



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37759 (13) A

(51) 6 A61K35/00, A61K39/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

(21) 2000042080

(22) 11.04.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Прохорова Марія Петрівна, Соколова Яна
Вікторівна, Волосовець Олександр Петрович,
Брюзгіна Тетяна Семенівна(73) Національний медичний університет ім.
О.О. Богомольця

(57) Спосіб лікування atopічного дерматиту у дітей в умовах мікроклімату сольових шахт та визначення показників кліткового імунітету, який **відрізняється** тим, що призначають 2 курси лікування штучним мікрокліматом сольових шахт тривалістю сеансу 30 хвилин дітям до 12 років та 45 хвилин після 12 років з одночасним проведенням корекції кишкового дисбіозу, функціональних порушень нервової системи, а при виражених змінах в імунологічному статусі додатково призначають імунокоректори.

Винахід відноситься до медицини, зокрема педіатрії і може бути призначений для лікування atopічного дерматиту у дітей.

Проблема алергічних захворювань, в тому числі atopічного дерматиту, є однією з найбільш актуальних в сучасній медицині. Це зумовлено поширеністю алергічних захворювань, все більш молодшим віком початку захворювання, схильністю до частого рецидиву, складністю у лікуванні та значним погіршенням стану життя дитини. Алергія має тенденцію еволюціонувати в організмі хворого. Так, діти з atopічним дерматитом відносяться до груп високого ризику розвитку астми. Тому превентивна медицина в наш час повинна займати головне місце в наукових дослідженнях та практичній медицині [1].

Атопічний дерматит це запальне алергічне захворювання шкіри, яке характеризується хронічним характером з рецидивами. Лікування та оздоровлення дітей з дерматореспіраторним синдромом переслідує кінцеву ціль: зниження готовності до алергічних реакцій та усунення симптомів алергії на шкірі. Враховуючи, що формування екземи та нейродерміту - це етіологічно багатофакторний і патологічно багатокомпонентний процес, не можна говорити про одноваріантну терапію. Складність патогенезу atopічного дерматиту є однією з причин її недостатньої ефективності. Більшість медикаментозних засобів і методів традиційної терапії малоефективні - при їх тривалому застосуванні розвивається звикання або з'являються сторонні наслідки.

Загальний план лікування дітей з алергодерматозами складається з режиму антигенної охорони, психологічного клімату, елімінації із організму

алергенів, імунних комплексів, токсичних метаболітів, корекції функції внутрішніх органів і систем, санації вогнищ хронічної інфекції, регуляції стану центральної нервової системи, корекції імунологічних порушень, метаболічної корекції, відновлення функції шкіри [2].

Найближчим аналогом - прототипом такого способу лікування, є спеліотерапія [3], яка включає спосіб лікування atopічного дерматиту в умовах мікроклімату сольових шахт та визначення показників кліткового імунітету. Після курсу мікрокліматотерапії встановлено достовірне збільшення кількості Т-розеткоутворюючих лімфоцитів і Т-супресорів, зменшення Т-хелперів, "нульових клітин". Відмічено зменшення спонтанної дегрануляції базофільних гранулоцитів, відмічена позитивна динаміка негайної реакції (нормалізація рівня тканинних та загальних реактинових антитіл), зниження ЦІК, нормалізація рівню IgA. Після курсу спеліотерапії знижується рівень гістаміну крові [4].

Задача, яка вирішується таким способом, полягає в нормалізації мікрофлори шкіри, зниженні аутоимунізації патогенними штамми St. aureus, корекції ліпідного обміну у дітей з atopічним дерматитом.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному зменшенні частоти загострень і ускладнень atopічного дерматиту у дітей.

Поставлена задача вирішується тим, що призначають 2 курси лікування штучним мікрокліматом сольових шахт тривалістю сеансу 30 хвилин для дітей до 12 років та 45 хвилин для дітей після 12 років з одночасним проведенням корекції кишкового дисбіозу, функціональних порушень нервової системи, а при виражених змінах в імунологіч-

(19) UA (11) 37759 (13) A

ному статусі - додатково призначають імунокоректор. Корекцію порушень нервової системи проводять за допомогою препаратів: валеріана, заспокійливий чай, новопасит.

Відмінними ознаками винаходу є те, що штучний мікроклімат сольових шахт застосовується у лікуванні алергічної патології шкіри у дітей, враховуючи такі ланцюги патогенезу: дизбактеріоз шкіри та порушення ліпідного обміну.

