



Т.О. Литинська

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Київ

Сучасні підходи до включення препаратів високої метаболічної активності до схем комплексної терапії хворих на хронічні дерматози

Ключові слова

Хронічні дерматози, коферменти, метаболічні процеси, «Кокарніт».

До другої половини XIX сторіччя вважали, що цінність продуктів харчування визначається лише вмістом білків, жирів, вуглеводів, мінеральних речовин та води. Такої точки зору дотримували видатні фізіологи того часу Петтенкофер, Фойт і Рубнер [9]. Проте трагічні наслідки тривалих морських та суходільних мандрів, коли за достатньої кількості їжі люди гинули від цинги, ставили питання перед вченими: яких складових бракує в цих продуктах?

Перший крок до відповіді на це запитання датується 1880 роком, коли російський вчений М.Л. Лунін, вивчаючи роль мінеральних речовин, зробив висновок, що в продуктах харчування «...содержатся еще другие вещества, незаменимые для питания». Попри те, що ці речовини, як наголошував М.Л. Лунін, містяться в їжі у мізерній кількості, вони є життєво необхідними [3].

У 1889 році голландський лікар Х. Ейкман довів, що хворобу бері-бері в курей спричинює неповноцінний раціон. У подальшому це сприяло відкриттю вітамінів, за яке Х. Ейкман разом з Ф. Хопкінсом у 1929 році здобув Нобелівську премію [3]. В 1911 року польський вчений К. Фук вилучив кристалічну речовину (в подальшому виявилася сумішшю вітамінів), незначна доза якої усувала вияви бері-бері. До складу «цієї речовини» входив азот, тому препарат дістав назву «вітамайн» (Vitamine), від латинського *vita* — життя та англійського *amine* — амін, «життєвий амін». У 1920 році Дж. С. Драммонд запропонував прибрати літеру «е» з *vitamine*,

оскільки нещодавно відкритий вітамін С не містив амінового компонента. Так «вітамайки» стали «вітамінами». З часом з'ясувалося, що до складу більшості вітамінів не входять аміногрупи, проте термін уже став загальноновизнаним [9]. Протягом наступних двадцяти років було відкрито більшість відомих сьогодні вітамінів, розшифровано хімічну молекулярну структуру та розпочато наукове вивчення їхньої ефективності при різних хворобах, зокрема і дерматологічних [8].

Незважаючи на суперечливість даних літератури щодо патогенезу більшості хронічних дерматозів (ХД), зокрема псоріазу, атопічного дерматиту, червоного вовчака, обмеженої склеродермії (ОС), колоподібного облісіння (КО), екземи, червоного плоского лишая, спільним для більшості дослідників [2, 4, 5, 8] є визнання безумовної ролі в їхньому розвитку порушень рівня вітамінів та їхніх коферментних форм.

Вітаміни, потрапляючи в організм ззовні, перетворюються на коферменти: вітамін В₁ — на кокарбоксілазу, вітамін В₆ — на піридоксальфосфат, В₁₂ — на кобаламід чи оксикобаламін тощо. З'єднуючись з відповідними білками, ці коферменти утворюють ферменти, які є біокаталізаторами хімічних реакцій, та відповідають за побудову і постійне оновлення живих структур організму, перетворення енергії та регулювання обміну речовин [1, 11].

Як свідчать численні дослідження вітчизняних і закордонних авторів, у хворих на ХД заз-

вичай визначається нормальний рівень вітамінів та значно знижений — коферментів, тобто спостерігається порушення коферментоутворювальної функції [1,11]. Крім того, зниження рівня коферментів, переважно групи В, спричинюють психоемоційне перенапруження, тривалий стрес, зловживання алкоголем, старечий вік, хронічні соматичні та гострі вірусні захворювання [1, 2, 5, 6, 10]. Саме такі патологічні стани своєю чергою зумовлюють запуск, підтримання та перманентний рецидив більшості хронічних дерматозів [1, 8, 10, 11].

У зв'язку з цим хворим на ХД доцільно призначати водночас із вітамінами їхні коферментні форми (кокарбоксілазу, піридоксальфосфат), які, минаючи стадію біотрансформації, безпосередньо включаються у процеси регулювання обміну речовин.

