

# 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, экземы 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.

Обследование 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 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 рН 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

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	рН	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

Таблица 5

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)

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).

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%.

**Харчові волокна в терапії хворих з акне і розацеа****Т.В. Проценко, О.А. Проценко**

Метою роботи даного дослідження було оцінювання переносимості та ефективності методики застосування харчових волокон в комплексній терапії хворих з розацеа, ранніми і пізніми акне.

Були обстежені 60 хворих (16 чоловіків і 44 жінки віком від 16 до 58 років), у тому числі 20 – з ранніми акне, 20 – з пізніми акне, 20 хворих – з розацеа. Пацієнти були розділені на 2 репрезентативні групи: основна група – 30 хворих, комплексна терапія яких, поряд з традиційною, включала препарат, що містить харчові волокна і целюлозу (Біонорм); група порівняння – 30 хворих, які отримували традиційне лікування. Оцінювали переносимість та ефективність терапії за суб'єктивними і об'єктивними показниками (динаміка стану шкіри, жирність шкіри, терміни регресу висипки). У хворих основної групи відзначено більш швидке вирішення елементів висипу і зниження індексу загального вугрового навантаження при всіх формах акне, повний регрес висипу в кінці курсу лікування – у 80% хворих, в групі порівняння – лише у 56,6% хворих. Стійка клінічна ремісія протягом 12 міс спостереження була у 83,3% хворих основної групи і у 60% хворих – в групі порівняння. Включення препарату Біонорм в комплексну терапію хворих з розацеа, ранніми і пізніми акне підвищує ефективність терапії, сприяє більш швидкому регресу висипу і більш тривалій ремісії дерматозу.

**Ключові слова:** ранні акне, пізні акне, розацеа, лікування, харчові волокна, Біонорм.

**Fibers in therapy patients with acne and rosacea****T.V. Protsenko, O.A. Protchenko**

The aim of the present study was evaluation of tolerability and efficacy of methods of application of dietary fiber in the treatment of patients with rosacea, acne early and late.

There were 60 patients (16 men and 44 women aged 16 to 58 years), including 20 – with early acne, 20 – with advanced acne, 20 patients – with rosacea. Patients were divided into two representative groups: the main group – 30 patients, complex therapy which, along with the traditional, include products containing dietary fiber and lactulose (Bionorm); comparison group – 30 patients who received conventional treatment. Evaluated the tolerability and efficacy of treatment on subjective and objective indicators (changes in the state of the skin, oily skin, rashes terms of recourse).

In the study group noted a more rapid resolution of pustules and acne reduction index total load for all forms of acne, rashes complete regression at the end of treatment – 80% of patients in the comparison group – in only 56.6% of patients. Persistent clinical remission at 12 months follow-up was 83.3% in the study group and 60% of patients – in the comparison group.

Enabling drug Bionorm in complex treatment of patients with rosacea, acne early and late increases the effectiveness of therapy, contributes to a more rapid regression of rash and longer remission dermatosis.

**Key words:** acne early, late acne, rosacea, treatment, dietary fiber, Bionorm.

**Сведения об авторах**

**Проценко Татьяна Витальевна** – 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

**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. Потекаев 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., Кваченюк 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.

Статья поступила в редакцию 24.09.2014