

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.521:615.218+615.832.42:611.959

**НОВОСЕЛЕЦКАЯ
Алевтина Ивановна**

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ
СЕХИФЕНАДИНОМ И ИНДУКТОТЕРМИЕЙ ПОЯСНИЧНОЙ
ОБЛАСТИ**

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.10 – кожные и венерические болезни

Минск, 2011

Работа выполнена в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» и УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Научные руководители: **Барабанов Леонид Геннадьевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Шейбак Владимир Михайлович, доктор медицинских наук, доцент, заведующий ЦНИЛ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Официальные
оппоненты:**

Яговдик Николай Захарович, доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Евсеев Ирина Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент, врач – косметолог КУП «Клинический центр пластической хирургии и медицинской косметологии г. Минска»

**Оппонирующая
организация:**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Защита состоится 31 марта 2011 года в 14.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.04 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83; e-mail: kabak@bsmu.by, (тел. 272-55-98).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан « ____ » _____ 2011 года.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,

кандидат медицинских наук, доцент



А.М. Близию

ВВЕДЕНИЕ

В структуре дерматологической заболеваемости экзема составляет от 15 до 40% случаев [Глухенький Б.Т., 1974; Скрипкин Ю.К., Сомов Б.А., Бутов Ю.С., 1975; Meding B., Jarvholm B., 2002; Потекаев Н.С., 2006; Diepgen T.L., 2007] и является одной из самых частых причин нетрудоспособности [Meding B., 2005; Diepgen T.L., 2007]. Распространённость аллергических заболеваний, к которым относится экзема, в течение последних 50-60 лет непрерывно увеличивается [Пыцкий В.И., 1999].

Актуальность изучаемой проблемы обусловлена особенностями течения экземы в современных условиях, которое имеет стойкую тенденцию к утяжелению, сопровождается частыми продолжительными рецидивами, значительным распространением патологического процесса на коже. Отмечается также резистентность к стандартным методам лечения [Корсун В.Ф., Кубанова А.А., Соколов С.Я., 1995], что приводит к увеличению периода нетрудоспособности, психосоциальной дезадаптации, снижению качества жизни пациентов и обуславливает необходимость поиска новых способов патогенетической терапии.

При кожных проявлениях аллергии в комплексном ее лечении наиболее часто применяются антигистаминные средства. Нередко их неэффективность связана с тем, что в возникновении и поддержании аллергического воспаления участвуют также и другие биологически активные вещества: например, такие биогенные амины, как адреналин, серотонин и др. Коррекции же указанных нарушений при экземе уделяется недостаточно внимания.

В связи с этим разработка нового метода лечения больных экземой, основанного на коррекции нарушений обмена биогенных аминов, направлена на решение конкретной научной и практической задачи, и является актуальной.

Отличительная особенность настоящей работы – комплексное изучение у больных экземой содержания биогенных аминов (ДОФА, дофамина, адреналина, серотонина), их предшественников и метаболитов, качества жизни и его динамики как при лечении стандартным методом, так и разработанным нами методом с использованием сехифенадина и индуктотермии поясничной области.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами и темами

Работа выполнена в рамках научных исследований Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия

последипломного образования» (БелМАПО) по инициативной теме: «Коррекция нарушений обмена биогенных аминов у больных экземой». Номер госрегистрации – 2008506 от 07.04.2008. Сроки выполнения: 01.10.2007 – 31.03.2010 гг. Тема диссертации утверждена на заседании Ученого Совета БелМАПО 24 октября 2007 года, протокол № 10.

Цель и задачи исследования. Цель работы – повысить эффективность лечения больных экземой путём разработки нового метода лечения, основанного на коррекции нарушений метаболизма биогенных аминов при экзематозных поражениях кожи различной этиологии.

Задачи исследования:

1. Изучить обмен биогенных аминов при различных формах экземы с помощью определения следующих показателей: триптофан, 5-гидрокситриптофан, серотонин, 5-оксииндолуксусная кислота (5-ОИУК), тирозин, дигидроксифенилаланин (ДОФА), дофамин, адреналин, 3,4-дигидроксифенилуксусная кислота, гомованилиновая кислота (ГВК).

2. Определить характер взаимосвязи между клиническим течением заболевания, качеством жизни и содержанием биогенных аминов, их предшественников и метаболитов в сыворотке крови пациентов.

3. Изучить влияние стандартной терапии на показатели, характеризующие обмен биогенных аминов у больных экземой.

4. Разработать метод лечения экземы, с учетом выявленных нарушений обмена биогенных аминов.

5. Изучить клинико-терапевтическую эффективность разработанного метода лечения больных экземой.

6. Оценить влияние разработанного метода лечения экземы на состояние обмена биогенных аминов и показатели качества жизни у больных.

Объект исследования: 114 пациентов, страдающих различными формами экземы, в возрасте от 16 до 81 года, наблюдавшиеся в учреждениях здравоохранения «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер» и «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска.

Предмет исследования: клиническое течение экземы; показатели качества жизни; характеристики состояния обмена биогенных аминов, их динамика при проведении стандартной терапии и лечении с использованием препарата секифенадин и индуктотермии поясничной области в их отдельном и сочетанном применении; непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Положения, выносимые на защиту

1. Течение патологического процесса характеризуется нарушениями метаболизма ароматических аминокислот, предшественников биогенных

аминов – триптофана и тирозина, изменением активности серотонинергической и дофаминергической систем. Отмечается снижение качества жизни (КЖ) больных, коррелирующее с тяжестью течения заболевания и площадью поражения. Отмеченные нарушения недостаточно корригируются в ходе традиционной терапии дерматоза.

2. Для лечения больных экземой, с целью коррекции выявленных нарушений обмена биогенных аминов, предложен метод лечения, включающий, помимо стандартной терапии, применение индуктотермии поясничной области ежедневно, на курс до 14 процедур, и приём препарата секифенадин по 50 мг 2 раза в сутки на протяжении 10–14 дней.

3. Терапия больных экземой с использованием секифенадина и индуктотермии повышает клинико-терапевтическую эффективность лечения: снижает индекс тяжести поражения кожи SCORAD, улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения, повышает качество жизни больных.

Личный вклад соискателя

Формулировка темы диссертации, целей и задач исследования проведены диссертантом совместно с научными руководителями.