На фоні лікування в камері штучного мікроклімату сольових шахт відмічалось зменшення свербіння після 6-7 сеансів, зменшення піперемії та інфільтрації ураженої шкіри. Після проведеного курсу терапії ми спостерігали санації шкіри щодо *St. aureus*, зменшення загальної кількості колоній на 1 см шкіри у 85% дітей. В жирнокислотному складі ліпідів поту спостерігалось достовірне підвищення насиченості ліпідного комплексу за рахунок підвищення пальмітинової ЖК /49,4±1,4%/, зниження олеїнової, лінолевої та арахідонової Ж, що забезпечує зниження суми ННЖК /36,2±1,5% / та ПНЖК /11,3±1,7% /, що свідчить про зменшення запального процесу у шкірі.

Спосіб лікування здійснюється наступним чином і включає збір анамнезу захворювання, в тому числі алергологічного, виявлення дизбактеріозу шкіри за методом Клемпарської, визначення ліпідів поту методом газової хроматографії, призначення гіпоалергенної дієти, при необхідності - санації вогнищ хронічної інфекції та корекції функції внутрішніх органів, зокрема шлунково-кишкового тракту. Одночасно проводять корекцію порушень нервової системи за допомогою препаратів: валеріана, заспокійливий чай, новопасит.

Приклад 1.

Луценко О. О., 28.10.90 р.н. Діагноз: атонічний дерматит. 1-й. курс лікування в КШМСШ - березень 1998 р., 2-й курс - лютий 1999 р. При первинному обстеженні дитини відмічались скарги на свербіння шкіри, погіршення спостерігалось у холодну пору року, після нервового збудження, порушення дієти. Хворіє з 1,5 місяців, вперше висип на шкірі спостерігався при застосуванні анальгину. Знаходився на штучному вигодовуванні. Дані об'єктивного обстеження: на загальних поверхнях в ділянках ліктьових, колінних суглобів, на шиї спостерігались плямисто-папульозні висипи, кіркі, садна від розчухувань на тлі явищ ліхеніфікації та сухості шкіри. В процесі комплексного обстеження був установлений діагноз: атонічний дерматит, період загострення. Дискінезія жовчних шляхів.

При дослідженні ліпідів поту визначались наступні дані: пальмітинова ЖК 32,3±1,2 (контроль 39,5±0,6), стеаринова 11,5±0,4 (контроль 12,7±0,5), олеїнова 29,1±1,8 (контроль 32,9±1,4), лінолева 10,9±1,1 (контроль 10,1±0,5), арахідонова 5,7±1,1 (контроль 4,8±0,8), полієнові 1,3±0,2 (у контролі - сліди), сума насичених жирних кислот складала 53,0±2,2 (контроль 52,2±0,7), сума ненасичених ЖК - 47,0±2,2 (контроль 47,8±0,7), сума поліненасичених ЖК - 17,9±1,0 (контроль 14,9±0,9). При дослідженні на дизбактеріоз шкіри виявлено 14 колоній *St. aureus* на 1 см² шкіри. Хворому було призначено лікування в камері штучного мікроклімату сольових шахт 25 сеансів, кожен сеанс тривалістю 30 хвилин. Водночас була призначена гіпоалергенна дієта, панкреатин 0,5г X 3 рази на

день, чай "Холафлюкс" 50 мл X 3 рази на день. Під час першого курсу лікування на 7-й день спостерігалось зменшення свербіння, зменшився ступінь вираженості висипів. Наприкінці 1-го курсу скарг на свербіння не було, на шкірі не спостерігалось елементів сипу, відмічалась сухість шкіри. При обстеженні на дизбіоз шкіри виявлено - колоній *St. aureus* - 6 на 1 см² поверхні та 8 колоній *St. epidermalis*. Ліпіди поту - виявлено збільшення суми насичених ЖК 63,8±1,5% за рахунок підвищення пальмітинової ЖК (49,9±1,4%), зниження суми ненасичених та поліненасичених ЖК, відповідно 36,2±1,5 та 11,3±1,7%.

