

И.В. Кадыграб<sup>1,2</sup>, И.В. Сербин<sup>1</sup>, Н.В. Гуцу<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Харьковский городской кожно-венерологический диспансер № 1

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

# Клинический опыт лечения атопического дерматита, осложненного пиодермией

**Цель работы** – оценка эффективности и переносимости препарата «Бетазон ультра» у пациентов с атопическим дерматитом (АД), осложненным пиодермиией.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 80 больных АД, осложненным пиодермиией. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам основной группы (40 человек) назначали исследуемый препарат «Бетазон ультра», пациентам контрольной (40 человек) – референтный препарат «Тридерм».

**Результаты и обсуждение.** Доказана терапевтическая эффективность препарата и уменьшение индекса SCORAD у 89,5 % пациентов. Отмечено значимое снижение уровня микробной обсемененности кожи патогенной и условно патогенной микрофлорой по сравнению с показателями до лечения. Дополнительное антимикробное действие расширяет спектр терапевтического применения.

**Выводы.** Препарат «Бетазон ультра» является высокоэффективным при лечении больных АД, осложненным пиодермиией. При назначении исследуемого препарата отмечена нормализация исходно нарушенного биоценоза кожи.

## Ключевые слова

Атопический дерматит, бактериальная инфекция, комбинированные наружные средства, «Бетазон ультра», эффективность, безопасность.

Наружные лекарственные препараты являются неотъемлемым компонентом как этиопатогенетического, так и симптоматического лечения. На современном этапе преимущества имеют комбинированные препараты, назначаемые с учетом комплексной этиологии ряда дерматозов, характера патологического кожного процесса и его инфекционных осложнений бактериального и/или микотического характера.

Сегодня в патогенезе атопического дерматита (АД) выделяют три основных фактора. Прежде всего это генетически обусловленная нетипичная реакция на типичные раздражители, которая развивается в результате IgE-опосредованной сенсибилизации к пищевым и другим аллергенам и протекает в коже. В результате происходит дегрануляция тучных клеток с выделением гистамина, который определяет все проявления аллергических реакций.

Второй важный фактор – низкий уровень естественного увлажняющего фактора (NMF). Содержание одного из компонентов – мочевины – в роговом слое при АД уменьшается до 15 % относительно нормы. В совокупности несо-

стоятельность филагрина, низкий уровень мочевины приводят к увеличению проницаемости кожного барьера, повышенной трансэпидермальной потере влаги. В конечном итоге это вызывает сухость кожи с последующим циклом процессов развития АД [12].

Третий фактор патогенеза атопического дерматита тесно связан с увеличением проницаемости эпидермального барьера. Это пенетрация в кожу микроорганизмов, 50 % из которых содержат суперантителы, способные запускать аллергические реакции [8].

Патогенез осложненных форм дерматозов аллергического генеза ассоциируется с состоянием иммунной системы организма, обусловливающей возможность инфицирования патогенной или активацию условно-патогенной микрофлоры кожи (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *Str. Pyogenes*). Микроорганизмы, населяющие кожу, являются одним из триггерных факторов, запускающих каскад иммунных реакций [13].

Одной из многочисленных функций кожи является противостояние множеству патогенных микроорганизмов с целью защиты организ-

ма от их проникновения и развития патологического процесса. В формировании барьерной и защитной функций кожи важнейшее значение придается структурной целостности рогового слоя эпидермиса, а также иммунным и биохимическим факторам защиты [1, 6].

Вследствие постоянного контакта кожи с внешней средой на нее попадают чужеродные ей патогенные и условно-патогенные микробы. Чаще всего кожа становится местом обитания транзиторных микроорганизмов, свободно находящихся на поверхности кожи или связанных с сальным секретом и другими жирами, имеющимися в составе загрязнений [7]. Большинство микроорганизмов, в том числе и патогенных, не проникает через неповрежденную кожу и погибает под воздействием бактерицидных свойств кожи. Увеличение обсемененности того или иного участка кожи в результате повышения pH и уменьшение бактерицидных свойств может служить показателем снижения иммунологической реактивности макроорганизма.

