

5. Lopatkin NA, Shevtsova IP. Operativnaya urologiya [Operative urology]. Leningrad: Meditsina [Leningrad: Medicine]. 1986; 480 p.
6. Barskova VG, Avdoshin VP. Podagra i uratnyy nefrolitiaz: metod. rekomendatsii [Gout and urate nephrolithiasis: a method. recommendations]. Moskva: Rossiyskoye obshchestvo urologov [Moscow: Russian Society of Urologists]. 2012; 34 p.
7. Borisov VV, Dzeranov NK. Terapiya bol'nykh kamnyami pochek i mochetochnikov [Therapy of patients with kidney stones and ureters]. Moskva: Rossiyskoye obshchestvo urologov [Moscow: Russian Society of Urology]. 2011; 108 p.
8. Vozianov AF, Lyul'ko AV. Atlas-rukovodstvo po urologii [Atlas-guide to urology]. Dnepr-VAL. 2012; 1: 692 p.
9. Voshchula VI, Vladimirskaia TE. Patomorfologiya pochki pri mochekamennoy bolezni [Pathomorphology of the kidney in urolithiasis]. Zdravookhraneniye Tadjikistana [Healthcare of Tajikistan]. 2011; 3: 87-92.
10. Bratchikov OI, Kryukova AY, Toporkov AS, Topchiy NV. Innovatsii v pitanii naibolee rasprostranennykh zabolevaniy obmena veshchestv [Innovations in nutrition of the most common metabolic diseases]. Izdatel'stvo: MMA imeni IM Sechenova [Publisher: MMA IM Sechenov]. 2011; 108 s.

© В.Е. Милов, Т.Л. Дмитрикова, Г.В. Мартынюк, О.А. Гарбузова, А.Б. Бузина, Б.П. Кузнецова, Г.Б. Селиванова, 2018

УДК 616.517-085.244

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).51-57

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

**МИЛОВ ВАСИЛИЙ ЕГОРОВИЧ**, канд. мед. наук, подполковник внутренней службы, начальник поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**ДМИТРИКОВА ТАТЬЯНА ЛЕОНИДОВНА**, зам. начальника поликлиники № 2 по лечебной части ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**МАРТЫНЮК ГАЛИНА ВАЛЕРЬЕВНА**, начальник дерматовенерологического отделения поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**ГАРБУЗОВА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА**, начальник терапевтического отделения № 1 поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**БУЗИНА АННА БОРИСОВНА**, врач-гастроэнтеролог поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**КУЗНЕЦОВА БИРНАЙС ПРОХОРОВНА**, начальник клинко-диагностического отделения поликлиники № 2 ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**СЕЛИВАНОВА ГАЛИНА БОРИСОВНА**, докт. мед. наук, профессор кафедры общей терапии ФДПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, 115054, Москва, ул. Зацепа, 38, тел. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**Реферат.** Псориаз – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи. Препаратами первого выбора для лечения этого заболевания являются, в том числе, гепатопротекторы. **Цель исследования** – провести сравнительную оценку эффективности лечения больных псориазом гепатопротекторами – препаратами на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты и эссенциальных фосфолипидов. Критериями эффективности данной категории лекарств являются уменьшение клинико-биохимической активности и интенсивности воспалительных изменений печеночной ткани, холестаза, а также ослабление процессов фиброгенеза. **Материал и методы.** Представлены результаты клинического исследования, в ходе которого наблюдались 2 группы пациентов по 20 человек каждая (12 мужчин и 8 женщин). Возраст пациентов варьировал от 22 до 58 лет; длительность заболевания составила от 1 года до 18 лет. Продолжительность последнего рецидива у 7 пациентов не превышала 1 мес, у 3 больных составляла до 3 мес, у 10 – до 6 мес. У всех больных патологический процесс находился в фазе прогрессирования. Для оценки тяжести псориаза, площади поражения кожного покрова и качества жизни пациентов производили расчет индексов PASI (Psoriatic Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) и DLQI (Dermatology Life Quality Index). В нашем исследовании индекс PASI варьировал от 10,5 до 14,5 (в среднем 12,5). Продолжительность исследования составляла 4 нед (28 дней). **Результаты и их обсуждение.** Полученные данные свидетельствуют о большей эффективности препарата на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты по сравнению с эссенциальными фосфолипидами. Это обеспечивает более быстрое и стойкое устранение симптоматики, что улучшает приверженность к терапии у 100% пациентов. **Выводы.** Препарат на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты в дозе 2 таблетки 3 раза в день в течение 30 дней, особенно на фоне строгого выполнения рекомендаций по изменению образа жизни и привычек, а именно соблюдение диеты и подвижного образа жизни (что особенно важно при метаболическом синдроме), способствует более быстрому купированию кожного процесса и улучшению качества жизни пациентов. Установлена хорошая переносимость 4-недельного курса терапии препарата на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты.

