**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени Б.Н. ЕЛЬЦИНА**

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени И.К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет Д 14.23.678

На правах рукописи

**УДК 616.5-002.2:** **616-08-039.73**

**САЛЯКАЕВА АНАСТАСИЯ ДМИТРИЕВНА**

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ**

14.01.10 – кожные и венерические болезни

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Бишкек - 2025

Работа выполнена на кафедре дерматовенерологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева

|  |  |
| --- | --- |
| **Научный руковводитель**: | **Койбагарова Асель Алмазбековна**  **м**едицина илимдеринин доктору, доцент, И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын тери жана венерологиялык оорулар кафедрасынын башчысы |
| **Официальные оппоненты** |  |
| **Ведущая организация** | |

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета 14.23.678 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и Кыргызско-Российском Славянском Университете им. Б.Н. Ельцина по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92, Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, 2 этаж, конференц зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации - https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92) и Кыргызско-Российском Славянском Университете им. Б.Н. Ельцина (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте https://vak.kg.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.

**Ученый секретарь**

**диссертационного совета,**

**кандидат медицинских наук Оскон уулу Айбек**

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность темы.** Хроническая экзема – один из наиболее распространенных дерматозов, которым по данным мировой статистики ВОЗ страдают от 2% до 4% взрослого населения планеты [Т.И. Погодаева, 2023]. При этом, его удельный вес в общей структуре дерматозов составляет 7-10% [Ю.Н. Перламутров, 2019; Z.D. Draelos, 2018]. В последнее время наблюдается увеличение количества больных хронической экземой среди молодых лиц. Проблема хронической экземы достаточно актуальна, что связано с ростом заболеваемости, хроническим рецидивирующим течением, увеличением количества тяжелых и инвалидирующих форм дерматоза, резистентных к проведенной традиционной терапии [О.В. Дорджиева, 2015; Т.М. Беляева, 2020; Y.V. Andrashko, 2021].

Несмотря на большое количество научных исследований, этиология и патогенез этого хронического дерматоза до сих пор остается дискуссионным вопросом [М.В. Чуракаев, 2015; Л.В. Фомина, 2018; M.M. Kelleher et al., 2022]. В развитии хронической экземы большое значение придают психосоматическим расстройствам. При этом, оценивая психологический статус, у больных выявляют высокую степень реактивной тревожности, развитие депрессий, астеновегетативного синдрома. Психогенные факторы вызывают изменения в коже из-за воздействий вегетативной нервной системы, гуморальных и сосудистых механизмов. Следует отметить, что данные нарушения обусловлены психотравмирующим воздействием кожного заболевания, связанным с его косметической значимостью, что приводит к снижению качества жизни больного. Наличие косметического дефекта дезадаптирует больного в социальном аспекте, формирует эмоциональную неуравновешенность, зависимость, замкнутость [А.В. Сухарев, 2014].

Терапия пациентов с экземой в первую очередь должна быть направлена на соблюдение принципа биологической обратной связи, с различными физиологическими параметрами функционирования организма [Л.С. Круглова, 2014]. В последние годы в практике дерматологов отмечается учащение обращений пациентов с хронической кожной патологией, в том числе экземой. Торпидное течение, резистентность к назначенным препаратам диктует поиск методов с выраженным терапевтическим эффектом [Э.Н. Солошенко, 1997; В.В. Старостенко и соавт., 2019]. Невозможность количественно оценить физиологические параметры кожи до и после лечения определяет актуальность инструментального исследования данных показателей [Н.А. Холодилова, 2011].

За счет непосредственного влияния на микрофлору пораженного участка кожи местная терапия занимает важное место в лечении экземы. Ее главной целью является снятие остроты проявлений болезни, предотвращение осложнений и перехода болезни в более сложные стадии, улучшение общего состояния больного [J.I. Silverberg, 2022]. Для многих больных с ограниченными формами экземы, а также страдающих от тяжелых соматических заболеваний и расстройств, местная терапия является самым эффективным способом лечения [E.W. Loh et al., 2022; E. Proksch, 2023].

Итак, по нашему мнению, указанные факты свидетельствуют, что научный поиск новых особенностей патогенетических механизмов развития хронической экземы у лиц с избыточным весом и разработка комплексного подхода для повышения клинической эффективности терапии больных данным дерматозом является одним из приоритетных направлений современной дерматологии.

**Цель исследования:** Повышение эффективности лечения больных хронической экземой с путем разработки комплексной методики терапии эмолентами с учетом физиологических маркеров и адаптационных возможностей организма, а также биохимических показателей.

**Задачи исследования:**

1. Определить особенности клинических проявлений, течения и механизмов развития хронической экземы.

2. Исследовать в динамике биохимические показатели и качество жизни больных хронической экземой.

3. Разработать комплексный метод лечения хронической экземы с использованием гепатопротекторов, анксиолитиков и эмолентов.

4. Изучить и оценить клиническую эффективность разработанного комплексного метода лечения хронической экземы с использованием гепатопротекторов, анксиолитиков и эмолентов, сравнить их со стандартными методами терапии.

*Объект исследования*: хроническая экзема.

*Предмет исследования*: применение эмолентов в качестве базовой наружной терапии при хронической экземе.

*Методы исследования:*

1. клинические: выяснение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, анализ субъективных и объективных данных обследования, установление диагноза, контроль эффективности лечения;

2. общелабораторные клинические анализы крови, мочи, кала, серологические анализы крови;

3. психофизиологические с использованием опросников;

4. биохимические: общий белок, белковые фракции (альбумин, глобулины, альбумино-глобулиновый коэффициент), активность аланиновой трансаминазы (АЛТ), активность аспарагиновой трансаминазы (АСТ), билирубин общий, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), глюкоза крови;

5. статистические: оценка достоверности исследованных показателей.

**Научная новизна полученных результатов.**

Дополнены научные данные об особенностях клинических проявлений, течении и механизме развития хронической экземы у больных.

Расширены научные сведения о психоэмоциональном состоянии, качестве жизни, пищевом поведении и биохимических изменениях у больных хронической экземой.

