

Винахід має відношення до медицини, зокрема до дерматовенерології і може бути використаний для лікування хворих на атопічний дерматит, що проживають в умовах промислового регіону.

Проблема терапії хворих на атопічний дерматит у дерматології актуальна й інтенсивно розробляється, що обумовлено високим рівнем захворюваності та рецидивуючим перебігом. У теперішній час спостерігається стійка тенденція до збільшення кількості хворих на атопічний дерматит, що проживають в умовах великих промислових центрів, із клінічними формами, торпідними до проведеної терапії, що пов'язують зі зниженням адаптаційного потенціалу організму міських жителів при всезростаючому екологічному пресингу (Влияние антропогенных загрязнителей на уровень заболеваемости аллергодерматозами в восточном и западном регионах Украины / И.И. Мавров, В.Н. Волкославская, А.Л. Гутнев, О.И. Денисенко // Журнал дерматологии и венерологии. - 2003. - №2. - С. 3-6; Антонов В.Б. Антропогенные экологические болезни // Клиническая медицина. -Т. 71, №3. - С. 15-19).

На сьогодні привертає увагу збільшення кількості даних, що підтверджують за допомогою сучасних біохімічних, імунологічних, радіофізичних методів кореляційну залежність між виявленими порушеннями у хворих на атопічний дерматит і ступенем забрудненості навколишнього середовища (Волкославская В.Н. Заболеваемость дерматозами в Украине и ее зависимость от выброса в атмосферу загрязняющих веществ // Информационный бюллетень. - Харьков, 1996. - №1. - С. 27-29; Коновалов О.М., Яковлева Р.А. Химическая экология. Химические превращения загрязняющих веществ в окружающей среде: Учебное пособие. - Харьков: ХГТУСА, 1998. - 251 с.; Ревич Б.А. Химические элементы в волосах человека как индикатор воздействия загрязнения производственной и окружающей среды // Гигиена и санитария. - 1990. - №3. - С. 55-59; Analysis of balance of elements in the hair for investigation human health in glass-works / Kutasevich J.F., Volkoslavskaya V.N., Mavrov I.I. et al. // Inclusive approaches to risk assessment and priority setting in national environment health action plans. A NATO advanced research workshop co-sponsored by WHO. Keynote papers and poster abstracts. Ostrava (CR). - 1997).

Однак отримані дані не знаходять використання у практичній дерматології, хоча їх застосування дозволяє оцінити ефективність лікування та профілактики захворювання у хворих на атопічний дерматит (Авцын А.П., Жаворонков А.Л., Риш Н.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология. - М.: Медицина, 1991. - 350 с.).

Традиційно у пацієнтів з атопічним дерматитом використовуються антигістамінні препарати першого та другого рівня (Балаболкин И.И., Казначеева Л.Ф., Коростовцев Д.С. Диагностика и терапия атопического дерматита у детей (стандарты диагностики и терапии). - М., 2000. - 31 с.; Кулагин В.Н., Хамаганова Н.В., Акулова С.Е. Кларитин в комплексном лечении аллергодерматозов у детей // Вестник дерматологии и венерологии. - 1996. - №1. - С. 46-47). Проте у хворих патологічний процес лише стабілізується і після припинення вживання цих препаратів швидко настає рецидив захворювання. У хворих нерідко спостерігаються побічні явища, що притаманні зазначеним препаратам.

Часто хворим на алергодерматози (атопічний дерматит) призначають седативні препарати з препаратами, що діють на вегетативну нервову систему, які дозволяють спостерігати зменшення скарг хворого і тимчасовий регрес проявів, що в цілому характеризує цей метод як недостатньо ефективний (Солошенко Э.Н. Терапия болевых лекарственной болезнью и аллергодерматозами на современном этапе с помощью комплексно-последовательного способа // Вестник дерматологии и венерологии. - 1986. - №3. - С. 54-56).

Призначення хворим комплексу антигістамінних та десенсибілізуючих препаратів дозволяє спостерігати розв'язання патологічного процесу (Кулага В.В., Романенко И.М. Аллергические заболевания кожи. - К.: Здоров'я, 1997. - 256 с.). Але при закінченні терапії у хворих спостерігається загострення захворювання.

Відомий спосіб застосування антигістамінних, десенсибілізуючих, седативних та ферментних лікарських засобів, які використовують таким чином. Призначають тавегіл по 1 таблетці 3 рази на день, кларитин - 1 таблетка на добу, 30% розчин тіосульфату натрію по 10,0мл внутрішньовенно, тазепам по 1/2 таблетки два рази на добу, мезим по 1 таблетці під час прийому їжі три рази на добу. Спосіб використовується протягом 10-20 діб (Атопический дерматит: Рук-во для врачей / Под ред. проф. Т.В. Проценко.- Донецк: МЕДИНФО, 1998.-108с.).

