

Т.А. Литинская

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

## Оценка эффективности препарата «Энерлив®» в терапии хронически протекающих заболеваний кожи

В статье представлены данные обследования и лечения больных на наиболее распространенные хронические дерматозы (псориаз, микробная экзема). В 90,5 % обследованных пациентов наблюдались сопутствующие заболевания органов пищеварения (функциональная диспепсия, рефлюксная болезнь, патология гепатобилиарной системы, хронический панкреатит).

Был разработан комплексный метод терапии больных хроническими дерматозами с использованием препарата «Энерлив®».

Предложенный метод терапии с учетом сопутствующей патологии органов пищеварения обеспечивает значительное повышение эффективности лечения и снижения частоты рецидивов. Следует отметить, что после лечения устранялись или уменьшались диспептические явления, болевой и астеновегетативный синдромы. Нежелательные реакции или осложнения при назначении комплексной терапии с включением препарата «Энерлив®» больным хроническими дерматозами не отмечались.

### Ключевые слова

Хронические дерматозы, гепатобилиарная система, гепатопротекторы, фосфолипиды, «Энерлив®».

Решение проблемы рациональной терапии хронически протекающих воспалительных заболеваний кожи является актуальной задачей современной дерматологии. Среди разнообразных причин, которые влияют на характер и тяжесть течения этих заболеваний, существенное значение имеет сопутствующая патология органов пищеварения. При этом у больных хроническими дерматозами (ХД) ведущее место в структуре гастроэнтерологической патологии занимают заболевания гепатобилиарной системы [6–8]. Вовлечение ее в патологический процесс у больных ХД является общеизвестным и признанным фактом [2, 9]. Преимущественно это ХД с окончательно неустановленными этиологией и патогенезом, которые характеризуются рецидивирующим течением, длительным сроком заболевания, а также резистентностью к традиционной терапии [14, 15]. Сочетанная патология гепатобилиарной системы и разнообразных заболеваний кожи (псориаз, атопический дерматит, экзема) составляет от 46 до 86 % [12]. При этом в подавляющем большинстве случаев отмечается синдром взаимного отяго-

щения, который значительно снижает эффективность лечения и качество жизни пациентов [6, 8]. Патологию гепатобилиарной системы часто регистрируют у больных псориазом, что объясняется влиянием не только основного заболевания, а и длительной агрессивной медикаментозной терапией, которая часто применяется для лечения тяжелых форм псориаза.

Соответствующие клинические наблюдения стали основанием для многочисленных научных исследований, посвященных изучению функционального состояния гепатобилиарной системы у больных ХД [9, 14]. Согласно результатам этих работ, у подавляющего большинства больных ХД отмечается повышение активности индикаторных печеночных ферментов (АлАТ та АсАТ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), а также изменение уровня холестерина сыворотки крови [6–8]. Доказана связь между степенью нарушения уровня ферментов, липидов, холестерина и тяжестью течения ХД, длительностью периодов ремиссии, рефрактерностью к традиционному лечению [15, 22]. При этом более существенные

биохимические нарушения регистрируются у пациентов с тяжелыми клиническими формами ХД, а также при прогрессировании патологического процесса, присоединении осложнений. У больных псориазом на фоне цитолитического и холестатического синдромов происходит активация процессов колагенообразования, усиленное превращение липоцитов в липофиброциты и, как следствие, фибротизация печени [15], что в свою очередь обуславливает тяжелое, непрерывно рецидивирующее течение дерматоза.

Таким образом, возникает необходимость оптимизации терапии больных хроническими дерматозами с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы, что позволит повысить эффективность лечения, снизить частоту рецидивов, а также обеспечит нормализацию и профилактику функциональных нарушений печени, уменьшит риск развития побочных реакций при назначении системного лечения.

Цель работы — разработка новых и усовершенствование существующих методов лечения больных хроническими дерматозами с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы, что позволит повысить эффективность лечения, а также снизить частоту рецидивов.

### Материалы и методы

Под наблюдением находились 42 больных хроническим дерматозом, среди которых вульгарный псориаз диагностирован у 26 (62 %), микробная экзема — у 16 (38 %). Мужчин в исследовании было 20 (48 %), женщин — 22 (52 %) в возрасте от 25 до 65 лет, длительность заболевания колебалась от 2 до 40 лет.

