

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА

Р.М. НАРЗИКУЛОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚИШЛОҚ ХЎЖАЛИГИ ИШЧИЛАРИДА СУРУНКАЛИ ЭКЗЕМАНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ

Р.М. НАРЗИКУЛОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

PRINCIPLES TREATMENT OF CHRONIC ECZEMA IN WORKERS IN AGRICULTURE

R.M. NARZIKULOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

В данной статье показано, что у больных хронической экземы отмечается достоверное снижение СД 3 - лимфоцитов (Т-клетки), СД 4-лимфоцитов (Т-хелперы), поглотительной функции нейтрофилов и средние значения IgM. Показатели СД-22 (В-клетки) и ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы) а также средние значения IgA и IgG у всех больных были выше достоверных показателей. Применение Имуномакса в комплексе с традиционной терапией предотвращает развитие рецидивов болезни (12,5 % против 75,0 % в группе сравнения ($p < 0,01$) и существенно сокращает срок лечения.

Ключевые слова: Т-клетки, Т-хелперы, ПФН, IgA, IgG и IgM, имуномакс.

The given article describes the significant decrease of SD 3 - lymphocytes (T-cells), CD-4 lymphocytes (T-helper cells), the absorptive function of neutrophils and average importance of IgM in patients with chronic eczema. The Factors of SD-22 (B-cells) and CIC (circulating immune complexes) as well as the average importances of IgA and IgG of all patients were higher than reliable factors. Using Immunomaks in complex with traditional therapy prevents the development relapse disease (12.5% against 75,0 % in group of the comparison ($R < 0.01$) and greatly shortens the period of the treatment.

Key words: T-cells, T-helper cells, ETT, IgA, IgG and IgM, immunomaks.

Актуальность проблемы. Возрастающая частота, хроническое и рецидивирующее течение, резистентность к проводимой терапии обуславливает изучение новых сторон патогенеза аллергических заболеваний и поиск наиболее эффективных способов их лечения [1, 2, 3].

Доклинические токсикологические исследования, включающие изучение острой и хронической токсичности, алергизирующих свойств, цитогенетических эффектов, репродуктивной токсичности (в том числе эмбрион токсического и тератогенного действия), не выявили наличия у препарата ни одного из вышеуказанных видов токсичности. Более того Имуномакс обладает антимутагенным свойством.

С учетом полученных убедительных данных об эффективности применения Имуномакса в качестве средства для лечения экземы, представилось перспективным проведение клинического исследования эффективности и безопасности в лечении данной патологии.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 144 пациентов с хронической экземой (ХЭ) работающие в сельскохозяйственных отраслях производстве, которые в течение последнего года не получали иммуномодуляторы. Диагноз хронической экземы ставился на основании выявления морфологических проявлений и характера клинического течения.

Были сформированы две группы больных по 72 больных (мужчин- 59; женщин- 85), в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст-42 года \pm 4,5), однород-

ные по демографическим показателям, тяжести течения и формы болезни (в момент госпитализации).

Больные основной группы получали иммуномодулятор Имуномакс в комплексе с традиционным медикаментозным лечением (седативные, энзимные и антигистаминные препараты, десенсибилизирующие, дезинтоксикационную и витаминную терапию, а также назначалось симптоматическое наружное лечение в соответствии с характером патологического процесса на коже).

Больные контрольной группы получали такое же медикаментозное лечение, но без применения Имуномакса. Имуномакс применяли внутримышечно по 200 мг один раз в день, в течение 6 дней. Перед введением исследуемого препарата содержимое флакона растворяли в 1 мл воды для инъекций.

Все больные находились на гипоаллергенной диете. Критериями оценки эффективности лечения служили общие и местные проявления экзематозного процесса.

Некоторые параметры системы иммунитета нами изучались у 46 больных хронической экземы в стадии обострения до и после лечения. Контрольную группу до лечения составили 23 практически здоровые лица обоего пола в возрасте от 20 до 40 лет.

Оценку иммунного статуса производили с использованием моноклональных антител производства Института Иммунологии МЗ РФ (г. Москва, «Сорбент»). Количественное определение иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови производили методом радиальной иммунодиффузии по Manchi-

ni G (1965) с помощью моноспецифических сывороток производства НИИЭМ АМН РФ им. Н.Ф.Гамалеи. Для определения циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови использовали метод их селективного осаждения с помощью 3,7% раствора полиэтиленгликоля (ПЭГ, м.м.6000) и спектрофотометрического измерения оптической плотности пробы (Haskovaetel.,1978). Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) определяли путем инкубации смеси лейкоцитов и частичек латекса ($d=1,5$ мк, НИИ биологического приборостроения, РФ). В мазках определяли фагоцитарную активность нейтрофилов по проценту фагоцитоза (ПФ), фагоцитарному числу (ФЧ) и абсолютному фагоцитарному показателю (АФП).

