Клиническая дерматология и венерология
2024, Т. 23, № 2, с. 168-172
https://doi.org/10.17116/klinderma202423021168

Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology
2024, Vol. 23, No. 2, pp. 168-172
https://doi.org/10.17116/klinderma202423021168

Применение системной цитопротекторной терапии в сочетании с комбинированной местной терапией на основе салициловой кислоты и глюкокортикостероидов при вульгарном псориазе

© Л.М. СОГОМОНЯН[1, 3], А.В. ЧАПЛЫГИН[1–3], Н.В. ЧАПЛЫГИНА[2], Н.В. ШПЕРЛИНГ[4, 5], М.И. ШПЕРЛИНГ[6]

[1]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия;
[2]ООО «ЛенЛаб», Санкт-Петербург, Россия;
[3]ЧОУВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург, Россия;
[4]ФГБУ «Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия;
[5]Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия;
[6]Филиал №8 ФГКУ «1586 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Московская обл., Наро-Фоминский р-н, п. Селятино, Россия

РЕЗЮМЕ

Вульгарный псориаз (ВП) — одна из ведущих и наиболее распространенных форм дерматозов. Механизм развития ВП многогранный и во многом связан со значительными изменениями различных звеньев иммунитета, что проявляется в развитии как локального, так и системного воспаления. Большую роль в течении заболевания играют нарушения клеточного метаболизма при ВП, что приводит к изменению окислительно-восстановительного потенциала клеток и тканей, а также к гиперактивации свободно-радикального окисления. Как следствие, течение ВП нередко сопровождается развитием многих сопутствующих хронических заболеваний. Тем не менее в основе лечения пациентов с неосложненным ВП и без суставных проявлений ведущее место занимает применение местной терапии — топических глюкокортикостероидов (тГКС), ингибиторов кальциневрина, аналогов витамина D, кератолитиков, а также комбинированной терапии. При этом применение терапии, направленной на коррекцию системных патологических изменений при ВП, пока ограничено и мало изучено. С учетом многообразия подходов к лечению ВП актуально изучение эффективности применения сочетания системной цитопротекторной терапии и комбинированной местной терапии. Использование в стратегии лечения ВП гепатоцитопротекторных препаратов способно улучшить клинический эффект посредством коррекции клеточных нарушений при ВП — в виде ускорения деградации продуктов свободно-радикального окисления и нормализации окислительно-восстановительного потенциала крови и тканей. В рамках местной терапии потенцировать положительные эффекты тГКС способно добавление кератолитиков, что особенно эффективно при выраженном шелушении. Показана клиническая эффективность применения системной гепатоцитопротекторной терапии (янтарная кислота, меглюмин, инозин, никотинамид, метионин, фолиевая кислота) совместно с комбинированной местной терапией на основе тГКС и салициловой кислоты в лекарственных формах мази и лосьона при ВП на основе демонстрации клинических случаев.

Ключевые слова: *псориаз, вульгарный псориаз, цитопротекторы, ремаксол, фолиевая кислота, глюкокортикостероиды, салициловая кислота.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Согомонян Л.М. — https://orcid.org/0009-0008-7551-2365
Чаплыгин А.В. — https://orcid.org/0000-0002-8509-1751
Чаплыгина Н.В. — e-mail: nataly0109@yandex.ru
Шперлинг Н.В. — https://orcid.org/0000-0002-7865-486X
Шперлинг М.И. — https://orcid.org/0000-0002-3274-2290
Автор, ответственный за переписку: Чаплыгин А.В. — e-mail: av-chapl@yandex.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Согомонян Л.М., Чаплыгин А.В., Чаплыгина Н.В., Шперлинг Н.В., Шперлинг М.И. Применение системной цитопротекторной терапии в сочетании с комбинированной местной терапией на основе салициловой кислоты и глюкокортикостероидов при вульгарном псориазе. *Клиническая дерматология и венерология*. 2024;23(2):168–172. https://doi.org/10.17116/klinderma202423021168

