



<sup>1</sup> Центр  
теоретических  
проблем  
физико-химической  
фармакологии  
Российской академии  
наук

<sup>2</sup> Городская  
клиническая  
больница № 14  
им. В.Г. Короленко,  
Москва

# Возможности мази Псориаген в терапии псориаза

Л.Ш. Тогоева<sup>1, 2</sup>, И.М. Корсунская<sup>1</sup>, Л.Р. Сакания<sup>1</sup>, А.А. Лавров<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Ирина Марковна Корсунская, marykor@bk.ru

*Доказано, что применение препарата Псориаген, созданного на основе растения магонии падуболистной и содержащего активные алкалоиды, в регрессивной стадии и в период ремиссии позволяет увеличить продолжительность безрецидивного периода и достичь быстрого регресса оставшихся высыпаний. У большинства пациентов, применявших Псориаген, продолжительность ремиссии увеличивалась от 6 до 8 месяцев. Псориаген также эффективен у больных с климактерической кератодермией. Кроме того, препарат можно применять при псориазе у детей, когда нежелательно длительное использование ГКС.*

**Ключевые слова:** псориаз, кальцитриол, алкалоиды, глюкокортикостероиды, магония падуболистная, бербамина, Псориаген

**П**сориаз является одним из наиболее распространенных заболеваний в дерматологической практике. По разным данным, его распространенность в мире варьирует от 0,1 до 5%. В последние годы отмечается резкий рост заболеваемости псориазом во всех возрастных группах.

Как правило, у большинства пациентов псориазные высыпания носят локальный характер и располагаются на коже локтей, коленей и головы [1, 2]. Основную роль в лечении любой формы псориаза играет системная терапия. Однако не менее важна и местная терапия с применением различных топических препаратов. Их

выбор определяется стадией псориаза, формой заболевания, локализацией и степенью распространенности очагов поражения [3, 4, 5]. В прогрессирующей стадии назначают средства, оказывающие противовоспалительное, антипролиферативное и умеренное кератолитическое действие. Обычно это глюкокортикостероиды (ГКС) или комбинированные препараты, содержащие ГКС и салициловую кислоту в концентрации от 2 до 5%. Салициловая кислота способствует размягчению шелушащихся слоев псориазных бляшек, легко проникает в кожу, а также усиливает способность других лекарственных средств, в частности ГКС, проникать внутрь кожи через измененный, утолщенный роговой слой. Таким образом, противопсориазный эффект комбинированных препаратов ГКС и салициловой кислоты выражен сильнее, чем эффект каждого препарата в отдельности [5, 6]. Не менее эффективны в наружном лечении псориаза средства с син-



тетическим аналогом D<sub>3</sub> – кальцитриолом. Антипсориатическое действие кальцитриола основано на его взаимодействии со специфическими рецепторами в кератиноцитах. Такие препараты вызывают дозозависимое торможение пролиферации пораженных клеток кожи, ускоряют их морфологическую дифференцировку. В стационарной стадии псориаза целесообразно применять препараты, обладающие кератолитическим эффектом [1, 3, 7]. В регрессивной стадии используются кератолитические (рассасывающие) мази или жирные пасты – препараты на основе дегтя, лечебный эффект от применения которых обусловлен как местным действием (улучшение кровоснабжения тканей, стимулирование регенерации эпидермиса, усиление процессов, способствующих разрешению инфильтрации), так и рефлекторными реакциями, возникающими при раздражении рецепторов кожи. В отношении «дежурных» бляшек, торпидных к ранее проведенной терапии, применяют препараты на основе дегтя в концентрациях 5–10% [1]. Между тем все перечисленные топические препараты обладают рядом недостатков. ГКС при длительном использовании вызывают побочные эффекты, такие как атрофия кожи и телеангиэктазии. Препараты кальцитриола, напротив, требуют постоянного длительного применения, и желаемый лечебный эффект достигается лишь по истечении значительного периода времени. Лекарственные средства с содержанием дегтя обладают специфическим запахом и вызывают раздражение на участках неповрежденной кожи по периферии очагов псориаза. В связи с этим поиск альтернативных препаратов в топической терапии псориаза весьма актуален. Одним из альтернативных средств является Псориаден. Созданный на основе растения магонии падуболистной (*Mahonia aquifolium*), препарат содержит активные алкалоиды. Основной из них – берберин.

