

*М. Деревенська, В. Морозова, О. Бондар, Л. Дробик,  
студенти II курсу  
Одеського медичного інституту  
Науковий керівник: В. О. Колоденко,  
доктор медичних наук, професор,  
Міжнародний гуманітарний університет*

## **ІМУНОМОДУЛЯТОРИ В СИСТЕМІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ**

**Вступ.** Атопічний дерматит відноситься до генетично детермінованих хронічних рецидивуючих дерматозів з тенденцією до збільшення частоти випадків в усьому світі [1, с. 415–422; 2, с. 84 – 90; 3, с. 1–2]. Незважаючи на багаточисленні дослідження, ще не розроблені чіткі критерії ранньої діагностики проявів запалення шкіри при атопічному дерматиті на імунологічному рівні. З урахуванням того, що в патогенезі реакцій гіперчутливості, яка розвивається у пацієнтів, приймає участь велика кількість як імунокомпетентних, так і неімунокомпетентних клітин, виникає необхідність вивчення біосполук, які б могли стати «об'єднуючим» критерієм, що характеризує ступінь запалення, викликаного різними медіаторами [4, с. 30–37]. У цьому зв'язку актуальною задачею практичної дерматології є впровадження нових методів імунотерапії атопічного дерматиту [5, с. 93–94; 6, с. 272; 7, с. 39–40], у тому числі за допомогою препаратів переважно рослинного походження.

Робота є фрагментом комплексної НДР Одеського медичного інституту Міжнародного гуманітарного університету та Запорізького державного медичного університету (номер державної реєстрації – 0107U005122).

**Мета дослідження** – розробка та обґрунтування комплексного методу лікування хворих атопічним дерматитом з використанням імуномодулюючої терапії (фітопрепарат інмуофлам).

**Матеріали та методи дослідження.** Під наглядом знаходилось 70 хворих атопічним дерматитом, осіб чоловічої статі 30, жіночої – 40 у віці від 17 до 45 років.

У всіх хворих відмічався свербіж шкіри, різноманітні порушення психофізіологічного стану, розлади сну. Еритематозно-сквамозна форма перебігу дерматозу виявлена у 17 (24,3%) хворих, у 23 (32,8%) – еритематозно-сквамозна форма з ліхеніфікацією, у 24 (34,3%) – ліхеноїдна, у 6 (8,6%) – прурігінозна. Крім цих «основних» проявів атопічного дерматиту спостерігались і т. з. «додаткові»: «атопічне обличчя» – у 23 (32,8%); фолікулярний кератоз – у 40 (57,1); 3), іхтіоз або ксероз – у 15 (21,4%); сухість шкіри – у 70 (100%). У 28 (40%) хворих процес ускладнювався розвитком стафіло– чи стрептодермій, у 3 (4,3%) – виявлялися ознаки периорального кандидозу.

**Результати та їх обговорення.** В залежності від методу лікування хворі були розподілені на II репрезентативні групи: I група (30 осіб), лікована стандартним методом (порівняльна), II група – лікована комплексно з використанням інмуофламу (основна). Хворим першої групи призначалась терапія у відповідності до розроблених в Україні стандартів: гіпоалергенна дієта, дотри-

мання режиму, усунення бактеріальної та паразитарної сенсibiliзації; гіпосенсибилізуєчі, антигістамінні, седативні, імуномодулюєчі (натрію нуклеїнат – по 1 порошку 3 рази на добу) препарати, вітаміни. Топічна терапія проводилась у залежності від стадії захворювання і характеру висипки.

Хворі II групи отримували таке ж лікування, але замість натрію нуклеїнату їм призначався інмунофлам. Цей препарат випускається в капсулах. Одна капсула лікарського засобу містить діючу речовину – 90 мг ліофілізованого сухого екстракту ункарії томентози та допоміжні речовини – мальтодекстрин, тальк, кремнію діоксид водний, магнію стеарат. Ункарія томентоза – деревоподібна ліана, яка росте в лісах на території Перу. У європейській медицині застосовують ліофілізований екстракт із кори ліани, який містить усі біологічно активні речовини рослини: тетра- та пентациклічні оксііндольні алкалоїди, феноли та поліфеноли, глікозиди хінної кислоти, тритерпени та стероїди.

