## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

### Туркевич Олександр Юрійович

**УДК : 615.776.1 – 092:612.79**

**Лікування дерма­титу та екземи**

**у робітників хімічної промисловості**

**з урахуванням фізіологічного стану шкіри та деяких показників гомеостазу**

14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби

Автореферат дисертації

на здобуття наукового

ступеня кандидата медичних наук

Київ – 2007

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України

|  |  |
| --- | --- |
| Науковий керівник | член-кор. АПН України, д.м.н., профессор Коляденко Володимир Григорович, Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, завідувач кафедри шкірних і венеричних хвороб з курсом проблем СНІДу |

##### *Офіційні опоненти:*

доктор медичних наук, професор **Андрашко** **Ю. В.** Ужгородський національний університет МОН України, завідувач кафедри шкірних і венеричних хвороб з курсом ВІЛ- інфекції, патоморфології і фтизіатрії

доктор медичних наук, професор **Глухенький** **Б. Т.** Інститут медицини праці АМН України, провідний науковий співробітник відділу професійної патології

Захист дисертації відбудеться “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2007 р. на засіданні спеціалізованої Вченої ради Д. 26.003.02 у Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця за адресою: 01023, м. Київ, вул.. Шовковична 39/1, центральна міська клінічна лікарня, корпус 2.

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (адреса: 03057, м. Київ, вул. Зоологічна 1).

Автореферат розісланий “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2007р.

Вчений секретар

спеціалізованої Вченої ради,

доктор медичних наук, професор Свирид С.Г.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

# Актуальність теми.

Проблема вивчення патогенезу і розробки методів комплексноо лікування хворих на алергодерматози є однією з найбільш важливих та складних в сучасній дерматології (Буянова О.В.,2002; ГлухенькийБ.Т., 2003; КоляденкоВ.Г., 2005; Короленко В.В., 2005). Так, для прикладу, екзема складає близько однієї третини від усіх дерматозів, причому в останні роки спостерігається тенденція до росту кількості цього захворювання (Коляденко В.Г.,2005; Кутасевич Я.Ф.,2000; Костинов М.П., Мачарадзе Д.Ш.,2005 Meyer J.D., Chen Y., Holt D.L., Beck M.H., Cherry N.M.,2000; Funke U., Fartasch M., Diepgen T.,2001).

Не дивлячись на великі успіхи, досягнуті у вивченні цього дерматозу, проблема успішного лікування хворих на алергодерматози залишається все ще остаточно не вирішеною (Белоусова Т.А.,2002; БуяноваО.В.,2002;КутасевичЯ.Ф.,2000;НиклинН.К.,ПантелееваГ.А.,ДмитренкоК.В.,2000;РимкоЯ.Г.,2000;СтепаненкоВ.I.,КоганБ.Г.,СологубЛ.В.,2004; Granlund H., Erkko P., Eriksson E., Reitamo S.,1996; Veien N.K., Menne T.,2003). Це спонукає до поглибленого вивчення патогенезу алергодерматозів, в першу чергу, змін зі сторони імунного статусу організму, як пускового механізму розвитку хвороби, та розробки нових методів лікуванння, спрямованих на корекцію імунологічних змін, що сприяє покращенню результатів комплексної терапії алергодерматозів (Бочаров В.А та ін.2003; Буянова O.В.,1999; Дегтяр Ю.С., Добродеева Л.К., 2001; Денисенко О.І.,2004; Лобашов С.Г.,2000; Kinkelin I., Motzing S., Koltenzenburg M., Brocker E.B.,2000; ).

У наш час, на фоні зростання темпів розвитку економіки України, запобігання захворюваності на дерматити та екзема у робітників знову стають актуальною медико-соціальною проблемою не лише через високі показники захворюваності, а й через їх наслідки яи як з точки зору медицини, так і з точки зору економіки, а також в зв’язку з недостатньою ефективністю ні традиційної терапії, ні засобів індивідуального захисту (Абдурахманов Р.М.,2000; Дадаев М.С.,2000; Измерова Н.И.,2001; Ейсен М.А.,2001; Перламутров Ю.Н.,2005; Bock M., Schmidt A., Bruckner T., Diepgen T.,2003; Coenraads P.J., Bouma J.,2004;). Це, в свою чергу, призводить до тимчасової непрацездатності, інвалідності, зниження якості життя пацієнтів. Наростаюче значення цієї проблеми пояснюється відсутністю уніфікованого, науково - обгрунтуваного етіопатогенетичного лікування та радикальної профілактики дерматозів на підприємствах.

Вище зазначене пояснює та обгрунтовує необхідність подальшого поглибленого наукового вивчення механізмів розвитку дерматитів та екземи, особливо значення порушення функціональних показників шкіри та імунологічних показників крові в ґенезі цих захворювань. У цьому аспекті актуальним є пошук та апробація нових ефективних методів терапії хворих на контактний дерматит та екзему, які б дозволили прискорити та посилити лікувальний ефект, підвищити якість життя пацієнта.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, темами.** Дисертаційні дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри дерматовенерології ФПДО Львівського національного медично-го університету імені Данила Галицького ІН.33.00.0001.96. „Застосування біостимулюючих препаратів для корекції порушених обмінних процесів хворих на екзему” 1996–2000рр. (№ держреєстрації 0196V013959). Автор був співвиконавцем науково-дослідних робіт.

**Метою** даного дослідження було на основі всебічного вивчення особливостей клінічного перебігу контактного дерматиту та екземи, шляхом доскональної лабораторної оцінки змін функціонального стану шкіри та імунологічних показників крові у хворих розробити оптимальний метод комплексної терапії.

Завдання дослідження:

1. вивчити сучасні аспекти проявів контактного дерматиту та екземи та стан бар’єрно-захисних функцій шкіри у робітників хімічної промисловості, з метою підтвердження необхідності проведення як діагностичного у клінічно хворих, так і профілактичного комплексного обстеження стану бар’єрно-захисних функцій шкіри у видимо здорових задля запобігання розвитку захворювання;
2. визначити стан гуморального імунітету у робітників хімічної промисловості, хворих на контактний дерматит та екзему;
3. вивчити клінічну, соціальну та економічну ефективність введення нових методів терапії, в тому числі із застосуванням флуренізиду.
4. впровадити розроблений метод терапії в освітню програму медичних вузів та амбулаторну практику дерматовенерологічних закладів.

*Об'єкт дослідженн* - хворі на контактний алергічний дерматит та екзему.

*Предмет дослідженн.* - особливості патогенезу та клінічного перебігу контактного алергічного дерматиту та екземи. Дослідження стану бар’єрно-захисних функцій шкіри та імунологічних порушень у хворих на контактний алергічний дерматит та екзему. Визначення рН поверхні шкіри методом, визначення. алкалонейтралізаційної властивості шкіри, визначення алкалорезистентної властивості шкіри, обстеження імунного статусу шляхом визначення циркулюючих імунних комплексів (великих, середніх, малих) та концентрації імуноглобулінів A,M,G.

