

«Акнетин» в ведении пациентов с акне. Показана высокая эффективность данного препарата и хорошая переносимость его пациентами.

SPECIFIC TREATMENT OF ACNE

O.M.Shupenko, V.I.Stepanenko

The article presents the results of the analysis of contemporary literature and original clinical observations on the use of systemic retinoid medication "Acnetin" in the management of patients with acne. The high effectiveness of this drug and its tolerability by patients are shown.

УДК 616.53-002.282-08-031.81-085.246.9

ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫЕ СРЕДСТВА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

Я.А.Полях

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: розацеа, синдром эндогенной интоксикации, энтеросорбенты, дезинтоксикационная терапия.

Актуальность темы. На современном этапе патогенез розацеа рассматривают как комплекс взаимосвязанных патогенетических звеньев, среди которых выделяют сосудистые и метаболические нарушения, эндокринные дисфункции, патологию внутренних органов. В сложном патогенезе розацеа важную роль занимают экзогенные и эндогенные факторы риска [3]. Увеличивающаяся техногенная экологическая агрессия на организм человека в конечном результате приводит к избыточному накоплению в организме различных соединений, обладающих токсическими свойствами. Воспалительные патологические процессы способствуют образованию биологически активных метаболитов, усилению протеолиза, оказывая сложное влияние на метаболические процессы во всем организме. Бактериальные экзо- и эндотоксины, продукты нарушенного обмена, медиаторы воспаления, тканевые гормоны приводят к активации процессов перекисного окисления липидов, калликреин-кининовой системы, способствует

развитию нарушений гемодинамики, тканевой гипоксии объединяя в себе понятие развития синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) [4]. Выше изложенное и некоторые представленные научные работы позволили нам сделать предположение о возможной роли эндогенной интоксикации в патогенезе розацеа [3, 8]. Одним из наиболее информативных биохимических показателей степени выраженности интоксикации у больных являются промежуточные продукты протеолиза – молекулы средней массы (МСМ). Повышение их концентрации в крови свидетельствует о наличии в организме деструктивных процессов и недостаточной функции органов и систем, обеспечивающих детоксикационную функцию организма. При СЭИ в организме определяется большое количество токсинов с различной молекулярной массой и биологической активностью [1, 6]. Учитывая выше изложенное, целью нашей работы было повышение эффективности терапии розацеа и снижения частоты возникновения рецидивов путем использования дезинтоксикационной терапии направленной на коррекцию показателей эндогенной интоксикации.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов лечения и обследования 80 пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа в фазе обострения и 20 практически здоровых человек в возрасте от 19 до 69 лет. Всех пациентов мы распределили на 3 группы, статистически сопоставимые по возрастно-половому составу. Первая (основная) группа - 60 пациентов с розовыми угрями была разделена на три подгруппы: в Ia подгруппу были включены 20 пациентов, которые в дополнение к традиционной терапии получали атоксил, в Ib подгруппу вошли 20 пациентов, получивших наряду с традиционной терапией реосорбилакт и в Iv – 20 пациентов, получившие традиционную терапию + атоксил и реосорбилакт. Вторая группа (сравнения) – 20 пациентов получивших только традиционную терапию. Контрольную группу составили 20 условно здоровых человек без воздействия. Традиционная терапия включала диету с ограничением экстрактивных веществ, антибиотикотерапию и пробиотики, гипосенсебилизирующие и антигистаминные препараты, вазоактивные средства, витаминотерапию и седативные препараты. Диагноз верифицировали на основании жалоб, анамнеза жизни и заболевания, данных объективного и лабораторного исследования. Продолжительность заболевания колебалась от 1 мес до 10 лет. Всем пациентам проводили клинико-лабораторное обследование до начала и после окончания курса терапии. 76% больных жаловались на головную боль, слабость, утомляемость, снижение аппетита, у 69% отмечался зуд кожных покровов в местах высыпаний. При объективном исследовании отмечалась бледность кожных покровов у 23% больных, сухость кожи – у 6%. Степень выраженности СЭИ оценивали по содержанию молекул средней массы в сыворотке крови. Применяли скрининговый спектрофотометричный метод. При длине волны 238 нм исследовали аминокислотную фракцию, при 254 нм – пептидную фракцию, при 260 нм – нуклеотидную фракцию, при 280 нм – фракцию содержащую ароматические хромофоров.

