

Новые возможности повышения эффективности лечения больных атопическим дерматитом

Т.В. Проценко, д. мед. н., профессор;
О.А. Черновол, к. мед. н., доцент;
О.А. Проценко, д. мед. н., профессор;
А.С. Горбенко

/Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького/

Считают, что реализация экзо- и эндогенных факторов риска развития генетически детерминированного иммунозависимого воспаления в коже во многом определяются взаимодействием регуляторных систем организма, обуславливающих интенсивность иммунного ответа [1, 4]. Доказана взаимосвязь сенсибилизации кожи и последующего развития иммунозависимых воспалительных изменений в ней с функциональными сдвигами в центральной (ЦНС) и вегетативной нервной системе (ВНС) [6, 10]. В ранее проведенных исследованиях было показано, что психоэмоциональные факторы, стрессы, психоэмоциональные расстройства, дисрегуляция ЦНС и ВНС являются важными факторами патогенеза АД, определяющими течение и прогноз заболевания [1, 9, 10, 12].

В связи с этим актуальным является оптимизация терапии больных АД с использованием препаратов, влияющих на психоэмоциональные расстройства, обладающих транквилизирующим действием, не вызывающих привыкание, с минимальным риском побочных эффектов. Вариантом выбора терапии может быть дневной анксиолитик со свойствами адаптогена и транквилизатора – мебикар (торговое название – Адаптол), обеспечивающий вегетостабилизирующий, ноотропный, умеренный транквилизи-

Атопический дерматит (АД) является серьезной медико-социальной проблемой, поскольку, начинаясь с первых месяцев жизни, у 20% больных приобретает хроническое рецидивирующее течение, влияя на качество жизни как самого пациента, так и на его близкое окружение [2, 5, 7]. Рецидивирующее течение АД связывают со множеством факторов, в том числе инфекционными, пищевыми и аэроаллергенами, техногенным загрязнением окружающей среды, психоэмоциональными факторами, стрессом [6, 12].

рующий эффект без снижения скорости реакции и сонливости [3, 11].

Цель исследования: оценить переносимость и эффективность комплексного метода лечения больных АД с применением небензодиазепинового транквилизатора со свойствами дневного анксиолитика и адаптогена мебикара (Адаптол).

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 64 больных АД, в том числе 30 (46,9%) мужчин и 34 (53,1%) женщины в возрасте от 14 до 46 лет.

При постановке диагноза атопического дерматита использовали диагностические критерии Ханифина–Райка [5]. Степень тяжести АД оценивали по индексу SCORAD (scoring atopic dermatitis), обследование больных проводили с учетом нормативных документов МЗ Украины [2, 5].

Состояние вегетативного статуса до и после лечения определяли по variability сердечного ритма (ВСР) с помощью компьютерной системы вариационной пульсометрии Cardiolab 2000, в соответствии с требованиями рабочей группы Европейского Союза кардиологов [1, 4]. Анализировали колебания сердечного ритма различной периодичности в трех компонентах: HF – высокочастотный (0,15–0,4 Гц), отражающий вагусный контроль нервной системы; LF – низкочастотный (0,04–0,15 Гц), отражающий симпатический контроль; VLF – очень низкочастотный (<0,04 Гц). Определяли общую мощность спектра нейрогуморальной регуляции – TP; учитывали временную характеристику ВСР – SDNN, отражающую среднеквадратическое отклонение продолжительности сердечного цикла и косвенно – напряженность иммунитета и адаптационных возможностей организма, что, в свою очередь, отражает степень тяжести прогноза течения заболевания [4]. Средние показатели больных сравнивали с таковыми в контрольной группе практически здоровых лиц (30 человек), репрезентативных по полу и возрасту.

В зависимости от методов проводимой терапии больные АД были разделены на две группы:

- основная (n=34) – комплексная терапия включала Адаптол;
- группа сравнения (n=30) – получали традиционную комплексную терапию в соответствии с нормативными документами МЗ Украины [5].

Обоснованием выбора Адаптола были его доказанные эффекты: вегетостабилизирующий, ноотропный, антигипоксический, транквилизирующий, адаптогенный, стресспротективный и антистрессорный [3, 11]. На фоне приема препарата доказано улучшение умственной и физической работоспособности при условии их первоначального снижения [11], что особенно важно у пациентов на

фоне длительного предшествующего приема антигистаминных препаратов 1-го поколения. Адаптол назначали по 500 мг 3 раза в сутки (суточная доза – 1500 мг) в течение 1 месяца.