The use of systemic cytoprotective therapy in association with combination topical therapy on the basis of salicylic acid and glucocorticosteroids in psoriasis vulgaris

© L.M. SOGOMONIAN[1, 3], A.V. CHAPLYGIN[1, 2, 3], N.V. CHAPLYGINA[2], N.V. SHPERLING[4, 5], M.I. SHPERLING[6]

[1]North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia;
[2]LenLab LLC, St. Petersburg, Russia;
[3]Private University «Saint-Petersburg Medico-Social Institute, St. Petersburg, Russia;
[4]State scientific-research test Institute of military medicine of Defense Ministry of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia;
[5]Private Institution — educational Organization of higher Education University REAVIZ, St. Petersburg, Russia;
[6]Branch No. 8 of 1586 Military Clinical Hospital, Selyatino, Moscow region, Russia

ABSTRACT
Psoriasis vulgaris (PV) is one of the leading and most common forms of dermatoses. The development mechanism of PV is multifaceted and in large measure is associated with significant changes in various components of immune system, which manifests itself in the development of both local and systemic inflammation. Cellular metabolic disorders in PV play a large role in the disease course, which leads to a change in the oxidation-reduction potential of cells and tissues, as well as to excessive activation of free-radical oxidation. As a consequence, the course of PV is often accompanied by the development of many concomitant chronic diseases. Nevertheless, the use of local therapy — topical glucocorticosteroids (tGCS), calcineurin inhibitors, vitamin D analogues, keratolytics and combination therapy occupies a leading place in the treatment of patients with uncomplicated PV and without articular manifestations. At the same time, the use of therapy aimed at correcting systemic pathological changes in PV is limited and little studied to date. The study of the effectiveness of systemic cytoprotective therapy and topical combination therapy conjunction application is relevant due to the diversity of approaches to PV treatment. The use of hepatic cytoprotective drugs in the PV treatment strategy can improve the clinical effect by correction of cellular abnormalities in PV, namely by means of acceleration of free-radical oxidation products degradation and normalization of oxidative-reduction potential of blood and tissues. In the frame of topical therapy, the addition of keratolytics is able to potentiate the positive effects of tGCS, which is especially effective in case of pronounced desquamation. The clinical effectiveness of systemic hepatic cytoprotective therapy (succinic acid, meglumine, inosine, nicotinamide, methionine, folic acid) together with the combination topical therapy based on tGCS and salicylic acid in dosage forms of ointment and lotion in PV is shown based on clinical cases' demonstration.

Keywords: *psoriasis, psoriasis vulgaris, cytoprotective agents, remaxol, folic acid, glucocorticosteroids, salicylic acid.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Sogomonian L.M. — https://orcid.org/0009-0008-7551-2365
Chaplygin A.V. — https://orcid.org/0000-0002-8509-1751
Chaplygina N.V. — e-mail: nataly0109@yandex.ru
Shperling N.V. — https://orcid.org/0000-0002-7865-486X
Shperling M.I. — https://orcid.org/0000-0002-3274-2290
Corresponding author: Chaplygin A.V. — e-mail: av-chapl@yandex.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Sogomonian LM, Chaplygin AV, Chaplygina NV, Shperling NV, Shperling MI. The use of systemic cytoprotective therapy in association with combination topical therapy on the basis of salicylic acid and glucocorticosteroids in psoriasis vulgaris. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2024;23(2):168-172. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/klinderma202423021168

