

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 5 (242) Май 2015

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 5 (242) 2015

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

**ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК**

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, PubMed and VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, рецензии, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS, PubMed и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები, რეცენზიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის, PubMed-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Лаури Манагадзе

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета
Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия),
Амиран Гамкрелидзе (Грузия), Константин Кипиани (Грузия),
Георгий Кавтарадзе (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),
Тамара Микаберидзе (Грузия), Тенгиз Ризнис (США), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Лаури Манагадзе - председатель Научно-редакционной коллегии
Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава,
Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогешашвили,
Николай Гонгадзе, Манана Жвания, Ирина Квачадзе, Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили,
Гурам Кикнадзе, Палико Кинтраиа, Теймураз Лежава, Джанлуиджи Мелотти, Караман Пагава,
Николай Пирцхалаишвили, Мамука Пирцхалаишвили, Фридон Тодуа, Кеннет Уолкер, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа, Рамаз Шенгелия

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, III этаж, комната 313

тел.: 995(32) 254 24 91, 995(32) 222 54 18, 995(32) 253 70 58

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@hotmail.com; nikopir@dgmholding.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

SCIENTIFIC EDITOR

Lauri Managadze

EDITOR IN CHIEF

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),
Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA), Konstantin Kipiani (Georgia),
Giorgi Kavtaradze (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia),
Paata Kurtanidze (Georgia), Vakhtang Maskhulia (Georgia),
Tamara Mikaberidze (Georgia), Tengiz Riznis (USA)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Lauri Managadze - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,
Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua,
Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze,
Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze,
Paliko Kintraia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia, Teymuraz Lezhava, Gianluigi Melotti,
Kharaman Pagava, Nicholas Pirtskhalaishvili, Mamuka Pirtskhalaishvili, Ramaz Shengelia,
Pridon Todua, Kenneth Walker, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 3th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91
995 (32) 222-54-18
995 (32) 253-70-58
Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.
3 PINE DRIVE SOUTH
ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.org

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

1. Статья должна быть представлена в двух экземплярах, на русском или английском языках, напечатанная через **полтора интервала на одной стороне стандартного листа с шириной левого поля в три сантиметра**. Используемый компьютерный шрифт для текста на русском и английском языках - **Times New Roman (Кириллица)**, для текста на грузинском языке следует использовать **AcadNusx**. Размер шрифта - **12**. К рукописи, напечатанной на компьютере, должен быть приложен CD со статьей.

2. Размер статьи должен быть не менее десяти и не более двадцати страниц машинописи, включая указатель литературы и резюме на английском, русском и грузинском языках.

3. В статье должны быть освещены актуальность данного материала, методы и результаты исследования и их обсуждение.

При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать вид и количество экспериментальных животных, применявшиеся методы обезболивания и усыпления (в ходе острых опытов).

4. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: цель исследования, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

5. Таблицы необходимо представлять в печатной форме. Фотокопии не принимаются. **Все цифровые, итоговые и процентные данные в таблицах должны соответствовать таковым в тексте статьи**. Таблицы и графики должны быть озаглавлены.

6. Фотографии должны быть контрастными, фотокопии с рентгенограмм - в позитивном изображении. Рисунки, чертежи и диаграммы следует озаглавить, пронумеровать и вставить в соответствующее место текста **в tiff формате**.

В подписях к микрофотографиям следует указывать степень увеличения через окуляр или объектив и метод окраски или импрегнации срезов.

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Библиографическое описание литературы составляется на языке текста документа. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующему номеру данной работы в списке литературы.

9. Для получения права на публикацию статья должна иметь от руководителя работы или учреждения визу и сопроводительное отношение, написанные или напечатанные на бланке и заверенные подписью и печатью.

10. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью приведены их фамилии, имена и отчества, указаны служебный и домашний номера телефонов и адреса или иные координаты. Количество авторов (соавторов) не должно превышать пяти человек.

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

12. Недопустимо направление в редакцию работ, представленных к печати в иных издательствах или опубликованных в других изданиях.

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

Please note, materials submitted to the Editorial Office Staff are supposed to meet the following requirements:

1. Articles must be provided with a double copy, in English or Russian languages and typed or computer-printed on a single side of standard typing paper, with the left margin of **3** centimeters width, and **1.5** spacing between the lines, typeface - **Times New Roman (Cyrillic)**, print size - **12** (referring to Georgian and Russian materials). With computer-printed texts please enclose a CD carrying the same file titled with Latin symbols.

2. Size of the article, including index and resume in English, Russian and Georgian languages must be at least 10 pages and not exceed the limit of 20 pages of typed or computer-printed text.

3. Submitted material must include a coverage of a topical subject, research methods, results, and review.

Authors of the scientific-research works must indicate the number of experimental biological species drawn in, list the employed methods of anesthetization and soporific means used during acute tests.

4. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: aim of study, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

5. Tables must be presented in an original typed or computer-printed form, instead of a photocopied version. **Numbers, totals, percentile data on the tables must coincide with those in the texts of the articles.** Tables and graphs must be headed.

