

УДК 616.521-085.262: 616-097.1

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА В ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫА.В. Некипелова¹, Г.Б. Калатушкина², А.Д. Юцковский³¹ Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения (680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9),² Краевая клиническая больница № 1 (680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9),³ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)**Ключевые слова:** ксизал, HLA-антигены.**THE EXPERIENCE OF USE EXPERIENCE OF LEVOCETIRIZIN IN THE ECZEMA THERAPY**A.V. Nekipelova¹, G.B. Kalatushkina², A.D. Yutskovsky³¹ Institute of Postgraduate Education of the Health Care Specialists (9 Krasnodarskaya St. 680009 Khabarovsk Russian Federation), ² Regional Hospital № 1 (9 Krasnodarskaya St. 680009 Khabarovsk Russian Federation), ³ Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)**Summary.** The short article on the results of treatment by levocetirizine (xyzal) and HLA-typing of the 63 patients with eczema. The raised frequency of finding of antigens HLA A28, HLA B21 and HLA Cw2 is revealed and the frequency of finding of antigens HLA A1, HLA B13, HLA B16 and HLA B18 is decreased. Clinical efficiency of xyzal is registered in 93.7 % of follow-up: at 59 patients the remission or the condition improvement are shown.**Keywords:** xyzal, HLA-antigens.

Pacific Medical Journal, 2014, No. 3, p. 101.

Экзема – одно из самых распространенных кожных заболеваний (до 30–40 %), встречающееся с одинаковой частотой у представителей различных рас, у мужчин и женщин, возникающее как в раннем детском, так и в пожилом возрасте. Заболеваемость экземой колеблется от 6 до 15 на 1000 населения, ее пик приходится на 40 лет [2]. В комплексной терапии экземы используются антигистаминные препараты, симптоматическое и наружное (топические глюкокортикостероиды, эмоленды и др.) лечение [3]. Возникновение болезни во многом зависит от сочетания генетической предрасположенности, сенсибилизации к различным аллергенам и дополнительных неспецифических факторов, в т.ч. экологических [1, 5, 6].

Цель исследования – оценить эффективность терапии левоцетиризином (ксизалом) у больных экземой и связь заболевания с антигенами главного комплекса гистосовместимости (HLA).

Материал и методы. Обследованы 37 женщин и 26 мужчин в возрасте от 25 до 70 лет микробной (31), себорейной (13) и истинной (19) экземой. Тяжесть заболевания и распространенность поражения оценивались по шкале EASI (Eczema Area and Severity Index). Пациенты получали левоцетиризин (ксизал) в виде таблеток по 5 мг один раз в день в составе комплексной терапии в соответствии с существующими клиническими рекомендациями [3, 7]. Курс лечения при ограниченных формах экземы (площадь поражения 20–29 %) – от 7 до 14 дней, при распространенных (площадь поражения 30–39 %) – от 14 до 28 дней. Кроме

обычного клинико-лабораторного обследования, был проведен анализ антигенов HLA локусов A, B и C [4]. Лимфоциты периферической крови типировались при помощи реакции комплемент-зависимой цитотоксичности [8]. Контроль – 1600 доноров.

Результаты исследования. За время наблюдения и лечения при ограниченных формах экземы EASI снизился от 14 до 2,5 баллов, при распространенных формах – от 30 до 7,5 баллов. Клиническая эффективность ксизала достигала 93,7 %: ремиссия зарегистрирована в 17,5 % случаев (11 пациентов), значительное улучшение и улучшение отмечены в 46 и 30,2 %, соответственно (29 и 19 пациентов). У пациентов выявлена повышенная частота встречаемости антигенов HLA A28, HLA B21 и HLA Cw2 и снижена частота встречаемости антигенов HLA A1, HLA B13, HLA B16 и HLA B18.

Обсуждение полученных данных. Ксизал обладает выраженным противовоспалительным и противозудным действием и быстро подавляет манифестные проявления экземы. Ассоциативные связи между антигенами главного комплекса гистосовместимости у больных экземой в Хабаровском крае, возможно, объясняются региональными особенностями (преобладание случаев микробной экземы). Сложная экологическая обстановка региона может влиять на патоморфоз экземы, обусловленный наличием антигенных микробных детерминант в очагах хронической инфекции.

