

(прирост на 73 л/м; $p=0,029$). В двух остальных группах показатели также возросли по сравнению с исходными цифрами, но мало. Увеличение ПФМ на фоне монотерапии АИ составили 60 л/м и $p=0,528$. Та же картина – на фоне монотерапии небулайзером, хотя процент прироста по сравнению с группой АИТ оказался 12,8 против 6,1, абсолютные цифры ПФМ увеличились мало ($p=0,23$). Явно отличался процент прироста пиковой скорости выдоха при комбинированной терапии, что видно на рис.

Показатели бронхиальной проходимости выросли на фоне комбинированной терапии достоверно ($>15\%$ от исходных) у 18 из 34 больных (52,9%). Прирост показателя в пределах 10–15% установлен у 3 (8,8%) больных и прирост был от 2 до 10% от исходных показателей у 10 (29,4%) больных. Только в 3 случаях (8,8%) на фоне комплексного лечения АИТ с небулайзером показатели не менялись. Монотерапия с помощью небулайзера вызвала улучшение проходимости бронхов только к концу курса лечения, но прирост ПФМ составил всего на 12,8%, но в 2^е из 19 случаев на фоне монотерапии с небулайзером прирост превышал 15%. Монотерапия в течение первых 5 дней лечения существенного влияния на проходимость бронхов не оказывала, а к 10^{му} дню прирост показателя в 2^е случаях был ощутимым, а в одном – незначительным. Эти данные дают право судить о положительном влиянии монотерапии отрицательных АИ на проходимость бронхов у отдельных больных БА (рис.). Показатели бронхиальной проходимости к 10 дню на фоне лечения увеличивались на 24,5±5,4%, а монотерапия только отрицательными АИ дала прирост показателя ПФМ на 6,1±1,9%, монотерапия только атроventом через небулайзер – на 12,8±3,6%.

Статистически значимый рост после 10-дневного курса лечения возник со стороны ФЖЕЛ (76,6±3,3% – до; 87,4±3,2% – после лечения), ОФВ₁ (70,1±3,4% – до; 82,4±3,3%, МОС₅₀ (52,4±4,1% – до; 65,9±4,0% – после лечения) только у больных, получавших комбинированное лечение ($p<0,05$). На фоне комбинированной терапии, по сравнению с контролем, койко-день сокращался в среднем на 3,5 дня, кашель, одышка исчезали на 4 дня раньше. Предложенный нами метод экономичен (на курс лечения 1-го больного экономится от 300 до 500 рублей), безопасен и не дает никаких побочных эффектов. АИТ в комплексе с ингаляцией 0,1% раствора атроventa (0,5–1 мл) с помощью небулайзера является достаточно эффективной технологией, купирующей бронхоспастический синдром у больных БА.

Выводы. Ингаляция атроventa с помощью небулайзера в комбинации с отрицательными АИ значительно ускоряет купирование приступа удушья и является экономичным методом купирования приступов удушья и лечения больных БА. Возможно на комбинированное использование отрицательных АИ с бета-2-агонистами короткого действия (сальбутамол, беротек).

Литература

1. *Бронхиальная астма* / Под ред. А.Г.Чучалина. – М., 1997 – Т. 1–2.
2. *Бронхиальная астма*. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002. – 160с.
3. Гольдштейн Н. И. Кислородные радикалы в химии, биологии и медицине: Сб. тр. – Рига, 1988. – С.80–108.
4. Григорьев С. П. и др. // РМЖ. – 2000. – № 6. – С.44–46.
5. Григорьев С., Александров О. // РМЖ. – 2001. – №3. – С.22.
6. Зайцева О. Ю. Оптимизация аэроионотерапии в лечении больных хроническим обструктивным бронхитом: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 21с.
7. Ибрагимов А.А. //Вопр. курортол. – 1988. – №3. – С.40–43.
8. Мадаев В.В. Применение аэроионотерапии в комплексном лечении больных хроническим обструктивным бронхитом: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1992. – 22с.
9. Миррахимов М.М., Шогенцукова Е.А. Лечение бронхиальной астмы горным климатом. – Нальчик: Эльбрус. – 1975. – 174 с.
10. Портнов Ф.Г. Электроаэрозольтерапия. – Рига: Зинната, 1976. – С.110–112.
11. Чижевский А. Л. Аэроионификация в народном хозяйстве. – М., 1960
12. Di Bartolito C.G. et al. Evaluation of the effectiveness and acceptability of Foradil Aerolizer and Oxis-Turbuhaler in asthmatics. In Program and abstracts of the 96 International conference of the American Thoracic society. – Toronto, Canada, 2000.

