

Эффективность применения энтеросорбента Комплекс с пектином Жидкий уголь® в комплексной терапии атопического дерматита у взрослых. Результаты проспективного рандомизированного клинического исследования

Г.А. Флакс^{1,2}, Е.Н. Саверская¹, Е.А. Коренева^{3,4}, С.В. Тырановец⁴, В.В. Попов^{1,5}

¹Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Москва, Россия;

²ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №154» ФМБА России, Красноармейск, Россия;

³Многопрофильный медицинский центр ООО «Астери-мед», Москва, Россия

⁴ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁵НУЗ «Научный клинический центр ОАО «Российские железные дороги»», Москва, Россия

✉ koreneva@astery-med.ru

G.A. Flaks^{1,2}, E.N. Saverskaia¹, E.A. Koreneva^{3,4}, S.V. Tyranovets⁴, V.V. Popov¹

¹Moscow State University of Food Production, Moscow, Russia;

²Health Unit №154 of FMBA of Russia, Krasnoarmeisk, Russia;

³Asteri-med, Moscow, Russia;

⁴Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia;

⁵Scientific clinical center "Russian Railways", Moscow, Russia

✉ koreneva@astery-med.ru

Цель исследования. Изучение целесообразности применения энтеросорбента – биологически активной добавки к пище Комплекс с пектином Жидкий уголь® в комплексной терапии у взрослых пациентов, страдающих атопическим дерматитом (АтД) легкой и средней степени тяжести.

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное рандомизированное исследование с участием 60 пациентов (возраст 18–60 лет, средний возраст 36,53±13,38 года) с АтД легкой и средней степени тяжести (индекс SCORAD 15–40 баллов). Пациенты были рандомизированы в 2 группы лечения: 1-я группа – основная, получала биологически активную добавку к пище Комплекс с пектином Жидкий уголь® по 1 саше (7,0 г) 3 раза в день в течение 14 дней в комплексе со стандартной терапией (антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды); 2-я группа – сравнения, получала стандартную терапию. Период активного лечения и наблюдения для каждого пациента составил 30 дней. Критерии эффективности и безопасности терапии оценивали по динамике частоты выраженности симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, индекса SCORAD, интенсивности зуда по визуальной-аналоговой шкале, качества жизни по опросникам DLQI и SF-36.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования показано, что добавление энтеросорбента Комплекс с пектином Жидкий уголь® к базисной терапии АтД у взрослых пациентов позволяет быстрее купировать клинические проявления обострения АтД. Индекс SCORAD в 1-й группе снизился на 45% на визите 2 (14-й день от начала исследования) и на 55% на визите 3 (30-й день от начала исследования), по сравнению с визитом 1 (0-й день – начало терапии). Выраженность и интенсивность зуда кожи в 1-й группе уменьшилась на 57 и 73% на визите 2 [2,16±0,19, $p<0,01$] и визите 3 [1,35±0,21, $p<0,01$] соответственно. Установлено, что в основной группе на визите 3 статистически достоверно снизилась частота симптомов патологии желудочно-кишечного тракта (изжога, отрыжка, вздутие живота, запор, жидкий стул, боль в животе; $p<0,001$). Улучшилось качество жизни пациентов: в 1-й группе индекс качества жизни дерматологических пациентов DLQI снизился на 61,4% к визиту 3 по сравнению с визитом 1 [5,32±0,46 балла против 13,71±0,65 соответственно; $p<0,001$].

Ключевые слова: атопический дерматит, биологически активная добавка к пище, комплекс с пектином Жидкий уголь, эффективность, безопасность.

Для цитирования: Флакс Г.А., Саверская Е.Н., Коренева Е.А. и др. Эффективность применения энтеросорбента Комплекс с пектином Жидкий уголь® в комплексной терапии атопического дерматита у взрослых. Результаты проспективного рандомизированного клинического исследования. Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2019; 3: DOI: 10.26442/24143537.2019.3.190599

For citation: Flaks G.A., Saverskaia E.N., Koreneva E.A. et al. Dermatology (Suppl. Consilium Medicum). 2019; 3: DOI: 10.26442/24143537.2019.3.190599

Введение

Атопический дерматит (АтД) – мультифакторное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, высыпаниями и характерной локализацией. Болезнь часто начинается в детском возрасте, имеет хроническое, рецидивирующее течение, существенно снижает качество жизни пациентов [1–3].