6. Photographs are required to be contrasted and must be submitted with doubles. Please number each photograph with a pencil on its back, indicate author's name, title of the article (short version), and mark out its top and bottom parts. Drawings must be accurate, drafts and diagrams drawn in Indian ink (or black ink). Photocopies of the X-ray photographs must be presented in a positive image in **tiff format**.

Accurately numbered subtitles for each illustration must be listed on a separate sheet of paper. In the subtitles for the microphotographs please indicate the ocular and objective lens magnification power, method of coloring or impregnation of the microscopic sections (preparations).

7. Please indicate last names, first and middle initials of the native authors, present names and initials of the foreign authors in the transcription of the original language, enclose in parenthesis corresponding number under which the author is listed in the reference materials.

8. Please follow guidance offered to authors by The International Committee of Medical Journal Editors guidance in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication available online at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
http://www.icmje.org/urm_full.pdf

In GMN style for each work cited in the text, a bibliographic reference is given, and this is located at the end of the article under the title "References". All references cited in the text must be listed. The list of references should be arranged alphabetically and then numbered. References are numbered in the text [numbers in square brackets] and in the reference list and numbers are repeated throughout the text as needed. The bibliographic description is given in the language of publication (citations in Georgian script are followed by Cyrillic and Latin).

9. To obtain the rights of publication articles must be accompanied by a visa from the project instructor or the establishment, where the work has been performed, and a reference letter, both written or typed on a special signed form, certified by a stamp or a seal.

10. Articles must be signed by all of the authors at the end, and they must be provided with a list of full names, office and home phone numbers and addresses or other non-office locations where the authors could be reached. The number of the authors (co-authors) must not exceed the limit of 5 people.

11. Editorial Staff reserves the rights to cut down in size and correct the articles. Proof-sheets are not sent out to the authors. The entire editorial and collation work is performed according to the author's original text.

12. Sending in the works that have already been assigned to the press by other Editorial Staffs or have been printed by other publishers is not permissible.

**Articles that Fail to Meet the Aforementioned
Requirements are not Assigned to be Reviewed.**

ავტორთა საქურაღებო!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოადგინოთ 2 ცალად, რუსულ ან ინგლისურ ენებზე დაბეჭდილი სტანდარტული ფურცლის 1 გვერდზე, 3 სმ სიგანის მარცხენა ველისა და სტრიქონებს შორის 1,5 ინტერვალის დაცვით. გამოყენებული კომპიუტერული შრიფტი რუსულ და ინგლისურენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 10 გვერდზე ნაკლებს და 20 გვერდზე მეტს ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე) ჩათვლით.

3. სტატიაში საჭიროა გაშუქდეს: საკითხის აქტუალობა; კვლევის მიზანი; საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები; მიღებული შედეგები და მათი განსჯა. ექსპერიმენტული ხასიათის სტატიების წარმოდგენისას ავტორებმა უნდა მიუთითონ საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარებისა და დაძინების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).

4. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

5. ცხრილები საჭიროა წარმოადგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემაჯამებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალებების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

7. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით.

9. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

10. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემებში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Хамзин А.А., Фролов Р.А. АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ КАЗАХСТАНСКИХ МУЖЧИН	7
Гулиев Ф.А., Казымов А.Т., Алиев А.Р. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	13
Кинтрая Н.П., Мосидзе Б.А., Мелия Л.Г., Сулухия Р.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ И ИЗОЛИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ	18
Azrumelashvili T., Mizandari M., Magalashvili D., Dundua T. IMAGING GUIDED MEDIASTINAL PERCUTANEAL CORE BIOPSY – TECHNIQUE AND COMPLICATIONS	24
Суладзе Т.Д., Шишнияшвили Т.Э., Маргвелашвили В.В., Махвиладзе М.А. ДИСБИОЗ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	34
Степан Н.А., Денисенко О.И. ДИНАМИКА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	39
Iskrov G., Jessop E., Miteva-Katrandzhieva T., Stefanov R. BUDGET IMPACT OF RARE DISEASES: PROPOSAL FOR A THEORETICAL FRAMEWORK BASED ON EVIDENCE FROM BULGARIA	46
Amiranashvili A., Chargazia Kh., Chikhladze V., Japaridze N., Khazaradze K. THE MONTHLY VARIATIONS IN MORTALITY FROM THE CARDIOVASCULAR DISEASES IN TBILISI.....	53
Самсония М.Д., Лесиовская Е.Е., Гибрадзе О.Т., Канделаки М.А. ИССЛЕДОВАНИЕ БИОДОСТУПНОСТИ ПАКЛИТАКСЕЛА ПОСЛЕ СУБЛИНГВАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ.....	59
Гвамичава Т.А., Мачавариани Т.Г., Гаччиладзе И.А., Гогнашвили Л.Е. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В АДЕНОМАХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА	65
Искакова С.С., Жармаханова Г.М., Бекмухамбетов Е.Ж., Дворацка М., Дворацки Г. ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ИНСУЛИНУ У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	70

