



# Роль энтеросорбентов в комбинированной терапии аллергодерматозов

К.м.н. М.В. ГОРЯЧКИНА, к.м.н. Т.А. БЕЛОУСОВА

*В статье показаны механизмы взаимосвязи заболеваний органов пищеварения и патологических состояний кожи. Нормализация состава микрофлоры желудочно-кишечного тракта – эффективный способ лечения аллергии. Включение комбинированного сорбента Лактофильтрум в комплексную терапию аллергодерматозов позволяет в более короткие сроки уменьшить выраженность кожной симптоматики у пациентов.*

В последние годы клиницисты уделяют большое внимание углубленному изучению связей между заболеваниями органов пищеварения и болезнями кожи. Существование этих связей обусловлено общими физиологическими функциями, прежде всего барьерной. Кожный покров представляет собой многоступенчатую систему защиты организма от агрессивного внешнего воздействия химических, физических и биологических факторов, а также от обезвоживания. Полость пищеварительного тракта непосредственно сообщается с внешней средой, а пища – один из важнейших компонентов внешнего мира, попадающих во внутреннюю среду организма.

Взаимосвязь систем, выполняющих барьерную функцию, обуславливает также морфологическая общность тканей, их образующих. В состав кожи и пищеварительного тракта входит эпителий, развивающийся из всех трех зародышевых листков. Покровный эпителий ограничивает внутреннюю среду организма от внешней среды. Железистый эпителий кожных покровов и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) вырабатывает и выделяет различные секреты. Вследствие этой общности проявляется частичное совпадение сегментарной иннервации повреждаемых областей кожи и органов ЖКТ и нередкие сочетанные патологические реакции их на медикаменты. В клинической практике наблюдается широкая распростра-

ненность как болезней органов пищеварения, так и патологических состояний кожи, а также их сочетание у одного и того же больного. В ходе многочисленных исследований был установлен высокий удельный вес поражений пищеварительной системы у дерматологических больных, в то время как кожные заболевания во многих случаях выявляются у больных с патологией ЖКТ [1].

В настоящее время отмечается возрастание интереса врачей всех специальностей к влиянию кишечной микрофлоры на организм человека. Появились данные, свидетельствующие о связи кишечного биоценоза с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нарушениями метаболизма, злокачественными новообразованиями, аутоиммунными болезнями и аллергодерматозами [2].

Согласно данным Национального института здоровья США, только 10% клеток, входящих в состав человеческого организма, являются собственно человеческими. Остальные 90% принадлежат бактериям, населяющим различные биотопы человека. Биотопы – это достаточно сложные системы, которые сформировались в процессе эволюции и со временем приоб-



рели определенную устойчивость применительно к особенностям макроорганизма. Они отличаются не только многокомпонентностью, но и количественным разнообразием входящих в них представителей микрофлоры [3, 4].

Постоянство бактериальной аутомикрофлоры организма человека позволяет рассматривать бактерии, локализующиеся преимущественно на коже, слизистой оболочке полости рта, кишечника и половых органов, как своеобразный прокариотический орган, и изменения в одном из биотопов могут приводить к различным нарушениям в других.

Формирование микрофлоры биотопов организма, в первую очередь кишечника и кожи, начинается с момента рождения ребенка – при его прохождении через родовые пути. В дальнейшем она претерпевает качественные и количественные изменения состава под влиянием ряда факторов: состава микрофлоры биотопов матери, вида вскармливания, характера питания, состояния соматического здоровья ребенка, экологической обстановки и др.

Из всех биотопов организма наибольшая численность и видовое разнообразие бактерий наблюдаются в кишечнике (так, на площади в 200 м<sup>2</sup> обитает около 10<sup>12</sup>–10<sup>14</sup> бактерий), однако в разных его отделах количество и состав микроорганизмов биоценоза будут различными. В тонком кишечнике микробный пейзаж относительно скуден и представлен преимущественно лактобактериями, бифидобактериями, вейлонеллами. В толстом кишечнике состав микрофлоры гораздо шире и многообразнее: преобладают бифидобактерии, бактероиды, лактобактерии, кишечная палочка и энтерококки. Кишечная микрофлора обладает огромным метаболическим потенциалом и способна участвовать во многих биохимических процессах, внося свой вклад в физиологию человеческого организма. Нормальная микрофлора кишечника выполняет защитную, пищеварительную, детоксикационную,

синтетическую, иммунологическую и генетическую функции [5–8].

