

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИСОРБА МП В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ДЕРМАТОЗОВ

**Л. Химкина**, доктор медицинских наук,  
**Г. Пантелеева**, кандидат медицинских наук,  
**Т. Копытова**, доктор биологических наук,  
Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт  
**E-mail:** inga-suzdcltseva@bk.ru

*Отечественный энтеросорбент Полисорб МП, как показали результаты его применения в комплексной терапии больных с хроническими распространенными дерматозами, характеризуется не только детоксицирующим, но и выраженным антиоксидантным действием.*

**Ключевые слова:** Полисорб МП, псориаз, атопический дерматит, токсидермия, эндоинтоксикация.

Эндоинтоксикация (накопление в крови и тканях избыточного количества токсических продуктов) неизбежно происходит при всех патологических состояниях, связанных с деструкцией тканей, повышенным катаболизмом или блокадой детоксицирующих систем организма [2]. При эндотоксическом воздействии особенно страдает кожа как полифункциональная система, при этом нарушаются ее барьерная, иммунологическая и регуляторная функции. Различные метаболиты, проникая через межклеточное пространство, попадают в кровяное русло и оказывают токсическое влияние на организм. При их избыточном уровне может развиваться дисбаланс между накоплением и выведением эндотоксинов [1].

В предыдущих наших исследованиях [5] установлено, что эндоинтоксикация наблюдается у 60–80% пациентов с распространенными формами псориаза, атопического дерматита, токсидермий. Клинические проявления эндоинтоксикации при дерматозах (окраска кожи, сухость кожных покровов и др.) выражены нечетко и маскируются симптомами дерматозов, в связи с чем биохимическая диагностика эндоинтоксикации имеет особую значимость при этих заболеваниях. Эндоинтоксикация усугубляет течение дерматозов и требует коррекции; она также способствует фармакологической резистентности [3].

С целью изучения действия энтеросорбента Полисорб МП на клинические проявления и процессы эндоинтоксикации при хронических распространенных дерматозах нами обследованы 50 пациентов: 27 больных псориазом (ПС), 17 – атопическим дерматитом (АтД), 6 – токсидермиями (ТД) различного генеза. Давность заболевания в среднем составила от 20 до 30 лет. Возраст больных варьировал от 13 до 68 лет.

Полисорб МП представляет собой сорбент нового поколения; изготовлен на основе высокодисперсного кремнезема; производства Челябинского ЗАО «Полисорб»; регистрационный номер 001140/01 от 10.09.08.

Препарат назначали в виде водной эмульсии по 1 столовой ложке (30 г препарата) 3 раза в день в течение 10 дней через 1,5–2 ч после еды, поскольку именно в это время в кишечнике интенсивно образуются недоокисленные промежуточные продукты обмена, которые подвергаются адсорбции. Полисорб МП применяли в комплексе с традиционными методами лечения дерматозов.

Как показал наш предыдущий опыт клинических наблюдений за эффективностью других энтеросорбентов (полифепан, микроцел, энтеродез), их назначение целесообразно на раннем этапе лечения, ибо эффективность терапии повышается за счет как дезинтоксикационного воздействия, так и усиления фармакочувствительности [4–6].

Применение препарата Полисорб МП в комплексном лечении дерматологических больных позволило получить благоприятный эффект (клиническое выздоровление и значительное улучшение) при атопическом дерматите у 94% больных, улучшение – у 6,0%, при псориазе соответственно – у 74,0 и 26,0%; при токсикодермии у 1 больной наступило полное разрешение клинических проявлений, у 5 – значительное улучшение.

При оценке клинической эффективности терапии при псориазе использованы общепринятые критерии.

1. Клиническое разрешение: полное исчезновение псориазической сыпи со всей поверхности кожного покрова с образованием вторичной или гипопигментации на местах бывших высыпаний; отсутствие субъективных ощущений.