Vavrinevych O., Antonenko A., Omelchuk S., Korshun M., Bardov V.
PREDICTION OF SOIL AND GROUND WATER CONTAMINATION WITH FUNGICIDES
OF DIFFERENT CLASSES ACCORDING TO SOIL AND CLIMATE CONDITIONS IN UKRAIN
AND OTHER EUROPEAN COUNTRIES.....77

Gogia N., Bukia Z., Atamashvili Ts., Esaiashvili M., Chkhikvishvili I.
THE AMOUNT OF POLYPHENOLS AND ANTIOXIDANT ACTIVITY
OF FRUITS OF DIFFERENT VARIETIES OF APPLE TREE-MALUS DOMECTICA L.....84

ДИНАМИКА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Степан Н.А., Денисенко О.И.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Актуальной задачей современной дерматологии является усовершенствование лечения больных экземой – распространенным хроническим аллергодерматозом, который встречается у пациентов разных возрастных групп, а в структуре госпитализированных пациентов в разных регионах Украины составляет от 20% до 40% [4,6,19].

Актуальность проведения исследований по заболеваемости экземой связана с более тяжелым клиническим течением заболевания на сегодняшний день, что проявляется поражением значительных участков кожного покрова, частыми и длительными рецидивами дерматоза с формированием у больных резистентности или сенсibilизации к медикаментозным препаратам базовой терапии, являясь причиной длительной нетрудоспособности больных, снижения качества их жизни и социальной активности [16,20,23], чем и обоснована необходимость повышения эффективности лечения данного заболевания [1,22,24].

Согласно современным исследованиям, патогенез экземы является сложным и многофакторным, включающим воздействие как экзогенных (экзоаллергены, влияние факторов окружающей среды и др.), так и эндогенных механизмов развития дерматоза, среди которых важное значение имеют наследственная предрасположенность, изменение иммунологической реактивности организма пациентов, нарушение нейрогуморальной и эндокринной регуляций, наличие хронических очагов инфекции, коморбидные заболевания внутренних органов, обменные нарушения и др. [6,7,21].

Согласно данным научных исследований, существенное влияние на развитие патологических процессов в организме пациентов, в том числе и у больных экземой, оказывают нарушения оксидантно-антиоксидантного гомеостаза, что проявляется в активации процессов свободнорадикального окисления липидов и белков, в развитии состояния эндогенной интоксикации на фоне недостаточности факторов антиоксидантной защиты, от которых в значительной степени зависит состояние жизнедеятельности как самих клеток, так и организма в целом [2,8,11] и диктует необходимость назначения пациентам адекватной антиоксидантной терапии [3,6,16].

Целью исследования явилось изучение динамики по-

казателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза у больных экземой в зависимости от использования различных методов лечения дерматоза.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 63 больных экземой, из них 34 пациента – мужского и 28 – женского пола, в возрасте от 18 до 67 лет, постоянных жителей Черновицкой области (Северной Буковины). Критериями включения в исследование были: наличие у пациентов клинических проявлений экземы; возраст пациентов – 18 лет и больше; отсутствие сопутствующих хронических соматических заболеваний или их обострений на момент обследования пациентов.

Согласно клиническим критериям [7], у 41 (65,1%) больного диагностирована микробная форма экземы (варикозная, паратравматическая, нумулярная), в остальных 22 (34,9%) случаях – истинная форма дерматоза. У 36 (57,1%) больных патологический процесс на коже имел распространенный характер, у 27 (42,9%) – был ограниченным. У большинства – 47 (74,6%) больных, дерматоз имел хроническое течение, у 16 (25,4%) пациентов – диагностирован впервые. Контрольную группу составили 34 практически здоровых лиц (доноров) того же возраста.

С целью оценки состояния оксидантно-антиоксидантного гомеостаза у больных экземой изучали показатели оксидантной системы крови: содержание в эритроцитах и плазме крови малонового альдегида (МА) – одного из конечных продуктов свободнорадикального окисления липидов; уровень в сыворотке крови среднемолекулярных пептидов – молекул средней массы (МСМ), которые являются маркерами состояния эндогенной интоксикации; содержание в сыворотке крови фракций окислительной модификации белков, определяемых по уровню альдегидо- и кетонпроизводных нейтрального (ОМБ Е370) и основного (ОМБ Е430) характера, а также показатели антиоксидантной системы крови: уровень восстановленного глутатиона (ВГ) и активность каталазы (КА) в гемолизате крови и содержание церулоплазмينا (ЦП) в сыворотке крови, согласно известным методикам [9,10,14,17].

Статистическую обработку результатов исследований проводили методами статистического анализа с использованием компьютерных программ (Excel,

Statistica 6.0), достоверной считали разницу показателей при $p < 0,05$ [12].

Результаты и их обсуждение. При предварительном исследовании у больных экземой показателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза были установлены их достоверные изменения, свидетельствующие о возрастании в период обострения дерматоза интенсивности процессов перексидного окисления липидов и белков с формированием состояния эндогенной интоксикации на фоне снижения активности внутриклеточных и сывороточных факторов антиоксидантной защиты организма, что ставит перед необходимостью включения в комплексную терапию пациентов препаратов антиоксидантного действия [18].