Микрофлора кишечника условно подразделяется на защитную, сапрофитную и оппортунистическую (условно-патогенную). Защитная микрофлора наиболее многочисленна (до 95%) и в основном представлена лактобактериями, бифидобактериями и кишечной палочкой с нормальными ферментативными свойствами. Бифидобактерии и лактобактерии выделяют молочную и уксусную кислоты, а также другие вещества, обладающие избирательным антимикробным действием, являются естественными биосорбентами, способными адсорбировать токсические вещества (соли тяжелых металлов, фенолы и др.). Бифидобактерии стимулируют клеточное звено иммунитета и участвуют в синтезе иммуноглобулинов. Лактобактерии в значительной степени снижают всасывание аллергенов в кишечнике и стимулируют синтез IgA, которые являются основными антителами против пищевых аллергенов, что особенно важно у детей раннего возраста. Сапрофитная микрофлора кишечника представлена эпидермальным и сапрофитным стафилококками, энтерококками и другими микроорганизмами, основной функцией которых является утилизация конечных продуктов метаболизма макроорганизма. Оппортунистическая микрофлора, обладающая способностью при определенных условиях вызывать патологические процессы, включает грибы рода *Candida*, гемолитический и золотистый стафилококк, грамотрицательные энтерококки и другие микроорганизмы [3, 5, 6, 8].

Таким образом, в кишечном микробиоценозе существуют корреляционные связи между различными видами бактерий. Нарушение колонизационной резистентности кишечника, вызванное изменением состава постоянной микрофлоры, способствует колонизации патогенными и условно-патогенными бактериями, приводит к на-

Кишечная микрофлора обладает огромным метаболическим потенциалом и способна участвовать во многих биохимических процессах, внося свой вклад в физиологию человеческого организма.

рушению основных функций кишечника, что способствует формированию дисбиоза.

В многочисленных исследованиях показано, что нарушение биоценологических взаимоотношений между патогенными бактериями и нормальной кишечной микробиотой – один из важнейших факторов, влияющих на развитие и течение ряда хронических дерматозов, особенно аллергических заболеваний кожи.

По данным Института иммунологии Минздравсоцразвития РФ, в общей структуре аллергических заболеваний, регистрируемых в России, аллергодерматозы составляют 20%. Процент заболеваемости данной патологией в высокоразвитых странах, преимущественно среди молодого населения, значительно выше, чем в развивающихся и слаборазвитых странах. В Англии, Германии и Франции аллергическими заболеваниями страдают от 10 до 30% городского и сельского населения [9, 10].

Среди заболеваний, относящихся к аллергодерматозам, в практике врача-дерматолога наиболее часто встречаются атопический дерматит (АтД) – 20–40% случаев, экзема – 30% и крапивница – 15–20%. Каждое из этих заболеваний имеет свои патогенетические и клинические особенности. Главным и неизменным симптомом аллергодерматозов является зуд кожи. Особо стоит отметить возрастные особенности аллергических заболеваний. Так, крапивницей преимущественно болеют люди среднего и старшего возраста, причем женщины – в 2 раза чаще мужчин. АтД встречается



преимущественно у детей, подростков и лиц молодого возраста. В отличие от АД, экзема редко наблюдается у пациентов в возрасте до 20 лет, так как данное заболевание часто провоцируется воздействием вредных производственных факторов. По мере увеличения профессионального стажа наблюдается рост заболеваемости экземой, пик которой приходится на 40–55 лет.

Для успешного лечения аллергодерматозов в современные терапевтические схемы наряду с применением антигистаминных, десенсибилизирующих, седативных препаратов и средств топической терапии включают применение методов детоксикации (энтеросорбцию), что позволяет повысить эффективность лечения не только за счет активного очищения организма, но и по причине увеличения фармакочувствительности пациен-

та к лекарственным препаратам. Благодаря энтеросорбции из организма выводятся аллергены, различные вредные эндогенные и экзогенные соединения, патогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности. Находясь в просвете кишечника, сорбенты связывают токсические вещества, не давая им всасываться и попадать в кровяное русло, что значительно уменьшает уровень аллергии и интоксикации организма. Установлено, что на фоне энтеросорбции происходит повышение функциональной активности клеточного и гуморального иммунитета, увеличивается число Т-лимфоцитов, нормализуются процессы перекисного окисления, снижается уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и выраженность эозинофилии. В результате значительно уменьшаются проявления воспаления кожи и интенсивность зу-

да, что позволяет уменьшить дозу противоаллергических средств [11–14].