Бактериальные, грибковые или смешанные инфекции, осложняющие течение воспалительных дерматозов, нередко создают значительные сложности в диагностике, носят тяжелый характер, склонны к рецидивированию и торpidны к проводимой этиотропной терапии. Вторичному инфицированию при воспалительных дерматозах способствуют нарушения и повреждения структуры рогового слоя и водно-липидной мантии эпидермиса, определяющие сухость или мацерацию кожи и, соответственно, более легкое проникновение инфекционных агентов в поврежденный эпидермис вследствие зуда, расчесов, сдвига pH на поверхности кожи в сторону алкалоза, изменения микробиоценоза кожи, а также нерациональное применение антибиотиков, кортикостероидов [3, 4, 14].

Бактериальные осложнения при атопическом дерматите возникают у 25–34 % больных и способствуют длительному сохранению гиперемии, инфильтрации кожи, частым обострением, неполной ремиссии заболевания [3, 4, 10]. АД имеет благоприятные условия для развития осложненных форм, связанные с нарушением защитной функции кожного барьера для проникновения микроорганизмов вследствие расстройств процессов керatinизации, потери антибактериальных свойств кожи, обусловленной повышением значения pH, снижением уровней дефензина, кателицидина, секреторного иммуноглобулина A на поверхности кожи, изменения структуры водно-липидного слоя, количественного и качественного состава микробной флоры, снижения бактерицидной активности потовых и сальных желез,

нарушения метаболических процессов в клетке, иммунологических расстройств организма (сдвиг в сторону Th-2 иммунного ответа) [2, 9, 11].

Современные комбинированные топические препараты должны купировать местные воспалительные реакции, устранять зуд, способствовать восстановлению эпидермального барьера, восстанавливать защитные свойства, а также устранять дисбаланс микрофлоры кожи. При выборе лекарственного препарата учитывается его эффективность, безопасность, экономическая целесообразность [5].

Использование комбинированных топических препаратов имеет ряд существенных преимуществ: обеспечение прямого контакта с патогенными микроорганизмами, воздействие на широкий спектр патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, использование в малых количествах, тем не менее значительно превышающих минимальные ингибирующие концентрации и позволяющих избежать нежелательных системных эффектов применения.

Одним из таких препаратов является мазь для наружного применения «Бетазон ультра» производства ООО «Фармацевтическая компания «Здоровье». В этом препарате активные ингредиенты и основа подобраны с учетом потребностей стартовой терапии, что позволяет быстро приступить к элиминации патогенной флоры, купировать острое и подострое воспаление, свести к минимуму риск развития побочных эффектов стероидной терапии.

Состав «Бетазона ультра»: 1 г препарата содержит бетаметазона дипропионата микронизированного в пересчете на бетаметазон 0,5 мг, клотrimазола 10 мг, гентамицина сульфата в пересчете на гентамицин 1 мг. Сочетание антимикотика клотrimазола, аминогликозидного антибиотика гентамицина и сильного кортикостероида местного действия бетаметазона дипропионата делает «Бетазон ультра» универсальным препаратом в терапии дерматозов, осложненных бактериальной, грибковой или смешанной инфекцией, когда терапию назначают до идентификации возбудителя.

Цель работы — сравнительная оценка эффективности и переносимости препарата «Бетазон ультра» (мазь для наружного применения производства ООО «Фармацевтическая компания «Здоровье») и препарата «Тридерм®» (мазь производства компании «Шеринг-Плау Лабо Н.В.», Бельгия) у пациентов с АД, осложненным пиодермией.

## Материалы и методы

Под наблюдением находились 80 больных АД, осложненным пиодермий, в возрасте от 18 до

35 лет. Клиническое исследование проводилось как открытое, контролируемое, рандомизированное, в двух параллельных группах у пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в Харьковском городском кожно-венерологическом диспансере № 1.

