

0-793762

На правах рукописи

АЮУШ ЦОГЦЭЦЭГ

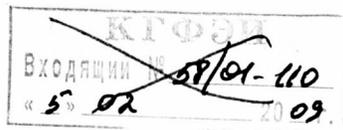
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ НА КУРОРТЕ
«АВАРГА-ТОСОН»**

14.00.11 – кожные и венерические болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2009



Работа выполнена на кафедре дерматовенерологии ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» и в Национальном дерматологическом центре Монголии

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор

Кузнецова Нина Петровна

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор

Резайкина Анна Васильевна

Доктор медицинских наук, профессор

Хан Майя Алексеевна

Ведущее учреждение:

Российский Университет Дружбы Народов, г. Москва

Защита диссертации состоится «25» февраля 2009 года в 12 часов на заседании Диссертационного Совета (Д208.115.01) при ФГУ «Государственный Научный Центр Дерматовенерологии» Росмедтехнологий по адресу:
107076 г. Москва, ул. Короленко 3, стр 6

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Государственный Научный Центр Дерматовенерологии» Росмедтехнологий.

Автореферат разослан «.....» **января 2009г.**

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КГУ



0000714704

Ученый секретарь Диссертационного Совета
кандидат медицинских наук

Иванова Наталия Константиновна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Хронические дерматозы представляют серьезную медико-социальную проблему в связи с высокой заболеваемостью, достигающей 10% больных аллергодерматозами и 2% больных псориазом в популяции (Мордовцев В.Н., 1995; Скрипкин Ю.К., 1995), а также с частой и длительной потерей трудоспособности за счет рецидивов обострений заболеваний (Finzi A.F., Gibelli E., 1991). Актуальность изучения, медицинская и социальная значимость хронического дерматоза обусловлены ростом заболеваемости в молодом возрасте, поражением лиц наиболее активного трудоспособного возраста, увеличением осложненных, тяжелых форм, резистентностью к традиционной терапии (Шахмейстер И.Я. и соавт., 1980; Шарапова Г.Я., 1989; Довжанский С.И., 1990; Мордовцев В.Н. и соавт., 1995; Скрипкин Ю.К., 2006; Barker B.S. 1992; Tagami H., 1993; Elder J.T. et al., 1994; Finlay A.Y., 1995; Christophers E., 1997).

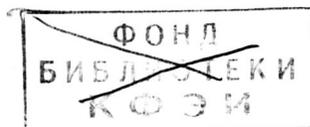
Псориаз относится к хроническим рецидивирующим дерматозам, при которых возникает необходимость проведения повторных курсов лечения медикаментозными средствами (Кунгуров Н.В., Филимонкова А.И., Тузанкина И.А., 2002). Количество больных псориазом в разных странах составляет от 1 – 3 до 5 – 7% всего населения (Федоров С.М., 2001; Олисова О.Ю., 2004).

Атопический дерматит – аллергическое распространенное заболевание кожи у детей раннего возраста, школьников и подростков (Баранова А.А., 2006) и занимает одно из ведущих мест в структуре кожной патологии детского возраста, составляет 20 – 50% всех дерматозов у детей (Резайкина А.В., Веркович Н.В. и соавт., 2000).

Каждый 2-й ребенок в возрасте до 1 года и каждый 10-й школьник страдают атопическим дерматитом (Закачурина И.В., Хан М.А., Кориюкина И.Ю., 2002; Разумов А. Н., Лимонов В. И., Семенов Б. Н., 2003).

Бальнео - и пелондотерапия дает более стойкий, быстрый результат в реабилитации больных хроническими дерматозами и способствует возникновению более продолжительной ремиссии без назначения лекарственных веществ (Разумов А.Н., 2001; Закачурина И.В. и соавт., 2002; Меньшикова Л.В., 2002; Суворов С.А., 2004; Рябцев С.М. и соавт., 2007).

Псориаз и атопический дерматит в Монголии в последние годы имеют тенденцию к распространению и занимают 20,6% в структуре хронических дерматозов (Содномпил Ц., 2007). Исходя из этого, изучение эффективности лечения больных хроническими дерматозами на курортах Монголии является актуальной проблемой и представляет не только теоретический, но и практический интерес.



Цель исследования. Изучить клиническую эффективность климатотерапии больных хроническими дерматозами на курорте «Аварга-Тосон» и обосновать показания к применению.

Задачи:

1. Оценить клиническую эффективность терапии минеральной водой и лечебной грязью курорта «Аварга-Тосон» больных хроническими дерматозами на основании изучения ближайших результатов лечения.
2. Изучить отдаленные результаты лечения больных псориазом и atopическим дерматитом на курорте «Аварга-Тосон».
3. Изучить влияние лечебных факторов курорта «Аварга-Тосон» на иммунологические и морфологические показатели у больных.
4. Разработать и обосновать методики лечения больных хроническими дерматозами и показания к применению.

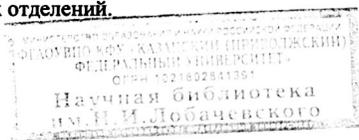
Научная новизна.

Впервые установлена высокая эффективность применения минеральной воды и лечебной грязи курорта «Аварга-Тосон» при лечении больных хроническими дерматозами. На основании анализа ближайших и отдаленных результатов лечения выявлены преимущества бальнео – и пелоидотерапии по сравнению с традиционными методами лечения больных хроническими дерматозами.

Установлено нормализующее действие химических элементов грязи озера «Аварга-Тосон» на иммунологические и морфологические показатели у больных дерматозами.

Практическая значимость. Впервые в практике дерматовенеролога применена бальнео - и пелоидотерапия больных псориазом и atopическим дерматитом и установлена её высокая клиническая эффективность. На основании анализа ближайших и отдаленных результатов лечения выявлены преимущества бальнео-пелоидотерапии по сравнению со стационарным и амбулаторным лечением больных хроническими дерматозами. Внедрение в практику разработанной методики лечения с использованием курортных факторов «Аварга-Тосон» будет способствовать улучшению течения хронических дерматозов, удлинению ремиссии, улучшению прогноза заболевания, что значительно повысит качество жизни этих пациентов.

Внедрение результатов исследования. Основные результаты исследования внедрены в практику лечебного процесса Монгольского национального дерматологического центра, межрайонных, аймачных дерматологических отделений.



Апробация работы. Материалы диссертации доложены на научно-практической конференции «Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения в условиях ОМС» (Иркутск, 2005), на международном конгрессе «The 6th Asia Pacific Congress of Allergology and Clinical Immunology» (Токуо, 2004), на международной научной конференции «Распространенность хронических дерматозов их лечение в Монголии» (Улан-Батор, 2005), на конференции, посвященной 85-летию кафедры дерматовенерологии и 5-летию кафедры дерматовенерологии ФПК и ППС ГОУ ВПО ИГМУ (Иркутск, 2006), на конференции «Современные проблемы этноэкологии и традиционного природопользования», посвященной 75-летию Бурятского государственного университета (Улан-Удэ, 2007), на рабочем совещании дерматологов и экологов, посвященной проблеме экологии (Хэнтий аймак, 2007), на международной конференции, посвященной 80-летию дерматовенерологической службы в Монголии (Улан-Батор, 2006), на научно-практической конференции «Тенденция современного лечения в дерматовенерологии» (Улан-Батор, 2008).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, 2 из них в журналах, рецензируемых ВАК РФ.

