

## Препарат метаболического типа действия в лечении хронических дерматозов

О. В. Дикова, Е. Э. Чачанидзе, С. Б. Пьянзина

Курс кожных и венерических болезней ГОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н. П. Огарева», Саранск

### Резюме

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния эмоксипина — препарата метаболического типа действия — на динамику клинической картины, некоторых показателей гуморального иммунитета и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у больных atopическим дерматитом (АД), вульгарным псориазом, микробной экземой. Обследовано 232 больных за период с 2000 по 2005 гг. с определением иммуноглобулиновых фракций и ЦИК малого диаметра; оценивалась динамика патологического кожного процесса с использованием стандартных индексов SCORAD (для АД) и PASI (для вульгарного псориаза). Получены данные о нарушении иммунного гомеостаза при изучаемых хронических дерматозах и достоверной коррекции значений ЦИК при вульгарном псориазе и микробной экземе, IgM при микробной экземе. Показана клиническая эффективность эмоксипина, введенного в состав комплексной терапии АД, вульгарного псориаза и микробной экземы. Таким образом, включение эмоксипина в состав комплексной терапии АД, вульгарного псориаза и микробной экземы является патогенетическим и клинически обоснованным.

**Ключевые слова:** atopический дерматит, псориаз, экзема, иммунитет, эмоксипин.

### Введение

Atopический дерматит (АД), псориаз, экзема — наиболее распространенные дерматозы, характеризующиеся длительным, упорным течением с частыми рецидивами [1]. Актуальность и значимость изучаемой проблемы несомненны. На долю псориаза приходится от 0,1 до 8% всех кожных заболеваний, им страдает до 3% населения земного шара [2]; заболеваемость АД составляет от 3 до 10% среди детского населения всего мира [3]; на долю экземы приходится до 40% всех дерматологических больных [4]. Механизмы, участвующие в развитии псориаза, экземы и АД, многообразны и имеют много общего: генетическая предрасположенность и психо-эмоциональная зависимость [5]; инфекционно-аллергическая настроенность [6]; иммунные и метаболические нарушения; изменения состояния антиоксидантной системы (АОС) и наличие синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) [7, 8].

Учитывая неясность этиологии и патогенеза, постоянный рост заболеваемости (особенно для псориаза и АД — в детском возрасте), значительный рост тяжелых, резистентных к традиционной терапии форм дерматозов (псориазического артрита, эритродермии), нередко приводящих к инвалидизации пациентов тру-

доспособного возраста, проблема поиска новых средств и методов лечения данных патологий особо актуальна.

Целью настоящей работы явилось исследование влияния эмоксипина — препарата метаболического типа действия — на динамику клинической картины, некоторых показателей гуморального иммунитета и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у больных АД, псориазом, экземой.

### Материал и методы

Работа выполнена на базе ГУЗ «Мордовский Республиканский кожно-венерологический диспансер» г. Саранска. Обследовано 232 больных (156 — мужчин, 76 — женщин) за период с 2000 по 2006 гг. Среди обследованных больных: 40 — с АД (27 мужчин (67,5%), 13 женщин (32,5%)) в возрасте от 17 до 58 лет (средний возраст —  $37,5 \pm 0,15$  лет); 115 — с вульгарным псориазом (66 мужчин (57,4%), 49 женщин (42,6%)) в возрасте от 17 до 65 лет (средний возраст —  $41,2 \pm 0,17$  лет); 77 — с острой и хронической формами микробной экземы (63 мужчины (81,8%), 14 женщин (18,2%)) в возрасте от 20 до 78 лет (средний возраст —  $49,06 \pm 3,66$  лет).

Исследуемые больные были распределены на 6 групп. Первые три — группы сравнения — 167 больных. I — 25 больных АД, II —

О. В. Дикова — к. м. н., доцент.

85 больных вульгарным псориазом, III — 57 больных микробной экземой, получивших стандартное лечение, предусмотренное протоколами ведения больных от 2001 года. Вторые три — исследуемые группы — 65 больных. IV группа — 15 больных АД, V — 30 больных вульгарным псориазом, VI — 20 больных микробной экземой, которым после заполнения листа информированного согласия в комплекс стандартного лечения был дополнительно введен эмоксипин внутримышечно по 3,0 мл 1%-го раствора один раз в сутки в течение 10 дней.

