

А.Д. Дюдюна<sup>1</sup>, Н.Н. Полион<sup>1</sup>, С.Г. Свирид<sup>2</sup>, Л.В. Лаппа<sup>3</sup><sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Днепр<sup>2</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев<sup>3</sup>ЧП «Студия тела», Днепр

## Эффективность и переносимость «АЕвита» в комплексном лечении больных атопическим дерматитом

**Цель работы** — оценить эффективность и переносимость «АЕвита» в комплексном лечении больных атопическим дерматитом (АД).

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 100 больных АД, которых с помощью метода простой рандомизации распределили в основную (50 пациентов) и контрольную (50 пациентов) группы. У всех пациентов проводили сбор демографических и анамнестических данных, оценивали выраженность клинических признаков АД по шкале SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis: Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis) и выполняли общие клинические биохимические исследования. Критерии включения в исследование: мужской и женский пол; возраст от 18 до 70 лет; диагноз АД в фазе обострения, установленный на основании критериев Hanifin и Rajka<sup>1</sup>; средняя степень тяжести заболевания или тяжелая (30–70 баллов по шкале SCORAD); площадь пораженного участка < 30 % поверхности тела. Обследованным проводили стандартную терапию. Пациенты основной группы в течение 30 дней дополнительно принимали «АЕвит» по одной капсуле в сутки после еды. Статистическую обработку полученных результатов выполняли с помощью методов биометрического анализа, реализованных в пакетах лицензионных программ Excel-2003 и Statistica 6.1 (StatSoft Inc., серийный № AGAR909E415822FA).

**Результаты и обсуждение.** Согласно анализу анамнестических данных у 27 пациентов длительность заболевания составила до 1 года, у 45 — от 1 года до 5 лет, у 21 — 5–10 лет, у 7 — более 10 лет. Среди обследованных было 35 (35 %) мужчин и 65 (65 %) женщин. Длительность заболевания по данным анамнеза составила в основной группе 5,28 года, в контрольной — 4,18 года. После проведенного курса лечения у 28 (56 %) пациентов основной группы и у 19 (38 %) — контрольной достигнута полная клиническая ремиссия заболевания. Во всех остальных случаях отмечено значительное снижение индекса SCORAD.

**Выводы.** Согласно результатам проведенного анализа у пациентов обеих групп статистически значительно уменьшилась выраженность симптомов заболевания, однако в группе пациентов, которые принимали «АЕвит», значительно выраженнее.

### Ключевые слова

Атопический дерматит, комплексное лечение, «АЕвит», эффективность, переносимость.

На сегодня во всем мире отмечено значительное повышение частоты аллергических заболеваний. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что у 25–30 % населения развитых промышленных стран выявляют различные аллергические проявления. Наиболее частыми аллергическими заболеваниями являются аллергический ринит (10–15 %), аллергическая бронхиальная астма (5–10 %), пищевая аллергия (2 %). В детском возрасте чаще

диагностируют пищевую аллергию и атопический дерматит (АД), в подростковом и взрослом — аллергический ринит и аллергическую бронхиальную астму. В пожилом возрасте выраженность аллергических заболеваний уменьшается.

Термин «аллергия» был введен К. Пирке в 1906 г. По новой номенклатуре Европейской академии аллергии и клинической иммунологии (ЕААСИ), аллергия — это реакция гиперчувствительности, инициированная иммунными меха-

низмами. Аллергией считают гиперергическую иммунную реакцию организма, направленную против аллергенов, которая сопровождается избытком продукции антител и повреждением собственных тканей.

Термин «атопия» предложили Кока и Кук, которые в 1923 г. описали наследственную предрасположенность пациентов (атопиков) к качественно ненормальному ответу немедленного типа на воздействие ингаляционных аллергенов. Согласно классификации ЕААІ атопия — это индивидуальная или семейная предрасположенность к выработке IgE в ответ на низкие дозы аллергенов, обычно белков, сопровождающаяся развитием типичных симптомов, таких как бронхиальная астма, аллергический ринит и АД.