2. Значительное улучшение: полное разрешение псориазических эфлоресценций на 51% и более площади кожного покрова, прекращение появления свежих папул и бляшек, отсутствие периферического роста существующих очагов, значительное уплощение, уменьшение интенсивности окраски, прекращение шелушения элементов с появлением вокруг них псевдоатрофического «воротничка» Воронова; отсутствие псориазической триады, феномена изоморфной реакции Кебнера, а также субъективных признаков.

3. Улучшение: полное разрешение отдельных элементов, отсутствие появления свежих эфлоресценций, отчетливое уплощение, побледнение псориазических папул и бляшек на всем протяжении кожного покрова, слабое шелушение по всей поверхности высыпаний, отсутствие феномена изоморфной реакции Кебнера, значительное уменьшение выраженности субъективных симптомов, неотчетливо выявляемые отдельные феномены триады Ауспитца.

4. Отсутствие клинического эффекта: сохранение инфильтрированных папулезных и(или) бляшечных высыпаний ярко-розового цвета, с интенсивным шелушением и тенденцией к периферическому росту и слиянию элементов, появление свежих эфлоресценций, отчетливо выявляемая псориазическая триада и феномен изоморфной реакции Кебнера, наличие выраженных субъективных признаков.

5. Ухудшение: нарастание экссудативных явлений со стороны псориазических высыпаний, быстрый рост и слияние папул и бляшек в диффузные очаги, вплоть до развития вторичной эритродермии, появление признаков пустулизации, усиление субъективных ощущений, нарастание симптомов интоксикации.

Аналогичные критерии с учетом особенностей клинических проявлений дерматозов использованы и при других дерматозах – АтД и ТД.

Комплекс лабораторного обследования включал определение следующих биохимических показателей:

- степень эндогенной интоксикации оценивали по уровню молекул средней массы (МСМ) в плазме и эритроцитах крови; активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – по количеству первичных (диеновые конъюгаты – ДК) и вторичных (малоновый диальдегид – МДА) продуктов в плазме и эритроцитах крови; по степени сорбционной емкости эритроцитов (СЕЭ); по количеству циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в плазме крови;
- детоксикационную функцию печени определяли по уровню белковых фракций крови и иммуноглобулинов, а также по активности фермента глутатион-трансферазы (ГТФ);
- о детоксикационной функции кишечника судили по показателям протеолитической активности – количеству трипсина,  $\alpha_1$ -антитрипсина,  $\alpha_2$ -макроглобулина.

Данные, полученные при анализе лабораторных показателей (средние значения в основных группах обследованных), представлены в таблице. До лечения при распространенных формах ПС и АтД достоверно повышены

показатели иммуноглобулинов, ЦИК, МСМ плазмы и эритроцитов, МДА плазмы и эритроцитов, снижена СЕЭ. После лечения наблюдали достоверное снижение уровня МСМ плазмы и мелкодисперсных ЦИК1, отмечалась тенденция к снижению катаболической составляющей МСМ – метаболитов обмена с низкой молекулярной массой.

При сравнительной оценке действия при эндоинтоксикации Полисорба МП и других энтеросорбентов (полифепан, микроцел) установлено, что Полисорб МП оказывает не только детоксицирующее воздействие на организм больного, снижая уровень МСМ в крови (как и указанные выше энтеросорбенты), но обладает также корригирующим влиянием на процессы ПОЛ: снижает соответствующие показатели при их повышении и увеличивает – при пониженных значениях (см. таблицу).

Таким образом, для эффективного проведения рациональной фармакотерапии больных, страдающих распространенными хроническими дерматозами (псориаз, атопический дерматит, токсидермии различного генеза), наряду с методами традиционной терапии показаны препараты дезинтоксикационного воздействия – такие, как энтеросорбент Полисорб МП.