Объём и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 111 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 4-х глав собственных исследований, заключения, выводов, списка литературы, включающего 212 источников. Текст иллюстрирован 24 рисунками и 18 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач в 2005-2008 гг. на базе Национального дерматологического центра Монголии, на курорте «Аварга-Тосон» и в морфологическом отделе Иркутского диагностического центра было обследовано 220 больных, которые были разделены на две группы, каждая из которых имела основную группу и группу для сравнения. В первую группу входили 124 больных псориазом (основную составляли 84 больных, а группу для сравнения - 40). В вторую группу составляли 96 больных atopическим дерматитом (в основную входили 66 больных, а в группу для сравнения -30). В число исследуемых нами больных входили - 114 (51.8%) лиц мужского пола, 106 (48.2%) женского пола, в возрасте от 6 до 71 года. Средний возраст пациентов составил 35 ± 17.2 .

Сопутствующие заболевания были выявлены у 55 пациентов (40%): хронический тонзиллит – у 9, хронический холецистит – у 8, хронический гастрит – у 18, гипертоническая болезнь – у 9, ожирение – у 5, хронический бронхит – у 6.

Основными природными факторами курорта «Аварга-Тосон» являются грязь и минеральная вода. Для лечения больных использовались вода, черная и желтая иловая грязь озера. В 2006 году в лаборатории Технологического университета г.Улан-Батора был изучен химический состав озера «Аварга-Тосон» ионохроматографическим методом. В химический состав озера «Аварга-Тосон» входят такие минералы, как карбонат (CO_3)-11118 мг/л, бикарбонат (HCO_3)-5453,4 мг/л, фосфат (PO_4)-76,10 мг/л, натрий (Na)-34,2 мг/дл, калий (K)-29,2 мг/дл, кальций (Ca)-10,194 мг/л, сульфат (SO_4)-9,95 мг/л, хлорид (CL)- 7,12 мг/л, магний (Mg)-3,5 мг/ л, аммоний (MN_4)- 2,34 мг/л, железо (Fe)-0,09 мг/л, $\text{PH}=9,58$ и его минерализация составляет-6745,4 мг/л. В 2007 году в Центральной геологической лаборатории Монголии методом рентгенофлуоресцентного анализа был исследован состав черной и желтой иловой лечебной грязи. В ней содержатся около 10 окисных соединений таких, как окиси кремния, алюминия, титана, калия, кальция, марганца, фосфора и фтор. В составе лечебных грязей содержатся 22 вида редкоземельных и щелочных металлов: уран, ванадий, торий, самарий, рубидий, стронций, сурьма, молибден, олово, церри, лактан и т.д.

Клинические проявления псориаза оценивались индексом PASI, atopического дерматита - индексом SCORAD.

Клиническое выздоровление псориаза, atopического дерматита регистрировалось в тех случаях, когда имел место полный регресс высыпаний, исчезновение субъективной симптоматики и снижение индексов PASI, SCORAD на 96-100%.

Значительным улучшением считались достижение регресса клинических симптомов и снижение индексов PASI, SCORAD не менее чем на 76-95%, а также исчезновение субъективных симптомов.

Улучшение рассматривалось как снижение индексов PASI, SCORAD регресс клинических и субъективных симптомов не менее, чем на 26-75%.

Отсутствие эффекта от проводимой терапии было расценено в случае стабильности состояния кожного процесса и индексов PASI, SCORAD не менее, чем на 26%.

Ухудшением считалось нарастание клинической и субъективной симптоматики и увеличение индексов по сравнению с исходными величинами.

Ближайшие результаты оценивались сразу после первого курса лечения. Отдаленные результаты были прослежены после II и III курсов лечения на курорте в течение 3-х лет.

Все больные основной группы получали лечение по обычной методике продолжительностью 10-14 дней в год, а больные группы сравнения получали лечение в условиях стационара и амбулаторно в течение 10-14 дней без санаторно-курортного лечения.

Всем больным до и после лечения и при диспансерном наблюдении в течение 3-х лет проводились общее клиническое исследование (общий анализ крови, общий анализ мочи); функциональные исследования (ЭКГ, УЗИ – по показаниям), и определение иммуноглобулинов А, М, G, E; морфологические исследования кожи.

Общий анализ крови и мочи. До начала и после завершения каждого курса лечения всем пациентам проводился общий анализ крови мочи по общепринятым унифицированным методикам.

Иммунологические исследования проводились в иммунологической лаборатории Национального дерматологического центра Монголии.

Имуноглобулины классов А, М, G в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии в агаровом геле по Mancini на аппарате “Humalyzer 3000” (Германия).

Определение сывороточного IgE проводилось методом «ELISA» на аппарате фирмы «Stat fax». Тест количественного определения IgE основан на твердо-фазном, ферментно-связанном и иммуно-сорбентном методе (ELISA).

Морфологическое исследование кожи выполнено в морфологической лаборатории Иркутского диагностического центра (зав. отделом патоморфологии – канд. мед. наук С.С. Голубев).

Для обработки материала были применены стандартные аппаратные методы фиксации, проводки и окраски ткани. Проводка материала проводилась в автомате для вакуумной проводки VIP-E150F фирмы «Sacuga» (Япония), заливка в системе для

автоматической заливки материала «ТЕС-IV» фирмы «Sacuga» (Япония). Резка стандартных серийных срезов толщиной 5 мкм проводилась на полуавтоматических роторных микротоммах СМ-502 фирмы «Microm» (Германия) с использованием одноразовых ножей. Визуализация изображений осуществлялась с помощью компьютерной микроскопической видеосистемы «Quantimet 550IW» фирмы «Leica» (Англия) с встроенным пакетом статистических морфометрических программ «Q-win», для цифрового анализа патоморфологического и цитологического материала с камерой высокого разрешения, позволяющей проводить количественный анализ изображения по реальным цветам или оптическим плотностям с форматом изображения 6000x4000 пикселей.

Функциональные исследования. УЗИ внутренних органов осуществлялось при помощи ультразвукового прибора «General motors 6000» (Япония) с использованием абдоминального конвексного датчика частотой 3,5 МГц.

Методы лечения. В зависимости от клинических проявлений и остроты процесса, использовались 2 режима курортного лечения: обычный режим и щадящий метод.

а. Обычный режим лечения назначался при торпидном течении кожного процесса, в стационарной стадии псориаза и атопического дерматита. Купание в озере в течение 20 минут с последующими грязевыми аппликациями по 15-20 минут. Продолжительность аппликаций зависела от выраженности инфильтрации и увеличивалась на 5 минут с каждой последующей процедурой до 30 минут. После окончания аппликаций проводилась гелиотерапия в течение 10 минут (противопоказана весенне-летняя форма псориаза), затем повторное купание. Таким образом, процедуру лечения проводили 2 раза в день, всего 20-28 сеансов.

б. Щадящая методика использовалась при подостром течении дерматозов. Назначалось купание в озере 10-15 минут с последующими грязевыми аппликациями по 5-7 минут, затем повторное купание. После 2-3 часов применялись индифферентные мази. Курс лечения составлял 2 раза в день в течение 10-14 дней.

Лечебная грязь применялась в виде грязевых аппликаций накладыванием ровным слоем, исключая шею, голову и кардиальную область. В качестве отшелушивающих и разрешающих средств на очаги применяли мазь салициловой кислоты (2%), для смягчения кожи – крем-Унна и детский крем).