Современные энтеросорбенты должны соответствовать ряду медицинских требований:

- обладать хорошими сорбционными и органолептическими свойствами, иметь удобную лекарственную форму;
- не должны оказывать токсического и травматического воздействия на органы ЖКТ;
- не должны отрицательно влиять на процессы секреции и кишечную микрофлору;
- не должны проникать через слизистую ЖКТ, следовательно, иметь системной фармакокинетики;
- иметь ограниченный спектр сорбируемых веществ, то есть обладать селективностью;
- хорошо эвакуироваться из кишечника и не вызывать потери полезных ингредиентов;



## ЛАКТОФИЛЬТРУМ®

### Здоровый кишечник - красивая кожа

Уникальное сочетание энтеросорбента и пребиотика обеспечивает:

- Выведение токсинов и аллергенов
- Эффективную терапию дисбактериоза
- Эффективную терапию atopического дерматита\*
- Активизацию защитных свойств кожи \*\*

[www.lactofiltrum.ru](http://www.lactofiltrum.ru)



Лицо – на обложку!

Нонна Гришаева, актриса

\* Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б., Аманули Э.А., Дукова Е.Л. Лактофильтрум в комплексной терапии atopического дерматита взрослых. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2010, №6.

\*\* В.А. Молочков, А.В. Караулов, С.А. Николаева. Лактофильтрум как фактор повышения бактерицидной функции кожи // Эффективная фармакотерапия в дерматологии и дерматокосметологии. 2010, №1

## Здоровый кишечник - здоровая кожа

Уникальное сочетание  
энтеросорбента и пребиотика  
в удобной форме (саше)  
для детей от 3-х лет.

Приготовленная  
суспензия имеет приятный  
фруктовый вкус.



■ связанные компоненты не должны подвергаться десорбции по мере прохождения по кишечнику.

Важной характеристикой сорбента является его пористость (наличие пор между зернами, слоями, кристаллами). Сорбенты могут иметь микро-, макро- и мезопоры. Выбор сорбента с той или иной структурой влияет на сорбционную способность препарата и определяет терапевтическую эффективность лечения.

Взаимодействие сорбентов с удаляемыми компонентами реализуется посредством четырех основных механизмов: адсорбция, абсорбция, ионообмен и комплексообразование. При адсорбции взаимодействие между сорбентом и удаляемым веществом происходит на границе раздела сред. Абсорбция – процесс поглощения вещества жидким сорбентом в результате растворения. Ионообмен – замещение ионов на поверхности сорбента ионами сорбата. Патогенетические механизмы энтеросорбции зависят от

вида сорбента и структуры сорбируемых частиц [12–14].

Сорбенты выпускаются в различных лекарственных формах: гранулы, порошки, таблетки, пасты, гели, взвеси, коллоиды, инкапсулированные материалы, пищевые добавки, обладающие различными физическими свойствами.

По химической структуре сорбенты можно разделить на несколько групп:

- углеродные сорбенты (активированный уголь, Карболонг, Карбовит и др.);
- кремнийсодержащие энтеросорбенты (Полисорб, белая глина, Смекта и др.);
- сорбенты химического происхождения (Энтеродез, Энтеросорб, Энтеросгель);
- сорбенты на основе природных и синтетических смол, полимеров и неперевариваемых липидов (Холестирамин, Холестипол, Холезивилам и др.);
- природные органические сорбенты на основе пищевых волокон, лигнина гидролизованного,

хитина, пектинов и альгинатов (микросталлическая целлюлоза – Полифепан, Мультисорб, Зостерин, Филтрум-СТИ и др.). Пищевые волокна представляют собой комбинацию полисахаридов и лигнина. Природные пищевые волокна не перевариваются пищеварительными ферментами, не усваиваются органами ЖКТ человека, а ферментируются кишечными бактериями. Важное свойство пищевых волокон – адсорбция – способность активно впитывать и удерживать воду и другие вещества (нитриты, нитраты, канцерогены, бактериальные токсины);