УДК 616.24-001

АЭРОИОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ш.Г. КУРБАНОВА, К.М.О. МИНКАИЛОВ*

Появились работы, где предлагается для лечения больных с заболеваниями органов дыхания аэроионотерапия (АИТ), которая относится к перспективным методам лечения [2, 3, 5]. В основном в лечебных целях применяются отрицательные аэроионы (АИ) кислорода – один из природных факторов [6, 10].

Имеются многочисленные сообщения по использованию аэроионотерапии (АИТ) в лечении больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) [2, 4, 6]. В работах [4, 5] выявлено нормализующее влияние АИТ на ФВД, толерантность к физической нагрузке у больных ХОБ с хронической легочной недостаточностью (ХЛН). Однако при этом обструкция считается необратимой или частично обратимой, особенно в тяжелой стадии хронической легочной недостаточности [1, 11–13]. Улучшение показателей легочной вентиляции связано с действием отрицательных АИ на мукоцилиарный транспорт и бронхиальную проходимость, в том числе через влияние на метаболизм серотонина в бронхах [1]. Серотонин – бронхоконстрикторный медиатор, поэтому ускорение его метаболизма может также определять бронхорасширяющий эффект АИТ.

С лечебной и профилактической целью применяют ионизированный воздух с подавляющим преобладанием отрицательных АИ. Отношение чисел положительных ионов к числу отрицательных ионов в 1 см³ воздуха называется коэффициентом униполярности. Для медицинских целей используют искусственно ионизированный воздух, коэффициент униполярности которого равен 0,1–0,2 (атмосферного 1,1–1,2). В работе [8] считают влияние легких отрицательных АИ одним из положительных факторов воздействия горного климата на больных БА. Важнейшим фактором медико-генетического влияния являются АИ, возникающие в воздухе под влиянием солнечных и космических лучей, а также естественных радиоактивных изотопов, распространенных в земных породах, в растительных и животных организмах. При исследовании внутренних процессов в организмах, подвергающихся АИ-воздействиям, выявлены изменения физиологических и биохимических показателей функционального состояния различных систем. Обнаружено влияние АИ на частоту сердечных сокращений, дыхания, уровень сахара крови, амплитуду электрических потенциалов головного мозга, уровень различных ферментов крови, фосфора и холестерина, интенсивность окислительных процессов в тканях, функцию пищеварительных желез. Из многообразных влияний АИ на организм наиболее тщательно исследованы реакции сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем. При обследовании пациентов с патологией дыхательных путей отмечено увеличение коэффициента использования кислорода под влиянием АИ в группе больных хроническим бронхитом с 32±2,3 до 42,0±3,2 (в 1,3 раза), пневмониями – с 32,8±2,5 до 40,1±2,5 (1,2 раза).

В литературе имеются отдельные работы по использованию в лечении больных БА АИТ [7, 9]

В настоящее время наблюдается оживление интереса к аэроионизации и аэроионотерапии. Аэроионизация – это ионизация с помощью аэроионизаторов воздуха помещения в различных гигиенических и оздоровительных целях. Под аэроионизацией, являющейся разновидностью более широкой области электроаэрозольтерапии, понимают использование как отрицательно, так и положительно заряженных ионов, получаемых с помощью генераторов ионов различного типа, для лечения разных недугов человека. АИ привлекают внимание специалистов разного профиля. Свидетельством важности проблемы является появление, начиная с 1989 г., отдельной рубрики «Аэроионы» в полном справочно-библиографическом издании по медико-биологическим публикациям «Индекс медикус», выпускаемом в США. А.Л.Чижевский [10] был пионером гелиобиологии, установив непосредственное влияние солнечных процессов на земные биологические процессы, в том числе и протекающие в организме человека. Важным фактором такого влияния являются АИ, возникающие в воздухе под влиянием солнечных и космических

* Дагестанская ГГМА, ДНЦ РАМН

лучей, естественных радиоактивных изотопов, распространенных в земных породах, в растительных и животных организмах.