**Ключевые слова:** препарат на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты, эссенциальные фосфолипиды, PASI (Psoriatic Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) и DLQI (Dermatology Life Quality Index).

**Для ссылки:** Эффективность гепатопротекторов в комплексной терапии больных псориазом / В.Е. Милов, Т.Л. Дмитрикова, Г.В. Мартынюк [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 4. – С. 51–57. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).51-57.

## EFFECTIVENESS OF HEPATOPROTECTORS IN COMPLEX THERAPY IN PSORIASIS PATIENTS

**MILOV VASILY E.**, C. Med. Sci., lieutenant-colonel of internal service, Head of Outpatient clinic № 2 of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow, Russia, 115054, Moscow, Zatsepa str., 38, tel. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**DMITRIKOVA TATIANA L.**, deputy head of Outpatient clinic № 2 of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow, Russia, 115054, Moscow, Zatsepa str., 38, tel. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**MARTYNYUK GALINA V.**, Head of the Department of dermatology and sexually transmitted diseases of Outpatient clinic № 2 of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow, Russia, 115054, Moscow, Zatsepa str., 38, tel. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**GARBUZOVA OLGA A.**, Head of the Department of internal medicine № 1 of Outpatient clinic № 2 of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow, Russia, 115054, Moscow, Zatsepa str., 38, tel. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**BUZINA ANNA B.**, gastroenterologist of Outpatient clinic № 2 of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow, Russia, 115054, Moscow, Zatsepa str., 38, tel. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**KUZNETSOVA BIRNAIS P.**, Head of the Department of clinical diagnostics of Outpatient clinic № 2 of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow, Russia, 115054, Moscow, Zatsepa str., 38, tel. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**SELIVANOVA GALINA B.**, D. Med. Sci., professor of the Department of general medicine of N. Pirogov Russian National Research Medical University, Russia, 115054, Moscow, Zatsepa str., 38, tel. +7-499-236-04-56, e-mail: 2360456@mail.ru

**Abstract.** Psoriasis is one of the most common skin diseases. Among others, hepatoprotectors are the drugs of the first choice for the treatment of this disease. **Aim.** The aim of the study was to perform a comparative evaluation of the effectiveness of hepatoprotectors, which are the drugs based on phosphatidylcholine and trisodium salt of glyceric acid and essential phospholipids, in the treatment of patients with psoriasis. Criteria for the effectiveness of this category of drugs are a decrease both in clinical and biochemical activity and in intensity of inflammatory changes in the hepatic tissue, cholestasis and fibrogenesis activity reduction. **Material and methods.** In terms of the results of the clinical research 2 groups of patients were under observation, 20 people each (12 men and 8 women). The age of the patients ranged from 22 to 58 years. Duration of the disease was from 1 to 18 years. The duration of the last relapse in 7 patients did not exceed 1 month, in 3 patients it was up to 3 months, in 10 patients it was up to 6 months. Pathological process was in progression phase in all patients. The area of skin lesions, the quality of life of patients, PASI indices (Psoriatic Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) and DLQI (Dermatology Life Quality Index) were calculated to assess the severity of psoriasis. In our study PASI index ranged from 10,5 to 14,5 (an average of 12,5). The duration of the study was 4 weeks (28 days). **Results and discussion.** The data obtained indicate a greater efficacy of the drugs based on phosphatidylcholine and trisodium salt of glyceric acid in comparison with essential phospholipids. They provide more rapid and persistent symptom elimination, which improves the adherence to therapy in 100% of patients. **Conclusion.** The drug based on phosphatidylcholine and trisodium salt glyceric acid in a dose of 2 tablets 3 times a day for 30 days promotes more rapid relief of the skin process and improves the quality of life of the patients, especially in case of total adherence to recommendations on lifestyle, habit and diet change (which is especially important in metabolic syndrome). Good tolerability of the 4-week course of therapy with the drug based on phosphatidylcholine and trisodium salt of glyceric acid has been established.

**Key words:** the agent based on phosphatidylcholine and trisodium salt glyceric acid, PASI (Psoriatic Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) и DLQI (Dermatology Life Quality Index).

**For reference:** Milov VE, Dmitrikova TL, Martynyuk GV, Garbuzova OA, Buzina AB, Kuznetsova BP, Selivanova GB. Effectiveness of hepatoprotectors in complex therapy of psoriasis patients. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (4): 51–57. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).51-57.

**Введение.** Псориаз – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи; им страдают 2–3% населения земного шара, при этом распространенность заболевания меняется в зависимости от этногенеза и географического положения популяции. Известно, что в Европе псориазом страдают около 7 млн человек, в то время как в других этнических группах, например в Японии, распространенность этого заболевания очень низкая. Еще реже, согласно данным, оно встречается в Африке [1, 2].