В отличие от аллергических заболеваний, в патогенезе которых могут играть роль аллергические реакции любого типа, в патогенезе атопических заболеваний участвуют только аллергические реакции немедленного типа, опосредованные IgE-зависимым иммунным ответом. Атопическая аллергия — это хронический, зачастую системный воспалительный процесс, который развивается у 10–25 % населения [2, 8].

АД — хроническое аллергическое заболевание, возникающее в раннем детстве у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим агентам.

Большинство диагнозов, которые часто устанавливают практические врачи, такие как «эндогенная экзема», «детская экзема», «атопический нейродермит», «диффузный нейродермит Брока», «пруриго Бенъе», устарели и по своей сути отражают стадии развития единого патологического процесса.

Характерными особенностями АД являются зуд, а также возрастное изменение топографии и морфологических элементов, формирующих клиническую картину поражений кожи. Это одно из наиболее часто встречающихся кожных заболеваний, которое диагностируют почти у 20 % детей и у 3–10 % взрослых [1, 2, 4, 7].

Начало АД, а также его течение и степень тяжести обусловлены взаимодействием предрасполагающих генов и триггерных (пусковых) факторов. Триггерные факторы могут быть самыми разнообразными. Наиболее частые из них: физическое и психическое перенапряжение; эмоциональные травмы; вдыхание отравляющих газов, химических веществ и прием лекарственных средств; период беременности и родов; переезд на постоянное место жительства в экологи-

чески неблагоприятный район и др. Ответные реакции на триггерные факторы зависят от возраста больного и его эндогенных, конституциональных особенностей, таких как морфофункциональные нарушения пищеварительного тракта, эндокринной, нервной, иммунной систем.

В грудном и раннем детском возрасте среди триггерных факторов преобладают пищевые аллергены, нерациональное вскармливание и питание, инфекционные агенты, причем их воздействие становится более выраженным при наличии у ребенка иммунодефицитных состояний, хронических очагов инфекции, пищевой аллергии, незрелости ферментных систем, заболеваний печени, нарушений обмена витаминов. Нередко кожные проявления манифестируют после необоснованно раннего перевода детей грудного возраста на искусственное вскармливание.

В дальнейшем у больного возрастает значимость ингаляционных аллергенов: бытовых, эпидермальных, пылевых. Среди бытовых аллергенов наибольшее значение имеет домашняя пыль. При наличии аллергии к пыли растений в период цветения необходимо герметизировать окна, ограничить прогулки в ветреную и солнечную погоду, с осторожностью использовать средства гигиены, содержащие растительные компоненты. Провоцировать обострение заболевания также могут моющие средства, ношение шерстяной и синтетической одежды. Кроме того, приводят к обострению патологического процесса могут неспецифические, неаллергенные факторы, к которым относятся стресс, экстремальные значения температуры воздуха и влажности, интенсивная физическая нагрузка, инфекционные заболевания.

У взрослых к развитию обострений болезни приводят контактные аллергены, лекарственные препараты, принимаемые по поводу сопутствующей соматической патологии, нерациональное питание.

Особенности патогенеза, варианты клинических проявлений и течения заболевания долгие годы не учитывали при разработке терапевтических подходов. Эффективный терапевтический выбор, ориентированный на подавление воспалительного процесса, ограничивался применением препаратов двух классов: кортикостероидных гормонов для наружного применения и системных иммунодепрессантов (циклоsporин) (E.N. Charlesworth, 1994; K.D. Cooper, 1994), которые назначали при тяжелых формах заболевания. Эти средства являлись основными иммуноотропными препаратами, эффективность которых была доказана по результатам специальных исследований. При этом назначение

циклоспорина показано лишь в отдельных случаях при тяжелом и упорном течении АД, что сопряжено с риском возникновения серьезных токсических эффектов и развития системного иммунодефицита.

До конца XX в. глюкокортикостероидные средства оставались основой терапии больных АД. В то же время их использование, особенно препаратов первых поколений, ограничено рядом побочных эффектов, проявляющихся при длительном применении [1, 6].