На фармацевтичному ринку щороку з'являються принципово нові медичні препарати і виявляються раніше невідомі властивості у добре відомих і тривалий час використовуваних у клінічній практиці медичних засобів.

Перспективним, на думку багатьох дослідників, зокрема і нашу, є пошук та запровадження в різні галузі медицини нових ефективних і безпечних препаратів, які поєднують окремі вітаміни, коферменти й метаболічні речовини з урахуванням їхньої сумісності, фармакодинамічних властивостей тощо [11, 12].

Сучасним препаратом, що відповідає цим вимогам, є багатокомпонентний препарат «Кокарніт» (World Medicine), який містить оптимально високі та збалансовані дози вітамінів групи В, коферментів та метаболічних речовин, має мінімальну кратність введення [7, 12]. «Кокарніт» позитивно впливає на метаболічні, репаративні процеси, поліпшує трофіку органів і тканин, має анальгезувальний, судинорозширювальний ефекти, сприяє усуненню синдрому хронічної втоми. Препарат має широкий спектр дії, використовується для лікування різних патологічних станів — від захворювань нервової системи, серцево-судинних, ендокринних хвороб до депресії, поліартритів, очних хвороб, також доведена його ефективність при оперізувальному лишай, невритах, міалгії, ішіалгії, люмбаго, радикуліті, бурситі, ішемічній хворобі серця, міокардиті [3, 6, 7, 10].

Універсальність «Кокарніту» зумовлена його складом. До препарату входить нікотинамід (20 мг), кокарбоксілаза (50 мг), цианкобаламін (0,5 мг), динатрію аденозинтрифосфат (10 мг) та допоміжна речовина — гліцин (100 мг). Нікотинамід (вітамін В₃, вітамін РР) за будовою подібний до нікотинової кислоти, є важливим

компонентом кодегідрогенази І (НАД) та ІІ (НАДФ), бере участь в окиснювально-відновних процесах у клітині, тканинному диханні, гліколізі, поліпшує метаболізм жирів, протеїнів, амінокислот, пуринів, знижує рівень атерогенних ліпопротеїнів у крові. Не має явного судинорозширювального ефекту, при його застошуванні не спостерігається почервоніння шкіри, відчуття «приливу». Кокарбоксілаза (кофермент вітаміну В₁) входить до складу ферменту кокарбоксілази, що каталізує карбоксилювання й декарбоксилювання α -кетокислот, відіграє важливу роль у вуглеводному обміні, опосередковано сприяє синтезу нуклеїнових кислот, білків і ліпідів. Знижує в організмі рівень молочної і піровиноградної кислот, сприяє засвоєнню глюкози. Цианкобаламін (вітамін В₁₂) потрібний для нормального функціонування кровотворних органів, підвищує здатність тканин до регенерації, синтезу і накопичення білка в організмі, активізує обмін вуглеводів і ліпідів, знижує рівень холестерину в крові, запобігає жировій інфільтрації печінки. Динатрію аденозинтрифосфат (АТФ) є складовою всіх органів і тканин людини. Головна функція АТФ пов'язана із забезпеченням енергією численних біохімічних реакцій, АТФ покращує передачу нервових імпульсів у синапсах, сприяє підвищенню функціональної активності м'язів, стимулює метаболічні процеси. Гліцин (замінна амінокислота, природний метаболіт) є нейромедіатором гальмівного типу дії та регулятором метаболічних процесів у центральній нервовій системі, зменшує психоемоційне напруження, виявляє нейропротекторну, антистресову, седативну дію, поліпшує метаболізм мозку, нормалізує сон, сприяє знешкодженню токсичних продуктів окиснення етилового спирту.

Високі терапевтичні дози складових «Кокарніту» визначають можливість зменшення кратності введення (кількість ін'єкцій) препарату, а лідокаїн, який використовується як розчинник, запобігає суб'єктивним відчуттям при ін'єкційному введенні препарату.

Мета роботи — розробити нові та вдосконалити існуючі методи лікування хворих на ХД шляхом включення до комплексної терапії багатокомпонентного препарату «Кокарніт», що дасть змогу підвищити ефективність лікування, а також знизити частоту рецидивів.