**Цель исследования** – провести сравнительную оценку эффективности гепатопротекторов – препаратов на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты, форма выпуска – таблетки по 100 мг, применяемые в дозе из расчета 2 таблетки 3 раза в день в течение 30 дней, и эссенциальных фосфолипидов, применяемых в дозе по 2 капсулы 3 раза в день курсом 30 дней. Реко-

мендуемый курс данными препаратами составляет 28–30 дней. Гепатопротекторы применялись для терапии больных псориазом. Критериями эффективности данных лекарств являются уменьшение клинико-биохимической активности и интенсивности воспалительных изменений печеночной ткани, холестаза, а также ослабление процессов фиброгенеза.

**Актуальность проблемы.** В Российской Федерации отмечается рост заболеваемости псориазом, меняется структура клинических проявлений псориаза, нарастает удельный вес тяжелых, инвалидизирующих форм дерматоза, согласно данным, резистентных к различным методам лечения [2].

Изучение причин возникновения псориаза остается в центре внимания исследователей всего мира. Отечественные и зарубежные ученые определяют псориаз как хронический дерматоз мультифакторной природы, для которого характерны гиперпролифера-

ция и нарушение дифференцировки кератиноцитов с развитием воспалительной инфильтрации в дерме, опосредованной активированными Т-клетками и антигенпрезентирующими клетками.

По мнению ряда авторов [3, 4], псориаз является генодерматозом, при котором генетически детерминированные особенности иммунной системы организма обуславливают состояние предрасположенности к заболеванию, которая может реализовываться, согласно данным, в течение всей жизни при воздействии триггерных факторов [5].

Одним из факторов иммунопатогенеза псориаза является миграция активированных Т-лимфоцитов с кожно-лимфоцитарным антигеном в кожу после их взаимодействия с антигенпрезентирующими клетками (дендритными клетками – ДК) эпидермиса в регионарных лимфоузлах. Инфильтрирующие кожу Т-лимфоциты (преимущественно Th1-клетки), клетки моноцитарно-макрофагальной системы и кератиноциты вырабатывают провоспалительные цитокины, способствующие гиперпролиферации и нарушению дифференцировки кератиноцитов. Кератиноциты пораженных участков, в свою очередь, вырабатывают цитокины, которые поддерживают активированное состояние Т-клеток [6].

В последние годы сформировался взгляд на цитокиновое взаимодействие как на пирамиду, на вершине которой находится ФНО-альфа, который рассматривается в качестве ключевого цитокина [7]. Считают, что патологические изменения в коже инициируются под влиянием ИЛ-1 и ФНО-альфа, синтезируемых кератиноцитами, активированными под влиянием внешних факторов [8].

Вместе с тем природа антигенной стимуляции при псориазе не установлена. До сих пор открытым остается вопрос, что же является первичным: гиперактивация Т-лимфоцитов с последующим каскадом иммунных реакций или гиперпролиферация кератиноцитов? Таким образом, взаимодействие различных типов иммунокомпетентных клеток, опосредованное цитокиновым каскадом Th1-типа, приводит к формированию характерного псориазического фенотипа [9].

Хорошо известно, что существуют фенотипические различия течения псориаза, которые позволили выделить 2 группы пациентов:

1-й тип – пациенты с ранним проявлением (пик 16–21 год), у которых наблюдаются распространение процесса и частые рецидивы в течение заболевания, четко прослеживается ассоциация с наследственностью (44%), частота аллелей HLA составляет для Sw6 85%, для DR7 – 70%;

2-й тип – пациенты с поздним проявлением (пик в возрасте между 40 и 50 годами), связь с наследственностью составляет 1%, а частота аллелей Sw6 – 14%, для DR7 – 30% [9].

Псориаз может сопровождаться изменениями в различных органах и системах: опорно-двигательной, пищеварительной, нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, репродуктивной [10]. Накопленные данные позволяют рассматривать это заболевание как системную «псориазическую болезнь» с преимущественно кожными проявлениями.

Как известно, качество жизни (КЖ) – это совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни и определяющих физическое состояние, психологическое благополучие, социальные отношения и функциональные способности в период развития заболевания и его лечения [11].

Негативное влияние псориаза на КЖ человека не меньше, чем в случае других тяжелых хронических заболеваний, таких как рак, артериальная гипертензия, сахарный диабет, артриты, болезни сердца или депрессия [12, 13]. Пациенты испытывают смущение от внешнего вида своей кожи, раздражение по поводу своей внешности, чувство неуверенности в себе. Больных в наибольшей степени беспокоят зуд и сухость пораженных участков кожи, что свидетельствует о физическом страдании пациентов.

У большинства пациентов, страдающих псориазом, наблюдаются беспокойство и мнительность, тревожность, эмоциональная неустойчивость, раздражительность и повышенная утомляемость, негативно влияющие на качество жизни. Причем снижение этих показателей коррелирует с длительностью течения псориаза и клинической тяжестью заболевания.