*Методи дослідженн* - клінічний – встановлення діагнозу, визначення ступеня тяжкості перебігу захворювання, контроль за ефективність лікування, функціональний – визначення рН поверхні шкіри методом електрометричного вимірювання, визначення. алкалонейтралізаційної властивості шкіри методом Буркхардта і Шааф, визначення алкалорезистентної властивості шкіри за методом Фуссеро, імунологічний - обстеження імунного статусу включало визначення циркулюючих імунних комплексів (великих, середніх, малих) шляхом осадження їх 3.75% поліетиленглікрлем з молекулярною вагою 6000 Д на СФ-26 при довжині хвилі 492 нм та визначення концентрації імуноглобулінів A,M,G за методом Манчіні, статистичний – оцінка достовірності (за методом Фішера-Стюдента, методом точкових похибок та комп’ютерної програми Microsoft Excel) та виявлення кореляційних звязків між отриманими показниками.

**Наукова новизна дослідження.** Встановлено особливості генезу розвитку контактних дерматозів у робітників хімічної промисловості шляхом достатньо всебічного дослідження стану бар’єрно-захисних функцій шкіри та напруженості гуморального імунітету: ЦІК-ів, концентрації імуноглобулінів А,М,G, їх зміни після проведення лікування із використанням флуренізиду та мазі з флуосинонідом та визначення в динаміці стану бар’єрно-захисних функцій шкіри та напруженості гуморального імунітету в комплексі лікування даної патології.

**Практичне значення отриманих результатів.** Полягає в підтвердженні, за допомогою сучасних методів дослідження, ролі та взаємозв`язку стану бар’єрно-захисних функцій шкіри та змін імунологічного статусу в патогенезі контактного дерматиту та екземи у робітників хімічної промисловості, а також в розробці та апробації ефективного методу комплексної терапії із застосуванням нового препарату флуренізид та вітчизняної мазі “Кремген”, що містить флуосинонід, що призводить до нормалізації змінених деяких показників важливих ланок фізіологічних процесів, які залежать від функціонального стану шкіри та імунологічних показників крові, та передбачає отримання швидкого клініко-лікувального ефекту при проведенні амбулаторного лікування хворих.

**Особистий внесок здобувача.** Автором самостійно складено і виконано план досліджень, проведено аналіз даних літератури, проведено забір і підготовку матеріалу для лабораторних досліджень, які виконано за безпосередньої участі автора, а також кількісна, статистична обробка отриманих даних. Самостійно розроблено і проведено комплексне лікування хворих на контактний алергічний дерматит та екзему, зроблені висновки.

# Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації доповідались та обговорювались на семінарських заняттях, у вигляді тез та виступів на тематично-практичних конференціях для лікарів – дерматовенергологів Львівської області, тез та виступів на республіканських з’їздах дерматовенерологів (Київ 2001, Київ 2002) та науково-практичних конференціях, опубліковано інформаційний лист „Метод лікування хворих на контактний алергічний дерматит ”. (Київ, №104,2001), впроваджено у виляді тематичної лекції та практичних занять для студентів 4 курсу медичного факультету СумДУ з 2004 року та практичних рекомендацій по лікуванню в практиці Рівенського обласного шкірно-венеро-логічного диспансера (впродовж 2003-2004рр.).

**Публікації.** За результатами дисертаційної роботи здобувачем опубліковано 11 наукових праць, серед яких 6 (моноавторських) статей у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, а також 4 тез у збірниках матеріалів конференцій, конгресів та з’їздів.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота виконана на 147 сторінках машинописного тексту, з яких 115 сторінки представляють основний текст роботи. Робота складається зі вступу, огляду літератури, 8 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел літератури та 2 додатків. Зміст роботи ілюструють 29 таблиць. Покажчик використаних джерел літератури включає 238 наукових праць, з яких 179 - вітчизняних авторів та країн СНД, а 59 робіт – авторів далекого зарубіжжя.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

**Матеріал та методи дослідження.** Нами проведені клініко-лабораторне обстеження порушень стану бар’єрно-захисних функцій шкіри та комплексні імунологічні дослідження робітників підприємств хімічної промисловості м.Львова (З-д Лакофарбовий та з-д Реактив). За період з 1999 по 2003 роки нами було проведене клініко-лабораторне обстеження та лікування 42 хворих на контактний алергічний дерматит та 45 хворих на екзему, які були прцівниками підприємств хімічної промисловості. Серед хорих з обумовленою дерматологічною патологією кількість чоловіків та жінок зустрічається майже одна­ково жінок -40 (45,98 %), чоловіків – 47 (54,02 %). Тобто частіше алергодерматози виникали у чоловіків (в 1,18 раза). Причому серед хворих на контактний дерматит чоловіки (17) хворіли в 1,47 раза рідше ніж жінки (25). В той же час на екзему чоловіки (30) хворіли в 2 рази частіше ніж жінки (15). Дматологічна патологія однаково часто зустрі­чалася у різних вікових групах , а умовне переважання в віці 40-59 років пов’язане лише з більшою кількістю працюючих. Контрольна група складалась з 20 здорових осіб.

В групу з явищами контактного дерматиту ми включили робітників з такими клінічними проявами: гостре запалення шкіри із яскравою еритемою, набряком, папулами; вогнища не були ускладнені вторинною інфекцією. Суб'єктивними відчуттями в більшості було свербіння.

Найчастіше дерматит локалізувався на тилі кистей, передпліччях, шиї. На долонях ми не виявили проявів контактного дерматиту. Протікання захворювання швидке, обмежується одноразовим висипанням, якщо усунена причина. У випадках постійної дії подразника спостерігалися рецидиви.

Другу (в подальшому розділену на дві) групу склали робітники з проявами екземи. Екземою ми вважали патологію, яка виникла внаслідок сенсибілізації, мала хронічний перебіг, відмічався запальний процес, при якому почервоніння і набряк незначні, немає ерозій, розпливчасті границі. Хворі емоційно дуже лабільні, у них нерідко порушений сон. Під впливом терапії запальні явища стихають, епідерміс посту­пово відновлюється, з'являється лущення і нарешті наступає ремісія. У ви­падках несприятливого впливу навколишнього середовища і порушення гомеостазу організму, ремісія часто змінюється черговим рецидивом. Найбільш часто екзема лока­лізувалася на тильній поверхні кистей, передпліч і на обличчі.

Всіх хворих було розбито на три групи : 1) 23 хворих на екзему, що які отримували мазь з флуосинонідом (Кремген) і флуренізид; 2) 42 хворих на контактний дерматит, які отримували загальноприйняту терапію і мазь з флуосинонідом (Кремген) без застосування імунотропних препаратів; 3) 22 хворих на екзему, які отримували загальноприйняту терапію і мазь з флуосинонідом (Кремген) без застосування імунотропних препаратів.

