

Т.В. Проценко, О.А. Проценко,  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## **Опыт детоксикационной терапии у пациентов с различными формами акне**

### **Резюме**

**Цель работы** – изучить эффективность детоксикационного воздействия в комплексном лечении больных розацеа, ранними и поздними акне.

**Материал и методы:** особенности клиники и лечения изучены у 76 больных (53 женщин и 23 мужчин в возрасте от 14 до 48 лет) различными формами акне, в т.ч. с розацеа (25 чел.), ранними акне (26 чел.) и поздними акне (25 чел.). Детоксикационное воздействие проводили с помощью комбинированного препарата Элиминаль геля. Эффективность терапии оценивали по ближайшим и отдаленным результатам лечения больных в двух группах сравнения: основная (45 больных), комплексная терапия которых включала Элиминаль гель и группа сравнения (31 больной), леченных традиционно.

**Результаты.** Легкая степень акне была у 34,2%, средне-тяжелая – у 44,7%, тяжелая – у 21,1% больных, при этом среднетяжелое и тяжелое акне было у 57,7% больных ранними акне, у 76% больных поздними акне и у 64% больных розацеа. Демодекс выявлен у 67,1% больных, в т.ч. у 84% больных розацеа, 30,8% больных ранними акне и у 88% больных поздними акне. Клинико-инструментальное обследование выявило, что 22,4% больных акне страдали аутоиммунным тиреоидитом; 21,1% больных – хроническим гастритом, ассоциированным с *H.pylori*; 66% женщин с различными формами акне имели патологию органов малого таза. Комплексная терапия больных акне с применением Элиминаль геля хорошо переносилась всеми и приводила к снижению индекса общей угревой нагрузки при ранних акне – с  $64,6 \pm 11,4$  до  $12,4 \pm 1,2$ ; при поздних акне - с  $44,2 \pm 4,8$  до  $10,2 \pm 1,2$ ; при розацеа – с  $38,8 \pm 4,1$  до  $8,1 \pm 1,1$ ; обеспечила достижение стойкой ремиссии в течение года наблюдения у 57,8% пациентов основной группы, по сравнению с 22,6% больными, леченных традиционно.

**Выводы.** Включение Элиминаля геля в комплексную терапию больных различными формами акне существенно повышает ее эффективность, улучшает состояние кожи и обеспечивает длительную и стойкую клиническую ремиссию у 57,8% больных.

**Ключевые слова:** розацеа, ранние акне, поздние акне, лечение, Элиминаль гель

Акне и акнеиформные высыпания представляют не только медицинскую, но и социальную проблему из-за эстетической ее составляющей и поражении лиц активного социального и репродуктивного возраста. Ранние акне, начинаясь в пубертатном возрасте, могут приобретать хроническое рецидивирующее течение, с нарастанием интенсивности симптомов при неадекватной тактике [1, 6, 8]. Поздние акне и розацеа, дебютируя в зрелом возрасте, отличаются более затяжным течением и коморбидностью с соматической патологией, устойчивостью к терапии и требуют больших финансовых затрат на лечение и реабилитацию [7, 10].

Несмотря на достаточно хорошо изученные механизмы развития различных форм акне и разработанные унифицированные протоколы лечения больных, не теряют своей актуальности вопросы повышения эффективности терапии дерматоза, достижения как стойкой и длительной ремиссии, так и эстетического результата [9, 13].