- комбинированные сорбенты – в их состав входят два и более типов сорбентов либо сорбент в комбинации с дополнительными компонентами (витамин С, ферменты, пробиотики, фруктоолигосахариды, лактулоза и др.), расширяющими спектр его лечебного или профилактического действия (Лактофильтрум, Лактофильтрум Эко, Энтегнин-Н,



Фильтрум-Сафари, Рекицен-РД, Белый уголь и др.) [11–14].

Для медицинской практики особый интерес представляют комбинированные сорбенты, обладающие широким спектром лечебного и профилактического действия. В частности, в дерматологии отлично зарекомендовал себя растительный энтеросорбент Лактофильтрум, фармакологическое действие которого обусловлено уникальной комбинацией лигнина (355 мг) и лактулозы (120 мг).

Лигнин гидролизный (пищевое волокно) – сложное природное органическое соединение, продукт гидролизной переработки древесины. Он обладает высоким потенциалом сорбционной активности, которая обусловлена большой площадью поверхности и развитой системой пор, что позволяет связывать и выводить из организма патогенные микроорганизмы, экзо- и эндотоксины, аллергены, соли тяжелых металлов, алкоголь, избыток некоторых продуктов метаболизма, в том числе ответственных за развитие эндогенного токсикоза. Лигнин нетоксичен, не всасывается в кровь и полностью

выводится из кишечника в течение 24 ч [11, 15, 16].

Второй компонент препарата Лактофильтрум – синтетический дисахарид лактулоза, состоящий из остатков молекул галактозы и фруктозы, синтетический стереоизомер молочного сахара – лактозы. Лактулоза стимулирует рост бифидо- и лактобактерий в толстом кишечнике, способствует нормализации метаболизма белков, жиров и углеводов, способствует правильному всасыванию витаминов и полезных микро- и макроэлементов, стимулирует неспецифический иммунитет. Благодаря гидролизу лактулозы образуются органические кислоты (молочная, муравьиная и уксусная), которые ингибируют рост патогенных микроорганизмов и уменьшают концентрацию азотсодержащих токсинов в организме. Результатом этого процесса является увеличение осмотического давления в просвете толстого кишечника и стимуляция перистальтики. Лактулоза не усваивается в кишечнике и полностью выводится из организма. Активные составляющие Лактофильтрума не иначе

тивируются в агрессивных средах желудка и двенадцатиперстной кишки, что обеспечивает 100% доставку препарата непосредственно к месту действия [11, 15–17].

Таким образом, комплексное воздействие Лактофильтрума заключается в нейтрализации сорбентом патогенных микроорганизмов и выведении кишечных токсинов и аллергенов, а также в стимуляции пребиотиком роста лакто- и бифидобактерий. В результате этого двойного эффекта препарата происходит нормализация микробиоценоза кишечника, уменьшается выраженность симптомов интоксикации и аллергизации организма, формируется стойкий ответ на проводимую терапию.

Препарат Лактофильтрум выпускается в таблетированной форме, его можно назначать детям в возрасте от 1 года. Средняя продолжительность курса лечения составляет 2–3 недели. Интервал между приемом Лактофильтрума, других лекарственных средств и пищи должен быть не менее часа. В настоящее время компанией «АВВА РУС» специально для удобства применения у детей разработаны биологически активные добавки Лактофильтрум Эко саше (порошок для приготовления суспензии) и Лактофильтрум Эко пастилки для разжевывания. Это позволило значительно увеличить комплаентность детей младшей возрастной группы (3–5 лет). Лактофильтрум Эко имеет приятный вкус (лесной ягоды – у пастилок, персика – у суспензии, приготовляемой из порошка саше), что является дополнительным его преимуществом для детей. Особо стоит отметить, что Лактофильтрум Эко не содержит сахара, следовательно, может назначаться пациентам с нарушенной толерантностью к глюкозе. Продолжительность курса лечения средствами линии Лактофильтрум Эко составляет 14–21 день и подбирается индивидуально в каждом клиническом случае. Лактофильтрум Эко саше может применяться с 3 лет, Лактофильтрум Эко пастилки – с 5 лет.