Научно обоснована методика комплексной терапии больных хронической экземой с использованием эмолентов, гепатопротекторов и анксиолитиков с использованием биологической обратной связи, что способствовало коррекции выявленных психофизиологических нарушений и повышению эффективности лечения дерматоза.

**Практическое значение полученных результатов.**

Автором получены результаты исследования, обусловившие необходимость назначения комплексной терапии больным хронической экземой с использованием эмолентов, гепатопротекторов и анксиолитиков. Был разработан и внедрен новый способ лечения с учетом физиологических маркеров и адаптационных возможностей организма с использованием курса эмолентов, что позволило получить выраженный терапевтический эффект, способствовать более быстрому регрессу клинических проявлений хронической экземы.

**Личный вклад соискателя.**

Диссертация является научным трудом соискателя. Диссертантом вместе с научным руководителем определены цель и задачи работы. Самостоятельно осуществлен патентный поиск и анализ данных научной литературы, проведено клиническое обследование и лечение 140 больных хронической экземой. Выполнен учет и оценка показателей результатов обследования, написаны все разделы диссертации, подготовлены к печати научные публикации, сформулированы заключения и практические рекомендации.

**Апробация работы.** Основные положения работы докладывались и обсуждались на научно-практических конференциях: научном форуме «Дни науки КГМА», посвященного профилактике, диагностике и лечению COVID-19 (Бишкек, 2021); международной практической конференции «Перспективные исследования в сфере образования культуры и общества» (Санкт-Петербург, 2025); международной научно-методической конференции «Проблемы управления качеством образования» (Санкт-Петербург, 2025); международной научной конференции «Современные научные разработки. Инновационный аспект» (Санкт-Петербург, 2025).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 11 научных статей, из них 6 – в журналах, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором выше 0,1.

**Объем и структура диссертации.** Диссертационная работа написана компьютерным текстом на 116 страницах и состоит из введения, 5 глав: обзора литературы, методологии и методов исследования, результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Иллюстрировано …. рисунками и …. таблицами. Библиография включает 123 источника, из них 78 отечественного и 45 стран дальнего зарубежья.

**ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** представлена актуальность темы, цель и задачи, научная новизна, практическая значимость, положении диссертации, выносимые на защиту.

**Глава 1. Обзор литературы.**

**1.1 Особенности течения хронической экземы и ее этиопатогенетические аспекты развития на современном этапе.** Отражены распространенность, классификация, этиология и патогенез экземы в настоящее время.

**1.2 Вегетативная регуляция организма и вариабельность сердечного ритма.** Анализ вариабельности сердечного ритма сердца прост в использовании, т. к. является неинвазивным методом исследования и именно поэтому становится все более популярным в медицинской практике. У пациентов с экземой подобных исследований проводилось недостаточно. Отмечено, что у больных экземой кистей с атопией преобладал симпатический тип исходного вегетативного тонуса и наиболее выражены нарушения кожного барьера.

**1.3 Основные принципы лечения хронической экземы.** Описывается современные методы системного, местного лечения и физиотерапевтические методы терапии.

**1.4 Актуальность применения эмолентов в качестве базовой наружной терапии при хронической экземе**. Выбор увлажняющего и смягчающего средства имеет первостепенное значение, учитывая изменчивость клинических результатов, наблюдаемых у пациентов экземой.

**Глава 2 Материал и методы исследования**

Под наблюдением находились 140 больных хронической экземой в возрасте от 18 до 70 лет. Диагноз хронической экземы устанавливался на основе анамнеза, клинических проявлений, лабораторных показателей и дополнительных методов исследования, как электрофизиологические и психофизиологические исследования.

Все исследования осуществлялись на базе Республиканского центра дерматовенерологии (РЦДВ) МЗ КР и Центров семейной медицины г. Бишкек. Наблюдение проводилось в течение 2020-2023 гг.

При проведении исследования установлено, что больные хронической экземой получали предварительную терапию, чаще всего включавшую применение местных средств, таких как топические глюкокортикостероиды, кератолитические препараты (84,6 %), фототерапию – 9,9 % лиц, системную терапию глюкокортикостероидами – 13,5%. Пациенты оценивали эффект от ранее проведенной терапии как средний и не были удовлетворены, что негативно влияет на качество их жизни и социальную адаптацию. Следует отметить, что больные хронической экземой получали только терапию хронической экземы, при этом не учитывались коморбидные состояния, что могло бы влиять на недостаточную эффективность лечения.

Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц, не страдавших хронической экземой и не имевших в анамнезе указанного дерматоза. Пациенты группы сравнения не имели существенных отличий от основной исследуемой группы по социально демографическим показателям, поэтому выборку можно считать репрезентативной.

Для выполнения целей и задач диссертационной работы проводился сравнительный анализ данных исследований у 90 больных хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ, которые были разделены на 2 группы: IА группа, состоящая из 40 пациентов и IВ группа – из 50 пациентов. II группу составили 50 больных с хронической экземой с нормальным обменом веществ. Группы пациентов были репрезентативными по полу, возрасту и продолжительности заболевания.

При изучении наследственности у больных хронической экземой установлено, что в IА группе у 16 (40%), а в IВ группе у 18 (36%) больных среди ближайших родственников также наблюдаются аллергические заболевания (атопический дерматит, экзема, аллергический ринит, бронхиальная астма), а во II группе у 14, что составило 28,0%.

Выяснено, что продолжительность хронической экземы от 0,5 до 10 лет наблюдалась у 77 больного (25 человек IА группы, у 25 IВ группы и 27 во II группе пациентов), от 11 до 20 – 50 (15 человек IА группы, у 17 - IВ группы и у 18 пациентов – II группы), более 21 – 13 (в IА группы – 0 человек, 5 - IВ группы и 5 – II).

При этом у больных хронической экземой средняя продолжительность дерматоза в IА группе составляла 14,27±2,42 лет, в IВ группе – 17, 25±2,42 лет, во II группе - 16,59±1,26 лет (р<0,01), что отражает более высокое выявление хронической экземы в молодом возрасте во всех трех группах пациентов.