Протягом року спостерігалось 2 загострення, пов'язані із порушенням гіпоалергенної дієти (шоколад, цитрусові). При обстеженні під час 2-го курсу лікування в камері штучного мікроклімату сольових шахт спостерігались помірно виражена ліхеніфікація у зонах ліктьових та підколінних ямок, сухість шкіри на обличчі. Дизбактеріозу шкіри не виявлено (10 колоній епідермального стафілококу, що відноситься до норми). В ліпідах поту виявлено переважно насичені ЖК (63,0±2,2%), сума ННЖК складала 37,0±2,2%, ПНЖК - 15,7±1,6%, що майже відповідає нормі. Загострень після 2-го курсу лікування протягом року не спостерігалось. Гіпоалергенної дієти батьки не приримувались.

Приклад 2.

Хворий Чупенков М., 27.04.84 р.н. Клінічний діагноз: Дифузний нейродерміт. Бронхіальна астма, легкий перебіг, ремісія. Алергічний фарингіт. Дизкінезія жовчних шляхів. 1-й курс лікування в КШМСШ у вересні 97 р. Поступив зі скаргами на свербіння шкіри, періодично болі у животі після їжі. Прояви атонічного дерматиту вперше з 3-х років, після курсу антибактеріальної терапії. Спадковість обтяжена, у матері нейродерміт, алергічний бронхіт.

При об'єктивному обстеженні виявлена значна сухість шкіри, папульозно-везикулярні елементи сипу в ділянці шиї, на обличчі навколо рота, за вухами, на згинальній поверхні рук, на животі, у зонах ліктьових та підколінних ямок виражена ліхеніфікація.

При дослідженні шкіри на дизбактеріоз виявлено 15 колоній /см² *St. aureus*. При бактеріологічному дослідженні носоглотки спостерігається масивний зріст золотистого стафілококу.

При дослідженні ліпідів поту визначались наступні дані: пальмітинова ЖК 42,9±1,9 (контроль 39,5±0,6), стеаринова 13,5±0,7 (контроль 12,7±0,5), олеїнова 17,6±1,39 (контроль 32,9±1,4), лінолева 17,6±1,2 (контроль 10,1±0,5), арахідонова 8,4±0,5 (контроль 4,8±0,8), полієнові 1,5±0,3 (у контролі - сліди), сума насичених жирних кислот складала 56,4±1,5 (контроль 52,2±0,7), сума ненасичених ЖК - 43,61±1,5 (контроль 47,8±0,7), сума поліненасичених ЖК - 26,0±1,1 (контроль 14,9±0,9).

Хворий отримував комплексне лікування: мікроклімат сольових шахт 25 сеансів, 45 хв. тривалість перебування в камері, аерозоль зі стафілоковим бактеріофагом N 7, УФО спосіб на задню стінку глотки N 7. Після 1-го курсу лікування не спостерігалось елементів висипу на шкірі, зберігалась ліхеніфікація в типових місцях. Протягом 3-х місяців хлопчик отримував бронхомунал. Загост-

рень після першого курсу не було. Після 2-го курсу лікування в КШМСШ на шкірі виявлявся епідермальний стафілокок, 10 колоній на см. Об'єктивно: сухість шкіри в області обличчя, елементів висипу не спостерігалось. Протягом року загострень АД не спостерігалось. При дослідженні ліпідів поту визначалось: пальмітинова ЖК $51,7 \pm 2,6\%$, стеаринова $11,3 \pm 0,8\%$, олеїнова $21,3 \pm 1,4\%$, лінолева $9,4 \pm 1,2\%$, полієнові $6,3 \pm 0,8\%$, арахідонова - невиявлено, сума НЖК $63,0 \pm 2,2\%$, ННЖК - $37,0 \pm 2,2\%$, ПНЖК - $15,7 \pm 1,6\%$. Таким чином, відмічається збільшення насиченості комплексу ЖК, та зменшення ННЖК та ПНЖК, що співвідноситься із показниками групи контролю.

Джерела інформації

1. Вельтищев Ю.Е., Святкина О.Б. Атопическая аллергия у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. Т.40 - 1995. - С.4-10.
2. Торопова Н.П., Синявская О.А. Экземы и нейродермиты у детей. 1993.
3. Пуришев Є. А. Эффективность спелеотерапии при atopическом дерматите у детей. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. -1994. - С.34-36.
4. Кучеренко В.В. Динамика иммунологических показателей у детей с предастмой при профилактическом применении искусственного солевого микроклимата. // Иммунология и аллергия. - Киев. 1987. - С.87-89.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