С целью повышения эффективности лечения больных экземой и коррекции выявленных у них изменений показателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза разработаны новые усовершенствованные методы лечения дерматоза с дополнительным применением на фоне стандартной (базисной) терапии экземы антиоксидантного препарата мексидол, а также комплексный метод лечения экземы с использованием на фоне стандартной (базисной) терапии экземы комбинации двух лекарственных препаратов с антиоксидантным действием – мексидол и галавит, которые ранее не применяли для лечения экземы.

Лекарственный препарат мексидол относится к гетероароматическим антиоксидантам с широким спектром фармакологического действия, который обусловлен его антиоксидантной и мембранопротекторной активностью. Мексидол ингибирует перекисное окисление липидов, повышает активность супероксиддисмутазы, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, имеет антигипоксические свойства. Форма выпуска препарата – таблетки, покрытые оболочкой, по 125 мг №30 и №50 [13].

Лекарственный препарат галавит является иммуномодулятором с выраженным противовоспалительным эффектом, механизм действия которого связан с его способностью изменять функционально-метаболическую активность макрофагов, а также угнетать синтез провоспалительных цитокинов; кроме того препарат оказывает антиоксидантное действие. Форма выпуска препарата – порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения, по 100 мг во флаконе, №5 [5].

С целью определения эффективности новых усовершенствованных методов лечения экземы все больные в процессе лечения методом рандомизации были распределены на 3 группы, сходные по полу, возрасту и характеру клинического течения экземы: I (сравнитель-

ная) группа – 21 больной, которым назначали базовые медикаментозные препараты лечения экземы (согласно Приказу МЗО Украины № 312 от 08.05.2009 г. [15], включающие гипосенсибилизирующие, дезинтоксикационные, антигистаминные, седативные и витаминные препараты и средства наружной терапии в зависимости от клинических проявлений дерматоза на коже), которые традиционно назначают для лечения данного дерматоза; II (сравнительная) группа – 20 больных, которым впервые на фоне стандартной терапии дерматоза дополнительно назначали антиоксидантный препарат мексидол (внутри по 125 мг – при ограниченных формах дерматоза и по 250 мг – при распространенном поражении кожи один раз в сутки в течение первой недели и дважды в сутки – в течение второй недели); III основную группу составили 22 пациента, которым на фоне стандартной терапии дерматоза впервые назначали комбинацию двух препаратов с антиоксидантным действием: мексидол (согласно вышеприведенной схеме) и галавит 100 мг внутримышечно один раз в сутки, ежедневно, в течение 5 дней, затем один раз в сутки, через день - 10 инъекций, курс лечения составлял 15 инъекций.

С целью оценки применяемых новых усовершенствованных методов лечения экземы проведено определение и анализ динамики показателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза у больных экземой разных групп до и после завершения их лечения. Данные исследуемых показателей представлены в таблице.

До начала лечения у больных экземой всех групп установлены достоверные изменения всех исследуемых показателей оксидантной системы крови по сравнению с показателями лиц контрольной группы (таблица): увеличение содержания МА в плазме (соответственно: в I группе – в 1,74 раза, $p < 0,001$; во II группе – в 1,73 раза, $p < 0,001$; в III группе – в 1,74 раза, $p < 0,001$) и МА в эритроцитах (соответственно: в I группе – на 25,9%, $p < 0,001$; во II группе – на 34,7%, $p < 0,001$; в III группе – на 33,4%, $p < 0,001$), уровня фракции ОМБ Е370 (соответственно: в 1,58 раза, в 1,51 раза и в 1,55 раза; $p < 0,001$) и фракции ОМБ Е430 (соответственно: в 1,73 раза, в 1,70 раза и в 1,79 раза; $p < 0,001$), а также содержания МСМ в сыворотке крови (соответственно: на 28,5%, на 38,3% и на 36,4%; $p < 0,001$), что свидетельствует о повышении интенсивности процессов перексидного окисления липидов и окислительной модификации белков с формированием у этих пациентов состояния эндогенной интоксикации.

Анализ показателей оксидантной системы крови у больных I сравнительной группы после окончания стандартного лечения (таблица) выявил тенденцию к повышению уровня МА как в плазме, так и в эритроци-

Таблица. Динамика показателей оксидантной и антиоксидантной систем крови у больных экземой при использовании разных методов лечения ($M \pm m$)

