

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВКЛЮЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ВЫСОКОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В СХЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

*Т.А. Литинская. Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, Киев*

До второй половины XIX века считали, что ценность продуктов питания определяется только содержанием белков, жиров, углеводов, минеральных веществ и воды. Такой точки зрения придерживались выдающиеся физиологи тех времен Петтенкофер, Фойт и Рубнер [9]. Но трагические последствия длительных морских и сухопутных путешествий, когда при достаточном количестве еды люди гибли от цынги, ставили вопрос перед учеными: каких составляющих не хватает в этих продуктах?

Первый шаг к ответу на этот вопрос датируется 1880 годом, когда российский ученый М.Л. Лунин, изучая роль минеральных веществ, сделал вывод, что в продуктах питания «...содержатся еще другие вещества, незаменимые для питания». Вопреки тому, что эти вещества, как отмечал М.Л. Лунин, содержатся в еде в мизерном количестве, они являются жизненно необходимыми [3].

В 1889 году голландский врач Х. Эйкман доказал, что болезнь бери-бери у кур вызывает неполноценный рацион. В дальнейшем это способствовало открытию витаминов, за которое Х. Эйкман вместе с Ф. Хопкинсом в 1929 году получил Нобелевскую премию [3]. В 1911 году польский ученый К. Фук выделил кристаллическое вещество (в дальнейшем оказалось смесью витаминов), незначительная доза которого устраняла проявления бери-бери. В состав «этого вещества» входил азот, поэтому препарат получил название «витамайн» (Vitamine), от латинского *vita* – жизнь и английского *amine* – амин, «жизненный амин». В 1920 году Дж.С. Драммонд предложил убрать букву «е» из *vitamine*, поскольку недавно открытый витамин С не содержал аминокислотного компонента. Так «витамайны» стали «витаминами». Со временем выяснилось, что в состав большинства витаминов не входят аминокислоты, но термин уже стал общепризнанным [9]. На протяжении следующих двадцати лет было открыто большинство известных сегодня витаминов, расшифровано химическую молекулярную структуру и начато научное изучение их эффективности при разных заболеваниях, в частности и дерматологических [8].

Несмотря на противоречивость данных литературы касательно патогенеза большинства хронических дерматозов (ХД), в частности псориаза, атопического дерматита, красной волчанки, ограниченной склеродермии (ОС), кругообразного облысения (КО), экземы, красного плоского лишая, общим для большинства исследователей [2, 4, 5, 8] является признание безусловной роли в их развитии нарушений уровня витаминов и их коферментных форм.

Витамины, попадая в организм извне, превращаются в коферменты: витамин В1 – в кокарбоксиллазу, витамин В6 – в пиридоксальфосфат, В12 – в кобаламид или оксикобаламин и т.д.. Соединяясь с соответствующими белками, эти коферменты образуют ферменты, которые являются биокатализаторами химических реакций, и

отвечают за построение и постоянное обновление живых структур организма, превращение энергии и регулирование обмена веществ [1, 11]. Как свидетельствуют многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов, у больных ХД обычно определяется нормальный уровень витаминов и значительно пониженный – коферментов, то есть наблюдается нарушение коферментообразующей функции [1, 11]. Кроме того, снижение уровня коферментов, преимущественно группы В, вызывает психоэмоциональное перенапряжение, длительный стресс, злоупотребление алкоголем, старческий возраст, хронические соматические и острые вирусные заболевания [1, 2, 5, 6, 10]. Именно такие патологические состояния в свою очередь обуславливают запуск, поддержание и перманентный рецидив большинства хронических дерматозов [1, 8, 10, 11]. В связи с этим больным ХД целесообразно назначать одновременно с витаминами их коферментные формы (кокарбоксилазу, пиридоксальфосфат), которые, пропуская стадию биотрансформации, непосредственно включаются в процессы регулирования обмена веществ.

На фармацевтическом рынке ежегодно появляются принципиально новые медицинские препараты и проявляются ранее неизвестные свойства у хорошо известных и длительное время используемых в клинической практике медицинских средств.