Настоящая работа является самостоятельным научным исследованием, выполнена автором лично на базе кафедры дерматовенерологии БелМАПО, УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска и УЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Автором проведен патентно-информационный поиск, выполнен обзор отечественной и зарубежной литературы по теме диссертации, что отражено в публикациях [1, 9]. Самостоятельно проведен клинический раздел работы, включающий набор 114 пациентов, страдающих экземой, анкетирование и анализ опросников СКИНДЕКС-29 для изучения влияния заболевания на качество жизни пациентов, оценку динамики клинических проявлений экземы с помощью определения индекса SCORAD, назначение обследования и лечения, оценку клинико-терапевтической эффективности проводимого лечения.

Лично автором сформирована компьютерная база полученных данных, произведена их статистическая обработка с анализом, интерпретацией результатов, формулировкой выводов и практических рекомендаций. Полученные данные подготовлены к печати. В работе [2] диссертанту принадлежит сбор данных, их анализ, формулировка выводов.

На основании результатов научного исследования диссертантом совместно с соавторами разработана инструкция по применению «Метод лечения пациентов с экземой» (утверждена Министерством здравоохранения РБ, регистрационный номер № 035-0310 от 06.05.2010 года). Подана заявка, № а 20090093, в Национальный центр интеллектуальной собственности на «Способ прогнозирования хронизации патологического процесса в коже при экземе».

Имеется уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента [16].

Диссертантом самостоятельно осуществлялись подготовка иллюстративного материала, статистическая и графическая обработка полученных данных, их интерпретация, теоретическое обобщение результатов и написание диссертации.

Общеклиническое лабораторное обследование больных экземой проводили в соответствующих лабораториях УЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер» и «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска.

Содержание биогенных аминов в сыворотке крови больных определяли на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Апробация результатов диссертации

Основные положения и результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины» и 18-й итоговой научной сессии Гомельского государственного медицинского университета (г. Гомель, 26-27 февраля 2009 года), на клинической конференции Минского городского кожно-венерологического диспансера (г. Минск, 2009), на конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора И.П. Протасевича (г. Гродно, 15-16 апреля 2010 года).

Опубликованность результатов

По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, из них: 7 статей (общий объём – 3,2 авторских листа) в рецензируемых научных журналах, входящих в перечень изданий, утверждённых приказом ВАК Республики Беларусь и соответствующих пункту 18 Положения о присуждении учёных степеней и присвоении учёных званий в Республике Беларусь, 1 – обзорная статья, 1 – статья в материалах научно-практических конференций, 6 – тезисов в материалах конференций.

Подана заявка, № а 20090093, в Национальный центр интеллектуальной собственности на способ прогнозирования хронизации патологического процесса в коже при экземе. Имеется уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента. Без соавторов опубликовано 14 работ.

Структура и объём диссертации

Диссертационная работа изложена на 88 страницах машинописного текста (без списка литературы) и состоит из оглавления, перечня условных обозначений, введения, общей характеристики работы, пяти глав (обзор литературы, материал и методы исследований, 3 главы собственных

исследований), заключения, библиографического списка, включающего 202 использованных источника и 16 публикаций соискателя, приложений. Работа иллюстрирована 27 таблицами, 10 рисунками (объем 17 страниц).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Материалы и методы исследования

В основу исследования положено обследование 114 пациентов, страдающих различными формами экземы.

В соответствии с поставленными задачами были использованы методы клинического обследования больных экземой, которые включали: сбор жалоб и анамнеза, общий осмотр, объективное обследование всех органов и систем, обследование локального статуса, определение клинической формы, стадии, распространённости и степени тяжести заболевания. Кроме того, проводилось лабораторное обследование, которое включало: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, содержание глюкозы в крови, серологические реакции на сифилис.

Исследованы в динамике: индекс SCORAD; СКИНДЕКС; показатели обмена биогенных аминов: содержание в сыворотке крови триптофана (Trp), 5-гидрокситриптофана (5-НТР), серотонина (5-НТ), 5-ОИУК (5-НИАА), тирозина (Tyr), ДОФА (ДОРА), дофамина (DA), адреналина (E), 3,4-дигидроксифенилуксусной кислоты (DOPAC), ГВК (HVA).

Для исследования обмена биогенных аминов у больных экземой проводился забор крови при поступлении в стационар и непосредственно перед выпиской после проведенного лечения. Сыворотку получали центрифугированием при 3000 об/мин в течение 15 минут и отбирали путём аспирации. Определение уровня биогенных аминов, их предшественников и метаболитов проводили с помощью ион-парной высокоэффективной жидкостной хроматографии. Идентификация определяемых соединений в пробах сыворотки крови и количественная обработка хроматограмм проводились с использованием метода внутреннего стандарта (ванилиновой кислоты) на приборе Agilent 1100, с детектированием по флуоресценции при длинах волн: возбуждения – 280 нм, излучения – 320 нм (для Tyr и его производных) и 340 нм (для Trp и его производных).

Контрольную группу (далее контроль) составили 35 здоровых лиц в возрасте от 18 до 52 лет (в среднем $41,6 \pm 8,3$ (M \pm σ)).

Результат лечения оценивался у пациентов на момент выписки по абсолютному и относительному количеству разных исходов, а также в баллах:

- клиническое излечение (ремиссия) — полное отсутствие жалоб со стороны пациента, исчезновение морфологических элементов сыпи и

воспалительных явлений в очагах поражения, восстановление нормального цвета и рисунка кожи либо легкая гиперпигментация в области бывших высыпаний – оценивались в 5 баллов;

- значительное улучшение – полное прекращение зуда, разрешение большинства высыпных элементов, значительное уменьшение признаков воспаления, остаточная легкая инфильтрация, гиперпигментация, незначительное шелушение в очагах — 4 балла;

- улучшение – ослабление зуда, частичный регресс элементов сыпи, уменьшение явлений воспаления, полная эпителизация эрозий и отпадение корочек, шелушение, сохранение легкой инфильтрации и стойкой гиперемии в очагах — 3 балла;

- без эффекта – проводимая терапия не обеспечивает позитивных изменений клинических данных, имевших место до начала лечения – 2 балла;

- ухудшение – в процессе лечения наблюдается утяжеление кожного процесса, развитие осложнений и побочных эффектов, появление новых высыпаний на фоне уже имеющихся, появление мокнутия с переходом процесса в острую стадию – 0 баллов.