Показатели, единицы измерения		Больные экземой (n=63)			Группа контроля (n=34)
		I группа (n ₁ =21)	II группа (n ₂ =20)	III группа (n ₃ =22)	
Малоновый альдегид (в плазме), мкмоль/л	до лечения	5,08±0,271***	5,02±0,334*** p ₁₋₂ >0,05	5,06±0,295*** p ₁₋₃ >0,05; p ₂₋₃ >0,05	2,91±0,075
	после лечения	5,85±0,311***	4,02±0,207*** p ₁₋₂ <0,001	3,47±0,135* p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,05	
P (до/после лечения)		P>0,05	P<0,05	P<0,001	
Малоновый альдегид (в эритроцитах), мкмоль/л	до лечения	10,1±0,452***	10,8±0,406*** p ₁₋₂ >0,05	10,7±0,397*** p ₁₋₃ >0,05; p ₂₋₃ >0,05	8,02±0,237
	после лечения	11,1±0,513***	9,76±0,376* p ₁₋₂ <0,05	9,42±0,280** p ₁₋₃ <0,05; p ₂₋₃ >0,05	
P (до/после лечения)		P>0,05	P>0,05	P<0,05	
Окислительная модификация белков, E ₃₇₀ ммоль/г белка	до лечения	3,20±0,192***	3,06±0,214*** p ₁₋₂ >0,05	3,15±0,194*** p ₁₋₃ >0,05; p ₂₋₃ >0,05	2,03±0,071
	после лечения	2,90±0,138***	2,58±0,118* p ₁₋₂ >0,05	2,25±0,102 p ₁₋₃ <0,05; p ₂₋₃ <0,05	
P (до/после лечения)		P>0,05	P>0,05	P<0,001	
Окислительная модификация белков, E ₄₃₀ о.о.г/г белка	до лечения	25,1±1,36***	24,7±1,35*** p ₁₋₂ >0,05	25,9±1,64*** p ₁₋₃ >0,05; p ₂₋₃ >0,05	14,5±0,709
	после лечения	23,6±1,31***	20,0±1,11*** p ₁₋₂ <0,05	16,6±1,135 p ₁₋₃ <0,01; p ₂₋₃ <0,05	
P (до/после лечения)		P>0,05	P<0,05	P<0,001	
Молекулы средней массы, о.о.г.	до лечения	0,275±0,006***	0,296±0,009*** p ₁₋₂ >0,05	0,292±0,008*** p ₁₋₃ >0,05; p ₂₋₃ >0,05	0,214±0,005
	после лечения	0,325±0,012***	0,246±0,009*** p ₁₋₂ <0,01	0,215±0,012 p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,05	
P (до/после лечения)		P<0,05	P<0,05	P<0,01	
Глутатион восстановленный, ммоль/л	до лечения	0,684±0,034***	0,684±0,032*** p ₁₋₂ >0,05	0,687±0,027*** p ₁₋₃ >0,05; p ₂₋₃ >0,05	0,921±0,021
	после лечения	0,610±0,025***	0,755±0,029*** p ₁₋₂ <0,05	0,833±0,021*** p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,05	
P (до/после лечения)		P>0,05	P>0,05	P<0,001	
Каталаза, Мкат/л	до лечения	18,5±0,792***	18,9±0,898*** p ₁₋₂ >0,05	18,6±0,694*** p ₁₋₃ >0,05; p ₂₋₃ >0,05	14,4±0,302
	после лечения	17,1±0,653***	16,1±0,646* p ₁₋₂ >0,05	15,3±0,442*** p ₁₋₃ <0,05; p ₂₋₃ >0,05	
P (до/после лечения)		P>0,05	P<0,05	P<0,001	
Церулоплазмин, мг%	до лечения	15,9±1,32***	15,9±1,39*** p ₁₋₂ >0,05	15,3±0,978*** p ₁₋₃ >0,05; p ₂₋₃ >0,05	21,5±1,24
	после лечения	14,1±1,11***	17,4±0,796*** p ₁₋₂ <0,05	20,0±0,822 p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ <0,05	
P (до/после лечения)		P>0,05	P>0,05	P<0,05	

примечание: 1. * – достоверность разницы показателей относительно контрольной группы:

* – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001;

2. p₁₋₂, p₁₋₃, p₂₋₃ – достоверность разницы показателей у больных разных групп;

3. P – достоверность разницы показателей в группах больных до и после лечения

тах (соответственно: на 15,2% и 9,9%, $p > 0,05$), а также незначительное снижение содержания в сыворотке крови фракций ОМБ E370 и ОМБ E430 (соответственно: на 9,4% и 5,98%, $p > 0,05$). У пациентов этой группы в конце лечения выявлено достоверное увеличение в сыворотке крови МСМ по сравнению с его уровнем до лечения (на 18,2%, $p < 0,05$). Таким образом, у больных I сравнительной группы, которые получили стандартную терапию дерматоза, в конце лечения отмечено только незначительное снижение процессов окислительной модификации белков на фоне тенденции к возрастанию накопления продуктов перексидного окисления липидов и достоверного увеличения признаков эндогенной интоксикации.

У больных экземой II сравнительной группы, которые впервые на фоне стандартной терапии дополнительно получали антиоксидантный препарат мексидол, после окончания лечения отмечено (таблица) достоверное снижение уровня МА только в плазме (на 19,9%, $p < 0,05$), в то время как содержание МА в эритроцитах по сравнению с его уровнем до лечения имел только тенденцию к снижению (на 9,6%, $p > 0,05$). У пациентов этой группы в конце лечения также выявлено достоверное уменьшение в сыворотке крови содержания МСМ по сравнению с его уровнем до лечения (на 16,9%, $p < 0,05$). У больных экземой II сравнительной группы в конце лечения также выявлено достоверное снижение в сыворотке крови фракции ОМБ E430 (на 19,0%, $p < 0,05$), в то время как содержание фракции ОМБ E370 по сравнению с её уровнем до лечения имело только тенденцию к снижению (на 15,7%, $p > 0,05$). Таким образом, у пациентов II сравнительной группы, которые на фоне базисной терапии экземы получали антиоксидантный препарат мексидол отмечена нормализация только отдельных показателей оксидантной системы крови, что обосновывает дополнительное включение в их комплексную терапию препаратов с антиоксидантным действием.