Обострение заболевания осенью и зимой возникало у 93 (66,4%) больных, летом – 25 (17,6%), у 22 (16,0%) человек обострение имело смешанный тип и появлялось независимо от времени года.

Оценивая триггерные факторы, способствовавшие обострению воспалительного процесса, пациенты отмечали влияние психоэмоционального стресса (60,3%), сезонные колебания (9,9%), инфекционные факторы (вирусная, бактериальная инфекция – 7,2%), употребление алкоголя и табака (8,1%), перенесенные травмы и операции (6,3%); часть больных не смогли указать на провоцирующие факторы обострения заболевания (8,2%). Следует отметить, что больные хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ (IА и IВ группы) отмечали влияние психоэмоционального стресса чаще, чем пациенты с хронической экземой с нормальным обменом веществ (II группа) (p<0,05).

Наиболее часто коморбидными заболеваниями, сопровождавшими течение хронической экземы у больных с признаками нарушения обмена веществ (IА и IВ группы), были заболевания пищеварительной (IА - 32,4% и IВ – 30,0%), сердечно-сосудистой (27,5%, 26,0% соответственно) систем; при этом у пациентов с хронической экземой с нормальным обменом веществ на первом месте находилась патология пищеварительной системы (34,0%) и сердечно-сосудистые заболевания (18,0%). По нашему мнению, данные коморбидные состояния могут быть обусловлены психоэмоциональными стрессами и нарушением режима питания. Следует отметить, что в группе больных хронической экземой с нормальным обменом веществ отсутствие коморбидности составило 20,0%, тогда как у больных IА и IВ групп – 4,0% и 6,0% соответственно (р<0,01).

При исследовании коморбидных состояний у пациентов с хронической экземой установлено более частое наличие патологии при длительности дерматоза более 10-20 лет и более 20 лет по сравнению с больными, страдающими данным дерматозом от 0,5 до 10 лет.

В ходе проведенного исследования выявлено, что у пациентов с хронической экземой IА и IВ групп отмечалось более тяжелое течение заболевания за счет большей интенсивности эритемы, инфильтрации и шелушения, большей распространенности процесса по сравнению с больными II группы. Средний показатель индекса SCORAD в IА группе составлял - 29,31±1,7, в IВ группе – 30,1±1,47 и во II группе – 24,12±2,05, разница исследованного показателя достоверна (р<0,05).

Установлено, что у пациентов с хронической экземой II группы чаще встречалось легкое течение заболевания (51,48%), средней и тяжелой степени – у 37,18% и 11,34% человек соответственно. У больных хронической экземой IА группы с признаками нарушения обмена веществ чаще наблюдалась средняя степень тяжести заболевания (68,9%), легкая и тяжелая – у 11,7% и 19,4% лиц соответственно, у больных IВ также отмечалось чаще всего средняя степень тяжести экземы (70,2%), реже тяжелая (18,5%) и легкая степени течения (11,3%) (р<0,05 ).

Также для исследования тяжести течения мы оценивали частоту рецидивов хронической экземы. Установлено, что по одному обострению наблюдалось у 68,64% пациентов с хронической экземой с нормальным обменом веществ (II группа), 2-3 – у 28,6%, больше 3 в течение года – 2,76%.

При этом у больных хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ в IА группе по одному обострению отмечалось в 10,4%, 2-3 – в 84,5%, более 3 – 5,1%, в IВ группе: 1 обострение – у 12,5%, 2-3 – у 79,7%, более 3 – у 7,8% пациентов.

При оценке биохимических показателей у больных хронической экземой IА, IВ и II групп установлены достоверные различия показателей по сравнению со здоровыми лицами в контроле. Характерными нарушениями являлись: развитие цитолитического синдрома за счет повышения показателей АлАТ, АсАТ и общего билирубина; небольшим нарушение белоксинтезирующей функции печени с уменьшением показателя общего белка; мезенхимально-воспалительный синдром с увеличением показателя тимоловой пробы; также выявлялись нарушения липидного обмена с явлениями дислипопротеидемии, которые характеризовались увеличением содержания общего холестерина (более 6,2 ммоль/л), ЛПНП (более 5,4 мкмоль/л), триглицеридов (более 2,7 мкмоль/л), уменьшением содержания ЛПВП (ниже 1,04 мкмоль/л).

При оценке психоэмоционального состояния у больных IА группы определялись: уровень депрессии по шкале Бэка – (29,2±0,91) баллов, уровни реактивной и личностной депрессии по шкале Спилбергера-Ханина – (49,67±0,67) и (55,37±0,36) баллов соответственно. При исследовании пищевого поведения установлено эмоциогенное – у 43,2% пациентов, экстернальное – у 59,4%, ограничительное – у 12,6%. При определении качества жизни у больных хронической экземой в этой группе - средний балл составлял (15,88±1,13).

При оценке психоэмоционального состояния у больных IВ группы определялись: уровень депрессии по шкале Бэка – (29,8±0,8) баллов, уровни реактивной и личностной депрессии по шкале Спилбергера-Ханина – (51,2±0,87) и (56,45±0,72) баллов соответственно. При исследовании пищевого поведения установлено эмоциогенное – у 45,3% пациентов, экстернальное – у 62,5%, ограничительное – у 10,7%. При определении качества жизни у больных хронической экземой в этой группе - средний балл составлял (17,7±1,15).

При оценке психоэмоционального состояния у больных II группы определялись: уровень депрессии по шкале Бэка – (18,3±0,67) баллов, уровни реактивной и личностной депрессии по шкале Спилбергера-Ханина – (41,14±0,91) и (45,82±0,87) баллов соответственно. При исследовании пищевого поведения установлено эмоциогенное – у 28,8% пациентов, экстернальное – у 46,8%, ограничительное – у 9%. При определении качества жизни у больных хронической экземой средний балл составлял (13,12±0,96).

