

# Диференційований підхід до діагностики та зовнішньої терапії екземи

Я. Ф. Кутасевич<sup>1</sup>, К. Є. Іщейкін<sup>2</sup>, І. В. Зюбан<sup>1</sup>, В. Ю. Мангушева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

<sup>2</sup> ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

## Резюме

У статті оптимізується диференційований підхід до діагностики та вдосконалюються методи зовнішньої терапії екземи. Під наглядом перебувало 30 хворих, що страждали на справжню та мікробну екзему. Хворі 1-ї групи були обстежені, отримували системну та зовнішню терапію, згідно з розробленим алгоритмом, з використанням двохетапної ступінчастої терапії. Перший етап полягав у використанні препарату фузидієвої кислоти у вигляді мазі або крему двічі на день упродовж 7 днів з наступним застосуванням топічного стероїду на кремовій основі відповідно до інструкції. Другий етап охоплював нанесення топічного стероїду на кремовій основі впродовж 7–10 днів відповідно до інструкції. Хворі 2-ї групи отримували традиційну системну терапію та використовували впродовж 14 днів комбінований препарат, що містить топічний стероїд і антибактеріальний компонент, у вигляді крему згідно з інструкцією. Після проведеної терапії, на 14-й день, відзначалося достовірне поліпшення суб'єктивних ознак і клінічних проявів, проте в 1-й групі дані показники були в середньому в 2,5 рази нижчі, ніж у групі порівняння. Варто зазначити, що в пацієнтів 1-ї групи відзначався регрес гострозапальних висипань, зменшилась площа вогнищ ураження на 2–3 дні раніше, ніж у групі порівняння. Повний регрес шкірного процесу в 1-й групі був відзначений на 9–11-й день, в 2-й групі – на 14–17-й день. Терапія хворих на екзему заснована на алгоритмі диференційованого призначення зовнішньої терапії відповідно до нозологічної форми дерматозу, характеру клінічних проявів, діагностики та вибору зовнішньої терапії, дасть змогу підвищити ефективність терапії в період загострення, уникнути небажаних ефектів, зменшити системне фармакологічне навантаження, досягти стійкої, тривалої ремісії захворювання і значно поліпшити якість життя таких пацієнтів.

**Ключові слова:** екзема, диференційована діагностика, зовнішнє лікування.

## Вступ

За даними низки авторів, близько десятої частини населення світу хворіє на екзему [9]. В індустріально розвинених країнах цей показник досягає 32–45%, становлячи в деяких регіонах 51% від усіх алергічних дерматозів. В Україні захворюваність на екзему становить, за даними різних авторів, від 8 до 30% усіх захворювань шкіри і є найчастішою патологією в практиці лікаря-дерматовенеролога [13]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та вітчизняної літератури, за останнє десятиліття число хворих з екземою істотно зросло [3, 4]. Для екземи характерна наявність гострозапальних симптомів: інтенсивного свербіння шкіри, рецидивного перебігу, підвищеної чутливості пацієнтів до різних екзогенних і ендогенних подразників, схильності до поширення і поглиблення процесу [1, 14].

Відповідно до класифікації, заснованої на клінічних і патогенетичних особливостях перебігу

захворювання, виділяють справжню (ідіопатична, дисгідротична, пруритична, рогова), мікробну (нумулярна, паратравматична, мікотична, інтритригінозна, варикозна, сикозіформна, екзема сосків і навколососкових ареол молочних залоз у жінок), себорейну, дитячу і професійну різновиди екземи. Кожна з них може мати гострий, підгострий або хронічний перебіг з періодичними загостреннями під дією тригерних факторів [15, 17]. З огляду на мультифакторність захворювання, варіабельність клінічного перебігу, в даний час накопичений великий фактичний матеріал і розроблена патогенетична класифікація екземи, згідно з якою виділяють провідні патогенетичні фактори:

- Спадкова схильність. Ускладнений період вагітності, наявність токсикозів і огріхів у харчуванні, наявність супутньої патології у матері часто призводить до розвитку екземи у дитини.

