

УДК 615.244+616-08+616.521

АКТУАЛЬНІСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ

Буянова І.О.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дерматології та венерології, м. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: irynabuianova777@gmail.com

Резюме. Екзема - група запальних захворювань шкіри нейроалергічної природи, що характеризуються рецидивуючим перебігом та еволюційним поліморфізмом. На екзему страждають від 1 до 5% населення земної кулі. За даними українських вчених, екзема та алергічний дерматит становлять 15-40% шкірних захворювань. В Івано-Франківській області в 2017 році пацієнти з екземою становили 14,55% від всіх інших захворювань шкіри і підшкірної клітковини. За статистичними даними, до 80% випадків алергічних захворювань шкіри пов'язані з різноманітними ураженнями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Вважається, що серед патологій ШКТ вагоме значення для формування алергічних реакцій мають ураження гепатобіліарної системи (холецистити, дискінезії жовчевих шляхів, неалкогольні стеатогепатити, жирова інфільтрація печінки, тощо) та патологія кишківника (дисбактеріоз).

Метою нашої роботи був аналіз існуючих підходів до лікування екземи із визначенням перспективних напрямків удосконалення лікування таких хворих. Діючі в Україні «Протоколи надання медичної допомоги хворим на екзему», визначені наказом МОЗ №312 від 08.05.2009 року, включають: дієту №5,9, дезінтоксикаційні препарати, антигістамінні, гіпосенсибілізуючі, седативні, адаптогени, глюкокортикостероїди системної дії, ферментні препарати, вітаміни, сорбенти. Місцева терапія залежить від стадії процесу і включає примочки, глюкокортикостероїдні креми і мазі, топічні інгібітори кальциневрину, фототерапію.

На даний час у хворих на екзему встановлено порушення обмінних процесів, пов'язаних з хронічними запальними процесами гепатобіліарної системи. Часто визначають ознаки порушень білкового обміну. Згідно даних досліджень при екземі, особливо в період загострення і при розповсюджених формах, гіпоальбумінемія спостерігається майже у половини хворих. Для пацієнтів з екземою властиве значне збільшення активності аланінтра-

нсамінази сироватки крові при помірному зростанні активності аспартатамінотрансферази і лактатдегідрогенази, що свідчить про змінену функцію гепатоцитів або наявність хронічного гепатиту, що потребує застосування необхідної корегуючої терапії. Помірне збільшення активності лужної фосфатази у сироватці крові таких хворих може підтверджувати наявність супутнього хронічного гепатиту і служити також показником відновлення функції гепатоцитів в процесі патогенетично-корегуючої терапії.

Таким чином, ефективна профілактика та лікування хронічних захворювань печінки у хворих на екзему є патогенетично обґрунтованою, що зумовлює необхідність використання гепатотропних засобів в комплексному лікуванні даного дерматозу.

Ключові слова: екзема, лікування, гепатопротектори.

Вступ. Дослідження патогенетичних ланок алергічних захворювань шкіри з метою оптимізації їхнього лікування лишається однією з найактуальніших проблем у дерматології [6]. Актуальність визначається як зростанням кількості випадків цих захворювань [7], так і схильністю до тяжкого клінічного перебігу, що виявляється поширеністю процесу на шкірі, частими рецидивами, резистентністю до прийнятих методів лікування та тривалої непрацездатності пацієнтів. На екзему страждають від 1 до 5% населення земної кулі [5]. За даними українських вчених, екзема та алергічний дерматит становлять 15-40% шкірних захворювань [5]. В Івано-Франківській області в 2017 році пацієнти з екземою становили 14,55% від всіх інших захворювань шкіри і підшкірної клітковини.

Метою нашої роботи був аналіз існуючих підходів до лікування екземи із визначенням перспективних напрямків удосконалення лікування таких хворих.