Анализ динамики показателей оксидантной системы крови у больных экземой III (основной) группы, которым впервые на фоне стандартной терапии дерматоза назначали комбинацию двух препаратов с антиоксидантным действием (мексидол, галавит), в конце лечения (таблица) выявил достоверное снижение уровня МА как в плазме (на 31,4%, $p < 0,001$), так и в эритроцитах (на 12,0%, $p < 0,05$), с достоверной разницей МА в плазме после лечения относительно пациентов I и II сравнительных групп (меньше соответственно: на 40,7%, $p < 0,001$ и на 13,7%, $p < 0,05$) и МА в эритроцитах после лечения относительно пациентов I сравнительной группы (на 15,1%, $p < 0,05$), а также с уменьшением их разницы с показателями МА у лиц контрольной группы, что указывает на снижение интенсивности процессов перексидного окис-

ления липидов у данной категории пациентов после окончания их комплексной терапии (таблица).

У больных экземой III (основной) группы в конце комплексного усовершенствованного лечения также установлено (таблица) достоверное снижение обеих фракций ОМБ: E370 и E430 (соответственно: на 28,6% и 35,9%; $p < 0,001$) с достоверной разницей их уровня после лечения относительно таких же показателей у пациентов I сравнительной (соответственно меньше: на 22,4%, $p < 0,05$ и на 29,7%, $p < 0,01$) и II сравнительной групп (соответственно меньше: на 12,8% и 17,0%, $p < 0,05$) с приближением их значений к аналогичным показателям у лиц контрольной группы, что указывает на угнетение процессов окисления белковых молекул. Анализ содержания МСМ у больных экземой III (основной) группы, которым на фоне стандартной терапии дерматоза впервые назначали комбинацию двух препаратов с антиоксидантным действием (мексидол и галавит), выявил достоверное снижение уровня МСМ как относительно его начального значения до лечения (на 26,4%, $p < 0,01$), так и относительно его значений после лечения у пациентов I и II сравнительной групп (соответственно меньше: в 1,51 раза, $p < 0,001$ и на 12,6%, $p < 0,05$) с приближением к значению этого показателя у лиц контрольной группы, что свидетельствует об уменьшении степени эндогенной интоксикации у пациентов основной группы после применения комплексной терапии (таблица).

При определении у больных экземой до начала лечения показателей антиоксидантной системы крови установлено (таблица) достоверное увеличение активности каталазы (соответственно: в I группе – на 28,5%, $p < 0,001$; во II группе – на 31,3%, $p < 0,001$; в III группе – на 29,2%, $p < 0,001$) на фоне достоверного снижения в эритроцитах уровня ВГ (соответственно: в I группе – на 25,7%, $p < 0,001$; во II группе – на 25,7%, $p < 0,001$; в III группе – на 25,4%, $p < 0,001$) и содержания в сыворотке крови ЦП (соответственно: на 26,0%, на 26,0% и на 28,8%, $p < 0,001$), что в целом свидетельствует о понижении активности представителей как внутриклеточных, так и сывороточных факторов антиоксидантной защиты организма пациентов (таблица).

Анализ динамики показателей антиоксидантных факторов организма у больных экземой I сравнительной группы (таблица) выявил тенденцию к понижению в конце лечения активности КА (на 7,6%, $p > 0,05$), уровня ВГ (на 10,8%, $p > 0,05$) и ЦП (на 11,3%, $p > 0,05$), что свидетельствует о сохранении напряжения на антиоксидантную систему защиты у пациентов I сравнительной группы при завершении стандартной терапии дерматоза. У больных экземой II сравнитель-

ной группы, которые впервые дополнительно получили антиоксидантный препарат мексидол, после окончания лечения отмечено достоверное снижение активности КА (на 14,8%, $p < 0,05$), в то время как уровень ВГ и ЦП у этих пациентов имел только тенденцию к повышению (соответственно: на 10,4% и 9,4%, $p > 0,05$), однако их содержание в конце лечения было достоверно выше по сравнению с аналогичными показателями у больных I сравнительной группы (соответственно: на 23,8% и 23,4%, $p < 0,05$).

Наиболее существенную динамику показателей антиоксидантных факторов с приближением их значений к показателям у лиц контрольной группы отмечено (таблица) у больных экземой III (основной) группы – достоверное снижение активности КА (на 17,7%, $p < 0,001$), уровня ВГ (на 21,3%, $p < 0,001$) и ЦП (на 30,7%, $p < 0,001$) с наличием достоверной разницы КА с аналогичным показателем у пациентов I сравнительной группы (ниже на 10,5%, $p < 0,001$), а также ВГ и ЦП – с аналогичными показателями у пациентов I сравнительной (соответственно больше на: 36,6% и 41,8%; $p < 0,001$) и II сравнительной групп (соответственно больше на: 10,3% и 14,9%, $p < 0,05$).

