УДК 616.5-002-056.3:616.45:616.839]-055.1
DOI: http://doi.org/10.30978/UJDVK2019-3-58
ISSN 1727-5741 (Print), ISSN 2522-1035 (Online)

Н.Ю. Резніченко[1], А.Д. Дюдюн[2], Г.І. Резніченко[3]
[1] Запорізький державний медичний університет
[2] ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро
[3] ДЗ «Запорізька медична академія МОЗ України»

Атопічний дерматит і екзема: екстрена допомога та ефективне лікування

Мета роботи — вивчення ефективності та безпечності застосування комбінованих топічних засобів з потрійним механізмом дії (протизапальним, антибактеріальним і антимікотичним) у лікуванні хворих на екзему та атопічний дерматит.

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

Результати та обговорення. Перебіг атопічного 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 застосування препарату «Триакутан» порівняно з монокомпонентними топічними кортикостероїдами у лікуванні хворих на атопічний дерматит і різні форми екземи. Протягом перших 3 діб лікування препаратом «Триакутан» зменшились виразність еритеми, набряку, а також інтенсивність утворення папул та екскоріацій. На 5-ту добу лікування індекс SCORAD знизився у 13 разів порівняно з показником до лікування. На завершальному етапі лікування відзначались нижчі індекси SCORAD (у 3,8 разу), DLQI (у 1,98 разу), виразності свербіння (у 1,75 разу). Наприкінці курсу терапії у пацієнтів, у яких використовували препарат «Триакутан», показники мікробіоценозу шкіри нормалізувались.

Висновки. Комплексна терапія алергодерматозів із застосуванням крему або мазі «Триакутан» є патогенетично обґрунтованою та забезпечує швидкий клінічний ефект, що виявляється зниженням індексів SCORAD і DLQI, виразним зменшенням свербежу та його об'єктивних ознак, а також нормалізацією мікробіоценозу шкіри. Використання крему та мазі «Триакутан» у комплексній терапії екземи різних форм та атопічного дерматиту є ефективним і безпечним.

Ключові слова

Екзема, атопічний дерматит, топічна терапія, «Триакутан».

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

У генезі зростання захворюваності населення на алергодерматози у багатьох країнах світу, зокрема і 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 і психогенні, техногенні зміни біосфери внаслідок забруднення відходами промислових підприємств довкілля, використання хімічних речовин у сільському господарстві та харчовій промисловості, шкідливі звички та інші [7, 18, 24].

Чимало дослідників [2, 15] останнім часом надають великої уваги вивченню мікробіоценозу та пенетрації мікроорганізмів у шкіру хворих на атопічний дерматит і екзему, оскільки організм людини є екологічною нішею для численних різ-

номанітних мікроорганізмів, що заселяють певні біотопи. Цей своєрідний екстракорпоральний орган мікроорганізму, де в єдиній системі існують кореляційні зв'язки між окремими сімействами, родами, видами анаеробних і аеробних бактерій, має свої функції, критерії і показники функціонального стану. В нормі видовий склад мікроорганізмів формується якісно і кількісно залежно від характеру мікроекології в біотопах, що сформувався еволюційно і набув стійкості до видових особливостей макроорганізму, серед яких переважають бактеріальна мікрофлора (епідермальний стафілокок, пропіоновокислі бактерії, мікрококи, коринеформні бактерії та ін.) і дріжджоподібні гриби (*Candida, Malassezia*) [3, 21]. Рідше зустрічається транзиторна мікрофлора (золотистий, альфа-гемолітичний і негемолітичний стрептококи), а віруси та найпростіші представлені в значно меншій кількості [13].

У більшості випадків порушення колонізаційної резистентності різних біотопів пов'язані зі змінами складу нормальної мікрофлори, що сприяє адгезії і колонізації шкіри патогенними і умовно-патогенними бактеріями та призводить до формування дисбіозів, розвитку екзогенної інфекції. Відповідно бактеріальна та мікотична мікрофлора завдяки суперантигенам може чинити алергізуючу дію на організм людини, передусім на шкіру, та призводити до дебюту й прогресування алергодерматозів.