Пациентам основной группы (40 человек) был назначен исследуемый препарат «Бетазон ультра», мазь для наружного применения производства ООО «Фармацевтическая компания «Здоровье», пациентам контрольной группы (40 человек) — референтный препарат «Тридерм®», мазь производства компании «Шеринг-Плау Лабо Н.В.», Бельгия.

Критерии включения в исследование:

- мужчины и женщины в возрасте от 18 до 35 лет;
- диагноз: АД в фазе обострения (диагноз устанавливается на основании критерии J.F. Nannifin и G. Rajka);
- осложнение дерматита в виде пиодермии, подтвержденное данными микробиологического исследования;
- чувствительность к гентамицину *in vitro* бактериальной флоры, выделенной с пораженных пиодермии участков кожи;
- степень тяжести заболевания соответствует средней или тяжелой (30–70 баллов по шкале SCORAD — Severity scoring of atopic dermatitis: Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis);
- площадь пораженного участка — 30 % поверхности тела;
- для женщин репродуктивного возраста — отрицательный тест на беременность к моменту включения в исследование, а также возможность применения эффективной контрацепции в период исследования;
- информированное письменное согласие пациента на участие в исследовании.

В ходе исследования пациентам проводили обследование с применением следующих методов:

- клиническое обследование: измерение ЧСС, АД, температуры тела, аускультация сердца и легких, пальпация живота (еженедельно при каждом посещении врача);
- оценка клинических признаков атопического дерматита по шкале SCORAD (еженедельно);
- микробиологическое исследование материала из очага инфекции — определение видового состава, чувствительности к гентамицину (в начале лечения и после его завершения);
- общий анализ крови: эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ (в начале лечения и после его завершения);

**Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту**

Возраст, годы	Основная группа (n = 40)	Контрольная группа (n = 40)
18–25	28 (70,0 %)	25 (62,5 %)
26–35	12 (30,0 %)	15 (37,5 %)
Старше 35	—	—

**Таблица 2. Распределение пациентов по половому признаку**

Пол	Основная группа (n = 40)	Контрольная группа (n = 40)	Всего
Мужчины	18 (45,0 %)	14 (35,0 %)	32 (40,0 %)
Женщины	22 (55,0 %)	26 (65,0 %)	48 (60,0 %)
Всего	40 (100,0 %)	40 (100,0 %)	80 (100,0 %)

- общий анализ мочи: pH, удельный вес, белок, глюкоза, лейкоциты, эритроциты, эпителиальные клетки, цилиндры (в начале лечения и после его завершения);
- биохимическое исследование крови: АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, глюкоза (в начале лечения и после его завершения);
- тест на беременность для женщин репродуктивного возраста (в начале лечения).

Исследование проходило в два этапа: скрининг — 1–2 дня и период лечения — 28 дней. Препараты наносили на пораженные участки кожи 2 раза в сутки тонким слоем через равные промежутки времени. Препараты применяли без окклюзионных повязок. Курс лечения мог быть сокращен в случае достижения полной клинической ремиссии.

В период лечения пациенты получали назначение лечение и посещали врача каждые 7 дней.

Обследование пациентов и регистрация данных производились по схеме.

Все полученные данные обследования заносились в историю болезни (амбулаторную карту) и индивидуальную регистрационную форму больного.

## Результаты и обсуждение

Все пациенты прошли необходимые процедуры на этапе скрининга и были включены в исходный анализ. Распределение больных по возрасту приведено в табл. 1, по половому признаку — в табл. 2.