В 2016 г. распространенность АтД среди всего населения Российской Федерации составила 439 на 100 тыс. человек, заболеваемость – 203 на 100 тыс. человек. Среди всех зарегистрированных случаев 72% приходилось на детей в возрасте 0–17 лет [1].

В соответствии с рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов всем больным АтД назначают средства базового ухода за кожей. При ограниченном поражении кожи, легком и среднетяжелом течении в период обострения заболевания назначается преимущественно наружная терапия: топические глюкокортикостероиды (ТГКС) и/или топические блокаторы кальциневрина, включая базовую терапию. При среднетяжелом течении в период обострения дополнительно могут назначаться фототерапия, антигистаминные и детоксикационные средства [2–5].

Несмотря на то что большинство эпизодов обострения АтД легкой и средней степени тяжести могут быть купированы применением ТГКС, показано, что кортикостероиды не идеальны для долгосрочного лечения и их длительное использование связано с потенциальными местными и системными неблагоприятными эффектами [6–8].

В последние годы при лечении АтД широкое распространение получили методы сорбционной терапии, основанные на способности энтеросорбентов связывать и выводить из организма различные экзогенные вещества, микроорганизмы и их токсины, промежуточные и конечные продукты обмена веществ. Показано, что на фоне энтеросорбции происходит уменьшение выраженности эозинофилии, снижение концентрации циркулирующих иммунных комплексов, уменьшается кожный зуд, интенсивность высыпаний, нормализуется функция желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [9, 10].

В исследованиях установлено, что добавление энтеросорбента, содержащего пектин, инулин и экстракт фенхеля, к базисной терапии среднетяжелого АтД у детей позволяет быстрее купировать клинические проявления обострения аллергического процесса [11].

Цель исследования: изучение целесообразности применения энтеросорбента – биологически активной добавки (БАД) Комплекс с пектином Жидкий уголь® в комплексной терапии у взрослых пациентов, страдающих АтД легкой и средней степени тяжести.

Задачи исследования: оценить эффективность и безопасность применения БАД Комплекс с пектином Жидкий уголь® в комплексной терапии АтД легкой и средней степени тяжести в период обострения.

Материалы и методы

Исследование проводилось в Многопрофильном медицинском центре ООО «Астери-мед», г. Москва, по протоколу №LBR-005-17, версия 1.0 от 07.06.2017.

В исследование были включены 60 пациентов: 20 мужчин и 40 женщин в возрасте от 18 до 60 лет включительно (средний возраст: 36,53±13,38 года), страдающих АтД легкой и средней степени тяжести в период обострения по данным анамнеза и оценке индекса SCORAD (Scoring of atopic dermatitis).

Критерии включения в исследование: наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании; пациенты с ранее верифицированными диагнозами «Атопический дерматит» (L20), «Другие

атопические дерматиты» (L20.8), «Атопический дерматит неуточненный» (L20.9) легкой и средней степени тяжести (индекс SCORAD 15–40 баллов); отсутствие других заболеваний кожи; отсутствие на момент участия в исследовании или в анамнезе тяжелых острых или хронических соматических заболеваний и психических расстройств; способность пациента соблюдать все необходимые процедуры, предусмотренные протоколом исследования.

Критерии исключения: наличие у пациента на момент проведения исследования или в анамнезе тяжелых аллергических реакций; беременность, период лактации; прием любых лекарственных препаратов-сорбентов и БАД, за исключением БАД Комплекс с пектином Жидкий уголь®; индивидуальная непереносимость отдельных компонентов исследуемой БАД в анамнезе.

По дизайну исследование было одноцентровое открытое проспективное рандомизированное в параллельных группах. После принятия решения об участии в данном исследовании и подписания информированного согласия каждый пациент проходил процедуру скрининга, включающую сбор анамнеза заболевания и жизни, оценку соответствия критериям включения/исключения. Затем каждый пациент был рандомизирован (с применением метода случайных чисел в статистической программе IBM SPSS) в одну из двух групп в соотношении 1:1.

