

Одновременно приходится учитывать ответную реакцию населения на процессы социального расслоения общества, снижения качества жизни, распада института семьи, сопровождающиеся ухудшением здоровья, ростом социально обусловленных заболеваний, «отклоняющимися» формами поведения детей и подростков, находящихся в сложной жизненной ситуации. Совершенно очевидна потребность переориентации здоровьесберегающей системы с принципов управления ЛПУ на принципы ее развития, в формировании определенного медико-социального компонента (создание медико-социальных отделений, внедрение в штаты должностей юрисконсультов, социальных работников, организующих деятельность по принципу социально-правового кабинета).

Выводы

В системе амбулаторно-поликлинической службы существует острая необходимость таких мероприятий, как:
— внедрение эффективных ресурсосберегающих форм для медико-социального обслуживания детей и подростков;

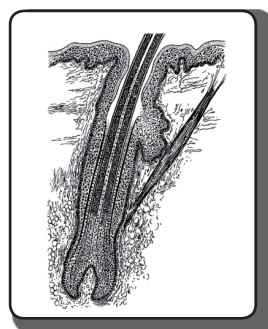
— введение в штаты детских поликлиник специалистов: медицинского психолога, юрисконсульта, социального работника, подросткового врача-терапевта;
— совершенствование профилактической, реабилитационной и социально-правовой деятельности участковых педиатров и врачей смежных специальностей.

Л и т е р а т у р а

1. Рзянкина М.Ф., Андриюшкина Е.Н. Мат-лы анкетного опроса руководителей педиатрической службы г. Хабаровска // Информационное письмо. Хабаровск, 2004. 21 с.
2. Основные показатели медицинской и финансово-хозяйственной деятельности муниципального здравоохранения г. Хабаровска по итогам 2003. Хабаровск, 2004. 174 с.
3. Чичерин М.П., Линденбратен А.Л., Мискевич И.А. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. №1. С. 46-50.
4. Мыльникова И.С. // Главный врач. 2003. №1. С. 71-73.



Кожные и венерические болезни



УДК 616. 521 - 022. 7 : 678.048 : 615.831.6

В.А. Доровских, С.Г. Лыкова, Л.Н. Федотова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ЭМОКСИПИНА В ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

*Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск;
Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск*

Медицинская и социальная значимость проблемы хронических дерматозов несомненна. Экзема относится к распространенным заболеваниям кожи. По данным Ю.К. Скрипкина и соавт. (1991), А.А. Даниловой (1999),

экзема встречается в 10-40% всех случаев острых и хронических поражений кожных покровов. Временная нетрудоспособность больных экземой составляет 36% от всех трудопотерь при дерматозах [6, 10].

Одной из наиболее часто встречающихся разновидностей данного дерматоза является микробная экзема — своеобразная аллергическая реакция сенсibilизированной кожи к продуктам распада микроорганизмов и их токсинам, развивающаяся на фоне длительно существующего воспалительного очага при нарушении важнейших регуляторных систем организма [8].

Трудности в лечении и реабилитации больных микробной экземой известны каждому дерматологу. Несмотря на достигнутые в последние годы определенные успехи, эффективное лечение больных микробной экземой относится к труднейшим задачам практической дерматологии. Это связано с многочисленными этиологическими факторами, недостаточно изученным патогенезом. Известные к настоящему времени методы лечения микробной экземы не всегда в достаточной мере обеспечивают благоприятное течение кожного процесса [6, 9-11].

По современным представлениям, среди многочисленных механизмов развития экземы большое значение имеют повреждение клеточных мембран и дисметаболические сдвиги, обусловленные активизацией перекисного окисления липидов (ПОЛ) в результате депрессии антиоксидантной защиты (АОЗ) [3, 4].

В целях коррекции оксидантного стресса у больных микробной экземой мы использовали эмоксипин. Эмоксипин — высокоэффективный синтетический водорастворимый антиоксидант из группы 3-оксипиридина, структурный аналог витамина В6. Обладает антирадикальной и антиокислительной активностью, обрывая цепь окисления, тормозя образование предшественников биологически активных соединений [5].

