

ARSMEDICA

VI СЪЕЗД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Тербизил® terbinafine

Препарат выбора для лечения микозов
волосистой части головы, кожи и ногтей
Для системного и местного применения

Per./Ja. M3 PB 5225/01/06/11 or 08.01.2011; 9657/01/06/11 or 06.01.2011.

ТЕРБИЗИЛ 250 мг
тербинафин

ТЕРБИЗИЛ 250 мг
тербинафин
28 таблеток

14 таблеток

ТЕРБИЗИЛ 1%
тербинафин
Крем



Таблетки 250 мг

онихомикозы, микозы стоп,
распространенные микозы гладкой кожи,
микозы волосистой части головы
у взрослых и детей

Крем

- разноцветный лишай
- дерматофитии
- кандидоз кожи



ГЕДЕОН РИХТЕР ОАО
Создан в 1962 году

RGD: 63764/R

ARSA MEDICA



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПРОВИЗОРОВ

Искусство медицины

№15 (51) ОКТЯБРЬ 2011

Учредитель: ОДО «АЛЬВЕНТО»

Директор: Витвицкий Сергей Сергеевич

Главный редактор: Витвицкий Сергей Сергеевич

Редактор: И. Солонкова

Дизайн: В. Явид

© «ARS MEDICA»

При перепечатке ссылка на журнал обязательна

Периодичность выхода: два раз в месяц.

Бесплатно, адресная рассылка.

Учредитель и издатель

ОДО «Альвенто»

Свидетельство о государственной регистрации

средства массовой информации №584

выдана Министерством информации Республики Беларусь

29.07.2009 г.

Адрес редакции:

220015, Республика Беларусь,

г. Минск, ул. Гурского, 11 каб. 43а

Тел/факс (+375 17) 256 29 14

e-mail: odo_alvento@mail.ru

Отпечатано в типографии

ООО «ТМ АРГО-ГРАФИКС»

Адрес типографии: 220113, Республика Беларусь,

г. Минск, ул. Мележа, д. 1, комн. 221

Лиц. № 02330/110

от 03.04.09г. Заказ № 112466

Тираж 1000 экз.

Формат 70x100 1/16.

Печать офсетная.

Усл. печ. л. 9,75+0,65 вкл.

© Любое воспроизведение опубликованных материалов
без письменного разрешения редакции не допускается.

Редакция не несет ответственность за достоверность информации,
опубликованной в рекламных материалах.

© ОДО «Альвенто»

ISSN 2220-5497



9 1772220 1549003



11013

В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

Новоселецкая А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии
г.Гродно, Беларусь

Введение. Принципы лечения больных экземой логически вытекают из этиологии и патогенеза данного заболевания. По нашим наблюдениям, в последние годы в терапии экземы часто применяются кортикостероиды и антибиотики как внутрь, так и наружно. Введение в организм огромных доз кортикостероидов и антибиотиков зачастую приводит к осложнениям и побочным реакциям. Глюкокортикоидная терапия, вызывающая наступление ремиссии в короткие сроки, не даёт длительного клинического эффекта.

С помощью гипосенсибилизирующих, антигистаминных и других неспецифических средств лечения мы стремимся положительно воздействовать на изменённую реактивность больных, так как выявить аллергены,

вызвавшие экзему, не всегда удаётся. Очень популярным в лечении является применение антигистаминных средств. Нередко их неэффективность связана с тем, что в возникновении и поддержании аллергического воспаления участвует не только гистамин, но и другие биологически активные вещества, например такие биогенные амины, как адреналин, серотонин и др. Поэтому с целью более эффективного лечения больных экземой обосновано одновременное применение антигистаминных и антисеротониновых препаратов или средств, обладающих сочетанным действием [1].

Цель исследования: оценка эффективности применения препарата гистафен, обладающего сочетанным антигистаминным и

антисеротониновым действием, при экземе в комплексной патогенетической терапии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 114 больных экземой в возрасте от 16 до 81 года (в среднем $46,4 \pm 15,7$ (M \pm)). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от метода лечения.

1-я группа пациентов, получавших лечение согласно протоколам, утверждённым Министерством здравоохранения Республики Беларусь, включала 41 мужчину и 7 женщин. Возраст больных от 16 до 70 лет. Давность заболевания составила от 1 недели до 20 лет. Острое течение заболевания наблюдалось у 24 пациентов, подострое – также у 24. По тяжести течения среднетяжелое и тяжелое течение заболевания было у 31 и 14 больных, соответственно. Легкое течение наблюдалось у 3 пациентов. Впервые возникшая экзема выявлена у 15 человек, рецидив заболевания был у 33.