В обострении всех форм акне особую роль играют пищевые факторы (молоко, высокогликемические продукты, экстрактивные компоненты, недостаточное потребление клетчатки и др.), влияющие на метаболизм кожного сала и pH гидролипидной мантии кожи [1, 2, 13]. Доказано, что нарушения микробиоценоза кишечника из-за нерационального питания или соматической патологии, особенно гормональной дисфункции, и обусловленные этим изменения экоепизажа кожи с активацией условно-патогенной флоры (демодекса и др.) являются важными факторами торпидности течения акне и недостаточной эффективности лечебных и эстетических программ [2, 4]. В коже, как в зеркале, отражаются процессы нарушения функционирования системы пищеварения, клиническими проявлениями которых служат нарушения дефекации и запоры, дисбиоз и дисбактериоз кишечника и др. [2, 5, 7, 10]. Учитывая изложенное, представляется обоснованным включение в программу лечения больных с акне препаратов, обладающих, наряду с эффектами дезинтоксикации, способностью нормализовать и восстанавливать микрофлору кишечника.

Одним из удачных препаратов подобного выбора является комбинированный медицинский препарат Элиминаль гель, содержащий высокодисперсный кремниевый сорбент (диоксид кремния) и пребиотик лактулозу, что обеспечивает сорбционный и пребиотический эффекты [2]. Несмотря на обоснованность подобного подхода, до настоящего времени лишь единичные работы посвящены оценке влияния дезинтоксикационной терапии на течение различных форм акне.

В связи с этим **целью** работы было изучить эффективность Элиминаля геля в комплексном лечении больных различными формами акне.

### **Материал и методы исследования**

Под наблюдением находились 76 больных в возрасте от 14 до 48 лет, в т.ч. 23 мужчины и 53 женщины, страдающие розацеа (25 чел), ранними акне (26 чел.) и поздними акне (25 чел.) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и нозологическим формам акне

Нозологическая форма акне	Всего абс.,%	Женщины абс.,%	Мужчины абс.,%
Розацеа	25	11	14
Ранние акне	26	17	9
Поздние акне	25	25	0
Всего	76/100,0	53/69,7	23/30,3

Дерматологическое обследование включало определение состояния кожи лица, с подсчетом количества воспалительных (папул, пустул) и невоспалительных элементов сыпи (открытых и закрытых комедонов), с последующим вычислением индекса общей угревой нагрузки (ОУН), определяли степень тяжести дерматоза (легкая, средне-тяжелая, тяжелая), в

зависимости от морфологии сыпи, степени ее выраженности и площади поражения.

Все пациенты были обследованы по общепринятым рекомендациям с определением общего анализа крови развернутого, билирубина, трансаминазы, глюкозы, креатинина, общего анализа мочи, УЗИ щитовидной железы, органов малого таза и брюшной полости [1, 5]. Определяли наличие демодекса в содержимом пустул и ресницах, по показаниям – дыхательный тест на *H.pylori*.

Критерии включения: согласие пациента и/или родителей на участие в исследовании и готовность выполнять назначения врача, подписание информированного согласия. Критерии исключения: тяжелая сопутствующая соматическая патология в стадии обострения; другая дерматологическая патология, требующая медикаментозной терапии; неготовность пациента соблюдать рекомендации врача.

Больные методом случайной выборки были разделены на 2 терапевтические группы: основная (45 чел.), комплексная терапия которых включала Элиминаль гель, и группа сравнения (31 чел.), получавших только традиционную комплексную терапию в соответствии с видом акне и протоколами базисной терапии [3, 6]. Обе группы были репрезентативны по основным сравниваемым параметрам.

На первом визите назначали дезинтоксикационную терапию в виде Элиминаль геля (основная группа) и наружное лечение, выбор препаратов которой зависел от вида акне, особенностей морфологии сыпи и состояния кожи. На втором визите всем больным, в зависимости от результатов обследования, назначали системную терапию и проводили коррекцию наружного воздействия.

Обоснованием включения в комплексную терапию больных различными формами акне комбинированного медицинского препарата Элиминаль гель, были доказанные дезинтоксикационные, противовоспалительные, пребиотические и иммуномодулирующие эффекты

его активных составляющих компонентов и разрешение к применению в практике [ТУУ № 15.8-37073142-001:2011].