Математический анализ полученных результатов проводили с использованием операционной системы Statistica 6.0. Проводился анализ соответствия вида распределения признака закону нормального распределения – критерий Шапиро-Уилка W. В случае распределения признака по закону нормального распределения анализ результатов проводился с использованием классического t-критерия Стьюдента для независимых и зависимых выборок. Данные представлены в виде среднего арифметического (M) и ошибки среднего арифметического (m). В случае соответствия распределения признака отличному от нормального данные представлялись в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25%; 75%). Для сравнения двух групп применялся U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок. Для сравнения трёх и более групп применялся метод Краскела-Уоллиса. В случае сравнения зависимых выборок применялся критерий Вилкоксона. При проведении корреляционного анализа рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена (R). При этом считалось, что коэффициент корреляции более 0,75 (или менее -0,75) означает наличие сильной связи между параметрами, 0,25–0,75 (-0,25–0,75) – корреляцию умеренной силы и менее 0,25 (или более -0,25) – наличие слабой корреляции. При использовании любого теста или критерия рассчитывалась вероятность справедливости нулевой гипотезы (отсутствие различий групп) – p. Статистически значимыми различия считались при степени безошибочного прогноза, равной 95% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клиническая характеристика больных экземой

Возраст обследованных пациентов составлял от 16 лет до 81 года (в среднем $46,4 \pm 15,7$ ($M \pm \sigma$)). Среди 114 больных, включённых в наше исследование, мужчин было 94 (82,5%), женщин – 20 (17,5%). 17 пациентам (14,9%) был установлен диагноз истинной экземы, 97 (85,1%) – микробной экземы. Острое течение заболевания наблюдалось на момент госпитализации у 74 (64,9%) пациентов, а подострое – у 40 (35,1%) пациентов. В исследуемой группе пациентов общая длительность заболевания составляла от $\frac{1}{2}$ недели до 23 лет. Менее полугода экземой болели 55 человек (48,3%), от 7 месяцев до 2 лет – 29 человек (25,4%), более 2 лет – 30 человек (26,3%). Впервые возникшее заболевание было диагностировано у 48 (42,1%) пациентов, протекающее с рецидивами – у 66 (57,9%). При этом рецидивы с частотой 1 раз в год встречались у 8 пациентов, 2 раза в год – у 27 человек, 2-3 раза в год – у 18 пациентов, 4 раза в год – у 6 пациентов. У остальных 7 пациентов заболевание рецидивировало, но значительно реже.

Пациенты были распределены по площади поражения следующим образом: до 25% кожного покрова – 68 (60%) человек, от 26 до 50% – 38 (33%) человек, более 50% – 8 (7%).

Тяжесть течения экземы оценивалась с помощью индекса SCORAD и колебалась в пределах от 28,4 до 75,4 единиц. С лёгким течением заболевания (SCORAD до 40 единиц) было 5 (4,4%) пациентов, со среднетяжёлым (SCORAD от 40 до 60 единиц) – 80 (70,2%) больных, с тяжёлым течением (SCORAD более 60 единиц) – 29 (25,4%) пациентов.

На момент поступления в стационар отмечалось значительное снижение качества жизни пациентов. При помощи опросника СКИНДЕКС получены следующие данные: по шкале «симптомы» – $43,8 \pm 0,9$ балла, «функции» – $40,0 \pm 1,0$ балла, «эмоции» – $36,2 \pm 0,8$ балла.

По данным корреляционного анализа, между «симптомами», «функциями», «эмоциями» и тяжестью течения, определенной при помощи индекса SCORAD, связь оказалась умеренной (соответственно, $r=0,71$; $0,68$ и $0,57$ при $p < 0,05$). Была отмечена также умеренная корреляция между «симптомами», «функциями», «эмоциями» и площадью поражения (соответственно, $r=0,47$; $0,47$; $0,43$ при $p < 0,05$).

Характеристика обмена биогенных аминов у больных экземой

В наших исследованиях установлено, что уровень ароматических аминокислот Tyr ($61,0 \pm 1,8$ мкмоль/л) и Trp ($53,9 \pm 1,6$ мкмоль/л), являющихся предшественниками катехоламинов, в сыворотке крови больных общей группы, взятой у них при поступлении в стационар, был достоверно повышен в

сравнении с контрольной группой (уровень T_{гг} 33,4±3,1 мкмоль/л, T_{гп} – 42,2±3,2 мкмоль/л). При детальном анализе полученных результатов и делении общей группы больных на подгруппы по различным клиническим признакам также отмечалось статистически значимое увеличение уровня T_{гг} во всех группах. Определение уровня T_{гп} показало, что он достоверно повышен во всех группах, за исключением группы больных истинной экземой (46,2±5,0 мкмоль/л). На основании полученных результатов можно предположить, что увеличение уровней T_{гг} и T_{гп} в отмеченных группах свидетельствует об усилении протеолитической активности в тканях и ускоренном транспорте данных аминокислот в кровь.

При анализе полученных данных в общей группе больных экземой установлено снижение содержания E (76,4 (29,2; 165,0) нмоль/л, при контроле 178,1 (133,4; 272,4) нмоль/л, p<0,05). При детальном подходе к анализу результатов и делении общей группы на подгруппы отмечается также достоверное снижение содержания E в сыворотке крови больных экземой мужчин (76,4 (29,2; 165,0) нмоль/л), в возрастной группе больных до 40 лет (68,8 (24,1; 165,0) нмоль/л), при остром течении заболевания (58,5 (24,1; 117,6) нмоль/л), у больных истинной экземой (61,1 (29,2; 68,8) нмоль/л), в группе с давностью заболевания от 7 до 24 месяцев (61,1 (29,2; 84,8) нмоль/л), при рецидивирующем течении заболевания (65,0 (24,1; 84,8) нмоль/л) и площади поражения менее 25% поверхности кожи (76,4 (58,5; 117,6) нмоль/л). Возможно, снижение уровня E в сыворотке крови обусловлено усилением его потребления в воспалённой коже, либо усилением его экскреции с мочой.

В наших исследованиях повышение DOPA установлено лишь в группе больных с рецидивирующим течением заболевания (37,9 (29,1; 61,3) нмоль/л, при контроле 28,3 (18,6; 42,3) нмоль/л, p<0,05). Достоверных изменений содержания DA в сыворотке крови в разных группах больных экземой не выявлено.

