

Пищевые волокна в терапии больных акне и розацеа

Т.В. Проценко, О.А. Проценко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Целью работы данного исследования было оценивание переносимости и эффективности методики применения пищевых волокон в комплексной терапии больных с розацеа, ранними и поздними акне.

Были обследованы 60 больных (16 мужчин и 44 женщины в возрасте от 16 до 58 лет), в том числе 20 – с ранними акне, 20 – с поздними акне, 20 больных – с розацеа. Пациенты были разделены на 2 репрезентативные группы: основная группа – 30 больных, комплексная терапия которых, наряду с традиционной, включала препарат, содержащий пищевые волокна и лактулозу (Бионорм); группа сравнения – 30 больных, получавших традиционное лечение. Оценивали переносимость и эффективность терапии по субъективным и объективным показателям (динамика состояния кожи, жирность кожи, сроки регресса сыпи).

У больных основной группы отмечено более быстрое разрешение элементов сыпи и снижение индекса общей угревой нагрузки при всех формах акне, полный регресс сыпи в конце курса лечения – у 80% больных, в группе сравнения – лишь у 56,6% больных. Стойкая клиническая ремиссия в течение 12 мес наблюдения была у 83,3% больных основной группы и у 60% больных – в группе сравнения.

Включение препарата Бионорм в комплексную терапию больных с розацеа, ранними и поздними акне повышает эффективность терапии, способствует более быстрому регрессу сыпи и более длительной ремиссии дерматоза.

Ключевые слова: ранние акне, поздние акне, розацеа, лечение, пищевые волокна, Бионорм.

Акне и розацеа рассматривают как мультифакториальные заболевания с поражением сально-волосяных фолликулов, в патогенезе которых большое значение имеют дисбаланс липидов, изменения рН гидролипидной мантии кожи и обусловленная этим активация и пролиферация микробной флоры кожи, в норме сапрофитирующей в себорейных зонах [1, 6]. В формировании этих нарушений особое место занимают изменения функционирования системы пищеварения, в том числе хронические запоры, диарея, дисбиоз или дисбактериоз кишечника, связанные с необоснованной медикаментозной терапией, лекарственной полипрагмазией, а порой и с неправильным питанием [2, 3, 8]. В дерматологической практике хорошо известна значимость трофоаллергенов в дебюте и последующем рецидивирующем течении ряда дерматозов (атопический дерматит, экзема и др.). В последние десятилетия особое внимание уделяют сбалансированному питанию с достаточным количеством пищевых волокон, которые, сами по себе, обладают сорбционными свойствами, нормализуют функционирование кишечника и обеспечивают защитное действие при сахарном диабете, желчнокаменной болезни, дивертикулах кишечника, хронических запорах, ишемической болезни сердца и многих других [9–12]. В то же время доказано, что подобным эффектом обладают лишь продукты, богатые нерастворимыми пищевыми волокнами, к которым относятся нерафинированные сорта пшеницы и отруби. Именно они устойчивы к действию бактериальных ферментов в толстом

кишечнике и могут препятствовать развитию болезней [11]. Многочисленными исследованиями установлено, что пищевые волокна обеспечивают антитоксический эффект, снижают уровень холестерина в крови, уменьшают риск развития аллергических реакций, нормализуют моторику кишечника, предупреждают обезвоживание организма, способствуют нормализации микрофлоры кишечника и выведению токсических веществ [9–12]. Установлено, что здоровый человек, потребляющий в день 2000 ккал, должен получать не менее 25 г пищевых волокон в сутки, в то время как в развитых странах в среднем каждый человек потребляет не более 13 г пищевых волокон [11]. Фаст-фуд, быстрое питание с преобладанием легко усваиваемых углеводов, использование рафинированных продуктов нарушает естественное функционирование системы пищеварения и, безусловно, отягощает течение любого дерматоза, в том числе розацеа и акне. Вариантом решения проблемы может быть оптимизация рациона и включение в программу ведения больных средств, содержащих достаточное количество пищевых волокон. **Препаратом выбора может быть Бионорм, средство отечественного производителя, содержащий лигнин, лактулозу и микрокристаллическую целлюлозу. Уникальный состав препарата не только компенсирует необходимое количество пищевых волокон, но и обеспечивает детоксикационный (сорбционная сила в 10-20 раз больше обычных сорбентов (на основе активированного угля) и пребиотический эффект [9].**

Цель исследования: оценивание переносимости и эффективности диетической добавки Бионорм к рациону в комплексной терапии больных с розацеа, ранними и поздними акне.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено открытое клиническое сравнительное исследование, включавшее наблюдение за 60 больными с розацеа (20 человек), ранними акне (20 человек), поздними акне (20 человек), из них было 44 (73,3%) женщины и 16 (26,7%) мужчин в возрасте от 16 до 58 лет.