Литература

1. Адашкевич В. П., Козин В. Ф. Кожные и венерические болезни. М.: Мед. лит., 2006. 672 с.
2. Кубанова А. А., Скрипкин Ю. С., Акимов В. Г., Л. Ф. Знаменская. Экзема // Клиническая дерматовенерология / под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 2. С. 106–116.
3. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, и заболеваний кожи: протоколы ведения больных, лекарственные средства / под ред. А. А. Кубановой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. 448 с.
4. Некипелова А. В., Калатушкина Г. Б. HLA-антигены у больных экземой в Хабаровском крае // Доказательная медицина – основа современного здравоохранения: мат. IX Междунар. конгр. Хабаровск, 2010. С. 219–222.
5. Пальцев М. А., Потекаев Н. Н., Казанцева И. А., Кряжева С. С. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней: рук-во для врачей. М.: Медицина, 2006. 511 с.
6. Прохоренков В. И., Яковлева Т. А. Экзема. Красноярск: Офсет, 1994. 255 с.
7. Таха Т. В. Применение левоцетиризина в лечении зудящих дерматозов // РМЖ. 2009. Т. 17, № 6. С. 23–25.
8. Terasaki P., McClelland J. D. Microdroplet assay of human serum cytotoxins // Nature. 1964. Vol. 204. P. 998–1000.

Поступила в редакцию 14.04.2014.

Вниманию авторов!

Редакционная коллегия «Тихоокеанского медицинского журнала» обращает внимание на необходимость соблюдения при подготовке статей изложенных ниже правил.

Статья для раздела «оригинальные исследования» ТМЖ направляется в редакцию в пакете следующих документов:

1. Сопроводительное письмо;
2. Статья в 2 экземплярах;
3. Иллюстрации в 2 экземплярах или в электронном виде;
4. Пристатейный список литературы, оформленный по ГОСТ Р 7.0.5–2008, в 2 экземплярах;
5. Резюме на русском языке в 2 экземплярах;
6. Реферат для перевода на английский язык в 2 экземплярах;
7. Список авторов.

Сопроводительное письмо оформляется на бланке организации, где выполнялась работа, с круглой печатью и подписью руководителя учреждения*.

Статья (первый экземпляр) должна быть собственноручно подписана всеми авторами и иметь визу руководителя учреждения, где выполнена работа. Статья должна быть напечатана на одной стороне стандартного листа формата А4 с полуторным интервалом между строками (56–60 знаков в строке, включая знаки препинания и пробелы, 29–30 строк на странице). К статье прилагается файл набора, выполненного в общеупотребительном текстовом редакторе.

Оригинальная статья должна иметь следующие рубрики (IMRAD format):

«Введение», в котором кратко излагается современное состояние вопроса и обосновывается актуальность исследования;

«Материал и методы» с кратким описанием процедур получения результатов (в экспериментальных работах необходимо сослаться на «Правила проведения работ с использованием экспериментальных животных», указывать способы обезболивания и выведения животных из опыта). При статистической обработке данных необходимо указывать использованные методы и приводить наименования показателей;

«Результаты исследования», где приводится сжатое и обобщенное изложение конкретных результатов работы без их обсуждения;

«Обсуждение полученных данных» не должно повторять «результаты исследования», но представлять итоги их анализа с привлечением данных литературы. В конце «обсуждения» целесообразно суммировать основные положения или сформулировать выводы.

Объем оригинальных статей не должен превышать 8–10 страниц (за исключением иллюстраций, списка литературы, реферата и резюме). Объем обзорных и общетеоретических статей согласовывается с редакцией. В начале первой страницы указываются: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название учреждения (без сокращения), где выполнена работа, его полный почтовый адрес, а также ключевые слова (не более четырех).

Все цитаты, химические формулы, таблицы и дозировки препаратов, приводимые в статьях, должны быть тщательно выверены автором. Единицы измерения даются по системе СИ. Сокращение слов, имен и названий (кроме общепринятых) без расшифровки не допускается, количество аббревиатур, словосочетаний, наиболее часто встречающихся в тексте, с расшифровкой – не более четырех. Аббревиатуры приводятся в тексте работы при первом упоминании термина.

