

Н.Ю. Резніченко¹, А.Д. Дюдюн², Г.І. Резніченко³¹Запорізький державний медичний університет²ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро³ДЗ «Запорізька медична академія МОЗ України»

Атопічний дерматит і екзема: екстрена допомога та ефективне лікування

Мет роботи — вивчення ефективності та безпечності з стосування комбінованих топічних засобів з потрібним механізмом дії (протизпалним, антибактеріальним і антимікотичним) у лікуванні хворих на екзему та топічний дерматит.

Методи. До дослідження залучено 65 хворих з різними формами екземи та топічним дерматитом. Контрольну групу склали 150 здорових осіб. Ступінь тяжкості лергодерматозів оцінювали за шкалою SCORAD, виразність свербіжності — за десятибальною нумеричною оціночною шкалою. Дослідження мікробіоценозу шкіри проводили за методом його прямої якісної й кількісної оцінки. Якість життя оцінювали за виторизованим українським перекладом DLQI.

Результати обговорення. Перебіг топічного дерматиту та різних форм екземи супроводжується порушеннями мікробіоценозу шкіри, для яких характерне зростання загальної кількості бактерій та грибів на уражених ділянках, що потребує відповідного лікування. У дослідженні доведено переваги з стосування препаратів «Три кут н» порівняно з монокомпонентними топічними кортикостероїдами у лікуванні хворих на топічний дерматит і різні форми екземи. Протягом перших 3 днів лікування препаратом «Три кут н» зменшились виразність еритеми, набряку, та кожінтенсивність утворення пупків ескоріцій. На 5-ту добу лікування індекс SCORAD знизився у 13 разів порівняно з початком лікування. На 5-ту добу лікування відзначились нижчі індекси SCORAD (у 3,8 разів), DLQI (у 1,98 разів), виразності свербіння (у 1,75 разів). Наприкінці курсу терапії у пацієнтів, у яких використовували препарат «Три кут н», зникли мікробіоценозу шкіри нормалізувались.

Висновки. Комплексна терапія лергодерматозів із зстосуванням крему «Три кут н» є патогенетично обґрунтованою та забезпечує швидкий клінічний ефект, що виявляється зниженням індексів SCORAD і DLQI, виразності зменшення свербіжності та його об'єктивних ознак, та кожнормалізацією мікробіоценозу шкіри. Використання крему «Три кут н» у комплексній терапії екземи різних форм та топічного дерматиту є ефективним і безпечним.

Ключові слова

Екзема, топічний дерматит, топічна терапія, «Три кут н».

Атопічний дерматит та різні форми екземи є надзвичайно актуальною проблемою медицини [4, 14, 22], оскільки це пов'язано з високим рівнем захворюваності на лергодерматози, постійним рецидивним перебігом, збільшенням кількості тригерних факторів та недостатньою ефективною терапією [7, 17, 26]. Це обґрунтовує нагальну потребу в подальшому вивченні етіології, патогенезу та клінічних особливостей лергодерматозів з метою поліпшення тактики ведення та обґрунтованого вибору терапії.

У генезі зростання захворюваності на лергодерматози у багатьох країнах світу, зокрема в Україні, одним із головних чинників є

значний негативний вплив навколишнього середовища великих міст, де проживає більшість населення країни та діє цілий комплекс несприятливих факторів урбанізації, таких як соціальні та психогенні, техногенні зміни біосфери внаслідок забруднення відходів промислових підприємств доквілля, використання хімічних речовин у сільському господарстві та хімічній промисловості, шкідливі звички та інші [7, 18, 24].

Чимало дослідників [2, 15] остаточно схиляються до великої уваги до вивчення мікробіоценозу та пенетрації мікроорганізмів у шкіру хворих на топічний дерматит і екзему, оскільки організм людини є екологічною нішею для численних різ-

ном нітних мікроорг нізмів, що з селяють певні біотопи. Цей своєрідний екстр корпор льний орг н мікроорг нізму, де в єдиній системі існують кореляційні зв'язки між окремими сімейств ми, род ми, вид ми н еробних і еробних б ктерій, м є свої функції, критерії і пок зники функціо н льного ст ну. В нормі видовий скл д мікроор г нізмів формується якісно і кількісно з лежно від х р ктеру мікроекології в біотоп х, що сформув вся еволюційно і н був стійкості до видових особливостей м кроорг нізму, серед яких пере в ж ють б ктері льн мікрофлор (епідерм льний ст філокок, пропіоновокислі б ктерії, мікро коки, коринеформні б ктерії т ін.) і дріжджоподібні гриби (*Candida*, *Malassezia*) [3, 21]. Рідше зустріч ється тр нзиторн мікрофлор (золотистий, льф -гемолітичний і негемолітичний стреп тококи), віруси т н йпростіші предст влені в зн чно меншій кількості [13].

У більшості вип дків порушення колоніз - ційної резистентності різних біотопів пов'яз ні зі змін ми скл ду норм льної мікрофлори, що сприяє дгезії і колоніз ції шкіри п тогенними і умовно-п тогенними б ктеріями т призводить до формув ння дисбіозів, розвитку екзогенної інфекції. Відповідно б ктері льн т мікотичн мікрофлор з вдяки супер нтиген м може чинити лергізуючу дію н орг нізм людини, передусім н шкіру, т призводити до дебюту й прогресув ння лергодерм тозів.

З слуговає н ув гу те, що золотистий ст фі локок, який колонізує шкіру хворих н топіч ний дерм тит і екзему, зд тний синтезув ти льф -токсин, інтерлейкін-5 т інші лейкотрієни,

Candida albicans — інтерлейкін-1, що індукує з пуск імунологічного з п лення у шкірі [3, 8, 13]. Порушення цілісності шкіри з трив лого перебігу хронічних лергійних з хворюв нь може призводити до розвитку вторинної інфек ції т з п льних процесів шкіри (еритеми, н б ряку і мокнення), через що скл дно вибр ти оптим льну тер пію (особливо зовнішню) т торпідність до неї [8]. Це свідчить про потребу в проведенні своєч сних профіл ктичних т лі кув льних з ходів щодо усунення порушень цілісності шкіри т з побіг ння розвитку п тогенної й умовно-п тогенної флори, що сприяти ме ст біліз ції лергійного процесу т трив лій ремісії дерм тозу [5].