В состав Псориадена в качестве действующего начала входит матричная настойка магонии падуболистной, а основа представляет собой смесь ланолина, спиртовой мази на его основе, густого парафина и воды.

*Mahonia aquifolium*, относящаяся к семейству барбарисовых, широко распространена в лесах североамериканского побережья Тихого океана. Растение широко применяется при лихорадке, диарее, диспепсии, подагре, острой ревматической лихорадке, заболеваниях почек и желчного пузыря, а также при рецидивирующих хронических дерматозах.

По имеющимся данным, кора ствола, кожица корня магонии падуболистной и верхушки побегов содержат ряд химически родственных алкалоидов, в частности алкалоиды хинолизина (берберины, колумбамин, ятропорицин, палматин), алкалоиды бисбензилизохинолина (бербамин, оксиакантин), алкалоиды апорфина (коридин, изокоридин, изоболдин, коритуберин, магнофлорин). Именно этим соединениям приписывают эффективность данного растения при лечении псориаза [8]. Как известно, лейкотриены и простагландины, тромбоксаны и простагланцины являются важными медиаторами в формировании воспаления. Установлено, что в моноцитах и нейтрофильных гранулоцитах наблюдается значительное торможение синтеза простагландинов благодаря алкалоиду бербамину, который внедряется в метаболизм арахидоновой кислоты, играющей главную роль в течении воспалительного процесса.

Образование кислородных радикалов – следующий фактор в патогенезе псориаза, как в развитии воспалительных процессов, так и в активизации иммунных клеток. Согласно имеющимся данным, матричная настойка *Mahonia aquifolium* и ее алкалоиды обладают способностью связывать радикалы.

Кроме того, в регулировании обмена кальция внутри клетки

определенную роль играет кальмодулин, влияющий на регулирование роста и размножения клеток. Имеются данные о том, что концентрация кальмодулина в участках кожи, пораженных псориазом, повышается.

Бербамин является прямым антагонистом кальмодулина и может ингибировать различные функции ферментов, активируемых кальмодулином [9–12].

По данным отечественных исследователей [11–16], положительный клинический эффект при использовании Псориадена был получен у 67–89% больных псориазом, при этом каких-либо нежелательных эффектов не отмечалось.

Применение Псориадена в регрессивной стадии, после отмены ГКС и кератолитических топических препаратов, а также в период ремиссии для ухода за кожей в очагах поражения («дежурные» бляшки при псориазе и т.д.) позволяет увеличить продолжительность безрецидивного периода за счет улучшения состояния кожи (что выражается в снижении шелушения и сухости, появлении мягкости и эластичности в очагах поражения), а также достичь быстрого регресса оставшихся высыпаний.

Проведенное нами исследование показало, что у большинства пациентов, применявших Псориаден, продолжительность ремиссии увеличилась от 6 до 8 месяцев [16]. В настоящее время мы рекомендуем препарат Псориаден при ограниченном псориазе («дежурные» бляшки), в стационарной или регрессивной стадии псориаза, особенно после интенсивной топической терапии с использованием ГКС. Псориаден можно применять при псориазе у детей, когда нежелательно длительное использование ГКС.

Помимо этого мы применяли Псориаден у больных с климактерической кератодермией. По нашим наблюдениям находилось 15 женщин в возрасте от 42 до 54 лет с периодом менопаузы от 1 года до 4 лет. Процесс протекал в основном в области подошв

дерматовенерология



Рисунок. Проявления псориаза: а – до лечения, б – после лечения Псориаатеном

и характеризовался неяркой гиперемией, незначительной инфильтрацией и выраженным шелушением. Псориаатен назначался два раза в сутки, продолжительность лечения составляла от трех недель до двух месяцев в зависимости от достигнутого эффекта (см. рисунок).