## NB

### Лактофильтрум®

Энтеросорбирующее средство. Применяется при нарушениях микрофлоры кишечника, в т.ч. в результате антибиотикотерапии; синдроме раздраженного кишечника (в составе комплексной терапии); гепатитах и циррозе печени (в составе комплексной терапии); аллергических заболеваниях (атопический дерматит, крапивница) – в составе комплексной терапии. Комплексное действие препарата направлено на нормализацию микробиоценоза толстого кишечника и снижение интенсивности эндогенных токсических состояний.

Фармакологическое действие препарата Лактофильтрум обусловлено свойствами входящих в его состав активных компонентов – лигнина и лактулозы.

Лигнин гидролизный – природный энтеросорбент, состоящий из продуктов гидролиза компонентов древесины, обладает высокой сорбирующей активностью и неспецифическим дезинтоксикационным действием. Лактулоза – синтетический дисахарид, молекула которого состоит из остатков галактозы и фруктозы. В толстой кишке лактулоза в качестве субстрата ферментируется нормальной микрофлорой кишечника, стимулируя рост бифидо- и лактобактерий.



В ряде исследований была доказана высокая терапевтическая эффективность таблетированного препарата Лактофильтрум в составе комплексной терапии у детей с АтД средней и легкой степени тяжести. Препарат назначали сроком на 14 дней. Прием Лактофильтрума приводил к значительному улучшению кожного статуса в виде регресса островоспалительных симптомов и зуда (снижение индекса SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) более чем в 2,5 раза), а также к существенному уменьшению диспепсических явлений и нормализации функций ЖКТ. Хорошую эффективность и переносимость пациентами показал и Лактофильтрум Эко у детей в терапии АтД легкой и средней степени тяжести. Пациенты отмечали приятный фруктовый вкус препарата, отсутствие неприятных ощущений и побочных эффектов от приема Лактофильтрума Эко саше [11, 15, 16].

В другом исследовании было выявлено, что прием таблетированного Лактофильтрума в составе комплексной терапии при АтД способствует более быстрому излечению по сравнению со стандартной методикой. Под наблюдением находились 40 пациентов, средний возраст которых составил  $18,9 \pm 2,3$  года. Все пациенты страдали среднетяжелой формой заболевания с давностью более 8 лет. Кроме того, у 97,5% больных был диагностирован дисбиоз кишечника. Пациенты были разделены на две одинаковые группы (по 20 человек). В основную группу вошли больные, которые получали препарат Лактофильтрум по 2 таблетки 3 раза в сутки на протяжении 21 дня, а также фармакотерапию, соответствующую стандартам лечения АтД. Пациенты второй группы получали только традиционную медикаментозную терапию. После проведенного лечения дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС), отражающий тяжесть течения АтД, в основной группе снизился на 84%, а в группе сравнения – лишь на 53%. В основной группе отмеча-

лась также нормализация микрофлоры кишечника, чего не наблюдалось в контрольной [6]. Высокая эффективность препарата Лактофильтрум была отмечена в лечении хронической крапивницы у 30 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет по сравнению с пациентами, получавшими только традиционную терапию (20 человек). Больные предъявляли жалобы на высыпания уртикарного характера и сильный зуд. Практически у всех отмечалась сопутствующая патология ЖКТ. Препарат назначали в составе комплексной терапии сроком на 20 дней. В группе пациентов, принимавших Лактофильтрум, отмечалось более активное регрессирование кожных проявлений и снижение интенсивности зуда в сравнении с контрольной группой. Дальнейшее наблюдение в течение 6 мес. показало наличие стойкой ремиссии у всех больных основной группы. В контрольной группе стойкого полного контроля заболевания удалось достичь лишь у 40% больных в течение 2 мес. [17]. Авторами было проведено исследование эффективности и безопас-