**Биохимические показатели крови больных тяжелыми хроническими дерматозами до и после лечения Полисорбом МП (M±m)**

Показатель	ПС		АтД		Норма
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
МСМ, у.е. плазмы эритроцитов	13,2±1,02 20,9±0,78	11,86±0,8 20,8±0,66	12,8±0,95 22,93±0,85	10,44±0,82 21,7±0,6	10,03±0,25 19,26±0,46
ДК, мкмоль/л плазмы эритроцитов	8,27±0,89 5,17±0,49	8,45±0,9 5,2±0,9	5,84±1,11 2,9±0,34	6,73±0,40 5,3±0,57	6,4±0,5 3,25±0,2
МДА, мкмоль/л плазмы эритроцитов	3,07±0,13 7,3±0,89	2,9±0,11 9,3±0,9	2,9±0,11 9,4±1,06	2,64±0,14 9,52±1,35	2,48±0,09 5,34±0,3
ДК+МДА плазмы /ДК+МДА эритроцитов	0,9	0,78	0,68	0,63	1,13±0,06
Белковые фракции, %					
альбумины	54,2±1,0	54,7±0,93	56,9±1,13	57,55±0,97	55,6±0,64
$\alpha_1$ -глобулины	4,87±0,29	4,5±0,23	4,45±0,32	4,34±0,34	4,5±0,24
$\alpha_2$ -глобулины	8,20±0,34	8,16±0,49	7,62±0,36	7,34±0,46	9,0±0,32
$\beta$ -глобулины	11,2±0,43	11,12±0,5	11,0±0,55	10,86±0,76	11,0±0,28
$\gamma$ -глобулины	20,2±1,16	17,5±0,54	18,45±0,84	18,15±0,94	19,6±0,42
Иммуноглобулины, г/л					
G	12,9±0,17	12,9±0,15	13,24±0,12	13,03±0,22	12,26±0,16
A	2,82±0,08	2,62±0,08	2,75±0,09	2,66±0,11	2,46±0,03
M	1,49±0,04	1,45±0,02	1,48±0,04	1,47±0,05	1,32±0,02
ЦИК1, у.е.	48,7±3,8	50,5±4,4	59,1±6,46	41,8±6,0	37,2±5,4
ЦИК2, у.е.	347,9±29,8	336,3±32,2	380,85±38,5	308,25±37,2	219,2±12,2
ГТФ плазмы, мкмоль/л	5,9±0,5	5,7±0,8	6,2±0,75	4,56±0,75	6,63±0,3
СЕЭ, %	39,2±3,0	39,8±2,53	35,9±5,95	41,6±2,35	48,8±2,1
Трипсин, мкмоль/с.л	18,2±3,24	20,0±3,76	17,02±4,83	21,24±6,11	10,8±1,24
$\alpha_1$ -Антитрипсин, мкмоль/с.л	1,49±0,08	1,3±0,09	1,25±0,07	1,22±0,09	1,25±0,04
$\alpha_2$ -Макроглобулин, мкмоль/с.л	0,5±0,04	0,44±0,03	0,54±0,06	0,45±0,02	0,56±0,026

## Литература

1. Корякина Е.В., Белова С.В. Молекулы средней массы как интегральный показатель метаболических нарушений // Клинический журнал. – 2004; 2: 3–8.
2. Малахова М.Я. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме // ЭФФ. терапия. – 2000; 4: 3–14.
3. Сидельникова В.И., Лифшиц В.М. Эндогенная интоксикация как одна из причин фармакорезистентности. Новые подходы лабораторной диагностики // Клинический журнал. – 1998; 8: 37.
4. Химкина Л.Н., Пантелеева Г.А., Копытова Т.В. Эндоинтоксикационный синдром в клинике, патогенезе хронических дерматозов, методы коррекции: Пособие для врачей. – Н. Новгород, 2000. – С. 11.
5. Химкина Л.Н., Пантелеева Г.А., Копытова Т.В. Коррекция эндоинтоксикационного синдрома при дерматозах // Экспер. и клинич. дерматокосметология. – 2005; 6: 61–64.
6. Химкина Л.Н., Копытова Т.В., Пантелеева Г.А. и соавт. Метод лечения больных псориазом метотрексатом в сочетании с энтеросорбентами. – Н. Новгород: Медицинская технология, 2006. – С. 9.