Пациентам проведено клинико-лабораторное обследование (до и после лечения), включающее общеклинические анализы, биохимическое исследование крови, УЗИ, а также консультации гастроэнтеролога, хирурга, стоматолога, невролога и других специалистов смежных специальностей.

### Результаты и обсуждение

У больных вульгарным псориазом, микробной экземой процесс носил распространенный характер, отмечалось прогрессирование заболевания. Больных беспокоил зуд различной степени интенсивности (незначительный — при псориазе, выраженный — при микробной экземе).

На основании данных клинико-лабораторных обследований с привлечением смежных специалистов (гастроэнтерологов, хирургов, стоматологов, неврологов и др.), данных УЗИ у 42 (100 %) больных хроническим дерматозом диагностированы сопутствующие хронические заболевания, причем у 38 (90,5 %) из них выявлена

Таблица 1. Сопутствующие заболевания органов пищеварения у больных хроническими дерматозами

Нозология	Количество больных
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	16
Диспепсия	9
Хронический холецистит	15
Желчнокаменная болезнь	6
Дискинезия желчных путей	20
Стеатогепатит	22
Хронический панкреатит	8

патология органов пищеварения (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диспепсия, хронический панкреатит, хронический холецистит) (табл. 1).

По результатам УЗИ органов брюшной полости у 22 (52 %) больных выявлены признаки стеатогепатита (увеличение размеров, диффузное усиление эхогенности, скудность сосудистого рисунка печени), у 12 (28 %) — диффузное усиление эхогенности поджелудочной железы. Желчнокаменная болезнь диагностирована у 6 (14 %) пациентов с ХД. При этом больные с сопутствующими заболеваниями гепатобилиарной системы, в частности стеатогепатитом, дискинезией желчных путей, желчнокаменной, а также гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, как правило, жаловались на плохое общее самочувствие, ухудшение аппетита, диспепсические явления, периодическую боль и тяжесть в правом подреберье.

В то же время патологические изменения структуры и функциональные нарушения печени часто протекают без жалоб, могут длительное время иметь бессимптомное течение, когда единственным проявлением заболевания является нарушение некоторых биохимических показателей (билирубин, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГПТ, холестерин) [11, 13].

В соответствии с целью и задачами исследования всем пациентам было проведено биохимическое исследование крови, в частности определены количество общего белка и его фракций, уровень общего и прямого билирубина, холестерина, активность индикаторных печеночных ферментов (АлАТ и АсАТ), ГГПТ, ЩФ. Уровни общего белка, его фракций, билирубина существенно не отличались от аналогичных показателей группы контроля. Цитолитический и холестатический

Таблиця 2. Динаміка біохімічних показателів больних ХД до і після лікування, М ± m

Показатель	Контрольная группа	Больные (основная группа)		Больные (группа сравнения)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
АлАТ, ммоль/ч/л	0,27 ± 0,03	0,86 ± 0,11	0,35 ± 0,09*	0,91 ± 0,16	0,87 ± 0,13*
АсАТ, ммоль/ч/л	0,35 ± 0,05	0,98 ± 0,13	0,39 ± 0,19*	0,83 ± 0,21	0,79 ± 0,17*
ЛФ, МО/л	1,45 ± 0,12	3,0 ± 0,15	1,47 ± 0,15*	2,8 ± 0,18	2,7 ± 0,15*
ГГТП, МО/л	21,2 ± 1,77	92,6 ± 4,21	40,5 ± 3,36*	84,9 ± 6,13	80,6 ± 5,93*
Холестерин, ммоль/л	4,8 ± 0,26	7,2 ± 0,43	5,67 ± 0,31*	6,95 ± 0,34	6,65 ± 0,42*

Примечание. \*Разница между показателями пациентов основной группы до и после лечения достоверна (p < 0,05); \*разница между показателями пациентов основной группы и группы сравнения достоверна (p < 0,05).

синдромы виявлені на основанні значительного підвищення активності АлАТ і АсАТ, ГГТП, ЩФ. Також визначали рівень холестерину в сироватці крові больних ХД (табл. 2).

Слід відзначити, що у подавляючого більшість больних ХД реєструвалося мультиорганна гастроентерологічна патологія, коли в патологічний процес вовлекався не один окремий орган, а і сусідні (печінка, підшлункова заліза, шлунок, дванадцятиперстна кишка). Цей факт обумовлений структурно-функціональними особливостями, общістю нейрогуморальної і ендокринної регуляції органів травлення [13].