ности Лактофильтрума в составе комплексной терапии аллергических заболеваний. Под наблюдением находились 30 человек: 20 взрослых (в возрасте от 18 до 50 лет) и 10 детей (7–11 лет). Дети страдали АтД легкой и средней степени тяжести с локализацией процесса в области лица, шеи, локтевых сгибов, подколенных ямок, тыла кистей, предплечий. Основной жалобой пациентов этой группы был умеренный зуд. Взрослые пациенты распределялись в зависимости от диагноза следующим образом: экзема (10 человек), крапивница (6 человек), АтД (4 человека). У всех пациентов АтД носил ограниченный характер и характеризовался умеренной островоспалительной симптоматикой (эритема, шелушение, инфильтрация) и зудом. У всех пациентов с экземой кожный процесс локализовался в области кистей и стоп, был подострым, проявлялся эритемой, шелушением, экскориациями, зудом. У трех пациентов экзематозный процесс осложнился присоединением вторичной инфекции. Крапивница у всех пациентов проявлялась уртикарными высыпаниями в обла-

### Лактофильтрум® Эко

Способствует избирательному выведению аллергенов, экзо- и эндогенных токсинов патогенных микроорганизмов (вирусов, бактерий, грибов), продуктов их распада, тяжелых металлов, радионуклидов, холестерина, канцерогенов. Способствует нормализации и поддержанию нормальной микрофлоры кишечника, улучшает процессы пищеварения. Не содержит сахара, может быть рекомендован больным сахарным диабетом.

Лактофильтрум® Эко применяется в качестве средства, улучшающего состояние желудочно-кишечного тракта, а также в качестве дополнительного источника нерастворимых пищевых волокон (энтеросорбента лигнина) и пребиотика (фруктоолигосахариды). Применяется в комплексной терапии при аллергодерматозах (атопический дерматит, крапивница), дисбактериозе кишечника, возникающего в результате применения антибактериальных препаратов и/или воспалительных изменений, возникающих в стенке кишечника в случае наличия кишечной инфекции различной этиологии, а также при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.



Таблица 1. Интенсивность симптомов по ДИШС (основная группа)

Заболевание	Эритема, отек			Инфильтрация			Шелушение			Зуд		
	До начала терапии	На 7-й день	На 14-й день	До начала терапии	На 7-й день	На 14-й день	До начала терапии	На 7-й день	На 14-й день	До начала терапии	На 7-й день	На 14-й день
АтД	2,3	1,4	0,9	2,4	1,5	1	2,1	1,3	0,5	3	2	0,5
Экзема	2,1	1,2	0,5	2,2	1,3	0,9	1,9	1	0,5	2,3	1,6	0,4
Крапивница	3,0	2,3	0,8	0	0	0	0	0	0	3	1,6	0,6

Таблица 2. Интенсивность симптомов по ДИШС (контрольная группа)

Заболевание	Эритема, отек			Инфильтрация			Шелушение			Зуд		
	До начала терапии	На 7-й день	На 14-й день	До начала терапии	На 7-й день	На 14-й день	До начала терапии	На 7-й день	На 14-й день	До начала терапии	На 7-й день	На 14-й день
АтД	2,2	1,7	1,1	2,4	1,9	1,5	2,1	1,7	1	3	2,5	1,1
Экзема	2,2	1,6	1	2	1,6	1,3	2	1,6	1,2	2,2	1,8	1
Крапивница	3,0	2,9	1,9	0	0	0	0	0	0	3,1	2,0	1,7

ти лица, туловища и конечностей, сопровождающимся сильным зудом. 23 пациента (76,7%) предъявляли жалобы на диспепсические явления (метеоризм, усиление перистальтики, нарушение стула, субъективные ощущения дискомфорта в ЖКТ). Пациенты в каждой нозологической группе были разделены на две одинаковые подгруппы: основную (получали традиционную противоаллергическую терапию в комбинации с Лактофильтрумом) и контрольную (только традиционное лечение). Всем детям в основной группе назначали Лактофильтрум Эко саше по 1 пакетик 2 раза в сутки утром и вечером, всем взрослым – Лактофильтрум по 2 таблетки 3 раза в день. Оба средства пациенты принимали за 1–1,5 часа до еды, продолжительность лечения составляла 14 дней.

Оценку результатов лечения проводили по ДИШС до начала терапии, на 7-й и 14-й дни. Определяли выраженность эритемы, отека, инфильтрации, шелушения и зуда в баллах (от 0 до 3): 0 соответствовал отсутствию симптома, 1 – симптом слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. Изменение выраженности симптомов в баллах отражало динамику эффективности терапии (табл. 1 и 2).