Результаты и обсуждение. Клинико – иммунологические и эпидемиологические исследования среди жителей сельского населения Самарканда показывают высокий уровень заболеваемости хронической экземой. Заболеваемость носит выраженный сезонный характер: для каракулеводоов – весенне-летний период, для кожевников – летние месяцы, у хлопкоробов - осенью во время уборки урожая хлопка, у табаководов и овощеводов в основном во время уборки урожая.

У 98 (68,06%) из 144 больных экземой рецидивы болезни наблюдались только 1-2 раза, у 18 (12,5%) больных рецидивы отмечались 3 раза в год. У 28 (19,44%) больных отмечались многократные, частые рецидивы. Данные о рецидивах болезни, свидетельствует о стойком течении заболевания.

В анамнезе были выявлены следующие этиологические факторы: наследственность-14(9,72%), погрешности в диете – 19 (13,19%), контакт с аллергеном – 76 (52,78%), стресс и психоэмоциональное напряжение –15 (10,42%), инфекционные заболевания – 11 (7,64%) и другие причины (ношение неудобной синтетической и шерстяной одежды, изменение метеорологических условий) – 9 (6,25%) больных.

Сопутствующая соматическая патология отмечались у большинства больных, в том числе: заболевания желудочно-кишечного тракта у 49 (34,03%), анемия – у 112 (78,8%), патология нервной системы у 38 (26,39%), другие кожные заболевания у 87 (60,42%), ЛОР - органов - у 33 (22,92%), сердечно - сосудистой у 16(9,72%), печени – у 23(15,97%), эндокринной системы у 18 (12,5%), урогенитального тракта у 26 (18,06%) больных.

По клиническим формам заболевания истинная экзема была диагностирована у 59 больных (40,97%), микробная экзема - у 30 (20,83), себорейная экзема – у 24 (16,67), профессиональная экзема – у 31 (21,53%) больных.

Наиболее часто экзематозный процесс локализовался на верхних конечностях в тыльных поверхностях кистей – у 90 (62,5%) больных, предплечий у 19 (13,19%) и на нижних конечностях в области передней поверхности голени у 27(18,75%), стопах 23

(15,97%), реже лицо и другие участки тела – у 26 (18,10%).

Экзематозный процесс у 115 больных носил диссеминированный (2 и более очагов) и у 29– ограниченный характер.

Давность заболевания свыше года отмечалась более чем у 97,2 % больных.

В очагах экзематозного процесса отмечался красно - синюшного цвета эритема, папулезная инфильтрация, лихенификация, на поверхности которых наблюдались везикулы, эрозии, и серозные и кровянистые корки. Субъективно отмечался зуд.

По результатам аллергического теста у 76 из 144 больных было установлено гиперчувствительность к аллергенам.

Все больные хорошо перенесли лечение. Эффект от лечения в основной группе наступило очень быстро. У всех больных, на 1-е сутки терапии: прекратились мокнутье и прогрессирование процесса, на 2 – сутки элементы высыпания начали бледнеть, уменьшатся, на 3 – сутки исчезла отечность. На 1 – сутки субъективно больные указывали на изменения характера и интенсивности зуда в сторону нормализации. На 3-4-е сутки наблюдались уплощение инфильтрации, исчезла эритема, ощущения жара и зуда. Обострение экзематозного процесса окончательно завершился у 83% больных на 5–7 сутки от начала лечения, а у 17% – на 8–10 сутки.

У больных контрольной группы мокнутье прекратилось на 2 – 3 сутки, отечность исчезла на 3 - 4-е сутки, а регресс эритемы и зуда наступило на 4-5-е сутки лечения. Остальные морфологические элементы кожи исчезли на 7 – 12 день терапии.

Таким образом, при лечении больных с экзематозным процессом без применения иммуномакса клиническое выздоровление наступило на 7 – 12 день терапии, тогда как у больных дополнительно получавшие Иммуномакс регресс острого процесса наступил на 5–7 сутки.

У 63 больных из 72 пациентов 1 – основной группы, страдающие хронической экземой в течение 1 – года после лечения обострения болезни не наблюдалось.

У больных 2 – контрольной группы клиническое выздоровление наступило на 7 – 12 день от начала лечения. У 54 пациентов отмечались рецидивы болезни в течение года. Результаты иммунологических исследований после лечения показано в таблице 1.

Как видно из таблицы в группе больных получавших на фоне базисной терапии иммуномакс, иммунные показатели нормализовались. В группе, не получавшей иммуномакс, иммунограмма нормальных показателей достигла не во всех случаях.

У больных ХЭ в стадии обострения, до начала лечения заболевания уровень ЦИК в сыворотке крови фактически в 1,5 раза превышал показатели здоровых людей.

Таблица 1.