Оценку результатов лабораторных исследований и динамики клинических проявлений проводили с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 7.0, SPSS, STATISTIKA-6, Office Excel, 2004. Проводилась оценка ряда наблюдений с уровнем значимости 95%. Критерии клинической эффективности оценивались рядом наблюдений за

группами с уровнем (M), среднего квадратического отклонения (s), средней ошибки (m). Межгрупповые сравнения осуществляли с использованием t- критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая эффективность лечения больных псориазом

У 39 (46.4%) из 84 больных псориазом (основная группа) было отмечено непрерывно рецидивирующее течение (стационарно-прогрессирующая стадия), у остальных 45 (53.6%) больных торпидное (стационарная стадия) течение болезни. Возраст обследованных больных псориазом варьируется 6 – 71 года, большую их часть составили лица в возрасте 20 – 50 лет (75 человек – 89%).

Давность заболевания у большинства больных была от 3 до 10 лет. У 42 пациентов (50.0 %) были отмечены обострения заболевания в зимний период. У 25 больных (29.7 %) определить периодичность обострений представлялась невозможным, в связи с давностью процесса менее 1 года к моменту обследования.

Среди провоцирующих факторов псориаза и других хронических заболеваний кожи у обследованных больных наиболее чаще зарегистрировались стресс - 21 (25 %), нарушение диеты - 11 (13.09 %), неблагоприятные условия труда - 5 (5.9%), ОРВИ - 11 (13.9 %), ангина - 19 (22.6 %), беременность - 4 (4.7 %), ожирение - 8 (9.5 %). 5 (5.9 %) пациентов, которые не смогли указать причин, провоцирующих обострения. При псориазе отмечалась наследственная отягощенность у 21(31.3%).

По степени тяжести кожных проявлений больные распределились следующим образом: больные с тяжёлой формой псориаза – индекс PASI>26 – 29 больных (34,5%); со средней степенью тяжести - в виде очагов с умеренно выраженным воспалительным компонентом, занимающих от 30 до 30% площади поверхности кожи $8 < \text{PASI} < 18,9$ – 49 больных (58,3%); с легким течением – PASI<8 в виде ограниченных очагов со слабо выраженными воспалительными явлениями – у 6 (7,1%).

Группу сравнения составили 40 больных псориазом; 23 (57,5%) из которых находились в стационарно-прогрессирующей стадии (с непрерывно рецидивирующим течением), 17 (42,5%) – в стационарной. Возраст больных до 20 лет составляли 9 (22,5%) больных, 21-30 лет - 15 (37,5%), 31-40 лет – 14(35%), 41-50 лет – 2 (5%). Давность заболевания варьировалась от 3 до 10 лет. Тяжелая степень кожных проявлений PASI>26 была отмечена у 9 (22,5%), средняя $8 < \text{PASI} < 20$ – у 23 (57,5%), легкая PASI<8 - у 8 (20%).

В основной группе больных псориазом, после первого курса лечения на курорте «Аварга-Тосон» в течение 10 -14 дней, отмечалось снижение индекса PASI с $18,03 \pm 4,46$ до $3,58 \pm 0,8$ ($P < 0.001$).

Динамика индекса PASI и клинических симптомов у больных псориазом до и после I курса лечения

Критерии клинической эффективности (M±m)	Группа основная n=84		Группа сравнения n=40	
	До лечения	После I курса лечения	До лечения	После II лечения
PASI	18.03±4.46	3.58±1.08***	17.05±4.26	5.28±1.32***
Эритема	2.02±0.67	0.82±0.34***	2.00±0.66	1.80±0.43*
Инфильтрация	2.13±0.7	0.04±0.01***	2.80±0.6	1.80±0.26**
Шелушение	2.43±0.8	1.48±0.04***	2.10±0.7	1.80±0.46*

*Примечание: * – достоверные различия с показателями до лечения P < 0,05; ** – P < 0,01;*

Динамика отдельных клинических симптомов также была положительной. Эритема становилась менее выраженной на 3 – 4 день лечения и к концу курса была выражена незначительно с 2,02±0,67 до 0,82±0,34 балла (P<0.001). Инфильтрация уменьшилась к концу курса лечения и составила 2,13±0,7 до 0,04±0,01 (P<0.001) балла. Шелушение, выраженное до лечения, значительно уменьшилось с 2,43±0,8 до 1,48±0,04 (P<0.001) после первых же водных процедур. Как видно из представленных данных в основной группе в 2 раза быстрее уменьшились симптомы псориаза, чем в группе сравнения (P<0.001) (табл.1).

После первого курса лечения в основной группе клиническое выздоровление наблюдалось у 14 больных (16,6%) при полном исчезновении псориазических высыпаний, исчезновении субъективной симптоматики и снижения индекса PASI на 96-100%. Значительное улучшение было у 58 больных (69,1%), индекс PASI снизился более чем на 76-95%, было отмечено исчезновение субъективных ощущений. Улучшение отмечено у 12 (14,3%) больных, регресс клинических и субъективных симптомов был не менее чем на 26-75%. В группе сравнения после первого курса лечения отмечено значительное улучшение у 24 (60%), улучшение - у 12 (30%), отсутствие эффекта – у 4 (10%), т.е. у больных группы сравнения не было отмечено клинического выздоровления.

Отдаленные результаты динамики клинических симптомов и индекса PASI у больных псориазом после II и III курсов лечения

Критерии клинической эффективности (M+m)	Группа основная n=84		Группа сравнения n=40	
	После II курса	После III курса	После II курса	После III курса
PASI	2.76±0.12	1.02±0.05**	4.38±1.09	2.03±0.50**
Эритема	0.82±0.20	0.00***	1.80±0.45	0.80±0.2*
Инфильтрация	0.04±0.01	0.00**	0.68±0.17	0.30±0.07*
Шелушение	0.99±0.24	0.06±0.01**	1.46±0.36	1.10±0.27*

*Примечание: различия статистически достоверны при сравнении показателей после 2-ого и 3-ого курса лечения, ***P<0.001, **P<0.05, *P<0.1*

Как видно из таблицы 2, динамика клинических симптомов и индекса PASI у больных основной группы показатели были менее выражены после II курса лечения. Индекс PASI снизился с 2.76±0.12 до 1.02±0.05 (P<0.001). После III курса исчезли полностью эритема, инфильтрация, оставалось незначительное шелушение. Индекс PASI снизился до 1.02±0.05 (P<0.001). В группе сравнения все показатели снижались медленно, сохранялись эритема, инфильтрация, шелушение. Индекс PASI составил с 4.38±1.09 до 2.03±0.05. (P<0.05) (табл. 2, рис. 1).

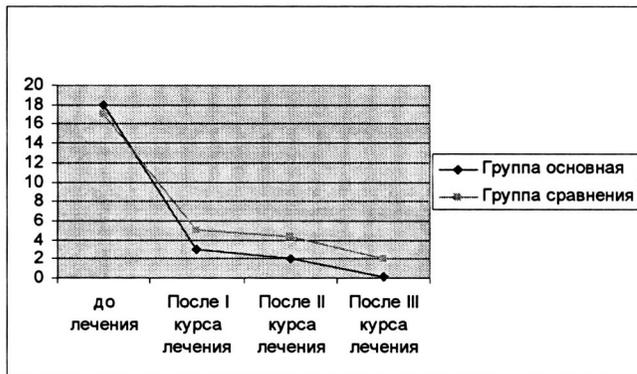


Рис. 1. Динамики индекса PASI у больных псориазом

После двух курсов лечения клиническое выздоровление было отмечено у 38 (45.2%) больных и значительное улучшение – у 41 (48.8%) и улучшение – у 5 (6%) (рис. 2). В группе сравнения не было наблюденo клинического выздоровления, значительное улучшение

наблюдалось у 22 (55%), улучшение – у 16 (40%). У 2 (5%) больных положительный эффект лечения не отмечалось.