Феномен поліморбидності обумовлює необхідність розробки нових і удосконалення існуючих підходів до терапії больних ХД. Крім того, в кожному конкретному випадку лікарю необхідно вирішувати питання не тільки про методи лікування, що дозволяють підвищити ефективність лікування, а також про вибір препаратів, які дозволяють уникнути небажаних реакцій і ускладнень в часі і після лікування.

Ураховуючи значительне кількість больних ХД з супутньої гепатобіліарної патологією і виявлені у них порушення біохімічних показателів, патогенетично обґрунтованим є включення в комплексне лікування больних ХД препаратів, які впливають на функцію і структуру гепатоцитів (гепатопротекторів), що сприяють усунюванню метаболічних порушень, холестаза, стимуляцію детоксикаційної, білосинтезуючої, а також пігментної функції печінки [3, 5, 11].

До гепатопротекторів відносяться різні за походженням, хімічною структурою, способам виробництва і формам випуску препарати [13, 16, 19]. При цьому механізм дії більшості з них, особливо це стосується препаратів рослинного походження і біологічно активних добавок, вивчався в неконтро-

люємих дослідженнях, в яких ефективність оцінювалася на основі не об'єктивних показателів (морфологічні зміни, зникнення віремії), а результатів біохімічних і суб'єктивних (самочуття) показателів. Таким чином, з позиції доказательної медицини клінічна ефективність і безпека цих препаратів не доведена. Крім того, деякі з них є потенційно небезпечними і здатні викликати небажані реакції, включаючи гепатотоксичність [18, 21].

В зв'язі з цим при виборі гепатопротектора лікар повинен надавати перевагу препаратам, ефективність і безпека яких доведена з позиції доказательної медицини. До групи препаратів, ефективність і безпека яких доведена результатами мультицентрових і численних клінічних досліджень [4, 17], належить препарат «Енерлів®», представлений на фармацевтичному ринку німецькою компанією Berlin-Chemie. Крім збагачених фосфоліпідів соєвих бобів, 76 % яких складають фосфатидилхолін, «Енерлів®» містить α-токоферол – потужний антиоксидант і масло сої – джерело омега-3-поліненасичених жирних кислот (ПНЖК). Широкий спектр терапевтичних ефектів обумовлений впливом препарату на запалювальні-дистрофічні зміни в печінці шляхом інтеграції діючої речовини в фосфоліпідний шар клітинної мембрани, що забезпечує її стабілізацію і підвищує стійкість до пошкоджуючих факторів, токсинів, модуляцію імуніопосередованих процесів, антиоксидантне, антихолестатичне діє, нормалізує процеси апоптозу, синтезу і накоплення колагену в паренхімі печінки, запобігає порушенням в з'єднаної тканині [1, 20]. На фоні прийому «Енерліва®» швидше усуваються так звані синдром правого подребер'я і диспептичні явища. В якості патогенетичного засобу

«Энерлив®» применяется при токсических, в том числе медикаментозных, поражениях печени, алкогольных гепатитах; препарат имеет высокий уровень безопасности за счет отсутствия в составе красителей, детергентов и вкусовых добавок. Биодоступность фосфатидилхолина составляет 90 %, он совместим с большинством лекарственных препаратов [5].

Учитывая, что одной из задач исследования было изучение влияния патологии органов пищеварения, в частности гепатобилиарной системы на течение хронических дерматозов, все пациенты перед проведением лечения были распределены на две равноценные клинические группы. По полу, возрасту, клинической картине, длительности дерматоза и наличию сопутствующих заболеваний основная группа и группа сравнения существенно не отличались.

Пациенты основной группы получали комплексное лечение, которое включало традиционную терапию (антигистаминные, дезинтоксикационные препараты, наружные средства), а также препарат «Энерлив®» внутрь по 1–2 капсулы 3 раза в сутки [8].

Больные группы сравнения получали традиционную терапию.

