

О.Б. НЕМЧАНИНОВА

Новосибирский государственный медицинский университет

### **Клинический опыт применения Имунофана в терапии псориаза**

*Немчанинова Ольга Борисовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии*

*630082, г. Новосибирск, ул. Тимирязева, д. 66, тел. 8 (913) 958-15-85,*

*e-mail: obnemchaninova@mail.ru*

В статье представлены ближайшие и отдаленные результаты применения Имунофана в терапии 35 больных различными клиническими формами псориаза. Дана характеристика клинической эффективности и безопасности Имунофана.

Ключевые слова: псориаз, лечение, Имунофан.

O.B. NEMCHANINOVA

Novosibirsk State Medical University

### **Clinical experience of application of Imunofan in the therapy of psoriasis**

The article presents the the immediate and late results of application Imunofan in the treatment of 35 patients with different clinical forms of psoriasis. Given the characteristics of the clinical efficacy and safety Imunofan.

Key words: psoriasis, treatment, Imunofan.

Псориаз является одним из немногих кожных заболеваний, которые, без преувеличения, представляют собой проблему как медико-социального, так и медико-психологического характера [1, 2, 3]. Это связано, прежде всего, с тем, что псориаз – это хроническое заболевание, которое, в силу своих этиологических и патогенетических особенностей, требует широкого спектра диагностических мероприятий. Эти мероприятия имеют своей целью определить наличие наследственных, иммунных, метаболических, эндокринных, нейрогенных и др. провоцирующих и поддерживающих факторов у конкретного пациента [4].

Многолетние клинические наблюдения и обзор данных литературы свидетельствуют о значительном клиническом патоморфозе псориаза, увеличении доли тяжелых форм заболевания, частой резистентности к проводимой терапии [5, 6].

Кроме того, клиническая картина псориаза сопровождается формированием значительных косметических дефектов, что, в совокупности с отсутствием возможности полностью излечивать пациентов, страдающих псориазом, часто приводит к формированию у них отклонений психологического характера. На этом фоне больные часто прибегают к методам самолечения, в большинстве случаев не адекватного и не эффективного [3, 7, 8].

Таким образом, указанные факторы подтверждают актуальность поиска новых эффективных методов лечения больных псориазом.

Одним из современных направлений расширения арсенала средств патогенетического лечения и повышения эффективности терапии больных псориазом является применение лекарственных средств, обладающих широким спектром иммунорегулирующего, антиоксидантного и детоксикационного действия [2, 9, 10, 11]. К таким препаратам относится оригинальный отечественный препарат Имунофан (НПП «Бионокс», Россия, рег. № 96/283/2) – иммунорегуляторный пептид четвертого поколения, синтетический препарат, представляющий собой модифицированный фрагмент биологически активного участка молекулы гормона

тимопоэтина (аргинил-а-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин). Имунофан сохраняет специфическую активность естественного гормона и при иммунодефицитных состояниях обладает способностью восстанавливать продукцию тимического гормона тимулина.

Имунофан оказывает комплексное модулирующее действие на системы гомеостаза организма. При его применении достигается коррекция окислительно-восстановительного статуса, детоксикационный эффект и восстановление иммунной системы организма. Действие Имунофана имеет фазный характер. В течение быстрой фазы (первые 2-3 суток после начала лечения) усиливается антиоксидантная защита организма и проявляется детоксикационный эффект. В период развития средней фазы (с 2-3 до 7-10 суток) происходит усиление реакций фагоцитоза. Во время медленной фазы (с 7-10 суток до 4 месяцев) проявляется иммуностимулирующее действие – восстановление нарушенных показателей клеточного и гуморального иммунитета, увеличение продукции специфических антител [12, 13]. Исходя из этого, Имунофан показан к применению для профилактики и лечения иммунодефицитных и токсических состояний, хронических воспалительных заболеваний различной этиологии, псориаза.