Обнаружено влияние АИ еще на одну важную регулируемую систему в организме, какой является система «гипофиз – кора надпочечников». Таким образом, АИ, будучи задействованы в регуляторно-метаболических процессах организма и осуществляя определенную связь между внешней и внутренней средой организма, оказываются удобным способом воздействия на организм с целью его лечения, оздоровления или тренировки и подготовки к встрече с неблагоприятными условиями. Принципом грамотного применения АИ при действии на организм является учет неспецифического характера действия, зависящего от исходного состояния организма. Отсюда необходимость учета индивидуальной реактивности, выбор знака заряда АИ, коррекция дозирования при воздействии, подбор генератора (для жаркого сухого климата предпочтительнее гидроаэроионизатор, для влажного климата – электроэфлювиальный, радиоактивный или термоэлектронный ионизаторы).

Цель – оценка эффективности использования отрицательных АИ на больных ХОБЛ.

Для осуществления предложенного нами способа лечения (патент на изобретение № 2266105 приоритет от 20.03.2003) были использованы небулайзер и аэроионизатор «Истион-1». Температура воздуха должна быть в пределах 18-35°C, относительная влажность до 80% и атмосферное давление от 84-до 106 кПа (от 630 до 880 мм рт. ст.). Процедуру назначали ежедневно продолжительностью в 20 минут в течение 20 дней. За сеанс пациент получал 90 миллиардов (9×10^{10}) ионов. Больной с помощью небулайзера предварительно ингалирует 0,25 мг атровента в течение 5 мин. Затем пациент 20 мин. получает ингаляцию АИ отрицательной полярности. Ежедневно до и после лечебных процедур проводилась пикфлоуметрия (ПФМ), в начале и через 20 дней после лечения исследование ФВД с регистрацией 36 показателей, подсчет абсолютного количества эозинофилов в крови, содержание общего IgE в сыворотке.

Под наблюдением находилось 60 больных ХОБЛ, из которых 21 получал комбинированную терапию, 20 – получали только АИТ и 19 больных – небулайзерную терапию атровентом в качестве монотерапии. Последние две группы больных служили контролем. Больных ХОБЛ IY ст. (сверхтяжелое течение) в программу исследования мы не включали.

В табл. 1. представлены наблюдаемые группы больных по тяжести течения в зависимости от использованной схемы лечения

Таблица 1

Распределение больных ХОБЛ в зависимости от тяжести течения и использованной схемы лечения

Способ лечения	Средний возраст	Стадия I	Стадия II (ср. тяжести)	Стадия III (тяжелая)	Итого
Монотерапия АИ	53,8	6	11	3	20
Монотерапия небулайзером	53,4	6	9	4	19
Комбинированная терапия	54,8	6	10	5	21
Всего	54,0	18	30	12	60

Легкое течение болезни имели 18 больных (30%), средней тяжести течения – 30 (50%), тяжелое течение – 12 (20%) больных

Таблица 2

Сравнительный анализ ОФВ₁ у больных ХОБЛ на фоне различных методик лечение (в % к должной)

Методика лечения	Исходная ОФВ ₁	Через 10 дней	Через 20 дней	P
Монотерапия аэроионами	73,5	74,2	74,8	>0,05
Монотерапия небулайзером	70,6	72,8	74,5	>0,05
Комбинация терапии небулайзером с АИТ	72,1	74,7	79,8	<0,05

- разница между исходными показателями и через 20 дней лечения

Результаты. Во время процедуры ионотерапии и непосредственно после сеанса у больных появлялась сонливость, ощущение спокойствия и уверенности, облегчения дыхания. У одного больного во время АИТ появились слабость и сердцебиение, и процедура была отменена. Основной контингент больных процедуру воспринимали достаточно хорошо. Побочных эффектов других нами не выявлено. На 5-10 сутки у большинства больных

ХОБЛ (у 18 из 21 больного -85,7%), получавших комбинированное лечение заметно уменьшались одышка, кашель, особенно ночной, исчезали сухие хрипы. У больных ХОБЛ, получавших монотерапию ощущаемое клиническое улучшение наступило только у 5 из 20 (25%) человек, а в группе, получавших монотерапию – у 12 из 19 больных (63,2%). Большинству больных, получавшим монотерапию на 3-5 сутки приходилось добавлять к лечению ингаляционное бронхорасширяющее средство (беродуал) и противовоспалительный препарат (эреспал). В табл. 2 представлены данные об изменении объема форсированного выдоха у больных ХОБЛ на фоне различных схем лечения.