Флуренізид - оригінальний синтетичний препарат протитуберкульозної та імунотропної дії. За хімічною будовою він являє собою ізонікотиноілфлуорену-9 і є похідним флуорену; належить до похідних ароматичного гетероциклічного ряду. Флуренізид був синтезований на кафедрі фармацевтичної хімії ФУЛ і Львівського державного медичного університету під керівництвом професора Л. І. Маслової (Петрух) Дія флуренізиду проявляється не тільки у впливі на мікроорганізми, але і на стан імунітету. Постановою Фармакологічного Комітету МОЗ України (інструкція до медичного застосування флуренізиду) №9 від 30.11.95 р. флуренізид дозволений для промислового випуску у двох лікарських формах: таблетках по 0,05 і 0,15 г та капсулах по 0,3 г.

Всі дослідження перший раз проводились до початку лікування хворих, а наступний - після проведення двотижневого лікування із використанням для зовнішньої терапії препарату, що містить флуосинонід – мазь “Кремген” із одночасним призначенням флуренізиду по 0,05г (по 3 таблетки 4 рази на день, добова доза 0,6г) per oss (1група) або без флуренізиду (2 і 3 групи).

*Обстеження стану бар’єрно-захисних функцій шкіри* включало визначення pH шкіри кисті та передпліччя, алкалонейтралізаційна властивість шкіри методом Буркхардта і Шааф, алкалорезистентна властивість шкіри за традиційним методом Фуссеро.

*Обстеження імунного статусу* включало визначення концентрації імуноглобулінів A, M, G за методом Manchini та концентрації циркулюючих імунних комплексів (великих, малих, середніх).

Ми вибрали саме такий об’єм досліджень виходячи з наукової доцільності та біоетичних міркувань щодо максимально можливої мінімалізації обстежень, що проводяться стосовно людей.

В якості контрольної групи була взята група здорових донорів чисельністю 20 чоловік, які не мали будь-яких відхилень з боку шкіри та організму в цілому.

У здоро­вих осіб - донорів рН поверхні шкіри кистей рук складала 5,2 +/-0,05, рН поверхні шкіри передпліч здорових осіб складало - 5,2 +/-0,06. При вивченні алкалонейтралізаційної здатності шкіри встановлено, що у здорових осіб складала 190+/-15,5 сек, а алкалорезистентність у здорових осіб складала 15,0+/-0,5 хв. Рівень Ig А у складав 2,2 +/- 0,3 г/л, рівень Ig M складав - 1,1 +/- 0,4 г/л, рівень Ig G складав 10,5 +/- 0,5 г/л. Рівень ЦІК-В у здоро­вих осіб складав 105,6 +/- 45,1 од, рівень ЦІК-М складав – 225,0 +/- 75,0 од, рівень ЦІК-С складав 350,8 +/- 50,5 од.

У хворих з діагнозом екзема рН поверхні шкіри кистей рук до лікування складав - 6,7 +/-0,05, після лікування із використанням флуренізиду склав - 5,5 +/-0,06, при його значенні у здорових - 5,2 +/-0,05 (p < 0,001), а рН поверхні шкіри передпліч у хворих з явищами екземи до лікування складав 6,5 +/-0,05 після лікування із використанням флуренізиду склав - 5,7 +/-0,05, при його значенні у здорових - 5,2 +/-0,06 (p < 0,001). При вивченні алкалонейтралізаційної здатності шкіри встановлено, що у хворих з явищами екземи до лікування проходить збільшення алкалонейтралізаційної здатності шкіри до 837 +/- 36,1 сек., після лікування із використанням флуренізиду цей показник складає 355 +/- 31,3 сек. при її значенні у здорових 190 +/- 15,5 сек (p < 0,001). Величина алкалорезистентної здатності шкіри складає : у здорових 15,0 +/- 0,5 хв, у осіб з екземою 8,1 +/- 0,8 хв до лікування і 11,0 +/- 0,5 хв після проведення лікування із використанням флуренізиду (p < 0,001).

У хворих з діагнозом контактний дерматит рН поверхні шкіри кистей рук до лікування складав - 6,3 +/-0,05, після лікування склав - 5,4 +/-0,05, при його значенні у здорових - 5,2 +/-0,05 (p < 0,001), а рН поверхні шкіри передпліч у хворих з діагнозом дерматит до лікування складав 6,2 +/-0,05 після лікування склав - 5,5 +/-0,05, при його значенні у здорових - 5,2 +/-0,06 (p < 0,001). При вивченні алкалонейтралізаційної здатності шкіри встановлено, що у осіб з явищами дерматиту проходить збільшення алкалонейтралізаційної здатності шкіри до 711 +/- 37,5 сек, після лікування складає 325 +/- 27,5 сек. при її значенні у здорових 190 +/- 15,5 сек (p < 0,001). Величина алкалорезистентної здатності шкіри складає : у здорових 15,0 +/- 0,5 хв, при дерматиті час складав 9,2 +/- 0,6 хв до лікування і 11,5 +/- 0,5 хв після проведення лікування (p < 0,001).

У хворих на контактний дерматит та екзема спостерігалося значне (21,7+/- 0,6 г/л при екземі та 20,5+/- 0,7 г/л при дерматиті) підвищення вмісту Ig G (N-10,5 г/л). Також спостерігалось зниження у всіх хворих рівня імуноглобулінів А (0,7+/- 0,1 г/л при екземі та 0,8+/- 0,1 г/л при дерматиті), та підвищення рівня IgM (2,5+/- 0,4 г/л при екземі та 2,4+/- 0,3 г/л при дерматиті). На основі цього можна стверджувати, що гуморальна імунна відповідь при контактних дерматозах здійснюється, в основному, за рахунок гіперпродукції Ig класу G, що може бути зв’язано зі стимуляцією імунної відповіді при контактних дерматозах за рахунок змінених білків шкірних покровів, а не за рахунок факторів, задіяних у генезі розвитку екзематозного процесу, як, наприклад, інфекція при мікробній екземі.

Під впливом комбінованого застосування флуренізиду у хворих на екзему концентрація імунноглобуліну А підвищувалась (1,5 +/- 0,1г/л), і при закінченні терапії статистично не відрізнялась від показників в групі здорових осіб (р<0,01). Така ж картина спостерігалась і при застосуванні зовнішньої терапії без імунотропних препаратів (IgА – 1,4+/- 0,1 г/л). Очевидно, корекція концентрації імуноглобулінів А не зв’язана з імунотропним ефектом препаратів, а залежить від покращення клінічної картини захворювання. Концентрація ІgМ у хворих на екзему як при виключно зовнішній терапії, так і при застосуванні флуренізиду знижувалась майже в 2 рази і досягла границь норми (1,7 +/- 0,4г/л та 1,6+/- 0,3 г/л відповідно) (р<0,05). Стосовно концентрації імуноглобулінів G спостерігалась така ж картина, тільки зниження їх рівня (до 12,1+/- 1,1 г/л) було значно інтенсивнішим у випадку застосування флуренізиду (в1,8 раз), ніж при виключно зовнішній терапії (1,4 раз), де цей показник (14,8+/- 1,2 г/л) не досягав границь норми (р<0,01).