Таким образом, уровень показателей оксидантной и антиоксидантной систем крови у больных экземой разных групп в конце их лечения существенно отличается. Согласно данным сравнительного анализа показателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза у больных экземой в результате применения разных методов её лечения – стандартного (первая сравнительная группа пациентов) и впервые разработанных нами новых усовершенствованных методов терапии дерматоза, которые предусматривают дополнительное применение на фоне стандартной (базисной) терапии экземы антиоксидантного препарата мексидол (вторая сравнительная группа пациентов), а также использование предложенного нами комплексного метода лечения экземы с применением на фоне стандартной терапии экземы комбинации двух лекарственных препаратов с антиоксидантным действием – мексидол и галавит, которые ранее не использовали для лечения экземы (основная группа пациентов), более существенная положительная динамика показателей как оксидантной, так и антиоксидантной систем крови с их нормализацией или тенденцией к нормализации отмечена у пациентов основной группы, причем – с наличием достоверной разницы с аналогичными показателями оксидантно-антиоксидантного гомеостаза в конце лечения у больных экземой первой и второй сравнительных групп.

Вывод. Впервые разработанный новый усовершенствованный метод комплексного лечения экземы с применением комбинации двух препаратов с антиоксидантным действием (мексидол, галавит), которые ранее не использовались для лечения данного дерматоза, способствует наиболее существенной положительной динамике и нормализации исследуемых показателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза пациентов по сравнению со стандартной терапией дерматоза или её комбинацией с антиоксидантным препаратом мексидол, что в итоге обосновывает комбинированное использование препаратов мексидол и галавит в комплексной терапии больных экземой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзятупов Ю.Ф. Современные особенности патогенеза и комплексной терапии алергодерматозов. Журн. дерматовенерол. та косметол. ім. М.О. Торсуева 2013; 1-2 (30): 9-11.
2. Бабінець Л.С., Галабіцька І.М. Оксидативний стрес і система антиоксидантного захисту в патогенезі формування терапевтичної патології. Здобутки клін. та експеримент. мед. 2013; 1: 7-10.
3. Болотная Л.А. Терапевтическая коррекция эндогенной интоксикации у больных хроническими воспалительными дерматозами. Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. 2014; 3(54): 89-94.
4. Волкославская В.Н., Гутнев А.Л. Состояние заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем, населения Украины за последнее десятилетие. Клін. імунол., алергол., інфектол. 2012; 1: 19-22.
5. Галавіт: Реєстраційне посвідчення № UA/2826/01/01 від 25.05.2010 р., термін дії посвідчення з 24.10.2014 по 24.10.2019 (Наказ МОЗ України № 771 від 24.10.2014).
6. Денисенко О.І. Алергодерматози в йододефіцитному регіоні. Чернівці: 2010; 156.
7. Дерматологія, венерологія. За ред. проф. В.І. Степаненка. К.: КІМ, 2012; 848.
8. Кипиани Н.В., Кипиани В.А., Павлиашвили Н.С. и др. Варианты изменений про- и антиоксидантных процессов при вирусных гепатитах и необходимость дифференцированного подхода к их антиоксидантной терапии. Georgian Medical News 2013; 11 (224): 72-76.
9. Колб В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической химии. Минск: Беларусь; 1982: 290.
10. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения каталазы. Лаб. дело. 1988; 1: 16-18.
11. Кучукашвили З.Т., Чипашвили М.Д., Лекнашвили Л.Я. и др. Активность антиоксидантной системы белых крыс при хроническом стрессе. Georgian Medical News 2014; 1(226): 54-59.

12. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях. К.: Морион, 2002; 160.
13. Мексидол: Реєстраційне посвідчення № UA/1348/01/01 від 22.08.2014.
14. Мешишен І.Ф. Метод визначення окислювальної модифікації білків плазми (сироватки) крові. Бук. мед. вісник. 1998; 1: 156-158.
15. Наказ МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматологічні захворювання».
16. Парашук Б.М., Білинська О.А., Асцатуров Г.Є. Стан вільнорадикальних процесів у хворих на мікробну екзему. Дерматол. та венерол. 2011; 2 (52): 101-104.
17. Парфенкова Г.А., Чернядьєва И.Ф., Ситина В.К. Средние молекулы – маркер эндогенной интоксикации. Врач. дело. 1987; 4: 72-77.
18. Степан Н.А., Денисенко О.І. Стан оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих на екзему – мешканців північної Буковини. Журн. дерматовенерол. та косметол. ім. М.О. Торсуєва. 2014; 1-2 (32): 101-105.
19. Apfelbacher C. Epidemiology of hand eczema from adolescence to adulthood. Brit. J. Dermatol. 2014; 62 (171): 210-211.
20. Cortesi P.A., Scalone L., Belisari A. Et al. Cost and quality of life in patients with severe chronic hand eczema refractory to standard therapy with topical potent corticosteroids. Contact Dermatit. 2014; 3 (70): 158-168.
21. Diepgen T.L., Ruzicka T., Prinz J.C. et al. Diagnosing chronic hand eczema by an algorithm: a tool for classification in clinical practice. Clin. Experim. Dermatol. 2011; 6(36): 595-601.
22. Jackson K., Ersser S.J., Dennis H. et al. The Eczema Education Programme: intervention development and model feasibility. J. of the Europ. Acad. of Dermatol. Venereol. 2014; 7(28): 949-956.
23. Mollerup A., Veien N.K., Johansen J.D. An analysis of gender differences in patients with hand eczema – everyday exposures, severity and consequences. Contact Dermatit. 2014; 3(70): 158-168.
24. Williams H. The eczema treatment gang – a story for health care professionals. Brit. J. Dermatol. 2013; 6 (168): 1374-1375.