Введение

Вульгарный псориаз (ВП) — одна из наиболее распространенных форм дерматозов. Он представляет собой хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением кожи. ВП характеризуется эритематозными пятнами или бляшками, которые появляются чаще на разгибательных поверхностях, а также на коже волосистой части головы, ладонях, подошвах и ногтях [1]. Патогенез псориаза сложен и связан с вовлечением различных звеньев иммунитета, прежде всего Т-хелперов 17-го типа (Th17). Значительную роль также играют дендритные клетки, Т-лимфоциты 1-го типа, а также провоспалительные интерлейкины. По этой причине многие хронические заболевания, такие как сердечно-сосудистая патология, воспалительные заболевания кишечника, метаболический синдром, болезни печени и суставов, могут сопровождать течение ВП [2]. Общий подход к лечению ВП без суставных проявлений включает применение топических глюкокортикостероидов (тГКС), кератолитиков, аналогов витамина D, ингибиторов кальциневрина, фототерапию [3]. Эффективность тГКС обусловлена наличием местного противовоспалительного, антипролиферативного и гипосенсибилизирующего свойств. Выраженный терапевтический эффект также достигается применением синтетических ретиноидов (например, тазаротен), кератолитиков и аналогов витамина D. Сочетание тГКС с препаратами СК занимает важное место в лечении ВП — данная комбинация распространена в РФ и наиболее эффективна при выраженном шелушении [3].

С учетом значимых клеточных нарушений при псориазе, таких как изменение окислительно-восстановительного потенциала и активация свободно-радикального окисления (СРО), его лечение может быть эффективно дополнено применением цитопротекторной и антиоксидантной терапии [4, 5].

Приводим клинические наблюдения успешного лечения ВП с использованием системной цитопротекторной терапии в сочетании с комбинированной местной терапией тГКС и СК.

Клинические наблюдения

Случай 1

Пациент С., 18 лет, предъявлял жалобы на наличие высыпаний на коже разгибательных поверхностей локтей и колен, тыльной поверхности кистей, волосистой части головы. Длительность заболевания около 6 лет с постепенным распространением процесса с волосистой части головы по телу. В лечении — нерегулярный прием тГКС с отсутствием стойкого эффекта. Диагноз на момент настоящего осмотра: псориаз распространенный, экссудативный, прогрессирующая стадия. Сопутствующие заболевания: алиментарно-конституциональное ожи-

