

Л.А. Болотная

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Терапевтическая коррекция эндогенной интоксикации у больных хроническими воспалительными дерматозами

Изучены биохимические показатели эндогенной интоксикации у 30 больных обычным псориазом, 12 пациентов с аллергическим контактным дерматитом и 18 больных хронической экземой. Подтверждено, что в формировании хронических дерматозов важную роль играет эндогенная интоксикация, которая проявляется существенным повышением в крови уровня молекул средней массы, активацией процессов перекисного окисления липидов, угнетением активности ферментов биотрансформации, изменением белкового спектра крови и повышением уровня печеночных трансаминаз. Проанализирована эффективность препарата «Детоксил» в комплексном лечении хронических дерматозов.

Ключевые слова

Эндогенная интоксикация, псориаз, аллергический контактный дерматит, хроническая экзема, лечение, «Детоксил», эффективность.

Изучению гомеостаза организма человека как сложного комплекса физиологических реакций, поддерживающих постоянство внутренней среды, придается большое значение. Любое вмешательство в гомеостаз влечет за собой изменение его биологического состояния, поэтому многие заболевания являются следствием расстройств функций, отвечающих за приспособление организма к условиям жизни.

Среди множества причин, вызывающих изменение гомеостаза, одно из главных мест занимает эндогенная интоксикация (ЭИ). Это сложный многокомпонентный процесс, обусловленный патологической активностью каких-либо эндогенных продуктов или дисфункцией систем естественной детоксикации и биотрансформации. Согласно современным представлениям, ЭИ связана с накоплением в тканях и биологических жидкостях организма метаболитов нормального или патологического обмена веществ, продуктов жизнедеятельности бактерий, большой антигенной нагрузкой. Выделяют три основных фактора развития ЭИ: биохимический, иммунологический и микробиологический, которые по приоритетности могут занимать разное положение и определять характер

метаболических нарушений при той или иной патологии [5].

Многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями установлено, что состояние ЭИ возникает при различных заболеваниях и не имеет специфических признаков [3]. В зарубежной литературе этой проблеме уделяется недостаточное внимание, однако продолжающиеся исследования отечественных авторов дополняют существующие представления новыми фактами. В последние годы открыты гены детоксикации человека, новые механизмы ступенчатого протеолиза и биотрансформации, белки кожи, обладающие противомикробным действием, суперантигены и др. Особый интерес представляет изучение ЭИ при состояниях, не являющихся угрозой для жизни больного, но значительно ухудшающих ее качество.

К таким состояниям можно отнести и хронические дерматозы, при которых клинические проявления ЭИ нечетко выражены по сравнению с острыми процессами (сепсис, травмы, ожоги). В литературе представлены результаты изучения механизмов формирования ЭИ при некоторых кожных заболеваниях, свидетельствующие о нарушениях детоксикации в орга-

низме больных [1, 2, 10, 12]. При этом важное значение имеют нарушения детоксицирующей функции печени. Поражения гепатобилиарной системы при хронических рецидивирующих дерматозах занимают существенное место в семиотике органопатий, так как именно печень представляет собой центральный орган химического гомеостаза, где создается единый обменный и энергетический пул для метаболизма жиров и углеводов [6]. Кроме того, печень участвует в синтезе некоторых ферментов, витаминов, принимает непосредственное участие в водном, минеральном и пигментном обмене.

Сегодня определена концепция, согласно которой развитие дерматозов обусловлено стереотипными реакциями как местного, так и системного (организменного) характера и связано с формированием и персистенцией процесса ЭИ. Зарубежные авторы подтверждают эффекты ЭИ только в развитии синдрома системного воспалительного ответа при псориазе [11]. Меньше внимания уделяется выявлению скрытых, транзиторных токсемий, которые оказывают углубляющее действие на течение основного патологического процесса. Дополнительным подтверждением влияния ЭИ на течение хронических дерматозов является позитивное действие различных видов детоксикации (энтеросорбция, лимфосорбция и плазмаферез) [2, 8, 9].

Маркерами ЭИ считается множество показателей и интегральных параметров гомеостаза: билирубин, трансаминазы, протеазы и их ингибиторы, малоновый диальдегид (МД), фибриноген, церулоплазмин, С-реактивный белок (СРБ), общий белок и показатели протеинограммы, характеристики иммунитета и др. Эти параметры имеют значение только в комплексе с другими критериями, основываясь лишь на одном из них, нельзя адекватно оценить степень интоксикации. В настоящее время развитие ЭИ связывается с приоритетной ролью в оценке токсичности внутренней среды организма молекул средней массы (МСМ) — класса соединений с молекулярной массой до 5000Д (небелковые производные различной природы и олигопептиды) [4].