Факт вовлечения печени в патологический процесс при псориазе общеизвестен. Многие исследования посвящены изучению ее функционального состояния при этом дерматозе. Также имеются данные о нарушениях в других органах желудочно-кишечного тракта, в том числе в желудке и кишечнике [14, 15].

Поражения печени при псориазе занимают существенное место в семиотике органопатий при данном дерматозе, так как именно печень представляет собой центральный орган химического гомеостаза, где создается единый обменный и энергетический пул для метаболизма жиров и углеводов. Кроме того, печень участвует в синтезе некоторых ферментов, витаминов, принимает непосредственное участие в водном, минеральном и пигментном обмене; важное значение имеет детоксицирующая функция печени [15, 16].

К основным синдромам повреждения гепатобилиарной системы у больных псориазом относят: цитолиз, холестаза, печеночно-клеточную недостаточность, а также иммунное воспаление. Для цитолитического синдрома характерно нарушение проницаемости мембран гепатоцитов, выделение внутриклеточного содержимого в межклеточное пространство и кровь, а также повышение активности печеночных индикаторных ферментов, билирубина, витамина В<sub>12</sub> и железа. Синдром холестаза опосредован нарушением цитоскелета гепатоцитов, исчезновением микроворсинок на апикальной части гепатоцита, снижением сократимости каналикулярной мембраны, обратным током желчи в синусоиды, повышением активности щелочной фосфатазы, фосфолипидов и желчных кислот в крови, гиперхолестеринемией, гипербилирубинемией. Синдром печеночно-клеточной недостаточности манифестирует нарушением синтетической и метаболизирующей функции печени, гиперазотемией, снижением активности холинэстеразы в крови. Для иммуновос-

палительного синдрома характерны сенсбилизация гепатоцитов иммунокомпетентными клетками, активация ретикулогистиоцитарной системы, повышение уровня общего белка, глобулинов в крови, иммуноглобулинов классов А, М, G, изменение иммунорегуляторного индекса, появление антител к ДНК гепатоцитов.

Таким образом, столь разнообразный и разнонаправленный спектр гепатоцеллюлярной патологии при псориазе определяет выбор лекарственных препаратов, обладающих в полной мере широким профилем эффективности и безопасности. Таковыми в настоящее время принято считать гепатопротекторы. Критериями эффективности данной категории лекарств являются уменьшение клинико-биохимической активности и интенсивности воспалительных изменений печеночной ткани, холестаза, а также ослабление процессов фиброгенеза.

По имеющимся литературным данным, методы лечения больных псориазом гепатопротекторами повышают клиническую эффективность лечения, снижают количество рецидивов заболевания, удлиняют период ремиссии и предотвращают прогрессирование эндотоксикоза.

В связи с изложенным **целью исследования** явилось сравнительное изучение эффективности гепатопротекторов на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты и эссенциальных фосфолипидов в составе комплексной терапии больных среднетяжелым бляшечным псориазом в фазе прогрессирования процесса, находящихся под наблюдением в поликлинике № 2 ФКУЗ МСЧ МВД России.

Критериями эффективности данной категории препаратов являлось: уменьшение клинико-биохимической активности и интенсивности воспалительных изменений печеночной ткани, холестаза, клинических проявлений заболевания, а также влияние на качество жизни пациентов.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 20 больных псориазом (12 мужчин и 8 женщин). Возраст пациентов варьировал от 22 до 58 лет; длительность заболевания составила от 1 года до 18 лет. Продолжительность последнего рецидива у 7 пациентов не превышала 1 мес, у 3 больных составляла до 3 мес, у 10 – до 6 мес. У всех больных патологический процесс находился в фазе прогрессирования. Для оценки тяжести псориаза, площади поражения кожного покрова и качества жизни пациентов производили расчет индексов PASI (Psoriatic Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) и DLQI (Dermatology Life Quality Index). В нашем исследовании индекс PASI варьировал от 10,5 до 14,5 (в среднем 12,5).

Для оценки степени выраженности нарушения функции гепатобилиарной системы оценивали изменения концентраций аспартатаминотрансферазы (АСАТ), аланинаминотрансферазы (АЛАТ), билирубина, холестерина, триглицеридов, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) в сыворотке крови рутинными методами. Все исследования проводились дважды: исходно – до назначения ге-

патопротекторов и повторно через 10 дней терапии указанными препаратами.

У 10 пациентов в составе комплексной терапии псориаза в качестве гепатопротектора применялось соединение фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты, форма выпуска – таблетки по 100 мг, из расчета 2 таблетки 3 раза в день в течение 30 дней. У 10 больных в составе комплексной терапии использовался гепатопротектор на основе эссенциальных фосфолипидов по 2 капсулы 3 раза в день курсом 30 дней. Быстрота развития эффекта от препарата на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты наступила на 10-й день лечения, в то же время от препарата на основе эссенциальных фосфолипидов – на 28–30-й день проводимой терапии.