Состояние вегетативной нервной системы изучалось с помощью программно-аппаратного комплекса CardioLab. Для исследования вегетативной регуляции сердечной деятельности у больных хронической экземой изучали вегетативный тонус (ВТ), вегетативную реактивность (ВР) и вегетативное обеспечение (ВЗ). При исследовании исходного ВТ определено, что у больных хронической экземой преобладала симпатикотония: у 77,2% пациентов с ИМТ≤25, 79,8% – с ИМТ25, 30% здоровых лиц в контроле. Ваготония чаще (р<0,05) наблюдалась среди пациентов с признаками нарушения обмена веществ: у 13,3% лиц с ИМТ25, 14,25% – с ИМТ≤25; эйтония – среди пациентов группы контроля (60%; р<0,05)

Среди обследованных больных хронической экземой нарушения ВР диагностировано у 80% пациентов с нормальным обменом веществ и у 84% больных с признаками нарушения обмена веществ. В обеих группах больных хронической экземой преобладали асимпатикотонический и гиперсимпатикотонический варианты ВР: у больных хронической экземой с нормальным обменом веществ – 37,05% и 42,75%, у больных с признаками нарушения обмена веществ – 46,55% и 37,24% соответственно. В группе контроля – у 25% – асимпатикотонический и у 15% – гиперсимпатикотонический. Нормальная вегетативная регуляция преобладала у обследованных больных хронической экземой с нормальным обменом веществ (р<0,05).

Адаптационно-компенсаторные возможности организма определялись посредством проведения клиноортостатической пробы. Недостаточное ОС было зафиксировано в 82,46% случаев среди пациентов с признаками нарушения обмена веществ и 71,25% – с хронической экземой с нормальным обменом веществ. При этом среди обследованных больных обеих групп преобладали гипердиастолический и асимпатикотонический варианты ВЗ, определявшиеся в группе лиц с признаками нарушения обмена веществ в 37,24% и 29,26% случаев соответственно, в группе пациентов с хронической экземой с нормальным обменом веществ – в 34,2% и 25,65%. У лиц с нормальным обменом веществ чаще наблюдалось нормальное ОС (28,75%) по сравнению с больными с признаками нарушения обмена веществ (17,29% соответственно) (р<0,05).

При исследовании вегетативной регуляции сердечной деятельности у больных хронической экземой в зависимости от степени тяжести дерматоза выявлены однонаправленные изменения с ростом тяжести дерматического процесса, при этом у обследованных лиц с признаками нарушения обмена веществ они были более выраженными.

С прогрессированием тяжести дерматоза в обеих группах (IА и IВ) определялось преимущество центральной симпатической регуляции деятельности сердца с понижением вагусной и гуморальной регуляции сердечного ритма. Так, у обследованных больных с увеличением АМО от легкой степени тяжести до тяжелого на 23,1% (р<0,05) отмечалось значительное и достоверное увеличение индекса вегетативного равновесия в 1,6 раза (р<0,05) и показателя адекватности процессов регуляции в 1,4 раза (р<0,05). Достоверно в 1,9 раз (р<0,05) рос индекс вегетативного напряжения Баевского. У пациентов с нормальным обменом веществ достоверной разницы в показателях кардиоинтервалометрии в зависимости от степени тяжести дерматоза не зафиксировано (II группа). При сравнении показателей с аналогичной степенью тяжести у обследованных больных определялись достоверно более тяжелые изменения вегетативной регуляции.

Так, у пациентов с хронической экземой при использовании урсодезоксихолевой кислоты, темгиколурила и эмолентов при легкой степени тяжести АМО достоверно увеличена на 19,6% (р<0,05) по отношению к аналогичной степени тяжести у больных контрольной группы, ВАР – достоверно снижен на 12,7% ( р<0,05), ИН – увеличен на 8,1%, ИВР – увеличен на 3,8%, ПАПР – увеличен на 5,3%.

При средней степени тяжести у пациентов с признаками нарушения обмена веществ АМО достоверно увеличена на 28,8% (р<0,05) по отношению к аналогичной степени тяжести у больных с нормальным обменом веществ, ВАР – достоверно снижена на 17,8% (р<0, 05), ИН – достоверно увеличен на 59,4 % (р<0,05), ИВР – достоверно увеличен на 27 % (р<0,05), ПАПР – достоверно увеличен на 14,4 % (р<0,05) ).

При тяжелой степени тяжести АМО достоверно увеличен на 45,3% у пациентов групп сравнения, ВАР – достоверно снижен на 25% (р<0,05), ИН – достоверно увеличен на 95, 6% (р<0,05), ИВР – достоверно увеличен на 45,7% (р<0,05), ПАПР – достоверно увеличен на 37,5% (р<0,05).

**Методы исследования**

*– Общие клинико-лабораторные и биохимические исследования.*

У всех больных при клиническом обследовании выяснялись жалобы, анамнез заболевания и жизни, проводилось объективное обследование. Общие клинико-лабораторные исследования включали проведение клинического анализа крови и мочи, анализа кала на яйца гельминтов, основных биохимических и серологических (РМП, РВ) анализов крови.

При изучении биохимических показателей определяли активность ферментов аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) по методу Райтмана и Френкеля, общего билирубина по методу Иендрашика, общего белка по биуретовой реакции, белковых фракций методом электрофореза на бумаге, тимоловой пробы по методу Маклагана, липопротеидов по методу Бурштейна и Самай. Уровень глюкозы в крови изучали редуктометрическим методом, а именно титрометрическим способом по Хагедорну–Йенсену.

В случае необходимости больным были проведены консультации врачей смежных специальностей, а именно психоневролога, терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога, оториноларинголога, стоматолога.

*– Определение тяжести течения хронической экземы.*

Для оценки тяжести экземы и эффективности проводимой терапии использовали индекс SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) [R. Chopra et al, 2017]. В период обострения, экзематозные поражения характеризуются эритемой с изменением поверхности кожи (отек, везикулы, экссудация). В хронической стадии поражения кожи отмечается ее утолщение (лихенизация).

*– Антропометрические исследования.*

Всем больным были определены антропометрические характеристики с оценкой индекса массы тела (ИМТ), который рассчитывали по формуле Кетле:

ИМТ=масса тела (кг) / рост (м)2.

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработана следующая интерпретация показателей ИМТ:

* 16 и менее – выраженный дефицит массы тела;
* 16-17,9 – недостаточная масса тела;
* 18-24,9 – нормальная масса тела;
* 25-29,9 – избыточная масса тела;
* 30-34,9 – ожирение 1 степени;
* 35-39,9 – ожирение 2 степени;
* 40 и более – ожирение 3 степени.