Даний спосіб лікування хворих на атопічний дерматит, обраний нами за прототип, тому що він найбільш близький за технічною сутністю та результатом, що може бути досягнутий до того, що заявляється.

Цей спосіб ефективний при помірно вираженому запальному процесі. Однак при гострозапальних проявах захворювання та часто рецидивуючому перебігу, що характерно для хворих, які мешкають у промислових регіонах, зазначений спосіб неефективний, що підтверджується тривалістю лікування і швидким настанням рецидивів. Це пов'язано з тим, що аналогі, в тому числі й прототип не передбачають стабілізацію пошкоджуючих чинників алергії навколишнього середовища.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності лікування хворих на атопічний дерматит шляхом нормалізації адаптаційних процесів організму.

Задача, яка покладена в основу винаходу вирішується тим, що у відомому способі лікування хворих на атопічний дерматит, що включає призначення антигістамінних, седативних, десенсибілізуючих та ферментних лікарських засобів, згідно з винаходом, додатково при порушенні процесів перекисного окислення ліпідів та системи антиоксидантного захисту призначаються антиоксиданти та при порушенні імунного статусу і балансу мікроелементів відповідно – імуностимулюючі препарати і сорбенти, а в разі необхідності весь комплекс; при цьому при підвищенні вмісту малонового діальдегіду, дієнових кон'югатів, підвищенні активності перекисного гемолізу еритроцитів та зменшенні кількості SH-груп призначають аевіт по 35000ОД двічі на день протягом 20 днів; при підвищенні абсолютного та відносного вмісту лімфоцитів, зниженні кількості теофілінчутливих клітин, підвищенні абсолютного вмісту В-ЛУК після однотижневого призначення базової терапії призначають циклоферон по схемі по 2,0мл через день, №10; при порушенні вмісту марганцю, селену, алюмінію та свинцю призначають ентоеросгель по 1 столовій ложці тричі на день, через дві години після прийому їжі, протягом п'яти діб, потім робиться перерва (3 дні); далі курс повторюється; після закінчення другого курсу - перерва три дні; на третьому курсі хворим призначають препарат по одній столовій ложці один раз увечері.

Саме це є технічним результатом. Призначення комплексу препаратів дозволяє швидше досягти клінічної ремісії і подовжити її тривалість.

Спосіб лікування хворих на atopічний дерматит, що проживають в умовах промислового регіону, здійснюється таким чином.

На фоні традиційної терапії, що включає призначення антигістамінних, седативних, десенсибілізуючих та ферментних лікарських засобів, при наявності зниження показників, що характеризують ферментну та неферментну ланки системи антиоксидантного захисту, призначається антиоксидант - аевіт по 35000 ОД двічі на день протягом 20 днів.

При порушенні імунного статусу, що підтверджують результати динамічного обстеження, зокрема при підвищенні абсолютного та відносного вмісту лімфоцитів, зниженні кількості теофілінчутливих клітин, підвищенні абсолютного вмісту В-РУК після однотижневого призначення базової терапії починають проводити імунотропну терапію з використанням циклоферону по схемі по 2,0мл через день, №10.

При збільшенні в атмосферному повітрі пилу діоксиду та оксиду азоту, фенолу, формальдегіду, сірководню, а також при порушенні мікроелементного складу у хворих призначають сорбент ентеросгель по 1 столовій ложці тричі на день, через дві години після прийому їжі, протягом п'яти діб, потім робиться перерва (3 дні). Далі курс повторюється. Після закінчення другого курсу - перерва три дні. На третьому курсі хворим призначають препарат по одній столовій ложці один раз увечері.

При наявності у хворих усіх зазначених порушень пацієнтам призначають антиоксидант - аевіт по 35000 ОД двічі на день протягом 20 днів; циклоферон по схемі по 2,0мл через день, №10; сорбент ентеросгель по 1 столовій ложці тричі на день, через дві години після прийому їжі, протягом п'яти діб, потім робиться перерва (3 дні). Далі курс повторюється. Після закінчення другого курсу - перерва три дні. На третьому курсі хворим призначають препарат по одній столовій ложці один раз увечері.

У обстежених хворих побічних ефектів при застосуванні запропонованого способу не відзначалося.

Спосіб ілюструє такий приклад.