Оценку клинической эффективности лечения больных ХД проводили с помощью общепризнанных критериев (определяли динамику объективных и субъективных признаков заболевания). При этом учитывали не только степень устранения клинических проявлений дерматоза, сроки начала ремиссии, ее продолжительность, частоту рецидивов, а и исчезновение основных диспепсических симптомов и синдромов, в частности диспепсического, болевого и астеновегетативного, нормализацию функциональных нарушений печени и их стабильность в течение диспансерного наблюдения.

В процессе комплексного лечения у больных основной группы быстрее и в большем объеме

регрессировали клинические проявления дерматозов, по сравнению с больными группы сравнения.

При изучении динамики биохимических показателей через 1 мес лечения у больных основной группы снизились, а у большинства нормализовались показатели активности трансаминаз (АлАТ та АсАТ), ГГТП, ЩФ, а также уровень холестерина (см. табл. 2). Согласно результатам УЗИ у этих больных отмечалась тенденция к нормализации размеров и эхогенности печени.

У больных группы сравнения положительная динамика биохимических показателей и данных УЗИ практически не отмечались.

Кроме того, у большинства больных основной группы в процессе и после окончания курса терапии улучшилось общее состояние, нормализовался аппетит, исчезла или уменьшилась интенсивность болевого, диспепсического и астеновегетативного синдромов. Соответствующие изменения у больных группы сравнения не отмечались.

После окончания курса лечения больные ХД находились на диспансерном учете. Рецидивы отмечались у 2 (9,5 %) больных основной группы и у 8 (38,1 %) в группе сравнения.

## Выводы

Таким образом, предложенный комплексный метод лечения ХД с учетом сопутствующей патологии органов пищеварения обеспечивает значительное повышение эффективности лечения и уменьшения частоты рецидивов. Преимуществами этого метода является то, что после лечения устранялись или уменьшались диспепсические явления, болевой и астеновегетативный синдромы.

Нежелательные реакции или осложнения при назначении комплексной терапии с включением препарата «Энерлив®» больным ХД не отмечались.

## Список литературы

1. Грищук Л.А. та співавт. Лікування супутньої патології печінки у хворих на туберкульоз легень з використанням препарату енерлів // Внутрішня медицина.— 2008.— № 5 (11).— С. 69–71.
2. Загртдинова Р.М. и соавт. Функциональные нарушения гепатобилиарной системы у больных псориазом и возможности их коррекции // Вестник дерматологии и венерологии.— 2006.— № 3.— С. 13–15.
3. Колганова К.А. Применение гепатопротекторов в клинической практике // Здоров'я України.— 2009.— № 18 (223).— С. 53–55.
4. Короткий В.Н. и соавт. Эссенциальные фосфолипиды в комплексном лечении больных с печеночной недостаточностью, вызванной длительной механической желтухой

// Новости мед. и фармации.— 2008.— № 10 (245).— С. 6–7.

5. Козачок М.М. и соавт. Возможно ли защитить печень от лекарственных поражений // Новости мед. и фармации.— 2009.— № 279.— С. 57–60.
6. Косухин А.Б. Связь клинических проявлений и течения псориаза с метаболическими нарушениями, их распространенность, распознавание и коррекция: Автореф. дис. ...д. м. н.— М., 1999.— 27 с.
7. Кубергер М.Б. и др. Сочетанные аллергические кожные гастроинтестинальные поражения у детей // Педиатрия.— 1999.— № 9.— С. 64–67.
8. Курникова Г.Ю. та співавт. Гепатотропные препараты в комплексном лечении больных псориазом // Эксперим. и клин. дерматокосметол.— 2004.— № 3.— С. 33–36.
9. Литинська Т.О. Лікування хворих на хронічні дерматози з