Элиминаль гель назначали в следующем режиме: по 1 стик-пакету 2 р в день натошак, запивая 200 мл воды (1 час после – не есть, но прием жидкости не ограничен) в течение 14 дней, затем повторные 2 курса с интервалом в 1 месяц и профилактические 2 курса в том же режиме ранней весной и поздней осенью в течение 1 года.

Эффективность предложенного метода оценивали по анализу ближайших и отдаленных результатов лечения (наличие и количество рецидивов в течение 1 года наблюдения).

Полученные результаты обрабатывали статистическими методами по общепринятым программам с помощью персонального компьютера.

### Результаты и их обсуждение

Легкая степень акне была у 26 (34,2%), средне-тяжелая – у 34 (44,7%), тяжелая – у 16 (21,1%) больных (табл.2). Обращало внимание, что среднетяжелое и тяжелое акне было у 15 (57,7%) больных ранними акне, у 19 (76%) больных поздними акне и у 16 (64%) больных с розацеа, т.е. при всех формах дерматоза преобладали пациенты с тяжелыми формами заболевания.

Таблица 2. Степень тяжести акне при различных типах дерматоза

Нозологическая форма акне	Всего	Легкая	Средне тяжелая	Тяжелая
Розацеа	25	9	11	5
Ранние акне	26	11	9	6
Поздние акне	25	6	14	5
Всего	76/100,0	26/34,2	34/44,7	16/21,1

Клиническое и лабораторно-инструментальное обследование у большинства больных при всех формах акне выявило патогенетически значимую для течения дерматоза соматическую патологию, нуждающуюся в соответствующей коррекции (табл.3).

Таблица 3. Патогенетически значимая соматическая патология у больных различными формами акне

Соматическая патология	Всего Абс./%	Розацеа: всего, в т.ч. женщин/мужчин	Ранние акне: всего, в т.ч. женщин/мужчин	Поздние акне: всего, в т.ч. женщин/мужчин
Аутоиммунный тиреоидит	17/22,4	7 (4/3)	1 (1/0)	9 (6/3)
Патология органов малого таза	35/66,0	10 (10/0)	6 (6/0)	19 (19/0)
Хронический гастрит, ассоциированный с <i>H.pylori</i>	16/21,1	8 (2/6)	1(0/1)	7(7/0)
Хронический гепатит	16/21,1	8 (2/6)	1 (0/1)	7 (7/0)

Так, патология органов малого таза (эндометриоз, кистозно-трансформированные яичники, фибромиомы матки и т.п.) при обследовании обнаружена у 35 (66%) женщин, в т.ч. у 10 из 11 больных с розацеа, у 6 из 17 больных ранними акне и у 19 из 25 больных поздними акне. Почти у каждого пятого больного (у 22,4%) был установлен аутоиммунный тиреоидит, достаточно часто выявляли хеликобактеро-ассоциированный гастрит и хронический гепатит (у 21,1% больных). При анализе анамнеза обращало внимание то, что ежедневный акт дефекации без изменений

характера каловых масс были лишь у 18 (23,7%) больных, одинаково часто при всех формах дерматоза, независимо от возраста.

Таким образом, результаты анализа анамнеза и комплексного клинического и лабораторно-инструментального обследования больных различными формами акне свидетельствуют о высокой частоте встречаемости заболеваний или состояний, которые были «немыми» до момента обследования, но их продолжающееся течение может оказать влияние на эффективность терапии дерматоза и, что очень важно, стойкость последующего лечебного эффекта. Известно, что эти заболевания могут влиять на регуляторные системы организма, экопейзаж различных топографических регионов, в т.ч. кожи, кишечника и др.[1]. Косвенным подтверждением этого была высокая выявляемость демодекса в наших наблюдениях – у 51(67,1%), в т.ч. у 21 (84%) больных розацеа, 8 (30,8%) больных ранними акне и у 22 (88%) больных поздними акне (табл.4).