Большие возможности открывает использование в дерматологической практике лазерного излучения, обладающего уникальными свойствами и многообразным действием.

Низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) снижает перекисное окисление липидов, стимулирует эндогенные антиоксидантные системы защиты, за счет чего увеличиваются резервные возможности организма и его способность адаптироваться к факторам внешней среды [1, 2, 13]. Учитывая сказанное, мы включали в комплексную терапию больных микробной экземой низкоинтенсивное лазерное излучение.

Цель исследования — оптимизация лечения больных микробной экземой на основе оценки действия антиоксиданта эмоксипина в сочетании с низкоинтенсивным лазерным излучением в комплексной терапии дерматоза.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 128 пациентов в возрасте от 20 до 77 лет (средний возраст — $46,5 \pm 1,6$ г.), страдающих микробной экземой, за период с 2002 по 2006 г.

Критерии исключения: пациенты с инфекционными заболеваниями, злокачественными новообразованиями, с тяжелой соматической патологией.

Больные с микробной экземой были разделены на основную группу и группу сравнения. В группу сравнения вошли 30 пациентов, которые получали стандартное лечение. Основную группу составили 98 пациентов, которые в зависимости от метода лечения были распре-

Резюме

В настоящей статье представлены результаты исследования процессов перекисного окисления липидов у пациентов, страдающих микробной экземой. В период обострения процесса выявлена интенсификация процессов СРО во всех группах наблюдения. В качестве метода патогенетической терапии предложен эмоксипин и низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ). Использование данного метода у больных с различными вариантами микробной экземы выявило хороший лабораторный и клинический эффект.

V.A. Dorovskikh, S.G. Lykova, L.N. Fedotova

EFFECTIVENESS OF COMBINED USAGE OF LOW INTENSIVE LASER RADIATION AND ANTIOXIDANTS IN COMPLEX TREATMENT OF MICROBIAL ECZEMA

*Amur State medical Academy, Blagoveschenck;
Novosibirsk State medical University, Novosibirsk*

Summary

In this article results of the study of lipid peroxidation in patients suffering from microbial eczema are presented. FRO intensified activity was revealed at the stage of acute inflammation in groups. Antioxidant emoxypin and low intensive laser radiations (LILR) are offered to be used for pathogenic therapy of microbial eczema. Positive clinical and laboratory effects of this therapy in patient with different types of microbial eczema have been revealed.

делены на 3 подгруппы. В I подгруппу вошли 32 пациента, объем терапии состоял из стандартного лечения и сеансов НИЛИ; II подгруппа представлена 32 пациентами, которые получали стандартную терапию и эмоксипин. В III подгруппе, состоящей из 34 пациентов, кроме стандартной терапии и эмоксипина больные получали сеансы НИЛИ. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых людей такого же возраста, без признаков острых и хронических заболеваний. По возрасту, половым признакам и клиническим параметрам группы были сопоставимы.

Стандартное лечение включало в себя назначение десенсибилизирующих, антигистаминных препаратов, энтеросорбентов. Наружная терапия определялась особенностями клинической картины. Эмоксипин назначали пациентам II и III подгрупп. Препарат применяли в суточной дозе 1 мл в виде внутримышечных инъекций 1% водного раствора 2 раза в сут на протяжении 14 дн.

Сеансы лазерной терапии проводились пациентам I и III подгрупп основной группы. НИЛИ представлено гелий-неоновым лазером, длина волны — 0,63 мкм, мощность излучения на выходе световода — 20 мВт. Время облучения составляло 12-15 мин ежедневно, в течение 10-14 дн. Облучение проводилось непосредственно в очаге поражения от периферии к центру.