Т ким чином, н ведені вище особливості етіо п тогенетичних мех нізмів розвитку лергодер м тозів диктують потребу в пошуку п тогене тично обгрунтов ного методу їхнього лікув ння [25, 27]. П тогенетичн тер пія м є бути спрямо в н н використ ння ефективних т безпечних топічних з собів, що швидко усув ють з п лення

й свербіж, сприяють відновленню мікрофлори шкіри, усув ють п тогенні т умовно-п тогенні мікроорг нізми з її поверхні [12, 19].

Вибір методів корекції і з собів зовнішньої тер пії лергодерм тозів з лежить від особли востей п тогенезу, клінічної форми, тяжкості т трив лості з хворюв ння з ур хув нням ст дії т клінічних виявів п тологічного процесу, попе реднього лікув ння т його ефективності, місця н несення преп р ту т методу його плік ції, вл стивості ктивних компонентів т основи з собу [11, 20].

З цією метою для зовнішнього лікув ння лергодерм тозів з лежно від клінічної к ртини з хворюв ння використовують топічні корти костероїди, топічні інгібітори к льціоневрину, емоленти, топічні нтиб ктері льні т нтиміко тичні з соби, тр диційні протиз п льні речо вини, т кі як т нін, рив нол, борн кислот у вигляді волого-висих ючих пов'язок і примочок т ін. [8, 10].

Н йбільший протиз п льний ефект у р зі гострих і хронічних лергійних з хворюв нь шкіри м ють топічні кортикостероїди [23], од н к з умов непр вильного з стосув ння вони д ють і зн чні побічні ефекти у вигляді ктиві з ції умовно-п тогенної флори, розвитку стреп то-т ст філодермій, к ндидозу, типової клініч ної к ртини дерм томікозу. Слід вр ховув ти т кож, що у виникненні т з гостренні лерго дерм тозів в жлив роль н лежить б ктері ль ній т мікотичній флорі, як чинить лергізуючу дію. Тому для з побіг ння ускл дненням у хво рих н дерм този, зокрем й стероїдчутливі, кортикостероїди слід поєднув ти з топічними нтибіотик ми т нтимікотичними з соб ми.

Окрім того, одноч сне з стосув ння топічних кортикостероїдів, нтиб ктері льних і нтиміко тичних речовин у вигляді окремих преп р тів зн чно ускл днює лікув ння, знижує його компл - ентність, з бир є б г то ч су у п цієнтів, ч сто призводить до неефективності тер пії через пору шення режиму дозув ння окремих з собів т може зумовити посилення лергійної ре кції т появу нових висип нь. Оптим льним у лікув нні лерго дерм тозів є використ ння комбінов них преп р - тів, які містять усі три н лежних компоненти.

Т ким чином, розв'яз ння проблеми збере ження здоров'я т якості життя у хворих н лергодерм този передб ч є пошук шляхів ко рекції, спрямов них н профіл ктику т лікув н ня п тологічних змін при цих ст н х і впрод ження в роботу медичних з кл дів. Н сьгодні кту льними є дослідження у цьому н прями.

Мет роботи — вивчення ефективності т без печності з стосув ння комбінов них топічних

з собів з потрійним мех нізмом дії (протиз - п льним, нтиб ктері льним і нтимікотичним) у хворих н екзему т топічний дерм тит.

М тері ли т методи

Дослідження проводили в р мк х н уково-дослідних робіт к федри шкірних т венеричних хвороб ДУ «Дніпропетровськ медичн к демія МОЗ Укр їни» «Комплекси диференційов н тер пія хворих н дерм този т інфекції, що перед ються ст тевим шляхом, з ур хув нням порушень д пт ційних мех нізмів в умов х коморбідності» (№ держреєстр ції 0111U002791) і «Т ргетн тер пія хворих н дерм този т інфекції, що перед ються ст тевим шляхом, в умов х коморбідності» (№ держреєстр ції 0114U000931). У дослідженні взяли уч сть 65 хворих н екзему різної форми т топічний дерм тит. Вони лікув лися у КУ «З порізький обл сний шкірно-венерологічний клінічний дисп нсер» З порізької обл сної р ди від 2013 до 2018 р. Контрольну групу скл ли 150 здорових волонтерів без озн к дерм тологічних з хворюв нь н логічного віку, які прожив ли у З поріжжі т пр цюв ли у ПАТ «З порізький втомобілебудівний з вод». Усі обстежені (як хворі, т к і здорові) підпис ли форму інформов ної згоди н уч сть у дослідженні. Можливість проведення зг д ного дослідження було розглянуто лок льними етичними комісіями, які н д ли позитивне рішення щодо дослідження.

Критерії введення в дослідження:

- вік від 18 до 75 років;
- різні форми екземи т топічний дерм тит у гостру, підгостру т хронічну ст дії бо пр ктично здорові особи без виявів шкірних з хворюв нь, які скл ли контрольну групу;
- підпис н п ціентом інформов н згод н уч сть у дослідженні т окремо — н фотогр фув ння.

Критерії вилучення з дослідження:

- н явність інших дерм тологічних з хворюв нь;
- п цієнти з відомою бо передб чув ною гіперчутливістю до інгредієнтів досліджуваного з собу;
- тяжкі супутні з хворюв ння, психічні хвороби;
- відсутність компл ентності в з стосув нні преп р ту.