Таблица 4. Выявляемость демодекса при различных формах акне

Нозологическая форма акне	Всего	Выявлен демодекс, абс./%
Розацеа	25	21/84,0
Ранние акне	26	8/30,8
Поздние акне	25	22/88,0
Всего	76	51/67,1

Выявленные изменения послужили обоснованием начинать терапию больных со стартового дезинтоксикационного воздействия медицинским препаратом Элиминаль гель, комфортность применения которого отмечали все пациенты.

Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Все пациенты основной группы, в отличие от группы сравнения, отмечали улучшение состояния кожи в конце курса лечения, снижение интенсивности

жирности и чувствительности кожи. При анализе ближайших результатов лечения и оценке дерматологического статуса отмечено снижение индекса ОУН при всех формах дерматоза, но более выраженное у лиц основной группы, комплексная терапия которых включала прием Элиминаль геля (табл. 5).

Таблица 5. Динамика индекса общей угревой нагрузки до- и после лечения в группах сравнения при разных формах акне

Нозологическая форма акне/Время исследования	Основная группа, n=45	Группа сравнения, n=31
<b><i>Розацеа, n=25</i></b>		
До лечения	38,8±4,1	37,8±4,3
Через 1 мес.	8,1±1,4	18,1±2,2
Через 3 мес.	5,2±1,1	12,1±2,4
<b><i>Ранние акне, n=26</i></b>		
До лечения	64,6±11,4	63,8±12,1
Через 1 мес.	12,4±1,2	30,6±4,1
Через 3 мес.	6,1±1,3	15,8±4,6
<b><i>Поздние акне, n=25</i></b>		
До лечения	44,2±10,1	46,8±9,6
Через 1 мес.	10,2±3,6	18,8±6,1
Через 3 мес.	4,9±1,5	8,7±1,1

Так, снижение индекса ОУН при ранних акне через 1 мес было почти в 5 раз в основной группе – с 64,6±11,4 до 12,4±1,2 и лишь в 2 раза – в группе сравнения – с 63,8±12,4 до 30,6±4,1; при поздних акне - с 44,2±10,1 до 10,2±3,6 в основной группе и лишь с 46,8±9,6 до 18,8±6,1 – в группе сравнения; при розацеа - в основной группе – с 38,8±4,1 до 8,1±1,4, в то время как в группе сравнения – с 37,8±4,3 до 18,1±2,2. Особое внимание привлекал тот факт, что через 3 месяца у больных основной группы при всех



формах дерматоза индекс ОУН был почти в 2 раза ниже, чем в группе сравнения: при ранних акне -  $6,1 \pm 1,3$  и  $15,8 \pm 4,6$  соответственно; при поздних акне –  $4,9 \pm 1,5$  и  $8,7 \pm 1,1$  соответственно; при розацеа –  $5,2 \pm 1,1$  и  $12,1 \pm 2,4$  соответственно.

Отдаленные результаты лечения также подтвердили эффективность разработанного подхода (табл.6). Стойкая клиническая ремиссия в течение года была у 26 (57,8%) больных основной группы и лишь у 7 (22,6%) – в группе сравнения. 1-2 рецидива в течение года наблюдения были у 7 (15,5%) больных основной группы и более, чем в 2 раза чаще в группе сравнения – у 11 (35,5%).

Таблица 6. Отдаленные результаты лечения больных различными формами акне

Группы сравнения/формы акне	Стойкая клиническая ремиссия в течение 1 года	Неустойчивая ремиссия в течение 1 года	1-2 рецидива в течение 1 года наблюдения
<b><i>Основная группа</i></b>			
Розацеа n=14	7	4	3
Ранние акне n=13	8	3	2
Поздние акне n=18	11	5	2
<i>Всего, абс./%</i>	26/57,8	12/26,7	7/15,5
<b><i>Группа сравнения</i></b>			
Розацеа n=11	2	3	6
Ранние акне n=13	3	7	3
Поздние акне n=7	2	3	2
<i>Всег, абс./%</i>	7/22,6	13/41,9	11/35,5

Полученные данные лишней раз подтверждают тезис о роли микробиоценоза кишечника в развитие и течение дерматологической

патологии и значимости дезинтоксикационной терапии в этапном ведении больных.