Снижение содержания DOPAC отмечено лишь в подгруппе больных истинной экземой (195,2 (142,0; 239,1) нмоль/л, при контроле 302,3 (207,8; 387,2) нмоль/л, p<0,05). Отмечено увеличение содержания HVA в сыворотке крови как в общей группе (4451,1 (2700,4; 5580,2) нмоль/л, при контроле 950,3 (502,1; 1614,2) нмоль/л, p<0,05), так и во всех подгруппах больных экземой, что может быть связано с усиленным метаболизмом DA.

При анализе обмена 5-НТ зафиксировано повышение его уровня как в общей группе больных (440,6 (245,2; 679,8) нмоль/л, при контроле 282,5 (192,9; 406,6) нмоль/л, p<0,05), так и во всех подгруппах, за исключением больных истинной экземой (447,4 (172,7; 626,2) нмоль/л, p>0,05). Наиболее вероятно, что при обострении экземы имеет место освобождение большого количества 5-НТ, который находился до этого в связанном, физиологически неактивном

состоянии в клеточных структурах – мастоцитах кожи, тромбоцитах, энтерохромаффинных клетках желудочно-кишечного тракта.

Достоверных изменений содержания 5-НТР (предшественника 5-НТ) и 5-Н1АА (метаболита 5-НТ) в крови больных экземой не отмечено. Таким образом, установлено, что у больных всех групп преобладали процессы освобождения или биосинтеза 5-НТ над процессами его инактивации. Как следствие, это может приводить к накоплению 5-НТ в крови и тканях. 5-НТ способен активно участвовать в возникновении воспалительных проявлений экзематозного процесса у больных, способствовать более упорному течению, обуславливать резистентность к терапии антигистаминными средствами.

Клинико-терапевтическая эффективность использованных методов лечения больных экземой

В зависимости от применяемого метода лечения больные были разделены на 4 группы. Группа 1 – 48 человек – группа стандартной терапии. Данным больным назначалось лечение согласно протоколам, утверждённым Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Группа 2 – 21 человек – больные экземой, в комплексное лечение которых, кроме стандартной терапии, включалась индуктотермия поясничной области. Группа 3 – 23 человека – больные экземой, в комплексное лечение которых включался препарат секифенадин, обладающий кроме антигистаминных свойств ещё и антисеротониновым действием. Группа 4 – 22 человека, в схеме комплексного лечения которых применялись одновременно секифенадин и индуктотермия поясничной области.

Препарат секифенадин назначался одновременно с началом терапии по 50 мг 2 раза в сутки на протяжении 10–14 дней. Индуктотермию области надпочечников проводили ежедневно, на курс 10–14 процедур. Продолжительность одной процедуры колебалась от 10 до 30 минут.

Терапевтическая эффективность различных методов лечения экземы оценивалась по динамике клинических проявлений (по срокам разрешения субъективных (кожный зуд) и объективных (отёк, мокнутие, эрозии, корки, инфильтрация и гиперемия) симптомов заболевания); индексу SCORAD (тяжести течения заболевания), опроснику СКИНДЕКС-29 (определяющему качество жизни по трём шкалам: симптомы, функции и эмоции).

При оценке клинической эффективности проведенного лечения, по нашим результатам, ни в одной из групп не было отмечено случаев ухудшения состояния больных либо полного отсутствия положительной динамики.

Как указано в таблице 1, в группе 2 статистически значимых различий в динамике разрешения клинических симптомов не было получено. В то же время в группах 3 и 4 достоверно в более короткие сроки, чем в группе 1, отмечены

исчезновение зуда, прекращение мокнутия, эпителизация эрозий, отторжение корок, разрешение воспалительного отёка тканей, гиперемии и инфильтрации.

Таблица 1 – Динамика клинических симптомов под влиянием различных методов лечения

Группы обследованных больных	Регресс клинических симптомов, день терапии						
	зуд	отек	мокну- тие	эрозии	корки	инфильтра- ция	гипе- ремия
Группа 1 (n=48)	8,2± 0,28	4,3± 0,18	4,4± 0,14	7,3± 0,18	8,1± 0,26	11,1± 0,3	11,0± 0,28
Группа 2 (n=21)	7,3± 0,48	4,3± 0,28	4,2± 0,26	7,4± 0,24	7,8± 0,3	10,6± 0,54	10,2± 0,45
Группа 3 (n=23)	5,5± 0,35*	3,6± 0,28*	3,1± 0,18*	5,1± 0,18*	5,4± 0,28*	9,3± 0,44*	9,0± 0,36*
Группа 4 (n=22)	5,5± 0,43*	3,3± 0,18*	3,0± 0,11*	5,1± 0,24*	5,8± 0,38*	9,5± 0,38*	9,6± 0,43*

Примечание – * статистически значимые различия с группой стандартной терапии, $p < 0,05$.

В группе 1 клиническое излечение и значительное улучшение достигнуты у 18,75% больных. В группе 2 такие же результаты получены у 38,1% пациентов. Статистически значимые различия с группой 1 по результатам лечения наблюдаются в группах 3 и 4. При этом клиническое излечение и значительное улучшение достигнуты в группе 3 в 52,2% случаев, а в группе 4 – в 50%.

Средняя оценка ближайших результатов лечения в баллах в группах 3 и 4 ($3,6 \pm 0,14$) была достоверно выше, чем в группах 1 и 2 ($3,2 \pm 0,07$ и $3,4 \pm 0,13$ соответственно), что также подтверждает большую эффективность схемы комплексной терапии с применением препарата сехифенадин относительно стандартного её курса.

Для оценки отдалённых результатов лечения учитывалось число обострений за полугодовой период наблюдения. Обострением считалось восстановление или усиление симптоматики через любое время после достижения клинического излечения или значительного улучшения. Значение этого показателя в группе 1 (15/ 31,3%) намного превышает таковое в группах 2 (6/ 28,6%), 3 (2/ 8,7%) и 4 (2/ 9,1%) как в абсолютных числах, так и в процентном отношении. Следовательно, дополнение стандартного лечения больных экземой сехифенадином и индуктотермией поясничной области позволяет снизить количество рецидивов и удлинить период клинической ремиссии.

Для интегральной оценки динамики клинических симптомов у больных до и после лечения рассчитывался индекс SCORAD. Результаты средних показателей индекса при различных методах лечения представлены в таблице 2. Получены статистически значимые различия по SCORAD до и после лечения внутри всех групп. Отмечаются и достоверно лучшие результаты по SCORAD после проведенного лечения в группах 3 и 4 в сравнении с таковыми в группе 1.