Течение АД часто сопровождается психосоматическими расстройствами и характеризуется значительным снижением качества жизни больных. Так, депрессии диагностируют у 55–80% больных АД, а ведущим психопатологическим синдромом при тяжелых формах АД является тревожно-депрессивный синдром [4, 10]. Кроме того, АД часто сопровождается нарушениями вегетативной нервной системы, психологической и социальной дезадаптацией больных [4, 9]. Психоэмоциональные перегрузки приводят к активизации процессов перекисного окисления липидов с активным расходом эндогенных и экзогенных антиоксидантов. При невротических расстройствах как проявлениях хронического психоэмоционального стресса повышается активность процессов перекисного окисления липидов и снижается антиоксидантная защита организма.

Наиболее часто применяемые методы при лечении больных АД (элиминационные диеты; системная фармакотерапия с использованием десенсибилизирующих, антигистаминных препаратов и блокаторов медиаторов аллергической реакции; иммунотерапия, включающая аллерген-специфические средства, лечебный плазмаферез и иммунофармакотерапевтические препараты; наружная терапия — топические глюкокортикостероиды и ингибиторы кальциневрина) не позволяют в полной мере воздействовать на все звенья патогенеза данного заболевания.

Традиционное лечение больных АД вызывает значительные трудности и требует комплексного подхода, направленного в том числе на коррекцию состояния нервной системы [4, 10].

Коррекция процессов радикалообразования может предотвратить развитие патологического процесса или уменьшить его интенсивность. Ввиду обнаруженных у больных экземой нарушений окислительно-восстановительных процессов, по мнению ряда авторов, патогенетически обоснованным является проведение антиоксидантной терапии [2]. По мнению некоторых авторов, в комплексном лечении больных экземой целесообразно использовать антиоксидантные средства [3].

В одной капсуле широко известного препарата «АЕвит» содержится ретинола пальмитат 100 000 МЕ и  $\alpha$ -токоферола ацетат в дозе 0,1 г. Ретинол (витамин А) способствует улучшению трофики тканей и реологических свойств крови, моделирует передачу нервных импульсов в синаптических структурах. Витамин А необходим для нормального функционирования печени (ее эндоплазматической сети), регенерации слизистой оболочки пищеварительного тракта, синтеза стероидных гормонов. Ретинол регулирует функциональную активность иммунокомпетентных клеток, синтез иммуноглобулинов, в том числе секреторного IgA и других факторов специфической и неспецифической защиты (включая интерферон и лизоцим), активирует ферменты лизосом в фагоцитах. Обнаружены его фотосенсибилизирующие свойства:  $\alpha$ -токоферол является активным антиоксидантом, угнетающим и ограничивающим свободнорадикальные реакции, защищая ненасыщенные жирные кислоты в липидах от повышенной перекисидации, а следовательно, клеточные и субклеточные мембраны от повреждения. Кроме того, витамин Е стимулирует синтез гемосодержащих белков — гемоглобина, миоглобина, цитохромов (в том числе цитохрома P-450) и каталазы, благодаря чему улучшается обеспечение тканей кислородом, интенсифицируются синтетические процессы (возрастает синтез белков, в том числе ферментных и структурных), удаляются пероксиды, повреждающие мембраны. Витамин Е снижает токсичность витамина А и способствует его эффективности [5].

Для комплексного этиопатогенетического лечения больных АД необходимы своевременная многовекторная диагностика и коррекция всех возможных патогенетических изменений в организме. Согласно представлениям современной клинической медицины успешное лечение аллергодерматозов предполагает комплекс терапевтических мероприятий, одновременно воздействующий как на основные этиопатогенетические звенья, так и направленный на устранение вредного влияния экзогенных факторов, нормализацию нарушенных функций органов и систем организма больных.

Цель работы — оценка эффективности и переносимости препарата «АЕвит» (AEvit) в форме мягких капсул производства АО «Киевский витаминный завод» в комплексном лечении больных АД.

## Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 100 больных АД.

Критерии включения в исследование: мужской и женский пол; возраст от 18 до 70 лет; диагноз АД в фазе обострения, установленный на основании критериев Hanifin и Rajka1; средняя степень тяжести заболевания или тяжелая (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; соблюдение пациентом общих рекомендаций врача в период проведения терапии [11].