Рис. 2. Отдаленные результаты лечения больных псориазом после II курса лечения

После трех курсов лечения клиническое выздоровление было достигнуто у 69 (82%) больных, значительное улучшение у 15 (18%) больных (рис. 3). Наибольшая эффективность наблюдалась после трех курсов лечения у всех больных. Таким образом, лечение больных псориазом на курорте «Аварга-Тосон» несомненно быстрее приводит к клиническому выздоровлению. Свидетельством тому служит снижение индекса PASI в 5 раз за 10 – 14 дней лечения на курорте.

Отдаленные результаты лечения изучены у больных, которые получали повторные курсы лечения на курорте «Аварга-Тосон» в течение 2 – 3 лет.

В группе сравнения наблюдалось значительное улучшение у 35 (87,5%) больных, улучшение — у 5 (12,5%).



Рис. 3. Отдаленные результаты лечения больных псориазом после III курса лечения

Клиническая эффективность лечения больных атопическим дерматитом

Атопическим дерматитом находились 96 больных, которые были разделены на 2 подгруппы: I –на основную, куда входили 66 больных и группу сравнения, состоящую из 30 больных. Возраст больных атопическим дерматитом: до 20 лет составляют 28 (42.4%) человек, 21-30 лет – 22 (33.3%), 31-40 лет – 9 (13.6%), 41-50 лет – 7 (10.7%). Давность заболевания от 6 до 15 лет. Среди больных основной группы были 30 мужчин и 36 женщин. Среди больных основной группы была выявлена эритематозно-сквамозная форма - у 19 (28.8%), эритематозно-сквамозная с лихенификацией - у 28 (42.5%), лихеноидная форма - у 19 (28.8%). Максимальный индекс – (Scorad >63) был у 18 больных (27.3%); средний ($43.5 < \text{Scorad} < 63.0$) – у 38 (57.6%), минимальный – ($16.2 < \text{Scorad} < 45.5$) - у 10 (15.2%). Кроме того, под наблюдением было 30 больных атопическим дерматозом из группы сравнения. Эритематозно-сквамозная форма была выявлена – у 9 (30%), эритематозно-сквамозная форма с лихенизацией – у 15 (50%), лихеноидная форма – у 6 (20%). Возраст больных атопическим дерматитом: до 20 лет были 9 (30%) человек, 21-30 лет -11 (36.6%). 31-40 лет – 6 (20%), 41-50 лет – 4 (13,3%). Давность заболевания варьировала от 3 до 15 лет. Максимальный индекс SCORAD>60,2 был у 8 больных (26,6%), средний – 36,3< SCORAD<60 – у 16 (53,3%), минимальный – 20,8< SCORAD<39,3 – у 6 (20%). После первого курса лечения на курорте в течение 10-14 дней, у больных атопическим дерматитом наступило снижение индекса SCORAD с 60.56 ± 16.60 до 15.64 ± 4.88 ($P < 0.001$) (табл. 3). Регресс отдельных клинических симптомов в процессе лечения был следующим: эритема становилась бледнее на 5-6 день лечения и к концу курса исчезла полностью, отек резко уменьшился на 3-4 день лечения и к концу курса лечения снизился с 2.00 ± 0.66 до 0.02 ± 0.006 ($P < 0.001$).

Таблица 3

Динамика индекса SCORAD и клинических проявлений после I курса лечения больных атопическим дерматитом

Клиническая эффективность. (баллы) (M+m)	Группа основная n=66		Группа сравнения n=30	
	До лечения	После I курса	До лечения	После I курса
SCORAD	60.56 ± 6.60	$15.64 \pm 4.88^{***}$	59.89 ± 15.90	$22.86 \pm 7.62^{**}$
Эритема	2.30 ± 0.76	$0 \pm 0^{***}$	2.45 ± 0.81	$1.00 \pm 0.33^{***}$
Отек	2.00 ± 0.66	$0.02 \pm 0.006^{***}$	2.56 ± 0.85	$1.20 \pm 0.4^{**}$
Мокнутие	1.94 ± 0.64	$00 \pm 0.0^{***}$	2.01 ± 0.67	$0. \pm 0.0^{**}$
Экскориация	2.29 ± 0.79	$0.21 \pm 0.07^{***}$	2.35 ± 0.78	$1.80 \pm 0.6^*$
Лихенификация	2.43 ± 0.81	$1.83 \pm 0.27^{**}$	2.96 ± 0.98	$2.00 \pm 0.66^*$
Сухость кожи	2.5 ± 0.83	$1.91 \pm 0.3^{**}$	2.80 ± 0.93	$2.20 \pm 0.73^*$

Примечание: Различия статистически достоверны при сравнении показателей до и после 1-ого курса лечения, *** $P < 0.001$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$

Мокнутие прекратилось на 2 – 3 день лечения, уменьшилось количество экскориаций. Зуд прекратился почти полностью на 3 – 4 день, одновременно с исчезновением мокнутия и отека кожи. Сухость и лихенификация кожи значительно уменьшились в процессе лечения, но сохранялись в очагах поражения дольше, что требовало применения индифферентных мазей и кремов (кольд-крем, крем Унна и др). В случаях торпидного течения атопического дерматита дополнительно использовались гормональные кремы на пораженных участках кожи (лоринден-С, флуцинар).

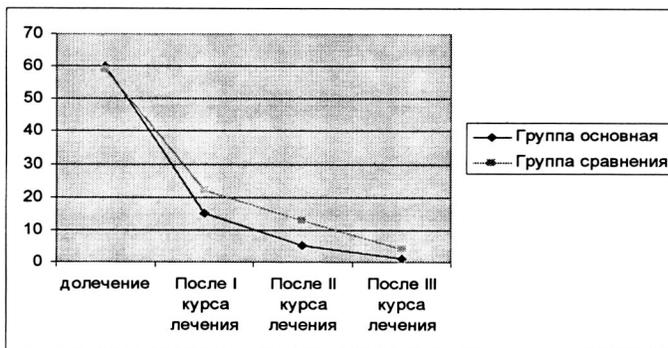


Рис. 4. Динамики индекса SCORAD у больных атопическим дерматитом

У больных группы сравнения отмечался более замедленный регресс высыпаний, индекс SCORAD с $59,89 \pm 15,90$ понизился до $22,86 \pm 7,62$ ($P < 0,01$), эритема и отёки уменьшились незначительно. Медленно уменьшались мокнутие, зуд и сухость кожи. Лихенификация сократилась с $2,96 \pm 0,98$ до $2,00 \pm 0,66$, достоверные различия не выявлены у 60% больных.

У 8 (12.12%) больных основной группы атопическим дерматитом, после первого курса лечения наступил клиническое выздоровление, у 43 (65.1%) больных было отмечено значительное улучшение, у 15 (22.7%) больных улучшение, которое проявлялось исчезновением зуда, уменьшением лихенификации. У 17 (56.6%) из 30 больных группы сравнения после первого курса лечения наступило значительное улучшение, у 8 (26.6%) – улучшение. У остальных 5 (16.6%) больных не отмечалось эффекта лечения (табл. 3).

