

---

**«ГЛЮТАМАКС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА**

---

*Шакирова А.Т., Койбагарова А.А., Калыбекова Г.М., Кожанов А.С.  
КТМА им. И.К. Ахунбаева,  
МУК,  
Бишкек*

**"GLUTAMAX" IN THE COMPLEX TREATMENT OF PSORIASIS**

*Shakirova A.T., Koibagarova A.A., Kozhanov A.S., Kalybekova G.M.,  
I.K. Akhunbaev KAMA,  
ISM,  
Bishkek*

**АННОТАЦИЯ**

В статье представлен опыт применения препарата Глютамакс в системном лечении распространенных форм псориаза. Больные находились под наблюдением в течение 6 мес. После использования отмечаются быстрый регресс высыпаний, хорошая переносимость, снижение уровня биохимических показателей крови.

**ABSTRACT**

The article presents the experience of using Glutamax in the systemic treatment of common forms of psoriasis. The patients were followed up for 6 months. After use, there is a rapid regression of rashes, good tolerance, a decrease in the level of blood biochemical parameters.

**Ключевые слова:** псориаз, печень, лечение, гепатопротектор, глутатион.

**Key words:** psoriasis, liver, treatment, hepatoprotector, glutathione.

**Введение.** Псориаз – хронический дерматоз, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалением в дерме, патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и нервной системы. Им болеют 1-5% населения. Доля псориаза среди амбулаторных больных дерматологического профиля составляет около 5%, а в структуре дерматологической заболеваемости – около 40% (2,3,6,7).

Широкое распространение заболевания, клиническое разнообразие, часто повторяющиеся рецидивы, нередкое поражение всей кожи, костно-суставного аппарата, зачастую системные явления - все это приводит к длительной утрате трудоспособности (иногда - инвалидности) и сопровождается значительными экономическими потерями. Эти аспекты привлекают внимание не только дерматологов, но и врачей других специальностей: иммунологов, генетиков, гастроэнтерологов, гепатологов, стоматологов и др. (6,13).

При псориазе как при системных процессах наблюдаются изменения функционального состояния внутренних органов, в частности гепатобилиарной системы. В связи с этим с особой остротой встает вопрос, носят ли висцеральные функциональные и органические изменения первичный характер или являются усугублением специфического патологического процесса какого-либо внутреннего органа.

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 центр 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 (1-9).

К основным синдромам повреждения гепатобилиарной системы у больных псориазом относят цитолиз, холестаз, печеночно-клеточную недостаточность и др. (6,8).

Современные исследования свидетельствуют о сочетании псориаза и различных нарушений гепатобилиарной системы, поскольку патология печени и желчных путей может инициировать и усугублять выраженность эндотоксикоза, воспаления, иммунный дисбаланс поддерживает процессы регенерации во всех системах в целом, в коже в частности [2,4,6]. Иммунные нарушения при псориазе и заболеваниях печени в большинстве случаев носят вторичный характер в результате индукции иммунного ответа различными инициальными механизмами, обуславливающими самостоятельность патогенеза каждого из заболеваний.

Ряд авторов подчеркивают необходимость диагностирования и санации патологии печени и билиарной системы у больных псориазом для оптимизации проведения стандартной антипсориазической терапии и предотвращения нежелательных побочных эффектов (2,5).

Спектр гепатоцеллюлярной патологии при псориазе определяет выбор лекарственных препаратов, обладающих в полной мере широким профилем эффективности и безопасности. Учитывая проблему полипрагмазии, необходимо найти препарат, терапевтическими мишенями

которого являются звенья патогенеза как псориаза, так и заболеваний печени. Таковыми в настоящее время принято считать гепатопротекторы (4,7).

**Цель исследования** – определить эффективность препарата Глютамакс в комплексном лечении псориаза.

Глютамакс содержит L-глутатион, альфа-липоевую кислоту (тиоктовая), аскорбат натрия. Это гепатопротектор, препарат с антиоксидантным, гепатопротекторным и гиполипидемическим действиями. Относится к дезинтоксикационным и метаболическим средствам.