Таблица 2 – Индекс SCORAD у больных экземой при различных методах лечения

Группы обследованных больных	Значение индекса SCORAD		Достоверность различий
	до лечения	после лечения	
Группа 1 (n=48)	54,0±1,6	7,2±0,9	p < 0,001
Группа 2 (n=21)	53,8±1,7	5,7±1,3	p < 0,001
Группа 3 (n=23)	51,5±1,5	3,0±1,0*	p < 0,001
Группа 4 (n=22)	53,3±1,8	2,9±1,1*	p < 0,001

Примечание – См. таблицу 1.

При использовании опросника СКИНДЕКС-29 для оценки качества жизни больных экземой при поступлении в стационар получены следующие данные. В группе 1: по шкале «симптомы» – 43,7±1,7; «функции» – 38,6±1,8; «эмоции» – 35,0±1,3 балла. В группе 2: по шкале «симптомы» – 44,4±1,3; «функции» – 40,7±1,4; «эмоции» – 37,7±1,5 балла. Группа 3: «симптомы» – 41,6±1,4; «функции» – 41,9±1,6; «эмоции» – 36,4±1,3 балла. Группа 4: «симптомы» – 45,9±2,3; «функции» – 40,2±2,5; «эмоции» – 36,9±1,9 балла (группы сопоставимы p>0,05) На момент поступления в стационар отмечалось значительное снижение качества жизни пациентов во всех группах.

По окончании лечения больных качество их жизни достоверно улучшилось во всех группах, о чём свидетельствует снижение индекса СКИНДЕКС-29. В группе 1 были установлены следующие данные: по шкале «симптомы» – 23,7±0,7 балла; «функции» – 19,3±0,7; «эмоции» – 13,9±0,6. В группе 2 индекс качества жизни снизился по шкале «симптомы» до 19,0±1,0; «функции» – 17,3±1,0; «эмоции» – 13,2±0,7. В группе 3 по шкале «симптомы» – 19,1±1,2 балла; «функции» – 15,0±1,2; «эмоции» – 12,5±0,7. В группе 4 установлены следующие данные: по шкале «симптомы» – 18,8±1,4 балла; «функции» – 16,5±1,1; «эмоции» – 13,4±1,0. В группах 2, 3, 4 отмечалось статистически значимое снижение индекса по сравнению с таковым показателем в группе 1 по шкале «симптомы», а в группах 3 и 4 также и по шкале «функции».

Динамика уровня биогенных аминов у больных экземой при различных методах лечения

У пациентов в группе 1 при поступлении в стационар отмечено повышение уровней Туг до $57,4 \pm 3,0$ (контроль – $33,4 \pm 3,1$, $p < 0,05$) мкмоль/л и Тгр до $51,8 \pm 3,0$ (контроль – $42,2 \pm 3,2$, $p < 0,05$) мкмоль/л. После проведенного курса лечения очевидно достоверное снижение содержания Туг до $48,4 \pm 2,3$ мкмоль/л и повышение содержания Тгр до $57,6 \pm 2,9$ мкмоль/л по сравнению с данными, полученными до начала терапии. Но по этим показателям отмечаются достоверные различия и с контролем. До лечения отмечено повышение уровня НВА ($4479,6$ ($2183,3$; $5453,1$), контроль – $950,3$ ($502,1$; $1614,2$) нмоль/л, $p < 0,05$). В то же время её уровень после лечения снизился до цифр ($1152,0$ ($593,9$; $3008,5$) нмоль/л), не отличающихся от контроля, но наблюдалось статистически значимое отличие от исходного значения внутри группы. При определении 5-НТР в сыворотке крови больных при поступлении в стационар достоверных различий не было выявлено. При повторном обследовании после проведенного лечения в группе 1 обнаружено увеличение уровня 5-НТР до $26,1$ ($20,2$; $33,3$) нмоль/л как в сравнении с контролем – $19,2$ ($12,6$; $21,9$), $p < 0,05$; так и с исходными данными – $16,0$ ($12,9$; $22,2$), $p < 0,05$. Содержание 5-НТ в сыворотке крови больных группы 1 до начала лечения было повышено ($393,1$ ($229,7$; $759,3$), при контроле $282,5$ ($192,9$; $406,6$) нмоль/л, $p < 0,05$), и оставалось достоверно высоким после проведенного курса лечения ($526,9$ ($385,9$; $1013,4$) нмоль/л). По остальным определяемым показателям достоверных различий обнаружено не было.

В группе 2 определено статистически значимое увеличение уровней Туг и Тгр как при поступлении ($59,9 \pm 3,9$ и $55,6 \pm 3,3$ мкмоль/л, соответственно), так и при выписке из стационара ($66,8 \pm 4,7$ и $61,3 \pm 2,3$ мкмоль/л, соответственно). Содержание НВА было повышено до начала терапии ($5428,6$ ($4597,2$; $6367,2$) нмоль/л, контроль $950,3$ ($502,1$; $1614,2$), $p < 0,05$) и после окончания лечения оставалось достоверно высоким ($5164,6$ ($3894,9$; $8581,8$) нмоль/л). Содержание 5-НТ до начала и после проведенного лечения было повышено ($440,6$ ($244,4$; $611,3$) и $414,1$ ($200,4$; $646,1$) нмоль/л, при контроле $282,5$ ($192,9$; $406,6$), $p < 0,05$). Достоверных различий по остальным показателям не выявлено.

У пациентов группы 3 при поступлении и при выписке из стационара также обнаружено увеличение уровня аминокислот Туг ($66,8 \pm 2,9$ мкмоль/л до лечения, $64,4 \pm 3,5$ мкмоль/л после лечения, при контроле $33,4 \pm 3,1$, $p < 0,05$) и Тгр ($57,0 \pm 2,7$ мкмоль/л до лечения, $59,2 \pm 2,8$ мкмоль/л после лечения, при контроле $42,2 \pm 3,2$, $p < 0,05$). При поступлении в стационар в группе 3 повышен уровень DA в сыворотке крови ($238,2$ ($180,4$; $264,6$) нмоль/л, при контроле $126,3$ ($73,8$; $281,6$), $p < 0,05$). Определение его уровня у больных после проведенного лечения не показало статистически значимых различий. Содержание одного из метаболитов DA – НВА повышено как до начала терапии ($4454,1$ ($3253,4$; $6562,3$))