- Порухення функцій центральної нервової системи. У період загострення патологічного процесу визначали порушення біоелектричної активності головного мозку. Діагностували умовно патологічні і патологічні типи енцефалограм.
- Порухення діяльності вегетативної нервової системи. Зміни функціонального стану вищих вегетативних центрів при екзематозних ураженнях у гострий період призводять до вегетативної дистонії [10].
- Дисбаланс обміну нейромедіаторів і біологічно активних речовин. Найбільш виражене порушення нейромедіаторів визначається в осіб старших вікових груп у порівнянні з особами молодого віку [15].
- Порухення діяльності серцево-судинної системи. При екземі змінюється мікросудинної тонус: переважає вазоконстрикція, зменшується капілярна перфузія, активується артеріовенулярне скидання, артеріоли перебувають в спастичному стані, капіляри – в спастико-атонічному, венули – атонічні. У хворих на екзему в поєднанні з гіпертонічною хворобою реєструється гіперкінетичний тип кровообігу і зниження еластичності судинної стінки [16].
- Дисфункції ендокринних залоз. При відносно недавньому розвитку гострозапальних явищ захворювання вміст основного проти-запального кортикостероїду – гідрокортизону – в плазмі крові і сечі у більшості хворих з екземою підвищений. При тривалому екзематозному процесі, який має торпідний перебіг, як правило, кількість глюкокортикоїдів у крові та сечі виявляється зниженою.
- Порухення функцій органів виділення. При екземі порушення функції нирок бувають вторинними, зумовленими алергічними змінами, обумовленими екземою, або первинними. І в першому і в другому випадку зміни функції нирок і патологічні процеси в них чинитимуть негативний вплив на перебіг екземи [7]. Патологія екскреторної функції нирок може бути спричинена змінами в органах, у яких в процесі обміну утворюються речовини, що виділяються нирками. За різними даними [11], порушення функції нирок є у 46–70% хворих на екзему.
- Порухення імунітету. У пацієнтів, які мають екзематозні ураження шкіри, визначається дисфункція гуморальної та клітинної ланок імунної системи, дисбаланс різних цитокінів та імунних циркулюючих комплексів [6].
- Зміна обміну білків, жирів, вуглеводів, макро- і мікроелементів, вітамінів. Є відхилення показників макро- і мікроелементів: підвищений рівень міді, цинку, натрію, калію; знижений вміст заліза, марганцю, алюмінію, кремнію,

титану [8]. Показники вітамінного статусу при екземі динамічні: знижений вміст біотину (вітамін В8), піридоксину (вітамін В6), нікотинової кислоти (вітамін РР), аскорбінової кислоти.

- Порухення функцій гепатобіліарної системи і травного тракту. Практично в 100% пацієнтів, які страждають на екзему, спостерігають різні порушення з боку травного тракту. Більш ніж у половини обстежуваних зустрічається дискінезія жовчних шляхів, у третини – гастродуоденіти й панкреатити, практично в усіх хворих на екзему при обстеженні виявляють зміни з боку мікробіоценозу кишечника. [2].

Найбільш частим ускладненням екзематозного процесу є приєднання вторинної піококової та грибкової інфекції, що пов'язано зі зниженням протимікробної резистентності поверхні шкіри [12]. Терапія інфекційних уражень ускладнена у зв'язку з наростаючою резистентністю основних збудників піодермії – *Staphylococcus aureus* і *Staphylococcus epidermidis* – до широко застосовуваних антибіотиків: пеніциліну й аміноглікозидів (до 75,8% штамів), фторхінолонів, тетрацикліну та макролідів (до 45,5%), еритроміцину (до 40%). Безконтрольне застосування зовнішніх протимікробних препаратів, чутливість до яких втрачена, затягує процес санації інфекції і сприяє наступній селекції резистентної флори [5].

Основним принципом терапії екзематозних проявів, беручи до уваги поліетіологічність даного захворювання, є комплексний вплив на організм з урахуванням гостроти, характеру, локалізації патологічного процесу, тривалості захворювання, попереднього лікування та його ефективності, віку пацієнта та наявності супутньої патології.

**Мета дослідження:** оптимізація диференційованого підходу до діагностики та вдосконалення методів зовнішньої терапії хворих на екзему з метою прискорення регресу клінічних проявів дерматозу і подовження термінів клінічної ремісії.