Обследовали больных, назначение общей и наружной терапии проводили в зависимости от тяжести дерматоза в соответствии с принятыми стандартами [4, 7].

Пациенты были разделены на 2 репрезентативные группы:

- основная группа – 30 больных (с розацеа – 10 человек, ранними акне – 10 человек, поздними акне – 10 человек), комплексная терапия которых, наряду с традиционной, включала диетическую добавку к рациону Бионорм;

- группа сравнения – 30 больных (с розацеа – 10 человек, ранними акне – 10 человек, поздними акне – 10 человек), получавших только традиционную терапию.

Критерии включения: согласие пациента на участие в исследовании и готовность выполнять назначения врача, подписание информированного согласия.

Критерии исключения: сопутствующая соматическая патология в стадии обострения, требующая системной терапии; другая дерматологическая патология, требующая медикаментозной терапии; неготовность пациента соблюдать рекомендации врача.

Таблица 1

Гендерное распределение больных в обеих группах

Диагноз	Основная группа, мужчины	Основная группа, женщины	Группа сравнения, мужчины	Группа сравнения, женщины	Всего
Розацеа	4	6	5	5	20
Ранние акне	3	7	4	6	20
Поздние акне	-	10	-	10	20
Всего, абс. число (%)	7 (23,3)	23 (76,7)	9 (30,0)	21 (70,0)	60

Таблица 2

Длительность заболевания в обеих группах

Диагноз	Давность дерматоза		
	До 1 года	1-3 года	Свыше 3-х лет
Розацеа	5	3	12
Ранние акне	4	6	10
Поздние акне	-	-	20
Всего, абс. число (%)	9 (15,0)	9 (15,0)	42 (70,0)

Лечебно-диагностическая программа включала следующие этапы: анализ жалоб, анамнеза и результатов обследования; регистрация сопутствующих заболеваний и стадии их активности (при наличии обострений соматических заболеваний дерматологическая программа была отсроченной); обследование с оценкой состояния кожи лица, количества воспалительных (папул, пустул) и невоспалительных элементов сыпи (открытых и закрытых комедонов) с последующим вычислением индекса общей угревой нагрузки (ОУН). Жирность и pH кожи определяли с использованием аппарата SOFT Plus (Callegari, Италия) специальными датчиками в соответствии с предлагаемыми программами. Результаты выражали в условных единицах.

Наряду с назначением общей и наружной терапии, со всеми пациентами обговаривали вопросы пищевого рациона и оптимизации режима питания с ограничением высококалорийных продуктов с высоким гликемическим индексом, молока, жирных сортов мяса, копченостей, газированных напитков. Акцентировали внимание на приеме достаточного количества жидкости (до 1,5–2 л/сут) в первую половину дня, фруктов и овощей, предпочтительно растущих в данном регионе в данное время года. Рекомендовали питание дробное, частое, малыми порциями.

Пациентам основной группы в комплексную терапию включали диетическую добавку Бионорм к рациону, который назначали по 2 таблетки 2 раза в день за 1 ч до или через 1–1,5 ч после приема пищи, запивая 150–200 мл воды, в течение 10 дней 1 раз в месяц 3 мес.

Бионорм является дополнительным источником пищевых волокон, содержит активированный лигнин, лактулозу и микрокристаллическую целлюлозу, которые обеспечивают высокую сорбционную емкость по отношению к токсическим молекулам и бактериальным клеткам, хорошо эвакуируются из кишечника. В отличие от большинства сорбентов, Бионорм не оказывает отрицательного воздействия на процессы секреции и кишечную микрофлору, не проникает через слизистую оболочку пищеварительного тракта и, следовательно, не имеет системной фармакокинетики [9].