Приведенные результаты исследования показали, что включение Лактофильтрума в состав комплексной терапии при аллергодерматозах позволило в более короткие сроки уменьшить выраженность кожной симптоматики, ускорить регресс высыпаний (эритемы, отека, инфильтрации, шелушения), быстрее купировать зуд, нормализовать нарушения со стороны ЖКТ. Кроме того, у больных улучшились сон и настроение.

процесса при АтД, экземе и крапивнице, а также для нормализации функции биотопа кишечника целесообразно включение Лактофильтрума в состав комплексной терапии на ранних стадиях заболеваний (продолжительность приема препарата должна быть не менее 14 дней). Преимуществами Лактофильтрума являются эффективная комбинация сорбента и пребиотика, усиливающая его лечебное действие, а также нали-

Комплексное воздействие Лактофильтрума заключается в нейтрализации сорбентом патогенных микроорганизмов и выведении кишечных токсинов и аллергенов, а также в стимуляции пребиотиком роста лакто- и бифидобактерий.

Все пациенты хорошо переносили препарат, побочных эффектов выявлено не было. Дети отмечали приятный вкус Лактофильтрума Эко саше, а их родители – удобство суспензии для приема детьми. Таким образом, можно сделать вывод, что для более быстрого и эффективного купирования обострения аллергического

нескольких лекарственных форм препарата (таблетки, саше, пастилки), что позволяет назначать препарат взрослым и детям. Препарат нетоксичен, хорошо переносится пациентами, удобен в применении, что обеспечивает высокую комплаентность больных, в том числе детей младшего возраста. ●



# Литература

**М.В. ГОРЯЧКИНА, Т.А. БЕЛОУСОВА**

**Роль энтеросорбентов в комбинированной терапии аллергодерматозов**

1. *Василенко В.В.* Кожные знаки болезней органов пищеварения // Медицинский вестник. 2011. № 27. С. 9.
2. *Isolauri E., Kalliomäki M., Laitinen K., Salminen S.* Modulation of the maturing gut barrier and microbiota: a novel target in allergic disease // *Curr. Pharm. Des.* 2008. Vol. 14. № 14. P. 1368–1375.
3. *Костюкович О.И.* Влияние кишечной микрофлоры на здоровье человека. От патогенеза к современным методам коррекции дисбиоза // *РМЖ.* 2011. № 5. С 304–305.
4. *Turnbaugh P.J., Ley R.E., Hamady M. et al.* The human microbiome project // *Nature.* 2007. Vol. 449. № 7164. P. 804–810.
5. *Ардатская М.Д., Минушкин О.Н.* Дисбактериоз кишечника: эволюция взглядов. Современные принципы диагностики и фармакологической коррекции // *Consilium Medicum. Гастроэнтерология.* 2006. Т. 8. № 2. С. 4–18.
6. *Круглова Л.С.* Атопический дерматит и нарушения колониальной резистентности кишечника – взаимосвязь и методы коррекции // *РМЖ.* 2011. № 28. С. 1786–1790.
7. *Yang Y.W., Tsai C.L., Lu C.Y. et al.* Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies // *Br. J. Dermatol.* 2009. Vol. 161. № 2. P. 373–383.
8. *Овсянников Д.Ю.* Дисбактериоз кишечника у детей: этиология, клиническое значение, диагностические критерии, современные методы коррекции // *Педиатрия.* 2011. № 2. С. 10–19.
9. *Белоусова Т.А., Горячкина М.В.* Антигистаминные препараты в современной клинической практике: проблемы выбора // *РМЖ.* 2011. № 32. С. 2102–2103.
10. *Федоскова Т.Г., Ильина Н.И.* Роль аллергических заболеваний в общеклинической практике // *РМЖ.* 2004. № 14. С. 876–880.
11. *Ревакина В.А.* Энтеросорбенты в комплексной терапии атопического дерматита у детей // *Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии.* 2010. № 2. С. 14–16.
12. *Боткина А.С., Бельмер С.В.* Дерматологические проявления заболеваний органов ЖКТ // *Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России.* М., 2007.
13. *Токмалаев А.К.* Применение энтеросорбентов в лечении острых кишечных инфекций // *РМЖ.* 2011. № 32. С. 2096–2098.
14. *Учайкин В.Ф., Новокшионов А.А., Соколова Н.В., Бережкова Т.В.* Энтеросорбция – роль энтеросорбентов в комплексной терапии острой и хронической гастроэнтерологической патологии. Пособие для врачей. М., 2008. 24 с.
15. *Снарская Е.С.* О роли энтеросорбентов в лечении атопического дерматита у детей // *Consilium Medicum. Педиатрия.* 2012. № 1. С. 56–57.
16. *Калюжная Л.Д., Милорава Т.Т., Турик Н.В. и соавт.* Новый пробиотик в комплексной терапии атопического дерматита у детей. Применение метода энтеросорбции // *Искусство лечения.* 2006. № 10. С. 36.
17. *Дитятковская Е.М., Борзова Т.А., Грибанова Л.В., Корецкая Е.В.* Применение препарата Лактофильтрум в схеме лечения больных хронической крапивницей // [http://www.leksir.ru/doc/51\\_0.htm](http://www.leksir.ru/doc/51_0.htm).