Екзема - група запальних захворювань шкіри нейроалергічної природи, що характеризуються рецидивуючим перебігом та еволю-

ційним поліморфізмом. Вперше термін «екзема» був застосований в II ст. до н.е. для визначення дерматозів з гострим перебігом. Сама назва походить від грецького слова «*eczeo*», що означає «закипати», і відображає найбільш характерну ознаку гострої екземи – наявність багаточисельних міхурців, які швидко розкриваються, що нагадує міхурці на поверхні кип'ячої води [4]. В другій половині XVIII ст. вчені виділили екзему в окрему нозологічну форму. Згідно сучасних уявлень, для встановлення діагнозу екзема необхідна наявність трьох складових: сенсibiliзація до екзогенних та ендogenous чинників, наявність спонгіозу і внутрішньо-епідермальних везикул, як морфологічного субстрату, та розвиток еволюційного поліморфізму запальних елементів. Українськими вченими Калужною Л.Д. із співавторами (2014) запропонована наступна класифікація екземи [2] ендogenous (атопічна, себорейна, дискоїдна, інфекційна, варикозна); екзогенні (алергічна контактна, іритантна контактна, фото чутлива).

Етіологія екземи до кінця не з'ясована. Захворювання розвивається на тлі генетичної схильності, яка доведена у хворих на істинну екзему. В патогенезі екземи ключовою ланкою є полівалентна сенсibiliзація до екзогенних та ендogenous чинників. Імунологічні розлади у хворих на екзему проявляються дисбалансом клітинної ланки імунітету (зміна кількісних та функціональних показників різних популяцій Т-лімфоцитів), зміненою секрецією імуноглобулінів та протизапальних цитокінів [3]. Важливою в патогенезі екзем є роль нервової системи, що підтверджується зв'язком початку виникнення екземи або загострення захворювання з психоемоційними стресами, наявністю свербіж [1]. За статистичними даними, до 80% випадків алергічних захворювань шкіри пов'язані з різноманітними ураженнями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Вважається, що серед патологій ШКТ вагоме значення для формування алергічних реакцій мають ураження гепатобіліарної системи (холецистити, дискінезії жовчевих шляхів, неалкогольні стеатогепатити, жирова інфільтрація печінки, тощо) та патологія кишківника (дисбактеріоз) [8].

Діючі в Україні «Протоколи надання медичної допомоги хворим на екзему», визначені наказом МОЗ №312 від 08.05.2009 року, включають: дієта №5, 9.

Гіпоалергенна дієта (виключення облігатних харчових алергенів екстрактивних речовин, гостро подразнюючих страв, алкоголю, обмеження повареної солі, вуглеводів). Елімі-

наційні дієти більш ефективні при виявленні продуктів, що провокують виникнення алергічного процесу. Якщо такі не виявлені, то призначають дієту з виключенням продуктів, що мають сенсibiliзуючі властивості і викликають, за даними анамнезу, розвиток хвороби або її загострення. Виключають з раціону цитрусові, горіхи, рибу і рибні продукти, копчені вироби, оцет, гірчицю, майонез та інші спеції, хрін, редис, редьку, томати, баклажани, гриби, яйця, молоко, полуницю, диню, ананас, здобне тісто, мед.

Дезинтоксикаційні засоби (реополіглюкін, реосорбілакт, полівідон+натрію хлорид+калію хлорид+кальцію хлорид+магнію хлорид+натрію гідрокарбонат, неогемодез, ізотонічний 0,9% розчин.

Гіпосенсibiliзуючі засоби (30% натрію тіосульфат, 10% кальцію хлорид, 25% магнію сульфат, 10% кальцію глюконат).

Антигістамінні препарати (хлоропірамін, дифенгідрамін, клемастин, мебгідролін, лоратадин, дезлоратадин, ебастин, фексофенадин).

За вибором препарати I, II та III покоління (для препаратів I покоління зміна засобу через 10 днів), при необхідності після 2-3 тижневих інтервали лікування зазначеними препаратами повторюють. Дані препарати призначають для зменшення запальних процесів в шкірі, які здатні блокувати H1- і H2-гістамінові рецептори. Базовою особливістю препаратів I покоління («Димедрол», «Діазолін», «Супрастин», «Тавегіл», «Фенкарол») є їх легке проникнення через гематоенцефалічний бар'єр з проявом седативно-снодійного ефекту, що пояснює доцільність їх призначення при вираженому свербіжі і порушенні сну. Антигістамінні II покоління (лоратадин, терфенадин) не проникають через гематоенцефалічний бар'єр і не володіють седативним ефектом. Вони швидко подавляють алергічні реакції і характеризуються тривалим терапевтичним ефектом. Антигістамінні III покоління представляють собою високоактивні метаболіти препаратів нової генерації, які не володіють побічними реакціями, які властиві їх попередникам.