Критерии невключения: повышенная индивидуальная чувствительность к любому из компонентов препарата; период беременности и кормления грудью; аллергические реакции в анамнезе; повышенный риск развития тромбозов; тяжелый атеросклероз коронарных артерий; хроническая недостаточность кровообращения; острый или хронический нефрит; острый холецистит; тяжелые поражения гепатобилиарной системы; перианальный и генитальный зуд; новообразования кожи; любые другие сопутствующие декомпенсированные заболевания или острые состояния.

Диагноз АД устанавливали на основании критериев Hanifin и Rajka.

Наблюдаемых с помощью метода простой рандомизации разделили в основную (50 пациентов) и контрольную (50) группы.

Всем пациентам выполняли следующие обследования: сбор демографических данных (возраст, пол), анамнеза *morbi i vita*, семейного анамнеза; объективный осмотр (измерение АД, ЧСС, температуры тела); оценка выраженности клинических признаков АД по шкале SCORAD; общий анализ крови: эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ; общий анализ мочи: pH, удельный вес, белок, сахар, лейкоциты, эритроциты, эпителиальные клетки, цилиндры; биохимическое исследование крови: АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, глюкоза; тест на беременность (для женщин репродуктивного возраста).

Всем пациентам с АД проводили стандартную терапию. Кроме того, пациентам основной группы назначали препарат «АЕвит» (AEvit) в форме мягких капсул производства АО «Киевский витаминный завод» по 1 капсуле в сутки в течение 30 дней. В процессе лечения каждый пациент посещал лечащего врача и проходил клинико-лабораторное обследование.

Оценку клинических признаков АД осуществляли в четыре этапа.

На первом этапе в системе SCORAD было выделено 6 признаков: 1) эритема (гиперемия),

2) отек, 3) мокнутие/корки, 4) эскориация, 5) лихенификация, 6) сухость. Каждый признак оценивали от 0 до 3 баллов (0 — отсутствие, 1 — легкий, 2 — средний, 3 — тяжелый) согласно рекомендованным фотографиям. Фактическую выраженность признака сравнивали с таковой на стандартных фотографиях в Квалификационном атласе по атопическому дерматиту, разработанному Европейской рабочей группой по атопическому дерматиту в 1993 г. (Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // *Dermatol.*— 1993.— 186 (1).— Р. 23–31). Полу-балльные оценки не использовали. Оценки в баллах выставляли в специальной оценочной таблице, затем общий индекс SCORAD рассчитывали по формуле, приведенной ниже. Область, выбранная для оценки, представляла со средней интенсивностью каждый признак у данного больного, тем самым исключая область-мишень или область наибольшего поражения. Однако одна и та же область могла быть выбрана для двух признаков и более. Например, одна и та же область могла служить для оценки как эскориаций, так и эритемы, а, например, сухость могла быть выражена на областях, не имеющих острых высыпаний или лихенификаций.

На втором этапе рассчитывали площадь поражения кожных покровов. Следует принимать во внимание, что одна ладонь больного составляет приблизительно 1% всей кожной поверхности.

Третий этап предусматривал оценку таких субъективных признаков, как зуд, жжение и нарушение сна. Больной указывал на 10-сантиметровой шкале оценочной формы пункт, соответствующий среднему значению за последние три дня/ночи. Интенсивность зуда и степень нарушения сна оценивали именно по 10-балльной шкале (от 0 до 10).

На четвертом этапе проводили расчет индекса SCORAD по формуле:

$$\text{SCORAD} = A/5 + 7 \cdot B/2 + C,$$

где А — площадь пораженной кожи (%); В — сумма баллов объективных признаков (эритема, отек, мокнутие, эскориации, лихенификация, сухость); С — сумма баллов субъективных признаков (зуд, нарушение сна).

В период лечения (30 дней) больные АД получали назначенное лечение и посещали врача.

## Результаты и обсуждение

По данным анализа анамнестических данных длительность заболевания у 27 пациентов составила менее 1 года, у 45 — 1–5 лет, у 21 — 5–10 лет, у 7 — более 10 лет.

Среди обследованных было 35 (35%) мужчин и 65 (65%) женщин.