1-я группа (основная): пациенты принимали БАД Комплекс с пектином Жидкий уголь® по 1 саше (7,0 г) 3 раза в день в течение 14 дней в дополнение к стандартной терапии (ТГКС, антигистаминные препараты).

2-я группа (сравнения): пациенты получали назначенную лечащим врачом стандартную терапию.

Продолжительность активного лечения и наблюдения для каждого включенного в исследование пациента составила 30 дней. Пациенты посещали исследовательский центр в 4 визита: визит 0 (скрининг), визит 1 (0-й день), визит 2 (14-й день), визит 3 (30-й день). Визит 0 и визит 1 могли быть проведены в один день. Отклонения от проведения визитов в ходе исследования могли варьироваться в диапазоне ±5 дней.

Исследуемый продукт – БАД к пище Комплекс с пектином Жидкий уголь® представляет собой комплекс из природного сорбента – натурального яблочного пектина, пребиотика инулина, янтарной кислоты и таурина. Благоприятное действие БАД на ЖКТ обуславливается компонентами, входящими в состав. Пектин стимулирует перистальтику ЖКТ, адсорбирует и выводит из организма вредные вещества, улучшает детоксикацию. Инулин обволакивает стенки желудка и кишечника, защищает от раздражения, стимулирует репаративные процессы в слизистой ЖКТ, а также восстанавливает микрофлору кишечника. Янтарная кислота – стимулирует перистальтику ЖКТ, улучшает детоксикацию и энергетические процессы в ЖКТ. Таурин – улучшает энергетические и обменные процессы в ЖКТ, стимулирует детоксикационную функцию печени.

В исследовании применялись следующие методы оценки:

1. Клиническое интервью для сбора данных анамнеза жизни, основного и сопутствующих заболеваний и проводимой терапии.

2. Оценка выраженности симптомов тяжести АтД и эффективности проводимой терапии по индексу SCORAD.

3. Оценка выраженности зуда по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в баллах от 0 до 10.

4. Оценка наличия/отсутствия и выраженности сопутствующей патологии ЖКТ с помощью анкеты «Шкала выраженности симптомов патологии ЖКТ».

5. Оценка качества жизни пациентов с помощью валидированных опросников: Dermatology Life Quality Index (DLQI) и Shortform-36 (SF-36).

Таблица 1. Демографические данные пациентов основной и контрольной групп на визите скрининга

Показатель	1-я группа (n=31)		2-я группа (n=29)	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Пол				
Абс. (%)	10 (32,3%)	21 (67,7%)	10 (34,5%)	19 (65,5%)
Возраст, лет	35,13±11,93		38,03±12,90	

Таблица 2. Оценка клинического состояния пациентов основной и контрольной групп на визите 1

Показатель	1-я группа (n=31)	2-я группа (n=29)
Индекс SCORAD	18,55±1,20	18,10±1,25
Выраженность зуда по ВАШ	5,0±0,26	4,50±0,25
Индекс качества жизни дерматологических больных (DLQI)	13,81±0,65	12,45±0,67
Выраженность симптомов ЖКТ		
Изжога	2,03±0,33	2,03±0,39
Тошнота	0,3±0,14	0,21±0,10
Отрыжка	2,32±0,35	2,34±0,37
Вздутие живота	3,45±0,34	3,10±0,41
Запор	2,29±0,47	2,07±0,48
Жидкий стул	0,87±0,26	0,93±0,28
Боль в животе	2,19±0,29	1,76±0,32

Таблица 3. Динамика индекса SCORAD исходно, через 14 и 30 дней наблюдения

Показатель	Период наблюдения					
	Визит 1 (0)		Визит 2 (14 дней)		Визит 3 (30 дней)	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Число пациентов, n	31	29	31	29	31	29
M (Mean)±стандартная ошибка, SE	18,55±1,20	18,10±1,25	10,16±0,91	14,55±1,03	8,39±0,71	14,31±0,95
p-value ¹	nd		<0,001		<0,001	

Здесь и далее в табл. 4 и 5. ¹Критерий сравнения средних Манна–Уитни (Mann–Whitney U-test), U.