Забор крови производили из локтевой вены натощак в гепаринизированные пробирки [2]. Полученные результаты обрабатывали с помощью статистической программы. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента. Критерием статистической достоверности был уровень $p=0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Анализируя динамику показателей эндогенной интоксикации можно отметить, что до лечения у пациентов с розацеа в основной группе и группе сравнения уровень МСМ был выше нормы в 1,23 раза в сравнении с контрольной группой. Это послужило мотивом для назначения корригирующей детоксикационной терапии. Патогенетическая терапия при синдроме эндогенной интоксикации (СЭИ) направлена на устранения источника образования токсических соединений. Универсальной детоксикационной системы, направленной на утилизацию всего спектра токсических метаболитов не существует. В настоящее время выделяют консервативные и активные, экстракорпоральные и интракорпоральные методы детоксикации [6]. Для решения задачи коррекции эндогенной интоксикации у пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа нами были выбраны препараты: реосорбилакт и атоксил. Многолетний опыт клинического использования энтеросорбции и дезинтоксикационной терапии в лечении хронических дерматозов свидетельствует о его высокой эффективности. Атоксил и реосорбилакт зарекомендовали себя как препараты способные значительно снизить выраженность СЭИ в организме. Энтеросорбция относится к неинвазивным экстракорпоральным методам детоксикации, метаболической и иммунологической коррекции, в процессе проведения которой не осуществляется прямой контакт сорбента с кровью. Энтеросорбенты обладают как прямым, так и опосредованным действием. К прямым действиям энтеросорбентов относят детоксицирующий эффект в отношении различных токсических веществ и метаболитов, в том числе сорбция и элиминация из желудочно-кишечного тракта продуктов воспа-

лительного процесса в кишечнике, токсических продуктов обмена, биологически активных веществ, а так же патогенных бактерий и вирусов. Путем связывания токсических веществ в пищеварительном канале энтеросорбенты прерывают процессы резорбции и рециркуляции токсинов. Опосредованное действие энтеросорбентов на организм человека выражается в восстановлении целостности и проницаемости слизистых оболочек кишечника, улучшение кровоснабжения, нормализации моторной и эвакуаторной функции и микробиоценоза кишечника, предотвращении или ослаблении токсико-аллергических реакций, клинических проявлений энзотоксикоза, профилактике экзотоксикоза, снижение метаболической нагрузки на органы экскреции и детоксикации, а так же коррекция метаболических и иммунных процессов [1, 3]. В последние годы были разработаны несколько видов энтеросорбентов, которые различают по действующему веществу и характеру избирательности действия (неселективные и селективные). Недостатком неселективных энтеросорбентов является их влияние на важные биохимические процессы в организме (обмен жиров, белков, гормонов, микроэлементов и витаминов).

По химической структуре энтеросорбенты делят на несколько групп [7]:

- 1) углеводные энтеросорбенты I-V поколений;
- 2) энтеросорбенты на основе природных и синтетических смол, синтетических полимеров и неперевариваемых липидов;
- 3) кремний-содержащие энтеросорбенты, включающие кремнийорганические вещества, аэросилы и глины;
- 4) природные органические на основе пищевых волокон, гидролизного лигнина, хитина, пектинов и альгинатов;
- 5) комбинированные.