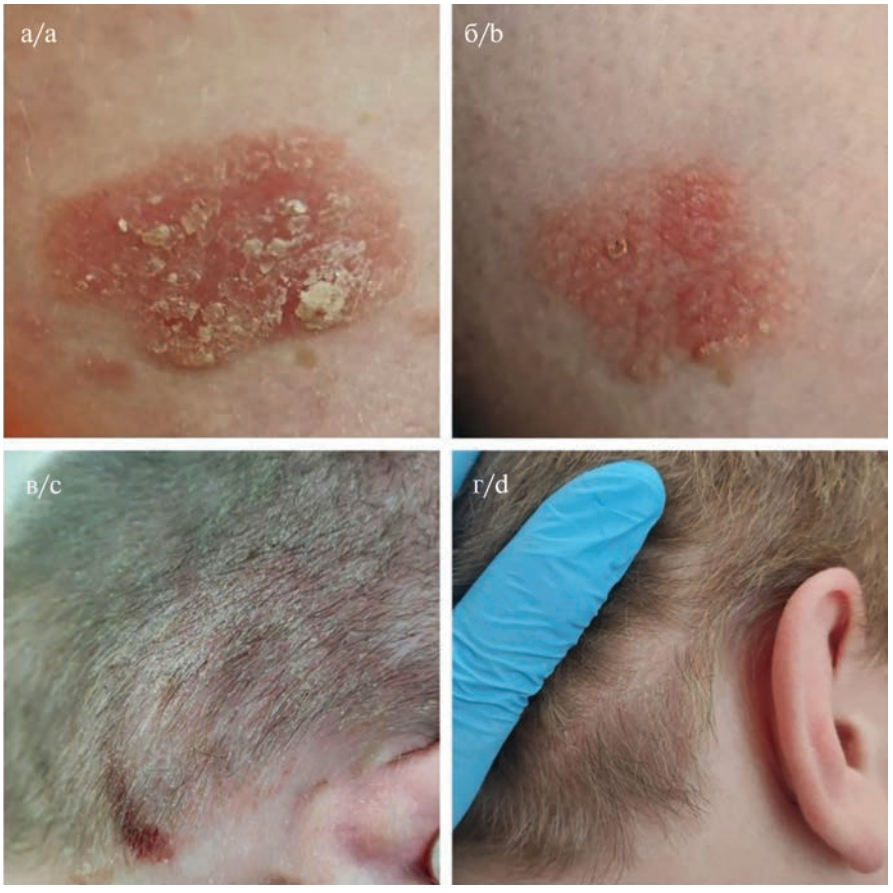


Рис. 1. **Динамика кожных проявлений на фоне комплексной схемы терапии на гладкой коже (а, б) и волосистой части головы (в, г).**
а, в — до, б, г — через 30 сут лечения.

Fig. 1. **Dynamics of skin manifestations during the complex therapy scheme on smooth skin (a, b) and scalp (c, d).**
a, c — before, b, d — after 30 days of treatment.

рение II степени. При лабораторном обследовании выявлено умеренное повышение уровня трансаминаз: аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 46 ЕД/л, аспартатаминотрансферазы (АСТ) до 47 ЕД/л. В связи с клинико-лабораторными данными в схему терапии включен гепатоцитопротекторный препарат *Ремаксол* (янтарная кислота, меглюмин, инозин, никотинамид, метионин) в объеме 400 мл внутривенно капельно через сутки сроком на 14 дней. В качестве наружной терапии назначен препарат бетаметазон 0,05 г + салициловая кислота (*Акридерм-СК*) на 3 нед в форме 2% лосьона (на кожу волосистой части головы) и 3% мази (элементы на гладкой коже). В динамике наблюдения через 3 нед отмечены уменьшение шелушения, частичный регресс высыпаний, отсутствие склонности к экссудации **(рис. 1)** и нормализация уровня печеночных трансаминаз.

Случай 2

Пациент Б., 28 лет, жалобы сходного характера, длительность заболевания около 7 лет. Диагноз: псориаз распространенный, экссудативный, прогрессирующая стадия. В терапии применялись препараты нафталанской нефти, метилпреднизолона ацепонат, ультрафиолетовое облучение. Однако, со слов пациента, за последние 2 года эффективность лечебных мероприятий снизилась, участились рецидивы высыпаний и их выраженность увеличилась. Пациенту также были проведены 3-недельные курсы инфузий *Ремаксола* (400 мл внутривенно капельно через день, 14 дней) и *Акридерм-СК* в форме 3% мази и 2% лосьона на область высыпаний. Как и в предыдущем случае к концу лечения был достигнут положительный клинический результат **(рис. 2)**.

Обсуждение

Вульгарный псориаз является хроническим системным заболеванием, поражающим в первую очередь кожные покровы. Согласно данным литературы и клиническим рекомендациям, терапия тГКС является основой лечения заболевания [1]. Однако моно-



Рис. 2. **Динамика кожных проявлений на фоне комплексной схемы терапии.**
а — до, б — на 15-й день, в — к концу курса лечения.

Fig. 2. **Dynamics of skin manifestations during the complex therapy scheme.**
a — before, b — on the 15th day, c — by the end of treatment.

терапия тГКС требует длительного поддерживающего лечения, что может привести к развитию специфических побочных эффектов — атрофии кожи и системным реакциям, особенно у больных с большой площадью поражения. В связи с этим рациональным представляется потенцирование эффекта гормональных препаратов за счет комбинирования с другими местными средствами, в частности с препаратами СК. Доказано, что комбинация СК и тГКС более эффективна, чем монотерапия тГКС [2, 3].

С учетом системности процесса и возможности вовлечения в него в первую очередь печени как основного места детоксикации в схему терапии псориаза, особенно в стадии обострения, рекомендуется включать препараты с гепатопротекторными свойствами. Одним из таких препаратов является *Ремаксол*, показавший свою клиническую эффективность при гепатопатиях различного генеза [6, 7]. В состав препарата входят естественные метаболиты (янтарная кислота, инозин, меглюмин, никотинамид и метионин), оказывающие антиоксидантное, антигипоксантное и гепатопротекторное действие, способствующие стимуляции синтеза эндогенного адеметионина, повышающие показатели системы глутатиона и усиливающие регенеративные процессы в печени.

