ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ

М.Р. Казакова[1], С.А. Усманалиев[2]
Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730059

Цель исследования. Разработать новое направление в тактике ведения и лечения диагностически сложных случаев микробной экземы на основании оптимизации клинико-диагностических подходов с учетом причин развития и иммунологических особенностей заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 189 больных: 139 пациентов с микробной экземой (группа наблюдения) и 50 пациентов с инфицированной истинной экземой (группа сравнения), а также 30 условно здоровых лиц в качестве контроля. Всем больным проведены клинико-анамнестическое исследование, дерматоскопия, микробиологическое исследование кожи, оценка показателей клеточного и гуморального иммунитета (CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD25, CD71, CD95, CD45RA, IgA, IgG, IgM, IL-2). Оценка клинико-лабораторной эффективности терапии проводилась путем динамической оценки тяжести кожного процесса (индексы ДИШС, ИОТМЭ), длительности стационарного этапа лечения и качества жизни пациентов (ДИКЖ). Для терапии 100 больных микробной экземой методом рандомизации разделены на 2 подгруппы: подгруппа 1.1 получала базисную терапию (n = 50), подгруппа 1.2 – базисную терапию с включением иммунотропного препарата (n = 50).

Результаты исследования. Установлено, что для микробной экземы характерны одиночные несимметричные очаги с четкими границами и мономорфными отдаленными высыпаниями, тогда как для инфицированной истинной экземы – размытые границы и полиморфизм высыпаний. Дерматоскопическими признаками микробной экземы являются четкие границы очага, асимметрия окраски и сосудистая сеть в виде извилистых красных линий. Выявлена повышенная обсемененность кожи стафилококками как в очаге поражения, так и на здоровых участках. У больных микробной экземой установлены достоверные девиации иммунной системы: повышение CD4, CD45RA лимфоцитов и соотношения CD4/CD8, снижение CD16, CD95, CD25 лимфоцитов, снижение IgA и IgM на фоне повышения IgG, увеличение концентрации ИЛ-2. Разработаны диагностические критерии (CD25 ≤ 9,78 %, CD95 ≤ 4,86 %, CD16 ≤ 17,76 %, CD45RA ≥ 32,52 %, IgA ≤ 0,93 г/л, ИЛ-2 ≥ 4,57 пг/мл). В группе больных, у которых в комплекс стандартной терапии был включен ГДМП, отмечено снижение ИОТМЭ в 11 раз, ДИШС – в 5 раз и ДИКЖ – в 6 раз. Длительность стационарного этапа лечения составила 11,44 ± 2,37 койко-дня. У пациентов, получавших только базисную терапию, ИОТМЭ снизился в 5 раз, ДИШС и ДИКЖ – в 3 раза, длительность стационарного этапа лечения составила 14,5 ± 1,63 койко-дня. Значительное улучшение и клиническое выздоровление наступало у 96 % больных, получавших модифицированную терапию, против 82 % в группе базисной терапии.

Выводы. Разработанный и апробированный метод комплексной терапии больных микробной экземой с включением иммунотропного препарата позволил добиться клинического выздоровления с регрессом ИОТМЭ в 11 раз, снижения ДИКЖ в 6 раз, уменьшения среднего койко-дня до 11,44 суток. Таким образом, применение разработанного алгоритма диагностики (дерматоскопия, иммунологическое обследование) и комплексного

лечения больных микробной экземой способствует повышению точности диагностики в сложных случаях, ускорению регресса клинических проявлений кожного процесса и закреплению результатов терапии.