С целью стандартизации диагностических приемов при оценке клинических симптомов экземы применялся Дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС) (Н.Г. Кочергин, 2001). Индексировались девять симп-

Таблица 1

Динамика показателей состояния ПОЛ
в исследуемых группах (М±m)

Показатели ПОЛ	Группа сравнения (n=30)	Подгруппа основной группы		
		I (n=32)	II (n=32)	III (n=34)
До лечения				
МДА (нм/мл)	4,31±0,06	4,35±0,05	4,33±0,07	4,35±0,06
ДК (нм/мл)	34,8±3,1	35,6±0,02	35,2±2,3	34,8±2,4
7 сут				
МДА (нм/мл)	4,83±0,05	4,68±0,06	3,91±0,02	3,26±0,02
ДК (нм/мл)	37,2±0,8	38,1±0,06	30,6±0,05	23,7±0,18
14 сут				
МДА (нм/мл)	4,11±0,06	3,91±0,02	3,06±0,02	2,23±0,08
ДК (нм/мл)	33,4±3,2	34,7±0,04	28,2±0,06	16,9±1,4

томов: эритема, отек, зуд, папулы, сухость, шелушение, трещины, лихенизация и мокнутие [7]. Для оценки тяжести клинического течения МЭ применялся вариант индекса оценки тяжести МЭ (ИОТМЭ) (Т.Б. Соколова, С.А. Григорян, 2005), в основе которого шесть клинических проявлений заболевания: эритема, мокнутие, инфильтрация, импетигнизация, увеличение лимфатических узлов, площадь очагов поражения. ИОТМЭ равнялся сумме баллов, оценивающих каждый из шести клинических проявлений заболевания, что составило от 3 до 36. В соответствии с ИОТМЭ выделили три степени тяжести МЭ: легкую (до 15 баллов), среднюю (от 16 до 25 баллов) и тяжелую (более 25 баллов) [11].

В данной работе для оценки процессов ПОЛ и АОС у пациентов использовался комплекс биохимических методик, позволивший в динамике (до, во время и после лечения) исследовать МДА, ДК, КА, ЦП, Г6-ФДГ по содержанию их в сыворотке венозной крови. Для определения исходного уровня показателей ПОЛ и АОС у больных МЭ забор крови осуществлялся в 1 сут со дня поступления в стационар. Для оценки динамики исследуемых показателей забор крови проводился на 7 и 14 сут.

Результаты подвергались статистическому анализу с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Из общего количества больных мужчин было 102 (79,68%) чел., возраст от 26 до 77 лет; женщин — 26 (20,32%) чел., возраст от 20 до 65 лет. По половому признаку среди обследованных пациентов преобладали мужчины — в 4 раза (79,68%). Среди обследованных пациентов городские жители составили 76,56% (98 чел.), сельские — 23,44% (30 чел.). Работоспособная группа населения составила 78%.

Жалобы при поступлении были на наличие высыпаний в виде гиперемии, гнойничков, мокнутия и отека, шелушение и на сопровождающие эти проявления субъективные ощущения в виде болезненности, жжения и зуда. У половины больных отмечалось повышение температуры тела.

В обследуемых группах количество больных МЭ с длительностью заболевания 1 год составило 67 (53,4%) больных, от 1 г. до 5 лет страдали заболеванием 25 (19,5%) больных, от 5 до 10 лет — 21 (16,4%) пациент.

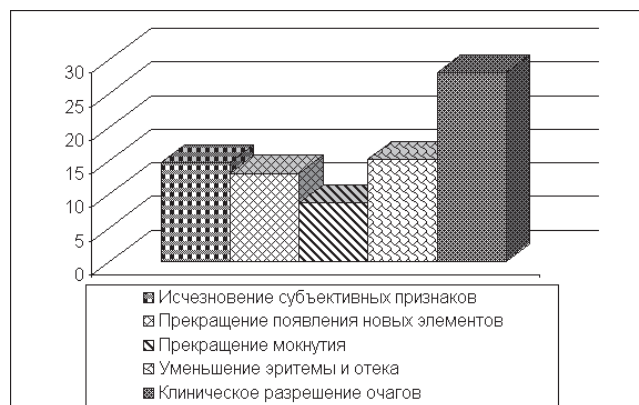


Рис. 1. Динамика клинической картины больных микробной экземой на фоне стандартной терапии (группа сравнения) (сроки лечения, дн.)