Математический анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) осуществлялся при помощи системы компьютерной кардиографии “CardioLab”. На экране монитора отображалась ЭКГ, которая регистрировалась в 3-х стандартных отведениях, затем избиралась активная ЭКГ с одним отведением.

Вегетативную реактивность оценивали при проведении клиноортостатической пробы с выделением ее типов: симпатикотонической, гиперсимпатикотонической, асимпатикотонической.

По результатам клиноортостатической пробы оценивали вегетативное обеспечение сердечной деятельности с выделением достаточного обеспечения и патологических 5 вариантов: с избыточным включением симпатико-адреналовой системы (гиперсимпатикотонической) и недостаточной ее функцией (асимпатикотонической, гипердиастолической, симпатикоастенической и астеносимпатической).

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием пакетов программ Microsoft Excel 2010, Statistica 6.0 (Statsoft Inc., США). Определяли средние значения по каждому из показателей (М), их отклонения и погрешности (m), достоверность разницы значений между данными, сравнивались (p). Для оценки достоверности использовали непараметрическим критерий (U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни), также применяли коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rS) при оценке взаимосвязи между показателями. Во всех случаях расхождения принято считать статистически значимыми при р<0,05.

**Результаты и обсуждение**

Таким образом, при проведении клинических, психофизиологических, электрофизиологических, биохимических исследований и их сравнении мы заключили, что у больных хронической экземой с нарушенным и нормальным обменом веществ изученные показатели статистически значимо отличались между собой. Так, у пациентов с хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ наблюдаются более существенные сдвиги в показателях. Все эти данные свидетельствуют о взаимозависимости патогенетических нарушений и клинических проявлений и течении хронической экземы у лиц с признаками нарушения обмена веществ, что требует назначения комплексной дифференцированной терапии.

Выраженный положительный эффект от лечения можно достичь только путем комплексного подхода к терапии хронической экземы, учитывая коморбидные состояния и влияя на все звенья патогенеза заболевания. Лечение больных хронической экземой проводилось согласно протоколу использования эмолентов.

В зависимости от проведенного лечения обследованные пациенты были распределены на 2 группы: IА и IB. Согласно выделенным клинико-терапевтическим группам была разработана методика комплексной терапии больных хронической экземой с использованием метода биологической обратной связи.

Перед началом терапии проводился тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, выявление сопутствующих и триггерных факторов обострения хронической экземы, клинико-терапевтическое исследование пациентов. Также определяли эффективность предварительного лечения, переносимость лекарственных средств. Выбор метода терапии основывался на необходимости воздействия на различные звенья хронической экземы патогенеза.

Для получения достоверных данных в исследование не включались пациенты с эндокринными нарушениями, онкологическими заболеваниями, с имеющейся декомпенсированной сопутствующей патологией, злоупотреблявших алкоголем, наркозависимыми, наличием ВИЧ/СПИД инфекции.

В группу IА вошли 40 больных хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ, получавших стандартную терапию (СТ). Прежде всего, пациентам было рекомендовано соблюдать диету и режим питания, что включало ограничение употребления продуктов с большим количеством холестерина, жиров, белков и углеводов. Стандартная терапия включала назначение тиосульфата натрия (30% раствор внутривенно по 10 мл № 10 через день), тавегила (по 1 таблетке 2 раза в сутки 10 дней), аевита (по 1 капсуле 3 раза в сутки 21 день), неуробекса (по 1 драже 3 раза в день сутки во время еды 20 дней). Местно на очаги поражения применялись крем бетаметазон дипропионат 2 раза в день 14 дней, с последующим переходом на топические ингибиторы кальцинерина – такролимус 0,1% мазь 21 день.

В состав группы IВ вошли 50 больных хронической экземой, которые также получали стандартную терапию, как в группе IА с дополнительным назначением курса эмолентов. Курс составлял 30 дней. Перед началом курса с пациентом проводилась подготовка для установления антиаллергенного контакта и повышения чувствительности к лечению. Больному были объяснены цели курса, сущность методики и принцип действия эмолентов. В качестве эмолентов использованы Uriage Barriederm fissure крем наносились на трещины 2 раза в день + Uriage Xemose Cerate крем на инфильтрированные участки поражения 2-4 раза в день длительно. Учитывая, изменения психоэмоционального статуса и вегетативной нервной системы пациентам был назначен анксиолитик - Темгиколурил (Адаптол) 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день 15 дней. Также пациентам данной группы назначена урсодезоксихолиевая кислота (по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 30 дней). Выявленные изменения со стороны гепатобилиарной системы у больных хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ были основанием для назначения гепатопротекторного средства (урсодезоксихолиевой кислоты).

В результате проведенной терапии пациенты отмечали уменьшение субъективных проявлений заболевания: через 30 дней лечения наблюдалось уменьшение зуда на 62 % и 82 % в группах IА и IВ соответственно; сухости кожи на 55 % и 78 %; боли – на 52 % и 74 %; жжение – на 51 % и 75 % (р<0,05). Таким образом, у больных группы IВ, в которых применялся комплексный метод лечения с использованием стандартной терапии и с включением в базисную терапию урсодезоксихолиевой кислоты, темгиколурила и эмолентов наблюдалось выраженное снижение субъективных проявлений дерматоза.

Комплексная терапия больных хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ, включавшая дополнительное применение курса лечения эмолентами биологического управления, положительно влияла на клинические проявления и течение заболевания. Достигнут высокий терапевтический эффект за счет более быстрого регресса патологического процесса. Клинически это проявлялось тем, что у пациентов группы IВ на 3-5 день лечения отмечалось прекращение появления новых высыпаний, отсутствие периферического увеличения элементов, уменьшалась яркость воспалительных явлений кожного процесса. Стабилизация кожного процесса у больных группы IА, получавших только стандартную терапию, отмечалась на 2-3 дня позже – на 6-8 день лечения.