Среди сопутствующих патологий преобладали хронические заболевания дыхательных путей

**Таблица 3. Распределение пациентов по продолжительности заболевания**

Продолжительность заболевания	Основная группа (n = 40)	Контрольная группа (n = 40)
От 1 года до 5 лет	5 (12,5 %)	4 (10,0 %)
От 5 до 10 лет	18 (45,0 %)	16 (40,0 %)
От 10 до 15 лет	10 (25,0 %)	11 (27,5 %)
Более 15 лет	7 (17,5 %)	9 (22,5 %)

**Таблица 4. Исходное распределение пациентов по площади поражения кожи**

Площадь поражения кожи, %	Основная группа (n = 40)	Контрольная группа (n = 40)
До 5	15 (37,5 %)	17 (42,5 %)
5–10	11 (27,5 %)	12 (30,0 %)
10–20	13 (32,5 %)	11 (27,5 %)
20–30	1 (2,5 %)	—
Более 30	—	—

**Таблица 5. Исходное распределение пациентов по степени тяжести атопического дерматита**

Степень тяжести АД (по SCORAD)	Основная группа (n = 40)	Контрольная группа (n = 40)
Легкая (менее 20 баллов)	—	—
Средняя (20–40 баллов)	19 (47,5 %)	17 (42,5 %)
Тяжелая (более 40 баллов)	21 (52,5 %)	23 (57,5 %)

и пищеварительной системы, а также аллергические заболевания. Патологические процессы находились в стадии ремиссии и не требовали дополнительного лечения или изменения схемы назначеннной терапии.

Также при сборе анамнеза учитывали продолжительность течения атопического дерматита с момента установления диагноза. Распределение пациентов по продолжительности заболевания представлено в табл. 3.

Площадь поражения кожи оценивали по правилу «девяток» с учетом только воспалительных очагов. Распределение пациентов по площади поражения представлено в табл. 4, а по степени тяжести атопического дерматита — в табл. 5.

Таким образом, группы пациентов были сопоставимы по основным изучаемым показате-

лям. Во время проведения клинического исследования 4 пациента выбыли (по 2 из основной и контрольной групп), на момент окончания эксперимента в каждой группе оставалось по 38 человек.

При аусcultации сердца и легких, пальпации и перкуссии живота не выявлены патологические изменения.

Данные объективного осмотра свидетельствовали об отсутствии обострения хронических заболеваний, препятствующих участию пациентов в исследовании.

Все лабораторные показатели находились в пределах нормы или незначительно отклонялись.

Микробный биоценоз кожи был изучен с помощью культурального метода. Количественную обсемененность материала микрофлорой устанавливали по количеству колониеобразующих единиц (КОЕ), также определяли показатель микробной обсемененности кожи (КОЕ/чашка). В обеих группах у больных установлено нарушение микробиоценоза кожи как по количественным показателям, так и по видовому составу. В 17 случаях (9 и 8 пациентов основной группы и контрольной соответственно) патогенная и условно-патогенная флора определялась в виде монокультуры, во всех остальных случаях — в виде микробных ассоциаций. При АД, осложненном пиодермиией, отмечено превалирование эпидермального стафилококка и негемолитического в двух группах.

Данные о распределении пациентов в зависимости от выявленной микрофлоры до и после лечения представлены в табл. 6.

После проведенного курса лечения в обеих группах отмечено снижение уровня микробной обсемененности кожи патогенной и условно-патогенной микрофлорой по сравнению с показателями до лечения. У большинства пациентов уровень микробной обсемененности кожи не превышал допустимый для нормального биоценоза. Только у 6 (15,8 %) больных основной группы и у 5 (13,2 %) пациентов контрольной группы отмечались гнойничковые элементы на коже и высевались патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, преимущественно в виде микробных ассоциаций.

В ходе лечения исследуемыми препаратами наблюдалось клиническое улучшение, уменьшение значения индекса SCORAD и площади поражения кожи. Отражалась положительная динамика как купирования проявлений вторичной инфекции кожи, так и разрешения основных проявлений дерматозов. Уже на 7-й день терапии в очагах поражения уменьшались зуд, эритема и отечность кожи, начали разрешаться пустулезные высыпания.