На наш взгляд, своевременное выявление ЭИ и ее адекватная коррекция позволят в ряде случаев предупредить развитие системного воспалительного ответа при иммуноопосредованных дерматозах, избежать его негативных последствий и хронизации патологического процесса.

Цель работы — оценить клинико-лабораторную эффективность препарата «Детоксил» в комплексном лечении больных псориазом, аллергическим контактным дерматитом (АКД) и

хронической экземой на основании изучения в динамике показателей ЭИ.

Материалы и методы

Обследовано 60 пациентов в возрасте от 25 до 68 лет (31 мужчина и 29 женщин) с различными дерматозами в стадии обострения: 30 — с обычным псориазом, 12 — с АКД, 18 — с хронической экземой. 22 больных страдали распространенной формой дерматоза, 38 — ограниченной (менее 10 % площади кожи). Продолжительность заболевания составила от 8 мес до 14 лет. В исследование не включали лиц с сопутствующими тяжелыми соматическими заболеваниями, которые могли бы повлиять на результаты.

В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на две группы. В I группу вошли 28 больных, которые получали традиционное лечение (при псориазе — противовоспалительные и седативные средства, при АКД и экземе — антигистаминные препараты, средства десенсибилизирующего действия, наружное лечение в зависимости от стадии заболевания). II группу составили 32 больных (со стационарной или подострой стадией дерматоза), в традиционную терапию которых включали «Детоксил» по 1–2 табл. в сутки после еды в течение 1 мес.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц соответствующего пола и возраста.

Степень ЭИ оценивали на основании определения в плазме крови уровня МСМ [7], ДК и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), содержания белка и белковых фракций, активности ферментов аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), глутатионтрансферазы биохимическими методами [3]. Уровень СРБ исследовали с помощью коммерческого набора ИФА-БЕСТ (Россия).

Статическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel 98 и Biostat для Windows 95. Сравнение показателей основной группы и группы контроля проводили с использованием параметрических методов, достоверность различий определяли по непарному t-критерию Стьюдента, статистически значимым считали значение $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Содержание МСМ в плазме крови у всех больных достоверно превышало показатель контрольной группы (табл. 1), при этом наибольшее повышение выявлено при псориазе ($p < 0,01$), менее выраженное — при АКД. Отличалось от рассчитанных в контрольной группе содержание МД и

Таблиця 1. Показатели эндогенной интоксикации крови у больных хроническими дерматозами (M ± m)

Показатель	Больные хроническими дерматозами			Контрольная группа (n = 30)
	Псориаз (n = 30)	АКД (n = 12)	Хроническая экзема (n = 18)	
МСМ, усл. ед.	18,82 ± 0,69**	15,25 ± 0,54*	17,43 ± 0,61*	10,03 ± 0,25
ДК, ммоль/л	78,43 ± 7,12*	73,15 ± 7,25*	82,02 ± 6,44*	54,12 ± 4,26
ЦИК, усл. ед.	98,60 ± 8,04*	109,31 ± 9,20*	143,26 ± 10,74**	76,35 ± 6,41
Общий белок, г/л	83,8 ± 8,2*	71,6 ± 8,4	64,7 ± 7,6	65,2 ± 5,3
альбумины, г/л	34,38 ± 3,11	43,13 ± 3,59	27,81 ± 2,10*	37,54 ± 3,18
глобулины, г/л	49,26 ± 4,34*	28,56 ± 2,34	37,51 ± 3,52	28,17 ± 2,24
СРБ, мг/л	5,87 ± 0,60**	2,65 ± 0,59*	2,68 ± 0,41*	0,72 ± 0,05
АЛАТ, Ед/л	15,40 ± 1,18	27,61 ± 1,85*	20,46 ± 1,50	16,35 ± 1,46
АсАТ, Ед/л	22,37 ± 1,79	32,83 ± 2,14*	24,58 ± 1,73	20,34 ± 1,52
ЩФ, Ед/л	63,1 ± 4,5	70,7 ± 5,2	77,6 ± 5,3*	65,4 ± 3,2*
ГТФ, мкмоль/г Нв/мин	6,59 ± 0,52**	8,12 ± 0,75*	6,28 ± 0,63**	10,35 ± 0,47**

Примечание. Отличия достоверны между показателями у больных и лиц контрольной группы: * p < 0,05; ** p < 0,01.