Очевидно, у хворих на екзему при покращенні клінічної картини з одночасним зниженням вторинного антигенного стимулу, зі сторони пошкоджених тканин шкіри гальмується синтез ІgG, а флуренізид посилює цей ефект.

У хворих на контактний дерматит концентрація імуноглобулінів складала для Ig А 2,2+/- 0,3 г/л , для Ig М 1,1+/- 0,4 г/л і для Ig G 10,5+/- 0,5 г/л і змінювалась під впливом зовнішньої терапії та після лікування їх середні величини (IgА 1,8+/- 0,3 г/л, IgM 1,2+/- 0,5 г/л, IgG 11,6+/- 1,3 г/л) статистично не відрізнялись від показників норми (р<0,01).

У всіх хворих на контактний дерматит та екзема спостерігалося значне підвищення вмісту Ig G. На основі цього можна стверджувати, що гуморальна імунна відповідь при контактних дерматозах здійснюється, в основному, за рахунок гіперпродукції Ig класу G, що може бути позв’язано зі стимуляцією імунної відповіді при контактних дерматозах саме за рахунок змінених білків шкірних покровів, а не за рахунок факторів, задіяних у генезі розвитку мікробного екзематозного процесу. Під впливом застосування флуренізиду у хворих на екзему концентрація імунноглобуліну А підвищувалась, і при закінченні терапії статистично не відрізнялась від показників в групі здорових осіб (р<0,01). Така ж картина спостерігалась і при застосуванні лише зовнішньої терапії без імунотропних препаратів. Очевидно, корекція концентрації імуноглобулінів А в оранізмі не з’вязана з імунотропним ефектом препаратів, а залежить від покращення клінічної картини захворювання. Початкова концентрація ІgМ у хворих на екзему як при виключно зовнішній терапії, так і при застосуванні флуренізиду знижувалась майже в 2 рази і досягла границь норми (р<0,05). Стосовно концентрації імуноглобулінів G спостерігалась така ж картина, тільки зниження їх рівня було значно інтенсивнішим у випадку застосування флуренізиду (в1,8 раз), ніж при виключно зовнішній терапії (1,4 раз), де цей показник не досягав границь норми (р<0,01). Очевидно, у хворих на екзему при покращенні клінічної картини з одночасним зниженням вторинного антигенного стимулювання, зі сторони пошкоджених тканин шкіри гальмується синтез ІgG, а флуренізид посилює цей ефект. У хворих на контактний дерматит концентрація імуноглобулінів А, М, G змінювалась під впливом зовнішньої терапії, і після лікування середня величина статистично не відрізнялась від показників норми (р<0,05).

Як показують одержані нами дані, у хворих на екзему та контактний дерматит проходить збільшення утворення ЦІК різних характеристик (малих, середніх і великих), причому найбільш різко підвищується вміст малих циркулюючих імунних комплексів де, очевидно, флуренізид виявляє найбільш виразну імунотропну дію.

Звертає на себе увагу існуюча достовірна різниця по всіх показниках функціонального стану шкіри до і після проведення лікування. Ці дані свідчать про те, що при контактних дерматозах у робітників, що контактують із шкідливими хімічними речовинами на виробництві, виникають комплексні порушення в організмі, як зі сторони імунної системи, так і зі сторони шкіри, в першу чергу її захисних функцій.

Проведений порівняльний аналіз змін у хворих на контактний дерматит, як легшої нозологічної форми захворювання після проведення зовнішнього лікування та у хворих на екзему (важча нозологічна форма заворювання) після проведення зовнішнього лікування із застосуванням флуренізиду, то стає очевидно, що у них імунологічні показники суттєво кращі, ніж у хворих на екзему після проведення виключно загальноприйнятої терапії та мазевої терапії Кремгеном, що теж свідчить про вагому роль флуренізиду в комплексному лікуванні хворих на контактний дерматит та екзема.

Ми провели порівняльний аналіз отриманих клінічних результатів лікування, а також аналіз фізіологічних показників шкіри та імунологічних показників крові кількома математичними методами з метою більш точної і достовірної оцінки результатів лікування не тільки в сенсі покращення клінічної картини, але і в сенсі змін зі сторони макроорганізму, та стану власне його гуморального імунітету.

Ми провели оцінку результатів корекції змін напруженості гуморального імунітету та функціональних показників шкіри різними статистичними методами та їх порівняння. При використанні методу точкових оцінок похибок аналіз даних показав достовірність вибірки стосовно концентрації імуноглобулінів сироватки крові у здорових осіб, у хворих на екзему до і після лікування із використанням тільки мазі з флуосинонідом, а також до і після комплексного лікування із застосуванням додатково флуренізиду.

Порівнюючи значення середньої арифметичної похибки для класу імуноглобуліну IgA, де для лікування екземи використовується тільки мазь з флуосинонідом (Кремген), отримаємо для хворих на екзему значення точкової оцінки ±0,648, що означає відхилення в ту чи іншу сторону від еталону М=2,2. Відповідно, інтервал розсіювання в цьому випадку лежить в межах [1,55; 2,85] і є досить широким, що свідчить про широку амплітуду відхилення, а отже з клінічної точки зору свідчить про недостатність використання такої терапії для цієї групи хворих. Після використання в лікуванні хворих додатково флуренізиду, отримаємо суттєве покращення результатів, що свідчить про додатковий лікувальний ефект), а отже з клінічної точки зору свідчить про кращий ефект використання комплексної терапії з флуренізидом для хворих на екзему. Відхилення становить ±0,563, а інтервал розсіювання лежить в межах [1,64; 2,76]. Концентрація імуноглобулінів сироватки крові у хворих на контактний дерматит після проведення лікування з використанням мазі з флуосинонідом відхиляється на ±0,33 у порівнянні з найбільш ймовірним значенням випадкової величини М, а інтервал розсіювання звужується до [1,87; 2,53] , а отже з клінічної точки зору свідчить про достатній ефект такої терапії для цієї групи хворих. Як видно, при лікування контактного дерматиту мазь Кремген дає суттєве покращення клінічної картини. Використовуючи середню квадратичну похибку, отримаємо для IgA наступні результати. При цьому ж показнику для здорових осіб М=2,2, значення точкової оцінки у випадку лікування екземи з використанням тільки мазі з флуосинонідом становить ±0,177, а інтервал розсіювання лежить в межах [2,02; 2,38]. Після використання в лікуванні ще й флуренізиду отримуємо значення ±0,15, а інтервал розсіювання звужується до [2,05; 2,35]. Використовуючи цю оцінку, бачимо, що додатковий лікувальний ефект не є значним, його відхилення становить лише ±0,02. Концентрація імуноглобулінів сироватки крові у хворих на контактний дерматит після проведення лікування з використанням мазі з флуосинонідом відхиляється на ±0,093 у порівнянні з найбільш ймовірним значенням випадкової величини М, а інтервал розсіювання дуже вузький - [2,10; 2,29], що свідчить про високу достовірність результатів і результативність при лікуванні контактного дерматиту.