Приклад 1. Хвора Н., 18 років (історія хвороби №498), хворіє з дитинства, останній рецидив пов'язує з контактами з хімічно активними речовинами. Хвора госпіталізована у відділення дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри Інституту дерматології та венерології АМН України з приводу atopічного дерматиту. При обстеженні в процесі лікування клінічний аналіз крові: гемоглобін - 138г/л, еритроцити - $4,4 \cdot 10^{12}/л$, кольоровий показник - 0,94, лейкоцити - $4,5 \cdot 10^9/л$, паличкоядерні нейтрофіли - 1%, сегментоядерні нейтрофіли - 38%, еозинофіли - 8%, лімфоцити - 50%, моноцити - 3%, ШОЕ - 10мм/год. Показники клінічного аналізу сечі та біохімічні показники (цукор крові, загальний білок, білірубін загальний та кон'югований, АсТ, АлТ) без відхилень. При мікологічному обстеженні з осередків ураження результат негативний.

При дослідженні перекисного окислення ліпідів та системи антиоксидантного захисту у хворої: малоновий діальдегід - 0,92мкмоль/л у плазмі крові, дієнові кон'югати - 5,23мкмоль/л, активність перекисного гемолізу еритроцитів - 17,86%, SH-груп - 56,21мг%.

При імунологічному дослідженні: абсолютне число лейкоцитів - $8,5 \cdot 10^9/л$, абсолютне число лімфоцитів - $4,5 \cdot 10^9/л$, відносний вміст лімфоцитів - 52,9%, Т-РУК - 60%, абсолютне число Т-РУК - $2,7 \cdot 10^9/л$, відносний вміст В-РУК - 16%, абсолютне число В-РУК - $0,72 \cdot 10^9/л$, активні Т-РУК - 30%, Т-хелпери - 40%, Т-супресори - 20%, індекс Тх/Тс - 2,0.

Методом спектрометрії було встановлено підвищення концентраційного значення алюмінію (0,01%), свинцю (0,001%), марганцю (0,01%), кремнію (0,01%), титану (0,001%) у волосі хворої.

Патологічний процес на шкірі мав симетричний, поширений характер, осередки ураження локалізувалися на шкірі ліктьових і підколінних згинів, тилу кистей, в ділянці зап'ястків. Клінічна картина характеризувалася яскраво вираженою гіперемією, інфільтрацією, явищами ексудації в місцях складок, ліхеніфікацією. Поверхня осередків була покрита сірувато-білими лусочками і геморагічними корками.

На фоні комплексної загальної терапії хворій призначався аевіт по 35000 ОД двічі на день протягом 20 днів №20, з 6-го тижня базової терапії циклоферон за схемою по 2,0мл через день №10, ентеросгель з першого дня лікування по 1 столовій ложці тричі на день, через дві години після прийому їжі, протягом п'яти діб, потім робилася триденна перерва. Далі курс повторювався. Після закінчення другого курсу - перерва три дні; на третьому курсі хворій призначався препарат по одній столовій ложці один раз увечері.

Після лікування клінічний аналіз крові: гемоглобін - 122,2г/л, еритроцити - $3,9 \cdot 10^{12}/л$, кольоровий показник - 0,94, лейкоцити - $4,1 \cdot 10^9/л$, паличкоядерні нейтрофіли - 1%, сегментоядерні нейтрофіли - 64,5%, еозинофіли - 1%, лімфоцити - 23%, моноцити - 7%, ШОЕ - 10мм/год.

При дослідженні перекисного окислення ліпідів та системи антиоксидантного захисту у хворої: малоновий діальдегід - 0,88мкмоль/л у плазмі крові, дієнові кон'югати - 3,56мкмоль/л, активність перекисного гемолізу еритроцитів - 10,12%, SH-груп - 60,41мг%.

При імунологічному дослідженні: абсолютне число лейкоцитів - $5,5 \cdot 10^9/л$, абсолютне число лімфоцитів - $1,5 \cdot 10^9/л$, відносний вміст лімфоцитів - 27,3%, Т-РУК - 70%, абсолютне число Т-РУК - $1,05 \cdot 10^9/л$, відносний вміст В-РУК - 16%, абсолютне число В-РУК - $0,24 \cdot 10^9/л$, активні Т-РУК - 25%, Т-хелпери - 50%, Т-супресори - 22%, індекс Тх/Тс - 2,3.

Встановлено нормалізацію концентрації марганцю, селену, алюмінію та свинцю у волосі хворої.

Таким чином, даний спосіб лікування хворих на atopічний дерматит, що проживають в умовах промислового регіону, шляхом застосування антиоксидантів, імунотропних препаратів та сорбентів, дає змогу підвищити ефективність, скоротити строки лікування і запобігти рецидивів, а також застосовувати за амбулаторних умов.