На 30 день после начала терапии индекс SCORAD в группе IА снижался до (12,17±1,09), IB – до (7,35±0,69). При этом снижение индекса SCORAD происходило у 96% больных группы IB и 84% – IА. Значительное клиническое улучшение регистрировали при снижении индекса SCORAD на 75% и более исходного показателя.

При дополнительном назначении к стандартной терапии урсодезоксихолиевой кислоты, темгиколурила и эмолентов в группе IB наблюдалось значительное клиническое улучшение у 20 (40 %), IA – 12 (30 %) пациентов. Клиническое улучшение и снижение индекса SCORAD на 75 % в группе IA наблюдалось у 15 (37,5 %) и IB – у 28 (56 %) пациентов. Незначительное клиническое улучшение и снижение индекса SCORAD менее чем на 25 % отмечались у 13 (32,5 %) больных группы IА, 2 (4 %) – группы IB.

Удаленные результаты разработанной нами комплексной терапии пациентов с хронической экземой учитывались через 3, 6, 12 месяцев и больше. При этом у больных экземой группы IА, которые получали стандартную терапию, после лечения наблюдалось сокращение количества пациентов с короткими ремиссиями (до 3 мес.) на 15 % (р<0,05). Следует отметить, что при этом отмечалось увеличение количества больных с длительностью ремиссий от 3 до 6 мес. на 5 % (р<0,05), увеличение количества лиц с длительностью ремиссий от 6 до 12 мес. на 5 % (р>0,05), более 12 мес. – на 5 % (р>0,05).

У больных экземой группы IВ, которые получали комплексную методику лечения с включением в базисную терапию урсодезоксихолиевой кислоты, темгиколурила и эмолентов после терапии наблюдалось сокращение количества пациентов с короткими ремиссиями (до 3 мес.) на 40 % (р<0,001); уменьшение количества больных с длительностью ремиссий от 3 до 6 мес. на 8 % (р<0,05); увеличение количества лиц с длительностью ремиссий от 6 до 12 мес. на 36 % (р<0,05); более 12 мес. – на 12 % (р<0,01).

Таким образом, в результате проведенного исследования и сравнения эффективности разработанного комплексного лечения с включением в базисную терапию урсодезоксихолиевой кислоты, темгиколурила и эмолентов нам удалось установить, что в группе IВ наблюдались более быстрый регресс высыпаний с редукцией индекса SCORAD на 75,6 %, высокий процент достижения значительного клинического эффекта на 30 день от начала терапии у больных экземой в виде регресса более 80 % высыпаний.

Анализ результатов проведенной терапии выявил существенные отличия между состоянием психоэмоциональной сферы у пациентов разных групп. Как свидетельствуют полученные данные, среди показателей реактивной тревожности (в баллах) у пациентов с хронической экземой групп IА и IВ наблюдалось уменьшение показателей после лечения, причем достоверно – в IВ. Показатель в группе IА до терапии составлял (48,34±0,77), после – (44,19±1,31) (р>0,05); в IВ до – (48,89±0,69), после – (30,14±0,91) (р<0,05).

Среди показателей личной тревожности (в баллах) у пациентов с хронической экземой групп IА и IВ наблюдалось уменьшение показателей после лечения, достоверно – в IВ. Показатель в группе IА до терапии составлял (54,31±0,39), после – (46,09±0,46) (р>0,05); в IВ до – (55,37±0,36), после – (40,82±0,87) (р<0,05).

Среди показателей депрессии (в баллах) у пациентов с хронической экземой групп IА и IВ наблюдалось уменьшение показателей после лечения, достоверно в IВ. Показатель в группе IА до терапии составлял (28,9±0,31), после – (27,2±0,39) (р>0,05); в IВ до – (29,2±0,52), после – (17,1±0,81) (р<0,05).

У пациентов группы IА, получавших стандартную терапию, отмечалось снижение индекса DLQI через 30 дней на 54,65% (р<0,05); тогда как у больных группы IВ, дополнительно получавших курс лечения урсодезоксихолиевой кислотой, темгиколурилом и эмолентами биологического управления, наблюдалось снижение индекса DLQI через 30 дней на 64,95 % от исходного значения (р<0,05) (табл. 5.6). При сравнении показателей после лечения в группах IА и IВ отмечалась достоверная разница (р<0,05).

После назначения комплексного лечения только у пациентов группы IВ отмечалось достоверное снижение вариационного размаха (до лечения – (3,3±0,3), после – (2,7±0,3); р<0,05), что сопровождалось снижением Амо (до лечения – (16,1±0,7), после – (10,9±0,3); р<0,05). При этом также наблюдалось достоверное снижение индексов вегетативного равновесия (до лечения – (1042,1±80,2), после – (509,1±39,7) (р<0,001); и Баевского (до лечения – (1220,4±78,6), после – (564,0±23) (р<0,001); показателя адекватности процессов регуляции: до лечения – 29,1±1,1; после – 16,3±0,6 (р<0,05), что свидетельствовало об уменьшении напряжения компенсаторных механизмов организма.

До лечения у больных хронической экземой преобладали асимпатикотонический (IА – 44%, IВ – 36%) и гиперсимпатикотонический (IА – 36%, IВ – 44%) варианты ВР. После прохождения курса терапии наблюдался достоверный (р<0,05) рост количества пациентов с симпатикотонической ВР в IА в 1,6 раза, в IВ – в 3,0 раза.

После курса лечения отмечалось снижение количества больных хронической экземой с асимпатикотонической ВР в группе IА в 1,2 раза, IВ – 1,8; гиперсимпатикотонической ВР в группе IА в 1,13 раза, IВ – в 2,2.

Анализ показателей сердечной деятельности показал, что количество пациентов с нормальным вегетативным обеспечением после лечения увеличилось в группе IА в 1,6 раза, IВ – 3,0 раза; IВ – в 1,33 и 1,5 соответственно. Снижение количества пациентов с симпатикоастеническим ВЗ произошло только в группе IВ – в 2 раза.

Таким образом, у больных хронической экземой группы IВ, лечившихся комплексным методом, наблюдалось наиболее достоверное снижение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы по сравнению с пациентами группы IА.