С целью оценки клинической эффективности и переносимости Имунофана был проанализирован опыт применения данного препарата в терапии больных различными клиническими формами псориаза в прогрессивно-стационарной или стационарной стадии. Критерием для включения больных в группу наблюдения являлось наличие типичной клинической картины заболевания. В группу включались пациенты с упорным течением псориазического процесса, короткими ремиссиями, низкой эффективностью и удовлетворенностью предшествующего лечения.

Группу наблюдения составили 35 пациентов, из них с вульгарным псориазом – 20 человек, с экссудативной формой – 12, с ладонно-подошвенным пустулезным псориазом – 3 человека.

Все пациенты получали монотерапию раствором Имунофана 0,005% по 1 мл внутримышечно ежедневно в течение 10 дней. Дальнейшая терапия проводилась в случае необходимости, т.е. при недостаточной клинической эффективности 10-дневного курса, и заключалась в назначении Имунофана в виде ректальных свечей по 1 ежедневно в течение 5-10 дней.

Клиническую эффективность терапии в обеих группах оценивали по динамике индекса PASI, общей длительности курса терапии, переносимости лечения, частоте развития и характеру нежелательных побочных эффектов. Снижение значения индекса PASI более, чем на 75% от исходного, расценивалось как клиническое выздоровление, на 50%-75% - как значительное улучшение, на 25%-50% - как незначительное улучшение. Если в результате проведенного курса терапии PASI снижался менее, чем на 25%, то регистрировалось отсутствие клинического эффекта от лечения. По окончании курса терапии все пациенты оставались под наблюдением 12 месяцев, в течение которых оценивалась длительность периода ремиссии, частота сроки и тяжесть обострений псориаза.

Длительность лечения у 24 (68,6%) пациентов составила 10 дней, в 11 (31,4%) случаях курс терапии был продолжен и заключался, согласно протоколу исследования, в применении Имунофана в виде ректальных свечей по 1 ежедневно 8 (22,8%) пациентам в течение 5 дней, а 3 (8,6%) больным – 10 дней.

Результаты оценки клинической эффективности Имунофана представлены в таблице 1 и на рисунках 1-6.

Таблица 1.

Результаты применения Имунофана в терапии больных псориазом

Всего пациентов (n,%)	Клиническое выздоровление (n,%)	Значительное улучшение (n,%)	Незначительное улучшение (n,%)	Без эффекта (n,%)	Средняя длительность ремиссии (мес.)
-----------------------	---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------	--------------------------------------

35 (100%)	10 (28,6%)	19 (54,3%)	4 (11,4%)	2 (5,7%)	6,8
-----------	------------	------------	-----------	----------	-----

Представленные данные демонстрируют, что у 29 пациентов, находившихся под наблюдением, то есть в 82,9% случаев, в результате применения Имунофана индекс PASI снизился на 50% и более по сравнению с исходным значением, то есть было достигнуто полное купирование клинических симптомов псориаза или состояние значительного улучшения. Отсутствие клинически значимого эффекта наблюдалось лишь у 2 пациентов.

Во время применения Имунофана ни у одного пациента не было зарегистрировано нежелательных побочных эффектов или осложнений, связанных с данным лечением. Большинство больных отмечали и позитивно реагировали на то, что первые признаки улучшения наступали уже через 3-4 дня от начала лечения. Этот факт был особенно важен для пациентов с длительным течением данного обострения, низкой эффективностью и удовлетворенностью предшествующей терапии, то есть имел еще и весомое психологическое значение.

Наблюдение пациентов после окончания курса применения Имунофана свидетельствовало о стойкости достигнутого клинического эффекта. Длительность ремиссии составляла от 5 до 12 месяцев, средние сроки – 6,8 месяцев.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что применение пептидного препарата Имунофан в лечении больных с различными клиническими формами псориаза оказывает быстрый и выраженный терапевтический эффект, хорошо переносится, способствует длительной ремиссии заболевания и значительно улучшает субъективное состояние пациентов.