Нами применялся новый отечественный препарат атоксил. Это сорбент 4 поколения, химическое название кремния диоксид. Атоксил – это легкий аморфный порошок белого цвета без вкуса и запаха. Препарат выпускается в двух формах: пла-

стиковых флаконах и пакетах-саше (1 флакон содержит: высокодисперсного порошка кремния диоксида 10 г; пакетик-саше содержит: высокодисперсного диоксида кремния 2 г). Атоксил – препарат с выраженными сорбционными свойствами, адсорбирует из пищеварительного тракта и выводит из организма эндогенные и экзогенные токсические вещества различного происхождения, проявляя дезинтоксикационное, противомикробное и ранозаживляющее действия. Он способствует транспортированию из внутренних сред организма в пищеварительный тракт разнообразных токсических продуктов, в том числе – среднемoleкулярных пептидов, аминов, продуктов незавершенного метаболизма, свободных радикалов, и других веществ с последующим их выведением из организма. Особым достоинством атоксила является селективность. Экспериментально доказано, что даже очень высокие дозы препарата не приводят к каким – либо структурным изменениям. Препарат практически не всасывается в кишечнике, обладает выборочной сорбцией к токсическим веществам и патогенным микробом, оставляя при этом в организме, полезные вещества и восстанавливая нормальную микрофлору. Атоксил имеет высокий профиль безопасности, поэтому рекомендован детям с 1 года жизни. В отличие от угольных сорбентов, не травмирует слизистую желудка, и полностью выводится из организма. Одним из наиболее важных показателей эффективности и скорости действия энтеросорбента является площадь активной поверхности на 1 г препарата. Существенным отличием атоксила от других сорбентов является непористая структура. Благодаря высокой дисперсности у атоксила этот показатель превышает 400 м^2 на 1 г, по сравнению с активированным углем для которого этот показатель составляет – $1,5\text{-}2 \text{ м}^2$ на 1 г препарата, энтеросгелем (150 м^2 на 1 г). Максимальную сорбционную активность атоксил проявляет уже через 4 мин. Отличительной особенностью применения энтеросорбентов является не менее $1,5\text{-}2$ ч интервал между их приемами пищи и другими медикаментами, так как

именно в это время в кишечнике образуются недоокисленные промежуточные продукты обмена, подвергающиеся адсорбции [4]. Клинический эффект энтеросорбентов зависит от своевременности их назначения – чем раньше назначается препарат, тем выше коэффициент сорбции и клинический эффект. На сегодняшний день существует несколько вариантов применения энтеросорбентов: включение энтеросорбентов в комплекс лечебный мероприятий на ранних этапах лечения или подключение энтеросорбентов к лечению после базисной патогенетической терапии [8]. Учитывая тот факт, что МСМ способны блокировать рецепторы любой клетки, препятствуя проникновению лекарственных средств, мы назначали сорбенты в комплексной терапии розацеа на ранних этапах лечения.

Дезинтоксикационная инфузионная терапия так же занимает важное место в коррекции нарушений гомеостаза. Основными функциями дезинтоксикационной терапии являются [6, 7]:

- 1) усиление перфузии тканей с целью создания условий для диффузии токсических факторов из пораженных клеток, тканей в кровяное русло;
- 2) гемодилюция, сопровождающаяся снижением концентрации токсинов в плазме крови;
- 3) форсирование диуреза в результате чего токсины и метаболиты выводятся из организма.

Реосорбилакт – плазмозамещающий препарат, оказывающий дезинтоксикационное, реологическое, ощелачивающее действие. Его основными фармакологически активными веществами являются: шестиатомный спирт сорбитол и ощелачивающее соединение – натрия лактат. Оба препарата содержат электролиты (натрий, калий, кальций, магний) в сбалансированном соотношении. Реосорбилакт представляет собой прозрачную бесцветную жидкость без запаха, сладковатую на вкус. Общая осмолярность реосорбилакта в 3 раза превышает осмолярность плазмы крови, также он обладает дезагрегантным действием, благодаря этому препарат усили-