Больные I и IV, II и V, III и VI групп были сопоставимы, соответственно, по полу, возрасту, давности патологического кожного процесса, наличию сопутствующей патологии с преобладанием патологии желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы. Контрольную группу составили 22 клинически здоровых донора.

Эффективность проводимой терапии оценивалась иммунологическим методом с определением иммуноглобулиновых фракций и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) малого диаметра и клиническим наблюдением. Для определения степени тяжести и эффективности проводимой терапии нами использовались индексы SCORAD (для АД) и PASI (для псориаза).

## Результаты

Согласно нашим данным, при АД уровень IgA у больных I группы до лечения превышал значения доноров на 28% ( $p_1 < 0,05$ ), к концу стандартной терапии (СТ) возрос на 48,6% ( $p < 0,05$ ), став выше значений контрольных цифр в 1,9 раза ( $p_2 < 0,01$ ). В IV группе при дополнительном назначении эмоксипина показатель возрастал в меньшей степени ( $p_2 < 0,05$ ) (табл. 1). Уровень IgM у больных I группы до лечения превышал данные здоровых доноров на 79% ( $p_1 < 0,01$ ), у больных IV группы — на 43% ( $p < 0,01$ ). На фоне проведенной терапии динамика показателя была сходной, при этом в I группе уровень IgM снизился на 37% ( $p < 0,001$ ), в IV — на 13% ( $p > 0,05$ ). Значения IgG у больных I группы изначально превышали показатель здоровых доноров на 19% ( $p < 0,05$ ), у больных IV группы — на 28% ( $p < 0,01$ ). В процессе проводимой терапии показатель вырос в I группе на 12,7% ( $p > 0,05$ ), в IV — на 19,3% ( $p < 0,05$ ), став выше значений контроля соответственно в I и IV группах на 34% ( $p_2 < 0,01$ ) и 53% ( $p_2 < 0,001$ ). Уровень ЦИК у больных I и IV групп оставался ниже цифр сравнения (табл. 1).

Индекс SCORAD до лечения у больных I и IV групп соответствовал  $40,65 \pm 5,24$  и  $46,43 \pm 2,1$ . Через две недели и по окончании лечения на

фоне стандартной терапии показатель составил соответственно  $28,05 \pm 4,24$  ( $p > 0,05$ ) и  $21,38 \pm 4,87$  ( $p > 0,05$ ). На фоне дополнительного применения эмоксипина динамика была более выраженной:  $22,49 \pm 1,11$  ( $p < 0,001$ ) и  $6,86 \pm 2,35$  ( $p < 0,001$ ).

Данные объективного наблюдения показали, что улучшение клинической картины (уменьшение зуда, гиперемии, инфильтрации очагов поражения) у больных I группы наступило на  $8,7 \pm 3,1$  день от начала лечения, у больных IV группы — на  $7,86 \pm 2,12$  день при средней продолжительности госпитализации  $29,0 \pm 3,2$  койко-дней (у больных IV группы —  $24,6 \pm 2,3$ ). 7 больных в I группе (28%) против 8 (53%) (IV группа) выписаны с клиническим выздоровлением.

У больных вульгарным псориазом во II группе уровень IgA до лечения превышал данные контроля на 42% ( $p < 0,05$ ), в V группе — на 35% ( $p > 0,05$ ). На фоне лечения показатели достоверно не менялись. Уровень IgM у больных II группы был изначально выше значений доноров на 70% ( $p < 0,01$ ), в V группе — на 76% ( $p < 0,01$ ). К окончанию лечения показатели снижались незначительно ( $p > 0,05$ ), оставаясь выше контрольных цифр ( $p < 0,05$ ). Уровень IgG сохранялся в пределах значений здоровых доноров. Уровень ЦИК до лечения в сравниваемых группах был повышен соответственно в 2,5 и 2,7 раза ( $p < 0,001$ ). При дополнительном назначении эмоксипина, в отличие от больных II группы, содержание ЦИК к моменту завершения лечения достоверно снижалось ( $p < 0,001$ ) (табл. 2).