**Глутатион** представляет собой линейный трипептид с сульфгидрильной группой, в состав которого входят L-глутамин, L-цистеин и глицин. Он играет важную функцию в защите клеток организма, являясь сильным антиоксидантом. В организме человека нехватка глутатиона ведет к возникновению многих болезней, таких как болезнь Паркинсона, тирозинемия I типа, отравление алкоголем и другие. Это - эндогенная субстанция с наименьшим количеством побочных эффектов в сравнении с натуральными экстрактами или синтетическими препаратами. В организме выполняет роль антиоксиданта, детоксиканта. Восстановленный глутатион является 3-х пептидной молекулой, состоящей из глицина, цистеина, глутамата. Восстановителем здесь является тиольная группа цистеинового остатка, отвечающая за детоксикацию и восстановление окислившихся соединений.

Глутатион содержится во всех органах и тканях с наибольшей концентрацией в печени (гепатоциты вырабатывают глутатион). В случаях повреждения клеток печени концентрация глутатиона резко снижается, особенно в клетках крови (эритроцитах). Неконтролируемое распространение токсичных радикалов вызывает больше клеточных повреждений, чем само заболевание. Пероксидный стресс участвует в возникновении генерализованных изменений: нарушает проницаемость капилляров и тканевую диффузию, что характерно для полиорганной недостаточности. Развитие заболеваний находится в пропорциональной зависимости от количества глутатиона в организме.

В случаях с заболеваниями печени, повреждения ее являются последствием, вызванным пероксидным стрессом. Благодаря восстановлению динамики окислительно-восстановительного баланса, глутатион разрывает порочный круг в повреждении клеток печени. Его применение приводит к значительному снижению нарушений функций печени: существенно снижаются клинические симптомы, улучшаются биохимические показатели.

Таким образом, глутатион улучшает стабильность клеточной мембраны, защищает мембрану клеток печени, увеличивает активность ферментов и печени и способствует детоксикации и восстановительной активности печени путем уничтожения свободных радикалов.

**Липоевая кислота** представляет собой эндогенный антиоксидант, связывающий свободные радикалы.

**Тиоктовая (α-липоевая)** кислота участвует в митохондриальном обмене веществ клетки, она выполняет функцию коэнзима в комплексе превращения веществ, обладающих выраженным антиоксидантным действием. Они защищают клетку от реактивных радикалов, возникающих при промежуточном обмене веществ или при распаде экзогенных чужеродных веществ, и от тяжелых металлов. Она проявляет синергизм по отношению к инсулину, что связано с повышением утилизации глюкозы.

При приеме внутрь быстро и полностью всасывается из ЖКТ. С тах достигается через 30 мин после приема и составляет 4 мкг/мл.

**Материал и методы исследования** - под нашим наблюдением находилось 26 пациентов (10 женщин и 16 мужчин) с диагнозом «Распространенный псориаз», из них 5 – с эритематозной формой, 4 – с псориазическим артритом. Средний возраст пациентов в среднем 48,2 года, длительность заболевания –  $4,7 \pm 6,5$  года. Пациенты первоначально находились на стационарном лечении, затем наблюдались амбулаторно. У 32% пациентов в анамнезе отсутствовали сопутствующие заболевания. В остальных случаях имели место различные сочетания патологий гепатобилиарной системы, сердечно-сосудистых заболеваний, метаболических нарушений (сахарный диабет, дислипидемия). Среди нарушений со стороны гепатобилиарной системы преобладали гепатит С (2 пациента), жировой гепатоз (8 пациентов) и хронический холецистит (16 пациентов). На фоне комплексной терапии (7 больных - получали метотрексат 10 мг один раз в день с постепенным снижением дозы, 19 - раствор гемодеза 400,0 в/в капельно № 5, раствор глюконата кальция 10% – 10,0 в/м № 10), всем больным был назначен гепатопротектор Глютамакс по две капсулы три раза в день в течение 4 недель, затем по 1 капсуле 3 раза в день – 4 недели.

Результаты биохимического анализа крови 26 пациентов, проведенного до начала терапии, показали у 27,6% больных - повышение уровней аланинаминотрансферазы (АлТ) и аспаратаминотрансферазы (АсТ), у 37% обследованных – увеличение щелочной фосфатазы (ЩФ). Уровни креатинина и общего билирубина в крови также превышали нормальные значения у 34,5% пациентов. В 72,4% случаев имел место повышенный уровень холестерина с увеличением уровня липопротеидов низкой плотности.