- урахуванням патології гепатобілярної системи // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2006.— № 3 (22).— С. 24–28.
10. Моисеев С.В. Лекарственная гепатотоксичность // Клин. фармакол.— 2005.— № 14 (1).— С. 1–4.
  11. Мясников Г.В., Осьодло Г.В. Холестероз жовчного міхура у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування та військово-лікарська експертиза.— К., 2011.— 39 с.
  12. Осипова Л.С. Роль печени в забезпеченні імунологічної реактивності організму і розвитку алергічних реакцій // Здоров'я України.— 2010.— № 1 (230).— С. 1–7.
  13. Передерій В.Г., Ткач С.М. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб.— К., 1998.— 447 с.
  14. Притуло О.А. и соавт. Клинический эффект эссенциальных фосфолипидов (препарат «Ливенциале форте») в комплексном лечении некоторых форм псориаза // Вестн. дерматол. и венерол.— 2007.— № 2 (25).— С. 39–40.
  15. Пустова Н. О. Процеси колагеноутворення у хворих на псориаз та лікування виявлених змін: Дис. ...к. м. н.: / НМУ ім. О.О. Богомольця.— К., 2005.— 18 с.
  16. Степанов Ю.М., Филипова А.Ю. Дислипидемия у пациентов с неалкогольным стеатозом печени и билиарной патологией и пути ее коррекции // Сучасна гастроентерол.— 2010.— № 4 (54).— С. 46–51.
  17. Степанов Ю.М., Филипова А.Ю. Место «Эссенциале форте Н» в терапии неалкогольных стеатогепатитов // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 6 (32).— С. 68–72.
  18. Ткач С.М. Эффективность и безопасность гепатопротекторов с точки зрения доказательной медицины // Здоров'я України.— 2009.— № 6 (1).— С. 7–10.
  19. Фадеенко Г.Д. «Жировая печень»: этиопатогенез, диагностика, лечение // Сучасна гастроентерол.— 2003.— № 3 (13).— С. 9–17.
  20. Шостак С.Є. Ефективність Енерліву при дисфункціональних розладах біліарного тракту, поєднаних з іншою патологією органів травлення // Гастроентерологія.— 2008.— № 239.— С. 9–10.
  21. King P., Perry M. Hepatotoxicity of chemotherapy // Oncologist.— 2001.— N 6 (2).— P. 162–176.
  22. Qi Cao et al. DLPC decreases TGF- $\beta$ 1-induced collagen mRNA by inhibiting p38 MARK in hepatic stellate cells // Am. J. Physiol. Gastrointest Liver Physiol.— 2002.— N 283.— P. 1051–1061.

T.O. Литинська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

## Оцінка ефективності препарату «Енерлів®» у терапії захворювань шкіри з хронічним перебігом

У статті представлено дані обстеження і лікування хворих на найбільш поширені хронічні дерматози (псоріаз, мікробна екзема). У 90,5 % обстежених пацієнтів спостерігалися супутні захворювання органів травлення (функціональна диспепсія, рефлюксна хвороба, патологія гепатобілярної системи, хронічний панкреатит).

Був розроблений комплексний метод терапії хворих на хронічні дерматози з використанням препарату «Енерлів®».

Запропонований метод терапії з урахуванням супутньої патології органів травлення забезпечує значне підвищення ефективності лікування та зменшення частоти рецидивів. Слід зазначити, що після лікування усунулися або зменшувалися диспепсичні явища, больовий та астеновегетативний синдроми. Небажаних реакцій або ускладнень при призначенні комплексної терапії із застосуванням препарату «Енерлів®» хворим на хронічні дерматози не відмічалися.

**Ключові слова:** хронічні дерматози, гепатобілярна система, гепатопротектори, фосфоліпіди, «Енерлів®».

T.A. Lytynskaya

Bogomolets National Medical University, Kyiv

## Evaluation of «Enerliv®» efficacy in treatment of chronic skin diseases

The article presents data regarding the examination and treatment of patients suffering from the most widespread chronic dermatoses (psoriasis, microbial eczema). It was discovered that 90.5 % of such patients had concomitant pathologies of the digestive organs (functional dyspepsia, gastro-esophageal reflux disease, hepatobiliary pathology, chronic pancreatitis).

Complex method of therapy has been developed with the use of «Enerliv®» medicine. The proposed method of treatment which factors in comorbidity of the digestive system provides a significant increase in the effectiveness of treatment and reduces the frequency of relapses. It should be noted that dyspeptic symptoms, pain and asthenovegetative syndromes were eliminated or decreased after treatment. Adverse reactions or complications during adjuvant therapy with «Enerliv®» were not recorded in patients with chronic dermatoses.

**Key words:** chronic dermatoses, hepatobiliary system, hepatoprotectors, phospholipids, «Enerliv®». □

### Дані про автора:

Литинська Тетяна Олександрівна, к. мед. н., доцент кафедри дерматології та венерології  
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця  
01023, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1, Олександрівська лікарня, корп. 2  
Тел. (044) 234-62-75. E-mail: t.litinska@gmail.com