# Порівнюючи значення середньої арифметичної похибки для IgМ, де для лікування екземи використовується тільки мазь з флуосинонідом (Кремген), отримаємо для хворих на екзему значення точкової оцінки ±0,491, що означає відхилення в ту чи іншу сторону від еталону М=1,1, тоді інтервал розсіювання є широким [0,60; 1,59], що свідчить, як ми вже зазначали про недостатній лікувальний ефект. Порівнюючи ці ж значення, з використанням середньоквадратичної похибки, отримуємо вищу точність результатів - оцінка становить ±0,134, а інтервал розсіювання, відповідно - [0,95; 1,23]. При додаванні в процесі лікування флуренізиду, отримуємо покращення результатів як для середньоарифметичної так і для середньоквадратичної похибки - ±0,408 та ±0,109 відповідно, а отже і свідчення того, що використання флуренізиду в комплексній терапії дає статистично достовірне покращення результатів лікування. У випадку лікування хворих на контактний дерматит з використанням мазі з флуосинонідом відхилення становить ±0,106 у порівнянні з найбільш ймовірним значенням випадкової величини М, а інтервал розсіювання достатньо вузький - [0,99; 1,20]. Ще достовірніші результати отримано при використанні середньоквадратичної похибки - ±0,03, а інтервал розсіювання дуже вузький [1,07; 1,13], що свідчить про мінімальне відхилення групи хворих після лікування від здорових.

Аналогічно, порівнюючи значення першої точкової оцінки результатів – середньоарифметичної похибки для IgG, отримаємо наступні результати: для лікування екземи першим методом, отримаємо відхилення ±1,54, а додаючи флуренізид, отримаємо значення ±1,154. Застосування другої точкової оцінки дає значно кращі результати: ±0,421 та ±0,308 відповідно. Порівнюючи ці результати з контрольною групою здорових осіб, отримаємо суттєве покращення результатів у випадку комбінованого лікування. Аналізуючи вибірку хворих на контактний дерматит, після проведення лікування з використанням мазі з флуосинонідом, отримуємо наступні результати: середньоарифметична похибка становить ±1,093, що свідчить про суттєве погіршення результатів і значне відхилення від еталону - [9,4; 11,6]. Середньоквадратична похибка - ± 0,306, інтервал розсіювання звужується - [10,2; 10,8], оцінка достовірності результативності лікування більш точна.

Аналізуючи дані стосовно циркулюючих імунних комплексів сироватки крові у здорових та хворих на контактний дерматит та екзема після проведення лікування з використанням тільки мазі з флуосинонідом у випадку ЦІК-В отримуємо значення точкової оцінки ±8,247 з використанням середньоарифметичної похибки, а використовуючи оцінку за методом середньоквадратичної похибки - ±2,255. Отримана похибка дає широкий інтервал розсіювання, що свідчить про мінімальний лікувальний ефект. Додаючи до лікування препарат флуренізид, отримаємо значення ±5,194 та ±1,388 відповідно, інтервал розсіювання при середньоарифметичній похибці [100,4; 110,8] достатньо широкий, а методом середньоквадратичної похибки - [104,2; 107,0] є достатньо вузьким, що свідчить про покращення результату саме у випадку комбінованого лікування. У випадку лікування хворих на контактний дерматит з використанням мазі з флуосинонідом відхилення становить ±2,107 у порівнянні з найбільш ймовірним значенням випадкової величини М=105,6, а при застосуванні другої точкової оцінки стає мінімальним ±0,59, а отже лікування цим препаратом хворих на контактний дерматит дає достатньо добрий, математично підтверджений, клінічний результат.

Аналізуючи дані стосовно циркулюючих імунних комплексів сироватки крові у випадку ЦІК-М, отримаємо наступні результати: у хворих на екзему після проведення лікування з використанням тільки мазі з флуосинонідом отримуємо значення точкової оцінки ±27,418 з використанням середньоарифметичної похибки, а використовуючи оцінку за методом середньоквадратичної похибки - ±7,497. Хоча М в цьому випадку достатньо велике, очевидно, що інтервал розсіювання дуже широкий, а отже лікування малоефективне. При комбінованому способі лікування отримуємо деяке покращення результатів, точкові оцінки тут ±6,908 та ±1,845 відповідно. Інтервал розсіювання “стягується” і можна говорити про кращий результат при цьому методі лікування. При лікуванні хворих на контактний дерматит у випадку ЦІК-М, отримаємо значення похибок ±14,247 та ±3,992 відповідно, інтервал розсіювання широкий [336,55; 365,05] і про суттєве покращення результатів говорити рано.

Стосовн концентрації ЦІК-С при лікуванні хворих на екзему, використовуючи тільки мазь з флуосинонідом (Кремген) отримуємо значення точкової оцінки ±13,182 з використанням середньоарифметичної похибки, додаючи препарат флуренізид, отримаємо ±6,639, а при лікуванні контактного дерматиту ±4,47. Говорити про значну ефективність лікування можна говорити лише для контактного дерматиту, що підтверджує і обчислення, проведені за допомогою середньоквадратичної похибки, найменший інтервал розсіювання [223,75; 226,25] ми отримаємо саме в цьому випадку для значення М=225,0.

Оцінюючи функціональний стан шкіри після проведення лікування у хворих на екзему із використанням флуренізиду та мазі з флуосинонідом отримаємо значення середньо квадратичної похибки ±0,249 для pH кисті, а для pH передпліччя - ±0,415, результат лікування можна вважати позитивним, оскільки інтервали розсіювання у цих випадках достатньо вузькі - [4,95; 5,45] та [4,79; 5,62] відповідно. При застосуванні середньо квадратичної похибки, оцінки становлять ±0,066 та ±0,111 відповідно, що характеризує покращення результатів після лікування. Результати лікування у першій групі найкраще видно при оцінюванні pH кисті, інтервал розсіювання становить лише [5,13; 5,27]. Ще кращі результати отримано при оцінюванні лікування хворих другої групи. Відхилення в ту чи іншу сторону від еталону М=5,2 для оцінки pH кисті та pH передпліччя за допомогою першої точкової оцінки становлять ±0,195 та ±0,256 відповідно. При оцінюванні для досліджуваної групи хворих чисельністю 42 особа, інтервали розсіювання складають лише [5,15; 5,26] та [5,13; 5,27], що свідчить про мінімальне відхилення функціонального стану шкіри вилікуваних осіб від норми, прийнятої для здорових осіб.