Таблица 4. Динамика зуда по ВАШ исходно, через 14 и 30 дней наблюдения

Показатель	Период наблюдения					
	Визит 1 (0)		Визит 2 (14 дней)		Визит 3 (30 дней)	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Число пациентов, n	31	29	31	29	31	29
M (Mean)±стандартная ошибка, SE	5,0±0,26	4,50±0,25	2,16±0,19	3,40±0,289	1,35±0,21	3,12±0,21
p-value ¹	nd		<0,001		<0,001	

Анализ эффективности проводился путем оценки следующих переменных в двух сравниваемых группах пациентов от исходных данных на визите 1:

1. Доля пациентов с достоверным снижением выраженности симптомов и тяжести АтД по шкале SCORAD на 25% и более;
2. Доля пациентов с достоверным уменьшением выраженности зуда по ВАШ на 25% и более;
3. Доля пациентов с достоверным уменьшением выраженности симптомов патологии ЖКТ на 25% и более;
4. Доля пациентов с достоверным повышением уровня качества жизни по опросникам DLQI и SF-36 на 25% и более;
5. Доля пациентов (в процентах) с плохой переносимостью БАД Комплекс с пектином Жидкий уголь® (для пациентов основной группы).

Статистическая обработка данных исследования производилась с помощью использования статистического пакета IBM SPSS Statistics, версия 23.0.

Статистический анализ включал в себя следующие методы:

- критерий знаковых рангов Уилкоксона для сравнения двух связанных (зависимых) выборок;
- двухфакторный ранговый дисперсионный анализ Фридмана для сравнения n-связанных выборок;
- U-критерий Манна–Уитни для сравнения двух несвязанных (независимых) выборок;
- критерий Краскера–Уоллиса для сравнения n-несвязанных выборок.

Значимость различий принималась на уровне 95 и 99%, p-value <0,01 и <0,05 соответственно.

Исследование проводилось в соответствии с утвержденным протоколом, рекомендациями Международной конференции по гармонизации (ICH GCP), принципами Хельсинкской декларации и положениями национального стандарта Российской Федерации по надлежущей клинической практике ГОСТ Р 52379-2005. Исследование было одобрено Межвузовским комитетом по этике (119002, Га-

гаринский переулок, д. 37, г. Москва, Россия;
<http://www.ethicmke.ru>.

Результаты

В ходе исследования были скринированы 66 пациентов, из них рандомизированы 60 человек. В основную группу был рандомизирован 31 пациент, из них 10 (32,3%) мужчин и 21 (67,7%) женщина. Средний возраст по группе: 35,13±11,93 года. Средний возраст мужчин по группе составил 39,3±3,14 года, женщин – 33,14±2,72 года соответственно.

В группу сравнения были рандомизированы 29 человек, из них 10 (34,5%) мужчин и 19 (65,5%) женщин. Средний возраст по группе: 38,03±12,90 года. Средний возраст мужчин по группе составил 35,05±3,01 года, женщин – 39,37±3,31 года соответственно.

Демографические параметры и исходные клинические характеристики пациентов, включенных в статистический анализ, представлены в табл. 1 и 2.

В ходе анализа установлено, что обе группы сопоставимы по полу, возрасту и по исходным клиническим данным. Не были выявлены различия в выраженности симптомов, тяжести АТД по SCORAD, выраженности зуда по ВАШ, сопутствующей патологии ЖКТ по анкете «Шкала выраженности симптомов патологии ЖКТ», качества жизни пациентов по опросникам DLQI и SF-36 ($p>0,05$).

Оценка динамики показателей эффективности проводимой терапии в исследуемых группах

Данные по оценке регресса симптомов АТД в 1 и 2-й группах в ходе лечения по сравнению с исходным значением представлены в табл. 3.

Из приведенных в табл. 3 данных можно сделать вывод о том, что индекс SCORAD в основной группе статистически достоверно снижался в ходе терапии к визиту 2 на 45% и к визиту 3 – на 55%, в сравнении с исходными показателями. Динамика индекса SCORAD у пациентов основной группы была более выраженной и достоверно отличалась по сравнению с показателями контрольной группы.

В ходе исследования было установлено, что выраженность зуда достоверно уменьшалась к 14-му дню лечения в основной группе (2,16±0,19 балла) по сравнению с исходными данными (5,0±0,27 балла), а также на визите 3 (1,35±0,21 балла). Снижение интенсивности зуда составило 57% к визиту 2 и 73% к визиту 3 (табл. 4).