**Таблиця 6. Распределение пациентов в зависимости от выявленной микрофлоры**

Видовой состав микрофлоры	KOE	Основная группа (n = 40)	Контрольная группа (n = 40)	KOE	Основная группа (n = 38)	Контрольная группа (n = 38)
	До лечения			После лечения		
<i>S. aureus</i> (монокультура)	10 <sup>4</sup> –10 <sup>6</sup>	2	3	—	—	—
<i>S. epidermidis</i> (монокультура)	10 <sup>3</sup> –10 <sup>5</sup>	3	4	10 <sup>2</sup>	—	1
<i>S. haemolyticus</i> (монокультура)	10 <sup>4</sup> –10 <sup>6</sup>	3	1	10 <sup>2</sup>	1	—
<i>S. anhaemolyticus</i> (монокультура)	10 <sup>3</sup>	1	—	10 <sup>2</sup>	—	—
<i>S. aureus</i> (в составе ассоциации)	10 <sup>4</sup> –10 <sup>6</sup>	5	6	10 <sup>2</sup>	3	2
<i>S. epidermidis</i> (в составе ассоциации)	10 <sup>3</sup> –10 <sup>5</sup>	19	23	10 <sup>2</sup> –10 <sup>3</sup>	2	4
<i>S. haemolyticus</i> (в составе ассоциации)	10 <sup>4</sup> –10 <sup>6</sup>	7	9	10 <sup>2</sup> –10 <sup>3</sup>	2	3
<i>S. anhaemolyticus</i> (в составе ассоциации)	10 <sup>3</sup> –10 <sup>5</sup>	13	11	10 <sup>2</sup>	3	2
<i>E. coli</i> (в составе ассоциации)	10 <sup>3</sup> –10 <sup>6</sup>	9	7	10 <sup>2</sup>	2	1
<i>E. faecalis</i> (в составе ассоциации)	10 <sup>4</sup> –10 <sup>5</sup>	7	9	10 <sup>2</sup> –10 <sup>3</sup>	1	—
<i>E. aerogenes</i>	10 <sup>4</sup> –10 <sup>6</sup>	4	5	10 <sup>2</sup> –10 <sup>3</sup>	1	—
<i>Neisseria</i>	10 <sup>3</sup> –10 <sup>5</sup>	2	5	10 <sup>3</sup>	—	1
<i>Bacillus</i>	10 <sup>4</sup> –10 <sup>6</sup>	4	3	—	—	—
<i>C. hotmani</i>	10 <sup>3</sup> –10 <sup>4</sup>	2	1	—	—	—
<i>Str. mitis</i>	10 <sup>4</sup> –10 <sup>5</sup>	1	2	—	—	—

ния, значительно уменьшились папулезные элементы. Наиболее заметной была динамика в течение первых 14 дней лечения, в последующем позитивная динамика была менее выражена.

После проведенного курса лечения у 22 (57,9 %) больных основной группы и у 23 (60,5 %) пациентов контрольной достигнута полная клиническая ремиссия заболевания. Во всех остальных случаях отмечено значительное снижение индекса SCORAD. Поскольку критерием эффективности было снижение выраженности клинических признаков атопического дерматита по шкале SCORAD на 75 % и более, проведен анализ относительного уменьшения индекса SCORAD (табл. 7).

На основании представленных в табл. 7 данных произведена оценка эффективности лечения исследуемыми препаратами по первичной переменной. Результаты оценки эффективности лечения представлены в табл. 8.

В исследовании не зарегистрированы побочные реакции или явления. Также не отмечены случаи, когда из-за нежелательного явления больной прекратил участие в исследовании. Случаев субъективных жалоб, а также негативных изменений при объективном и лабораторном обследовании не было, поэтому переносимость лечения у всех пациентов расценена как хорошая.