Статистическую обработку результатов исследования проводили классическими математическими методами вариационной статистики с применением пакета программ «Microsoft Excel 2000» на персональном компьютере.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Гендерный анализ показал, что в наших наблюдениях преобладали женщины – 44 (73,3%) пациентки, в том числе – со всеми вариантами акне и розацеа в обеих группах (табл. 1).

Большинство больных имели длительность заболевания свыше 3 лет – 42 (70%) пациента, это были все пациенты с поздними акне (20 человек), 10 (50%) человек – с ранними акне и 12 (60%) человек – с розацеа (табл.2).

При анализе анамнеза отмечено, что большая часть больных по поводу дерматоза и/или коморбидной и соматической сопутствующей патологии получала многократные курсы системной антибактериальной, антипаразитарной или гормональной терапии (табл. 3).

При анализе жалоб отмечено, что запоры в течение последнего года были у 34 (56,7%) больных, в том числе у 8 (40%) больных с розацеа, у 12 (60%) – с ранними акне и у 14 (70%) – с поздними акне; транзиторная диарея – у 11 (55%) больных, в том числе у 6 (30,0%) больных с розацеа, у 2 (10%) – с ранними акне и у 3 (15%) – с поздними акне. Дискомфорт со стороны органов пищеварения (метеоризм, тошноту, отрыжку и др.) испытывали 18 (30%) пациентов, в том числе 7 (35%) больных с розацеа, 3 (15%) – с ранними акне и 8 (40%) – с поздними акне.

В исследование были включены пациенты только с папуло-пустулезной формой акне и розацеа, со среднетяжелым течением. При оценивании исходного состояния кожи отмечено, что более выраженной жирность кожи была у пациентов с ранними и поздними акне, максимальным индекс ОУН был у лиц с ранними акне (табл. 4).

Хорошую переносимость и комфортность применения Бионорма отметили все пациенты основной группы.

Сравнительный анализ результатов терапии в группах сравнения показал большую эффективность у больных, которым в течение 3 мес применяли препарат Бионорм. Так, отмечена лучшая динамика регресса воспалительных и невоспалительных элементов сыпи, редукция индекса ОУН, уменьшение степени жирности кожи и восстановление ее pH у пациентов основной группы при всех формах акне (табл.5, 6).

Полный регресс сыпи в конце курса лечения отмечен у 24 (80,0%) больных основной группы и лишь у 17 (56,6%) больных в группе сравнения (табл. 7).

Таблица 3

Предшествующая системная медикаментозная терапия у обследованных больных

Лечение	Розацеа, n=20	Ранние акне, n=20	Поздние акне, n=20
Курсы антибактериальной терапии (абс. число, %)	12 (60,0)	8 (40,0)	17 (85,0)
Курсы антипаразитарной терапии (абс. число, %)	18 (90,0)	11 (55,0)	12 (60,0)
КОК или другая гормональная коррекция (44 женщины) (абс. число, %)	8 (72,7) из 11 женщин	4 (30,8) из 13 женщин	9 (45,0) из 20 женщин

Таблица 4

Показатели исходного состояния кожи у обследованных больных

Диагноз	Жирность	pH	ОУН
Розацеа	39,6±3,4	6,3±0,4	36,6±10,4
Ранние акне	49,1±5,4	6,6±1,1	63,6±12,8
Поздние акне	42,6±4,4	6,8±0,9	44,8±11,4

Показатели состояния кожи у больных основной группы после лечения

Диагноз	Жирность	pH	ОУН
Розацеа	31,1±0,4	5,8±0,6	0,8±0,3
Ранние акне	34,1±0,84	5,6±0,2	1,6±0,2
Поздние акне	32,2±1,4	5,7±0,4	1,2±0,2

Таблица 6

Показатели состояния кожи у больных группы сравнения после лечения

Диагноз	Жирность	pH	ОУН
Розацеа	32,1±0,3	5,9±0,9	2,1±0,6
Ранние акне	36,1±0,8	5,8±1,2	2,6±0,8
Поздние акне	34,8±1,6	5,9±1,4	1,8±0,4