Перспективным, по мнению многих исследователей, в частности и по нашему, является поиск и внедрение в разные отрасли медицины новых эффективных и безопасных препаратов, которые объединяют отдельные витамины, коферменты и метаболические вещества с учетом их совместимости, фармакодинамических свойств и т.д. [11, 12]. Современным препаратом, который отвечает этим требованиям, является многокомпонентный препарат «Кокарнит» (World Medicine), содержащий оптимально высокие и сбалансированные дозы витаминов группы В, коферментов и метаболических веществ, имеет минимальную кратность введения [7,12]. «Кокарнит» положительно влияет на метаболические, репаративные процессы, улучшает трофику органов и тканей, обладает анальгезирующим, сосудорасширяющим эффектом, способствует устранению синдрома хронической усталости. Препарат имеет широкий спектр действия, используется для лечения разных патологических состояний – от заболеваний нервной системы, сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний до депрессии, полиартритов, глазных заболеваний, также доказана его эффективность при опоясывающем лишае, невритах, миалгии, ишиалгии, люмбаго, радикулите, бурсите, ишемической болезни сердца, миокардите [3, 6, 7, 10].

Универсальность «Кокарнита» обусловлена его составом. В препарат входит никотинамид (20 мг), кокарбоксилаза (50 мг), цианокобаламин (0,5 мг), динатрия аденозинтрифосфат (10 мг) и вспомогательное вещество – глицин (100 мг). Никотинамид (витамин В3, витамин РР) по строению подобен никотиновой кислоте, является важным компонентом кодегидрогеназы I (НАД) и II (НАДФ), участвует в окислительно-восстановительных процессах в клетке, тканевом дыхании, гликолизе, улучшает метаболизм жиров, протеинов, аминокислот, пуринов, снижает уровень атерогенных липопротеинов в крови. Не имеет явного сосудорасширяющего эффекта, при его применении не наблюдается покраснение кожи, ощущение «прилива». Кокарбоксилаза (кофермент витамина В1) входит в состав фермента карбоксилазы, катализирующей карбоксилирование и декарбоксилирование  $\alpha$ -кетокислот, играет важную роль в углеводном обмене, способствует синтезу нуклеиновых кислот, белков и липидов. Снижает в организме уровень молочной и пировиноградной кислот, способствует усвоению

глюкозы. Цианокобаламин (витамин В12) необходим для нормального функционирования кровеносных органов, повышает способность тканей к регенерации, синтезу и накоплению белка в организме, активизирует обмен углеводов и липидов, снижает уровень холестерина в крови, предотвращает жировую инфильтрацию печени. Динатрия аденозинтрифосфат (АТФ) является составляющей всех органов и тканей человека. Главная функция АТФ связана с обеспечением энергией многочисленных биохимических реакций, АТФ улучшает передачу нервных импульсов в синапсах, способствует повышению функциональной активности мышц, стимулирует метаболические процессы. Глицин (заменимая аминокислота, природный метаболит) является нейромедиатором тормозного типа действия и регулятором метаболических процессов в центральной нервной системе, уменьшает психоэмоциональное напряжение, проявляет нейропротекторное, антистрессовое, седативное действие, улучшает метаболизм мозга, нормализует сон, способствует обезвреживанию токсических продуктов окисления этилового спирта. Высокие терапевтические дозы составляющих «Кокарнита» определяют возможность уменьшения кратности введения (количество инъекций) препарата, а лидокаин, который используется как растворитель, предотвращает субъективные ощущения при инъекционном введении препарата.

Цель работы – разработать новые и усовершенствовать существующие методы лечения больных ХД путем включения в комплексную терапию многокомпонентного препарата «Кокарнит», что даст возможность повысить эффективность лечения, а также снизить частоту рецидивов.

## **Материалы и методы**

На кафедре дерматологии и венерологии НМУ им. О.О. Богомольца были обследованы и пролечены 48 больных хроническими дерматозами (псориаз диагностировали у 24 (50%) больных, кругообразное облысение – у 9 (18,8%), диффузное облысение – у 7 (14,5%), ограниченную склеродермию – у 8 (16,7%)). В исследовании участвовали пациенты в возрасте от 32 до 56 лет, из них женщин – 20 (42%), мужчин – 28 (58%), продолжительность заболевания – от 2 до 32 лет.

Анамнестически уточнялись данные касательно продолжительности заболевания, возможных причин и обстоятельств, которые предшествовали его возникновению и развитию, перенесенных и сопутствующих заболеваний, а также касательно наличия или отсутствия ремиссии, уделялось внимание бытовым условиям жизни и работы больных, режиму и характеру питания. Следует отметить, что 6 (12,5%) пациентов злоупотребляли алкоголем.