Клинический индекс PASI у больных псориазом на фоне применения эмоксипина снизился к концу проводимой терапии с  $18,7 \pm 0,64$  до  $3,1 \pm 0,41$  ( $p < 0,001$ ), на фоне стандартной терапии — с  $17,64 \pm 1,44$  до  $5,54 \pm 0,73$  ( $p < 0,001$ ). Начало улучшения патологического кожного процесса у больных V группы наступило на 17,8 день (у больных II группы — на 23,3 день). Продолжительность стационарного лечения составила 32 и 36 койко-дней соответственно, при 30% против 12% выписанных с клиническим выздоровлением больных в V и II группах наблюдения.

Показатели гуморального иммунитета и ЦИК у больных острой и хронической формами микробной экземы не имели достоверных различий, поэтому рассматривались вместе. Согласно нашим данным, уровень IgA у больных III и VI группы на фоне лечения не отличался от данных при поступлении ( $p > 0,05$ ). Уровень IgM у больных III группы до лечения превышал значения контроля на 50% ( $p < 0,001$ ), у больных VI группы — на 40% ( $p < 0,05$ ). К концу лечения в III группе показатель не менялся

Таблица 1. Влияние эмоксипина на некоторые показатели гуморального иммунитета и циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) у больных атопическим дерматитом ( $M \pm m$ )

| Показатели   | Доноры      | Результаты                  |                              |  |   |
|--------------|-------------|-----------------------------|------------------------------|--|---|
|              |             | до лечения                  |                              | после лечения                              |   |
|              |             | СТ                          | СТ+Э                         | СТ   | СТ+Э  |
| IgA, %       | 197,9±8,4   | 253,8±26,5<br>$p_1 < 0,05$  | 200,2±26,5<br>$p_1 > 0,05$   | 377,1±55,5<br>$p < 0,05$<br>$p_1 < 0,01$   | 349,3±67,2<br>$p < 0,05$<br>$p_1 < 0,05$    |
| IgM, %       | 113,0±5,3   | 202,6±29,7<br>$p_1 < 0,01$  | 161,8±15,5<br>$p_1 < 0,01$   | 127,1±16,2<br>$p < 0,001$<br>$p_1 > 0,05$  | 141,3±13,7<br>$p > 0,05$<br>$p_1 > 0,05$    |
| IgG, %       | 1193,0±68,0 | 1419±94,0<br>$p_1 < 0,05$   | 1532,0±103,0<br>$p_1 < 0,01$ | 1599,0±112,0<br>$p > 0,05$<br>$p_1 < 0,01$ | 1829,0±168,0<br>$p > 0,05$<br>$p_1 < 0,001$ |
| ЦИК, усл. ед | 48,3±3,7    | 18,50±2,50<br>$p_1 < 0,001$ | 13,75±2,58<br>$p_1 < 0,001$  | 18,44±3,58<br>$p > 0,05$<br>$p_1 < 0,001$  | 13,33±3,17<br>$p > 0,05$<br>$p_1 < 0,001$   |

Примечание. СТ – стандартная терапия (I группа); СТ+Э – стандартная терапия + эмоксипин (IV группа); достоверность различия  $p$  рассчитана к данным до лечения;  $p_1$  – к данным здоровых доноров.

Таблица 2. Влияние эмоксипина на некоторые показатели гуморального иммунитета и циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) у больных псориазом ( $M \pm m$ )