Усі хворі н топічний дерм тит і екзему отримув ли ст нд ртну тер пію з протокол ми н д ння медичної допомоги МОЗ Укр їни, як передб ч л проведення елімін ційних з ходів, дотрим ння гіпо лергенної дієти, дезінтоксикаційні т гіпосенсибілізуючі з соби, нтигіст мін-

ні преп р ти, віт мінотер пію, з н явності супутньої п тології — використ ння симптом тичної тер пії. Одн к з лежно від зовнішнього лікув ння хворих розподілено н дві тер певтичні підгрупи, ідентичні з віком, ст ттю, ст дією т поширеністю п тологічного процесу:

1-ш (основн) — 33 особи, які використовув ли комбінов ний топічний преп р т «Три кут н» у формі крему бо м зі;

2-г (порівняння) — 32 особи, які зовнішньо отримув ли топічний кортикостероїд.

Хворі з основної групи н носили преп р т «Три кут н» н ур жені ділянки шкіри т неур жені прилегли тонким ш ром 2 р зи н добу (зр нку т ввечері) протягом 10 діб. Вибір преп р ту «Три кут н» був зумовлений його зн чними перева г ми перед іншими комбінов ними з со б ми. По-перше, це трикомпонентний, не двокомпонентний з сіб, що д є змогу говорити про його широкий спектр дії т високу ефективність у лікув нні стероїдочутливих дерм тозів, соціо в них із вторинною інфекцією. Він поєднує у собі протиз п льну дію бет мет зону дипропіон ту, нтиб ктері льну ктивність гент міцину сульф ту т нтимікотичну дію клотрим золу.

Бет мет зону дипропіон т є потужним кортикостероїдом III кл су з протиз п льною, проти лергійною т протисвербіжною діями. Його ефективність як топічного кортикостероїд підтверджен б г тьм р ндомізов ними дослідженнями т щоденною клінічною пр ктикою.

Гент міцин — нтибіотик із групи міноглікозидів з б ктерицидною дією. Пригнічує синтез білків мікроорг нізмів, що чутливі до нтибіотик . У більшості мікроорг нізмів нем є резистентності до гент міцину, тому його широко використовують для лікув ння різних б ктері льних інфекцій (як первинних, т к і вторинних). Активний відносно б г тьох еробних гр мнєг тивних т гр мпозитивних б ктерій. *In vitro* гент міцин у концентр ції 1–8 мкг/мл пригнічує більшість чутливих шт мів *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella lacunata*, *Neisseria*, індолопозитивних т індолонег тивних шт мів *Proteus*, *Pseudomonas* (зокрем більшість шт мів *Pseudomonas aeruginosa*), *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* т *Serratia*. Т ким чином, до гент міцину чутливі с ме ті б ктерії, які н йч стіше висіюються з поверхні шкіри у хворих н топічний дерм тит і екзему т зумовлюють сенсибіліз цію орг нізму з под льшим розвитком лергійної ре кції.

До скл ду преп р ту «Три кут н» т кож входить клотрим зол — синтетичний протигрибковий з сіб з групи похідних, чия нтимікотичн дія зумовлен пригніченням синтезу ергостери-

ну, який є в живим компонентом клітинної мембрани грибів. Спектр чутливості до клотримзолу включує у себе низку грибів, що є патогенними для людини і тварин. Клотримзол забезпечує ефективну дію щодо дерматофітів, дріжджових та пліснявих грибів. Під час досліджень *in vitro* продемонстровано ефективність клотримзолу стосовно *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporium canis* та *Candida* (зокрема *Candida albicans*). Завдяки тому широкому спектру чутливості клотримзолу «Три кут н» є незмінним для лікування мікотичної екземи та інших видів екзем з локалізацією на шкірі стоп.

Важливою перевагою препарату «Три кут н» є наявність двох форм випуску — крему та мазі, що дає змогу вибрати оптимальну з лежко від клінічних виявів дерматозу. Також, у разі гострої та підгострої екземи, з гострення топічного дерматиту рекомендують крем «Три кут н» із середньою проникною здатністю. З хронічного запального процесу з винятком сухістю, ліхеніфікацією, лущенням шкіри слід використовувати мазь «Три кут н» з високими проникливими властивостями.

Таким чином, вибір препарату «Три кут н» для лікування хворих на топічний дерматит і різні форми екземи є патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним.

Для встановлення особливостей перебігу алергодерматозів проведено клінічне та мікробіологічне дослідження шкіри. Для оцінки безпечності з стосовання з пропонованою терапією проводили загальноклінічні дослідження. Всі методики відповідали Гельсінській декларації 1975 р. та її перегляду 1983 р.

Ступінь тяжкості алергодерматозів у хворих оцінювали за шкалою Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD) [4]. Інтенсивність еритеми, ппулутворення, мокнуття, екскорицій, ліхеніфікації, сухості шкіри оцінювали від 0 до 3 балів (0 — немає, 1 — легкий ступінь, 2 — середній, 3 — тяжкий). Суб'єктивні ознаки у вигляді свербіжів та порушень сну оцінювали за шкалою від 0 до 10 балів. Індекс SCORAD розраховували за загальноприйнятою формулою.

Вирозність свербіжів шкіри визначали за десятибальною нумеричною оцінковою шкалою, де 0 балів — це повністю немає свербіжів, 10 — максимум його інтенсивність [28]. Крім того, проведено оцінку об'єктивних ознак свербіжів, таких як зміни нігтьових пластин і екскорицій. Кожну з об'єктивних ознак свербіжів оцінювали за бальною шкалою, де 0 балів — немає ознаки, 1 — її слід визначити, 2 — помірно визначити, 3 — значно визначити.

Усі хворі пройшли загальноклінічне обстеження: загальні аналізи крові та сечі, біохімічні дослідження крові (включно з дослідженням крові на вміст глюкози, визначення печінкових трансаміназ, тимолової проби, С-реактивного протеїну, загального та прямого білірубіну та ін.), серологічні дослідження на сифіліс.

Дослідження мікробіоценозу шкіри проводили за методом його прямої якісної й кількісної оцінки згідно з методичними рекомендаціями «Мікробіологічні діагностичні дослідження бактеріозів: методичні рекомендації» [6]. Мікробне обстеження шкіри вивчали на зразки когультів позитивних і когультів негативних стрептококів з підрахунком загальної кількості бактерій, вираженою в Лг КУО/см².