Матеріали та методи

На кафедрі дерматології та венерології НМУ ім. О.О. Богомольця було обстежено і проліковано 48 хворих на хронічні дерматози (псоріаз діагностовано у 24 (50 %) хворих, колоподібне

облисіння — у 9 (18,8 %), дифузне облисіння — у 7 (14,5 %), обмежену склеродермію — у 8 (16,7 %). У дослідженні взяли участь пацієнти віком від 32 до 56 років, з них жінок — 20 (42 %), чоловіків — 28 (58 %), тривалість захворювання — від 2 до 32 років.

Анамнестично уточнювали дані стосовно тривалості захворювання, можливих причин і обставин, які передували його виникненню і розвитку, перенесених і супутніх захворювань, а також щодо наявності чи відсутності ремісії, приділяли увагу побутовим умовам життя і праці хворих, режиму й характеру харчування. Слід зазначити, що 6 (12,5 %) пацієнтів зловживали алкоголем.

Усім хворим проведено дворазове клініко-лабораторне обстеження — до та після лікування, яке включало загальноклінічні аналізи, біохімічне дослідження крові, УЗД, консультації фахівців суміжних спеціальностей (гастроентерологів, хірургів, неврологів, стоматологів).

Результати та обговорення

За характером клінічного перебігу вульгарний псоріаз діагностовано у 18 (75 %) хворих, артропатичний — у 6 (25 %), з них — у 17 (71 %) була стаціонарна стадія, у 7 (29 %) — стадія регресу, у всіх пацієнтів спостерігався осінньо-зимовий тип захворювання. Оцінку клінічного стану пацієнтів із псоріазом здійснювали за допомогою індексу PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Суб'єктивно: хворі на артропатичний псоріаз скаргилися на скутість і біль у ділянці суглобів.

У всіх хворих на обмежену склеродермію, облисіння (колоподібне, дифузне) визначалася стадія прогресування процесу з відповідними об'єктивними та суб'єктивними ознаками хвороби.

Крім того, всі обстежені хворі вказували на поганий психоемоційний стан, роздратованість, швидку втомлюваність, перепади настрою.

Оскільки метою роботи було вдосконалення методів лікування хворих на ХД, що дасть змогу підвищити ефективність терапії і знизити частоту рецидивів, шляхом включення до комплексної терапії препарату «Кокарніт», усіх пацієнтів перед лікуванням було розподілено на дві рівноцінні клінічні групи. За клінічною картиною, тривалістю дерматозу та наявністю супутніх захворювань склад основної та порівняльної груп суттєво не відрізнявся.

Хворим основної (28 пацієнтів) та порівняльної (20 пацієнтів) груп було призначено базову терапію, яка включала санацію вогнищ хронічної інфекції (за потреби), антигістамінні, судинні препарати, місцеву терапію, фізіотерапевтичне лікування. Слід зазначити, що базове лікування

при обмеженій склеродермії (основна та порівняльна групи) передбачало прийом антибіотиків.

Крім того, всім хворим основної групи було призначено багатокомпонентний препарат «Кокарніт» по 2 мл (1 ампула) внутрішньом'язово, № 9–12 через день.

Терапевтичну ефективність лікування оцінювали за найближчими та віддаленими його результатами. Враховували ступінь і терміни усунення клінічних виявів дерматозу (об'єктивних і суб'єктивних) та частоту рецидивів після закінчення лікування.

В результаті комплексного лікування у хворих основної групи скоріше і в більшому обсязі відбувався регрес патологічного процесу, ніж у хворих порівняльної групи. Так, при вульгарному псоріазі (основна група) на початку і в процесі терапії лущення та інфільтрація в вогнищах ураження значно зменшились, а після лікування інфільтрація була незначною і лише по периферії пляшок, індекс PASI у них знизився на 60–70 %.

У хворих з артропатичною формою псоріазу поряд з регресом висипу на шкірі зменшилися біль, скутість і запалення суглобів, спостерігалось поліпшення їхньої функції.

У хворих порівняльної групи регрес захворювання відбувався значно повільніше, зниження індексу PASI було незначним, позитивної динаміки при артропатичній формі псоріазу практично не спостерігалось.