Рекомендуемый курс лечения гепатопротекторами согласно официальной инструкции на препараты составляет от 30 дней до 3 и более месяцев (эссенциальные фосфолипиды). Тем не менее в терапии псориаза крайне важным фактором является быстрота развития эффекта, поскольку быстрый регресс основных клинических проявлений заболевания во многом определяет качество жизни пациентов данной группы. Кроме того, положительный опыт применения более коротких курсов гепатопротекторами в составе комплексной терапии псориаза уже встречается в отечественных и зарубежных работах. Поэтому в нашем наблюдении мы оценивали результаты терапии на 10-й и 30-й день лечения. При необходимости курс лечения был продлен. Топическую терапию пациенты не получали.

При проведении статистического анализа значимыми считались различия при достоверности показателей  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** На фоне проведенной терапии констатировано статистически значимое уменьшение индексов PASI и BSA (табл. 1). Так, по окончании терапии эссенциальными фосфолипидами величина указанных индексов уменьшилась в 1,6 и 1,5 раза соответственно. Вместе с тем после лечения соединениями фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты зарегистрировано снижение данных индексов в 3,4 и 4,7 раза соответственно ( $p < 0,001$ ). Таким образом, более отчетливое разрешение высыпаний на коже у больных псориазом констатировано у лиц, получивших соединение фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты в составе комплексной терапии. **Терапевтические эффекты** препарата обусловлены фосфолипидами и глицерризиновой кислотой, входящими в его состав. Так, фосфатидилхолин (основное вещество фосфолипидов) является необходимым структурным компонентом мембран любой клетки. Таким образом, влияя на состояние клеточных мембран, фосфатидилхолин проявляет цитопротекторные свойства. Также фосфатидилхолин нормализует липидный и протеиновый обмены веществ, предотвращает потерю клетками паренхимы печени энзимов и других веществ, нормализует детокси-

цирующую функцию органа, подавляет образование соединительной ткани, снижая вероятность развития фиброза и цирроза печени. Глицерризиновая кислота обладает противовоспалительным эффектом, ингибирует размножение вирусов в печени и других органах путем увеличения выработки интерферонов, повышения фагоцитоза, а также усиления активности натуральных клеток-киллеров. Проявляет гепатопротекторные свойства благодаря антиокислительному и мембраностабилизирующему действию. Усиливая действие эндогенных глюкокортикоидов, что особенно важно при псориазе, оказывает противовоспалительный и противоаллергический эффект при поражениях печени, не связанных с инфекцией. При поражениях кожного покрова предотвращает увеличение площади поражения и способствует излечению патологии благодаря стабилизации клеточных мембран и остановке воспалительного процесса.

Данные препараты являются гепатопротекторами и содержат в качестве активных компонентов фосфолипиды. При этом один из них содержит исключительно фосфолипиды, а другой имеет в составе еще и глицерризиновую кислоту. Данная кислота является по своей химической структуре стероидным сапонином, т.е. близка по строению к гормонам коры надпочечников человека (свойства глицерризиновой кислоты и ее влияние на печень описаны выше). Однако следует указать, что при назначении данных препаратов учитывались и противопоказания, т.е., например, проводился обя-

зательный мониторинг артериального давления перед назначением соединения фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты в составе комплексной терапии.

На фоне лечения зафиксировано значительное, статистически достоверное улучшение качества жизни больных псориазом. Индекс DLQI в данной группе снижался более чем в 6 раз. У больных, получавших эссенциальные фосфолипиды, констатирована лишь незначительная тенденция к уменьшению данного показателя ( $p > 0,1$ ).

У пациентов обеих групп до лечения зарегистрировано увеличение концентрации АСАТ, АЛАТ, билирубина, холестерина, триглицеридов, ГГТП в сыворотке крови (табл. 2). После терапии препаратом на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты содержание АСАТ, АЛАТ в сыворотке крови больных псориазом снизилось соответственно в 2,4 и 2,5 раза ( $p < 0,001$ ). У лиц, принимавших эссенциальные фосфолипиды, статистически достоверных изменений концентрации исследуемых ферментов в крови не выявлялось ( $p > 0,05$ ).