Установлено, что у пациентов основной группы, по сравнению с контрольной группой, были обнаружены статистически значимые различия выраженности зуда по ВАШ на визитах 2 и 3 ($p<0,001$).

При оценке данных по опроснику качества жизни DLQI установлено наличие статистически значимых различий как на визите 2 (по сравнению с визитом 1), так и на визите 3 (по сравнению с визитом 2). Чем меньший балл по индексу получен, тем выше качество жизни пациента. Индекс DLQI снизился в основной группе на 61,4% к визиту 3 по сравнению с визитом 1 (5,32±0,46 против 13,71±0,65 балла соответственно; $p<0,001$); табл. 5.

В ходе исследования установлено статистически достоверное различие показателей по шкалам «физическое функционирование» и «психологическое здоровье» опросника SF-36 в основной группе в динамике. Так, балл по данным параметрам на визите 3 был выше на 7% по сравнению с визитом 1 по показателю «физическое функционирование» (81,93±1,44 и 76,93±1,91) и на 20% по характеристике «психологическое здоровье» (68,0000±1,09741 и 56,65±1,66).

ЖИДКИЙ УГОЛЬ®

Сорбент на основе яблочного пектина
с пребиотиком



Рекомендуется в комплексной терапии atopического дерматита:¹



уменьшает тяжесть течения заболевания в 2,2 раза (оценка по индексу SCORAD),



уменьшает выраженность зуда в 3,7 раз,



значительно улучшает качество жизни пациентов (по данным индекса DLQI).

При применении Жидкого угля индекс SCORAD снижался в 1,7 раза быстрее, чем в группе сравнения, а выраженность зуда – в 2,6 раза.

Сорбент с высоким профилем безопасности:



Не травмирует слизистые ЖКТ.



Доказано: не вызывает запоров.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОКАЗАНА

Подробнее на сайте g-ygol.ru в разделе «Доказанная эффективность».

АКВИОН

¹Исследование применения биологически активной добавки к пище «Комплекс с пектином Жидкий уголь» у пациентов с atopическим дерматитом. Отчет по результатам исследования №1. BR-005-17 – М., МГМСУ им. Евдокимова: 2019. СРР № RU77.99.11.003.E.003822.09.18 от 03.09.2018 г. Реклама.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

Таблица 5. Динамика DLQI исходно, через 14 и 30 дней наблюдения

Показатель	Период наблюдения					
	Визит 1 (0)		Визит 2 (14 дней)		Визит 3 (30 дней)	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Число пациентов, n	31	29	31	29	31	29
M (Mean)±стандартная ошибка, SE	13,81±0,65	12,45±0,67	7,48±0,58	9,48±0,45	5,32±0,46	8,72±0,45
p-value ¹	nd		<0,001		<0,001	

Таблица 6. Динамика выраженности симптомов ЖКТ у пациентов основной группы

Показатель M (Mean)± стандартная ошибка, SE	1-я группа (n=31)		
	визит 1 (0)	визит 2 (14 дней)	визит 3 (30 дней)
Изжога	2,03±0,33	1,06±0,18	0,81±0,16
	$p < 0,01^*$		$p < 0,05$
Тошнота	0,3±0,14	0,22± 0,10	0,13±0,09
	$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$
Отрыжка	2,32±0,35	1,39±0,21	1,06±0,16
	$p < 0,05$		$p \geq 0,05$
Вздутие живота	3,45±0,34	1,77±0,19	1,16±0,17
	$p < 0,01$		$p < 0,05$
Запор	2,29±0,47	0,45±0,16	0,19±0,11
	$p < 0,01$		$p < 0,05$
Жидкий стул	0,87±0,26	0,97±0,24	0,23±0,11
	$p \geq 0,05$		$p < 0,01$
Боль в животе	2,19±0,29	0,32±0,13	0,06±0,06
	$p < 0,01$		$p < 0,05$

*Критерий знаковых рангов Уилкоксона для связанных выборок.

Интенсивность и частота встречаемости симптомов патологии ЖКТ оценивалась по специально разработанной шкале, где пациенты могли оценить симптомы в баллах от 0 до 10 (0 – отсутствие симптома, 10 – максимальная выраженность), также пациенты могли оценить частоту встречаемости симптомов (табл. 6).