### Матеріали та методи дослідження

Під наглядом перебувало 30 хворих, які страждають на різні види екземи, віком від 18 до 65 років, у тому числі 19 чоловіків і 11 жінок. Діагноз екземи встановлювався на підставі виявлення типових проявів і характеру клінічного перебігу. В дослідження увійшли пацієнти з високим ризиком приєднання вторинної інфекції або такі, що вже мали бактеріальні ускладнення у вогнищах висипань.

Слід зазначити, що у 96% пацієнтів при мікробіологічному дослідженні виявлялась чутливість мікроорганізмів до фузидієвої кислоти, тому саме цей препарат став базовим у розробці алгоритму зовнішньої терапії. У 10 хворих

діагностовано справжню екзему з наступними різновидами: у 5 хворих відзначалась дистідротична екзема, яка характеризувалась утворенням дрібних, рідше – великих, багатокамерних, щільних на дотик пухирців на бічних поверхнях пальців, шкірі долонь і стоп. Пухирці лопаються й утворювали жовтуватого кольору кірки. Осередки ураження були різко обмежені, з вираженою запальною реакцією. У 3 хворих встановлено пруригінозну екзему, при якій виявляли висипання у вигляді дрібних папуловезикульозних елементів, поодинокі ерозивні елементи на ущільненій основі. У 2 хворих виявлено гіперкератотичну екзему, яка проявлялася гіперкератозом на долонях, рідше – стопах і утворенням глибоких тріщин зі слабко вираженою екзематозною реакцією та різкою болісністю у вогнищах ураження. Мікробна екзема спостерігалась у 16 пацієнтів, у 4 з яких вона була пов'язана з варикозним симптомокомплексом, у 3 – обумовлена травматизацією шкіри і виникненням вогнищ ураження навколо травм. Екзематозний процес розташовувався на нижніх кінцівках у 7 хворих, на обличчі і кистях – у 4, верхніх кінцівках – у 8, на інших ділянках тіла – в 1. Клінічна картина мікробної екземи характеризувалась розвитком на шкірі гомілок, стоп, рідше – стегон вогнищ ураження округлої або неправильної форми з чіткими краями. У вогнищах відзначалась виражена застійна синюшність, гіперемія, інфільтрація, набряклість, мокнуття. Висипання у вигляді пухирців, гнійників, папул і еритеми були більш виражені по периферії основного вогнища ураження. Іноді в периферійних зонах спостерігалось відшарування епідермісу з нерівними краями. У центрі вогнища спостерігали ерозивні ділянки яскраво червоного кольору з мокнуттям, тобто превалював ексудативний компонент. У вогнищі ураження нерідко виявляли кірки, тріщини, екскоріації, ліхеніфікацію.

Усім хворим на початку і в кінці терапії проводили лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові з визначенням рівня глюкози, загального білка, загального білірубину та його фракцій, АЛТ, АСТ, мікробіологічне дослідження шкіри й верхніх дихальних шляхів).

Системна терапія пацієнтів полягала в комплексному застосуванні десенсибілізуючих, антигістамінних, гепатопротекторних, вітамінних, вазоактивних препаратів. У разі необхідності проводилась корекція супутніх патологічних станів у відповідних лікарів-фахівців. Разом з тим, обов'язковою і важливою частиною комплексного лікування даного захворювання була адекватна зовнішня терапія, спрямована на усунення свербіжів, купірування алергічних запальних реакцій, усунення сухості шкірних покривів,

профілактику/усунення вторинного інфікування, відновлення бар'єрної функції шкіри.

Для уточнення послідовності проведення диференційної діагностики і вибору зовнішніх лікарських засобів був розроблений діагностичний алгоритм, який ґрунтувався на уточненні нозологічного діагнозу дерматозу, будувалась з урахуванням характеру клінічних проявів, наявності інфекційних ускладнень, етіологічної належності інфікуючого агента і його чутливості до антибактеріальних препаратів. Основа цих засобів підбиралась з урахуванням стадії запального процесу. Диференційований підхід до вибору зовнішньої терапії ґрунтувався на наступних ознаках: вік пацієнта, характер захворювання, локалізація та поширеність шкірного процесу, можливість поєднання з іншими препаратами, передбачувана тривалість терапії, яка надалі безпосередньо впливатиме на ступінь її ефективності (рис. 1).