После II курса лечения у больных атопическим дерматитом индекс SCORAD заметно снизился с 5.1 ± 0.97 до 1.26 ± 0.10 ($P < 0.001$) (табл. 4). К концу II курса лечения показатель лихенификации снизился с 1.16 ± 0.04 до 0.87 ± 0.17 ($P < 0.001$), а сухость кожи – аналогичной закономерностью с 0.37 ± 0.09 до 0.25 ± 0.10 и исчезла полностью эритема, отек

корки, эксфолиации и зуд ($P<0.001$). Проведение II курса лечения у 32 (48.5%) больных способствовало дальнейшему регрессу заболевания, у 24 (36.4%) больных наблюдалось значительное улучшение, у 10 (15.1 %) – улучшение. В группе сравнения у больных отмечался замедленный регресс высыпаний. Индекс SCORAD снизился с 13.70 ± 3.42 до 4.31 ± 0.10 ($P<0.001$) (табл. 4). Сохранились наслоение корки, эксфолиация, лихенификация и сухость кожи.

Таблица 4

Динамика индекса SCORAD и клинических проявлений после II и III курсов лечения больных atopическим дерматитом

клиническая эффективность. (баллы) ($M\pm m$)	Группа основная n=66		Группа сравнения n =30	
	После II курса	После III курса	После II курса	После III курса
SCORAD	5.1 ± 0.97	$1.26 \pm 0.10^{***}$	13.70 ± 3.42	$4.31\pm 0.10^{***}$
Эритема	0	0	0.60 ± 0.15	0*
Отек	0	0	0.80 ± 0.20	$0.31\pm 0.07^*$
Корки	0	0	0.50 ± 0.12	$0.20\pm 0.05^{**}$
Эксфолиация	0	0	1.10 ± 0.27	$0.80\pm 0.20^{**}$
Лихенификация	1.16 ± 0.04	$0.87\pm 0.17^{**}$	1.20 ± 0.30	$1.00\pm 0.25^*$
Сухость кожи	0.37 ± 0.09	$0.25\pm 0.10^{**}$	1.11 ± 0.27	$1.2 \pm 0.3^*$

*Примечание: Различия статистически достоверны при сравнении показателей после 2-ого и 3-ого курса лечения, *** $P<0.001$, ** $P<0.05$, * $P<0.1$*

После 3-ого курса лечения у больных atopическим дерматитом клинические симптомы регрессировали почти полностью. Кожа приобрела нормальную окраску, сохранились незначительная сухость кожи и лихенификация только в области локтевых и коленных сгибов.

Таблица 5

Ближайшие и отделенные результаты лечения больных atopическим дерматитом

Критерии	Основная группа n=66						Группа сравнения n=30					
	После I курса		После II курса		После III курса		После I курса		После II курса		После III курса	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Клиническое выздоровление	8	12.1 2	32	48.5	41	62.2			2	6.6	6	20
Значительное улучшение	43	65.1	24	36.4	25	37.8	17	56.7	18	60	20	66.6
Улучшение	15	22.7	10	15.1			8	26.7	10	33.4	4	13.4
Без эффекта							5	16.6				

После III курса лечения клиническое выздоровление наступило у 41 (62.2%) больных, значительное улучшение - у 25 (37.8%) больных основной группы. В группе сравнения после

III курса лечения было отмечено клиническое выздоровление у 6 (20%) больных, значительное улучшение - у 20 (66.6%), улучшение – у 4 (13.4%).

Отдаленные результаты лечения больных атопическим дерматитом основной группы оказались в 2 и 3 раза выше, чем у больных группы сравнения (табл. 5).

До курортного лечения рецидивы были чаще (2.4 раза в год), после курортного лечения частота рецидивов снизилась до 0.5. ($P < 0.001$).

У 70 (83.3%) из 84 больных псориазом основной группы период ремиссии продолжался более 2-х лет, у 8 (9.5%) – 13-24 месяцев, у 6 (7.1%) – 6-12 месяцев.

Таблица 6

Частота рецидивов у больных псориазом и атопическим дерматитом до и после лечения

	До курортного лечения	После курортного лечения
N	150	150
Среднее значение в год	2.40 ± 0.27	0.59 ± 0.05***

Примечание: достоверные различия между рецидивами $P < 0.1^$, $P < 0.05^{**}$, $P < 0.001^{***}$*

У 9 (22.5%) из 40 больных псориазом группы сравнения рецидивы заболевания отмечались до 6 месяцев после лечения, у 25 (62.5%) – 6-12 месяцев, у 6 (15%) – 13-24 месяцев.

У 47 (71.2%) из 66 больных основной группы атопическим дерматитом рецидивов не было в течение всего срока наблюдения (36 месяцев), у 14 (21.2%) - в течение 13-24 месяцев, и у 5 (7.5%) – рецидивы возникли в течение 6-12 месяцев.

У 10 (33,3%) из 30 больных атопическим дерматитом группы сравнения наступили рецидивы до 6 месяцев после лечения, у 12 (40%) – 6-12 месяцев и у 8 (26,6%) – 13-24 месяцев.

Иммунологические исследования проведены 180 больным, которые были разделены на 2 группы: на основную, состоящую из 105 больных и группу сравнения, куда входили 75 больных. Среди больных основной группы было 55 больных псориазом, 50 больных атопическим дерматитом. В группу сравнения входили 45 больных псориазом, 30 – атопическим дерматитом.

Как видно из таблицы 7, у больных псориазом основной группы до лечения стабильно достоверно IgA превышал верхний предел нормы на 15.2%, после I курса лечения на 9.7% после II курса лечения на 5.5%, после III курса лечения показатели пришли в норму.

Содержание IgM у пациентов основной группы до лечения превышало норму на 3.5 % и после первого курса лечения пришло в норму; содержание IgG у пациентов до лечения превышало верхний предел нормы на 59.1%, после I курса лечения-на 21.5%, после II курса

лечения-на 19.7%, после III курса лечения-на 5.3%; содержание IgE у пациентов до лечения превышало верхний предел нормы в 2.87 раза после I курса лечения-в 1.65 раза, после II курса лечения в 1.5 раза, после III курса лечения-на 5%.

Таблица 7

Результаты иммунологических исследований у больных псориазом

Иммуноглобулины		Ig A	Ig M	Ig G	Ig E
Норма		60 -360мг/л	25-170 мг/л	700-1500мг/л	<100 U/ L
Группа основная n=55	До лечения	415.0±10.9	176.8±8.6	2387±19.8	287.2±8.8
	После I курса лечения	395.8±9.2**	170.6±7.1*	1823±15.8***	165.8±7.1***
	после II курса лечения	380.0±8.0*	165.9±2.9	1797±13.1**	150.5±2**
	после III курса лечения	285.5±23.1**	160.7±9.8*	1580±13.5**	105±15.7**
Группа сравнения n=45	До лечения	420.7±58.8	185.6±6.2	2168±28.7	262.9±47.2
	после I курса лечения	406.6±37.8**	173.6±7.1*	1923±16.8	230.6±47.2*
	после II курса лечения	391.2±9.3	170.5±8.0* 1	1886.9±16.7*	250.04±44.2***
	после III курса лечения	389.09±24.3*	165.3±6.8*	1716.7±16.03*	180.0±36.3

Примечание Различия статистически достоверны при сравнении показателей до и после 1-ого, 2-ого и 3-ого курса лечения *P<0.1, **P<0.05, ***P<0.001 **P<0.02

Содержание IgA у пациентов группы сравнения до лечения превышало верхний предел нормы на 16.6%, после I курса лечения на 12.7% после II курса лечения-на 8.6%, после 3-ого курса-на 8.05%; содержание IgM у пациентов группы сравнения до лечения превышал верхний предел нормы на 8.8% и после I курса лечения вошло в пределы верхнего значения нормы; содержание IgG у больных до лечения превышало норму на 44.5%, после I курса лечения - на 28.1%, после II курса лечения на 25.7%, после III курса лечения - на 14.3%; содержание IgE у пациентов группы сравнения до лечения превышало верхний предел нормы в 2.6 раза, после I курса лечения в 2.3 раза, после II курса лечения в 2.5 раза, после III курса лечения в 1.8 раза.