Показано, что у пациентов основной группы такие симптомы, как изжога, отрыжка, вздутие живота, запор, жидкий стул, боль в животе статистически достоверно снижались к визиту 3 по сравнению с визитами 2 и 1 ($p < 0,005$ и $p < 0,001$ соответственно).

Не получено достоверных различий только по параметру «тошнота».

Анализ параметров безопасности в двух сравниваемых группах пациентов

В данном исследовании были оценены параметры безопасности, связанные с нежелательными явлениями (НЯ), возникавшими в ходе терапии. На протяжении всего периода наблюдения лечение переносилось пациентами хорошо. Не зарегистрировано ни одного случая развития серьезного нежелательного явления. Статистически значимых различий в основной и контрольной группах зафиксировано не было.

Обсуждение

Результаты проведенного нами исследования показали, что включение в схему лечения АтД легкой и средней степени тяжести сорбента Комплекс с пектином Жидкий уголь® сопровождалось регрессом симптоматики клинических проявлений АтД, уменьшением выраженности кожного зуда, симптомов со стороны ЖКТ, улучшением

качества жизни пациентов. Несмотря на то что динамика регресса симптомов и проявлений заболевания в нашем исследовании наблюдалась в обеих группах лечения, у пациентов, получавших комплексную терапию, они были статистически достоверно более выражены.

Индекс SCORAD в основной группе снизился на 45% на визите 2 (14-й день от начала исследования) и на 55% на визите 3 (30-й день от начала исследования) по сравнению с визитом 1 (начало терапии). Выраженность и интенсивность зуда кожи в основной группе уменьшилась на 57% на визите 2 (2,16±0,19, $p \leq 0,01$) и на 73% на визите 3 (1,35±0,21, $p \leq 0,01$).

Таким образом, в основной группе индекс SCORAD снижался в 1,7 раза быстрее, чем в группе сравнения, а выраженность зуда – в 2,6 раза.

Сходные результаты были получены в других исследованиях по применению энтеросорбентов в комплексной терапии АтД. Эффективность приема энтеросорбентов в популяции взрослых пациентов показали Ю.Н. Перламутров и соавт. [12], у детей, страдающих АтД, – в исследованиях В.А. Ревякиной (достоверно раньше наступали ремиссия заболевания, купирование кожной симптоматики) [13], Е.И. Данилова и соавт. [11], Т.Н. Углева и соавт. [14], Т.А. Филатовой [15].

Ранее установлено, что у пациентов с АтД часто встречаются функциональные расстройства со стороны ЖКТ: ферментопатии, хеликобактерная инфекция, нарушения микробиоценоза кишечника. Возникающие при этом нарушения ведут к увеличению проницаемости слизистой оболочки ЖКТ для аллергенов, их всасыванию, развитию сенсibilизации и возникновению аллергического воспаления в коже [13, 16–18].

В нашем исследовании показано, что комплексная терапия с применением БАД Комплекс с пектином Жидкий уголь® достоверно снижала такие симптомы со стороны ЖКТ, как запор, боль в животе ($p < 0,01$), отрыжка ($p < 0,05$).

При анализе профиля безопасности были выявлены нежелательные явления и симптомы, связанные, прежде всего, с функционированием ЖКТ – диспепсические проявления – изжога, вздутие, жидкий стул, боли в животе. При этом значимых различий в группах найдено не было, данные симптомы схожи в двух группах, что указывает на динамику проявлений функциональной патологии ЖКТ, существующей у пациентов с АтД. Данные наблюдения требуют дополнительных исследований, в том числе с выделением субгруппы пациентов с достоверно подтвержденной пищевой аллергией. Стоит отметить, что невысокий процент повышения качества жизни пациентов по SF-36, как по физическому, так и по психологическому функционированию пациентов, на визите 3 может быть связан в нашем исследовании с небольшой выборкой и требует проведения дополнительного исследования.