Обстежуваних диференціювали за нозологією (справжня, мікробна екзема) і рандомізували у дві рівні групи. Хворі 1-ї групи були обстежені і отримували системну та зовнішню терапію згідно з розробленим алгоритмом, використовуючи двоетапну ступінчасту терапію. Перший етап полягав у використанні препарату фузидієвої кислоти у вигляді мазі або крему двічі на день, чергуючи із застосуванням топічного стероїду на кремовій основі відповідно до інструкції впродовж 7 днів. Другий етап охоплював нанесення топічного стероїду на кремовій основі впродовж 7–10 днів відповідно до інструкції. Хворі 2-ї групи отримували традиційну системну терапію та використовували впродовж 14 днів комбінований препарат, що містить топічний стероїд, антибактеріальний компонент, у вигляді крему згідно з інструкцією.

Оцінка діагностичної та терапевтичної ефективності запропонованої схеми охоплювала динаміку даних суб'єктивних (скарги на свербіж, печіння, сухість), об'єктивних обстежень (регрес шкірного процесу). Оцінку проводили до лікування, а потім – на 14-й день і реєстрували в балах: відсутність ознаки – 0 балів; невиражені прояви – 1 бал; помірні – 2 бали; інтенсивно виражені ознаки – 3 бали.

## Результати та їх обговорення

Динаміка і вираженість клінічних проявів хворих на справжню та мікробну екзему до проведеної терапії наведена на рисунках 2 і 3. Важливо також підкреслити, що такі ознаки, як еритема, свербіння, відчуття печіння та інфільтрація, були основними симптомами захворювання, що свідчить про хронічний його характер.

Динаміка і вираженість клінічних проявів хворих зі справжньою та мікробною екземою після проведеної терапії наведена на рисунках 4 і 5. На 14-й день після проведеної терапії

відзначалося достовірне поліпшення суб'єктивних ознак і клінічних проявів, проте в 1-й групі дані показники були в середньому в 2,5 рази нижчі, ніж у групі порівняння, і становили 4 і 9, 4 і 14 балів відповідно. Варто зазначити, що в пацієнтів 1-ї групи відзначався регрес гострозапальних висипань, зменшення площі вогнищ ураження на 2–3 дні раніше, ніж у групі порівняння. Повний регрес шкірного процесу в 1-й групі був відзначений на 9–11-й день, у 2-й групі – на 14–17-й день.

Після проведеної терапії у хворих 1-ї групи відзначалося зменшення свербіжу на 3–4 дні раніше, ніж у 2-й групі.

## Висновки

Терапія хворих на екзему заснована на алгоритмі диференційованого призначення зовнішньої терапії відповідно до нозологічної форми дерматозу, характеру клінічних проявів, діагностики та вибору зовнішньої терапії, тобто