Статистически значимое увеличение абсолютных цифр

Таблица 3

Показатели ФВД до и после лечения при различных схемах терапии у больных ХОБЛ (в % к должным величинам)

Показатель	Моноаэроионотерапия n=20		Мононебулотерапия n=19		Комбинированная терапия n=21	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ЖЕЛ	67,9±2,4	67,5±2,3	66,6±2,0	70,1±2,3	66,9±3,4	71,2±3,3
ФЖЕЛ	65,5±2,4	67,7±2,5	66,6±4,4	72,9±4,3	65,9±4,4	78,6±4,2*
ОФВ ₁	51,0±1,7	53,3±2,0	49,0±5,2	56,6±5,1	50,4±4,9	64,5±4,3*
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	78,6±2,1	79,9±2,0	79,9±4,0	84,3±4,1	77,8±4,6	88,7±4,5
МОС ₅₀	28,9±1,8	32,4±2,1	32,1±7,3	44,7±6,8	31,7±4,7	48,8±4,5*
SpO ₂	93,9±0,3	94,8±0,3	93,6±0,6	94,0±0,5	93,5±0,3	95,3±0,4*

*- разница статистически значима

ОФВ₁ наблюдалось только в группе комбинированной ионотерапии с небулайзером. Исходные данные равнялись 72,1% от должного, а через 20 сеансов достигли 79,8% (p=0,049). Из 21 больного, получавшего комбинированное лечение, статистически значимое увеличение показателя ОФВ₁ (>12% исходного) возникло в 12 случаях (57,1%). В 3 случаях показатель не менялся, а в остальных 7 прирост составил 3-11%. 3 пациентам также пришлось на 4-6 сутки добавить противовоспалительную (дексаметазон, фенспирид) и другую бронхорасширяющую терапию В группе больных, получавших монотерапию небулайзером заметный прирост ОФВ₁ возник у 3 больных (15,8%), прирост колебался в пределах 3-11% – у 10 больных (52,6%) и 6 случаях (31,6%) показатель не менялся. Через 20 дней монотерапии АИ значимое увеличение ОФВ₁ не наступило ни в одном случае и только у 8 человек (40%) прирост его колебался в пределах 3-11%. Основные показатели ФВД и сатурация кислорода на фоне различных схем лечения больных ХОБЛ представлены в табл.3. ИВ первых двух группах статистически достоверное изменение их не возникло. Увеличение ФЖЕЛ, ОФВ₁ и МОС₅₀ возникли после комбинированной терапии через 20 дней. Увеличилась и сатурация O₂ (93,5±0,3% до и 95,3±0,4% – после курса лечения). Заметный эффект от терапии нами отмечен у больных ХОБЛ ср. степени тяжести. Из 10 больных ХОБЛ, получавших комбинированную терапию, лечение эффективно в 8 случаях (80%). Достоверное увеличение ОФВ₁ наступило у 2 больных ХОБЛ тяжелого течения и у 2 – легкого.

Статистически значимое увеличение после двадцатидневного курса лечения наступило со стороны ФЖЕЛ (65,9% до и 78,6% после лечения; p<0,05), ОФВ₁ (50,4% – до, 64,5% – после p<0,05), МОС₅₀ (31,7% – до, 48,8% – после лечения) только у больных, получавших комбинированное лечение (p<0,05). Статистически значимо увеличивался и показатель сатурации кислорода (93,5±0,3% – до, 95,3±0,4% – после лечения). На фоне комбинированной терапии, по сравнению с контрольными группами, койко-день сокращался в среднем на 3 дня, кашель, одышка облегчалась на 2-4 дня раньше. Кроме того, по сравнению с традиционным методом лечения, предложенный нами метод был экономичен (на курс лечения одного больного экономится от 300 до 500 рублей), абсолютно безопасен и не вызывал никаких побочных эффектов. АИТ в комплексе с ингаляцией 0,1% раствора атровента (0,5-1 мл) с помощью небулайзера является технологией, улучшающей бронхиальную проходимость при ХОБЛ. В качестве препарата для ингаляции через небулайзер рекомендуется беротек, сальбутамол и др.

Выводы. Ингаляция атровента с помощью небулайзера в комбинации с отрицательно заряженными АИ является более эффективным способом лечения ХОБЛ по сравнению с традици-

онными методами лечения. Побочных эффектов метод не вызывает. На курс лечения отрицательные АИ надо использовать ежедневно по 90 млрд. на сеанс, а на курс лечения – 20 сеансов.