Всех наблюдаемых разделили на две группы по 50 человек в каждой. Пациентам основной группы проводили базовую терапию в комплексе с препаратом «АЕвит» (AEvit) в форме мягких капсул (по 1 капсуле 1 раз в день), участникам контрольной — только базовую терапию. У всех больных в соответствии с критериями Hanifin и Rajka был установлен диагноз АД. Степень выраженности клинических проявлений АД по данным осмотра и опроса пациента (эритема, отек, мокнутие, экскориации, лихенификация, сухость) составила 2–3 балла по следующей рейтинговой шкале: 0 — отсутствие признака; 1 — слабая степень выраженности; 2 — умеренная степень выраженности; 3 — значительная степень выраженности.

Наблюдаемые группы больных АД имели аналогичные демографические и другие основные характеристики.

Все пациенты находились на диспансерном учете у дерматолога на протяжении нескольких лет. Длительность заболевания по данным анамнеза составила в основной группе 5,28 года, в контрольной — 4,18 года.

В ходе лечения у всех больных АД постепенно уменьшалась как площадь поражения, так и выраженность аллергического воспаления кожи. Наиболее выраженная позитивная динамика отмечена через 14 дней от начала лечения, в дальнейшем она снижалась. Также в процессе 30-дневного лечения еженедельно оценивали выраженность субъективных жалоб. Согласно результатам проведенного анализа в обеих группах, начиная с третьего визита, статистически значимо снижались показатели объективного обследования, субъективных жалоб, площади поражения кожи и индекса SCORAD, однако в группе применения препарата «АЕвит» (AEvit) в форме мягких капсул производства АО «Киевский витаминный завод» они были более выражены.

Процентное изменение значений выраженности показателей объективного обследования, субъективных жалоб, площади поражения кожи и индекса SCORAD складывалось из сочетания динамики снижения индекса SCORAD и уменьшения степени выраженности субъективных ощущений пациента. В соответствии с динамикой вышеуказанных симптомов каждого пациента учитывали следующим образом: «Препарат эффективен» или «Отсутствие эффекта».

После проведенного курса лечения у 28 (56%) пациентов основной группы и у 19 (38%) — контрольной была достигнута полная клиническая ремиссия заболевания. Во всех остальных случаях отмечено значительное снижение индекса SCORAD. Поскольку основным критерием эф-

фективности было уменьшение выраженности клинических признаков АД по шкале SCORAD на 75% и более, был проведен анализ относительного снижения индекса SCORAD.

Во время комплексного лечения у больных АД, принимавших мягкие капсулы «АЕвит» (AEvit), практически отсутствовали нежелательные явления. По результатам объективного осмотра у 48 больных основной группы в динамике не было выявлено каких-либо патологических изменений или клинически значимых отклонений, данные лабораторного обследования достоверно не изменялись и не выходили за пределы нормы, побочных реакций не было. У двух больных основной группы при объективном осмотре в динамике обнаружены незначительные изменения, которые носили преходящий характер, не требовали изменения методики лечения, проведения дополнительных медицинских мероприятий, отмены препарата и проходили самостоятельно.

Учитывая отсутствие субъективных жалоб и негативных изменений по данным объективного и лабораторного обследований, переносимость лечения у всех наблюдаемых основной и контрольной групп была расценена как «хорошая» и «удовлетворительная».

Таким образом, в ходе лечения у всех больных АД наблюдали постепенное уменьшение как площади поражения, так и выраженности аллергического воспаления кожи. Наиболее позитивной динамика была через 14 дней от начала лечения. В дальнейшем она снижалась.

Вывод о превышающей эффективности комплексного лечения больных АД с применением препарата «АЕвит» (AEvit) в форме мягких капсул производства АО «Киевский витаминный завод» в сравнении с проведением только стандартной терапии сделан с учетом доверительных интервалов (ДИ). Поскольку главная переменная эффективности дихотомическая, вычисляли разность долей положительных результатов в группах. Оценивали границы 95% ДИ для этой разности и сравнивали нижнюю границу 95% ДИ с границей зоны превышающей эффективности (10%). По данным проведенного анализа в динамике субъективных жалоб, площади поражения кожи и индекса SCORAD в большинстве случаев между группами выявлены статистически значимые отличия.