Показатели	Результаты иммунологических исследований после лечения			
	Практически здо- ровые	до лечения	после лечения	
			1 – группа	2 – группа
СД3, кл/мкл	1583±107	1121±82*	1494 ± 82	1593±108
СД4, кл/мкл	486±51	362±32*	462±32	496±54
СД8, кл/мкл	248±15	226±20	236±20	258±16
СД22, кл/мкл	306±34	455±39*	325±39	316±38
ЦИК, усл.ед	11,03±0,63	16,0±0,69*	15,0±0,66	11,83±0,64
Ig M г/л	1.13±0,08	0,85±0,06*	0,95±0,06	1.23±0,08
IgAг/л	1.68±0.11	13,67±0.47*	1.76±0.9	1.66±0,10
Ig G, г/л	11,17±0,62	1.86±0.09*	13,00±0.44	11,19±0,62
ФП %	54,0±2,47	26,0±0,66	46,7±1,96	26,0±0,66
АФП	8046±363	5588±332*	7588±332	8186±372

В контроле он составил - 11,03±0,63 ед., а у больных до начала лечения - 16,0±0,69 ед. При лечении традиционными методами отмечалась тенденция к снижению этого показателя до 15,0±0,66 ед. Эти изменения носили недостоверный характер (p >0,05). Применение иммуномакса в комплексной схеме лечения привело к нормализации содержания ЦИК (p<0,05). Их концентрация составила 11,83±0,64 ед.

У больных содержание иммуноглобулина G и A превышало допустимые нормы в несколько раз. При лечении традиционными методами отмечалось незначительное снижение уровня иммуноглобулина G и A с 13,67±0,47, г/л до 13,00±0,44, г/л, с 1.86±0.09 г/л до 1.76±0.9, г/л соответственно (p>0,05).

Применение иммуномакса в комплексной схеме лечения привело к значительному снижению уровня иммуноглобулина G с 13,67±0,47, г/л до 11,19±0,62, г/л. (p <0,05). Содержание иммуноглобулина M были снижены от нормы в несколько раз. При лечении традиционными методами отмечалось незначительное повышение уровня иммуноглобулина M с 0,85±0,06, г/л до 0,95±0,06 г/л (p>0,05). Применение иммуномакса в комплексной схеме лечения привело к значительному повышению уровня иммуноглобулина M с 0,85±0,06, г/л до 1,23±0,62, г/л. (p <0,05).

Фагоцитарный показатель у больных ХЭ в стадии обострения фактически в 2 раза был ниже, чем у здоровых пациентов. В контроле он составил в среднем 54%, а у больных ХЭ до начала лечения - 26%. При лечении традиционными методами отмечалась тенденция к увеличению этого показателя до 42%. Применение иммуномакса в комплексной схеме лечения привело к нормализации ФП до 56%.

У больных ХЭ в стадии обострения, до начала лечения заболевания, уровни СД 3, CD4 и CD8 в сыворотке крови фактически были ниже показателей здоровых людей. В контроле СД 3- 1583±107, СД 4- 486±51, СД - 248±15 кл/мкл и 1121±82, 362±32, 226±20 кл/мкл у больных до начала лечения. При лечении традиционными методами отмечена тенденция к повышению содержания этих показателей до 1494 ± 82, 462±32 и 236±20 кл/мкл. Применение иммуномакса в комплексной схеме лечения привело к нормали-

зации содержания СД 3, СД 4, СД 8. Их концентрация повышалась до 1593±108, 496±54 и 258±16 кл/мкл.

Выводы:

1. Среди населения в регионе Самарканда установлен высокий уровень заболеваемости хронической экземы. Заболеваемость носит выраженный сезонный характер: для каракулеводоов – весенне-летний период, для кожевенников – летние месяцы, у хлопкоробов - осенью во время уборки урожая хлопка, у табаководов и овощеводов в основном во время уборки урожая.

2. Определена однотипность изменений, иммунного статуса у рабочих различных отраслей народного хозяйства, достоверно проявляющихся уменьшением числа Т-лимфоцитов и Ig M, повышением ЦИК, СД-22+, титра IgG, IgA.

3. Предложенный патогенетический комплексный метод лечения препарата иммуномакс в составе комплексной терапии ускоряет выздоровление, уменьшает число рецидивов и увеличивает длительность ремиссии у больных хронической экземы.

4. У больных основной группы после терапии выявлено нормализация показателей Т- лимфоцитов (СД 3+, СД 4+, СД 8+), СД 22+ (В – клетки), титра иммуноглобулинов IgG, IgA и Ig M.

Литература:

- Исмаилова Г.А. Патология кожи как проявление иммунных нарушений организма// Новости дерматологии и венерологии. - 2005. - №2. - С.45-48.
- Капкаев Р.Д. Экзема и аллергические дерматиты. - Ташкент. - 2004. - 286 с.
- Коган Б.Г., Герлецкий В.Б. Современная терапия аллергических дерматозов// Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.- 2005. - №3. -С.22-24.
- Корсунская И.М. и др. Результаты исследования эффективности негалоенизированных кортикостероидов в терапии хронической экземы //Клин дерматол и венерол. – 2008. – Т. 4. – С. 101-105.
- Потекаев Н. С. Экзема: ремарки к современным представлениям //Клин. дерматол. и венерол. – 2009. – Т. 2009. – С. 67-73.
- Тамразова О.Б. Классика и инновации в наружной терапии хронических дерматозов //Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – №. 1. – С. 62-64.