Литература

1. Гольдштейн Н. И. // Сб. науч. тр. – Рига, 1988. – С. 80.
2. Григорьев С. П. и др. // РМЖ. – 2000. – № 6. – С. 44–46.
3. Григорьев С. П., Александров О. В. // РМЖ. – 2001. – № 3. – С. 22–25.
4. Зайцева О. Ю. Оптимизация аэроионотерапии в лечении больных хроническим обструктивным бронхитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 21 с.
5. Ибрагимов А. А. // Вопросы курортологии. – 1988. – № 3. – С. 40–43.
6. Мадаев В. В. Применение аэроионотерапии в комплексном лечении больных хроническим обструктивным бронхитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 22 с.
7. Минкаилон Э. К. Экологическая эпидемиология хронических болезней органов дыхания, ранняя диагностика и некоторые вопросы профилактики (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Махачкала, 2006. – 34 с.
8. Миррахимов М. М., Шогенцукова Е. А. Лечение бронхиальной астмы горным климатом. – Нальчик Эльбрус. – 1975. – 174 с.
9. Портнов Ф. Г. Электроаэрозольтерапия. – Рига: Зинната, 1976. – С. 110–112.
10. Чижевский А. Л. Аэроионификация в народном хозяйстве. – М., 1960.
11. Чучалин А. Г. // Пульмонология. – 1992. – № 1. – С. 5.
12. Di Bartolito C. G. et al. Evaluation of the effectiveness and acceptability of Foradil Aerolizer and Oxis-Turbuhaler in asthmatics. In Program and abstracts of the 96th International conference of the American Thoracic society. – Toronto, Canada, 2000.

УДК 616:521.615.2:615.835.3

ВЛИЯНИЕ ДИМЕФОСФОНА В КОМБИНАЦИИ С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ АЭРОИОНАМИ КИСЛОРОДА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

О. В. ДИКОВА*

Экзема – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, характеризуется своеобразной клинической картиной, наличием зуда, часто длительным рецидивирующим течением, резистентностью к терапии [5]. Дерматоз формируется в результате комплекса этиологических и патогенетических факторов [8]. Для развития заболевания имеют значение неврогенные, иммунные изменения, ведущие к аллергическому воспалению замедленного типа [1, 4], патологии ЖКТ и гепато-билиарной сферы с ферментопатиями, дискинезиями, дисбиозом кишечника, нарушением мембранного пищеварения и всасывания [11, 5, 12].

Интерес к аэроионотерапии (АИТ) обусловлен механизмом действия отрицательных аэроионов кислорода (АИ) – стимуляция местных метаболических процессов, расширение артериол и усиление локального кровотока, что активирует трофические и репаративные процессы в тканях; рост нервной проводимости кожи, снижающей болевую чувствительность; гибель микроорганизмов на поверхности кожи; активизация дифференцировки клеток эпидермиса и ускорение заживления ран [3]; стимуляция антиоксидантной системы [6]; иммунокорригирующее действие [10]. Димефосфон – диметилловый эфир 1,1-диметил-3-оксобоутилфосфоновой кислоты – оригинальный отечественный препарат, относящийся к классу монофосфатов. Он оказывает противовоспалительное, ранозаживляющее, антиагрегационное, антиадиотическое, антигистаминное и антисеротониновое действия [7, 13, 2]. Ведущим механизмом действия димефосфона является подавление им кальциево-зависимых процессов во внешней клеточной мембране и торможение мобилизации кальция из внутриклеточных депо, за счет чего димефосфон имеет мембраностабилизирующий эффект [13]. Учитывая сходство патогенетических звеньев развития экземы и механизмы действия отрицательных АИ кислорода и димефосфона, мы предложили получить эффект от их введения в комплекс стандартной терапии дерматоза, что дает новый подход к лечению заболевания.

Цель исследования – изучение влияния аэроионотерапии (АИТ), проводимой отрицательными аэроионами кислорода в комбинации с димефосфоном, на клиническое течение и некоторые показатели гомеостаза больных экземой.

Работа выполнена на базе ГУЗ «Мордовский Республиканский кожно-венерологический диспансер» – клинической базе курса кожных и венерических болезней ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева». Обследовано 93 больных экземой в возрасте от 16 до 78 лет, средний возраст – 42,18±9,54 лет. Из них мужчин – 82 (88,1%), женщин – 11 (11,9%). Были выделены 3 группы больных. I – группа сравнения, II и III – исследуемые группы. Контроль – 15 здоровых (мужчин – 12, женщин – 3) в возрасте 20–55 лет (ср. возраст – 38,4±10,2 лет).