## Выводы

1. «АЕвит» (AEvit) в форме мягких капсул производства АО «Киевский витаминный завод», применяемый в составе комплексного лечения, является высокоэффективным в лечении боль-

ных АД. Назначение препарата способствует более быстрой редукции элементов сыпи, уменьшению выраженности субъективных жалоб и площади поражения кожи, чем при проведении только базовой терапии.

2. Больные хорошо переносили препарат «АЕвит» (AEvit). Серьезные и неожиданные побочные явления, резкие колебания показате-

лей гемодинамики и негативные изменения лабораторных показателей крови и мочи не отмечены.

3. Результаты клинического исследования дают основание рекомендовать «АЕвит» (AEvit) для широкого медицинского применения в качестве дополнительного компонента в составе базовой терапии больных АД.

## Список литературы

1. Айзятупов Р.Ф. Глюкокортикоидные гормоны в наружной терапии кожных заболеваний // Журн. дерматовенерол. и косметол. им. Н.А. Торсуева. — 2002. — № 3—4. — С. 16—23.
2. Болотная Л.А., Рябова О.А. Современные взгляды на патогенез и лечение экземы // Дерматол. та венерол. — 2002. — № 2. — С. 20—23.
3. Бондар С.А., Ляшенко І.Н., Труніна Т.І. та ін. Динаміка деяких показників ендотоксикозу у хворих на тяжкі та хронічні розповсюджені дерматози в процесі використання комплексного методу ендоекологічної реабілітації та корекції // Дерматол. та венерол. — 2006. — № 2 (32). — С. 48—51.
4. Глухенький Б.Т., Грандо С.А. Иммунозависимые дерматозы: экзема, атопический дерматит, истинная пузырчатка, пемфигоиды. — К.: Здоровье, 1990. — 477 с.
5. Гусель В.А., Маркова И.В. Справочник педиатра по клинической фармакологии. — М.: Медицина, 1990. — С. 43—49.
6. Дюдю А.Д., Полион Н.Н., Ющипин Н.И. и др. «Ирикар» в комплексном лечении больных атопическим дерматитом, нейродермитом и экземой // Дерматовенерол., косметол., сексопатол. — 2008. — № 1—2. — С. 229—232.
7. Федотов В.П., Дюдю А.Д., Степаненко В.І. Дерматовенерология: навч. посібник для лікарів. — Дніпропетровськ—Київ: ПП Свидлер, 2008. — 599 с.
8. Цераидис Г.С., Федотов В.П., Дюдю А.Д., Туманский В.А. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов. — Днепропетровск: ЧП Свидлер, 2004. — 536 с.
9. Шуленіна О.В. Дослідження вегетативного статусу хворих на атопічний дерматит // Дерматол. та венерол. — 2009. — № 2. — С. 36—39.
10. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatol. — 1993. — Vol. 186 (1). — P. 23—31.
11. Linnet J., Jemec G. Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients // Int. J. Dermatol. — 2001. — Vol. 40. — P. 632—636.

А.Д. Дюдю<sup>1</sup>, Н.М. Поліон<sup>1</sup>, С.Г. Свирид<sup>2</sup>, Л.В. Лаппа<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро

<sup>2</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

<sup>3</sup> ПП «Студія тіла», Дніпро

## Ефективність і переносність препарату «АЕвіт» у комплексному лікуванні хворих на атопічний дерматит

**Мета роботи** — оцінити ефективність і переносність препарату «АЕвіт» у комплексному лікуванні хворих на атопічний дерматит (АД).

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням було 100 хворих на АД, яких методом простої рандомізації було розподілено в основну (50 пацієнтів) і контрольну (50 пацієнтів) групи. В усіх пацієнтів проводили збір демографічних і анамнестичних даних, оцінку вираженості клінічних ознак АД за шкалою SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis: Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis) і виконували загальні клінічні біохімічні дослідження. Критерії включення в дослідження: чоловіча і жіноча стать; вік від 18 до 70 років; діагноз АД у фазі загострення, встановлений на підставі критеріїв Hanifin і Rajka1; середній ступінь тяжкості захворювання або тяжкий (30—70 балів за шкалою SCORAD); площа ураженої ділянки < 30 % поверхні тіла. Хворим проводили стандартну терапію. Пацієнтам основної групи протягом 30 днів додатково призначали «АЕвіт» по 1 капсулі на добу після їди. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах ліцензійних програм Excel-2003 і Statistica 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA).