При атопическом дерматите установлено достоверное повышение IgG и IgE. Из таблицы 8 видно, что у больных до и после лечения показатели IgA в норме.

Содержание IgG у пациентов основной группы до лечения превышало верхний предел нормы на 79.5 %, после первого курса лечения на 17.3%, после II курса лечения - на 7.3%, после III курса лечения-на 2.6 %. У исследуемых больных IgE до лечения достоверно повышался (P<0.001 P<0.001 P<0.001) и далее в течение последующих 3-х лет после лечения этот показатель постепенно снизился. Содержание IgE у пациентов основной группы до лечения превышало верхний предел нормы в 1.5 раза, после первого курса лечения снизился

на 58% от нормы, после II курса лечения – на 39%, после III курса лечения – на 28%.

Таблица 8

Результаты иммунологического исследования у больных атопическим дерматитом до и после лечения

Иммуноглобулины		IgA	IgM	IgG	IgE
Норма		60-360 мг/л	25-170 мг/л	700-1500 мг/л	<100 U/L
Группа основная n=50	До лечения	350.5±12.3	177.8±8.9	2048.0±37.5	252.4±12.5
	После I курса лечения	320.4±11.6**	165,1±7.8 *	1760.0±27.5**	158.2±10.5**
	после II курса лечения	243.5±4.6**	155.5±6.3*	1610.8±17.3*	139.9±8.4**
	после III курса лечения	205,9±14.6*	141,2±3.3*	1540.6±10.1*	128.9±6.9**
Группа сравнения n=30	До лечения	371.7±18.8,	178.8±8.9	2193.7±38.08	260.5±18.9
	после I курса лечения	368.4±11.9*	170.4±9.2*	1980.0±23.03*	183.2±9.5**
	после II курса лечения	360.9±12.00*	182.4±7.9*	1866.0±58.01**	179.9±8.4**
	после III курса лечения	350.7±10.03*	178.07±8.0.*	1734.7±18.04**	149.3±8.4**

*Примечание: Различия статистически достоверны при сравнении показателей до и после 1-ого, 2-ого и 3-ого курсов лечения *P<0.1, **P<0.05, ***P<0.001 **P<0.02*

В конце III курса лечения гипериммуноглобулемия E и G сохранялась в течение последующих лет выше нормальных показателей.

Содержание IgG у больных группы сравнения до лечения превышало норму на 36.5%, после I курса лечения – на 17.3 %, после II курса – на 25.7%, после III курса – на 2.6%; содержание IgE у пациентов группы сравнения до лечения превышал верхний предел нормы в 1.6 раза, после первого курса лечения на 8.3%, после II курса лечения-на 7.9% раза, после III курса лечения - на 4.9%.

Результаты морфологических исследований

Патоморфологические изменения кожи были изучены на биопсийных материалах, взятых у 32 больных. Контролем служила кожа практически здоровых людей.

Кожа исследовалась до и после лечения в зависимости от нозологических форм. Среди 32 исследуемых больных псориазом было 20 человек, а атопическим дерматитом- 12.

При патоморфологическом исследовании больных до лечения отмечено следующее. У пациентов с различными формами псориаза, составившими основное количество исследуемых, морфометрическое исследование выявило наиболее выраженные

изменения. Эпидермис был изменен максимально. Акантоз был значительно выражен, но не имел отличий по формам псориаза (рис. 5).

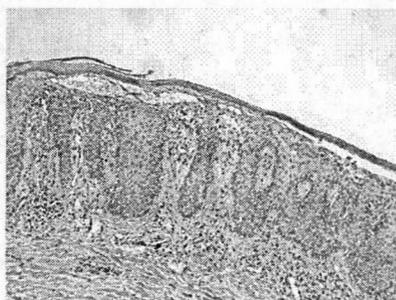


Рис. 5. Выраженный акантоз с анастомозированием базальных отделов акантотических тяжей, гипогранулез, разрыхление и отслоение рогового слоя, диффузная воспалительная инфильтрация, расширение сосудов сосочкового слоя дермы. Окр. гем-эоз. Ув. x 100.

При экссудативной форме псориаза морфометрические параметры имели выраженное отличие от других форм псориаза. Так средняя глубина акантоза при экссудативной форме составила $521,27 \pm 35,18$ мкм, что была больше, чем в бляшечной форме $479,52 \pm 51,9$ мкм ($P < 0,01$) (табл. 9).

Таблица 9

Выраженность акантоза до и после лечения во всех группах

Нозологические формы	Акантоз (мкм)	
	До лечения	После лечения
Псориаз, экссудативная форма	$521,27 \pm 35,18$	$120,45 \pm 27,04$
Псориаз, бляшечная форма	$479,52 \pm 51,19$	$91,33 \pm 38,41$
Псориаз, каплевидная форма	$462,01 \pm 47,71$	$182,53 \pm 22,73$
Атопический дерматит	$360,37 \pm 51,48$	$62,17 \pm 15,47$

Акантоз имел место преимущественно без папилломатоза и акантотические тяжи состояли преимущественно из равномерного утолщения рядов шиповатых клеток. До лечения у пациентов с псориазом выявлено увеличение количества РНК в ядрах эпидермоцитов на основании повышения интенсивности окраски ядер по Фельгену (рис. 6).

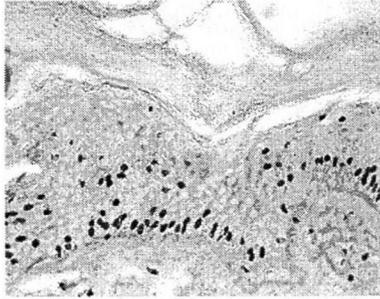


Рис. 6. Увеличение количества РНК в ядрах клеток преимущественно базального слоя при псориазе. Окраска по Фельгену Ув.х 200

Индекс Керногана (ИК) – соотношение диаметра просвета сосуда к толщине его стенки, был рассчитан для сосудов дермы диаметром от 10 до 20 мкм и имел характерное распределение в зависимости от формы болезни. У пациентов с экссудативной формой ИК составил $0,91 \pm 0,14$, что было больше, чем при бляшечном и каплевидном псориазе ($0,83 \pm 0,08$ и $0,78 \pm 0,09$, соответственно, $P < 0,01$ во всех сравнениях) и свидетельствует о более выраженном расширении сосудов дермы преимущественно сосочкового слоя у пациентов с данной формой псориаза.