#### Список литературы:

1. Корсун В.Ф; Корсун А.Ф. Псориаз // СПб.: Диля, 1999. - 208 с.
2. Кунгуров Н.В., Филимонова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориазная болезнь // Екатеринбург: изд-во Уральского университета, 2002. - 200с.
3. Gelfand J.M., Feldman S.R., Stern R.S. et al. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population // J Am Acad Dermatol. 2004, Nov. - Vol.51, №5. - P.704 - 708.
4. Айзятупов Р.Ф., Юхименко В.В. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазной болезни // Вестн. дерматологии и венерологии.- 2001.- №1.- С.41-43.
5. Владимиров В.В., Меньшикова Л.В. Современные представления о псориазе и методы его лечения // Рус. мед. журн. 1998.-Т.6, №20.-С.1318- 1323.
6. Перламутров Ю.Н., Соловьев А.М. Псориаз и современные методы его лечения // Лечащий Врач. 2004. - №5. -С.38 - 43.
7. Довжанский, С. И. Качество жизни показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматол. - 2001.-№3.-С. 12-13.
8. Krueger G. The impact of psoriasis on quality of life: results of 1998 //National Psoriasis Foundation patient-membership survey. Arch. Dermatol.2001. Vol. 137. - P. 280 - 284.
9. Евстафьев В. В., Шейнкман В. Л. Прогностическое значение иммунопатологических показателей при псориазе // Рос. Журн. Кожн. Венер. Бол.-2000.- №1.-С. 23 -28.
10. Гончаренко М.С. Теоретические и практические вопросы терапии псориаза антиоксидантами // Дерматология и венерология (республиканский межведомственный сборник). Киев, 1984. - Вып. 19.-С. 16-22.
11. Иванова И.П., Мареева Т.Е. Нарушения перекисного окисления липидов, активности лизосомальных гидролаз и их коррекция у больных псориазом // Вестн. дерматологии и венерологии. -1987. №4. - С.26 -31.
12. Лебедев В. В., Шелепова Т. М., Степанов О. Г. и др. Имунофан – регуляторный пептид в терапии инфекционных и неинфекционных болезней / Под ред. В. И. Покровского. М.: Праминко, 1998. С. 120
13. Москалева Е. Ю., Илюшина Н. А., Тарасов В. Н. и др. Вестник Онкоцентра РАМН, приложение. 1994. С.



Рисунок 1. Пациентка Ш., 47 лет, до лечения.



Рисунок 1а. Пациентка Ш., через 5 дней терапии.



Рисунок 1б. Пациентка Ш., через 10 дней терапии.



Рисунок 1в. Пациентка Ш., через 5 месяцев после окончания терапии.



Рисунок 2. Пациентка Л., 52 года, до лечения.



Рисунок 2а. Пациентка Л., через 5 дней терапии.



Рисунок 2б. Пациентка Л., через 10 дней терапии.



Рисунок 2в. Пациентка Л., через 6 месяцев после окончания терапии.



Рисунок 3. Пациент Р., 62 года, до лечения.



Рисунок 3а. Пациент Р., через 5 дней терапии.



Рисунок 3б. Пациент Р., через 10 дней терапии.



Рисунок 4. Пациент М., 38 лет, до лечения.



Рисунок 4а. Пациент М., через 5 дней терапии.



Рисунок 4б. Пациент М., через 10 дней терапии.



Рисунок 5. Пациент Н., 31 года, до лечения.





Рисунок 5а. Пациент Н., через 10 дней терапии.



Рисунок 5б. Пациент Н., до лечения.



Рисунок 5в. Пациент Н., через 10 дней терапии.



Рисунок 6. Пациент С., 27 лет, до лечения.



Рисунок 6а. Пациент С., через 10 дней терапии.



Рисунок 6б. Пациент С., через 20 дней терапии.