Свыше 10 лет микробная экзема наблюдалась у 15 (11,%) больных.

Наибольший удельный вес среди клинических вариантов МЭ занимала паратравматическая экзема — 67 (52,34%) больных; второе место — нуммулярная экзема — 23 (17,96%) пациента, у 14 больных (10,93%) наблюдались проявления микотической экземы, у 13 (10,15%) — варикозной экземы, у 8 (6,25%) больных — сикозиформной экземы, и в 3 (2,34%) случаях была диагностирована экзема сосков и пигментного кружка.

Клиническое обследование позволило у 78% наших больных констатировать разнообразную соматическую патологию: заболевания желудочно-кишечного тракта у 28 (30,8%) пациентов, болезни ЛОР-органов — у 15 (13,2%) пациентов, заболевания ССС и варикозная болезнь вен нижних конечностей (12,1 и 12,1%), эндокринопатии.

Результаты биохимических исследований представлены в табл. 1. Как видно из таблицы, до лечения у больных микробной экземой в крови повышен исходный уровень продуктов перекисного окисления липидов — малонового диальдегида и диеновых конъюгатов (в контрольной группе МДА — 2,21±0,07 нм/мл, ДК — 16,7±1,2 нм/мл).

На фоне обострения микробной экземы исследуемые компоненты АОЗ мало отличаются от таковых у здоровых, демонстрируя: незначительное повышение активности КТ (на 6%), незначительное повышение активности Г-6-ФДГ и уменьшение концентрации ЦП (на 15%). И со стороны Г-6-ФДГ также наблюдается незначительная тенденция к уменьшению активности. Концентрация ЦП уже достоверно ($p<0,01$) ниже показателя здоровых (на 31 %). Это указывает на определенную роль исследуемых продуктов ПОЛ и АОЗ в генезе патологических изменений у больных микробной экземой.

Стандартное лечение (группа сравнения) способствовало положительным сдвигам в крови больных определяемых продуктов ПОЛ. Однако после лечения достоверной нормализации уровня МДА и ДК не произошло.

Полученные результаты биохимических исследований пациентов I и II подгрупп, получавших отдельную терапию НИЛИ и эмоксипином на фоне стандартной терапии, указывают на более низкий уровень процессов свободнорадикального окисления, в отличие от группы пациентов, получавших сочетанную терапию НИЛИ и эмоксипином. Комплексное лечение больных микробной

Таблица 2

**Клинические показатели в исследуемых группах
(сроки лечения, дн.) (M±m)**

Критерии клинической оценки	Группа сравнения (n=30)	I под-группа (n=32)	II под-группа (n=32)	III под-группа (n=34)
Исчезновение субъективных признаков	14,7±1,8	12,1±1,2	10,6±1,5	7,3±1,2
Прекращение появления новых элементов	13,1±1,2	9,2±1,8	6,3±1,2	4,1±0,5
Прекращение мокнутия	8,7±1,2	5,6±0,5	6,1±1,2	3,3±1,2
Уменьшение эритемы и отека	15,2±1,1	11,3±1,5	9,2±1,4	7,6±0,8
Клиническое разрешение очагов поражения	28,0±1,9	23,5±1,2	19,5±1,1	16,2±1,5

экземой эмоксипином и НИЛИ оказало благоприятное воздействие на изучаемые показатели. После лечения уровень исследуемых показателей ПОЛ практически не отличался от контроля здоровых ($p < 0,05$).