Комбинация сорбента диоксида кремния с лактулозой, способствует более быстрой колонизации кишечника бифидо- и лактобактериями, восстанавливает микробиоценоз кишечника, тем самым обеспечивая и усиливая спектр лечебных эффектов (иммуномодулирующий, противовоспалительный, антиаллергический и др.). Именно это обосновывает целесообразность использования Элиминаль геля в комплексной терапии акне и акнеiformных дерматозов.

### **Выводы**

1. Разработан комплексный метод лечения больных различными формами акне (ранними, поздними, розацеа), заключающийся во включении в базисную терапию дерматоза на первом этапе комбинированного медицинского препарата Элиминаль гель в следующем режиме: по 1 стик-пакету 2 р в день натощак, запивая 200 мл воды (1 час после – не есть, но прием жидкости не ограничен) в течение 14 дней, затем повторные 2 курса с интервалом в 1 месяц и профилактические 2 курса в том же режиме ранней весной и поздней осенью в течение 1 года.
2. Включение Элиминаль геля в комплексную терапию больных с акне существенно повышало эффективность лечения, сопровождалось улучшением эстетического состояния кожи, выраженным снижением индекса угревой нагрузки, как сразу после лечения, так и спустя 3 месяца, способствовало достижению длительной и стойкой клинической ремиссии у 57,8% больных.
3. Комбинированный препарат Элиминаль гель отличается хорошей переносимостью, высокой эффективностью и может широко использоваться в лечении больных различными формами акне.

## Литература.

1. Адаскевич В.П. Акне и розацеа. – Спб: Ольга, 2000. – 130 с.
2. Анохин В.А., Тюрин Ю.А. Роль основных представителей анаэробной кишечной микрофлоры в норме и патологии // Казан.мед.журн. – 2001. – Т.82, №2. – С.149-151.
3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология /Под ред. А.А.Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2007. – С. 143-153.
4. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах/ Учебное пособие. Под ред. В.М.Коршунова и др. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 80 с.
5. Мурзина Е.А. Обоснование путей коррекции аутофлоры кожи детей, больных атопическим дерматитом: Автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.01.20. – Киев, 2002. – 20 с.
6. Проект унифицированного протокола диагностики и лечения акне. Код МКБ-10:L70-Акне (угри). – Киев, 2013. – 9 с.
7. Проценко Т.В., Чубарь О.В. Хилак в комплексном лечении розацеа //Зб.наук.-практ. работ «Торсуевские чтения». – Вып.2. – Донецк, 2000.- С.87-90.
8. Рациональна діагностика та лікування в дерматології та венерології/За ред. І.І Маврова. – Київ: Здоров'я України, 2007. – 344 с.
9. Свирщевская Е.В., Матушевская Е.В. Новые аспекты в патогенезе и терапии акне //Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. - 2011. – №2. – 89 - 91с.
10. Чубарь О.В. Клинико-патогенетическое обоснование новых подходов к комплексной терапии больных розовыми угрями: Автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.01.20. – Харьков, 2006. – 16 с.
11. Barrat H., Hamilton F., Car G. et al. Outcome measures in acne vulgaris: systemic review//Br.J.Dermatol. – 2009. – Vol.153.- P. 445-448.

12. Kalliomaki M., Salminen S., Arvilommi H., Kero P. et al. Probiotics in primary prevention of atopic diseases: a randomized placebo-controlled trial//Lancet. – 2001. – Vol.357.- P. 1076-1079.
13. Katsambas A.D., Lotti T.M. European Handbook of Dermatological Treatments. - Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1999. - 384 p.