

7. Постановление Конституционного Суда РФ от 12 декабря 2005 года № 12-П «По делу о проверке конституционности абзаца восьмого пункта 1 статьи 20 Федерального закона «О несостоятельности (банкротстве)» в связи с жалобой гражданина А. Г. Меженцева» // СЗ РФ. 2006. № 3. Ст. 335.

#### References

1. Basova A.V. Pravovye problemy priobreteniya nekommercheskoj organizacii statusa samoreguliruemoj // Predprinimatel'skoe pravo. 2008. № 1. S. 16-20.
2. Pavlodskij E.A. Samoreguliruemye organizacii Rossii // Zhurnal rossijskogo prava. 2009. № 1. S. 36-41.
3. Romanihin A.V. Samoregulirovanie po-rossijski // Zakonodatel'stvo i jekonomika. 2004. № 3. S. 32-36.
4. Subanova N.V. Organy upravleniya samoreguliruemyh organizacij kak ob#ekty prokurorskogo nadzora // Vestnik Akademii General'noj Prokuratury Rossijskoj Federacii. 2011. № 4. S. 35-41.
5. Subanova N.V. Razreshitel'nye polnomochija organov ispolnitel'noj vlasti v Rossijskoj Federacii. M.: Jurisprudencija, 2012.
6. Shhepot'ev A.V., Belkin A.N. Samoreguliruemye organizacii - chast' gosudarstvennyh kontrol'nyh funkcij // Pravo i jekonomika. 2008. № 7. S. 14-21.
7. Postanovlenie Konstitucionnogo Suda RF ot 12 dekabrja 2005 goda № 12-P «Po delu o proverke konstitucionnosti abzaca vos'mogo punkta 1 stat'i 20 Federal'nogo zakona «O nesostojatel'nosti (bankrotstve)» v svjazi s zhaloboj grazhdanina A. G. Mezhenceva» // SZ RF. 2006. № 3. St. 335.

### МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ / MEDICINE

**Абдрахимова Н.А.<sup>1</sup>, Надырченко Р.М.<sup>2</sup>, Хисматуллина З.Р.<sup>3</sup>, Мустафина Г.Р.<sup>4</sup>, Гареев Е.М.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Врач дерматовенеролог; <sup>2</sup>Заведующий клинико-диагностической лабораторией, Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский кожно-венерологический диспансер; <sup>3</sup>Доктор медицинских наук, профессор; <sup>4</sup>Кандидат медицинских наук, ассистент, Башкирский государственный медицинский университет; <sup>5</sup>Кандидат биологических наук, доцент, Всероссийский центр глазной и пластической хирургии

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ**

*Аннотация*

*Цель исследования - провести сравнительную оценку влияния традиционной схемы лечения и терапии с применением иммуномодулятора «Имунофан» на функциональную активности нейтрофилов венозной крови при микробной экземе.*

**Ключевые слова:** микробная экзема, иммуномодулятор «Имунофан», функциональная активность нейтрофилов.

**Abdrakhimova N.A.<sup>1</sup>, Nadyrchenko R.M.<sup>2</sup>, Khismatullina Z.R.<sup>3</sup>, Mustafina G.R.<sup>4</sup>, Gareev E.M.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Dermatologist; <sup>2</sup>Head of the Clinical and Diagnostic Laboratory, State Independent Healthcare Institution Republican Dermatovenerologic Dispensary; <sup>3</sup>MD, Professor; <sup>4</sup>MD, Assistant, Bashkir State Medical University; <sup>5</sup>PhD in Biology, Associate Professor, All-Russian Center of Eye and Plastic Surgery

#### **EFFICACY IMMUNOMODULATING TREATMENT IN COMBINED TREATMENT OF MICROBICAL ECZEMA**

*Abstract*

*Aim. The purpose of the work was to compare the impact of both traditional treatment scheme and therapy using immunomodulator «Imunofan» on functional activity of venous blood neutrophils at microbial eczema.*

**Keywords:** microbial eczema, immunomodulator "Imunofan", neutrophils functional activity.

Актуальность. Микробная экзема – хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся эволюционным полиморфизмом сыпи, мокнутием, зудом и своеобразной аллергической реакцией сенсибилизированной кожи на продукты распада микроорганизмов и их токсины, развивающейся на фоне длительно существующего пиогенного очага при нарушении важнейших регуляторных систем организма [3]. В настоящее время большинство авторов отводят ведущее место в патогенезе микробной экземы разнообразным иммунным нарушениям [1]. При первичных, генетически обусловленных иммунодефицитных состояниях, или чаще при вторичных изменениях иммунитета в ответ на внедрение микробных или химических аллергенов развивается слабый иммунный ответ. Возникающая как следствие персистенция аллергенов приводит к ещё большей дисфункции иммунной системы [2].

Цель исследования - провести сравнительную оценку влияния традиционной схемы лечения и терапии с применением иммуномодулятора «Имунофан» на функциональную активности нейтрофилов венозной крови при микробной экземе.