Первая (I) – группа сравнения, включающая 57 больных, получала стандартную терапию (СТ) в соответствии с протоколами ведения больных (утверждены Ученым советом ГУ ЦНИК-ВИ и секцией №14 Ученого совета Минздрава РФ от 04.07.2000 г.). Вторая группа (II) – 21 больной, получивший на фоне стандартной АИТ ежедневными сеансами в 20 биологических доз при помощи электроэффлювиальной люстры А. Л. Чижевского в течение 14 дней. Третья группа (III) – 15 больных, получавших в составе комплексной терапии димефосфон (Д) по 1 столовой ложке 15% раствора внутрь ежедневно на протяжении 10 дней. Группу I составили 57 больных: мужчин – 49 (86%), женщин – 8 (14%) в возрасте от 19 до 64 лет (средний возраст – 39,98±15,08 лет). Все пациенты страдали микробной экземой, из них 38 больных (66,7%) – нуммулярной, 12 (21,1%) – микотической, 6 (10,5%) – варикозной, 1 (1,7%) – паратравматической. 43 (75,4%) пациента имели хронический кожный процесс со средней продолжительностью заболевания 6,13±0,95 лет. Наследственная отягощенность выявлена у 2 пациентов. II группа – 21 пациент в возрасте от 19 до 62 лет (средний возраст – 38,68±15,05 лет), среди которых было 18 (85,7%) мужчин и 3 (14,3%) женщины. У всех пациентов выявлена микробная экзема, из них у 13 больных (61,9%) – нуммулярная, у 6 (28,6%) – микотическая, у 2 (9,5%) – варикозная. У 15 (71,4%) пациентов патологический кожный процесс носил хронический характер со средней продолжительностью заболевания 7,72±1,14 лет. III группа – 15 пациентов (все мужчины) в возрасте от 39 до 60 лет (средний возраст – 49,1±10,34 лет). У всех диагностирована микробная экзема: у 9 (60,0%) – нуммулярная, у 3 (20,0%) – микотическая, у 2 (13,3%) – варикозная, у 1 (6,7%) – паратравматическая. Хронический процесс был у 11 больных (73,3%) со средним сроком заболевания 8,2±1,48 лет. Больные сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии с преобладанием патологии со стороны ЖКТ.

Патологический кожный процесс на момент поступления имел стадию обострения и был представлен симметричными очагами с островоспалительной отечной эритемой с везикуляцией, обильным мокнутием, с серозными и серозно-гнойными корочками. Субъективно больных беспокоил сильный зуд, чувство стягивания кожи, болезненность в мокнущих очагах.

Оценка проводимой терапии велась по динамике биохимических показателей. Значимыми были показателями оценивающие процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малоновый диальдегид (МДА) и индуцированный железом МДА (Fe-MDA), определяемые в плазме крови и эритроцитах реактивами фирмы «АГАТ» (М); индекс пероксидации (ИП) в плазме крови и эритроцитах – по формуле: каталаза / МДА; резерв липидов для перекисного окисления в плазме крови и эритроцитах (РЛПО) – вычисляли по формуле Д. И. Кузьменко и Б. И. Лаптева (1999): Fe-MDA – МДА / МДА×100%; показатель эндогенной интоксикации (ЭИ) – среднемолекулярные пептиды (СМП) – методом Габриэля Н. И. и Липатовой В. И. (1984); оценка состояния антиоксидантной защиты (АОЗ) велась по значениям каталазы (кат) в плазме крови и эритроцитах – по Королюк М. А. с соавт. (1988).

Результаты лечения оценивались: клиническое выздоровление – полное разрешение всех признаков воспаления кожи с образованием пятен вторичной пигментации; улучшение – разрешение симптомов заболевания на ≥50%, в очагах сохраняются умеренные отек кожи и эритема, единичные папуловезикулезные элементы и микроэрозии, покрытые корками; без эффекта – видимых изменений признаков нет. Данные обработаны методом вариационной статистики по критерию t Стьюдента по программе Excel путем расчета ср. арифметических (М) и ошибок средних (±m). Уровень значимости «нулевой» гипотезы отвергался, если

* Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Ульянова, 32 (35-46-59)