

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ**

Атопический дерматит – новые аспекты
патогенеза, терапии и профилактики



**МЕТОДИЧЕСКОЕ
ПОСОБИЕ**

ТАШКЕНТ 2013

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

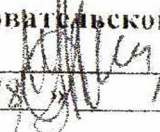
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ


«СОГЛАСОВАНО»

УТВЕРЖДАЮ»

Начальник отдела по координации научно-исследовательской деятельности МЗ Рuz

Начальник Главного Управления науки в учебных заведениях МЗ Рuz

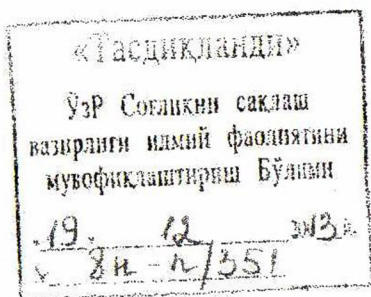

И.Р.Мавлянов
«18» 12 2013 г.


У.С.Исмаилов
«12» 2013г



АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ - НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

(методическое пособие)



выраженности иммуно-биохимического процесса даже при легкой степени тяжести заболевания, который требует патогенетической коррекции. (таблица №7).

Таблица №7. Показатели субклассов IgG в крови у больных АД в зависимости от степени тяжести.

	G1 пг/мл	G2 пг/мл	G3 пг/мл	G4 пг/мл
Легкая n=9	6,6± 0,7*	4,1± 0,5*	1,3± 0,1*	1,2 ± 0,1*
Средняя n=18	6,51± 0,4*	3,8± 0,5*	1,5± 0,13*	1,37 ± 0,04*
Тяжелая n=15	6,3± 0,3*	3,8± 0,4*	1,6± 0,1*	1,4± 0,08*
Здоровые	2,4±0,3	1,4±0,3	0,6±0,1	0,004±0,002

Примечание: * – достоверность по отношению к показателям контрольной группы, ($p < 0,05$)

Таким образом, изучение провоцирующих факторов обострения заболевания у больных АД выявило, что 48,8% случаев составил алиментарный фактор, далее на втором месте состоит нервный фактор (15,5%), в 13,3% случаев составили острые респираторные заболевания бактериального или вирусного характера, тогда как заболевание ЖКТ и сезонность составили – 6,6% соответственно. Полученные данные требуют пристального внимания врачей дерматологов, врачей – педиатров и аллергологов при диспансерном учете в первичном звене здравоохранения.

Результаты клинических, биохимических и иммунологических методов исследования показали, что у больных АД отмечается нарушения функционального состояния белковой и липидной фракции в крови, сопровождающиеся высокой эндогенной интоксикацией в 1,3 и 1,6 раз соответственно, что выражают о поражении детоксикационной функции печени, в основе которого лежит клеточная иммунологическая реакция, характеризующиеся повышением провоспалительных цитокинов ФНО-альфа в 12,9 раз и ИЛ5 – в 13,4 раз соответственно. Полученные данные свидетельствует о сопряженности иммуно-биохимической системы организма у больных АД, что требует разработки патогенетических методов терапии.

С целью изыскания новых терапевтических возможностей атопического дерматита в качестве улучшающего детоксикационную функцию печени в комплексную терапию был включен препарат феррокомед.

В связи с этим больные были разделены на две группы: в первую группу (традиционная терапия) вошли 16 больных, составляющие группу сравнения и получавшие витамины, биогенные стимуляторы, десенсибилизирующую терапию и местно гормональные мази; во вторую группу (комплексная

терапия) вошли 20 больных, составляющие основную группу, которым на фоне традиционной терапии был назначен препарат феррокомед.

Феррокомед – препарат отечественного производства фирмы «А.В.-ВЮКОМ», состоящий из трех взаимодополняющих по клиническому эффекту биоконплексов жизненно важных элементов: глутафер (комплекс железа (III) с глутаминовой кислотой), кобавит (комплекс кобальта с глутаминовой кислотой и витамином U) и глутамед (комплекс меди (II) с глутаминовой кислотой). Феррокомед благодаря специально подобранному составу, обладает специфическим механизмом действия – противоанемичным, гепатопротективным и иммуномодулирующим действием. Он усиливает синтез белков и эффективно восстанавливает нарушенные звенья белкового обмена, благодаря чему предупреждает возникновение или способствует исчезновению состояний дис- и гипопротеинемического характера.