Оцінювання результатів проби Буркхарда показує наступні результати. У випадку лікування хворих на екзему отримаємо відхилення від стандарту М=189,9 сек, прийнятого для здорових осіб за першою точковою оцінкою ±4,58, а для лікування контактного дерматиту ±3,43, результат достатньо позитивний. Обчислення за методом середньо квадратичної похибки характеризує точніший результат лікування, особливо вузьке відхилення у випадку лікування дерматиту, інтервал розсіювання складає всього [188,9; 190,9].

Оцінюючи дані алкалорезистентності за допомогою точкових оцінок при лікуванні хворих на екзему, оцінюючи достовірну вибірку з 23 осіб, отримаємо за методом середньо арифметичної похибки значення ±0,77, а користуючись середньо квадратичною оцінкою - значення ±0,206, що дає достатньо позитивний результат в порівнянні з найбільш ймовірним значенням випадкової величини М=15,0, обчисленою для здорових осіб. Досліджуючи показники алкалорезистентністі для вибірки хворих на контактний дерматит, отримуємо після проведення лікування із використанням мазі із флуосинонідом (Кремгену) значення ±0,69 та ±0,193, користуючись середньо арифметичною та середньо квадратичною похибкою відповідно, інтервали розсіювання достатньо вузькі - [14,3; 15,7] та [14,8; 15,2] відповідно, що свідчить про високу достовірність результатів в порівнянні з еталоном, прийнятим для здорових осіб М=15,0 у цьому випадку.

При застосуванні закону розподілу за Ст’юдентом для оцінювання достовірності отриманих результатів лікування отримаємо більш точні значення числових похибок, оскільки нам відома ймовірність p=0,95. У випадку, де для лікування екземи використовується тільки мазь Кремген, ми отримали верхню границю допустимої похибки для концентрації імуноглобуліну IgA ±0,367, при використанні додатково флуренізиду – значення ±0,311. Як бачимо, результати суттєво не змінилися, результат є достатньо високий, відхилення груп пролікованих осіб від достовірної вибірки здорових осіб є достатньо незначне. У випадку лікування контактного дерматиту, отримаємо суттєве покращення у випадку застосування мазі Кремген, значення верхньої границі допустимої похибки ±0,193, а надійний інтервал достатньо вузький [2,00; 2,39].

Стосовно концентрації імуноглобуліну IgМ ми отримали наступні значення: у випадку лікування екземи першим методом, значення верхньої границі допустимої похибки становить ±0,278, другим методом, відповідно - ±0,226. Спостерігається звуження інтервалу надійності з [0,82; 1,39] до [0,87; 1,33]. При обчисленні точності для хворих після лікування на екзему з достовірністю p=0,95 можна стверджувати, що відхилення від групи здорових осіб становить лише ±0,062, а надійний інтервал дуже вузький [1,04; 1,16], що свідчить про дуже високу ефективність лікування.

Щодо аналізу концентрації імуноглобулінів сироватки крові IgG можна стверджувати, що використання у лікуванні для хворих на екзему тільки загальноприйнятої терапії у поєднанні з маззю Кремген не дало достатніх результатів. Значення верхньої границі допустимої похибки є значне ±0,871, а інтервал надійності достатньо широкий - [9,63; 11,37]. Із застосуванням вкомплексі лікування препарату флуренізид кількість вилікуваних осіб збільшилася, відповідно інтервал надійності звузився - [9,86; 11,12].

Аналізуючи динаміку змін значень циркулюючих імунних комплексів сироватки крові у хворих на екзему після проведення лікування з використанням тільки мазі з флуосинонідом у випадку ЦІК-В отримуємо значення інтервальної оцінки ±4,667. Отримана похибка дає достатньо широкий інтервал надійності. Додаючи до лікування препарат флуренізид, отримаємо значення ±2,872, інтервал надійності [102,73; 108,47] вважаємо нормальним, можна говорити про покращення результату у випадку комбінованого лікування. У випадку лікування хворих на контактний дерматит з використанням мазі з флуосинонідом відхилення становить ±1,228 у порівнянні з найбільш ймовірним значенням випадкової величини М=105,6, тобто можна говорити про суттєвий лікувальний ефект.

Аналізуючи зміни малих циркулюючих імунних комплексів сироватки крові, отримаємо наступні результати. У хворих на екзему після проведення лікування з використанням тільки мазі з флуосинонідом отримуємо точність ±15,519. Еталон М в цьому випадку достатньо великий, але й інтервал надійності достатньо широкий і лікування малоефективне. При комбінованому способі лікування отримуємо деяке покращення результатів, значення верхньої границі допустимої похибки ±3,820. Надійний інтервал дуже стягується [346,98; 354,62] і можна говорити про прогрес при цьому методі лікування. При лікуванні хворих на контактний дерматит у випадку ЦІК-М, отримаємо значення верхньої границі допустимої похибки ±8,303, інтервал надійності широкий [342,5; 359,1].

У випадку ЦІК-С при лікуванні хворих на екзему, використовуючи тільки мазь Кремген отримуємо значення верхньої границі допустимої похибки ±7,461, додаючи препарат флуренізид, отримаємо ±3,671, а при лікуванні контактного дерматиту ±2,605. Суттєво ефективність лікування простежується для першої та другої груп хворих, що свідчить про високу достовірність результатів та ефективність лікування.

Оцінюючи функціональний стан шкіри після проведення лікування у хворих на екзему із використанням флуренізиду та мазі з флуосинонідом отримаємо значення верхньої границі допустимої похибки ±0,137 для pH кисті, а для pH передпліччя - ±0,230, результат лікування можна вважати позитивним, особливо для pH кисті, оскільки інтервал надійності у цьому випадку достатньо вузький - [5,06; 5,34]. При лікуванні хворих на контактний дерматит із використанням мазі з флуосинонідом отримані кращі результати, значення верхньої границі допустимої похибки становить ±0,113 для pH кисті та ±0,149 для pH передпліччя. З заданою ймовірністю p=0,95 можна стверджувати, що значення параметра М=2,2, який лежить в інтервалах [2,08; 2,3] та [2,05; 2,35] є сумісним з досліджуваними даними та про незначне відхилення функціонального стану шкіри вилікуваних осіб від еталону, прийнятого для здорових осіб.