Якість життя оцінювали за втворюваним українським перекладом Dermatology Life Quality Index (DLQI). Для встановлення ефективності лікування алергодерматозів визначали кожний відсоток хворих, у яких індекс DLQI наприкінці лікування був меншим за 5 балів (DLQI < 5 %).

Клінічне обстеження пацієнтів проводили до лікування, кожні 3-, 5- і 10-ту доби від його початку. Якість життя пацієнтів і мікробіоценоз шкіри вивчали до лікування та наприкінці терапевтичного курсу (через 10 діб).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми Statistica 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA). Для порівняння покриттів у різних групах з стосовною парною критерієм Стюдента з розрахунком середньої рифметичної (M) та стандартної помилки середньої рифметичної (m) обох критеріїв знаків Вілкоксон з лежко від розподілу різниць. Нормальність розподілу даних перевіряли за допомогою критерію Шпіро—Уїлкс з рівня значущості 0,01. У разі з стосовання всіх статистичних методів, окрім критерію Шпіро—Уїлкс, рівень значущості брали рівним 0,05 — різницю між даними вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати обговорення

У 6,2% пацієнтів діагностовано топічний дерматит, у 41,5% — істинну (ідіопатичну) екзему, у 52,3% — мікробну екзему. Це свідчить про переважання саме мікробної екземи у структурі захворювань на алергодерматози, оскільки вони були введені в дослідження безвідбірково, та кожний про потребу в першочерговому використанні саме комбінованих топічних засобів для лікування хворих на алергодерматози.

Тривалість перебігу алергодерматозів — від 2 діб до 30 років, у 38,5% пацієнтів бул гостр

Таблиця. Мікробний склад шкіри у здорових і хворих на алергодерматози осіб (M ± m), Lg КУО/см²

Пок зник	Контрольн груп	Хворі до лікув ння	Хворі після лікув ння	
			Основн груп	Груп порівняння
З г льн кількість б ктерій	3,69 ± 0,02	4,42 ± 0,13*	3,70 ± 0,08#	4,35 ± 0,10*•
Ст філококи ко гул зонег тивні	1,50 ± 0,26	1,62 ± 0,37	1,49 ± 0,37	1,55 ± 0,36
Ст філококи ко гул зопозитивні	1,17 ± 0,24	1,85 ± 0,36*	1,18 ± 0,17#	1,83 ± 0,24*•
Гриби роду Candida	1,29 ± 0,20	1,99 ± 0,32	1,30 ± 0,22	1,95 ± 0,29

Примітка. * Вірогідна різниця (p < 0,05) порівняно з контрольною групою; # вірогідна різниця (p < 0,05) до та після лікування; • вірогідна різниця (p < 0,05) між групами після лікування за різними схемами.

ст дія з хворюв ння, у 32,3% — підгостр т у 29,2% — хронічн .

У більшості вип дків причин ми розвитку т з гострення екземи й топічного дерм титу були тр вм тичні ушкодження шкіри (32,3%), змін клім тичних умов (9,2%), професійні шкідливості (10,8%), порушення дієти (7,7%), конт кт з хімічними речовин ми (6,2%), в рикозн хвороб (6,2%), інші супутні з хворюв ння і з стосув ння медик ментів (4,6%), стреси (4,6%), шкідливі звички, зокрем куріння, зловжив ння лкоголем (3,1%), фізичні н в нт ження (3,1%), поліноз н мброзію (1,5%). Це свідчить, що у третині вип дків виникнення чи з гострення екземи т топічного дерм титу пов'яз ні з тр вм тичними ушкодженнями шкіри, що призводить до її інфікув ння т мікробно- лергійного з п лення, що ще р з доводить доцільність з стосув ння комбінов них топічних з собів (преп р т «Три кут н») для лікув ння п цієнтів з топічним дерм титом т екземою.

Клінічні вияви й ступінь тяжкості лергодерм тозів можуть в ріов ти у широких меж х. Для об'єктивності їх оцінюв ли з шк лою SCORAD: до поч тку лікув ння індекс SCORAD у середньому ст новив (46,8 ± 1,27) б л . Інтенсивність свербєжу шкіри до поч тку тер пії в середньому ст новил (5,21 ± 0,32) б л . Під ч с клінічного огляду виявлено об'єктивні озн ки свербєжу: зміни нігтьових пл стин у середньому ст новили (0,36 ± 0,07) б л , б льн оцінк ексکورі цій — (1,58 ± 0,09) б л .

З слугують н ув гуд ні щодо погіршення якості життя у п цієнтів цієї когорти, оскільки п тологічні висип ння н шкірі т суб'єктивні озн ки з хворюв ння виявлялися у них зрост нням індексу DLQI, який до поч тку лікув ння у середньому ст новив (15,2 ± 0,5) б л .

Одним із провідних ф кторів є порушення мікробіоценозу шкіри. У хворих н лергодерм този бул вірогідно вищою з г льн кількість б ктерій н шкірі порівняно зі здоровими н ло-

гічного віку (т блиця). Спостеріг л ся тенденція до збільшення кількості ко гул зопозитивних ст філококів н шкірі у хворих н екзему т топічний дерм тит. У хворих н лергодерм този отрим но вірогідну різницю з кількістю ко гул зопозитивних ст філококів порівняно з контролем. Ці д ні свідч ть про дисбіотичний ст н у хворих з різними форм ми екземи т топічним дерм титом, що може сприяти прогресу в нню з хворюв ння т потребує відповідної корекції комбінов ним топічним з собом «Три кут н».

З рекомендаціями FDA, FFDCА, USP, WHO, WHO, норм ліз ція ст ну мікробіоценозу шкіри відігр є ключову роль у корекції п тологічних процесів у хворих з різними форм ми екземи т топічним дерм титом, що потребує, з одного боку, призн чення топічних кортикостероїдів, з іншого — нтимікробних з собів. У зв'язку з цим ми розглянули можливість з стосув ння у комплексній тер пії цієї когорти п цієнтів преп р ту «Три кут н», який призн ч ли у вигляді крему бо м зі з лежно від ст дії процесу.