нмоль/л, при контроле 950,3 (502,1; 1614,2), $p < 0,05$), так и после окончания лечения (5056,4 (3200,2; 8136,0) нмоль/л). В сравнении с контрольной группой статистически значимых различий в содержании DOPAC, которая является также метаболитом DA, в опытных группах как до, так и после лечения не обнаружено. Лишь в группе 3 были выявлены достоверные различия по сравнению с исходными данными по DOPAC (476,6 (206,6; 1257,8) нмоль/л до лечения и 212,8 (149,6; 335,6) нмоль/л после лечения). При определении 5-НТР в сыворотке крови больных группы 3 при поступлении в стационар достоверных различий не было обнаружено. Имеется снижение его уровня после проведенного лечения (14,1 (11,6; 17,2) нмоль/л, при контроле 19,2 (12,6; 21,9), $p < 0,05$). Причём в этой группе наблюдались статистически значимые различия с исходными данными (16,9 (13,5; 27,6) нмоль/л до лечения). Содержание 5-НТ до начала лечения было повышено (405,6 (234,6; 810,0) нмоль/л, при контроле 282,5 (192,9; 406,6), $p < 0,05$). После проведенной терапии оно нормализовалось (279,4 (184,7; 353,0) нмоль/л), и мы получили статистически значимые различия в сравнении с исходными данными. В содержании 5-Н1АА статистически значимых различий с таковым показателем в контрольной группе до начала лечения обнаружено не было. После лечения отмечалось её достоверное снижение (34,6 (22,2; 66,1) нмоль/л, при контроле 84,2 (56,8; 105,5)). При сравнении данных, полученных после курса лечения, с исходными, мы получили статистически значимые различия (83,0 (43,6; 129,7) нмоль/л до лечения).

У пациентов группы 4 при поступлении и при выписке из стационара наблюдалось увеличение уровня Тург ($63,8 \pm 4,2$ мкмоль/л до лечения, $68,1 \pm 3,4$ после лечения, при контроле $33,4 \pm 3,1$, $p < 0,05$) и Тгр ($53,4 \pm 2,4$ мкмоль/л до лечения, $57,9 \pm 3,3$ после лечения, при контроле $42,2 \pm 3,2$, $p < 0,05$). Содержание НВА в группе 4 повышено до начала терапии и после окончания лечения (3081,2 (333,3; 4448,0) нмоль/л и 4302,5 (2536,2; 4589,7) нмоль/л, соответственно, при контроле 950,3 (502,1; 1614,2) нмоль/л, $p < 0,05$). Уровень 5-НТ до начала лечения был достоверно высоким (493,6 (309,5; 688,5) нмоль/л, при контроле 282,5 (192,9; 406,6)). После проведенной терапии его содержание нормализовалось (237,9 (107,8; 411,8) нмоль/л), и мы получили статистически значимые различия в сравнении с исходными данными. После лечения в группе 4 отмечалось снижение уровня 5-Н1АА. При сравнении данных, полученных после курса лечения, с исходными, мы получили статистически значимые различия по её содержанию (101,8 (74,0; 126,5) нмоль/л до лечения и 55,3 (32,3; 85,1) нмоль/л после лечения).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. У больных экземой установлено статистически значимое повышение содержания ароматических аминокислот (предшественников биогенных аминов) тирозина с $33,4 \pm 3,1$ (в контроле) до $61,0 \pm 1,8$ мкмоль/л и триптофана с $42,2 \pm 3,2$ до $53,9 \pm 1,6$ мкмоль/л. При делении на подгруппы только в подгруппе больных истинной экземой не было достоверных отличий от показателей в контроле по содержанию триптофана ($46,2 \pm 5,0$ мкмоль/л). Повышение ДОФА выявлено в подгруппе больных с рецидивирующим течением заболевания с 28,3 (18,6; 42,3) до 37,9 (29,1; 61,3) нмоль/л. Увеличение содержания гомованилиновой кислоты отмечено в сыворотке крови во всех подгруппах больных экземой с 950,3 (502,1; 1614,2) до 4451,1 (2700,4; 5580,2) нмоль/л, что свидетельствует об усиленном метаболизме дофамина в данных группах больных. Содержание серотонина в сыворотке крови больных экземой достоверно повышено во всех группах с 282,5 (192,9; 406,6) до 440,6 (245,2; 679,8) нмоль/л за исключением больных истинной экземой (447,4 (172,7; 626,2) нмоль/л). Отсутствие изменений в содержании 5-гидрокситриптофана и 5-оксииндолуксусной кислоты может быть обусловлено активацией синтеза серотонина или депонированием его в пораженных участках кожи [1, 2, 3, 4, 7, 9, 11, 15, 16].

2. Отмечено значительное снижение КЖ пациентов на момент поступления в стационар: по шкале «симптомы» – $44,7 \pm 0,9$ балла, «функции» – $40,0 \pm 1,0$ балла, «эмоции» – $36,2 \pm 0,8$ балла. Ухудшение качества жизни больных экземой напрямую связано с тяжестью течения заболевания и площадью поражения. По данным корреляционного анализа, между «симптомами», «функциями», «эмоциями» и тяжестью течения, определенной с помощью индекса SCORAD, связь оказалась умеренной (соответственно, $r=0,71$; $0,68$ и $0,57$ при $p<0,05$). Отмечена умеренная корреляция между «симптомами», «функциями», «эмоциями» и площадью поражения (соответственно, $r=0,47$; $0,46$; $0,43$ при $p<0,05$) [6, 10, 12].

3. Применение стандартной протокольной терапии экземы не оказывало корригирующего влияния на нарушения в обмене биогенных аминов, что выразалось в сохранении высокого содержания тирозина ($p<0,05$) и триптофана ($p<0,05$), а также достоверном увеличении содержания триптофана по сравнению с данными до лечения ($p<0,05$), в сохранении высокого содержания серотонина ($p<0,05$) и увеличении содержания его предшественника – 5-гидрокситриптофана после проведенного лечения ($p<0,05$) [8, 14].

4. Для повышения эффективности лечения больных экземой

предложен метод лечения, основанный на использовании в комплексе со стандартной терапией индуктотермии поясничной области ежедневно и препарата сехифенадин с сочетанным антигистаминным и антисеротониновым действием по 50 мг 2 раза в сутки. Курс лечения от 10 до 14 дней [5, 6, 12, 13].