Глюкокортикоїдні засоби для системного застосування (преднізолон, дексаметазон, триамцинолон) призначаються при тяжкому клінічному перебігу (генералізовані форми, відсутність ефекту від тривалої традиційної терапії), оскільки, володіють вираженим протизапальним і протиалергічним ефектом, а також впливають на імунологічні та патофізіологічні ланки алергічного запалення в шкірі.

Ці препарати подавлюють синтез антитіл, знижують процеси дегрануляції опасистих клітин, зменшують хемотаксис і виділення медіаторів запалення.

Седативні препарати призначаються для нормалізації функції нервової системи. Для зменшення інтенсивності свербіжів і покращення загального самопочуття хворих застосовують препарати бромиду, валеріани, півонії, а також комплексні фітозасоби: «Седасен форте», «Персен».

Транквілізатори (гідазепам, адаптол, діазепам, оксазепам, нітразепам) призначаються у випадках розвитку більш тяжких порушень нервово-психічного статусу, що проявляється вираженим емоційним напруженням і безсонням.

Вегетотропні засоби (фенобарбітал+ерготамін+сума алкалоїдів беладони).

Адаптогени (гліцисед).

Ферментні препарати (при виявленні ферментативної недостатності підшлункової залози), які сприяють повноцінному розщепленню білків, жирів і вуглеводів в шлунково-кишковому тракті, в результаті чого зменшується кишкова адсорбція продуктів неповного метаболізму, а також знижується антигенне навантаження при харчовій алергії.

А)препарати панкреатину (креон, мезим-форте);

Б)комбіновані препарати, що містять панкреатин, холевую кислоту, пепсин, амінокислоти (панзинорм форте, фестал, ензистал).

При схильності до запорів рекомендують препарати, що містять компоненти жовчі. При наявності нестійкого стільця застосовують препарати, що не містять компонентів жовчі.

Стимулятори функції кори надниркових залоз (амонію гліциризинат, метиламідетилімідазолдикарбонат, гліцинам).

Імуномодуючі препарати (тактивін, лікопід, циклоферон, аміксин).

Тестування препаратів *in vitro* із застосуванням хемілюмінесцентного методу дозволяє проводити індивідуальний підбір імуноотропних препаратів. Дані препарати слід застосовувати тільки у випадках хронічного і часто рецидивуючого перебігу екземи, неефективності традиційної терапії, необхідно звертати увагу на дані імунограми, вік хворого, супутню соматичну патологію

Вітаміни і полівітаміни (групи В, А, Е, С) призначаються у зв'язку із порушенням у хворих з екземою окисно-відновних процесів.

Сорбенти (ентеросгель, активоване вугілля, силікс) призначаються хворим в гострій період екземи при проявах інтоксикації.

Фізіотерапія (низькоінтенсивне лазерне опромінення гелій-неоновим лазером, селективна фототерапія, ПУВА-терапія з прийомом фотосенсибілізаторів всередину).

Завданням зовнішньої терапії являється зменшення запальних процесів в шкірі, лікування інфекційних ускладнень, покращення бар'єрних функцій шкірного покриву, поновлення пошкодженого епітелію, усунення сухості шкіри.

Зовнішнє лікування: при гострій стадії екземи – фукорцин, примочки з 2% розчином борної кислоти, 0,25 % розчину срібла нітрату, ванночки з 0,01-0,1 % розчином калію перманганату, вони володіють протизапальним, підсушуючим, антисептичним ефектом. Зовнішнє лікування призначається в залежності від стадії процесу і включає в себе примочки, анілінові барвники, глюкокортикостероїдні креми і мазі, емолієнти.