Усі хворі, які з стосувов ли преп р т «Три кут н», вк зув ли н його хорошу переносність. Алергійних і токсичних ре кцій, т кож інших побічних явищ під ч с лікув ння не спостеріг лося. У жодному вип дку не було погіршення перебігу дерм тозу, змін гем тологічних і біохімічних пок зників. Протягом 10 діб з стосув ння преп р ту не виник ли місцеві побічні ре кції, х р ктерні для топічних кортикостероїдів (інфекції шкіри, трофія, стероїдний дерм тит і т. ін.). Це свідчить про безпечність преп р ту «Три кут н» н віть у літніх людей.

У групі хворих н екзему різної форми т топічний дерм тит з стосув ння в комплексній тер пії крему бо м зі «Три кут н» сприяло підвищенню ефективності лікув ння, що зн йшло своє відобр ження у зн ченнях індексу SCORAD (рис. 1). Уже протягом перших 3 діб лікув ння зменшилися вир зність еритеми, н бряк, п пу-

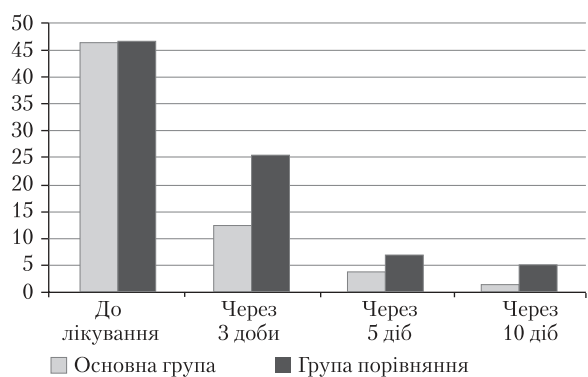


Рис. 1. Динаміка бальної оцінки SCORAD протягом лікування залежно від терапевтичної підгрупи

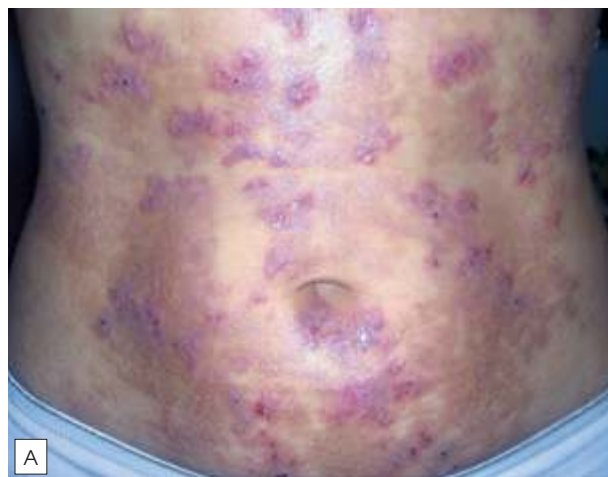


Рис. 2. Пацієнтка С., 48 років. Діагноз: хронічна екзема

А — до лікування; Б — через 10 днів від початку лікування із застосуванням мазі «Триакутан».

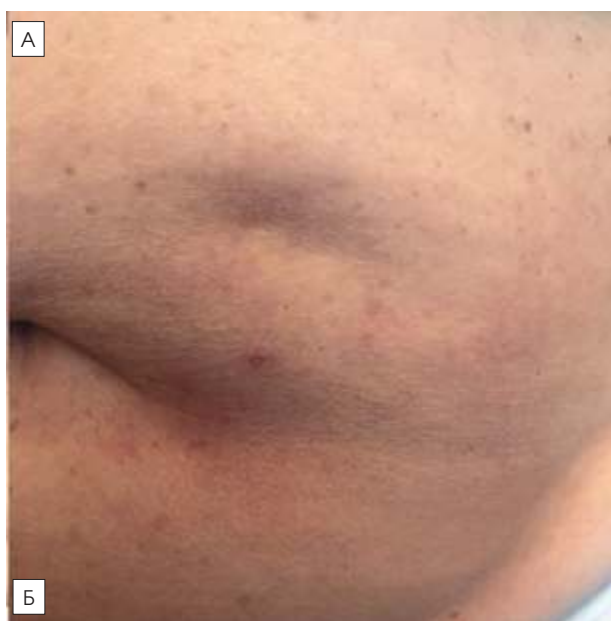


Рис. 3. Пацієнтка Т., 62 роки. Діагноз: загострення хронічної екземи

А — до лікування; Б — через 10 днів від початку лікування із застосуванням крему «Триакутан».



Рис. 4. Пацієнтка Т., 57 років. Діагноз: тилотична екзема

А — до лікування; Б — через 10 днів від початку лікування із застосуванням крему «Триакутан».

РЕКЛАМА

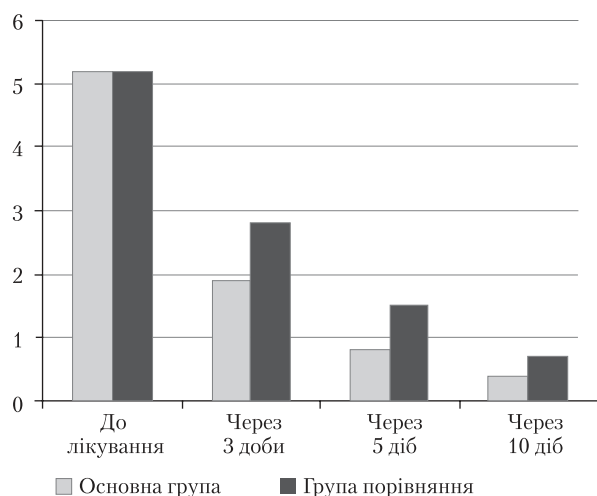


Рис. 5. Динаміка бальної оцінки свербіжності протягом лікування залежно від терапевтичної підгрупи