Концентрация общего билирубина, холестерина, ГГТП в сыворотке крови больных псориазом на фоне терапии эссенциальными фосфолипидами снижалась в меньшей степени, чем в группе пациентов, получавших препарат на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты ( $p < 0,05$ ). Уровень триглицеридов в сыворотке крови на фоне приема эссенциальных фосфолипидов

Таблица 1

**Динамика показателей PASI, BSA и DLQI в группах пациентов на фоне терапии на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты и эссенциальными фосфолипидами**

Показатель	Пациенты, получавшие эссенциальные фосфолипиды (n=10)			Пациенты, получавшие препарат на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты (n=10)			p <sup>2</sup>
	До лечения	После лечения	p <sup>1</sup>	До лечения	После лечения	p <sup>1</sup>	
PASI	17,8±0,1	10,7 ± 0,4	< 0,005	18,3±0,2	5,3±0,7	< 0,001	< 0,001
BSA	18,0±0,5	12,0 ± 0,2	< 0,025	29,0±0,7	6,0±0,7	< 0,001	< 0,005
DLQI	18,0±0,5	16,0 ± 0,7	> 0,05	17,0±0,8	3,0±0,1	< 0,001	< 0,001

*Примечание.* Здесь и в табл. 2: p<sup>1</sup> – достоверность различий показателей до и после лечения; p<sup>2</sup> – достоверность различий показателей после лечения между группами, получавшими на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты и эссенциальные фосфолипиды.

Таблица 2

**Динамика биохимических показателей в группах пациентов на фоне терапии на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты и эссенциальными фосфолипидами**

Показатель	Пациенты, получавшие эссенциальные фосфолипиды (n=10)			Пациенты, получавшие препарат на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты (n=10)			p <sup>2</sup>
	До лечения	После лечения	p <sup>1</sup>	До лечения	После лечения	p <sup>1</sup>	
АСАТ, Ед/л	74,0±0,7	72,1±1,2	> 0,05	73,8±0,1	31,8±1,1	< 0,001	< 0,001
АЛАТ, Ед/л	71,3±1,3	69,9±2,3	< 0,05	69,7±1,7	27,2±2,1	< 0,001	< 0,001
Общий билирубин, мкмоль/л	24,8±0,7	18,8±0,7	< 0,05	24,7±0,1	6,1±0,8	< 0,001	< 0,001
Холестерин, мкмоль/л	5,3±0,7	4,3±0,2	> 0,05	4,8±0,1	3,1±0,2	< 0,006	< 0,005
Триглицериды, ммоль/л	3,8±0,4	2,8±0,2	< 0,05	3,7±0,5	0,8±0,1	< 0,001	< 0,05
ГГТП, Ед/л	17,1±0,8	17,1±0,8	15,5±0,7	18,1±0,5	3,2±0,1	< 0,001	< 0,005

имел тенденцию к снижению (статистически не достоверно;  $p > 0,05$ ). Курс лечения на основе фосфадитилхолина и тринатриевой соли глицерризиновой кислоты приводил к достоверному снижению уровня холестерина и триглицеридов в сыворотке крови в 1,5 и 1,3 раза соответственно.

Таким образом, столь разнообразный и разнонаправленный спектр гепатоцеллюлярной патологии при псориазе определяет выбор лекарственных препаратов, обладающих в полной мере широким профилем эффективности и безопасности. Разнообразие средств для лечения псориаза открывает перед дерматологами достаточно широкие возможности, позволяя подбирать оптимальные терапевтические схемы, учитывающие особенности течения заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, противопоказаний для назначения различных методов терапии, а также возможность комбинации различных методов терапии.

**Выводы.** Проведенное исследование свидетельствует о необходимости и обоснованности дальнейшего изучения влияния современных гепатопротекторов на взаимосвязь «печень – пораженные эпидермис и дерма» с использованием современных клинических и лабораторных методов исследования.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматовенерология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
2. Болевич, С.Б. Псориаз: современный взгляд на этиопатогенез / С.Б. Болевич, А.А. Уразалина // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2013. – № 2 (42). – С.202–206.
3. Кочергин, Н.Г. Последние тренды в лечении псориаза / Н.Г. Кочергин, Л.М. Смирнова // Лечащий врач. – 2011. – № 5. – URL: <https://www.lvrach.ru/2011/05/15435190/>
4. Олисова, О.Ю. Современные методы лечения псориаза / О.Ю. Олисова, Н.П. Теплюк, В.Б. Пинегин // Российский медицинский журнал. – 2017. – № 9. – С.483.
5. Health-related quality of life in patients with psoriasis / S. Jankovic, M. Raznatovic, J. Marinkovic [et al.] // J. Cutan. Med. Surg. – 2011. – Vol. 15 (1). – P.29–36.
6. Поиск ассоциаций с псориазом в локусе PSORS1 / В.Н. Азарова, И.В. Хамаганова, А.В. Поляков, Э.В. Натарова // Медицинская генетика. – 2003. – № 2 (8). – С.370–380.
7. Особенности наследования псориазической болезни на основе анализа родословных / Н.В. Кунгуров, Н.Н. Филимонкова, Э.Р. Бердникова, К.А. Чуверова // Современные проблемы дерматовенерологии иммунологии и врачебной косметологии. – 2009. – № 3. – С.67–73.