ЦИК у всех пациентов. Наибольшая интенсификация перекисного окисления липидов (ПОЛ) и концентрация ЦИК при хронической экземе, отмечено увеличение показателей соответственно в 1,5 и 1,9 раза по сравнению с аналогичными в контрольной группе. Содержание общего белка не отличалось от нормы у пациентов с АКД и хронической экземой, было незначительно увеличенным при обычном псориазе (p < 0,05). Результаты определения белковых фракций показали уменьшение содержания альбуминов у пациентов с хронической экземой и достоверное повышение суммарного уровня глобулинов (особенно γ-глобулина) у больных псориазом. Снижение концентрации альбумина и, вероятно, его связывающей способности при экземе определяет нарушение процессов детоксикации. Как известно, дисбаланс параметров белкового обмена характеризует метаболические нарушения в случае развития и прогрессирования хронических дерматозов. Сравнительный анализ содержания СРБ в сыворотке крови показал повышение в 2,2 раза при псориазе относительно такового при хронической экземе и АКД. Значения трансаминаз и ЩФ при псориазе не отличались от показателей в контрольной группе, ГТФ понижалось (p < 0,01). У больных АКД отмечено достоверное повышение уровня АЛАТ и АсАТ и снижение ГТФ (p < 0,05), хронической экземой — незначительное увеличение в крови содержания ЩФ (p < 0,05) и наибольшее снижение активности ГТФ относительно других дерматозов.

Полученные результаты свидетельствуют об ЭИ у всех больных, более выраженной при псо-

риазе и хронической экземе, что подтверждается значительно повышенным содержанием универсального биохимического маркера — МСМ, которые могут обуславливать развитие эндотоксемии. Пониженная активность в плазме крови больных фермента биотрансформации ГТФ указывает на напряжение системы детоксикации при хронических дерматозах. Вероятно, аллергены, продукты обмена или токсины воздействуют непосредственно на фермент, тем самым его инактивируют, что приводит к нарушениям процессов биотрансформации. Увеличение количества ЦИК при изучаемых дерматозах свидетельствует о напряженности гуморальных реакций, особенно при хронической экземе. Существует мнение о том, что суммарный уровень МСМ прежде всего отражает степень патологического белкового метаболизма и коррелирует с основными клиническими и лабораторными прогностическими критериями обменных нарушений.

Изменение уровня общего белка и фракций, активности трансаминаз, ЩФ и ГТФ указывает не только на ЭИ при дерматозах, но и нарушения гепатобилиарной системы с развитием воспаления печеночной ткани. Также следует иметь в виду, что в патогенезе изучаемых дерматозов и самых различных заболеваний печени важную роль играют иммунологические сдвиги. Многие исследователи подчеркивают, что у 40–75 % больных хроническими дерматозами регистрируются изменения функционального состояния внутренних органов, в том числе гепатобилиарной системы, проявляющиеся нарушением син-

тетической функции печени, повышением проницаемости мембран гепатоцитов, коррелирующие с тяжестью клинических проявлений [2, 6]. Повышение уровня СРБ, общего белка и глобулинов при псориазе, возможно, связано с формированием преимущественно иммуновоспалительного синдрома, увеличения ЩФ, снижение уровня альбумина при экземе — холестатического синдрома, повышение активности АсАТ, АлАТ при АКД — цитолитического синдрома.

Мы считаем, что формирование ЭИ обусловлено особенностями сложного патогенеза хронических дерматозов. ЭИ, сопровождая псориаз, АКД или хроническую экзему, может возникать вследствие сочетания нескольких факторов: усиленного образования продуктов тканевого распада с последующей их резорбцией в результате смещения обмена веществ в сторону катаболизма и накопления в организме большого количества вторичных метаболитов; при подавлении функциональной активности систем естественной детоксикации; из-за нарушения процессов элиминации из организма конечных продуктов метаболизма. В результате исследования выявлено, что некоторые биохимические показатели могут дополнять характеристику ЭИ: при таком гиперпролиферативном дерматозе, как псориаз — умеренное активирование ПОЛ, повышение уровня ЦИК, общего белка и глобулинов, СРБ, снижение активности ГТФ; при алергодерматозах — усиление ПОЛ и ослабление активности ГТФ, повышение ЦИК (при АКД и хронической экземе), снижение уровня альбумина и повышение ЩФ (при хронической экземе), усиление активности трансаминаз (при АКД). Состояние ЭИ, сопровождая различные виды метаболических нарушений, может выступать как фактор, способствующий более тяжелому течению, частому рецидивированию заболеваний. Рядом исследований показано, что тяжелое течение и хронизация патологических состояний могут быть ассоциированы с накоплением в крови своевременно не элиминированных конечных и промежуточных продуктов обмена. Имеются данные о том, что циркулирующие в крови эндотоксины способны блокировать рецепторный аппарат клетки и приводить к фармакорезистентности, чем, возможно, определяется фармакоустойчивость заболеваний, в том числе и дерматозов.