Феррокомед назначали по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней.

Результаты исследования показали (табл.8), что после традиционной терапии у больных атопическим дерматитом в крови показатели ССЭ достоверно снижается по сравнению с данными до лечения ($p < 0,01$) и в среднем она равнялась $36,75 \pm 0,64\%$ против $39,32 \pm 0,69\%$ до лечения, однако она оставалась выше, чем данных контрольной группы ($29,08 \pm 0,88\%$).

Таблица 8

Сравнительный анализ влияния проводимой терапии на показатели эндогенной интоксикации у больных атопическим дерматитом ($M \pm m$)

Метод лечения	Количество обследованных лиц	Исследования	ССЭ (%)	СМП (ЕЭ)
Традиционная	16	до лечения	$39,32 \pm 0,69$	$0,368 \pm 0,013$
		после лечения	$36,75 \pm 0,64^*$	$0,310 \pm 0,010^{**}$
Комплексная	20	до лечения	$39,30 \pm 0,50$	$0,383 \pm 0,010$
		после лечения	$29,68 \pm 0,48^{**}$	$0,286 \pm 0,009^{**}$

Примечание: р – достоверность данных после лечения по отношению к показателям до лечения, * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$

Изучение влияния традиционной терапии на содержание в сыворотке крови пептидов средней молекулы свидетельствует, что у больных с атопическим дерматитом после окончания лечения также отмечается достоверное снижение уровня СМП ($p < 0,001$), однако он также не доходил до контрольного уровня.

При изучении влияния комплексной терапии на степени эндогенной интоксикации у больных с атопическим дерматитом выявлено (табл.8), что у больных после окончания лечения данным методом показатели ССЭ и уровень СМП статистически достоверно снижается по сравнению с данными до лечения ($p < 0,001$) и в среднем они равнялись $29,68 \pm 0,48\%$ и $0,286 \pm 0,009$ ЕЭ соответственно при $39,30 \pm 0,50\%$ и $0,383 \pm 0,010$ ЕЭ соответственно до лечения. Следует отметить что изученные показатели эндогенной интоксикации у больных данной группы доходили до контрольного уровня ($29,08 \pm 0,88\%$ и $0,218 \pm 0,005$ ЕЭ соответственно).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что у больных с атопическим дерматитом выявляется эндогенная интоксикация организма, зависящая от степени тяжести заболевания. Применение препарата феррокомед в комплексной терапии больных с атопическим дерматитом способствует более выраженному снижению степени эндогенной интоксикации организма, чем традиционная терапия.

Профилактика обострения атопического дерматита:

Клинико-иммунологические исследования организма у больных атопическим дерматитом показало, что во время клинической ремиссии заболевания иммунная система организма у больных с АД находится в состоянии скрытой чувствительности к опосредованному воздействию провоцирующих факторов, особенно алиментарному фактору и/или другим факторам, что обуславливает периодическую гиперпродукцию провоспалительных цитокинов, участвующих в атопии.

В связи с этим разработка методов профилактики обострения атопического дерматита является одним из актуальных проблем практической медицины.

С целью разработки профилактических методов терапии были изучены отдаленные клинико-иммунологические результаты разработанной патогенетической терапии (путем применения иммуномодулирующего препарата – гемалин) у 20 больных АД во время клинической ремиссии. Для сравнительной характеристики больные были разделены на 2 группы: I- группа больных АД (20) , получавшие препарат гемалин, II - группа больных (20), получавшие традиционную терапию. У всех больных проводились клинические (индексы SCORAD, ДИШС, ДИКЖ,) иммунологические показатели клеточного и гуморального звена иммунитета, субклассов IgG, IgE, IgG к Candida в крови и микробиологические исследования на коже у больных АД.