SUMMARY

EVOLUTION OF OXIDANT-ANTIOXIDANT HOMEOSTASIS IN PATIENTS WITH ECZEMA TREATED USING DIFFERENT METHODS

Stepan N., Denysenko O.

Bukovinian State Medical University, Chernovtsy, Ukraine

Objective – to study the evolution of the oxidant-antioxidant homeostasis indices in patients with eczema using various methods of treating dermatosis.

The study involved 63 patients with eczema (34 – males, 28 – females), aged 18-67 years, who were determined indices of pro- and antioxidant systems of blood.

Patients with eczema were divided into 3 groups that were prescribed different treatments: the first comparative group (21 patients) – received a standard therapy; the second comparative group (20 patients) – had a standard therapy and additionally an antioxidant preparation “Mexidol”, the third (basic group) – 22 patients, who

were prescribed a complex therapy with a combination of two drugs with antioxidant effect: “Mexidol” and “Galavit.”

It was established that multimodality therapy for eczema while using two drugs with antioxidant action (“Mexidol”, “Galavit”) contributes to the most significant positive dynamics and normalization of the studied parameters of oxidant-antioxidant homeostasis of patients compared to a standard therapy of dermatosis or its combination with antioxidant preparation “Mexidol”.

Keywords: eczema, pro- and antioxidant blood systems, treatment.

РЕЗЮМЕ

ДИНАМИКА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Степан Н.А., Денисенко О.И.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Целью исследования явилось изучение динамики показателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза у

больных экземой при использовании разных методов лечения дерматоза.

Обследовано 63 больных экземой (34 – мужского, 28 – женского пола) в возрасте 18-67 лет, у которых определяли показатели про- и антиоксидантной систем крови.

Больные экземой были разделены на 3 группы, в зависимости от применения метода лечения. Больные I сравнительной группы (n=21) получали стандартную терапию; во II сравнительной группе (n=20) – стандартную терапию антиоксидантным препаратом мексидол; в III (основной) группе (n=22) – впервые разработанную комплексную терапию с комбинацией

двух препаратов с антиоксидантным действием - мексидол и галавит.

Установлено, что комплексная терапия экземы с применением двух препаратов с антиоксидантным действием (мексидол, галавит) способствует наиболее существенной положительной динамике и нормализации исследуемых показателей оксидантно-антиоксидантного гомеостаза пациентов по сравнению со стандартной терапией дерматоза или её комбинации с антиоксидантным препаратом мексидол.

რეზიუმე

ოქსიდაციური და ანტიოქსიდაციური ჰემოსტაზის დინამიკა ეგზემით ავადმყოფებში მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების პირობებში

ნ. სტეპანი, ო. დენისენკო

ბუკოვინის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ჩერნოვცი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ოქსიდაციური და ანტიოქსიდაციური ჰემოსტაზის მაჩვენებლების შესწავლა დინამიკაში ეგზემით ავადმყოფებში მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების დროს.

შესწავლილია 18-67 წლის ასაკის 63 ავადმყოფი ეგზემით (34 მამაკაცი, 28 – ქალი). ავადმყოფებს განესახდურათ პრო- და ანტიოქსიდანტური სისტემის მაჩვენებლები სისხლში. მკურნალობის მეთოდის გამოყენების გათვალისწინებით, ავადმყოფები განაწილდა სამ ჯგუფში: I ჯგუფის (n=21) ავადმყოფებს ჩაუტარდა სტანდარტული თერაპია; II ჯგუფის ავადმყოფებს (n=20) –

სტანდარტული თერაპია ანტიოქსიდაციური პრეპარატით – მექსიდოლი, III ჯგუფის (n=22) ავადმყოფებს - კომპლექსური თერაპია ორი ანტიოქსიდაციური მოქმედების პრეპარატით – მექსიდოლი და გალოვიტი, კომბინაციით.

ავტორების მიერ დადგენილია, რომ ეგზემის კომპლექსური თერაპია ანტიოქსიდაციური მოქმედების ორი პრეპარატით (მექსიდოლი და გალოვიტი) უზრუნველყოფს გამოხატულ დადებით დინამიკას და ოქსიდაციურ-ანტიოქსიდაციური ჰემოსტაზის მაჩვენებლების ნორმალიზებას სტანდარტულ თერაპიასთან, ან მექსიდოლით მისი კომბინაციასთან შედარებით.