**Таблиця 7. Распределение пациентов по степени относительного уменьшения индекса SCORAD**

Степень относительного уменьшения индекса SCORAD	Основная группа (n = 38)	Контрольная группа (n = 38)
На 75 % и более	34 (89,5 %)	35 (92,1 %)
На 50–75 %	4 (10,5 %)	3 (7,9 %)
Менее чем на 50 %	—	—

**Таблиця 8. Оценка общей эффективности в группах**

Эффективность	Основная группа (n = 38)	Контрольная группа, (n = 39)
Препарат эффективен	34 (89,5 %)	35 (92,1 %)
Препарат неэффективен	4 (10,5 %)	3 (7,9 %)

Таким образом, комбинированный препарат «Бетазон ультра» в виде мази для наружного применения имеет высокую терапевтичную эффективность у 89,5 % пациентов. Дополнительное антимикробное действие расширяет спектр терапевтического применения, позволяет использовать препарат как с целью купирования вторич-

ного процесса, так и регресса основного воспалительного дерматоза и может быть применен для первой помощи при обострении АД. Среди преимуществ препарата – невысокая цена, что обеспечивает его доступность для большинства больных, особенно с АД, осложненным пиодермиею.

## Выводы

Препарат «Бетазон ультра», мазь для наружного применения производства ООО «Фармацевтическая компания «Здоровье», обладает высокой эффективностью при лечении больных АД, осложненным пиодермиеей. Назначение пре-

парата способствует быстрой редукции элементов сыпи, уменьшению выраженности субъективных жалоб, площади поражения кожи. При назначении исследуемого препарата отмечена нормализация исходно нарушенного биоценоза кожи. Значимо снизился уровень микробной обсемененности кожи патогенной и условно-патогенной микрофлорой по сравнению с показателями до лечения. Высокая терапевтическая эффективность и хорошая переносимость в сочетании с доступной ценой позволяет рекомендовать препарат для лечения инфицированных дерматозов.

## Список литературы

1. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Современные представления о структуре и функции кожного барьера и терапевтические возможности коррекции его нарушений // Рус. мед. журн.— 2004.— Т. 12, № 18.— С. 1082–1086.
2. Болотная Л.А. Рациональный выбор средств наружной терапии осложненных дерматозов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2010.— № 3.— С. 98–101.
3. Калюжная Л.Д. Атопический дерматит. Современные вопросы диагностики и лечения // Клін. імунал., алергол., інфектол.— 2006.— № 1.— С. 19–22.
4. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Применение антибактериальных и противогрибковых средств в наружной терапии детей с атопическим дерматитом, различной степени тяжести, осложненным вторичной инфекцией // Педиатр. фармакол.— 2007.— № 4.— С. 40–44.
5. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А. Рациональный выбор топического стероида // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 1.— С. 55–58.
6. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: руководство для врачей, интернов, студентов.— Харьков: Факт, 2007.— 792 с.
7. Медицинская микробиология / Под ред. акад. РАМН В.И. Покровского.— М.: ГЕОТАР-Медиа, 2002.— 768 с.
8. Мурзина Э.А. Оптимизация патогенетической терапии при атопическом дерматите // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2009.— № 2.— С. 16–19.
9. Arikawa G., Ishibasi M., Kawashima M. et al. Decreased levels of sphingosine, a natural antimicrobial agent, may be associated with vulnerability of the stratum corneum from patients with atopic dermatitis to colonization by *Staphylococcus aureus* // J. Invest. Dermatol.— 2002.— Vol. 119, N 7.— P. 433–439.
10. Bayrou O., Pesquet C., Flahault A. et al. Head and neck atopic dermatitis and *malassezia-furfur*-specific IgE antibodies // Dermatol.— 2005.— Vol. 211, N 2.— P. 107–113.
11. Breur K., Wittmann M., Kempe K. et al. Alfa-toxin is produced by skin colonizing *Staphylococcus aureus* and induces a T helper type 1 response in atopic dermatitis // Clin. Exp. Allergy.— 2005.— Vol. 35, N 8.— P. 1088–1095.
12. Gloor M. et al. Do urea ammonium lactate combinations achieve better skin protection and hydration than either component alone? // Skin. Pharmacol. Appl. Skin. Physiol.— 2002.— Vol. 15, N 35.— P. 43.
13. Kosonen J., Lintu P. et al. Immediate hypersensitivity to *Malassezia furfur* and *Candida* spp. Mannans in vivo and vitro // Allergy.— 2005.— Vol. 60, N 2.— P. 238–242.
14. Sator P.G., Schnidt J.B., Honigsmann H. Comparison of epidermal hydration and skin surfact lipids in healthy individuals and in patients with atopic dermatitis // J. Am. Acad. Dermatol.— 2002.— Vol. 48, N 11.— P. 352–358.