Выводы

В исследовании доказана целесообразность применения энтеросорбента Комплекс с пектином Жидкий уголь® в комплексной терапии у взрослых пациентов, страдаю-

щих АтД легкой и средней степени тяжести. При приеме БАД Комплекс с пектином Жидкий уголь®:

- уменьшает тяжесть течения заболевания в 2,2 раза;
- уменьшает выраженность зуда в 3,7 раза;
- значительно улучшает качество жизни пациентов (по данным индекса DLQI).

Также улучшается физическое состояние пациента, достоверно снижается интенсивность симптомов АтД, уменьшается выраженность и частота патологических симптомов со стороны ЖКТ, улучшается общее состояние пациента.

При включении сорбента Комплекс с пектином Жидкий уголь® в комплексную терапию АтД улучшение наблюдается быстрее, чем без применения сорбента, индекс SCORAD снижался в 1,7 раза быстрее, чем в группе сравнения, а выраженность зуда – в 2,6 раза.

Применение энтеросорбента Комплекс с пектином Жидкий уголь® сокращает сроки лечения обострения АтД и существенно удлиняет безрецидивный период заболевания. Таким образом, мы считаем важным применение энтеросорбента Комплекс с пектином Жидкий уголь® в комплексной терапии АтД.

Источник финансирования. Исследование проведено при поддержке АО «Аквион».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за период 2003–2016 гг. Вестн. дерматологии и венерологии. 2017; (6): 22–33. / Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E., Bogdanova E.V. Analiz sostoiianiia zabolvaemosti bolezniami kozhi i podkozhnoi kletchatki v Rossiiskoi Federatsii za period 2003–2016 gg. Vestn. dermatologii i venerologii. 2017; (6): 22–33. [in Russian]
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Деловой экспресс, 2016. / Federal'nye klinicheskie rekomendatsii. Dermatovenerologija 2015: Bolezni kozhi. Infektsii, peredavaemye polovym putem. M.: Delovoi ekspress, 2016. [in Russian]
3. Кубанова А.А., Прошутинская Д.В., Текучева Л.В., Авдиенко И.Н. Интегральный подход к наружной терапии атопического дерматита. Вестн. дерматологии и венерологии. 2010; 1: 20–6. / Kubanova A.A., Proshutinskaja D.V., Tekucheva L.V., Avdienko I.N. Integral'nyi podkhod k naruzhnoi terapii atopicheskogo dermatita. Vestn. dermatologii i venerologii. 2010; 1: 20–6. [in Russian]
4. Самсонов В.А., Знаменская Л.Ф., Резайкина С.Ю. и др. Патогенетические подходы к лечению атопического дерматита. Materia Medica. 2000; 1: 50–9. / Samsonov V.A., Znamen'skaia L.F., Rezaikina S.Ju. i dr. Patogeneticheskie podkhody k lecheniiu atopicheskogo dermatita. Materia Medica. 2000; 1: 50–9. [in Russian]
5. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Карамова А.Э., Прошутинская Д.В. Перспективные направления в терапии атопического дерматита. Вестн. дерматологии и венерологии. 2017; (5): 34–46. / Kubanova A.A., Kubanov A.A., Karamova A.E., Proshutinskaja D.V. Perspektivnye napravleniia v terapii atopicheskogo dermatita. Vestn. dermatologii i venerologii. 2017; (5): 34–46. [in Russian]
6. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER et al. Guidelines of care for the use of topical glucocorticosteroids. American Academy of Dermatology. J Am Acad Dermatol 1996; 35: 615–9.
7. Haecik IM, Hamdy NA, Timmer-de Mik L et al. Low bone density in adult patients with moderate to severe atopic dermatitis. Br J Dermatol 2009; 161: 1248–54.
8. Norris DA. Mechanisms of action of topical therapies and the rationale for combination therapy. J Am Acad Dermatol 2005; 53 (Suppl. 1): S17–S25.
9. Жаков Я.И., Вершинин А.С., Попилов А.Н. Применение энтеросорбента Полисорб МП в педиатрии. Врач. 2007; 11: 30–1. / Zhakov Ia.I., Verшинin A.S., Popilov A.N. Primenenie enterosorbenta Polisorb MP v pediatrii. Vrach. 2007; 11: 30–1. [in Russian]