**Материалы и методы.** Для изучения влияния имунофана на функциональные параметры нейтрофилов больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу (основную) составило 80 человек – 50 женщин (62,5%) и 30 мужчин (37,5%), в возрасте 35-56 лет, которые на фоне традиционной терапии применяли имунофан в виде ректальных суппозиторий по 100мкг 1 раз в день в течение 25 дней; 2-ую группу (контрольную) наблюдения составило 104 больных - 62 женщины (59.6%) и 42 мужчины (40.4%) в возрасте 35-56 лет с микробной экземой, которых получали только традиционное лечение (десенсибилизирующие и антигистаминные препараты, антибактериальные средства, витамины, корректоры микроциркуляции). У 76,1% больных микробная экзема имела длительное торпидное течение с многократными обострениями. Средняя продолжительность заболевания составила 12,3±6,3 лет. В практически здоровых людей группу вошли 50 человек, у которых в ходе осмотра и сбора анамнеза данных за микробную экзему выявлено не было. В группу наблюдения включали больных с микробной экземой, давших письменное согласие на исследование. У всех пациентов была диагностирована стадия обострения микробной экземы. Клиническая картина дерматоза являлась типичной. В исследование не включали больных с сопутствующими тяжёлыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации. Все больные получали базовое лечение в дерматологическом отделении №1 ГАУЗ РКВД г. Уфы в соответствии со стандартами, утверждёнными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2006г. №433, 11 декабря 2007г. №746 и 18 декабря 2007г. №773. Оценка функциональной активности фагоцитов осуществлялась пять раз в ходе лечения (до начала лечения, на 10 день лечения, в конце лечения, через 3 и 6 месяцев после лечения). Забор венозной крови проводили путём пункции кубитальной вены. Общий объём забранной венозной крови 40- 60 мкл. Проводили спонтанный тест с нитросиним тетразолием (НСТсп.), который позволяет оценить состояние кислородзависимого механизма бактерицидности нейтрофилов. При значениях НСТсп. 3-9% бактерицидную активность нейтрофилов оценивали как нормальную.

Полученные данные были подвергнуты двухфакторному дисперсионному анализу, позволяющему дать комплексную оценку всех ожидаемых и наблюдаемых эффектов [4].

#### **Результаты и обсуждения**

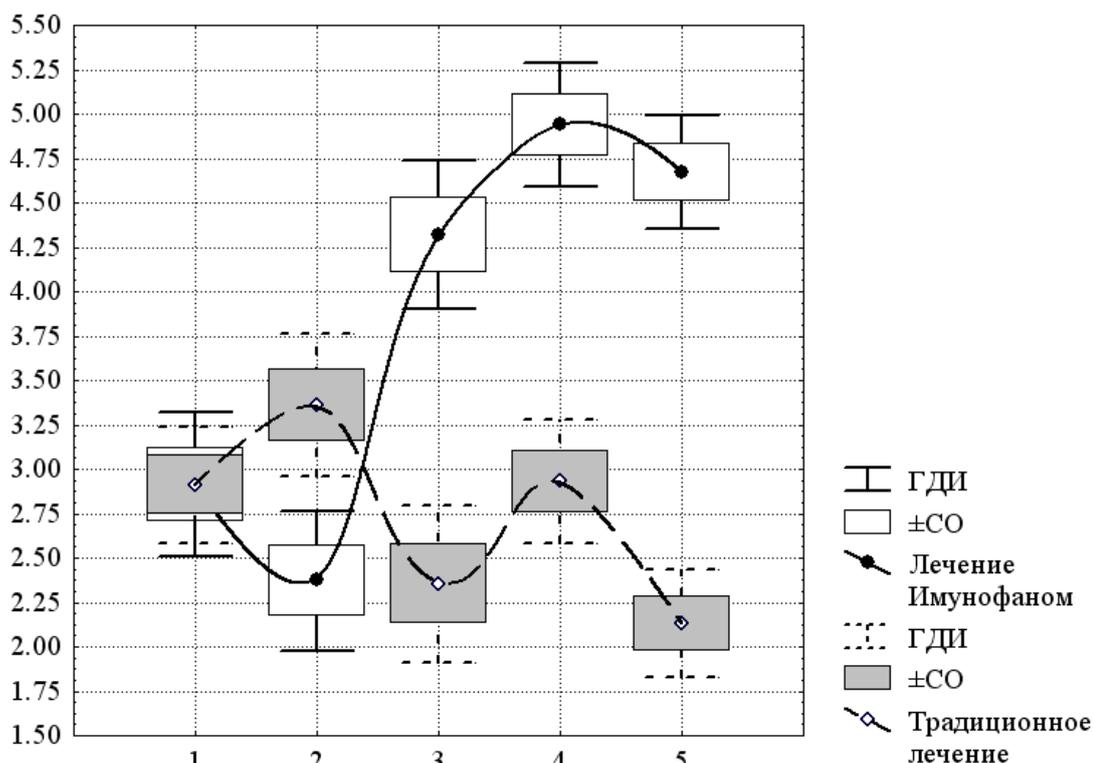


Рис. 1 – Изменения среднего уровня НСТсп. нейтрофилов в венозной крови

По оси абсцисс номера этапов наблюдения: 1 – «до лечения», 2 – «через 10 дней», 3 – «после лечения», 4 – «через 3 месяца», 5 – «через 6 месяцев». По оси ординат – средние уровни ФИ. ГДИ – границы доверительных интервалов для средних значений,  $\pm$ CO – стандартная ошибка средних.