Таблица 7

Полный регресс сыпи в конце курса лечения у больных групп сравнения

Диагноз	Основная группа, n=30	Группа сравнения, n=30
Розацеа, n=20	8	4
Ранние акне, n=20	9	7
Поздние акне, n=20	7	6
Всего, абс. число (%)	24 (80,0)	17 (56,6)

Таблица 8

Отдаленные результаты лечения (стойкая клиническая ремиссия в течение 12 мес наблюдения) у больных групп сравнения

Диагноз	Основная группа, n=30	Группа сравнения, n=30
Розацеа, n=20	8	5
Ранние акне, n=20	9	6
Поздние акне, n=20	8	7
Всего, абс. число (%)	25 (83,3)	18 (60,0)

Наряду с улучшением состояния кожи на фоне приема Бионорма улучшение функций органов пищеварения (нормализация стула, прекращение метеоризма и др.) отметили 28 (93,3%) пациентов основной группы, в отличие от 11 (36,7%) больных группы сравнения, которые только соблюдали рекомендации по питанию.

Отдаленные (в течение 12 мес) результаты лечения подтвердили целесообразность использования Бионорма в комплексном лечении больных с розацеа и акне. Стойкая клиническая ремиссия была у 25 (83,3%) больных основной группы и лишь у 18 (60%) больных в группе сравнения (табл. 8).

Пациенты, принимавшие Бионорм, отмечали меньшую выраженность воспалительного компонента сыпи и более легкое течение при последующих обострениях, что побуждало их и в дальнейшем использовать Бионорм.

Таким образом, установлено, что включение Бионорма в комплексную терапию больных с розацеа, ранними и поздними акне улучшает общее состояние пациента, существенно повышает эффективность терапии, позволяет снизить степень выраженности симптомов дерматоза, способствует более выраженному и быстрому регрессу элементов сыпи и более длительной ремиссии дерматоза.

ВЫВОДЫ

Диетическая добавка Бионорм является эффективным дополнением к рациональному питанию больных с розацеа, ранними и поздними акне.

На фоне улучшения состояния кожи пациентов с розацеа и акне (снижение жирности и pH кожи) отмечалось улучшение функционирования системы пищеварения (нормализация стула, исчезновение дискомфорта, связанного с приемом пищи, и др.) у 93,3% больных основной группы и лишь у 36,7% больных, не принимавших Бионорм, но соблюдавших рекомендованный режим питания.

Включение Бионорма в комплексную терапию больных с розацеа, ранними и поздними акне обеспечивает стойкую клиническую ремиссию у 83,3% больных основной группы, в то время как в группе сравнения таких пациентов лишь 60%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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. Горячкина М.В. Роль психоэмоциональных факторов в развитии акне // Дерматология. – 2008. – № 2. – С. 8–12.
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология // Под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2007. – С. 143–153.
5. Плоскирева А.А., Николаева С.В. Пробиотическая поддержка питания – современный подход детской нутрициологии // Педиатрия. – 2011. – Т. 90, № 5. – С. 107–111.
6. Потеев Н.Н. Акне и розацеа. – М., 2002. – 213 с.
7. Проект унифицированного протокола диагностики и лечения акне. Код МКБ-10: L70-Акне (угри). – К., 2013. – 9 с.
8. Проценко Т.В., Чубарь О.В. Хилак в комплексном лечении розацеа // Сб. науч.-практ. работ «Торсуевские чтения». – Вып. 2. – Донецк, 2000. – С. 87–90.
9. Свинцицкий А.С., Соловьева Г.А., Кваченко Е.Л. Синдром раздраженного кишечника: от патогенеза к лечению // Укр. мед. часопис. – 2013. – № 10. – С. 2–6.
10. Ткач С.М. Синдром раздраженного кишечника: естественное течение и возможности противоречивой терапии // Здоров'я України. – 2012. – Т. 279, № 2. – С. 5–6.
11. Jackson J.L., O'Malley P.G., Tomkins J. et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressants medications // Am. J. Med. – 2000. – Vol. 108, № 1. – P. 65–72.
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.

Сведения об авторах

Проценко Татьяна Виталиевна – Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, 83003, г. Донецк, пр. Ильича 16; тел.: (050) 930-60-32

Проценко Олег Анатольевич – Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, 83003, г. Донецк, пр. Ильича 16; тел.: (050) 570-79-79