5. Применение разработанного метода лечения не вызывало осложнений или побочных эффектов. Высокая клиническая эффективность использования сехифенадина и индуктотермии в комплексе с данным препаратом выражалась в более скором регрессе клинических проявлений заболевания ($p < 0,05$ с группой стандартной терапии), что подтверждается достоверным снижением индекса SCORAD. Эффективность проявлялась в улучшении ближайших результатов лечения, повышении удельного веса больных с клиническим излечением и значительным улучшением после проведенного лечения (50%, а при стандартной терапии – 18,75%), улучшении отдалённых результатов лечения, что подтверждается достоверным удлинением периода ремиссии после проведенного лечения по сравнению с использованием лишь традиционной терапии [5, 13].

6. Применение сехифенадина с индуктотермией в комплексном лечении приводит к статистически значимому снижению содержания серотонина в сыворотке крови больных и более ощутимо, чем при стандартной терапии, повышает качество жизни больных, о чём свидетельствует уменьшение индекса качества жизни СКИНДЕКС-29 после окончания лечения по шкале «симптомы» и «функции» [6, 12]. Назначение препарата сехифенадин и индуктотермии в комплексном лечении больных экземой оправдывает использование данного метода в качестве возможного варианта патогенетически обоснованной терапии рассматриваемого нами дерматоза [5, 13].

Рекомендации по практическому применению результатов исследования

1. Для повышения эффективности лечения больных экземой рекомендуется назначать в комплексе со стандартной терапией препарат сехифенадин и индуктотермию поясничной области.

2. Сехифенадин назначают одновременно со стандартным курсом терапии по 50 мг 2 раза в сутки на протяжении 10–14 дней. Одновременно с медикаментозным лечением назначают индуктотермию поясничной области ежедневно, на курс лечения 10–14 сеансов.

3. Инструкция по применению «Метод лечения пациентов с экземой» (регистрационный номер № 035-0310), утверждённая Министерством здравоохранения Республики Беларусь 06.05.2010 года и приоритетная справка на патент «Способ прогнозирования хронизации патологического процесса в коже при экземе» могут использоваться практическими учреждениями здравоохранения при оказании специализированной медицинской помощи

больным экземой, что подтверждается актами о внедрении результатов научного исследования в работу Витебского, Гродненского и Могилёвского областных кожно-венерологических диспансеров.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в журналах

1. Новоселецкая, А.И. Роль нейро-иммунных взаимодействий в патогенезе экземы / А.И. Новоселецкая // Воен. медицина. – 2008. – № 4. – С. 88–90.
2. Новоселецкая, А.И. Тирозин и триптофан в сыворотке крови больных экземой / А.И. Новоселецкая, В.М. Шейбак, Е.М. Дорошенко // Медицина. – 2009. – № 1. – С. 69–71.
3. Новоселецкая, А.И. Биогенные амины в сыворотке крови больных экземой / А.И. Новоселецкая // Мед. панорама. – 2009. – № 1. – С. 30–32.
4. Новоселецкая, А.И. Содержание дофамина и его метаболитов в сыворотке крови больных экземой / А.И. Новоселецкая // Мед. журн. – 2009. – № 2. – С. 90–92.
5. Новоселецкая, А.И. Сравнительная клиническая эффективность различных методов лечения больных экземой / А.И. Новоселецкая // Мед. панорама. – 2010. – № 1. – С. 50–53.
6. Новоселецкая, А.И. Оценка показателей качества жизни как критерий эффективности лечения больных экземой / А.И. Новоселецкая // Журн. ГрГМУ. – 2010. – № 2. – С. 165–167.
7. Новоселецкая, А.И. Характеристика обмена биогенных аминов у больных экземой / А.И. Новоселецкая // Медицина. – 2010. – № 2. – С. 60–63.
8. Новоселецкая, А.И. Роль нарушений обмена биогенных аминов в патогенезе экземы и пути их коррекции / А.И. Новоселецкая // ARS MEDICA. – 2010. – № 8. – С. 95–106.

Статьи в научных сборниках и материалах конференций, тезисы докладов

9. Новоселецкая, А.И. Некоторые современные взгляды на физиологически активные вещества и их роль в патогенезе дерматозов / А.И. Новоселецкая // Инновац. технологии в терапии дерматозов и оказании дерматокосметол. помощи : материалы науч.-практ. конф., Могилев, 23 июня 2008 г. / Белорус. науч. мед. о-во врачей дерматологов и венерологов, Белорус. гос. мед. ун-т, Белорус. мед. акад. последиплом. образования, Могилев. обл. кож.-венерол. диспансер. – Минск : ARS MEDICA, 2008. – С. 21–23.
10. Новоселецкая, А.И. Качество жизни больных экземой / А.И. Новоселецкая // Актуал. проблемы эстет. здоровья. Гродно-Белосток : материалы I междунар. науч.-практ. конф., Гродно, 22 мая 2009 г. / Гродн.

гос. мед. ун-т, Гроднен. гос. ун-т им. Я.Купалы, Высш. шк. косметологии и здравоохранения в Белостоке. – Гродно, 2009. – С. 87–88.

11. Новоселецкая, А.И. Нейромедиаторы и их роль в патогенезе экземы / А.И. Новоселецкая // Материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. 90-летию здравоохранения Респ. Беларусь, Минск, 19 июня 2009г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск, 2009. – С. 462–464.

12. Новоселецкая, А.И. Влияние новых методов лечения на качество жизни больных экземой / А.И. Новоселецкая // Тез. докл. конф. студентов и молодых учёных, посвящ. памяти проф. И.П. Протасевича, Гродно, 15–16 апр. 2010 г. / Гродн. гос. мед. ун-т, Каф. оператив. хирургии и топогр. анатомии, Студен. науч. о-во, Совет молодых ученых ; под ред. П.В. Гарелика. – Гродно, 2010. – С. 316–317.

13. Новоселецкая, А.И. Оценка ближайших и отдалённых результатов при лечении больных экземой различными методами / А.И. Новоселецкая // Тез. докл. конф. студентов и молодых учёных, посвящ. памяти проф. И.П. Протасевича, Гродно, 15–16 апр. 2010 г. / Гродн. гос. мед. ун-т, Каф. оператив. хирургии и топогр. анатомии, Студен. науч. о-во, Совет молодых ученых ; под ред. П.В. Гарелика. – Гродно, 2010. – С. 317–318.

14. Новоселецкая, А.И. Динамика содержания биогенных аминов, их предшественников и метаболитов в сыворотке крови больных экземой при стандартном лечении / А.И. Новоселецкая // Актуальные вопросы современной медицины и фармации: сборник 62-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Витебск, 22-23 апреля 2010 г. / Витебский гос. мед. ун-т. – Витебск, 2010. – С. 276–278.