I.В. Кадигроб<sup>1,2</sup>, I.В. Сербін<sup>1</sup>, Н.В. Гуцу<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Харківський міський шкірно-венерологічний диспансер № 1

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

## Клінічний досвід лікування атопічного дерматиту, ускладненого піодермією

**Мета роботи** — оцінка ефективності та переносності препаратору «Бетазон ультра» у пацієнтів з атопічним дерматитом (АД), ускладненим піодермією.

**Матеріали та методи.** Під наглядом перебувало 80 хворих із АД, ускладненим піодермією. Пацієнти були розподілені на 2 групи. Пацієнтам основної групи (40 осіб) призначали досліджуваний препарат «Бетазон ультра», пацієнтом контролальної (40 осіб) — референтний препарат «Тридерм».

**Результати та обговорення.** Доведено терапевтичну ефективність препарату та зменшення індексу SCORAD у 89,5 % пацієнтів. Відмічено значне зниження рівня мікробного обсіменіння шкіри патогенною та умовно патогенною мікрофлорою порівняно з показниками до лікування. Додаткова антимікробна дія розширяє спектр терапевтичного застосування.

**Висновки.** Препарат «Бетазон ультра» є високоефективним при лікуванні хворих із АД, ускладненим піодермією. При призначенні досліджуваного препарату відзначено нормалізацію початково порушеного біоценозу шкіри.

**Ключові слова:** атопічний дерматит, бактеріальна інфекція, комбіновані зовнішні засоби, «Бетазон ультра», ефективність, безпечність.

I.V. Kadygrob<sup>1,2</sup>, I.V. Serbin<sup>1</sup>, N.V. Gutsu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Kharkiv City Dermatology and Venereology Dispensary № 1*

<sup>2</sup>*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, the Ministry of Health Care of Ukraine*

## Clinical experience in treatment of atopic dermatitis complicated by pyoderma

**Objective** — to evaluate the effectiveness and tolerability of «Betazon ultra» in patients with atopic dermatitis (AD) complicated by pyoderma.

**Materials and methods.** 80 patients with AD complicated by pyoderma were under our supervision. They were divided into 2 groups. The experimental drug «Betazon ultra» was administered to the patients of the main group (40 persons), the reference preparation «Tryderm®» — to patients of the control group (40 people).

**Results and discussion.** Therapeutic efficacy and reduction in SCORAD index in 89.5% of patients has been proven. A significant reduction was observed in microbial contamination of skin by pathogenic and conditionally pathogenic microflora as compared to the indices before treatment. Additional antimicrobial action extends the range of therapeutic applications.

**Conclusions.** «Betazon ultra» is highly effective in treatment of patients with AD complicated by pyoderma. Administration of this experimental drug leads to normalization of initially impaired biocenosis of skin.

**Key words:** atopic dermatitis, bacterial infection, combined external means, «Betazon ultra», efficacy, safety. □

### Дані про авторів:

**Кадигроб Ірина Володимирівна**, к. мед. н., лікар-дерматовенеролог Харківського міського шкірно-венерологічного диспансеру № 1. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

61202, м. Харків, вул. Ціліноградська, 50. Тел. (057) 336-83-39. E-mail: dispancer.mshvd1@ukr.net

**Сербін Ігор Васильович**, к. мед. н., головний лікар Харківського міського шкірно-венерологічного диспансеру № 1

**Гуцу Наталя Викторівна**, лікар-дерматовенеролог Харківського міського шкірно-венерологічного диспансеру № 1