У хворих на колоподібне та дифузне облисіння в результаті комплексного лікування (основна група) скоріше припинилося довільне випадіння волосся та почався ріст пушкового волосся, ніж у порівняльній групі; у хворих на обмежену склеродермію (основна група) раніше припинилася поява нових висипів та їхній периферичний ріст, зник бузковий відтінок по периферії вогнищ та зменшилася щільність шкіри у вогнищах ураження.

Крім того, в більшості хворих основної групи у процесі та по закінченні лікування поліпшувався загальний стан, відновлювався апетит, зникали або зменшувалися вияви астеновегетативного синдрому — хворі перестали скаргитися на головний біль, слабкість, підвищену втомлюваність, психоемоційну лабільність. Таких зрушень у порівняльній групі не було.

Після лікування у стаціонарі хворі перебували на диспансерному обліку. Рецидиви спостерігались у 5 (17,9 %) хворих основної групи проти 8 (40 %) пацієнтів порівняльної групи.

Висновки

Таким чином, включення багатокомпонентного препарату «Кокарніт» до комплексної терапії

хворих на ХД забезпечує підвищення ефективності лікування та зменшення частоти рецидивів. Перевагами є те, що після лікування усувалися або зменшувалися вияви астеновегетативного

синдрому (хворі перестали скаржитися на головний біль, слабкість, підвищену втомлюваність, зниження фізичної та розумової працездатності, порушення сну, психоемоційну лабільність).

Список літератури

1. Белкина Е.А. и др. О дефиците некоторых витаминов группы В у больных псориазом, злоупотребляющих алкоголем // Журн. вестн. последиплом. образования.— 2004.— № 3—4.— С. 44.
2. Белозоров А.П. Современные аспекты иммунопатологии псориаза // Журн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 2.— С. 7—11.
3. БМЭ / Под ред. Б.В. Петровского, 1986.— Т. 27.— С. 1640.
4. Дравица Л.В., Ребенок Н.А., Стасевич Е.В. Нейропротекторная эффективность препарата Кокарнит у больных с открытоугольной глаукомой // Офтальмология.— 2010.— № 3.— С. 17—19.
5. Кожные и венерические болезни / Под ред. Ю.К. Скрипкина.— М.: Медицина, 1995.— Т. 4.— 576 с.
6. Лечение кожных болезней / Под ред. А.Л. Машкиллейсона.— М.: Медицина, 1990.— 560 с.
7. Литвиненко Л.А., Короленко Г.Г. Использование кокарнита в комплексном лечении диабетической полинейропатии // Мед. новости.— 2009.— № 3.— С. 87—88.
8. Отроков А.Н. Лечебное применение витаминов В1, В2, и РР у больных зудящими дерматозами в пожилом и старческом возрасте: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1974.— 18 с.
9. Рациональная витаминпрофилактика и витаминотерапия / Под ред. Г.В. Донченко, А.П. Викторова, О.В. Курченко— К.: Здоров'я, 2008.— 407 с.
10. Тищенко Л.Д. Нарушения витаминного статуса и факторы риска развития гиповитаминозных состояний у больных при некоторых дерматозах: Дис. ...д-ра мед. наук.— М., 1999.— 31 с.
11. Тищенко Л.Д., Бучина О.В. Рациональная витаминотерапия больных красной волчанкой // Рос. журнал кожных и венерических болезней.— 2001.— № 4.— С. 40—42.
12. Трисветова Е.Л., Лихачева А.Е. Кокарнит — новый комплекс метаболитических веществ // Мед. новости.— 2008.— № 10.— С. 55—56.

Т.А. Литинская

Современные подходы к использованию препаратов высокой метаболической активности в комплексной терапии больных хроническими дерматозами

Комплексная терапия, включающая применение многокомпонентного препарата «Кокарнит», в состав которого входят высокие и сбалансированные дозы витаминов группы В, коферменты и метаболитические вещества, на фоне традиционной терапии обеспечивает значительное повышение эффективности лечения, снижение количества рецидивов у больных хроническими дерматозами.

Т.А. Lytynska

Modern approaches to the use of drugs with high metabolic activity in complex therapy of patients with chronic dermatosis

Comprehensive therapy which includes application of multicomponent cocarnit, consisting of high and balanced doses of «B» group vitamins, co-ferments and metabolic substances with the traditional therapy, provides significant improvements in the effectiveness of treatment, reduction in the number of relapses in patients with chronic dermatosis.