Иллюстрации (фотографии, рисунки, диаграммы, графики и др.) должны быть представлены в минимально необходимом количестве. К каждой диаграмме и графику даются цифры для их построения. Все иллюстрации должны быть обозначены в тексте в скобках с использованием сплошной нумерации. Если иллюстрации предоставляются в электронном виде, они должны быть приложены в виде отдельных файлов в формате TIFF или JPEG с минимальной компрессией в натуральную величину с разрешением 300 ppi (точек на дюйм). Если предоставляются оригиналы, фотографии должны быть черно-белыми, прямоугольными и контрастными, рисунки – четкими (цветные

иллюстрации предоставляются по согласованию с редакцией). На обороте второго экземпляра иллюстрации мягким карандашом указываются ее номер, фамилия первого автора, название статьи, обозначаются верх и низ. Подписи к иллюстрациям даются на отдельном листе в 2 экземплярах в порядке нумерации рисунков. В подписях к микрофотографиям указывают метод окраски и увеличение.

Таблицы должны быть наглядными, озаглавленными и пронумерованными, заголовки граф – соответствовать их содержанию, цифры, приведенные в таблицах, не должны повторяться в тексте. На все таблицы должны быть ссылки в тексте в скобках с использованием сплошной нумерации.

Библиографические ссылки в тексте приводятся в квадратных скобках, по номерам – в соответствии с пристатейным списком литературы. Библиография должна содержать как отечественные, так и иностранные работы за последние 10–15 лет. Лишь в случае необходимости допустимы ссылки на более ранние труды. В оригинальных статьях цитируются не более 15 источников. Авторы несут ответственность за правильность библиографических данных.

Пристатейный список литературы оформляется в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5–2008. Источники нумеруются и указываются в алфавитном порядке (сначала работы отечественных авторов, затем – иностранных) в оригинальной транскрипции. Работы отечественных авторов, опубликованные на иностранных языках, помещаются среди работ иностранных авторов, а работы иностранных авторов, опубликованные на русском языке, – среди работ отечественных авторов. При оформлении работ, опубликованных в Интернете, после библиографической записи указывается URL (Uniform Resource Locator) и дата последнего обращения (день-месяц-год)*.

Для системы международной идентификации русскоязычная часть списка литературы дублируется на английском языке, причем фамилии, имена, отчества авторов приводятся в транслитерации, названия работ и журналов (сборников) – в переводе на английский язык.

Резюме на русском языке должно иметь объем до 0,5 страницы (100–250 слов, по ГОСТ 7.9–95: не менее 10 строк, до 850 знаков, включая пробелы и знаки препинания). Реферат для перевода на английский язык должен кратко отражать основные положения работы в соответствии с IMRAD format (т.е. повторять структуру статьи). Требования к англоязычному реферату: объем до 1 страницы (до 1800 знаков вместе с заголовком, Ф.И.О. авторов, названием и адресом организации, ключевыми словами). Каждый раздел заголовочных, подзаголовочных данных и текста должен начинаться с красной строки*.

Список авторов статьи оформляется по схеме: фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность с указанием основного места работы (с почтовым индексом и адресом), рабочий телефон, адрес электронной почты. Отдельно необходимо выделить автора, с которым при необходимости редакция будет вести переписку.

Ставя свою подпись под статьей, автор тем самым передает неисключительные права на издание редакции. Автор гарантирует, что статья оригинальная; ни статья, ни рисунки к ней не были опубликованы в других журналах. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять рукописи. Корректур авторам не высылаются. Работы публикуются на безвозмездной основе. Авторский гонорар не выплачивается. Поступление статьи в редакцию подтверждает полное согласие автора с правилами журнала. Непринятые к опубликованию работы авторам не возвращаются.

Работы направлять по адресу:

690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2.

Владивостокский государственный медицинский университет, редакция «Тихоокеанского медицинского журнала»;
e-mail: medicinadv@mail.ru

* С детальными требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на официальном сайте журнала: www.tmj-vjgmu.ru