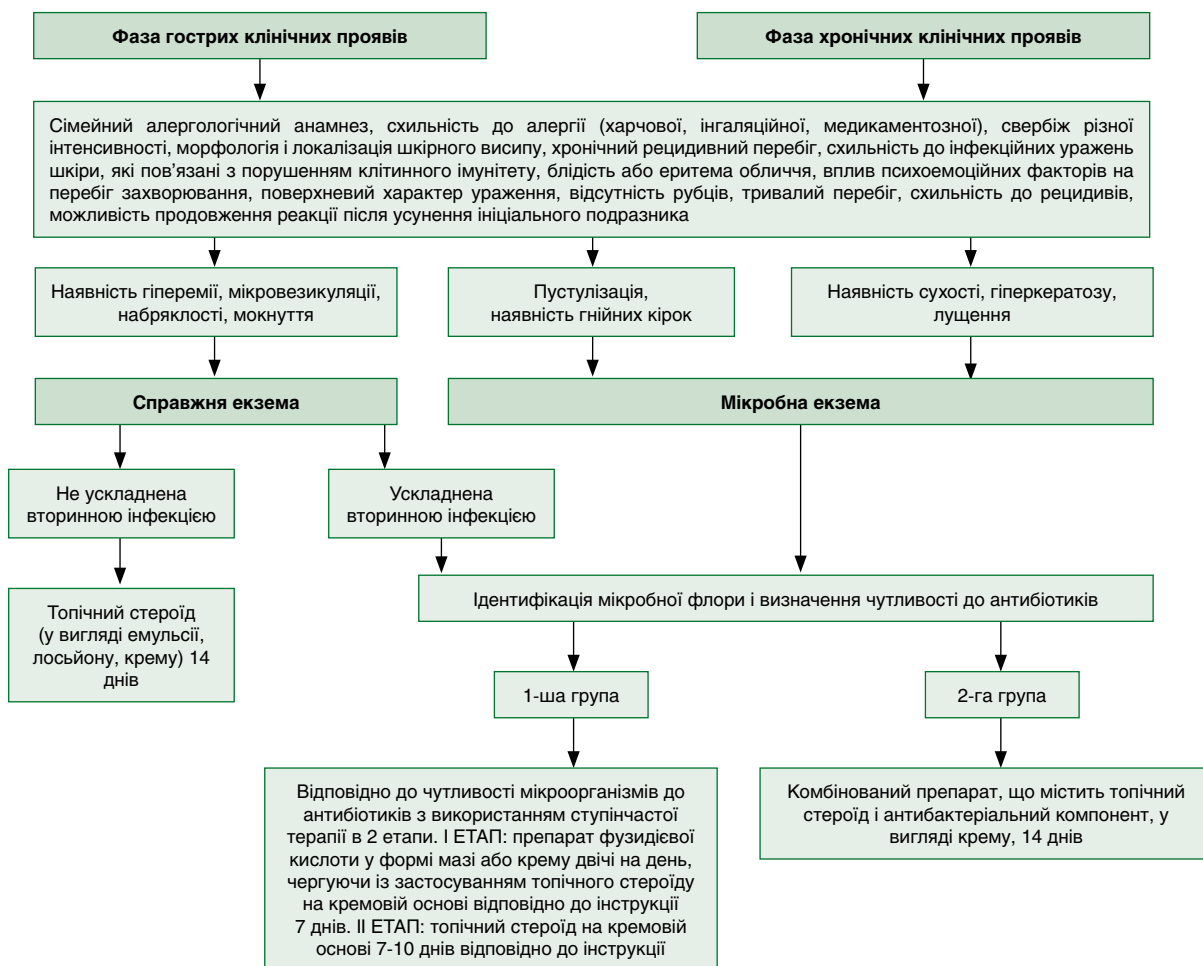


Рис. 1. Алгоритм діагностики і диференційованого підходу до вибору зовнішньої терапії екземи



Рис. 2. Порівняльна характеристика вираженості клінічних симптомів справжньої екземи до лікування



Рис. 3. Порівняльна характеристика вираженості клінічних симптомів мікробної екземи до лікування

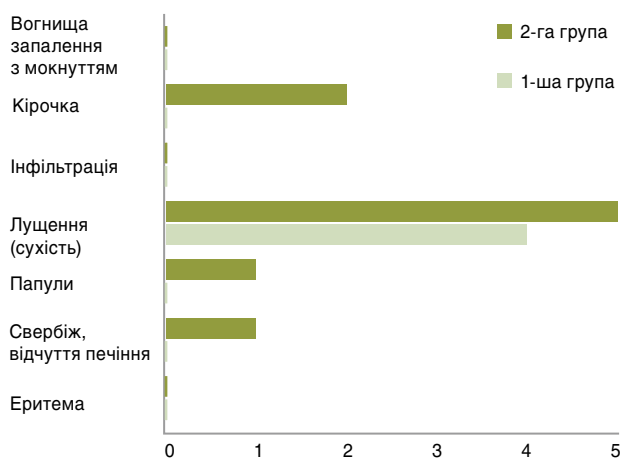


Рис. 4. Порівняльна характеристика вираженості клінічних симптомів справжньої екземи після лікування

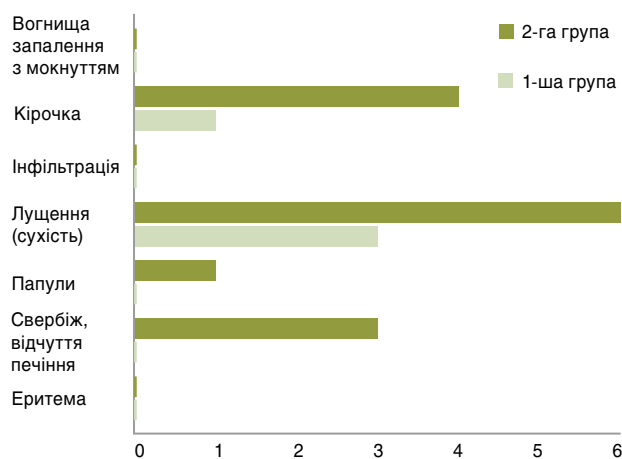


Рис. 5. Порівняльна характеристика вираженості клінічних симптомів мікробної екземи після лікування