Проведенное иммуноморфологическое исследование выявило более интенсивное отложение C_3 -фракции комплемента у пациентов с экссудативной формой псориаза (табл.11; рис. 7).

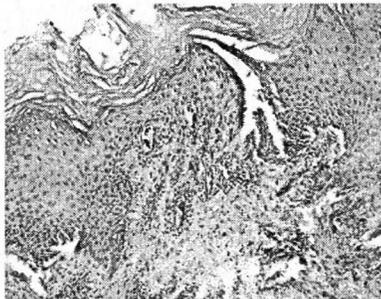


Рис. 7. Интенсивное отложение C_3 -фракции комплемента в дерме при экссудативной форме псориаза. ИГХ окрашивание на C_3 -фракции комплемента Ув. х 200

При атопическом дерматите средняя глубина акантоза составила $360,37 \pm 51,48$ мкм. Диаметр капилляров у пациентов с атопическим дерматитом в поверхностных отделах дермы составил $18,49 \pm 4,38$ мкм, что было больше, чем в норме ($9,32 \pm 1,39$ мкм, $P < 0,01$) и $12,85 \pm 2,04$ и $9,16 \pm 1,24$ мкм в глубоких слоях дермы соответственно ($P < 0,01$). Соотношение диаметра просвета сосуда к толщине его стенки (ИК) у пациентов с атопическим дерматитом

составил $1,21 \pm 0,2$, что было больше, чем в контроле ($1,05 \pm 0,09$, $P < 0,001$), что свидетельствует о сужении просвета сосудов дермы за счет набухания клеток эндотелия.

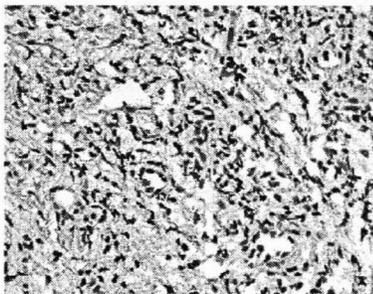


Рис. 8. Сужение просветов сосудов дермы за счет выраженного набухания клеток эндотелия у больных атопическим дерматитом, клеточный инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов, фибробластов. Окр. гем.-эоз. Ув.х 400

Данные иммуноморфологического исследования у пациентов атопическим дерматитом выявили слабую экспрессию IgA и IgG. (табл. 12).

После лечения у пациентов с различными формами псориаза морфометрические параметры кожи претерпели существенные изменения. Морфометрическое исследование выявило выраженные изменения по сравнению с пациентами до лечения. Так, средняя глубина акантоза составила $521,27 \pm 35,18$ мкм при экссудативной форме до лечения и $120,45 \pm 27,04$ мкм после лечения ($P < 0,001$). Подобное снижение параметров акантоза было отмечено у пациентов со всеми формами псориаза (табл. 10). До лечения у пациентов с атопическим дерматитом средняя глубина акантоза составила $360,37 \pm 51,48$ мкм, после лечения - $62,17 \pm 15,47$ ($P < 0,001$).

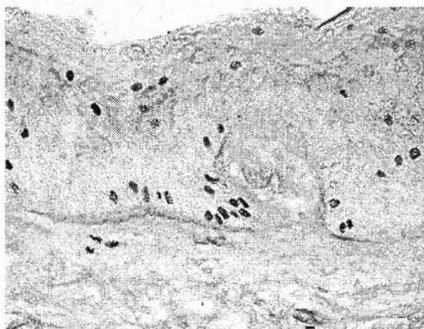


Рис. 9. Уменьшение количество РНК в ядрах клеток преимущественно базальных слоев при псориазе. Окраска по Фельгену. Ув.х 200.

При этом снижение количественных параметров акантоза сочеталось и с изменениями структуры акантотических тяжей. Так, до лечения у пациентов с псориазом выявлено увеличение количества РНК в ядрах эпидермоцитов на основании повышения интенсивности окраски ядер по Фельгену. После лечения во всех группах выявлено существенное снижение количества РНК (рис. 9). Отмечено было существенное снижение количества митозов в акантотических тяжах.

Таблица 10

Параметры состояния сосудов до и после лечения у пациентов всех групп

Нозологические формы (n=32)	Диаметр капилляров (мкм)				Индекс Керногана	
	поверхностный		глубокий		До лечения	После лечения
	До лечения.	После лечения	до лечения	После лечения		
Псориаз, экссудативная форма	17,44±4,58	11,07±3,04	15,48±3,55	10,69±2,25	0,91±0,14	1,14±0,11
Псориаз, бляшечная форма	16,73±3,22	10,79±2,93	14,62±2,83	10,16±2,17	0,83±0,08	1,02±0,2
Псориаз, каплевидная форма	15,72±3,06	10,06±2,76	12,59±2,08	10,03±1,96	0,78±0,09	1,24±0,21
Атопический дерматит	18,49±4,38	11,73±3,42	12,85±2,04	9,42±1,87	1,21±0,2	1,15±0,18

Состояние сосудов у пациентов с различными формами псориаза после лечения также значительно отличалось от сосудистых параметров пациентов до лечения в сравнении с нормальными показателями. Так, диаметр капилляров в поверхностных отделах дермы при экссудативной форме до лечения составил 17,44±4,58 мкм, что было больше, чем после лечения (11,07±3,04 мкм, P<0,01) и 10,69±2,25 мкм в глубоких слоях дермы соответственно (P<0,01). Аналогичная картина снижения диаметра капилляров была выявлена у пациентов с другими формами псориаза (табл. 11).

Таблица 11

Степень отложений иммуноглобулинов и C₃ в коже больных до и после лечения

Нозологическая форма	Интенсивность окраски ИГХ (max ++++)							
	До лечения				После лечения			
	IgA	IgM	IgG	C ₃	IgA	IgM	IgG	C ₃
Псориаз, экссудативная форма	++	++	++++	++++	+	+	++	++
Псориаз, бляшечная форма	+	++	+++	+++	+	+	++	++
Псориаз, каплевидная форма	+	+	++	+++	+	+	+	+
Атопический дерматит	++	-	++	+	+	-	+	+

Индекс Керногана у пациентов с различными формами псориаза также имел существенную разницу в группах до и после лечения и составил при экссудативной форме

до лечения $0,91 \pm 0,14$, что было меньше, чем после лечения ($1,14 \pm 0,11$; $P < 0,001$) и меньше, чем в контрольной группе ($1,05 \pm 0,09$, $P < 0,001$).

Данные иммуноморфологического исследования у пациентов с псориазом выявили снижение отложений IgG и C3-фракции комплемента (табл. 12)

У пациентов атопическим дерматитом средняя глубина акантоза после лечения составила $62,17 \pm 15,47$ мкм, что было значительно меньше, до лечения ($360,37 \pm 51,48$ мкм, $P < 0,001$). Акантоз иногда сочетался со слабо выраженным папилломатозом и акантотические тяжи состояли преимущественно из равномерного утолщения рядов шиповатых клеток без увеличения количества митозов и РНК (табл.10)

Морфометрические параметры состояния сосудов у пациентов атопическим дерматитом до и после лечения значительно отличались (табл. 10). Так диаметр капилляров в поверхностных отделах дермы до лечения составил $18,49 \pm 4,38$ мкм, что было больше, чем после лечения ($11,73 \pm 3,42$, $P < 0,01$) и чем в норме ($9,32 \pm 1,39$ мкм, $P < 0,01$) и $12,85 \pm 2,04$ и $9,42 \pm 1,87$ мкм в глубоких слоях дермы соответственно до и после лечения ($P < 0,01$). После лечения диаметр глубоких капилляров не отличался от нормы. Индекс Керногана у пациентов с атопическим дерматитом до лечения составил $1,21 \pm 0,2$, что было больше, чем после лечения ($1,15 \pm 0,18$, $P < 0,01$) и в контроле ($1,05 \pm 0,09$, $P < 0,001$). Индекс Керногана у пациентов с атопическим дерматитом после лечения не имел отличия в нормативных показателях (табл. 11).