Комплексная терапия включала антигистаминные препараты (сехифенадин или хифенадина гидрохлорид по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней); препараты, регулирующие процессы пищеварения (комплексный препарат, в состав которого входили кремния диоксид, лактулоза и аскорбиновая кислота, а также препараты, имеющие в своем составе эссенциальные фосфолипиды), наружно – топические кортикостероиды моно- или комбинированные, увлажняющие и/или смягчающие средства.

Эффективность терапии оценивали по переносимости, ближайшим и отдаленным результатам.

При проведении анализа результатов исследования были использованы методы биостатистики [8].

Результаты и их обсуждение

При проведении клинико-эпидемиологического анализа особенностей АД в данных наблюдениях отмечено, что женщин было несколько больше, чем мужчин, – 34 (53,1%) и 30 (46,9%) соответственно, при этом в возрастной группе 21–30 лет (активный репродуктивный возраст) женщин было почти в 2 раза больше, чем мужчин, – 22 (64,7%) и 11 (36,7%) соответственно.

Анализ длительности заболевания показал преобладание пациентов с многолетним (более 10 лет) рецидивирующим течением АД – 34 (53,1%) больных, при этом непрерывно рецидивирующее течение дерматоза наблюдалось у 5 (7,8%), 2–4 рецидива в год – у 26 (40,6%) участников.

Среди провоцирующих факторов отчетливо преобладали психоэмоциональные и стресс – у 58 (90,6%) больных; несколько чаще у женщин, чем у мужчин, – 32 (94,1%) и 26 (86,7%) соответственно.

Среднетяжелая и тяжелая формы АД были у 39 (60,9%) больных; чаще у женщин, чем у мужчин, – 27 (79,4%) и 12 (40%) соответственно.

Клинические проявления АД в виде экзематозной формы наблюдались у 9 (14,1%) больных, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией – у 19 (29,7%), лихеноидная – у 36 (56,3%).

При анализе состояния ВНС у больных АД выявлен дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса, изменения временных и частотных показателей ВСР, отражавших нарушения нейрогуморальной регуляции, напряженность иммунитета и адаптационных возможностей организма. Так, у больных АД были снижены более чем в 2 раза показатели LF (560 ± 230 мс; в контрольной группе – 1150 ± 260 мс; $p \leq 0,05$); почти в 2 раза – показатели SDNN ($26 \pm 8,3$ мс; в контрольной группе – $51 \pm 8,3$ мс; $p \leq 0,05$); показатель Var статистически значимо был снижен у всех больных АД по сравнению с показателями контрольной группы – соответственно $0,031 \pm 0,0097$ мс и $0,061 \pm 0,015$ мс ($p \leq 0,05$); показатель VLF – соответственно 440 ± 150 мс² и 730 ± 100 мс² ($p \leq 0,05$). Показатель TP составил у больных АД 1160 ± 440 мс², а у лиц контрольной группы был в 2 раза и более выше – 2500 ± 420 мс² ($p \leq 0,05$).

При сопоставлении изученных показателей ВСР с особенностями клиники и течения АД выявлено, что нарушения центральной вегетативной регуляции и трофотропной деятельности ВСР коррелировали со степенью тяжести дерматоза.

Выявленные изменения послужили обоснованием для включения в комплексную терапию больных мебикара (торговое название – Адаптол) – дневного транквилизатора с широким спектром анксиолитической активности [3, 11].

При оценке результатов отмечена хорошая переносимость лечения всеми больными.

Регресс зуда и воспалительного компонента сыпи наблюдали на 3–5-й

день лечения у 26 (76,5%) больных основной группы и на 9–10-й день лечения – у 19 (63,3%) участников группы сравнения.

При анализе ближайших результатов отмечено, что у больных АД, комплексная терапия которых включала мебикар, клиническая ремиссия после лечения по разработанной методике достигнута у 29 (85,3%) человек, в то время как в группе сравнения – лишь у 19 (63,3%).

После проведенной терапии у всех пациентов выявлена тенденция к нормализации показателей ВСП, более выраженная у больных АД, комплексная терапия которых включала Адаптол. Так, по некоторым временным (SDNN) и частотным (TP, VLF, LF, HF) показателям ритмограммы не выявлено значимых различий ($p > 0,05$) данных параметров в основной и контрольной группах, в то время как в группе сравнения они были статистически значимо снижены ($p < 0,05$) по сравнению с показателями контрольной и основной групп.