Оценка эффективности предложенного комплексного метода лечения больных микробной экземой основывалась на сравнительном анализе клинических проявлений. При анализе клинической картины в процессе стандартного лечения МЭ у больных в группе сравнения получены результаты, представленные на рис. 1. Динамика клинической картины в исследуемых группах представлена в табл. 2.

При сравнительном анализе клинической картины в процессе лечения больных микробной экземой отмечена более быстрая стабилизация состояния и выраженная положительная динамика кожных проявлений ($p < 0,05$) в III подгруппе (НИЛИ и эмоксипин), в сравнении с группой пациентов, получавших стандартную терапию (рис. 2). После комплексной терапии (эмоксипин+НИЛИ) клиническое выздоровление констатировано у 12 (35,2%) чел., значительное улучшение — у 8 (24,5%), улучшение — у 6 (17,6%) из 34 больных. После стандартной терапии клиническое выздоровление отмечено у 4 (13,3%), значительное улучшение — у 3 (10%), улучшение — у 6 (20%) из 30 больных. Следовательно, хорошие клинические результаты получены при комплексной терапии у 77,3% пациентов против 43,3% при традиционной. Снижение ДИШС в процессе лечения традиционной терапией (группа сравнения) носило менее выраженный (31,4%) характер по сравнению с соответствующими показателями у пациентов III подгруппы (62,2%). Сроки пребывания больных на стационарном лечении в группе сравнения составили $22,6 \pm 0,5$ к/дн., в III подгруппе (эмоксипин+НИЛИ) — $15,05 \pm 0,6$ к/дн. Таким образом, клиническое выздоровление у пациентов III подгруппы основной группы наступало на $7,3 \pm 1,2$ дн. раньше, чем в группе сравнения (стандартное лечение).

Выводы

1. У больных микробной экземой отмечается активация процессов перекисного окисления липидов (по показателям ДК и МДА) на фоне снижения активности эндогенных антиоксидантов (КА, ЦП, Г-6-ФДГ).
2. Комплексное применение эмоксипина и низкоинтенсивного лазерного излучения в терапии микробной

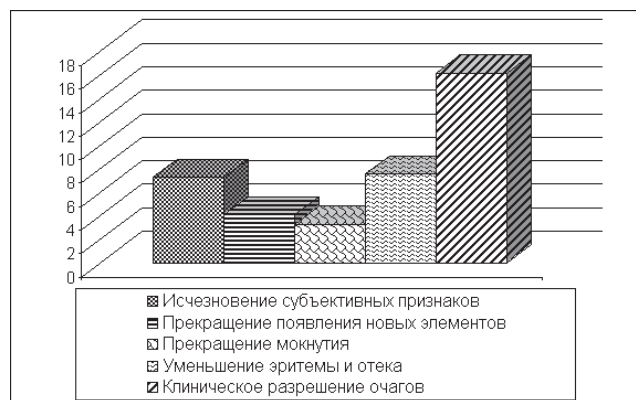


Рис. 2. Динамика клинической картины больных микробной экземой при использовании НИЛИ и эмоксипина на фоне стандартной терапии (III подгруппа основной группы) (сроки лечения, дн.)

экземы на фоне стандартного лечения обладает выраженной антиоксидантной активностью.

3. Применение антиоксиданта эмоксипина и НИЛИ в терапии микробной экземы способствует повышению эффективности комплексного лечения, согласно общей оценке клинических (ДИШС), и сокращению сроков лечения в 1,6-1,8 раза в сравнении с общепринятой стандартной терапией.

4. Предложенный способ лечения больных микробной экземой удобен и прост для реализации и может быть использован как в клинических, так и в амбулаторных условиях.

Практические рекомендации

В качестве дополнительных методов диагностики тяжести течения микробной экземы у взрослых целесообразно определять в крови содержание малонового диальдегида (МДА), как одного из основных маркеров активации процессов ПОЛ, с целью выяснения необходимости назначения курса антиоксидантной терапии и определения эффективности проводимого лечения. Показанием к назначению антиоксидантов при обострении микробной экземы служит повышенное содержание МДА в крови ($4,31$ нм/мл и выше). Одним из критериев эффективности, наряду с положительной клинической динамикой, может считаться снижение показателя концентрации МДА в крови ниже $4,31$ нм/мл.