Всем больным проведено двухразовое клинико-лабораторное обследование – до и после лечения, которое включало общеклинические анализы, биохимическое исследование крови, УЗИ, консультации специалистов смежных специальностей (гастроэнтерологов, хирургов, неврологов, стоматологов).

## **Результаты и обсуждение**

По характеру клинического течения вульгарный псориаз диагностирован у 18 (75%) больных, артропатический – у 6 (25%), из них – у 17 (71%) была стационарная стадия, у 7

(29%) – стадия регресса, у всех пациентов наблюдался осенне-зимний тип заболевания. Оценку клинического состояния пациентов с псориазом проводили с помощью индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Субъективно: больные артропатическим псориазом жаловались на скованность и боль в области суставов. У всех больных ограниченной склеродермией, облысением (кругообразным, диффузным) определялась стадия прогрессирования процесса с соответствующими объективными и субъективными признаками болезни.

Кроме того, все обследованные больные указывали на плохое психоэмоциональное состояние, раздражительность, быструю утомляемость, перепады настроения. Поскольку целью работы было усовершенствование методов лечения больных ХД, что даст возможность повысить эффективность терапии и снизить частоту рецидивов, путем включения в комплексную терапию препарата «Кокарнит», все пациенты перед лечением были разделены на две равноценные клинические группы. По клинической картине, продолжительности дерматоза и наличию сопутствующих заболеваний состав основной и сравнительной групп существенно не отличался.

Больным основной (28 пациентов) и сравнительной (20 пациентов) групп была назначена базовая терапия, которая включала санацию очагов хронической инфекции (при необходимости), антигистаминные, сосудистые препараты, местную терапию, физиотерапевтическое лечение. Следует отметить, что базовое лечение при ограниченной склеродермии (основная и сравнительная группы) предусматривало прием антибиотиков.

Кроме того, всем больным основной группы был назначен многокомпонентный препарат «Кокарнит» по 2 мл (1 ампула) внутримышечно, № 9-12 через день.

Терапевтическую эффективность лечения оценивали по ближайшим и отдаленным результатам. Учитывали степень и сроки устранения клинических проявлений дерматоза (объективных и субъективных) и частоту рецидивов после окончания лечения. В результате комплексного лечения у больных основной группы быстрее и в большем объеме происходил регресс патологического процесса, чем у больных сравнительной группы. Так, при вульгарном псориазе (основная группа) в начале и в процессе терапии шелушение и инфильтрация в очагах поражения значительно уменьшились, а после лечения инфильтрация была незначительной и только по периферии бляшек, индекс PASI снизился на 60-70 %. У больных с артропатической формой псориаза наряду с регрессом сыпи на коже снизилась боль, скованность и воспаление суставов, наблюдалось улучшение их функции.

У больных сравнительной группы регресс заболевания протекал значительно медленнее, снижение индекса PASI было незначительным, позитивной динамики при артропатической форме псориаза практически не наблюдалось. У больных кругообразным и диффузным облысением в результате комплексного лечения (основная группа) быстрее прекратилось произвольное выпадение волос и начался рост пушковых, чем в сравнительной группе; у больных ограниченной склеродермией (основная группа) раньше прекратилось появление новой сыпи и ее периферический рост, исчез сиреневый оттенок по периферии очагов и уменьшилась плотность кожи в очагах поражения.

Кроме того, у большинства больных основной группы в процессе и по окончании лечения улучшалось общее состояние, восстанавливался аппетит, исчезали или уменьшались проявления астеновегетативного синдрома – больные перестали жаловаться на головную боль, слабость, повышенную утомляемость, психоэмоциональную лабильность. Таких сдвигов в группе сравнения не было. После лечения в стационаре больные находились на диспансерном учете. Рецидивы наблюдались у 5 (17,9%) больных основной группы против 8 (40%) пациентов группы сравнения.

## **Выводы**

Таким образом, включение многокомпонентного препарата «Кокарнит» в комплексную терапию больных ХД обеспечивает повышение эффективности лечения и уменьшение частоты рецидивов. Преимуществом является то, что после лечения устранялись или уменьшались проявления астеновегетативного синдрома (больные переставали жаловаться на головную боль, слабость, повышенную утомляемость, снижение физической и умственной работоспособности, нарушение сна, психоэмоциональную лабильность).