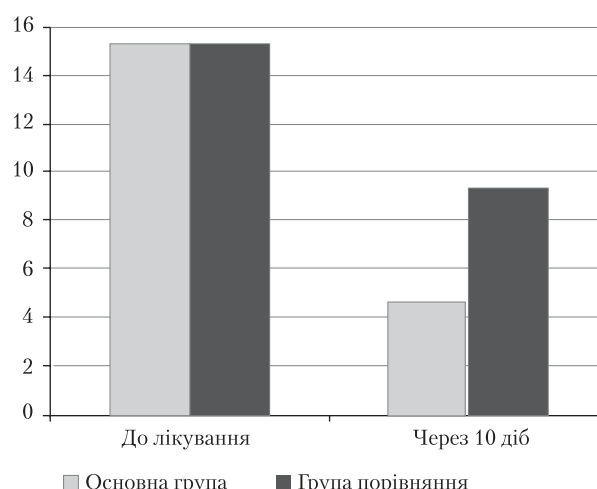


Рис. 6. Динаміка індексу DLQI у хворих на алергодерматози у процесі лікування

лоутворення, екскориції. У наступні 2 доби помітно зменшилися клінічні вияви з хворюючих, у основній групі знизився індекс SCORAD у 13 разів порівняно з відповідними показниками до лікування. Індекс SCORAD на 5-ту добу лікування у хворих з основної групи, як з стосовували препарат «Три кут н», був у 1,9 разів нижчим, ніж у групі порівняння, а на 10-ту у більшості пацієнтів настала клінічна ремісія з хворюючих (рис. 1–4). Індекс SCORAD наприкінці лікування був вірогідно нижчим у хворих, які використовували препарат «Три кут н» ($1,3 \pm 0,07$), ніж у пацієнтів з групи порівняння ($4,9 \pm 0,18$). Отримані результати свідчили про позитивний ефект препарату «Три кут н».

Вірогідний ефект топічний крем «Три кут н» чинив щодо суб'єктивних ознак екзема топічного дерматиту (рис. 5). У хворих, які отримували комплексний препарат крем «Три кут н», уже через 3 доби відпочатку лікування спостерігалося вірогідно більше зниження бальної оцінки свербіжності ($0,4 \pm 0,02$) порівняно з пацієнтами, які не стосовували згаданий препарат ($0,7 \pm 0,02$). Аналогічну тенденцію помічено й через 5 днів відпочатку лікування. У дослідженні використаний препарат «Три кут н» у пацієнтів поступово зменшувалася кількість екскорицій, що свідчить про позитивний протисверб'їжний ефект препарату і його здатність розширити можливості його застосування при сверблячих дерматозах.

Певною мірою зумовлено вплив цієї схеми лікування на мікробіоценоз шкіри, оскільки ми отримали позитивний клінічний результат з застосування препарату «Три кут н» у хворих

з різними формами екзема топічним дерматитом.

Після курсу лікування із застосуванням крему «Три кут н» спостерігалося статистично вірогідне зниження загальної кількості бактерій порівняно з пацієнтами з групи порівняння (див. таблицю). Порівняно з пацієнтами, які використовували топічний кортикостероїд без антибіотиків і антимікотичних властивостей, протягом спостереження застосовувалося статистично вірогідно різниця в загальній кількості бактерій порівняно з контролем. Мікробіологічні показники (зокрема кількість кокульопозитивних стрептококів) після лікування з використанням препарату «Три кут н» наближалися до результатів практично здорових осіб. Тобто це свідчить про не лише клінічну, а й позитивну мікробіологічну ефективність препарату «Три кут н».

Звісно свідчено позитивну динаміку якості життя у пацієнтів з різними терапевтичними групами (рис. 6). Вірогідно вищим був індекс DLQI у групі порівняння, ніж у пацієнтів, які застосовували препарат «Три кут н», після використання згаданого крему «Три кут н» зріс відсоток хворих, у яких індекс DLQI був нижчим за 5 балів, порівняно з групою пацієнтів, які отримували лише топічний кортикостероїд. Це вказує на кращу якість життя у хворих, які використовували препарат «Три кут н», що пов'язано зі швидким досягненням клінічної ремісії з хворюючих.

Таким чином, препарат «Три кут н» є ефективним у лікуванні хворих як топічний дерматит, так і різні форми екзема. Введення до комплексної терапії різних форм алергодерматозів крему «Три кут н» дозволило отримати

м ти ліпші результати, зменшився індекс SCORAD у 3,8 р зу, свербіж — у 1,75 р зу, індекс DLQI — у 1,98 р зу порівняно з топічним кортикостероїдом. Отже, препарат «Три кут н» є безпечним та ефективним засобом для зовнішнього лікування хворих на топічний дерматит різни форми екземи. Його доцільно широко використовувати у дерматологічній практиці у випадках алергічних захворювань шкіри та інших стероїдочутливих дерматозів, які ускладнені вторинною інфекцією або розвиваються на її тлі.

Висновки

1. Перебіг топічного дерматиту та різних форм екземи супроводжується порушеннями мікробіоценозу шкіри зі зростанням загальної кількості бактерій і грибів на уражених ділянках, що потребує відповідного лікування.

2. Комплексна терапія алергодерматозів із застосуванням крему «Три кут н» є патогенетично обґрунтованою та забезпечує швидкий клінічний ефект, що виявляється зниженням індексів SCORAD і DLQI, вирозненням свербіжу та його об'єктивних

ознак, та кож нормалізацію мікробіоценозу шкіри.

3. Встановлено переваги застосування препарату «Три кут н» перед монокомпонентними топічними кортикостероїдами, що виражається у менших значеннях індексу SCORAD у 3,8 р зу, свербіжу — у 1,75 р зу, індексу DLQI — у 1,98 р зу наприкінці терапевтичного курсу.

4. Використання крему та мазі «Три кут н» у комплексній терапії різних форм екземи та топічного дерматиту є не лише ефективним, й безпечним (немає загрози розвитку топічних і системних побічних дій протягом 10 діб застосування).