10. Химкина Л.Н., Пантелеева Г.А., Копытова Т.В. Клиническая эффективность Полисорба МП в комплексной терапии хронических распространенных дерматозов. Врач. 2010; 1: 38–40. / Khimkina L.N., Panteleeva G.A., Kopytova T.V. Klinicheskaia effektivnost' Polisorba MP v kompleksnoi terapii khronicheskikh rasprostranennykh dermatozov. Vrach. 2010; 1: 38–40. [in Russian]
11. Данилова Е.И., Трусова О.Ю., Рошчупкин А.Н. и др. Эффективность энтеросорбента на основе пектина, инулина и экстракта фенхеля в комплексной терапии детей с атопическим дерматитом: проспективное исследование по типу «случай-контроль». Вopr. современной педиатрии. 2016; 15 (3): 268–72. / Danilova E.I., Trusova O.Ju., Roshchupkin A.N. i dr. Effektivnost' enterosorbenta na osnove pektina, inulina i ekstrakta fenkhelia v kompleksnoi terapii detei s atopicheskim dermatitom: prospektivnoe issledovanie po tipu "sluchai-kontrol". Vopr. sovremennoi pediatrii. 2016; 15 (3): 268–72. [in Russian]
12. Perlamutrov YN, Olhovskaya KB, Zakirova SA. Double-blind controlled randomized study of lactulose and lignin hydrolysed combination in complex therapy of atopic dermatitis. Microb Ecol Health Dis 2016; 27: 30418. DOI: 10.3402/mehd.v27.30418
13. Ревякина В.А. Энтеросорбенты в комплексной терапии атопического дерматита у детей. Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии. 2010; 2: 14–6. / Reviakina V.A. Enterosorbenty v kompleksnoi terapii atopicheskogo dermatita u detei. Effektivnaia farmakoterapiia v dermatovenerologii i dermatokosmetologii. 2010; 2: 14–6. [in Russian]
14. Углева Т.Н., Заединова Н.А., Балашова Т.Ф. Применение препарата Полисорб у детей с аллергическими заболеваниями кожи. В кн.: Применение Полисорба в медицине: материалы науч.-практической конференции. Пермь, 1997; с. 21–3. / Ugleva T.N., Zaedinova N.A., Balashova T.F. Primenenie preparata Polisorb u detei s allergicheskimi zabolevaniiami kozhi. V kn.: Primenenie Polisorba v meditsine: materialy nauch.-prakticheskoi konferentsii. Perm', 1997; s. 21–3. [in Russian]
15. Филатова Т.А. Возможности энтеросорбентов при аллергических заболеваниях у детей. Практика педиатра. 2016; 2: 14–6. / Filatova T.A. Vozmozhnosti enterosorbentov pri allergicheskikh zabolevaniiax u detei. Praktika pediatrii. 2016; 2: 14–6. [in Russian]
16. Смирнова Г.И. Современная концепция атопического дерматита у детей. М., 2006. / Smirnova G.I. Sovremennaia kontseptsia atopicheskogo dermatita u detei. M., 2006. [in Russian]
17. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина, 1999. / Balabolkin I.I., Grebeniuk V.N. Atopicheskii dermatit u detei. M.: Meditsina, 1999. [in Russian]
18. Tsakok T, Marrs T, Mohsin M et al. Does atopic dermatitis cause food allergy? A systematic review. J Allergy Clin Immunol 2016; 137 (4): 1071–8.

Сведения об авторах

Флакс Григорий Арнольдович – д-р мед. наук, проф. каф. кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО МГУПП, начальник ФГБУЗ МСЧ №154 ФМБА России. E-mail: info@msch154.ru

Саверская Елена Николаевна – д-р мед. наук, проф. каф. фармации Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО МГУПП. E-mail: l.saverskaya@mail.ru

Коренева Елена Александровна – канд. мед. наук, зам. глав. врача по мед. части и клинико-экспертной работе, зав. терапевтическим отд.-нием, аллерголог-иммунолог ООО «Астери-мед». E-mail: koreneva@astery-med.ru

Тырановец Сергей Владимирович – науч. сотр. лаб. биометрических исследований НИМСИ ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: styranovets@gmail.com

Попов Владимир Васильевич – д-р мед. наук, проф. каф. фармации Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО МГУПП, НУЗ «Научный клинический центр ОАО «РЖД». E-mail: clinpharmcb6@mail.ru