| Показатели   | Доноры      | Результаты                  |                             |   |  |
|--------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
|              |             | до лечения                  |                             | после лечения                             |  |
|              |             | СТ                          | СТ+Э                        | СТ  | СТ+Э                                       |
| IgA, %       | 197,9±8,4   | 281,1±51,3<br>$p_1 < 0,05$  | 267,2±44,9<br>$p_1 > 0,05$  | 276,2±46,8<br>$p > 0,05$<br>$p_1 < 0,05$  | 264,7±44,5<br>$p > 0,05$<br>$p_1 > 0,05$   |
| IgM, %       | 113,0±5,3   | 195,8±26,4<br>$p_1 < 0,01$  | 198,9±27,9<br>$p_1 < 0,01$  | 182,7±26,5<br>$p > 0,05$<br>$p_1 < 0,01$  | 179,8±29,8<br>$p > 0,05$<br>$p_1 < 0,05$   |
| IgG, %       | 1193,0±68,0 | 1236,0±74,0<br>$p_1 > 0,05$ | 1184±91<br>$p_1 > 0,05$     | 1264,0±79,0<br>$p > 0,05$<br>$p_1 > 0,05$ | 1209,0±133,0<br>$p > 0,05$<br>$p_1 > 0,05$ |
| ЦИК, усл. ед | 48,3±3,7    | 119,5±8,9<br>$p_1 < 0,001$  | 132,0±16,1<br>$p_1 < 0,001$ | 113,0±13,5<br>$p > 0,05$<br>$p_1 < 0,001$ | 92,3±10,1<br>$p < 0,05$<br>$p_1 < 0,001$   |

Примечание. СТ – стандартная терапия; СТ+Э – стандартная терапия + эмоксипин; достоверность различия  $p$  рассчитана к данным до лечения;  $p_1$  – к данным здоровых доноров.

Таблица 3. Влияние эмоксипина на некоторые показатели гуморального иммунитета и ЦИК у больных экземой ( $M \pm m$ )

| Показатели   | Доноры      | Результаты                  |                              |   |  |
|--------------|-------------|-----------------------------|------------------------------|---|--|
|              |             | до лечения                  |                              | после лечения                             |  |
|              |             | СТ                          | СТ+Э                         | СТ  | СТ+Э                                       |
| IgA, %       | 197,9±8,4   | 202,8±16,2<br>$p_1 > 0,05$  | 327,1±41,8<br>$p_1 < 0,001$  | 214,3±12,0<br>$p > 0,05$<br>$p_2 > 0,05$  | 252,3±37,5<br>$p > 0,05$<br>$p_2 < 0,001$  |
| IgM, %       | 113,0±5,3   | 168,2±14,4<br>$p_1 < 0,001$ | 157,9±9,5<br>$p_1 < 0,05$    | 149,8±9,5<br>$p > 0,05$<br>$p_2 < 0,001$  | 115,5±20,4<br>$p < 0,05$<br>$p_2 > 0,05$   |
| IgG, %       | 1193,0±68,0 | 1173,0±65,0<br>$p_1 > 0,05$ | 1155,0±110,0<br>$p_1 > 0,05$ | 1267,0±60,0<br>$p > 0,05$<br>$p_2 > 0,05$ | 1327,0±106,0<br>$p > 0,05$<br>$p_2 > 0,05$ |
| ЦИК, усл. ед | 48,3±3,7    | 78,0±3,2<br>$p_1 < 0,001$   | 95,3±6,1<br>$p_1 < 0,001$    | 68,9±7,2<br>$p > 0,05$<br>$p_2 < 0,05$    | 75,1±6,0<br>$p < 0,05$<br>$p_2 < 0,001$    |

Примечание. СТ – стандартная терапия; СТ+Э – стандартная терапия + эмоксипин; достоверность различия  $p$  рассчитана к данным до лечения;  $p_1$  и  $p_2$  – к данным здоровых доноров.

( $p > 0,05$ ), а в VI группе снизился на 26,9% ( $p < 0,05$ ). Значения IgG у больных III и VI групп в процессе проводимой терапии имели лишь тенденцию к росту ( $p > 0,05$ ). Изначально высокий показатель ЦИК у больных III (выше контроля в 1,6 раза ( $p < 0,001$ )) и VI групп (выше контроля в 1,97 раза ( $p < 0,001$ )), под влиянием терапии достоверно снижался только на фоне дополнительного применения эмоксипина ( $p < 0,05$ ) (табл. 3).