Оцінювання результатів проби Буркхарда показує наступне: у випадку лікування хворих на екзему отримаємо значення верхньої границі допустимої похибки ±2,535, а для лікування контактного дерматиту ±1,999, відхилення від еталону М=189,9 сек., прийнятого для здорових осіб є мінімальним, надійні інтервали дуже вузькі, можна говорити про значний лікувальний ефект.

Оцінюючи достовірну вибірку з 23 осіб у випадку, алкалорезистентністі, отримаємо значення верхньої границі допустимої похибки ±0,426 при лікуванні хворих на екзему. Досліджуючи алкалорезистентність для вибірки хворих на контактний дерматит, отримуємо після проведення лікування із використанням мазі із флуосинонідом (Кремгену) точність ±0,402. Можна вважати результати позитивними в порівнянні з найбільш ймовірним значенням випадкової величини М=15,0, обчисленою для здорових осіб. Інтервали надійності достатньо вузькі та майже ідентичні з заданою похибкою - [14,57; 15,43] та [14,59; 15,4] відповідно, що свідчить про високу достовірність результатів та ефективність лікування.

Дані приведені в цьому розділі статистично підтверджують і виразно свідчать, що при лікуванні екземи, враховуючи більш важкі зміни показників гуморального імунітету та функціонального стану шкіри, доцільно проводити комплексне лікування із застосуванням такого препарату, як флуренізид

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове рішення наукової задачі, що полягає в підвищенні ефективності лікування хворих на контактний алергічний дерматит та екзему, зокрема в осіб, що контактують з шкідливими агресивними хімічними речовинами, незалежно від віку та статі, із застосуванням, поряд з базовою терапією, препаратів Кремген та флуренізид в залежності від важкості ураження та протікання процесу.

При комплексному обстеженні 87 хворих, які є працівниками підприємств хімічної промисловості Львівщини на контактний дерматит та екзема було визначено у 42 хворих контактний дерматит та у 45 хворих екзему. Дерматологічна патологія однаково часто зустрі­чається у різних вікових групах, а умовне переважання в віці 40-60 років пов’язане лише з тим, що це вік двох третин працюючих. Кількість мужчин та жінок теж зустрічається майже одна­ково, а саме жінок - 40, чоловіків - 47. Тобто частіше алергодерматози виникали у чоловіків (в 1,18 раза). Розподіл по давністю захворювання також виявився приблизно однаковим. Серед хворих на контактний дерматит чоловіки (17) хворіли в 1,47 раза рідше ніж жінки (25). В той же час на екзему чоловіки (30) хворіли в 2 рази частіше ніж жінки. З анамнезу було видно, що у абсолютної більшості хворих не було важких соматичних захворювань. Аналіз цих даних зумовив певні задачі, при виконанні яких ми отримали достовірні результати, що дали можливість зробити ряд важливих висновків.

1. Є підтверджена необхідність профілактичного комплексного обстеження бар’єрно-захисних функцій шкіри робітників, які працюють на хімічних підприємствах, а саме визначення pH кисті та передпліччя, алкалонейтралізаційна властивість шкіри методом Буркхардта і Шааф, алкалорезистентна властивість шкіри за традиційним методом Фуссеро, з метою попередження появи патології зі сторони шкіри.
2. При визначенні стану гуморального імунітету (IgA, IgM, IgG, ЦІК-ів (малих, середніх і великих)) у робітників хімічної промисловості, хворих на контактний дерматит та екзема та порівнянні з даними у здорових людей отримано достовірну різницю показників. Ці дані свідчать що проходить збільшення ЦІК-ів різних характеристик (малих, середніх і великих) в крові пацієнтів, причому найбільш різко підвищується вміст малих циркулюючих імунних комплексів що пов’язано зі збільшенням концентрації імуноглобулінів.
3. В результаті проведеного лікування впродовж 2-ох тижнів із застосуванням флуренізиду поряд з загальноприйнятою терапією та мазевою терапією Кремгеном у хворих на екзему клінічне одужання наступило в 96% хворих. При застосуванні для лікування хворих на екзему тільки загальноприйнятої терапії повне клінічне одужання наступало лише в 74% хворих, враховуючи те, що вони місцево використовували Кремген. Застосування флуренізиду дає можливість значно зменшити термін лікування хворих, що приносить відчутний економічний ефект та не викликає будь-яких ускладнень зі сторони самопочуття хворих і загальний стан хворих не змінюється.
4. Розроблений метод терапії є достатньо ефективним та недорогим може успішно використовуватись в практиці дерматовенерологічних закладів, підвищує соціально-економічну цінність запропонованого терапевтичного підходу, так як пацієнти через достатньо короткий час (4-7 днів) відчувають покращення свого стану, а через 12-14 днів більшість пацієнтів клінічно одужують, а, отже, й підвищується якість життя пацієнта.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Робота полягає в тому, що було експериментально підтверджено роль взаємозв`язку стану бар’єрно-захисних функцій шкіри та змін імунологічного статусу в патогенезі контактного дерматиту та екземи у робітників хімічної промисловості і на цій підставі розроблено й апробовано ефективний метод комплексної терапії із застосуванням нового імунотропного препарату флуренізид та сучасної вітчизняної мазі “Кремген”. В наслідок застосування цього методу терапії отримано швидкий клініко-лікувальний ефект при проведенні амбулаторного лікування хворих. Це, на нашу думку, підвищує соціально-економічну цінність запропонованого терапевтичного підходу, оскільки амбулаторне лікування є менш затратним, ніж перебування хворого в стаціонарних умовах, пацієнти через достатньо короткий час відчувають покращення свого стану, а, отже, й підвищується якість їх життя.