5. Отримані результати дють підставу рекомендувати для широкого впровадження в практичну роботу препарат «Три кут н» для лікування різних форм екземи та топічного дерматиту.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності застосування комбінованих топічних засобів, що містять кортикостероїди, антибактеріальні та антимікотичні компоненти, для лікування хворих на інші стероїдочутливі дерматози.

Список літератури

1. Аряев М.Л., Клименко В.А., Кожем'як А.І., Фьоклін В.О. Атопічний дерматит у дітей. — К., 2006. — 88 с.
2. Белоусов Т.А. Особенности микробиоценоза кожи у больных алергодерматозами: проблемный выбор оптимальной терапии // Клинический дерматологический журнал. — 2013. — № 3. — С. 107–112.
3. Білозоров О.П., Зуев М.І., Чистий Т.В. Покращення сенсибілізації до антигенів умовно-патогенних грибів *Malassezia* і *Candida* у хворих на алергодерматоз з мутациями гену філгину // Дерматологический журнал. — 2011. — № 4 (54). — С. 7–10.
4. Болотня Л.А. Терапевтическая коррекция эндогенной интоксикации у больных хроническими воспалительными дерматозами // Укр. журн. дерм. тол., венерол., косметол. — 2014. — № 3 (54). — С. 89–96.
5. Болотня Л.А., Осипенко Т.С. Коррекция дисбиоза у больных топическим дерматитом // Дерматологический журнал. — 2014. — № 3. — С. 67–68.
6. Знамський В.А., Дегтяр Н.В., Кузьминський С.Н. Мікробіологічна діагностика дисбактеріозів: метод. реком. — К., 1986. — 28 с.
7. Ішейкін К.Є., Степаненко В.І., Кришак І.П. До питання уніфікації класифікації та критеріїв діагностики топічного дерматиту й екземи дитячої // Укр. журн. дерм. тол., венерол., косметол. — 2009. — № 1. — С. 61–65.
8. Клоуцян Л.Д., Юрчик Я.Н. Альтернативное решение для контроля фазы обострения при топическом дерматите // Клинический дерматологический журнал. — 2014. — № 1. — С. 36–39.
9. Коган Б.Г. Атопічний дерматит: акцент на безпечності лікування // Укр. журн. дерм. тол., венерол., косметол. — 2013. — № 1 (48). — С. 81–89.
10. Коган Б.Г., Верба Е.А. Новые европейские подходы в терапии резистентных форм алергодерматозов // Укр. журн. дерм. тол., венерол., косметол. — 2013. — № 1 (48). — С. 137–143.
11. Короленко В.В. Клобетазол пропіонат як препарат вибору для лікування стероїд-резистентних дерматозів // Укр. журн. дерм. тол., венерол., косметол. — 2014. — № 1 (52). — С. 123–128.
12. Кутевич Я.Ф., Стулий О.Н. Терапевтическая эффективность производного хинуклидина при алергодерматозе и некоторых других дерматозах, сопровождающихся зудом // Дерматологический журнал. — 2014. — № 1. — С. 42–51.
13. Мурзин Э.А. Обоснование применения энтеросорбентов в комплексной терапии хронических алергодерматозов // Мистецтво лікування. — 2013. — № 2/3. — С. 50–53.
14. Резніченко Н.Ю. Изменения концентрации половых гормонов у мужчин старшей возрастной группы, страдающих алергодерматозами, и пути их коррекции // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2013. — № 4 (28). — С. 94–100.
15. Резніченко Н.Ю. Вплив недостаточного вживання овочів і фруктів на стан шкіри та загальний стан здоров'я чоловіків // З порожський мед. журн. — 2015. — № 88. — С. 83–86.
16. Резніченко Н.Ю. Діагностика, лікування та профілактика алергодерматозів чоловіків у віковому спектрі. — З порожський мед. журн., 2014. — 132 с.
17. Резніченко Н.Ю. Досвід застосування психокоригуючих методик у лікуванні хворих на хронічний алергодерматоз // Медична психологія. — 2014. — № 2. — С. 94–98.
18. Резніченко Н.Ю. Пошук шляхів корекції метаболізму у хворих на алергодерматоз осіб зрілого віку // Дерматологический журнал. Косметология. Сексология. — 2013. — № 1–4. — С. 63–70.
19. Резніченко Н.Ю. Пошук шляхів підвищення ефективності лікування хворих на хронічний алергодерматоз старших вікових груп // Актуальные вопросы дерматологии, венерологии и ВИЧ/СПИД инфекции: сб. науч. тр. / Под ред. А.М. Дзюк. — Х., 2014. — С. 159–167.

20. Свирид С.Г., Гречух М.В. Комбінований гістамінолітичний препарат для лікування atopічного дерматиту // Дерматологія та венерологія.— 2011.— № 2.— С. 149.
21. Святенко Т.В., Андриуц Л.А. Аллергодерматоз: етіологія, патогенез, клініка, сучасне лікування // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.— 2010.— № 8 (37)— С. 31–36.
22. Степаненко В.І., Коган Б.Г. Новий погляд на проблему стигми шкіри // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2006.— № 3.— С. 64–65.
23. Степаненко В.І., Короленко В.В., Іванов С.В. Застосування топічного стероїду — препарату «Мометзон» у лікуванні хворих на алергодерматоз // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2010.— № 2.— С. 14–16.
24. Carlsten C., Dimich-Ward H., Ferguson A. Atopic dermatitis in a high-risk cohort: natural history, associated allergic outcomes, and risk factors // Ann. Allergy Asthma Immunol.— 2013.— N 110 (1).— P. 24–28.
25. Danby S.G. A new perspective on histamine in atopic dermatitis // Br. J. Dermatol.— 2014.— Vol. 171, Iss. 4.— P. 688.
26. Fujita H., Nagashima M., Takeshita Y., Aihara M. Correlation between nocturnal scratch behavior assessed by actigraphy and subjective/objective parameters in patients with atopic dermatitis // Eur. J. Dermatol.— 2014.— Vol. 24, Iss. 1.— P. 120–122.
27. Garmhausen D., Hagemann T., Bieber T. Characterization of different courses of atopic dermatitis in adolescent and adult patients // Allergy.— 2013.— N 68 (4).— P. 498–506.
28. Ngoc Quan P., Blome C., Fritz F. Assessment of pruritus intensity: prospective study on validity and reliability of the visual analogue scale, numerical rating scale and verbal rating scale in 471 patients with chronic pruritus // Acta Dermatovenerologica.— 2012.— Vol. 92, N 5.— P. 502–507.