15. Новоселецкая, А.И. Содержание биогенных аминов, их предшественников и метаболитов в сыворотке крови больных экземой / А.И. Новоселецкая // Актуал. теорет. и приклад. аспекты патофизиологии : материалы респ. конф. с междунар. участием, Гродно, 14 мая 2010 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; отв. ред. Н.Е. Максимович. – Гродно, 2010. – С. 397–401.

Заявка на патент

16. Способ прогнозирования хронизации патологического процесса в коже при экземе / А.И. Новоселецкая, В.М. Шейбак ; заявитель Гродн. гос. мед. ун-т ; заявл. 26.01.09. – Уведомление № а 20090093 от 31.03.09. – Минск, 2009. – 1 с.

РЭЗІЮМЭ

Новасялецкая Аляўціна Іванаўна КОМПЛЕКСНАЯ ТЭРАПІЯ ХВОРЫХ НА ЭКЗЭМУ СЕХІФЕНАДЫНАМ І ІНДУКТАТЭРМІЯЙ ПАЯСНІЧНАЙ ВОБЛАСЦІ

Ключавыя словы: экзэма, біягенныя аміны, лячэнне, сехіфенадын, індуктатэрмія.

Аб’ект даследавання: 114 хворых на розныя формы экзэмы ва ўзросце ад 16 да 81 года, сываратка крыві хворых.

Прадмет даследавання: клінічнае цячэнне экзэмы, стан абмена біягенных амінаў, паказчыкі якасці жыцця хворых на экзэму і іх дынаміка пры правядзенні стандартнай тэрапіі і лячэнні з выкарыстаннем прэпарата сехіфенадын і індуктатэрміі паяснічнай вобласці.

Мэта работы: распрацаваць новы комплексны метады лячэння хворых на экзэму, заснаваны на выяўленых асаблівасцях парушэння метабалізму біягенных амінаў.

Метады даследавання: біяхімічныя, клінічныя, статыстычныя.

Атрыманыя вынікі і іх навізна. Упершыню дадзена комплексная ацэнка парушэнням абмену біягенных амінаў пры экзэме, якія не карыгуюцца ў ходзе традыцыйнай тэрапіі. Распрацаваны метады комплекснага лячэння хворых на экзэму, заснаваны на выкарыстанні сехіфенадыну і індуктатэрміі паяснічнай вобласці. Выкарыстанне новага метаду дазваляе дасягнуць больш выражанага клініка-тэрапеўтычнага эфекту ў параўнанні з традыцыйным лячэннем экзэмы за кошт карэкцыі асноўных парушэнняў абмену біягенных амінаў. Уключэнне сехіфенадыну і індуктатэрміі паяснічнай вобласці ў схему лячэння хворых на экзэму прыводзіць да павышэння ўдзельнай вагі пацыентаў з клінічнай рэмісіяй і значным паляпшэннем. Пры гэтым больш істотна зніжаецца індэкс SCORAD, павышаецца якасць жыцця хворых.

Рэкамендацыі па выкарыстанні: для ўкаранення ва ўстановах аховы здароўя, якія аказваюць дапамогу хворым на экзэму.

Галіна прымянення: дэрматавенералогія.

РЕЗЮМЕ

Новоселецкая Алевтина Ивановна КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ СЕХИФЕНАДИНОМ И ИНДУКТОТЕРМИЕЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Ключевые слова: экзема, биогенные амины, лечение, сехифенадин, индуктотермия.

Объект исследования: 114 больных различными формами экземы в возрасте от 16 до 81 года, сыворотка крови больных.

Предмет исследования: клиническое течение экземы, состояние обмена биогенных аминов, показатели качества жизни больных экземой и их динамика при проведении стандартной терапии и лечении с использованием препарата сехифенадин и индуктотермии поясничной области.

Цель исследования: разработать новый комплексный метод лечения больных экземой, основанный на выявленных особенностях нарушения метаболизма биогенных аминов.

Методы исследования: биохимические, клинические, статистические.

Полученные результаты и их новизна. Впервые дана комплексная оценка нарушениям обмена биогенных аминов при экземе, не корригируемым в ходе традиционной терапии. Разработан метод комплексного лечения больных экземой, основанный на использовании сехифенадина и индуктотермии поясничной области. Применение нового метода позволяет достичь более выраженного клинико-терапевтического эффекта по сравнению с традиционным лечением экземы за счёт коррекции основных нарушений обмена биогенных аминов. Включение сехифенадина и индуктотермии поясничной области в схему лечения больных экземой приводит к повышению удельной массы пациентов с клиническим излечением и значительным улучшением. При этом более существенно снижается индекс SCORAD, повышается качество жизни больных.

Рекомендации по использованию: для внедрения в учреждениях здравоохранения, оказывающих помощь больным экземой.

Область применения: дерматовенерология.

SUMMARY

Novoseletskaya Alevtina Ivanovna

THE COMBINED THERAPY OF PATIENTS WITH ECZEMA USING SEQUIFENADINI AND INDUCTOTHERMY OF LUMBAR REGION

Key words: eczema, biogenic amines, treatment, sequifenadini hydrochloridum, inductothermy.

Object of research: 114 patients with different forms of eczema at the age from 16 to 81 years, blood serum of patients.

Subject of research: clinical current of eczema, status of biogenic amines exchange, indicators of life quality of patients with eczema and their dynamics on carrying out standard therapy and treatment with the use of sequifenadini hydrochloridi and inductothermy of lumbar region.

Purpose of research: to develop a new complex method of treatment for patients with eczema based on the detected features of disorders of biogenic amines metabolism.

Methods of research: biochemical, clinical, statistical.

The obtained results and their novelty: For the first time the complex estimation is given to disorders of biogenic amines exchange at eczema that were not corrected during the course of traditional therapy. The method of complex treatment patients with eczema, based on use sequifenadini hydrochloridi and inductothermy of lumbar region was developed. Application of a new method allowed achieving more expressed clinical effect in comparison with traditional eczema treatment due to correction of the basic disorders of biogenic amines exchange. Including sequifenadini hydrochloridi and inductothermy of lumbar region in the treatment of patients with eczema leads to increasing of portion of patients with clinical remission and considerable improvement. Thus index SCORAD decreases more considerably, quality of patients life increases.

Recommendations for use: introduction in the establishments of public health caring the patients with eczema.

Field of application: dermatovenerology.