2. Разработанный новый способ лечения с применением эмоксипина и НИЛИ показан больным микробной экземой всех возрастных групп при хроническом течении, при частых рецидивах, толерантности к общепринятой терапии.

3. Коррекция эмоксипином и НИЛИ процессов перекисного окисления липидов может служить критерием эффективности проводимого лечения и прогностическим признаком дальнейшего благоприятного течения дерматоза.

Л и т е р а т у р а

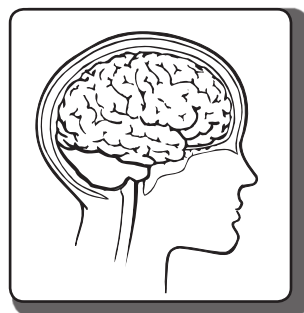
1. Бриль Г.Е. // Лазерная медицина. 1997. Т. 1. № 1. С. 39-42.
2. Бородин, Е.А. // Нейрофармакология на рубеже двух тысячелетий. СПб., 1992. Т. 1. С. 68.
3. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М.: Наука, 1972. 320 с.

4. Гуляй П.Д., Царикович В.С., Конча А.И. // Мат-лы междунауч. конф. Гродно, 1993. С. 394.
5. Гуськова Т. А., Либерман С.С. // Молекулярно-биологические проблемы создания лекарственных средств и изучение их механизма действия. М., 1994. С. 8-11.
6. Данилова А.А. Экзема // Consilium Medicum. 2005. Т. 11. №4. С. 165-168.
7. Кочергин Н.Г., Кочергин С.Н. // Тезисы докл. VIII Всерос. съезда дерматовенерологов. М., 2001. С. 148-149.
8. Новиков Г.М. Экзема (роль нарушений иммунитета, эндокринной системы и клеточных мембран; клинические и экспериментальные исследования; мето-

- ды лечения): Дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск, 1987. 392 с.
9. Прохоренков В.И., Яковлева Т.А. Экзема. Красноярск: Офсет, 1994.
10. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М.: Трида-Х, 1999.
11. Соколова Т.В. // Рос. журнал кожных и венерических болезней. 2007. № 1. С. 15-17.
12. Хазизов И.Е. // Вестн. дерматологии и венерологии. 1991. №5. С. 4-6.
13. Ягодвик Н.З., Дюба В.М., Мостовников В.А. и др. // Лазерная техника и лазерная медицина: III Дальневост. науч.-практ. школа-семинар. Хабаровск, 1989. С. 21-23.



Неврология и психиатрия



УДК 616 - 001 : 611.81 : 612.352.12 : 612.349.8

В.В. Унжаков

НОВЫЙ МЕТОД СТАБИЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

ГУЗ «Краевая клиническая больница №2», г. Хабаровск

Гипергликемия у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) вызывается острым нарушением метаболизма глюкозы, некоторые авторы называют это состояние «малым хирургическим диабетом» [1]. Основной причиной является чрезмерная симпатoadrenalовая активация [7]. Выраженная стойкая гипергликемия ухудшает прогноз заболевания и является одной из причин вторичного повреждения мозга, вероятно, за счет развития лактат-ацидоза [8, 9]. Сложилось стойкое мнение, что у пациентов с острыми повреждениями головного мозга различного генеза растворы глюкозы следует

применять только в случае гипогликемии [6, 10]. Методы лечения нарушений углеводного обмена у больных с черепно-мозговой травмой разработаны недостаточно. В данной публикации представлен новый метод коррекции гипергликемии у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы

В основе разработанного нами метода коррекции гликемии лежит представление о том, что количество образующегося углекислого газа взаимосвязано с коли-