вает приток интерстициальной жидкости в сосудистое русло, улучшая микроциркуляцию и перфузию тканей, увеличивая объем циркулирующей крови. В печени сорбитол превращаясь сначала во фруктозу, а затем в гликоген, который, в свою очередь, дает начало использованию глюкозы по классическим путям гликолиза, способствуя нормализации энергетического и углеводного обмена. Большой интерес представляет характер влияния сорбитола на витаминную обеспеченность организма. Установлено, что при пероральном применении препарат обладает витаминосберегающими свойствами по отношению к тиамину и витамину В₁₂. Таким образом, сорбитола снижает расход витаминов в организме и способствует более экономичному их использованию. Также сорбитол усиливает моторику кишечника за счет прямого воздействия на нервно-мышечный аппарат кишечной стенки, усиливает процессы регенерации гепатоцитов, обладает антикетогенным действием. Лактат-анион корригирует кислотно-основное равновесие плазмы крови, участвует в реакциях углеводно-энергетического обмена, а так же восстанавливает и стимулирует функции клеток ретикулоэндотелиальной системы, печени и почек [4].

Мы применяли реосорбилакт в/в капельно (40-60 капель в минуту) по 200 мл через день № 5, атоксила по 2 г тщательно перемешивая в 100-150 мл нейтральной негазированной или охлажденной кипяченой воды до образования однородной суспензии 3 раза в день за 1,5 ч до еды. Продолжительность приема атоксиса зависела от степени выраженности эндотоксикоза у пациентов и составляла 10-14 дней. Эффективность и безопасность терапии оценивали, основываясь на мониторинге общего состояния больных, клинического течения болезни, лабораторных показателей. К положительным качествам этих препаратов следует отнести их хорошую переносимость при минимуме нежелательных эффектов. Анализ полученных результатов свидетельствует о положительной динамике состояния пациентов после лечения во всех группах. Наиболее

выражены симптомы уменьшения интоксикации были в группе больных, получавших реосорбилакт и атоксил по сравнению с показателями пациентов других групп. Влияния дезинтоксикационной терапии на общеклинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови не установлено, что свидетельствует о безопасности препаратов, отсутствии отрицательных гепатотропных эффектов. Побочные эффекты при их использовании не зафиксированы. Существенно улучшилось общее состояние у пациентов основной группы по сравнению со второй группой. Исследование МСМ у больных в динамике показало, что после лечения уровень МСМ снизился у пациентов основной группы по отношению к группе сравнения, причем контрольных значений достиг только в Ів группе, где пациенты получали комплексную дезинтоксикационную терапию (атоксил и реосорбилакт). Результаты эффективности проводимой терапии оценивали так же по ближайшим и отдаленным результатам. Проводя сравнительную оценку ближайших результатов отмечено, что клиническое выздоровление наблюдалось у 62,3% пациентов Іа группы, у 67,8% - Іб группы и у 82,5% пациентов І в группы и лишь у 47,8% группы сравнения. Постепенное уменьшение количества и интенсивности приливов наблюдали с 14-х суток у 68% основной группы и 45% группы сравнения. Установлено улучшение самочувствия, нормализация аппетита, уменьшение общеинтоксикационных проявлений у 73% пациентов І группы. Пребыва-

ние пациентов основной группы в стационаре по срокам уменьшилось на 3 дня по отношению к группе сравнения. По окончании курса лечения все биохимические показатели были в диапазоне физиологической нормы. Катамнестические наблюдения за больными розацеа проводились в течение 2 лет. Клиническая ремиссия более 1 года наблюдалась у 86% пациентов основной группы: из них 73,5% в Іа группе, 77,5% - в Іб группе и 83,5% - в Ів группе, в сравнение с традиционной терапией – 43,6%.

Выводы.

1. Наше исследование показало наличие эндогенной интоксикации у больных с папуло-пустулезной формой розацеа.
2. Определение уровня молекул средней массы в крови является достаточно информативным маркером эндогенной интоксикации.
3. Комплексная терапия с включением атоксила и реосорбилакта ускоряет разрешение клинических проявлений заболевания раньше, чем у пациентов группы сравнения.
4. Лечение розацеа с помощью дезинтоксикационной терапии позволяет добиться длительной ремиссии у 86% пациентов.

Следовательно, использование комплексной дезинтоксикационной терапии больных с розацеа показало хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов и аллергических реакций и может быть рекомендовано к применению.