**Список робіт, опублікованих за темою дисертації:**

1. Туркевич О.Ю. Стан бар’єрно-захисних функцій шкіри у робітників хіміко-фармацевтичної промисловості хворих на дерматози // Акт. питання дерматовенерології : Наук.- практ. зб. ст. – Дніпропетровск, 1998.- №11. - С.64-67.
2. Туркевич О.Ю. Застосування нових засобів індивідуального захисту для профілактики профдерматозів у робітників хіміко-фармацевтичної промисловості // Акт. питання дерматовенерології : Наук.- практ. зб. ст. – Дніпропетровск, 1998.- №11. - С.62-64.
3. Метод лікування робітників, хворих на контактний алергічний дерматит // Туркевич О.Ю., Туркевич Я.М., Коляденку В.Г., Сизон О.О. // Інформ. лист. – Київ, 2001. - №104. – 4с.
4. Туркевич О.Ю. Напруженість імунного статусу та функціональні показники шкіри у хворих на професійні дерматози до і після ліування із використанням препарату “Кремген”// Тези доповідей науково-практичної конференції дерматовенерологів України “Токсикодермії та алергічні захворювання шкіри”. Київ, 2002.- С.13-14.
5. *Туркевич О.Ю. Про доцільність використання імунологічних та функціональних шкірних тестів при діагностиці професійного контактного дерматиту // Дерматологія, косметологія, сексопатологія: Наук.- практ. журн. - Дніпропетровськ, 2002.- №1-2(5).-С.129-133.*
6. Туркевич О.Ю. Індивідуальна профілактика дерматозу у робітників хімічної промисловості // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології, Київ, 2002.-№.1 – С. 44-46.
7. Туркевич О.Ю. Особливості імунологічних показників та функціонального стану шкіри у хворих на профдерматози як критерій ефективності лікування // Тези доповідей науково-практичної конференції, присвяченої 160-річчю з дня народження М. І. Стуковенкова Київ, 24-25 травня 2002 р.
8. Туркевич О.Ю. Функціональні показники шкіри та імунний статус у хворих на професійний дерматоз до та після лікування// Укр. журн. дерматології, венерології, косметології, Київ, 2003.-№.3 – С. 12-14.
9. Туркевич О.Ю. Ефективність лікування професійних дерматозів препаратами з умістом флуосиноніду з врахуванням комплексного визначення імунобіохімічних та функціональних показників // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології, Київ, 2003.-№.4 – С. 30-33.
10. Туркевич О.Ю. Оцінка результатів лікування професійних дерматозів із використанням імуномодуляторів та аналіз їхнього порівняння // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології, Київ, 2004.-№.3- С.39-44 – С. 44-46.
11. Туркевич О.Ю. Відхилення показників гуморального імунітету у хворих на профдерматози та їх корекція імуномодуляторами // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія, Львів, 2004.-№.3(27)- С.136-140.

#### АНОТАЦІЯ

**Туркевич О. Ю. Лікування дерма­титу та екземи у робітників хімічної промисловості з урахуванням фізіологічного стану шкіри та деяких показників гомеостазу. – Рукопис.**

*Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця , Київ, 2007р.*

Дисертація присвячена вивченню ролі порушення фізіологічного стану шкіри та деяких показників гомеостазу в патогенезі дерма­титу та екземи. Запропоновано алгоритми дослідження фізіологічного стану шкіри та деяких показників гомеостазу у хворих на дерма­тит та екзему. Показано, что ступінь порушень відповідних показників фізіологічного стану шкіри та гуморального імунітету у хворих дерматитом та екземою може служити додатковим діагностичним критерієм, який повинен ураховуватися при розробці тактики комплексної патогенетичної терапії, направленої на їх корекцію. Розроблений вдосконалений, патогенетичний комплексний метод лікування екземи, який паралельно з проведенням базової комплексної терапії передбачає ще й призначення хворим сучасного вітчизняного імунотропного препарату флуренізид. Використання запропонованого методу терапії позволить корегувати ряд порушень в організмі хворих на дерматит та екзему, а також буде сприятиприскоренню вилікування, зменшенню часу лікування на 20 – 30% і подовженню строку ремісії.

**Ключові слова:** контактний алергічний дерматит, екзема, робітники, лікування, гуморальний імунітет, вітчизняний імунотропний препарат флуренізид

#### ANNOTATION

**Turkevych A.J. Treatment of patients with dermatitis and eczema – chemical industry employees, including skin physiology derangements and some homeostasis’ derangements. – Handwritten.**

*Medical degree theses in major 14.01.20 – skin and venereal diseases. О.О. Bohomolets National Medical University, Kyiv, 2007.*

The thesis is devoted to the study of role of derangements of skin physiology and some derangements of homeostasis in the dermatitis and eczema pathogen. The algorithms were proposed for derangements of skin study and derangements of humoral immunity study. There is shown, that the level of those derangements have to be used as one more diagnostic criteria in developing of pathogenic complex treatment method. A new pathogenically based complex treatment method was developed, where basic therapy is combined with remedy known as flurenizidum. Usage of the proposed treatment method allows correction of system derangements of patients and contributes to number of days of the illness reduce by 20 – 30% and prolongation of remission period.

Key words: dermatitis, eczema, employees, treatment, humoral immunity system, flurenizidum

#### АННОТАЦИЯ

**Туркевич А. Ю. Лечение дерма­тита и экземы у рабочих химической промышленности с учётом физиологического состояния кожи и некоторых показателей гомеостаза. - Рукопись.**

*Диссертацяи на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20* – *кожные и венерические болезни. Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца , Киев, 2007г.*

Диссертация посвящена изучению роли нарушения физиологического состояния кожи и некоторых показателей гомеостаза в патогенезе дерма­тита и экземы у рабочих. Несмотря на усиленное изучение проблемы патогенеза контактного аллергического дерматита и экземы многими учёными проблема адекватного лечения до сих пор решена не до конца и является актуальной. Предложены алгоритмы исследования функционального состояния кожи, а именно pH кожи кистей и предплечий, алкалорезистентность и алкалонейтрализационная функция кожи и некоторых показателей гуморального иммунитета, а именно IgA, IgM, IgG и ЦИК-ов (б, с, м) и взаимосвязь между ними. Показано, что степень нарушений функционального состояния кожи и гуморального иммунитета у больных контактным аллергическим дерматитом и экземой может служить дополнительным диагностическим критерием при разработке комплексной патогенетической терапии дерматозов, направленной на их коррекцию, с учётом формы дерматоза, тяжести клинического течения. Есть необходимость профилактического комплексного обследования барьерных защитных функций кожи рабочих химических предприятий. При определении состояния гуморального иммунитета (IgA, IgM, IgG, ЦИК-ов (малых, средних и больших)) у больных контактным дерматитом и экземой получено достоверную разницу показателей в сравнении со здоровыми людьми. Разработанный метод терапии достаточно эффективен и недорог, может успешно использоваться в практике амбулаторных дерматовенерологических заведений.Разработан комплексный метод лечения экземы, который параллельно с проведением базовой комплексной терапии предусматривает и назначение больным препарата флуренизид, учитывая, что вследствие применения этого препарата качественные и количественные показатели эффективности лечения существенно улучшаются, а строки лечения уменьшаются. Использование предложенного метода терапии позволяет корректировать ряд нарушений в организме больных, приводит к уменьшению времени лечения на 20 – 30% и удлинение срока ремиссии, а также к возможности проводить амбулаторное лечение больных, что является экономически более выгодным.

**Ключевые слова:** контактный аллергический дерматит, экзема, рабочие, лечение, гуморальный иммунитет, отечественный иммунотропный препарат флуренизид

Підписано до друку \_\_.\_\_.2007р. Формат 60х84/16.

Папір офсетний. Друк різограф.

Ум. др. арк. 1,16. Ум. фарбовідб. 1,33.  
Замовлення № 15891. Наклад 100 прим.

Друк ТзОВ „ЗУКЦ”

Вул. Драгоманова, 18, м. Львів, 79005

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>