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности препарата Псориаатен при заболеваниях, связанных с нарушениями кератинизации. ●

### Литература

1. Довжанский С.И. Псориаз или псориаатическая болезнь. Саратов, 1992. 174 с.
2. Шарапова Г.Я., Короткий Н.Г., Молоденков М.Н. Псориаз (иммуномеханизмы патогенеза и методы лечения). М., 1989. 224 с.
3. Мордовцев В.Н., Мушет Г.Д., Альбанова В.И. Псориаз. Кишинев: Штиинца, 1991. 186 с.
4. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей / под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. М.: Медицина, 1999. С. 116–157.
5. Roenink H.H., Maibach H.I. Psoriasis. Second edition, revised and expanded. New York Basel – Hong Kong: Marcel Dekker., 1991.
6. Henneicke-von Zepelin H.H., Mrowietz U., Färber L. et al. Highly purified omega-3-polyunsaturated fatty acids for topical treatment of psoriasis. Results of a double-blind, placebo-controlled multicentre study // Br. J. Dermatol. 1993. Vol. 129. № 6. P. 713–717.
7. Клинические рекомендации по дерматологии / под ред. А.А. Кубановой. М., 2006. 320 с.
8. Kostalova D., Brazdovicova B., Tomko J. // Chem Zvesti. 1981. Vol. 35. № 2. P. 279–283.
9. Galle K., Müller-Jakic B., Proebstle A. et al. Analytical and pharmacological studies on Mahonia aquifolium // Phytomedicine. 1994. Vol. 1. № 1. P. 59–62.
10. Müller K., Zierys K. The antipsoriatic Mahonia aquifolium and its active constituents; I. Pro- and antioxidant properties and inhibition of 5-lipoxygenase // Planta Med. 1994. № 60. P. 421–424.
11. Тимошин Г.Г., Чистякова И.А., Косорукова И.М. и др. Псориаатен в лечении больных псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. 1998. № 5. С. 46–47.
12. Самгин М.А. Место препарата Псориаатен в терапии псориаза // РМЖ. Дерматология. 2005. Т. 13. № 5. С. 1–2.
13. Акулов Ю.С., Шегай М.М., Мусаева Е.О. и др. Научно-практическая конференция, посвященная 75-летию ЦКВИ: тезисы докладов. М., 1996. С. 35–36.
14. Машикеллейсон А.Л., Голоусенко И.Ю., Ляпон А.О. и др. Научно-практическая конференция, посвященная 75-летию ЦКВИ: тезисы докладов. М., 1996. С. 59–60.
15. Шахтмейстер И.Я., Шарытова И.В. // Вестник дерматологии. 1997. № 6. С. 33–35.
16. Жаворонкова Е.В., Тогоева Л.Т., Захарова А.Б. и др. Исследование эффективности мази Псориаатен в комплексной терапии псориаза // Российский журнал кожных и венерологических болезней. 2008. № 1. С. 1–4.

### Psoriaten in the treatment of psoriasis

L.Sh. Togoyeva<sup>1,2</sup>, I.M. Korsunskaya<sup>1</sup>, L.R. Sakaniya<sup>1</sup>, A.A. Lavrov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences

<sup>2</sup> Korolenko City Clinical Hospital No.14, Moscow

Contact person: Irina Markovna Korsunskaya, marykor@bk.ru

*Psoriaten contains active alkaloids of Mahonia aquifolium. Studies have shown that Psoriaten prolongs relapse-free period and promotes the regress of residual plaques in the patients with regressive stage or remission of psoriasis. In the most Psoriaten-treated patients, length of remission increases from 6 to 8 months. Efficacy of Psoriaten has also been demonstrated in keratoderma climactericum. Additionally, Psoriaten may be recommended in pediatric psoriasis to avoid long-term steroid treatment.*

**Key words:** psoriasis, calcipotriol, alkaloids, corticosteroids, Mahonia aquifolium, berbamine, Psoriaten