Список литературы

1. Беляков Н.А. Энтеросорбция- механизмы лечебного действия / Н.А.Беляков, А.В.Соломенников, И.Н.Журавлева // Эфферентная терапия . – 1997. - № 2. - С.20-26.
2. Ковалевский А.Н. Замечания по скрининговому методу определения молекул средней массы / А.Н.Ковалевский, О.Е.Нифантьев // Лабораторное дело. - 1989. - № 5. – С. 35-39.
3. Ковальчук Т.М. Синдром эндогенної інтоксикації при розацеа / Т.М. Ковальчук // Інфекційні хвороби. – 2009. - № 2. - С. 57-59.
4. Компендиум 2009-лекарственные препараты / В.Н.Коваленко, А.П.Викторова. - К:МОРИОН, 2009. – 2224 с.
5. Мартынов А.К. Структурно-функциональная организация реализации лечебных свойств энтеросорбентов / А.К.Мартынов // Эфферентная терапия . – 2006. - № 2. - С. 11-16.
6. Мусселиус С.Г. Синдром эндогенной интоксикации при неотложных состояниях / С.Г. Мусселиус. – М.: Издательство Бином, 2008. – 200 с.

7. Николаев В. Энтеросорбция сегодня: сорбционные материалы и механизмы действия / В.Николаев, Н.Гурина // Приоритетні проблеми . – 2005. - № 6. - С. 7-14.
8. Химкина Л.Н. Значение эндогенной интоксикации при хронических дерматозах. Методы коррекции / Л.Н.Химкина, Н.А.Доброфина, Т.В.Копытова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. - № 5. - С. 40-43.

ДЕЗИНТОКСИКАЦІЙНІ ЗАСОБИ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ РОЗАЦЕА

Я.О.Полях

В статті представлені дані результатів діагностики ендотоксемії у 80 пацієнтів з папуло-пустульозною стадією розацеа. Описан метод корекції показників ендогенної інтоксикації у досліджуваної групи хворих шляхом використання комплексної дезінтоксикаційної терапії. Сформульовані принципи дезінтоксикаційної терапії, описані фармакологічні властивості препаратів атоксил і реосорбілакт.

EZINTOKSIKACIONNYE OF MEAN IN COMPLEX THERAPY OF ROZACEA

J.A.Poljah

In the article information of results of diagnostics of endotoksemii is presented for 80 patients with the papulo-pustuleznoy stage of rozacea. Îñññ method of correction of prkazateley of endogenous intoxication at the probed group of patients by the use of complex dezintoksikacionnoy therapy. Principles of dezintoksikacionnoy therapy are formulated, described pharmacological properties of preparations of atoksil and reosorbilakt.

УДК 616.12-008.3:616.53-002.282-021.3

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ ІЗ РАННІМИ АКНЕ, ПІЗНІМИ АКНЕ, РОЖЕВИМИ АКНЕ

В.Б.Андрійчук

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Ключові слова: варіабельність серцевого ритму, ранні акне, пізні акне, рожеві акне.

Актуальність теми. До останнього часу більшість питань етіопатогенезу акне і рожевих акне залишаються дискусійними. Мультифакторіальні дерматози розглядають як ангіоневроз із переважним ураженням судин обличчя, велику роль надають гормональним порушенням, немало важливу роль відіграють мікробні фактори, в т.ч. хелікобактер-асоційовані

гастрити, демодекоз, фокальні інфекції та ін. До останнього часу недостатньо вивчена роль метаболічної та вегетативної дисфункції в патогенезі хвороби. В той же час корекція цих порушень за допомогою аерокрітерапії може суттєво підвищити ефективність лікування та подовжити тривалість ремісії [1, 7, 8, 9]. Вегетативна нервова система (ВНС) приймає активну участь в процесах адаптації, дезадаптації та розвитку більшості соматичних захворювань в т.ч. хронічних дерматозів. Оцінка стану ВНС широко використовується з метою