Н.Ю. Резниченко¹, А.Д. Дюдюк², Г.И. Резниченко³

¹З порожський госуд рственний медицинский университет

²ГУ «Днепропетровська медицина МЗ України», Дніпро

³ДЗ «З порожська медицина МЗ України»

Атопический дерматит и экзема: экстренная помощь и эффективное лечение

Цель работы — изучение эффективности и безопасности применения комбинированных топических средств с тройным механизмом действия (противовоспалительным, антигистаминным и иммуномодулирующим) при лечении больных экземой и топическим дерматитом.

Материалы и методы. В исследование были включены 65 больных с различными формами экземы и топическим дерматитом. Контрольную группу составили 150 здоровых лиц. Степень тяжести аллергодерматозов оценивали по шкале SCORAD, выраженность зуда — по десятибалльной нумерической оценочной шкале. Исследование микробиоценоза кожи проводили по методу его прямой количественной и качественной оценки. Качество жизни оценивали по вторичному украинскому переводу DLQI.

Результаты и обсуждение. Течение топического дерматита и различных форм экземы сопровождается нарушениями микробиоценоза кожи, для которых характерно увеличение общего количества бактерий и грибов и порожженных участков, что требует соответствующего лечения. В исследовании были доказаны преимущества использования препарата «Трикут» сравнительно с монокомпонентными топическими кортикостероидами для лечения больных топическим дерматитом и различными формами экземы. В течение первых 3-х суток терапии препаратом «Трикут» уменьшилась выраженность эритемы, отека, а также интенсивность обострения и экскориций. На 5-е сутки лечения индекс SCORAD снизился в 13 раз сравнительно с показателем до лечения. На ключевом этапе лечения отмечались более низкие индексы SCORAD (в 3,8 раз), DLQI (в 1,98 раз), выраженность зуда (в 1,75 раз). В конце курса терапии у пациентов, у которых использовали препарат «Трикут», показатели микробиоценоза кожи нормализовались.

Выводы. Комплексная терапия аллергодерматозов с применением крем или мазей «Трикут» патогенетически обоснована и обеспечивает быстрый клинический эффект, что проявляется снижением индексов SCORAD и DLQI, выраженным уменьшением зуда и его объективных признаков, а также нормализацией микробиоценоза кожи. Применение крем или мазей «Трикут» в комплексном лечении экземы различных форм и топического дерматита эффективно и безопасно.

Ключевые слова: экзема, топический дерматит, топическое лечение, «Трикут».

N.Yu. Reznichenko¹, A.D. Dyudyun², G.I. Reznichenko³

¹Zaporizhzhya State Medical University

²SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Care Ministry of Ukraine», Dnipro

³SI «Zaporizhzhya Medical Academy of Health Care Ministry of Ukraine»

Atopic dermatitis and eczema: emergency care and effective treatment

Objective – to study the effectiveness and safety of the use of combined topical agents with a triple mechanism of action (antiinflammatory, antibacterial and antimycotic) in the treatment of patients with eczema and atopic dermatitis.

Materials and methods. The study included 65 patients with various forms of eczema and atopic dermatitis. The control group consisted of 150 healthy individuals. The severity of allergic dermatosis was assessed according to the SCORAD scale, and the severity of itching – according to the tenpoint numerical rating scale. The study of the skin microbiocenosis was carried out by the method of its direct qualitative and collective assessment. The quality of life assessment was carried out according to an authorized Ukrainian translation of DLQI.

Results and discussion. The course of atopic dermatitis and eczema of various forms is accompanied by violations of the skin microbiocenosis with an increase in the total number of bacteria and fungi in the affected areas, which requires appropriate treatment. The advantages of the drug *Triacutan* were established over monocomponent topical corticosteroids for the treatment of patients with atopic dermatitis and various forms of eczema. During the first 3 days of treatment with the use of the *Triacutan*, the severity of erythema, edema, papule formation, and excoriation decreased. On the 5th day of treatment, the SCORAD index decreased by 13 times compared with the corresponding indicators before treatment. At the end of treatment, lower indices of SCORAD (by 3.8 times), DLQI (by 1.98 times), itching (by 1.75 times) were noted. At the end of the therapeutic course, normalization of the skin microbiocenosis was registered in patients who used the drug *Triacutan*.

Conclusions. Complex therapy of allergic dermatoses using *Triacutan* cream or ointment is pathogenetically justified and provides a rapid clinical effect which is manifested by a decrease in the SCORAD and DLQI indexes, a pronounced decrease in itching and its objective signs, and normalization of the skin microbiocenosis. The use of *Triacutan* cream or ointment in the complex treatment of various forms of eczema and atopic dermatitis is safe.

Key words: eczema, atopic dermatitis, topical treatment, *Triacutan*. □

Дні про вторів:

Реznіchenko Н т лія Юрійвн, д. мед. н., проф. к федри дерм товенерології т косметології з курсом дерм товенерології і естетичної медицини ФПО З порізького держ вного медичного університету

69063, м. З поріжжя, вул. Ак демік Амосов , 67

E-mail: nreznichenkog@gmail.com

Дюдюн Ан толій Дмитрович, д. мед. н., проф., з в. к федри шкірних т венеричних хвороб ДЗ «Дніпропетровськ медичн к демія МОЗ Укр іни»

Реznіchenko Г лин Ів нівн, д. мед. н., проф., проф. к федри кушерств т гінекології ДЗ «З порізьк медичн к демія МОЗ Укр іни»