2-я группа больных микробной экземой, получавших в комплексном лечении препарат гистафен, включала 16 мужчин и 7 женщин. Возраст больных – от 21 до 81 года. Давность заболевания составила от 1 недели до 20 лет. С острым течением заболевания было 18 пациентов, с подострым – 5. Тяжелое течение отмечалось у 4 человек, среднетяжелое и легкое – у 18 и 1, соответственно. Впервые возникшее заболевание диагностировано у 12 человек, рецидивирующее течение отмечалось у 11.

Результаты лечения пациентов оценивались на момент их выписки из стационара по абсолютному и относительному количеству различных исходов, а также в баллах: клиническое излечение (ремиссия) – 5 баллов; значительное улучшение – 4 балла; улучшение – 3 балла; без эффекта – 2 балла; ухудшение – 0 баллов. Для оценки отдалённых результатов лечения учитывалось число обострений за полугодовой период наблюдения, при этом обострением считалось восстановление или усиление симптоматики через любое время после достижения клинического излечения или значительного улучшения. Терапевтическая эффективность методов лечения экземы оценивалась по динамике индекса SCORAD

(тяжести течения заболевания).

Результаты и обсуждение. При проведении стандартной терапии клиническое излечение и значительное улучшение достигнуты у 18,75% больных. Статистически значимые различия с группой стандартной терапии по результатам лечения наблюдаются при дополнении традиционного лечения назначением гистафена. При этом клиническое излечение и значительное улучшение достигнуты во 2-й группе в 52,2% случаев.

Средняя оценка ближайших результатов лечения в баллах в группе 2 ($3,6 \pm 0,14$) была достоверно выше, чем в группе 1 ($3,2 \pm 0,07$), что также подтверждает большую эффективность схемы комплексной терапии с применением препарата гистафен относительно стандартного ее курса.

При оценке отдаленных результатов лечения число обострений в группе 1 (15/31,3%) намного превышает таковое в группе 2 (2/8,7%) как в абсолютных числах, так и в процентном отношении. Следовательно, дополнение стандартного лечения больных экземой гистафеном позволяет снизить количество рецидивов и удлинить период клинической ремиссии.

Для интегральной оценки динамики клинических симптомов у больных до и после лечения рассчитывался индекс SCORAD. В группе пациентов, получавших в комплексе со стандартным лечением гистафен, достоверно в более короткие сроки, чем в группе сравнения, наблюдались исчезновение зуда, прекращение мокнутия, эпителизация эрозий, отторжение корок, разрешение воспалительного отека тканей, гиперемии и инфильтрации. Результаты средних показателей индекса SCORAD при различных методах лечения представлены в таблице 1.

Получены статистически значимые различия по SCORAD до и после лечения внутри как 1, так и 2 группы. Отмечаются достоверно лучшие результаты по SCORAD после проведенного лечения в группе, получавшей гистафен в комплексном лечении в сравнении с показателями в группе стандартной терапии.

Вывод. Таким образом, включение в схему лечения больных экземой гистафена повыша-

Таблица 1.
Индекс SCORAD у больных экземой при различных методах лечения

Группы обследованных больных	Значение индекса SCORAD		Достоверность различий
	до лечения	после лечения	
Группа 1 (n=48)	54,0±1,6	7,2±0,9	p < 0,001
Группа 2 (n=23)	51,5±1,5	3,0±1,0*	p < 0,001

Примечание – * статистически значимые различия с группой стандартной терапии, p<0,05.

ет клинико-терапевтическую эффективность лечения, что выражается в следующем.

1. Более быстрый регресс клинических симптомов заболевания, что подтверждается достоверным снижением индекса SCORAD.

2. Улучшение ближайших результатов лечения, повышение удельного веса больных с клиническим выздоровлением и значительным улучшением после проведенного лечения.

3. Улучшение отдалённых результатов лечения, что подтверждается достоверным удлинением периода ремиссии после проведенного курса терапии.

Литература.

1. Ходюкова, А.Б. Содержание в крови серотонина, моноаминоксидазы и экскреция 5-оксииндолуксусной кислоты у больных экземой / А.Б. Ходюкова // Здоровоохранение Белоруссии. – 1981. – № 8. – С. 28–30.