Оксиіндольні алкалоїди із ункарії томентоза мітрафілін, птероподин, ринхофілін, ункарин, спеціофілін тощо) мають виразну імуностимулюєчу, проти-запальну, гіпохолестеринемічну дію, здатні також інгібувати моноаміноксидазу, здійснюють вазодилатуючий вплив. Фенольна фракція представлена катехінами (ідентифіковані як (-) епікатехіни) та проантоціанідинами. Епікатехіни мають Р-вітамінну та антиоксидантну дію. Лейкоантоціаніди та епікатехіни чинять антигістамінну та антикоагуляційну дію. Глікозиди хінної кислоти та тритерпенові сапоніни володіють антибактеріальним та антисклеротичним впливом, стигмастерол і кампестрол мають антибактеріальну дію.

Інмунофлам призначали зранку за 30 хв. до їжі внутрішньо по 1 капсулі 1 раз на день, запиваючи 0,5-1 склянкою води. Курс лікування складав 30 днів. Через тиждень хворим призначали другий курс прийому інмунофламу (без одночасного прийому інших лікарських засобів для внутрішнього застосування). У разі потреби також через тижневу перерву рекомендовувалася 3-й курс прийому інмунофламу. Заздалегідь, за 2-3 місяці до періодів найбільш частих можливих рецидивів захворювання (індивідуально кожному пацієнту) з профілактичною метою, препарат застосовували по 1 капсулі через день протягом 2 – 3 місяців (з тижневою перервою після кожного з курсів профілактики). Всі пацієнти курси лікування та профілактики інмунофламом переносили добре, побічних дій препарату не відмічалось.

У порівнянні з хворими першої групи, в достовірно менші терміни у пацієнтів другої групи зникла сверблячка шкіри, що сприяло більш ранньому регресу висипних елементів. У віддаленому періоді спостереження (на протязі року) в першій групі хворих відсутність рецидивів спостерігалось у 8 з 30 (26,7%), в другій групі відповідно у 19 з 40 (47,5%), менша частота та менший ступінь проявів рецидивів, відповідно у 6 (20%) та у 15 (37,5%).

**Висновки.** Використання в системі комплексної терапії та вторинної профілактики atopічного дерматиту інмунофламу забезпечує скорочення термінів регресу сверблячки шкіри, а в подальшому і висипки на шкірі; у віддаленому періоді спостереження у 85% пацієнтів рецидиви захворювання не наступали або зменшувалась їх частота та ступінь проявів. Перспективою подальших досліджень може стати з'ясування можливості потенціювання дії інмунофламу при одночасному використанні його з іншими лікарськими препаратами.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Мавров И. И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии / И. И. Мавров, Л. А. Болотная, И. М. Сербина. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
2. Солошенко Э. Н. Распространенность аллергодерматозов в современных условиях / Э. Н. Солошенко // Дерматология и венерология. – 2000. – № 1. – С. 84–90.
3. Білозоров О. П. Циркуючі імунні комплекси і дослідження антигенного впливу при аллергодерматозах, псоріазі і хламідіозах / О. П. Білозоров // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 07.00.03 – Медицина (14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби). – Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця. – Київ, 2003. – 40 с.
4. Иммуномодулирующая и противовирусная терапия атопического дерматита / П. А. Скрипкин, Е. В. Матушевская, В. С. Григорьев, Е. В. Свирщевская // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 2. – С. 30–37.
5. Багірян І. О. Можливості імунокорекції у дітей дошкільного та шкільного віку / І. О. Багірян, Т. О. Воронцова, Я. В. Олійник // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 2 (07). – С. 93–94.
6. Болотна Л. А. Сучасний метод лікування атопічного дерматиту препаратами метаболічної дії / Л. А. Болотна, Ю. В. Качук, О. І. Саріан // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2008. – № 1-2 (11). – С. 272.
7. Буянова О. В. Комплексне лікування атопічного дерматиту з використанням мазі кремген / О. В. Буянова, Л. О. Хімейчук // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. – № 3 (6). – С. 39–40.