После проведения комплексного метода терапии в группе больных хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ (IВ) были получены достоверные результаты; показатели эмоциогенного и экстернального пищевого поведения уменьшились и равнялись нормальным показателям. Эти данные свидетельствуют о том, что пациенты научились дифференцировать отрицательные эмоции и голод, удовлетворять потребности адекватным способом, а не только посредством еды. При эмоциогенном типе реагирования больные «заедали» стресс и отрицательные переживания, напряжения, что приводило к чувству вины и еще большему эмоциональному напряжению. После проведения курса лечения урсодезоксихолиевой кислотой, темгиколурилом и эмолентами уменьшились проявления эмоциогенного и экстернального пищевого поведения.

Учитывая вышеупомянутые факторы, можно сделать вывод, что терапия пациентов с хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ, прежде всего должна быть направлена ​​на использование универсальных средств, таких как урсодезоксихолиевая кислота, темгиколурил, эмоленты и стать неотъемлемой составляющей комплексного лечения. Терапия, в основе которой лежит принцип биологической обратной связи, по разным физиологическим параметрам функционирования организма оптимально подходит для этих целей. Поскольку на начальном этапе формирования дерматоза и патологическому процессу свойственен характер внешних проявлений, а в клинической картине хронической экземы у больных с нормальным и избыточным весом превалируют визуализирующиеся расстройства.

Одним из механизмов, лежащих в основе действия биологической обратной связи, является снижение повышенной активности дермасистемы. Это приводит к повышению толерантности к внешним воздействиям, улучшению состояния пациентов и уменьшению значимости дерматоза. К дополнительным положительным факторам биологической обратной связи следует отнести повышение самооценки за счет реальных достижений больных в саморегуляции. Кроме того, положительный эффект курса использования эмолентов способствует повышению мотивации к лечению.

Анализ эффективности проводимой терапии показал, что терапевтический эффект более достоверно выражен в группе IВ, в которой применялась комплексная методика лечения, по сравнению с группой IА.

**ВЫВОДЫ**

1. В ходе проведенного исследования выявлено, что у пациентов с хронической экземой с нарушением обмена веществ (IА и IВ группы), отмечалось более тяжелое течение заболевания за счет большей интенсивности эритемы, инфильтрации и шелушения, большей распространенности процесса по сравнению с больными II группы (больные хронической экземой с нормальным обменом веществ). Средний показатель индекса SCORAD в IА группе составлял - 29,31±1,7, в IВ группе – 30,1±1,47 и во II группе – 24,12±2,05 (р<0,05).

2. В группе пациентов с хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ отмечалось нарушения в биохимических анализах крови: небольшим нарушение белоксинтезирующей функции печени с уменьшением показателя общего белка; мезенхимально-воспалительный синдром с увеличением показателя тимоловой пробы; нарушение липидного обмена с явлениями дислипопротеидемии - увеличением содержания общего холестерина (более 6,2 ммоль/л), ЛПНП (более 5,4 мкмоль/л), триглицеридов (более 2,7 мкмоль/л), уменьшением содержания ЛПВП (ниже 1,04 мкмоль/л). Расстройства качества жизни имели высшие баллы в IА и IВ группах - 15,88±1,13 и 16,9±1,12 соответственно; во II группе – (13,12±0,96) баллов (р<0,05).

3. У больных хронической экземой установлены психоэмоциональные расстройства, которые были достоверно выше у пациентов с хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ и составляли: показатель депрессии – (IВ - 29,2±0,91; IА - 28,9±0,31) баллов, личностной тревожности – (IВ - 55,37±0,36; IA - 54,31±0,39) баллов; реактивной тревожности – (IВ -48,89±0,69; IA - 48,34±0,77) баллов; при этом у больных хронической экземой с нормальным обменом веществ имели значение (18,3±0,67) баллов, (45,82±0,87) баллов, (41,14±0,91) баллов соответственно.

4. Доказано, что разработанные и внедренные алгоритмы комплексной терапии при отсутствии осложнений и нежелательных эффектов позволили получить выраженный терапевтический эффект и способствовали более быстрому регрессу клинических проявлений хронической экземы по сравнению со стандартным лечением на 30 день от исходного значения у 75,6% в группе больных IB, получавших комплексную терапию, по сравнению с пациентами группы IА, получавших только традиционную терапию (59,2%); (р<0,05) предотвратить дальнейшее прогрессирование дерматоза и этим уменьшить проявления тревожно-депрессивных расстройств, улучшить показатели пищевого поведения, уменьшить напряжение компенсаторных механизмов, улучшить качество жизни.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Больным хронической экземой рекомендуется дополнить диагностическую программу определением уровней депрессии, тревожности, качества жизни, расстройств поведения с целью оценки психоэмоциональных нарушений и в качестве критериев эффективности лечения.

2. Больным хронической экземой рекомендуется дополнить диагностическую программу определением основных параметров вегетативной регуляции сердечной деятельности с целью оценки адаптационных возможностей организма и в качестве критериев эффективности лечения.

3. С целью повышения эффективности лечения больных хронической экземой с целью снижения проявлений экземы и нарушений психо-эмоционального состояния на фоне стандартной терапии рекомендуется применять курс лечения c применением урсодезоксихолевой кислоты, темгиколурила и эмолентов.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**