Діючі в інших країнах стандарти лікування екземи відрізняються від вітчизняних, що великою мірою також залежить від відмінностей в підходах до класифікації цього захворювання. Так, зокрема, європейські протоколи лікування екземи включають місцеві глюкокортикостероїди, місцеві антисептики, системні глюкокортикостероїди, системні антибіотики, в'язучі препарати, препарати дьогтю, УФБ-фототерапія, топічні інгібітори кальциневрину [9]. Відновлення епідермального бар'єру з використанням збагачених керамідами емолієнтів сприяє більш швидкому регресу висипань та досягненню тривалих ремісій. Протоколи лікування екземи в США націлені на подовження ремісії захворювання методом дотримання пацієнтом здорового способу життя, раціонального харчування та постійним доглядом та зволоження шкіри емолієнтами [10].

На даний час у хворих на екзему встановлено порушення обмінних процесів, пов'язаних з хронічними запальними процесами гепатобіліарної системи [12]. Часто визначають ознаки порушень білкового обміну. Згідно даних досліджень при екземі, особливо в період загострення і при розповсюджених формах, гіпоальбумінемія спостерігається майже у половини хворих. Більшість авторів рахують, що характер диспротеїнемій при екземі знаходиться в залежності від гостроти, розповсюдженості та інших особливостей екзематозного процесу в більшій ступені, ніж від форми хвороби. Хоча загальна кількість білку в крові не порушується, при гострій формі

екземи посилюється його розпад у тканинах, що веде до збільшення сірковмісних речовин у крові. Зміна білкових фракцій характеризується, як правило, зменшенням вмісту альбумінів, підвищенням концентрації альфа- і гаммаглобулінів, пост альбумінових глікопротеїдів, білків гаптоглобулінової зони, швидких та повільних посттрансферинів [13].

Для пацієнтів з екземою властиве значне збільшення активності аланінтрансамінази сироватки крові при помірному зростанні активності аспартатамінотрансферази і лактатдегідрогенази, що свідчить про змінену функцію гепатоцитів або наявність хронічного гепатиту, що потребує застосування необхідної корегуючої терапії. Помірне збільшення активності лужної фосфатази у сироватці крові таких хворих може підтверджувати наявність супутнього хронічного гепатиту і служити також показником відновлення функції гепатоцитів в процесі патогенетично-корегуючої терапії [11].

У хворих на екзему значно зростають показники концентрації тригліцеридів у сироватці крові. Біосинтез тригліцеридів проходить головним чином в печінці та жировій тканині. Підвищена їх концентрація може спостерігатись при розпаді складних жирів та при недостатньо активному їх перетворенні в складні білки-ліпопротеїди при порушенні функції печінки.

Таким чином, ефективна профілактика та лікування хронічних захворювань печінки у хворих на екзему є патогенетично обґрунтованою. Головним напрямом ефективного лікування захворювань печінки є застосування препаратів гепатопротекторної дії. Гепатопротектори – це речовини, що зумовлюють вибірковий вплив на печінку для відновлення метаболізму гепатоцитів, підвищення стійкості до пошкоджувальних впливів екзогенних чи ендогенних чинників, стимулювання репаративних і регенераційних процесів в органі.

Аналіз діючих стандартів лікування хворих на екзему вказує на те, що гепатотропні засоби не розглядаються як необхідний компонент лікування таких хворих. В той же час фахові медичні джерела містять повідомлення про використання гепатотропних засобів в лікуванні хворих на екзему.

Таким чином, сучасні дані про патогенез екземи переконливо свідчать про необхідність використання гепатотропних засобів в комплексному лікуванні даного дерматозу. На нашу думку, враховуючи фактори неалкогольного стеатогепатиту у багатьох хворих на екзему, патогенетично обґрунтованим буде

застосування гепатопротекторів не лише репаративної дії, а і з можливістю впливу на метаболічні порушення та зміни співвідношення систем перекисного окиснення ліпідів і антиоксидантного захисту, які супроводжують запальний процес у печінці будь-якої етіології.