8. SNP rs11652075 in the CARD14 gene as a risk factor for psoriasis (PSORS2) in a Spanish cohort / L. González-Lara, P. Coto-Segura, A. Penedo [et al.] // DNA Cell Biol. – 2013. – Vol. 32 (10). – P.601–614.
9. Enamandram, M. Psoriasis epidemiology: the interplay of genes and the environment / M. Enamandram, A.B. Kimball // J. Invest. Dermatol. – 2013. – Vol. 133 (2). – P.287–289.
10. Zhu, K.J. Alcohol consumption and psoriasis: a systematic literature review // K.J. Zhu, C.Y. Zhu, Y.M. Fan // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2013. – Vol. 27, suppl 3. – P.30–35.
11. The dermatological consequences of obesity / A.M. Tobin, T. Ahern, S. Rogers [et al.] // Int. J. Dermatol. – 2013. – Vol. 52 (8). – P.927–932.
12. Meier, M. Clinical spectrum and severity of psoriasis / M. Meier, P.B. Sheth // Curr. Probl. Dermatol. – 2009. – Vol. 38. – P.1–20.
13. Guenther, L. Psoriasis comorbidities / L. Guenther, W. Gulliver // J. Cutan. Med. Surg. – 2009. – Vol. 13, suppl 2. – P.77–87.
14. Farley, E. Psoriasis: comorbidities and associations / E. Farley, A. Menter // G. Ital. Dermatol. Venereol. – 2011. – Vol. 146 (1). – P.9–15.
15. Gisondi, P. Psoriasis and atherothrombotic diseases: disease-specific and non-disease-specific risk factors / P. Gisondi, G. Girolomoni // Semin. Thromb. Hemost. – 2009. – Vol. 35 (3). – P.313–324.
16. Johnsson, H. Cardiovascular and metabolic risks in psoriasis and psoriatic arthritis: pragmatic clinical management based on available evidence / H. Johnsson, I.B. McInnes, N. Sattar // Ann. Rheum. Dis. – 2012. – Vol. 71 (4). – P.480–483.

## REFERENCES

1. Butov YS, Mordovtseva VV, Vasenova VY, Shmakova AS ed. Dermatovenerologiya; nacional'noe rukovodstvo; kratkoe izdanie [Dermatovenerology: national manual; executive summary]. Moskva: GEHOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media]. 2013; 896 p.
2. Bolevich SB, Urazalina AA. Psoriaz: sovremennyy vzglyad na etiopato-genez [Psoriasis: a modern view of etiopathogenesis]. Vestnik Rossijskoj voenno-medicinskoj akademii [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2013; 2 (42): 202–206.
3. Kochergin NG, Smirnova LM. Poslednie trendy` v lechenii psoriaza [Recent trends in the treatment of psoriasis]. Lechaschiy vrach [The attending physician]. 2011; 5: <https://www.lvrach.ru/2011/05/15435190/>
4. Olishova OY, Teplyuk NP, Pinegin VB, Sovremennyy`e metody` lecheniya psoriaza [Modern methods of psoriasis treatment]. Rossijskij medicinskij zhurnal [Russian Medical Journal]. 2017; 9: 483.
5. Jankovic S, Raznatovic M, Marinkovic J, Jankovic J, Kocev N, Tomic-Spiric V, Vasiljevic N. Health-related quality of life in patients with psoriasis. J Cutan Med Surg. 2011; 15(1): 29–36.
6. Azarova VN, Hamaganova IV, Polyakov AV, Natarova EhV. Poisk asociacij s psoriazom v lokuse PSORS1 [Search for associations with psoriasis at the PSORS1 locus]. Medicinskaya genetika [Medical Genetics]. 2003; 2 (8): 370–380.
7. Kungurov NV, Philimonkova NN, Berdnikova ER, Chuverova KA. Osobennosti nasledovaniya psoriaticheskoj bolezni na osnove analiza rodoslovnny`x [Aspects of Psoriasis Inheritance Based on Genealogy Analysis]. Sovremennyy`e problem` dermatovenerologii i immunologii i vrachebnoy kosmetologii [Modern problems of dermatology, venerology, immunology and medical cosmetology]. 2009; 3 (3): 67–73.