1. Современные представления о клинико-патогенетическом течении экземы [Текст] / [А. Д. Салякаева] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2020. – Т. 20, № 9. – С. 125-130 ;То же [Электронный ресурс].- [Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44310528>
2. Роль метаболических нарушений у больных хронической экземой [Текст] / [А.Д. Салякаева] // Вестник КРСУ. 2021. Т. 21. № 9. С. 105-108 ;То же [Электронный ресурс].-[ Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46686250>
3. Основные принципы лечения истинной экземы [Текст] / [А.Д. Салякаева, А.А. Койбагарова] // Вестник КРСУ. 2022. Т. 22. № 1. С. 83-88 ;То же [Электронный ресурс].- [Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48164447>
4. Обострение экземы у медицинских работников во время Ковид-19 [Текст] / [А. Д. Салякаева, А. А. Койбагарова] // Тенденции развития науки и образования. – 2022. – № 82-4. – С. 37-39 ; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48071114>
5. Влияние соматической патологии на развитие и течение микробной экземы [Текст]/ А. Д. [Салякаева, А. А. Койбагарова] // Тенденции развития науки и образования. – 2022. – № 82-4. – С. 34-37; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48071113>
6. Изменение микробиома кожи при истинной экземе [Текст] / [А. Д. Салякаева] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. – Т. 22, № 1. – С. 79-82; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48164446>
7. Актуальность применения эмолентов в лечении хронической экземы [Текст] / [А. Д. Салякаева, А. А. Койбагарова, М. В. Чуракаев] // Лечебное дело. – 2022. – № 2. – С. 118-123 ;То же [Электронный ресурс].- [Режим доступа]<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49516748>
8. Ковид-19 и последствия ношения масок [Текст] / [А. Т. Шакирова, А. А. Койбагарова, А. Д. Салякаева] // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2022. – № 6. – С. 146-149 ; То же [Электронный ресурс]. - [Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50166519>
9. Использование продукции “Дюкрэ” в лечении псориаза и себорейного дерматита [Текст] / [А. А. Койбагарова, Д. Ч. Курбанова, А. Д. Салякаева [и др.]] // Национальная Ассоциация Ученых. – 2023. – № 86-2. – С. 18-21 ; То же [Электронный ресурс] .- [Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50250567>
10. Глюкокортикостероиды в местном лечении экземы [Текст] / [А. Т. Шакирова, А. Д. Салякаева, А. А. Койбагарова] // Евразийский союз ученых. Серия: медицинские, биологические и химические науки. – 2022. – № 7(100). – С. 32-35 ; То же [Электронный ресурс].- [Режим доступа] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50757151>

**Салякаева Анастасия Дмитриевнанын 14.02.10 – Тери жана венерологиялык оорулар адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын алуу үчүн «Өнөкөт экземаны комплекстүү терапияны жакшыртууга клиникалык-патогенетикалык мамиле» деген темадагы диссертациясынын**

**КОРУТУНДУСУ**

**Негизги сөздөр:** экзема, этиологиясы, патогенези, диагностикасы, жашоо сапатынын дерматологиялык индексин жогорулатуу, жумшартуучу заттар, урсодезоксихолий кислотасы, дарылоо.

**Изилдөөнүн максаты:** физиологиялык маркерлерди жана организмдин адаптациялык мүмкүнчүлүктөрүн, ошондой эле биохимиялык көрсөткүчтөрдү эске алуу менен жумшартуучу терапиянын комплекстүү ыкмасын иштеп чыгуу аркылуу өнөкөт экземасы бар бейтаптарды дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатуу.

**Изилдөөнүн объектиси:** өнөкөт экзема менен ооруган бейтаптар.

**Изилдөөнүн предмети:** экземаны комплекстүү дарылоонун клиникалык жана биохимиялык натыйжалуулугун баалоо.

**Изилдөө методдору:** проспективдик, клиникалык, биохимиялык, психофизиологиялык, статистикалык.

**Алынган натыйжалар жана алардын жанылыгы.** Зат алмашуунун бузулушунун белгилери менен өнөкөт экземасы бар бейтаптар үчүн терапия биринчи кезекте урсодезоксихолий кислотасы, темгиколурил, жумшартуучу каражаттар сыяктуу универсалдуу каражаттарды колдонууга багытталып, комплекстүү дарылоонун ажырагыс бөлүгү болуп калууга тийиш. Биологиялык кайра байланыш принцибине негизделген терапия организмдин иштешинин ар кандай физиологиялык параметрлерине ылайык бул максаттар үчүн оптималдуу.

**Колдонуу чөйрөсү:** дерматовенерология.

**РЕЗЮМЕ**

**диссертации Салякаевой Анастасии Дмитриевны на тему: «Клинико-патогенетический подход в совершенствовании комплексной терапии хронической экземы» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.10 – кожные и венерические болезни**

**Ключевые слова:** экзема, этиология, патогенез, диагностика, повышение дерматологического индекса качества жизни, эмоленты, урсодезоксихолевая кислота, лечение.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения больных хронической экземой с путем разработки комплексной методики терапии эмолентами с учетом физиологических маркеров и адаптационных возможностей организма, а также биохимических показателей.

**Объект исследования:** пациенты, страдающие хронической экземой.

**Предмет исследования:** оценка клинико-биохимической эффективности комбинированного лечения экземы.

**Методы исследования:** проспективный, клинический, биохимический, психофизиологический, статистический.

**Полученные результаты и их новизна.** Терапия пациентов с хронической экземой с признаками нарушения обмена веществ, прежде всего должна быть направлена на использование универсальных средств, таких как урсодезоксихолиевая кислота, темгиколурил, эмоленты и стать неотъемлемой составляющей комплексного лечения. Терапия, в основе которой лежит принцип биологической обратной связи, по разным физиологическим параметрам функционирования организма оптимально подходит для этих целей.

**Область применения:** дерматовенерология.

**SUMMARY**

**dissertation of Salyakaeva Anastasia Dmitrievna on the topic: "Clinical and pathogenetic approach to improving the complex therapy of chronic eczema" for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.02.10 - skin and venereal diseases**

**Key words:** eczema, etiology, pathogenesis, diagnostics, increasing the dermatological index of quality of life, emollients, ursodeoxycholic acid, treatment.

**The aim of the study:** to increase the effectiveness of treatment of patients with chronic eczema by developing a comprehensive method of emollient therapy taking into account physiological markers and the adaptive capabilities of the body, as well as biochemical indicators.

**Object of study:** patients suffering from chronic eczema.

**Subject of the study:** evaluation of the clinical and biochemical effectiveness of combined treatment of eczema.

**Research methods:** prospective, clinical, biochemical, psychophysiological, statistical.

**The results obtained and their novelty.** Therapy of patients with chronic eczema with signs of metabolic disorders should primarily be aimed at the use of universal agents such as ursodeoxycholic acid, temgicoluril, emollients and become an integral part of complex treatment. Therapy based on the principle of biofeedback is optimally suited for these purposes according to various physiological parameters of the body's functioning.

**Field of application:** dermatovenereology.