На фоне применения комплексной терапии Глютамаксом отмечался интенсивный регресс высыпаний: уменьшение шелушения, инфильтрации. К 20-му дню высыпания полностью разрешились, оставив пигментные пятна. Наблюдение в течение восьми недель лечения показало отсутствие свежих высыпаний.

Положительная динамика PASI также подтвердила эффективность комплексной терапии.

Необходимо отметить, что только два пациента обратились повторно со свежими проявлениями псориаза через три месяца после окончания терапии, что можно объяснить сопутствующей патологией (гепатит С и дислипидемия). У остальных пациентов не зафиксировано обострения псориаза в течение шести месяцев по завершении лечения. Кроме того, за период наблюдения у всех пациентов не зарегистрировано нежелательных явлений на фоне приема Глютамакса, в том числе повышения артериального давления и отеков. Повторный анализ крови на 14-й день лечения - показал снижение биохимических показателей крови, спустя 3 мес. - у всех пациентов с повышенным содержанием АлТ, АсТ, ЩФ, общего билирубина наблюдались значения, в среднем превышающие норму не более чем на 10%. У пациентов снизился уровень холестерина в крови, что могло быть связано с нормализацией функций печени.

**Выводы.** Таким образом, Глютамакс, включенный в комплексную терапию псориаза, продемонстрировал хорошую эффективность в отношении кожных проявлений псориаза (увеличение межрецидивного периода, улучшение динамики биохимических маркеров патологии печени), высокий уровень безопасности и удобный прием для закрепления положительной динамики на амбулаторном этапе после выписки из стационара.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Катунина О.Р. Иммунная система кожи и ее роль в лечении псориаза. *Вестн дерматол и венерол* 2005; 1: 19—23.
2. Кунгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориатическая болезнь. Екатеринбург: Изд. Уральского университета 2002.
3. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Николас Дж. Ф. и др. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии. *Вестн дерматол и венерол* 2010; 1: 35—47.
4. Кубанова А.А. Клинические рекомендации. *Дерматовенерология*. М 2007.
5. Krueger J.G., Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 30—36.
6. Сторожаков Г.И., Байкова И.Е. Глицирризин в лечении хронических вирусных гепатитов. *Клин фармакол и тер* 2000; 9: 39—41.
7. Menter A., Griffiths C.E. Current and future management of psoriasis. *Lancet* 2007; 370: 272—284.
8. Nickoloff B.J., Nestle F.O. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Clin Invest* 2004; 15: 1664—1675.
9. Филимонкова Н.Н. Псориатическая болезнь: клиничко-иммунологические варианты, патогенетическое обоснование дифференцированной терапии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск 2001.

---

## ADHESIVE ILEUS – PREVENTION METHODS. OUTCOMES AND IMPORTANCE OF PREVENTION.

---

**Dekova Irina Angelova**

*M.D., As. Prof. at the Department of Surgical Diseases, MU Pleven, Surgeon at Abdominal and Visceral Surgery Department at UMHAT “Georgi Stranski” Pleven.*  
 ORCID: 0000-0003-1400-2480

**Racheva Valeriya**

*M.D., As. Prof. at the Department of Clinical Laboratory, MU Pleven, Clinical laboratory scientist at UMHAT “St. Marina” Pleven.*  
 ORCID: 0000-0001-7777-7713

**Tranchev Lazar Valeriev**

*Medical Student at Medical University – Pleven.*  
 ORCID: 0000-0002-8703-0514

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2022.4.101.1736

## ABSTRACT

Adhesive ileus is a common disease. A prerequisite for its development is previous surgical intervention in 90% and the presence of an experienced inflammatory process or blunt trauma. The percentage of congenital abdominal adhesions (Ladd's syndrome) is extremely small. The presence of adhesive disease is a prerequisite for a number of social and economic complications. The analysis of the accumulated knowledge is the basis of developing strategies for prophylaxis and prevention against adhesion formation in the early and late postoperative period.

**Keywords:** adhesive ileus, adhesion, postoperative complications, prevention of adhesion formation, prevention of adhesion formation.

## Introduction

Adhesive ileus is a disease resulting from connective tissue adhesions in the abdominal cavity. It

is most often observed in patients after surgical interventions (97%) or in those after inflammatory processes or trauma in the abdominal cavity. The