8. González-Lara L, Coto-Segura P, Penedo A, Eiris N, Díaz M, Santos-Juanes J, Queiro R, Coto E. SNP rs11652075 in the CARD14 gene as a risk factor for psoriasis (PSORS2) in a Spanish cohort. *DNA Cell Biol.* 2013; 32 (10): 601–614.
9. Enamandram M, Kimball AB. Psoriasis epidemiology: the interplay of genes and the environment. *J Invest Dermatol.* 2013; 133 (2): 287–289.
10. Zhu KJ, Zhu CY, Fan YM. Alcohol consumption and psoriasis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013; 27 (3): 30–35.
11. Tobin AM, Ahern T, Rogers S, Collins P, O’Shea D, Kirby B. The dermatological consequences of obesity. *Int J Dermatol* 2013; 52 (8): 927–932.
12. Meier M, Sheth PB. Clinical spectrum and severity of psoriasis. *Curr Probl Dermatol.* 2009; 38: 1–20.
13. Guenther L, Gulliver W. Psoriasis comorbidities. *J CutanMed Surg.* 2009; 13 (2): 77–87.
14. Farley E, Menter A. Psoriasis: comorbidities and associations. *G Ital Dermatol Venereol.* 2011; 146 (1): 9–15.
15. Gisondi P, Girolomoni G. Psoriasis and atherothrombotic diseases: disease-specific and non-disease-specific risk factors. *Semin Thromb Hemost.* 2009; 35 (3): 313–324.
16. Johnsson H, McInnes IB, Sattar N. Cardiovascular and metabolic risks in psoriasis and psoriatic arthritis: pragmatic clinical management based on available evidence. *Ann Rheum Dis.* 2012; 71 (4): 480–483.

© А.М. Муртазов, А.Г. Шогенов, А.А. Эльгаров, А.В. Кравцов, М.П. Макитова, Э.Р. Ашхотов, 2018

УДК [616.12-008.331.1-06:616.891]-057.36-085

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).57-62

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**МУРТАЗОВ АЛЬБЕРТ МУХАРБЕКОВИЧ**, канд. мед. наук, начальник Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кабардино-Балкарской Республике», подполковник внутренней службы, Россия, 360000, Нальчик, ул. М. Горького, 7, тел. 8-928-711-44-10

**ШОГЕНОВ АХМЕД ГИСОВИЧ**, канд. мед. наук, начальник ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кабардино-Балкарской Республике», полковник внутренней службы, 360000, Россия, Нальчик, ул. М. Горького, 7, тел. (8662) 44-28-11

**ЭЛЬГАРОВ АНАТОЛИЙ АДАЛЬБИЕВИЧ**, докт. мед. наук, профессор, врач-терапевт поликлиники ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кабардино-Балкарской Республике», Россия, 360000, Нальчик, ул. М. Горького, 7, тел. 8-928-589-58-58

**КРАВЦОВ АЛЕКСАНДР ВЛАДИСЛАВОВИЧ**, канд. психол. наук, зам. начальника Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кабардино-Балкарской Республике», майор внутренней службы, Россия, 360000, Нальчик, ул. М. Горького, 7, тел. 8-928-913-57-82

**МАКИТОВА МАРИАННА ПАТАХОВНА**, зам. начальника ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кабардино-Балкарской Республике», старший лейтенант внутренней службы, Россия, 360000, Нальчик, ул. М. Горького, 7, тел. 8-928-700-27-27

**АШХОТОВ ЭЛЬБЕРД РУДОЛЬФОВИЧ**, канд. мед. наук, начальник Госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кабардино-Балкарской Республике», майор внутренней службы, Россия, 360000, Нальчик, ул. М. Горького, 7, тел. 8-928-709-20-76

**Реферат.** Рассматриваются актуальные вопросы медико-психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел. **Цель работы** – установить эффективность диагностики и фармакотерапии у сотрудников органов внутренних дел с пограничными нервно-психическими расстройствами и артериальной гипертонией, их влияние на уровень профессиональной работоспособности. **Материал и методы.** Осуществлено клиническое обследование 604 сотрудников органов внутренних дел 1-й, 2-й и 3-й групп предназначения в возрасте 23–55 лет, имеющих стаж службы 2 года и более до и после проведенных профилактических и индивидуально-реабилитационных мероприятий. **Результаты и их обсуждение.** Благодаря поэтапно осуществляемой адаптации в ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кабардино-Балкарской Республике» у сотрудников полиции со стресс-индуцированными расстройствами и артериальной гипертонией установлена положительная динамика значимых психофизиологических параметров и клинико-динамических показателей здоровья на фоне интегрированной фармакотерапии. На основе проведенного анализа полученных результатов исследования, вероятно, возможно расширение уровня внедрения и активного использования современных технологий Центра психофизиологической диагностики в оценке эффективности лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных мероприятий (интегрированной фармакотерапии, школы здоровья МСЧ) в ведомственном здравоохранении. **Выводы.** Осуществляемый системный комплекс мероприятий по реализации медико-психологической реабилитации следует считать эффективной реабилитационно-восстановительной программой в рамках организации медико-психологического сопровождения, обеспечивающего профессиональное долголетие у сотрудников органов внутренних дел.

**Ключевые слова:** современные подходы и перспективы реабилитации, мониторинг, интегрированная фармакотерапия, уровень профессиональной работоспособности, профессиональное долголетие, сотрудники полиции.

**Для ссылки:** Современные подходы и перспективы реабилитации сотрудников органов внутренних дел с коморбидными психосоматическими расстройствами / А.М. Муртазов, А.Г. Шогенов, А.А. Эльгаров [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 4. – С.57–62. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).57-62.