Как видно на рис. 1, исходные (до лечения) средние уровни НСТсп. в обеих группах значительно ниже, чем у здоровых людей –  $2.91 \pm 0.65\%$  и  $2.90 \pm 0.80\%$ . К 10-му дню лечения средний уровень НСТсп. в контрольной группе испытывает незначимый ( $p>0.12$ ) подъем до  $3.3\%$ , а в основной группе также незначимый ( $p>0.07$ ) спад до  $2.37 \pm 0.78\%$ . К завершению лечения средний уровень НСТсп. в контрольной группе значимо ( $p<0.001$ ) снизился до  $2.35 \pm 0.87\%$ , а в основной резко повысился, составив  $4.32 \pm 0.83\%$ . К 3-му месяцу после окончания лечения в основной группе НСТсп. опять возрастает, хотя и незначимо ( $p>0.20$ ) до среднего уровня  $4.94 \pm 0.69\%$ , а к полугоду опять незначимо ( $p>0.33$ ) снижается до уровня  $4.67 \pm 0.62\%$ . Фактически можно говорить о стабилизации НСТсп. на уровне, достаточно тесно сближающимся с таковым в нормативной группе –  $5.67 \pm 0.94\%$ . В контрольной группе, как это хорошо заметно, ничего подобного не происходит. Через 3 месяца после окончания лечения здесь имеет место некоторый повторный подъем НСТсп. до среднего уровня  $2.53 \pm 0.68\%$ , однако к полугоду НСТсп. повторно снижается до среднего уровня  $2.13 \pm 0.59\%$ , который даже значимо ( $p<0.001$ ) ниже исходного - до начала лечения.

#### Выводы

1. Выявлена изначальная несостоятельность бактерицидной активности нейтрофилов у больных микробной экземой.
2. Резкое снижение среднего уровня НСТсп. в контрольной группе свидетельствует о декомпенсации противомикробной защиты и считается прогностически неблагоприятным признаком.
3. При комбинированной иммуномодулирующей терапии происходит стабильная нормализация бактерицидной активности нейтрофилов уже по ходу лечения и, главное, в отдалённые сроки наблюдения.

Таким образом, включение в базовую терапию микробной экземы иммуномодулятора «Имунофан» позволит значительно продлить фазу ремиссии хронического дерматоза.

#### Литература

1. Иванова В.Л. Кожные и венерические болезни: справочник. М: Изд-во Медицина, 2007.- С. 315-20.
2. Пипкин Я.С. Иммуноглобулины сыворотки крови у больных дерматомикозами, пиодермией и микробной экземой / Я.С.Пипкин, В.П., Фёдоров, В.П. Логунов // Вест. Дерматол. и венерол. – 2008.- №1.- С. 42-46.
3. Потеев Н.С. Экзема: ремарки и современные представления. Клиническая дерматовенерология. - 2009.- №1.- С.67-73.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. - М.: МедиаСфера, 2002. - 312 с.

#### References.

1. Ivanova V.L. Kozhnye i venericheskie bolezni: spravochnik. M: Izd-vo Medicina, –2007, S. 315-320.
2. Pipkin Ya.S. Immunoglobuliny syvorotki krovi u bol'nykh dermatomikozami, piodermiey i mikrobnoy ekzemy / Ya.S. Pipkin, V.P. Fedorov, V..Logunov// Vest. Dermatol. i venerol. – 2008. № 1.- S. 42-46.
3. Potekaev N.S. Ekzema: remarky i sovremennyye predstavleniya. Klinicheskaya dermatovenerologiya.- 2009, №.1, S.67-73.
4. Rebrova O.Ju. Statisticheski analiz medicinskih dannih. Primenenie paketa prikladnih program STATISTICA.- M.: MediaSfera, 2002.-312с.

Болотских В.И.<sup>1</sup>, Тумановский Ю.М.<sup>2</sup>, Макеева А.В.<sup>3</sup>, Крюков В.М.<sup>4</sup>, Лидохова О.В.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Профессор, доктор медицинских наук, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; <sup>2</sup>Доцент, кандидат медицинских наук, доцент, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; <sup>3</sup>Кандидат биологических наук, доцент, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; <sup>4</sup>Доцент, кандидат медицинских наук, доцент, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; <sup>5</sup>Ассистент, кандидат биологических наук, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

#### МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