Література:

1. Александрук О.Д. Клініко-патогенетичне порівняння перебігу atopічного дерматиту та істинної екземи / О.Д. Александрук // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2017. - №4(67). – С.118-125.
2. Александрук О.Д., Ткач В.Є. Дискусійні питання класифікації екземи у сучасній дерматології / О.Д. Александрук, В.Є. Ткач // Дерматол. Косметол. Сексопатол. – 2013. - №1-4. – 214-219.
3. Айзятупов Р.Ф. Патогенетические аспекты и комплексная терапия различных клинических форм экземы / Р.Ф. Айзятупов // Клін. імунол. алергол. інфектол. – 2015. - №8(87). – С.67-72.
4. Бардова Е.А. Экзема в практике семейного врача: клинические формы, дифференциальная диагностика, лечение / Е.А. Бардова // Клін. імунол. алергол. інфектол. – 2013. - №1. – С.112-116.
5. Возіанова С.В., Літус О.І., Мурзіна Е.О. Екземи // Зб. наук. Праць спів роб. НМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2015. – №24 (4). – С.358-364.
6. Денисенко О.І. Окисна модифікація білків як чинник патогенезу алергодерматозів / О.І. Денисенко // Укр. журн. дерматол. венерол. та косметол. – 2004. - № 1. – С.23-27.
7. Захер Кираван Некоторые особенности изучения этиопатогенеза экземы// Дерматол. Косметол. Сексопатол. – 2006. - №3-4 (9). – С.137-144.
8. Потекаев Н.С. Экзема: ремарки к современным представлениям / Н.С. Потекаев // Клиническая дерматовенерология. – 2009. - № 1. – С.67-73.
9. Diepgen Thomas L. Guideline on the management of eczema//JGGD. – 2009/ - Vol.7. – P.1-14.
10. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M. et al. Guidelines for treatment of eczema. Part II. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26:1176-93.
11. Hunter J.A. Clinical dermatology. – 3 ed. / J. A. Hunter, J.A.Savin, M.V. Dahl. – Blackwell publishing, 2002. – 365 p.
12. James W.D. Andrew's diseases of the skin: clinical dermatology. 10 ed./ W. D. James, T.G. Berger, D.M. Elston. – Elseiver, 2006. – 961.
13. Zaidi Z., Lanigan S.W. Dermatology in Clinical Practice. – Springer-Verlag London Limited, 2010. – 591 p.

УДК 615.244+616-08+616.521

АКТУАЛЬНОСТЬ ГЕПАТО-ПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

Буянова И.О.

*ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», кафедра дерматологии та венерологии, г. Ивано-Франковск, Украина
e-mail: irynabuianova777@gmail.com*

Резюме. Экзема - группа воспалительных заболеваний кожи нейроаллергической природы с рецидивирующим течением и эволюционным полиморфизмом. Экземой страдают от 1 до 5% населения земного шара. По данным украинских ученых, экзема и аллергический дерматит составляют 15-40% кожных заболеваний. Согласно статистике 80% случаев аллергических заболеваний кожи связаны с различными поражениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Целью нашей работы был анализ существующих протоколов лечения экземы с определением перспективных направлений совершенствования лечения таких больных. Действующие в Украине «Протоколы оказания медицинской помощи больным экземой», определенные приказом Минздрава №312 от 08.05.2009 года, включают: диету №5,9, дезинтоксикационные препараты, антигистаминные, гипосенсибилизирующие, седативные, адаптогены, глюкокортикостероиды системного действия, ферментные препараты, витамины, сорбенты. Местная терапия зависит от стадии процесса и включает примочки, ГКС кремы и мази, топические ингибиторы кальциневрина, фототерапию.

В настоящее время у больных экземой установлено нарушение обменных процессов, связанных с хроническими воспалительными процессами пищеварительной системы. Часто определяют явления нарушений белкового обмена. Согласно данным исследований при экземе, особенно в период обострения и при распространенных формах, гипоальбуминемия наблюдается почти у половины больных. Для пациентов с экземой свойственно значительное увеличение активности аланинаминотрансферазы сыворотки крови при умеренном росте активности аспартатаминотрансферазы и лактатдегидрогеназы, что свидетельствует об измененной функции гепатоцитов или наличие

хронического гепатита и требует применения необходимой корригирующей терапии. Умеренное повышение активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови таких больных может подтверждать наличие сопутствующего хронического гепатита и служить также показателем восстановления функции гепатоцитов в процессе патогенетической терапии.

Таким образом, эффективная профилактика и лечение хронических заболеваний печени у больных экземой является патогенетически обоснованной, что вызывает необходимость использования гепатотропных средств в комплексном лечении данного дерматоза.