Многообразие нарушений, приводящих к формированию ЭИ при хронических дерматозах, существенно усложняет задачу терапевтической коррекции и требует применения средств широкого спектра действия. В комплексной терапии больных II группы использован препарат

«Детоксил» (Vitabiotics Ltd.), оказывающий не только положительное действие на функцию печени, желчевыводящих путей и желчного пузыря, но и обладающий детоксицирующим эффектом. Препарат содержит растительные экстракты — артишока, одуванчика лекарственного, витамины-антиоксиданты (А, Е, С), витамины группы В (В₁, В₂, В₆, В₁₂, пантотеновая кислота, ниацин), витамины D и H, аминокислоты (L-метионин, N-ацетилцистеин), макро- и микроэлементы (магний, цинк, железо, марганец), эссенциальные фосфолипиды (фосфатидилхолин).

Использование в терапии больных препарата «Детоксил» способствовало более быстрому регрессу субъективных (зуд, жжение) и объективных проявлений дерматозов (эритемы, инфильтрации, лихенификации, шелушения), а также улучшению общего состояния больных по сравнению с пациентами, получавшими традиционную терапию. Препарат хорошо переносили все пациенты.

Результаты исследования лабораторных показателей после терапии у больных I и II групп представлены в табл. 2. После лечения во II группе отмечена положительная динамика основных показателей ЭИ — достоверное снижение уровня МСМ и повышение активности ГТФ, однако содержание МСМ нормализовалось только при АКД, ГТФ — при псориазе и АКД. Уровень МСМ незначительно понижался, активность ГТФ возрастала и у пациентов I группы, однако достоверно отличались от аналогичных у больных, получавших «Детоксил». Другие биохимические параметры также изменялись под влиянием терапии.

Так, у пациентов II группы отмечена нормализация уровня ДК при всех дерматозах, ЦИК — при псориазе и АКД, тогда как при традиционной терапии содержание вторичного продукта ПОЛ незначительно увеличилось при хронической экземе, ЦИК — при АКД. Уровень общего белка превышал значение лиц контрольной группы только у больных псориазом, получавших традиционное лечение. Содержание СРБ более значимо (в 1,8–2,7 раза) понизилось у больных, дополнительно принимавших «Детоксил», однако показатель нормализовался только при АКД. Значение трансаминаз и ЩФ у всех пациентов после лечения (независимо от метода) не отличались от таковых у практически здоровых лиц, кроме пациентов с АКД, получавших традиционную терапию.

Таким образом, введение в традиционную терапию препарата «Детоксил» у больных псориазом, АКД и хронической экземой повышает эффективность и комплаентность комплексного лечения. Гепатопротекторное действие проявля-

Таблиця 2. Показатели эндогенной интоксикации крови у больных хроническими дерматозами после лечения различными методами (M ± m)