Аналогичную картину нормализации параметров у пациентов атопическим дерматитом имело и проведенное иммуногистохимическое исследование (табл. 11).

Таким образом, данные морфологического и иммуногистохимического исследований кожи пациентов при всех нозологических формах показали, после проведенного лечения достоверное снижение параметров, свидетельствующих о выраженности патологического процесса, а в ряде случаев и их полную нормализацию.

ВЫВОДЫ

1. Изучена клиническая эффективность бальнео - и пелоидотерапии у 84 больных псориазом и у 66 больных атопическим дерматитом на курорте «Аварга-Тосон». Установлено, что индекс PASI снизился в 5 раз, индекс SCORAD снизился в 4 раза, что показывает высокую клиническую эффективность химического состава минеральной воды и лечебной грязи озера «Аварга-Тосон».

2. Отдаленные результаты лечения на курорте «Аварга-Тосон» показывают, что после курортного лечения достигается стойкая клиническая ремиссия у 85-96% больных. При псориазе и атопическом дерматите после курортного лечения отмечается тенденция к удлинению продолжительности ремиссии.

3. Установлено, что содержание иммуноглобулинов А, М, G, Е до лечения было достоверно выше показателей нормы. После I, II и III курсов лечения содержание иммуноглобулинов (А, М, G) соответственно уменьшилось и достигло нормы.

Морфометрические исследования кожи пациентов при всех исследованных нозологических формах показали, что после проведенного лечения отмечалось достоверное снижение параметров, свидетельствующих об интенсивности патологического процесса, а в ряде случаев и их полной нормализации.

Использование курортных факторов «Аварга-Тосон» при псориазе и атопическом дерматите является патогенетически обоснованным, обладает иммуномодулирующим действием.

4. Разработана методика лечения больных псориазом и атопическим дерматитом бальнео - и пелоидотерапией. Внедрена в лечебный процесс национального дерматологического центра Монголии. Курс лечения продолжительностью 10-14 дней включает процедуру купания в озере и грязевых аппликации. Целесообразным считается проведение повторных курсов лечения ежегодно в течение 3-х лет.

Таким образом, лечение на курорте «Аварга-Тосон» хорошо переносится больными и приводит к быстрому регрессу клинических проявлений хронических дерматозов и не дает осложнений. На основании достигнутых высоких результатов данная методика рекомендуется для широкого применения в лечении и реабилитации больных хроническими дерматозами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Применение курортотерапии на «Аварга-Тосон» показано для лечения больных различными хроническими заболеваниями кожи, в том числе псориазом и атопическим дерматитом при торпидном течении заболевания и при резистентности и непереносимости других методов лечения хронических дерматозов. Для достижения наилучшего клинического эффекта рекомендуется провести курс лечения продолжительностью 14-21 дней.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Аюуш Цогцэцэг. Эффективность лечения хронических дерматозов на курорте «Аварга-Тосон» /Аюуш Цогцэцэг, Н.П. Кузнецова //Сибирский журнал дерматологии и венерологии, 2008. - N8. – С. 22 – 26.

2. Аюуш Цогцэцэг. Эффективность лечения хронических дерматозов на курорте «Аварга-Тосон» /Аюуш Цогцэцэг, Н.П. Кузнецова // Дерматология, Улан-Батор. 2005. - N1. – С.10 – 14.

3. Аюуш Цогцэцэг. «Использование природных факторов Монголии и Забайкалья в лечении хронических дерматозов» /Аюуш Цогцэцэг, Н.П. Кузнецова, // Материалы IX Всероссийского съезда дерматовенерологов. 2005. – С.109.

4. Н.П. Кузнецова. Использование природных факторов Монголии в лечении заболевании кожи / Н.П. Кузнецова, Аюуш Цогцэцэг // Материалы научно-практической конференции. г. Иркутск, 2005. – Вып. 5. – С. 227.

5. Аюуш Цогцэцэг. Эффективность лечения хронических дерматозов на курорте «Аварга-Тосон» /Аюуш Цогцэцэг, Н.П. Кузнецова // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии // Материалы научно-практической конференции, посвященной 85 летию, кафедры дермато-венерологии ФПК и ППС ГОУ ВПО ИГМУ. 2006. – С.71 – 72.

6. Аюуш Цогцэцэг. Использование природных факторов Монголии при кожных заболеваниях /Аюуш Цогцэцэг, С. Сангидорж // Материалы конференции «Современные проблемы этноэкологии и традиционного природопользования», посвященной 75-летию Бурятского государственного университета г. Улан-Удэ, 2007. – С87 – 90.

7. Аюуш Цогцэцэг. Эффективность лечения хронических дерматозов на курорте «Аварга-Тосон» /Аюуш Цогцэцэг, Н.П. Кузнецова // Материалы «История – традиция,

природа – экология, здоровье человека и животных, развитие промышленности» Монголия, Хэнтийский аймак, 2007. – С.18 – 21.

8. Н.П. Кузнецова, Результаты лечения хронических дерматозов на курорте «Аварга-Тосон» /Н.П. Кузнецова, Аюуш Цогцэцэг //Международная научно-практическая конференция, посвященная 80-летию дерматовенерологической службы Монголии (г. Улан-Батор), 2006. – С.8 – 11.

9. Аюуш Цогцэцэг. Эффективность лечения хронических дерматозов на курорте «Аварга-Тосон» /Аюуш Цогцэцэг, Н.П. Кузнецова //Научно-практическая конференция «Тенденция современного лечения в дерматовенерологии» (г. Улан-Батор), 2008. – С 12 –18.

10. Аюуш Цогцэцэг. Some results of studies of psoriasis vulgaris in Mongolia // The 6th Asia Pacific Congress of Allergy and Clinical Immunology” Tokyo 2004.-С. 205.

11. Аюуш Цогцэцэг. Результаты климатотерапии больных с хроническими дерматозами на курорте «Аварга-Тосон» (Монголия) / Аюуш Цогцэцэг, Кузнецова Н.П // Сибирский медицинский журнал, 2008. – №6. – С.102 – 104.

12. Аюуш Цогцэцэг. Сравнительное изучение морфологических показателей хронических дерматозов до и после лечения на курорте «Аварга-Тосон» (Монголия) // Сибирский медицинский журнал, 2009. – №1. – С.

Список сокращений

- АД – атопический дерматит
- ИК – индекс Керногана
- ИГХ - иммуногистохимия
- РНК – рибонуклеиновая кислота
- РАР – пероксидазно – антипероксидазный метод
- PAS – periodic acid Schiff
- PASI – Psoriasis area and severity index
- ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
- ЭКГ – электрокардиография
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- УФ - ультрафиолетовый

Отпечатано в типографии ООО «Гипрософт»
г. Москва, Ленинский пр-т, д.37А
Тираж 100 экз.

10