Ключевые слова: экзема, лечение, гепатопротекторы.

UDC 615.244+616-08+616.521

HEPATOPROTECTIVE THERAPY RELEVANCE FOR PATIENTS SUFFERING FROM ECZEMA

I.O. Buianova

*SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University», Department of Dermatology and Venerology, Ivano-Frankivsk, Ukraine,
e-mail: irynabuianova777@gmail.com*

Abstract. One of the burning problems in dermatology is pathogenetic units research of allergic skin diseases with the aim to optimize its treatment. The importance is defined by increased number of cases of these diseases, and severe clinical processes defined by frequent relapses, resistance to the approved methods of treatment and long-term patient's incapacity.

Eczema is a chronic relapsing allergic skin disease that occurs on the background of a polyvalent sensibilization of the body and manifests through the inflammatory processes in the superficial layers of skin with the appearance of polymorphic rash and intense itching. Eczema is one of the most common dermatitis, share of eczema in the structure of dermatological disease is 15 to 40%. Both men and women suffer

from eczema most often at the age of 30-60 years. Eczema is considered to be a polyetiological allergic disease, which is caused by the impact of a complex set of exogenous and endogenous etiologic and pathogenetic factors. Among the exogenous causes of eczema they distinguish exogenous allergens of chemical and biological, and environmental factors - risk factors of environmental, climatic, physical, occupational,

psychological, hygienic, social plan. Endogenous pathogenic factors are crucial in the development and course of eczema - family history, changes in immune responsiveness, disorder of the nervous and endocrine regulation, impaired microcirculation, concomitant diseases of the digestive system, metabolic disorders, etc. They contribute to the formation of endo and autoallergens. According to statistics, up to 80% of cases of allergic skin diseases are associated with various lesions of the gastrointestinal tract.

The purpose of our work was to analyze existing approaches to eczema treatment identifying perspective ways to improve treatment of such patients. The treatment program includes a hypoallergenic diet, systemic and topical treatment of dermatosis, and correction of neural and neuroendocrine disorders, sanitation of foci of chronic infection. Systemic therapy of patients with eczema includes antihistamines, glucocorticoids, sedatives drugs, vitamins. The external treatment should be administered differentially, it depends on stage of disease. In the acute stage – cold lotions or solutions, in subacute and chronic stage – ointments with corticosteroids.

At present, patients with eczema have metabolic processes disorder associated with chronic inflammatory processes of hepatobiliary system. Signs of abnormal proteometabolism are often determined. According to research data on eczema hypoalbuminemia is observed in almost half of the patients especially within the period of exacerbation and in case of widespread forms. Most authors believe that the nature of dysproteinemia in case of eczema depends more on the severity, prevalence and other features of eczematous process, than on the form of the disease. Alt-

though the total amount of protein in blood is not disturbed, in case of eczema acute form, protein cleavage in tissues increases and leads to increase of sulphur-bearing substances in blood. As a rule, changes in protein fractions are characterized by decrease of albumins content, an increase of alpha and gamma-globulins concentration, post albumin glucoproteins, proteins of the hapto-globulin zone, fast and slow post-transferrins. In patients with eczema a significant increase in serum alaninaminotransferase activity is observed at a moderate increase in the activity of aspartataminotransferase and lactatedehydrogenase, indicating a change in the function of hepatocytes or the presence of chronic hepatitis requiring the necessary corrective therapy. A moderate increase in the activity of alkaline phosphatase in the blood serum of such patients can confirm the presence of concomitant chronic hepatitis.

Thus, modern research data related to the eczema pathogenesis convincingly indicate the need to apply hepatotropic agents during complex treatment of this dermatosis. In our opinion, it is pathogenetically approved to use hepatoprotectors in treatment, not only for reparative effect, but also with the ability to influence metabolic disorders and changes in the ratio of lipid peroxidation systems and antioxidant defense systems that accompany inflammatory process in liver of any kind etiology, especially taking into consideration the factors of non-alcoholic steatohepatitis observed in many patients with eczema.

Key words: eczema, treatment, hepatoprotective therapy.

Стаття надійшла до редакції 26.02.2018 р.