Показатель	Больные дерматозами			Контрольная группа (n = 30)
	Псориаз (n = 14)/(n = 16)	АКД (n = 6)/(n = 6)	Хроническая экзема (n = 8)/(n = 10)	
МСМ, усл. ед.	$\frac{16,32 \pm 0,53^*}{13,15 \pm 0,40^*}$	$\frac{13,37 \pm 0,45^*}{10,22 \pm 0,31}$	$\frac{16,28 \pm 0,63^*}{12,07 \pm 0,42^*}$	10,03 ± 0,25
ДК, ммоль/л	$\frac{74,56 \pm 7,37^*}{55,83 \pm 5,26}$	$\frac{69,12 \pm 6,70^*}{58,31 \pm 5,46}$	$\frac{84,16 \pm 6,51^*}{61,46 \pm 6,32}$	54,12 ± 4,26
ЦИК, усл. ед.	$\frac{84,07 \pm 7,49}{78,60 \pm 7,45}$	$\frac{120,05 \pm 9,27^*}{69,12 \pm 7,67}$	$\frac{122,35 \pm 10,61^{**}}{104,15 \pm 9,32^*}$	76,35 ± 6,41
Общий белок, г/л	$\frac{81,4 \pm 8,6^*}{75,6 \pm 7,7}$	$\frac{71,84 \pm 8,6}{70,28 \pm 7,6}$	$\frac{66,31 \pm 7,8}{67,24 \pm 7,7}$	65,2 ± 5,3
Альбумины, г/л	$\frac{33,56 \pm 3,23}{37,1 \pm 3,78}$	$\frac{43,45 \pm 3,77}{40,78 \pm 3,62}$	$\frac{25,48 \pm 2,23^*}{35,79 \pm 3,28}$	37,54 ± 3,18
Глобулины, г/л	$\frac{46,74 \pm 4,28^*}{37,11 \pm 4,15}$	$\frac{28,35 \pm 2,67}{29,05 \pm 2,75}$	$\frac{39,82 \pm 3,58}{29,62 \pm 3,60}$	28,17 ± 2,24
СРБ, мг/л	$\frac{5,12 \pm 0,69^{**}}{2,06 \pm 0,63^*}$	$\frac{1,86 \pm 0,48^*}{0,98 \pm 0,22}$	$\frac{2,19 \pm 0,45^*}{1,47 \pm 0,34^*}$	0,72 ± 0,05
АлАТ, Ед/л	$\frac{15,49 \pm 1,21}{15,67 \pm 1,30}$	$\frac{26,54 \pm 1,90^*}{22,82 \pm 1,83}$	$\frac{21,05 \pm 1,52}{18,43 \pm 1,58}$	16,35 ± 1,46
АсАТ, Ед/л	$\frac{21,81 \pm 1,81}{22,44 \pm 1,84}$	$\frac{30,46 \pm 2,21^*}{22,58 \pm 2,44}$	$\frac{22,15 \pm 1,66}{20,39 \pm 1,80}$	20,34 ± 1,52
ЩФ, Ед/л	$\frac{62,3 \pm 4,2}{64,7 \pm 4,4}$	$\frac{68,1 \pm 5,4}{66,8 \pm 4,9}$	$\frac{72,1 \pm 5,3}{68,2 \pm 4,9}$	65,4 ± 3,2
ГТФ, мкмоль/г Нв/мин	$\frac{6,24 \pm 0,58^*}{10,01 \pm 0,63}$	$\frac{8,67 \pm 0,81^*}{9,84 \pm 0,86}$	$\frac{7,34 \pm 0,67^{**}}{9,01 \pm 0,72^*}$	10,35 ± 0,47

Примечание. В числителе представлены показатели больных I группы, в знаменателе — II группы; отличия между показателями у больных после лечения и лиц контрольной группы достоверны: *p < 0,05; **p < 0,01.

ется нормализацией уровня трансаминаз, ЩФ и ГТФ, противовоспалительное — снижением содержания СРБ, детоксицирующее — уменьшением или нормализацией МСМ, ЦИК, активности ГТФ, антиоксидантное — нормализацией уровня ДК после лечения. В результате улучшения детоксикационной функции организма у пациентов после лечения отмечено разрешение клинических проявлений дерматозов в более короткие сроки в сравнении с больными, которым проводилась традиционная терапия.

Выводы

1. Состояние ЭИ у больных хроническими дерматозами характеризуется накоплением в крови продуктов нарушенного метаболизма, активацией

ПОЛ, изменением функционирования системы биотрансформации, дисфункцией транспортных систем детоксикации, выраженной в различной степени при псориазе, АКД и хронической экземе.

2. Биохимические показатели ЭИ указывают на роль нарушений гепатобилиарной системы в течении хронических дерматозов.

3. Включение в комплексную терапию больных псориазом, АКД и хронической экземой препарата «Детоксил» способствует более быстрому регрессу клинических проявлений заболеваний, а также уменьшению или нормализации в крови содержания МСМ, МД, ЦИК, общего белка и фракций, активности трансаминаз, ЩФ и ГТФ.