**Результати та обговорення.** За результатами аналізу анамнестичних даних у 27 пацієнтів тривалість захворювання становила до 1 року, у 45 — від 1 до 5 років, у 21 — 5—10 років, у 7 — більше 10 років. Серед обстежених було 35 (35 %) чоловіків і 65 (65 %) жінок. Тривалість захворювання за даними анамнезу становила в основній групі 5,28 року, в контрольній — 4,18 року. Після проведеного курсу лікування у 28 (56 %) пацієнтів основної групи і у 19 (38 %) — контрольної досягнута повна клінічна ремісія захворювання. В усіх інших випадках відзначено значне зниження індексу SCORAD.

**Висновки.** Згідно з результатами проведеного аналізу у хворих обох груп статистично значуще зменшилась вираженість симптомів захворювання, проте у пацієнтів, які приймали «АЕвіт», більш виражено.

**Ключові слова:** атопічний дерматит, комплексне лікування, «АЕвіт», ефективність, переносність.

A.D. Dyudyun<sup>1</sup>, N.M. Polion<sup>1</sup>, S.G. Svirid<sup>2</sup>, L.V. Lappa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine», Dnipro

<sup>2</sup> O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

<sup>3</sup> PE «Studio of the body», Dnipro

## Efficiency and tolerability of drug *AEvit* in complex treatment of patients with atopic dermatitis

**Objective** — to evaluate the effectiveness and tolerability of drug *AEvit* in the complex treatment of patients with atopic dermatitis (AD).

**Materials and methods.** We observed 100 patients with AD, who were randomized into the main (50 patients) and control (50 patients) groups. Demographic and anamnestic data were collected from all patients, clinical signs of AD on the SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis: Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis) scale were evaluated, general clinical biochemical studies were performed. Inclusion criteria were: male and female gender, age from 18 to 70 years, diagnosis of AD in the stage of exacerbation established on the basis of the criteria of Hanifin and Rajka<sup>1</sup>; moderate or severe degree of the disease (30–70 points on the SCORAD scale); affected area < 30 % of the body surface. Patients underwent standard therapy. Patients of the main group additionally took *AEvit*, 1 capsule per day after meals for 30 days. Statistical processing of the obtained results was carried out with the use of methods of biometric analysis implemented in the packages of licensed programs Excel 2003 and Statistica 6.1 (StatSoft Inc., serial number AGAR909E415822FA).

**Results and discussion.** Analysis of the anamnestic data allowed establishing the duration of the disease: up to 1 year — in 27 patients, 1–5 years — in 45 patients, 5–10 years — in 21 patients, more than 10 years — in 7 patients. There were 35 (35 %) men and 65 (65 %) women among the examined patients with AD. The duration of the disease according to the anamnestic history was 52.8 years in the main group, and 4.18 — in the control group. After the course of treatment, 28 (56 %) patients of the main group and 19 (38 %) patients of the control group achieved complete clinical remission of the disease. In all other cases, a significant reduction in the SCORAD index was achieved.

**Conclusions.** There was a statistically significant decrease in the severity of the symptoms of the disease in both groups, but it was much more pronounced in the group of patients who used *AEvit* in the complex treatment.

**Key words:** atopic dermatitis, complex treatment, *AEvit*, efficacy, tolerability.

### Дані про авторів:

**Дюдюн Анатолій Дмитрович**, д. мед. н., проф., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

49074, м. Дніпро, вул. Байкальська, 9-А

E-mail: and@ua.fm

**Поліон Наталя Миколаївна**, к. мед. н., асист. кафедри шкірних та венеричних хвороб ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**Свирід Сергій Григорович**, д. мед. н., проф. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Лappa Лариса Володимирівна**, лікар-дерматовенеролог ПП «Студія тіла»