раціональному адекватному використанні в складі комплексного лікування зовнішніх форм препаратів, дасть змогу підвищити ефективність терапії в період загострення, уникнути небажаних

ефектів, зменшити системне фармакологічне навантаження, досягти стійкої, тривалої ремісії захворювання і значно поліпшити якість життя таких пацієнтів.

## Список літератури

- Білозоров О.П. Циркулюючі імунні комплекси і дослідження антигенного впливу при алергодерматозах, псоріазі і хламідіозах: Автореф. дис. ... д-ра мед наук. Київ, 2003. 40 с.
- Бондаренко В.М., Грачева Н.М., Мацулевич Т.В. Дисбактеріоз кишечника у відрозлх. М.: КМК, 2003. 224 с.
- Буровик Е.П. Комплексний метод лечения екземи и псориаза с использованием рибофлавина-мононуклеотида у алкоголь-зависимых больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 16 с.
- Буянова О.В. Застосування мазі «Кремген» у комплексному лікуванні atopічного дерматиту та мікробної екземи. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2002. № 1. С. 42–43.
- Джораєва С.К., Кутасевич Я.Ф., Олійник І.О., Гончаренко В.В. і др. Вивчення факторів патогенності стафілококової мікрофлори шкіри у хворих на поширені дерматози. Дерматологія та венерологія 2013. № 1 (59). С. 20–25.
- Доля О.В., Туркевич Ю.М. Цитохімічні зміни в лімфоцитах периферичної крові у хворих на екзему. Лікар. справа. 1992. № 9. С. 37–39.
- Дудченко Н.А., Денисенко О.І. Функціональне состояние органів гепатобіліарної системи, піджелудочної залози і почек у больных мікробної екземи. Вестн. дерматол. и венерол. 2008. № 2. С. 42–44.
- Зайченко Я.О. Мікроелементний склад організму при дерматопатіях токсичного походження у дітей. Дерматовенерологія, косметологія. Сексопатологія. 2008. № 1–2 (11). С. 54–56.
- Каруна Б.І. Екзема. К.: Здоров'я, 1989. 172 с.
- Кравченко Л.А. Комплексная терапия больных экземой, работающих на транспорте. Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я: Збірник наукових праць. Харків, 2008. Вип. 2. С. 84–87.
- Калюжна Л.Д., Ошвалова О.О., Бойчук А.М., Резнікова А.А. Погляд на лікування алергодерматозів. Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2011. № 4 (43). С. 56–60.
- Потекаєв Н.С. Экзема: аспекты истории и современное представление. Клиническая дерматология и венерология. 2006. № 4. С. 102–107.
- Прохоров Д.В. Современные представления о патогенезе микробной экземы. Пробл. достиж. и перспект. развития мед.-биол. наук. практ. здравоохранения. 2000. Т. 136. С. 147–150.
- Рышко П.П. Применение антигистаминных препаратов в лечении различных дерматозов. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2002. № 1 (4). С. 39–41.
- Радионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим болезням. СПб., 1997. С. 105–109.
- Korting H.C., Schöllmann C., Stauss-Grabo M., Schäfer-Korting M. Antimicrobial peptides and skin: a paradigm of translational medicine. Skin Pharmacol Physiol. 2012. Vol. 25. P. 323–324.
- Aoyama H., Tanaka M., Hara M. Nummular eczema. Dermatology. 1999. Vol. 199. N 2. P. 135–139.