Список літератури

1. Барабанов А.Л., Мельнова Н.И., Гапанович В.Н. Роль и возможности коррекции эндогенной интоксикации при экземе // *Здравоохранение*.— 2005.— № 4.— С. 19–21.
2. Денисенко О.И. Патогенетична роль стану ендогенної інтоксикації у хворих на алергодерматози // *Дерматол., венерол.*— 2004.— № 1 (23).— С. 31–34.
3. Камышников В.С. Клинические лабораторные тесты от А до Я и их диагностические профили.— М.: МЕДпресс-информ, 2007.— 320 с.
4. Карякина Е.В., Белова С.В. Молекулы средней массы как интегральный показатель метаболических нарушений (обзор литературы) // *Клин. лабор. диагностика*.— 2004.— № 3.— С. 3–8.
5. Копытова Т.В. Молекулы средней массы как субстрат эндогенной интоксикации при тяжелых дерматозах // *Усп. совр. естествознания*.— 2006.— № 9.— С. 7–10.
6. Матусевич О.Л., Медведева И.В. Возможности использования адеметионина в терапии больных псориазом с патологией органов гепатобилиарной системы // *Вестн. дерматол., венерол.*— 2010.— № 6.— С. 77–82.
7. Николайчик В.В., Кирковский В.В., Моин В.М. «Средние молекулы»: образование и способы определения // *Лабор. дело*.— 1989.— № 8.— С. 31–33.
8. Прохоров Д.В., Притуло О.А. Комплексная терапия больных микробной экземой с учетом синдрома эндогенной интоксикации // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.*— 2002.— № 3 (6).— С. 32–24.
9. Химкина Л.Н., Добротина Н.А., Копытова Т.В. Значение эндогенной интоксикации при хронических дерматозах. Методы коррекции // *Вестн. дерматол., венерол.*— 2001.— № 5.— С. 40–43.
10. Щелчкова Н.А. Значение липидов крови в характеристике степени эндогенной интоксикации при хронических дерматозах // *Вестн. Нижегородск. ун-та им. Н.И. Лобачевского*.— 2010.— № 2 (2).— С. 602–606.
11. Bone R.S. Toward a theory regarding the pathogenesis of the systemic inflammatory response syndrome: what we do and not know about endogenous intoxication? // *Crit. Care Med.*— 2006.— Vol. 24, N 1.— P. 163–172.
12. Mabuchi H., Nakahashi H. Medium-sized peptides in the blood of patients with psoriasis // *J. Invest. Dermatol.*— 2001.— Vol. 121, N 4.— P. 232–237.

Л.А. Болотна

Харківська медична академія післядипломної освіти

Терапевтична корекція ендогенної інтоксикації у хворих на хронічні запальні дерматози

Вивчено біохімічні показники ендогенної інтоксикації у 30 хворих на звичайний псориаз, 12 пацієнтів з алергійним контактним дерматитом та 18 хворих на хронічну екзему. Підтверджено, що у формуванні хронічних дерматозів важливу роль відіграє ендогенна інтоксикація, яка виявляється істотним підвищенням у крові молекул середньої маси, активацією процесів перекисного окиснення ліпідів, пригніченням активності ферментів біотрансформації, змінами білкового спектра крові та підвищенням рівня печінкових трансаміназ. Проаналізовано ефективність препарату «Детоксил» у комплексному лікуванні хронічних дерматозів.

Ключові слова: ендогенна інтоксикація, псориаз, алергійний контактний дерматит, хронічна екзема, лікування, «Детоксил», ефективність.

L.A. Bolotna

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Therapeutic correction of endogenous intoxication in patients with chronic inflammatory dermatoses

Biochemical parameters of endogenous intoxication in 30 psoriasis vulgaris patients, 12 patients with allergic contact dermatitis and 18 patients with chronic eczema have been studied. It was confirmed that an important role in the formation of chronic dermatoses is performed by endogenous intoxication, manifested by a significant increase in blood levels of average weight molecules, activation of lipid peroxidation, inhibition of enzyme activity of biotransformation, change of protein spectrum of blood and increased levels of hepatic transaminases. «Detoxil» efficacy in complex treatment of chronic dermatoses was analyzed.

Key words: endogenous intoxication, psoriasis, allergic contact dermatitis, chronic eczema, therapy, «Detoxil», efficiency. □

Дані про автора:

Болотна Людмила Анатоліївна, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти
61176, м. Харків, вул. Корчагинців, 58. Тел. (057) 751-12-90
E-mail: bolotnaya1@rambler.ru