Таким образом, включение *Ремаксола* в схемы сопроводительной терапии способствует уменьшению выраженности системных воспалительных реакций, что проявляется в более быстром регрессе клинической картины заболевания и улучшении общего состояния больного.

Заключение

Приведенные клинические наблюдения пациентов молодого возраста с неосложненным течением ВП в прогрессирующей стадии иллюстрируют эффективность сочетания системной цитопротекторной терапии и комбинированной местной терапии на основе тГКС и СК. Включение в схему лечения гепатопротектора *Ремаксола* также способствовало более быстрому разрешению клинических проявлений заболевания.

Пациенты подписали добровольное информированное согласие на публикацию своих данных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The patients signed a voluntary informed consent to the publication of their data.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Health Organization. Global Report on Psoriasis: World Health Organization, 2016. Accessed October 3, 2023. Accessed November 1, 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565189
2. Матушевская Е.В., Коновалова М.В., Владимирова Е.В., Свирщевская Е.В. Патогенез и терапия псориаза и псориатического артрита. *Клиническая дерматология и венерология*. 2019;18(5):626-634.
Matushevskaya EV, Konovalova MV, Vladimirova EV, Svirshchevskaya EV. Pathogenesis and therapy of psoriasis and psoriatic arthritis. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology.* 2019;18(5):626-634. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/klinderma201918051634
3. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, *Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом*. М. 2023. Ссылка активна на 01.11.23.
Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists, *Federal clinical guidelines for the management of patients with psoriasis*. Moscow; 2023. Accessed November 1, 2023. (In Russ.). https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/234_2
4. Корсакова Ю.Л., Коротаева Т.В. Поражение печени при псориазе и псориатическом артрите: обзор литературы. *Научно-практическая ревматология*. 2017;55(4):429-435.
Korsakova YuL, Korotaeva TV. Liver damage in psoriasis and psoriatic arthritis: A literature review. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practi*ce. 2017;55(4):429-435. (In Russ.). https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-429-435
5. Грашин Р.А., Полякова А.В., Теличко И.Н. Гепатоцитопротекторы в лечении больных псориазом и их влияние на тиолдисульфидный обмен. *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. 2012;3(39):123-127. Ссылка активна на 01.11.23.
Grashin RA, Polyakova AV, Telichko IN. Hepatocytoprotectors in the treatment of patients with psoriasis and their effect on thiol disulfide metabolism. *Vestnik Rossijskoj Voenno-medicinskoj akademii*. 2012;3(39):123-127. Accessed November 1, 2023. (In Russ.). https://elibrary.ru/item.asp?id=18281954
6. Кузина З.А., Соловьева Г.О., Корплякова Н.И., Бурменская Е.С. Оценка эффективности многокомпонентного гепатопротектора в комплексной терапии псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016;15(1):34-38.
Kuzina ZA, Solovyova GO, Korplyakova NI, Burmenskaia ES. Assessment of the effectiveness of multicomponent hepatoprotector in combination treatment for psoriasis. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology.* 2016;15(1):34-38. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/klinderma201615134-38
7. Мазина Н.К., Мазин П.В. Метааналитический подход к оценке клинической эффективности инфузионного сукцинатсодержащего препарата Ремаксол при патологии печени разного генеза. *Антибиотики и химиотерапия*. 2015;60:11-12.
Mazina NK, Mazin PV. A meta-analytic approach to assessing the clinical effectiveness of the infusion succinate-containing drug Remaxol in liver pathologies of various origins. *Antibiotiki i khimioterapiya*. 2015;60:11-12. (In Russ.).

Поступила в редакцию 25.01.2024
Received 25.01.2024
Принята к печати 09.02.2024
Accepted 09.02.2024