.
11. Роль цитокинов в патогенезе дерматозов / С. М. Федоров, В. А. Самсонов, Г. Д. Селицкий и др. // Вестник дерматологии и венерологии. — 1997. — № 1. — С. 16–18.
12. Системные аспекты псориаза: интегральная модель, основанная на кишечной этиологии / Р. Дуглас, М. Эрик, Д. МакМиллин, К. Нельсон // Integrative Medicine. — 2010 г.

© Лазарев Юрий Джонович (doktor-lazarev@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»