В группе больных с экземой, получавших эмоксипин в комплексной терапии, начало улучшения кожного процесса наступило на  $3,73 \pm 0,36$  день (при СТ на  $5,63 \pm 0,57$  день,  $p < 0,01$ ). Клиническое выздоровление отмечено у 70% больных (при СТ — у 60%) при сокращении сроков стационарного лечения на 1 койко-день ( $23,7 \pm 1,6$  против  $24,8 \pm 2,5$ ).

### Обсуждение

Таким образом, у больных атопическим дерматитом, вульгарным псориазом и микробной экземой выявлены нарушения иммунного гомеостаза: при вульгарном псориазе и атопическом дерматите — высокие значения IgA и IgM, при микробной экземе — IgM; повышение уровня ЦИК при вульгарном псориазе и микробной экземе. Дополнительное введение в комплекс стандартной терапии дерматозов препарата метаболического типа действия эмок-

сипина привело при вульгарном псориазе к достоверному снижению значений ЦИК, при микробной экземе — ЦИК и IgM. Показана клиническая эффективность дополнительного применения эмоксипина в комплексной терапии вульгарного псориаза, микробной экземы и АД: выявлено сокращение сроков начала регресса кожных эфлоресценций, увеличение процента клинического выздоровления при сокращении длительности стационарного лечения больных с указанными дерматозами.

### Литература

1. Игнатьев Д. В. Экзема. Consilium-provisorum. 2003; 7: [www.media.provisor.03.07.15.shtml](http://www.media.provisor.03.07.15.shtml).
2. Кочергин Н. Г., Смирнова Л. М., Айрапетян Н. Р. Инфликсимаб в терапии псориаза. Вестн. дерматол. и венерол. 2005; 5: 37-39.
3. Федоров С. М., Шеклакова М. Н., Пинсон И. Я. Атопический дерматит. Русс. мед. журнал. 2001; 9(3-4): 153-156.
4. Григорьев Н. Н. Зудящие дерматозы. Consilium-provisorum. 2002; 2: [www.media.provisor.02.02.28.shtml](http://www.media.provisor.02.02.28.shtml).
5. Федоров С. М., Гура А. Н. Иммунные механизмы развития аллергических дерматозов. Вестн. дерматол. и венерол. 1999; 6: 11-14.
6. Чистякова И. А. Зудящие дерматозы. Consilium medicum. 2002; 5: [www.media.consilium.02\\_05.224.shtml](http://www.media.consilium.02_05.224.shtml).
7. Трофимова И. Б., Мишуриц Л. А., Гевондян В. С. с соавт. Новое в патогенезе и лечении атопического дерматита. Вестн. дерматол. и венерол. 2001; 2: 9-13.
8. Хамаганова И. В. Нуммулярная экзема. Медицина для всех. 2001; 2: [www.medi.doc.83.htm](http://www.medi.doc.83.htm).

## Применение милдроната в реабилитационной терапии сотрудников органов внутренних дел, выполнявших служебно-боевые задачи в Северо-Кавказском регионе

А. Н. Андреев, Н. А. Субботина

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра внутренних болезней №2; Медико-санитарная часть Главного Управления Внутренних Дел Свердловской области.

### Резюме

Показано применение препарата Милдронат в ходе проведения реабилитационных мероприятий при диагностировании психосоматических заболеваний у сотрудников органов внутренних дел, выполнявших служебно-боевые задачи в Северо-Кавказском регионе, который позволяет снизить уровень АД и улучшить адаптивные способности. Проведена оценка данных у 50 сотрудников ОВД в возрасте от 33 до 49 лет (средний возраст в основной группе  $38,2 \pm 3,9$  года, группе сравнения  $37,8 \pm 2,7$ ), включенных в протокол исследования, имевших средний срок службы в органах внутренних дел  $12,69 \pm 3,65$  лет. Это исследование позволяет утверждать, что Милдронат является эффективным средством, снижающим частоту заболеваний психосоматическими расстройствами у сотрудников, подвергавшихся влиянию экстремальных ситуаций. Применение

А. Н. Андреев — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней №2 УГМА;

Н. А. Субботина — врач-кардиолог высшей категории МСЧ ГУВД Свердловской области.