## References

- Bilozorov OP. Tsyruklyuyuchi immunni kompleksi i doslidzhennya antyhennoho vplyvu pry alerhodermatozakh, psoriazi i khlamidiozakh (Circulating immune complexes and research of antigenic influence at allergodermatosis, psoriasis and chlamydiazis): Author's abstract. dis ... Dr. medical Sciences. Kiev, 2003. 40 p.
- Bondarenko VM, Hracheva NM, Matsulevych TV. Dysbakteriozy kyshechnyky u vzroslykh (Intestinal dysbacteriosis in adults). Moscow: KMK, 2003. 224 p.
- Burovyy EP. Kompleksnyy metod lecheniya ekzemy y psoryaza s yspol'zovaniem ryboflavyna-mononukleotyda u alkohol'-zavysymykh bol'nykh (Complex treatment of eczema and psoriasis with using riboflavin-mononucleotide in alcohol-dependent patients). Author's abstract. dis ... Candidate medical Sciences. Moscow, 2001. 16 p.
- Buyanova OV. Zastosuvannya mazi «Kremhen» u kompleksnomu likuvanni atopichnoho dermatytu ta mikrobnoyi ekzemy (Application of ointment «Kremgene» in the complex treatment of atopic dermatitis and microbial eczema). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2002;1:42–43.
- Dzhoraeva SK, Kutasevych YaF, Oliynyk IO, Honcharenko VV, Ivantsova OK, Shchepochyeva OV, Vasylyeva OS. Vychennya faktoriv patohennosti stafylokokovoy mikroflory shkiry u khvorykh na poshyreni dermatozy (Investigation of pathogenicity factors of staphylococcal microflora of the skin in patients with common dermatosis). Dermatology and Venereology. 2013;1(59):20–25.
- Dolya OV, Turkevych YuM. Tsytohimichni zminy v limfotsytakh peryferychnoyi krovi u khvorykh na ekzemu (Cytochemical changes in peripheral blood lymphocytes in patients with eczema). Doctor. right. 1992;9:37–39.
- Dudchenko NA, Denysenko OY. Funktsional'noe sostoyaniye orhanov hepatobilyarnoy systemy, podzheludchnoy zhelezy y pochek u bol'nykh mykrobnoy ekzemy (Functional state of organs of hepatobiliary system, pancreas and kidneys in patients with microbial eczema). Vestn. dermatol and Venerol. 2008;2:42–44.
- Zaychenko YaO. Mikroelementnyy sklad orhanizmu pry dermatopatiyakh toksychno pokhodzhennya u ditey (The microelement composition of an organism at dermatopathies of toxic origin in children). Dermatovenereology. Cosmetology. Sexual pathology. 2008;1–2(11):54–56.
- Karuna BI. kzema (Eczema). Kiev: Zdorov'ye, 1989. 172 p.
- Kravchenko LA. Kompleksnaya terapiya bol'nykh ekzemy, rabotayushchykh na transporte (Complex therapy of patients with eczema working on transport). Modern problems of dermatovenereology, cosmetology and healthcare management: Collection of scientific works. 2008;2:84–87.
- Kalyuzhna LD, Oshvalova OO, Boychuk AM, Reznikova AA. Pohlyad na likuvannya alerhodermatoziv (A look at the treatment of allergodermatosis). Ukr. Journ dermatology, venereology, cosmetology. 2011;4(43):56–60.
- Potekaev NS. kzema: aspekty istoriy y sovremennoe predstavlenye (Ezema: Aspects of History and Contemporary Representation). Clinical Dermatology and Venereology. 2006;4:102–107.
- Prokhorov D. Sovremennye predstavleniya o patoheneze mykrobnoy ekzemy (Contemporary notions about the pathogenesis of microbial eczema). Probl. Reaches and prospect. development of medical biology. sciences practice health care. 2000;136:147–150.
- Ryzhko PP. Prymenenye antyhistamynnykh preparatov v lecheniy raznykh dermatozov (Application of antihistamines in the treatment of various dermatoses). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2002;1(4):39–41.
- Radyonov AN. Spravochnik po kozhnym y venerycheskym boleznyam (Directory of skin and venereal diseases). SPb., 1997. P. 105–109.
- Korting HC, Schöllmann C, Stauss-Grabo M, Schäfer-Korting M. Antimicrobial peptides and skin: a paradigm of translational medicine. Skin Pharmacol Physiol. 2012;25:323–324.
- Aoyama H, Tanaka M, Hara M. Nummular eczema. Dermatology. 1999;2:135–139.



## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ

Я. Ф. Кутасевич<sup>1</sup>, К. Е. Ищейкин<sup>2</sup>, И. В. Зюбан<sup>1</sup>, В. Ю. Мангушева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

<sup>2</sup> ВГУУ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»

### Резюме

В статье оптимизируется дифференцированный подход к диагностике и совершенствованию методов наружной терапии у больных экземой. Под наблюдением находилось 30 больных, страдающих истинной и микробной экземой. Больные 1-й группы были обследованы и получали системную и наружную терапию согласно разработанному алгоритму, используя двухэтапную ступенчатую терапию. Первый этап состоял из использования препарата фузидиевой кислоты в виде мази или крема 2 раза в день в течение 7 дней с последующим применением глюкокортикостероидов на кремовой основе в соответствии с инструкцией. Второй этап включал нанесение глюкокортикостероидов на кремовой основе в течение 7–10 дней в соответствии с инструкцией. Больные 2-й группы получали традиционную системную терапию и использовали в течение 14 дней комбинированный препарат, содержащий глюкокортикостероид и антибактериальный компонент, в виде крема согласно инструкции. После проведенной терапии, на 14-й день, отмечалось достоверное улучшение субъективных признаков и клинических проявлений, однако в 1-й группе данные показатели были в среднем в 2,5 раза ниже, чем в группе сравнения. Стоит отметить, что у пациентов 1-й группы отмечался регресс островоспалительных высыпаний, уменьшение площади очагов поражения на 2–3 дня раньше, чем в группе сравнения. Полный регресс кожного процесса в 1-й группе был отмечен на 9–11-й день, во 2-й группе – на 14–17-й день. Терапия больных экземой, основанная на алгоритме дифференцированного назначения наружной терапии в соответствии с нозологической формой дерматоза, характером клинических проявлений, диагностики и выбора наружной терапии, позволит повысить эффективность терапии в период обострения, избежать нежелательных эффектов, уменьшить системную фармакологическую нагрузку, достичь устойчивой, длительной ремиссии заболевания и значительно улучшить качество жизни таких пациентов.

**Ключевые слова:** экзема, дифференциальная диагностика, наружная терапия.

## DIFFERENTIATED APPROACH TO DIAGNOSTICS AND EXTERNAL THERAPY OF ECZEMA

Ya. Kutasevych<sup>1</sup>, K. Isheykin<sup>2</sup>, I. Zyuban<sup>1</sup>, V. Mangusheva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

<sup>2</sup> HSEE of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»

### Abstract

The article optimizes the differential approach to diagnosis and improves the methods of external therapy in patients with eczema. Under supervision there were 30 patients suffering from the idiopathic and microbial species of eczema. Patients and groups were examined and received systemic and external therapy, according to the developed algorithm, using two-stage, step-by-step therapy. The first stage consisted of the use of a fusidic acid preparation in the form of a ointment or cream 2 times per day for 7 days, followed by the use of a topical steroid on a cream basis in accordance with the instructions. The second stage involved the application of topical steroid for 7–10 days on a cream basis in accordance with the instructions. Patients of group II were received traditional systemic therapy and used a combination therapy containing topical steroid, and antibacterial component, in the form of a cream according to the instructions, for 14 days. After the therapy, on 14th day there was a significant improvement in subjective attributes and clinical manifestations, but in the first group, these figures were on average 2.5 times lower than in the comparison group. It is noteworthy that patients in the first group experienced regress of acute inflammatory rash, decrease in the area of lesions at 2–3 days earlier than in the comparison group. Complete regression of the skin process in the first group was marked on day 9–11, in group 2 – on day 14–17. The treatment of patients with eczema, based on the algorithm of differentiated external therapy appointment in accordance with the nosological form of dermatosis, the nature of clinical manifestations, diagnosis and the choice of external therapy will increase the effectiveness of therapy during the period of exacerbation, to avoid adverse effects, reduce systemic pharmacological load, achieve sustainable, long-term remission of the disease and significantly improve the quality of life such patients.

**Key words:** eczema, differentiated diagnosis, external treatment.

### Відомості про авторів:

**Кутасевич Яніна Францівна** – д-р мед. наук, професор, директор ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

**Іщейкін Костянтин Євгенович** – д-р мед. наук, професор кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів зі шкірними та венеричними захворюваннями ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

**Зюбан Ірина Володимирівна** – очний аспірант ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

**Мангушева Вікторія Юрївна** – очний аспірант ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».