Особый интерес представлял анализ динамики показателя SDNN, отражающего адаптационный потенциал организма и косвенно –

прогноз течения заболевания [1, 4]. В наших наблюдениях этот показатель у здоровых лиц контрольной группы составил $51 \pm 8,3$ мс, у больных АД до лечения – $26 \pm 8,3$ мс, после лечения: в основной группе $50 \pm 7,6$ мс, в группе сравнения – $42 \pm 7,5$ мс ($p < 0,001$).

По результатам многочисленных ранее проведенных работ известно, что центральная вегетативная регуляция и трофотропная деятельность ВНС обеспечивают устойчивость организма к разнообразным экзо- и эндогенным факторам, которые служат пусковым механизмом патологического процесса иммунозависимого воспаления в коже [9, 10]. В связи с этим тенденция к нормализации показателей ВСП у больных АД после лечения отражает повышение устойчивости организма к возможным повторяющимся триггерным факторам, а более отчетливые изменения у больных АД основной группы подтверждают целесообразность использования мебикара в протоколах лечения больных.

Анализ отдаленных результатов подтвердил преимущество разработанного комплексного метода лечения больных АД с применением

Адаптола. Так, более двух рецидивов в год после лечения было у 4 (13,3%) больных в группе сравнения и лишь у 3 (8,8%) больных основной группы, комплексное лечение которых включало Адаптол. Продолжительность ремиссии свыше одного года была у 26 (76,5%) больных основной группы и у 16 (53,3%) – в группе сравнения.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов лечения, динамики параклинических показателей и показателей ВСП позволяет сделать вывод о целесообразности использования дневных транквилизаторов с анксиолитическим действием в комплексном лечении больных АД.

Выводы

Таким образом, дневной транквилизатор Адаптол (мебикар), обладающий широким спектром анксиолитической активности, включенный в комплексное лечение больных АД, хорошо переносится пациентами, способствует более выраженному и стойкому клиническому эффекту и может широко применяться как в условиях стационара, так и амбулаторно.

Литература

1. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (часть 1) / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, Л. В. Чирейкин [и др.] // Вестник аритмологии. – 2002. – №24. – С. 65.
2. Атопический дерматит: руководство для врачей / [под ред. проф. Т.В. Проценко]. – [2-е изд. перераб.]. – Донецк: Східний видавничий дім, 2003. – 128 с.
3. Бурчинский С.Г. Фармакотерапия синдрома тревоги в общемедицинской практике: стратегия и критерии выбора / Материалы XIII Международной конференции «Актуальные направления в неврологии». – Судак, 2011. – С. 1–4.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика и лечение / А.М. Вейн. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 726 с.
5. Диагностика та терапія атопічного дерматиту (Стандарти діагностики та терапії) / [Укладачі: проф. Л.Д. Калюжна, проф. Я.Ф. Кутасевич, проф. Е.М. Солошенко, проф. Т.В. Проценко, проф. В.Г. Радіонов та ін.]. – Київ, 2002. – 32 с.
6. Дронова Е.Г. Нейровегетативные нарушения и их коррекция в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом / Е.Г. Дронова, И.С. Родникова, Е.В. Владимирова // Педиатрия: Журн. им. Г.Н. Сперанского. – 2008. – Т. 87, №5. – С. 150–154.
7. Калюжная Л.Д. Европейские рекомендации по лечению атопического дерматита 2011 года: анализ современных технологий топической терапии / Л.Д. Калюжная, Г.А. Слабкий, А.В. Горбенко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2012. – №2. – С. 52–60.
8. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / [Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменкодр]. – Донецк: Папакица Е.К., 2006. – 214 с.
9. Оценка вегетативной нервной системы у больных атопическим дерматитом методом анализа вариабельности сердечного ритма / К.Н. Монахов, В.Н. Марченко, А.В. Савич [и др.] // Аллергология. – 2002. – №4. – С. 11–13.
10. Сыволап В.В. Особенности вариабельности сердечного ритма у больных атопическим дерматитом в зависимости от наличия сопутствующей бронхиальной астмы / В.В. Сыволап, А.С. Зарицкий // Запорожский медицинский журнал. – 2008. – №4 (49). – С. 44–46.
11. Чутко Л.С. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности препарата адаптол при лечении синдрома эмоционального выгорания / Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С. и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – Т. 110, №10. – С. 1–4.
12. Шуленіна О.В. Дослідження вегетативного статусу хворих на атопічний дерматит / О.В. Шуленіна // Дерматологія та венерологія. – 2009. – №2. – С. 36–39.