### CLINICAL EFFICACY OF POLYSORB MP IN THE COMPLEX THERAPY OF COMMON CHRONIC DERMATOSES

L. Khimkina, MD; G. Panteleyeva, Candidate of Medical Sciences; T. Kopytova, Doctor of Biology,

Nizhni Novgorod Dermatovenereology Research Institute

As shown by the results of using the Russian enterosorbent Polysorb MP in the complex therapy of common chronic dermatoses, the agent has not only detoxifying, but also significant antioxidant activities.

**Key words:** Polysorb MP, psoriasis, atopic dermatitis, toxiderma, endointoxication.

из практики

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Е. Бунина<sup>1</sup>**, кандидат медицинских наук, **Н. Миняйлова<sup>2</sup>**, кандидат медицинских наук, **Ю. Ровда<sup>2</sup>**, доктор медицинских наук, профессор, **Е. Сундукова<sup>1,2</sup>**, **Н. Корчагина<sup>1</sup>**,  
<sup>1</sup>Кемеровская областная клиническая больница, <sup>2</sup>Кемеровская государственная медицинская академия  
**E-mail:** krot1@kemcity.ru

Представлен анализ факторов риска развития артериальной гипертонии. У подавляющего большинства потенциальных пациентов этот процесс можно предотвратить, исключив внешние факторы риска (гиподинамию, избыточную массу тела, курение, алкоголь). Внутренние факторы риска развития АГ (гиперурикемия, чрезмерное снижение суточного индекса АД, особенности личности подростка, особенности реакций на стресс) устранить невозможно, но можно их скорректировать.

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, факторы риска, дети и подростки.

В настоящее время существует обоснованное мнение, согласно которому значительная часть контингента взрослых с гипертонической болезнью (ГБ) формируется из детей и подростков с повышенным АД [7, 12, 36]. Особое значение имеют раннее выявление, лечение и профилактика артериальной гипертонии (АГ), в основу которых положена концепция единых факторов риска (ФР). Частота первичной АГ (ПАГ) в популяции зависит от распространенности и интенсивности воздействия ФР, которые условно можно подразделить на врожденные, немоделируемые и потенциально устранимые [1, 7, 36]:

- врожденные ФР – генетически обусловленные, которые заставляют относить ребенка к группе высокого риска;
- немоделируемые – возраст, пол, перенесенные заболевания, биохимические маркеры и т.д.;
- ФР, в той или иной степени устранимые при достаточном взаимопонимании врача и пациента; именно они имеют наибольшее значение для профилактики АГ; к их числу относятся: избыточная масса тела, низкая физическая активность, злоупотребление поваренной солью, алкоголем, курением, стрессы и «хронические отрицательные эмоции» и др.

С точки зрения клинической практики все ФР развития АГ логично подразделить на внешние и внутренние. Последние чаще генетически детерминированы, а следовательно, неустраняемы. К ним относятся: гиперурикемия, повышение содержания фактора Виллебранда (ФВ), нефизиологическая реакция на стресс, сенситивный и гипертимный тип акцентуации личности, высокая вариабельность АД, чрезмерное снижение его суточного индекса. Устранить внутренние факторы невозможно, но их можно скорректировать, отдалив таким образом дебют АГ, улучшив прогноз заболевания и предупредив формирование ранних сосудистых осложнений.

### Журнал «Медицинская сестра» —

издание, необходимое руководителям медицинских учреждений – главным врачам, их заместителям по сестринскому персоналу, специалистам-практикам, преподавателям и студентам всех медицинских образовательных учреждений

Подписаться можно с любого месяца

Полугодовой подписной индекс

по каталогу «Роспечать» – **47989**  
по каталогу «Пресса России» – **44463**  
по каталогу «Почта России» – **73257**



**Р** ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «РУССКИЙ ВРАЧ»