**М.М. ХОБЕЙШ, К.Н. МОНАХОВ, Е.В. СОКОЛОВСКИЙ**

**Современные средства базового ухода в комплексном лечении псориаза**

1. *Schäfer T.* Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective // *Dermatology.* 2006. Vol. 212. № 4. P. 327–337.
2. *Katugampola R.P., Hongbo Y., Finlay A.Y.* Clinical management decisions are related to the impact of psoriasis on patient-rated quality of life // *Br. J. Dermatol.* 2005. Vol. 152. № 6. P. 1256–1262.
3. *Menter A., Smith C., Barker J.* Psoriasis. Oxford: Health Press, 2004. 104 p.
4. *Хобейш М.М., Мошколова И.А., Соколовский Е.В.* Псориаз. Современные методы лечения // Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. СПб.: Сотис, 1999. С. 70–134.
5. *Ключарева С.В.* Результаты сравнительного исследования косметической линии АЙСИДА и стандартных схем терапии у пациентов с чувствительной кожей и хроническими дерматозами. М., 2010. 58 с.

**В.А. ОХЛОПКОВ, О.В. ПРАВДИНА, Р.В. ГОРОДИЛОВ, Е.А. ЗЫКОВА**

**Опыт лечения больных среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом препаратом Дайвобет**

1. *Данилов С.И., Нечаева О.С., Пирятинская А.Б.* Медико-социальные факторы риска обострений хронических дерматозов // *Российский журнал кожно-венерологических болезней.* 2006. № 1. С. 60–62.
2. *Christophers E.* Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum // *Clin. Exp. Dermatol.* 2001. Vol. 26. № 4. P. 314–320.
3. *Филимонкова Н.Н., Чуверова К.А., Летаева О.В.* Комплексная терапия больных псориазом препаратами Дайвобет и Дайвонекс // *Врач.* 2008. № 1. С. 33–36.
4. *Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И.* Псориаз. Патогенез, клиника, лечение. Кишинев: Штиинца, 2001. 189 с.
5. *Короткий Н.Г., Тихомиров А.А.* Оценка клинической эффективности и переносимости препарата Дайвонекс в наружной терапии вульгарного псориаза различной степени тяжести // *Актуальные вопросы дерматовенерологии и внутренних болезней.* Ижевск, 2006. С. 192–194.
6. *Современная наружная и физиотерапия дерматозов /* Под ред. Н.Г. Короткого. М., 2007. С. 703.
7. *Дерматовенерология. Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов /* Под ред. А.А. Кубановой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 306 с.

**Д.В. ИГНАТЬЕВ**

**Роль препарата Виферон® в терапии простого герпеса**

1. *Иванов О.Л., Халдин А.А., Самгин М.А.* Рациональный выбор терапии простого герпеса: Учебное пособие. М., 2002.
2. *Козлова В.И., Кузнецов В.П., Пухнер А.Ф.* Терапевтическая активность человеческого лейкоцитарного интерферона при лечении вирусных заболеваний гениталий // *Акуш. и гинек.* 1972. № 10. С. 40–41.
3. *Малиновская В.В., Деленян Н.В. и др.* Виферон: Руководство для врачей. М., 2004.