Заслуговує на увагу те, що золотистий стафілокок, який колонізує шкіру хворих на атопічний дерматит і екзему, здатний синтезувати альфа-токсин, інтерлейкін-5 та інші лейкотрієни, а *Candida albicans* — інтерлейкін-1, що індукує запуск імунологічного запалення у шкірі [3, 8, 13]. Порушення цілісності шкіри за тривалого перебігу хронічних алергійних захворювань може призводити до розвитку вторинної інфекції та запальних процесів шкіри (еритеми, набряку і мокнення), через що складно вибрати оптимальну терапію (особливо зовнішню) та торпідність до неї [8]. Це свідчить про потребу в проведенні своєчасних профілактичних та лікувальних заходів щодо усунення порушень цілісності шкіри та запобігання розвитку патогенної й умовно-патогенної флори, що сприятиме стабілізації алергійного процесу та тривалій ремісії дерматозу [5].

Таким чином, наведені вище особливості етіопатогенетичних механізмів розвитку алергодерматозів диктують потребу в пошуку патогенетично обґрунтованого методу їхнього лікування [25, 27]. Патогенетична терапія має бути спрямована на використання ефективних та безпечних топічних засобів, що швидко усувають запалення й свербіж, сприяють відновленню мікрофлори шкіри, усувають патогенні та умовно-патогенні мікроорганізми з її поверхні [12, 19].

Вибір методів корекції і засобів зовнішньої терапії алергодерматозів залежить від особливостей патогенезу, клінічної форми, тяжкості та тривалості захворювання з урахуванням стадії та клінічних виявів патологічного процесу, попереднього лікування та його ефективності, місця нанесення препарату та методу його аплікації, властивості активних компонентів та основи засобу [11, 20].

З цією метою для зовнішнього лікування алергодерматозів залежно від клінічної картини захворювання використовують топічні кортикостероїди, топічні інгібітори кальціоневрину, емоленти, топічні антибактеріальні та антимікотичні засоби, традиційні протизапальні речовини, такі як танін, риванол, борна кислота у вигляді волого-висихаючих пов'язок і примочок та ін. [8, 10].

Найбільший протизапальний ефект у разі гострих і хронічних алергійних захворювань шкіри мають топічні кортикостероїди [23], однак за умов неправильного застосування вони дають і значні побічні ефекти у вигляді активізації умовно-патогенної флори, розвитку стрепто- та стафілодермій, кандидозу, атипової клінічної картини дерматомікозу. Слід враховувати також, що у виникненні та загостренні алергодерматозів важлива роль належить бактеріальній та мікотичній флорі, яка чинить алергізуючу дію. Тому для запобігання ускладненням у хворих на дерматози, зокрема й стероїдчутливі, кортикостероїди слід поєднувати з топічними антибіотиками та антимікотичними засобами.

Окрім того, одночасне застосування топічних кортикостероїдів, антибактеріальних і антимікотичних речовин у вигляді окремих препаратів значно ускладнює лікування, знижує його комплаєнтність, забирає багато часу у пацієнтів, часто призводить до неефективності терапії через порушення режиму дозування окремих засобів та може зумовити посилення алергійної реакції та появу нових висипань. Оптимальним у лікуванні алергодерматозів є використання комбінованих препаратів, які містять усі три належних компоненти.

Таким чином, розв'язання проблеми збереження здоров'я та якості життя у хворих на алергодерматози передбачає пошук шляхів корекції, спрямованих на профілактику та лікування патологічних змін при цих станах і впровадження в роботу медичних закладів. На сьогодні актуальними є дослідження у цьому напрямі.

Мета роботи — вивчення ефективності та безпечності застосування комбінованих топічних

засобів з потрійним механізмом дії (протизапальним, антибактеріальним і антимікотичним) у хворих на екзему та атопічний дерматит.

Матеріали та методи

Дослідження проводили в рамках науково-дослідних робіт кафедри шкірних та венеричних хвороб ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» «Комплексна диференційована терапія хворих на дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом, з урахуванням порушень адаптаційних механізмів в умовах коморбідності» (№ держреєстрації 0111U002791) і «Таргетна терапія хворих на дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом, в умовах коморбідності» (№ держреєстрації 0114U000931). У дослідженні взяли участь 65 хворих на екзему різної форми та атопічний дерматит. Вони лікувалися у КУ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер» Запорізької обласної ради від 2013 до 2018 р. Контрольну групу склали 150 здорових волонтерів без ознак дерматологічних захворювань аналогічного віку, які проживали у Запоріжжі та працювали у ПАТ «Запорізький автомобілебудівний завод». Усі обстежені (як хворі, так і здорові) підписали форму інформованої згоди на участь у дослідженні. Можливість проведення згаданого дослідження було розглянуто локальними етичними комісіями, які надали позитивне рішення щодо дослідження.

Критерії введення в дослідження:

- вік від 18 до 75 років;
- різні форми екземи та атопічний дерматит у гостру, підгостру та хронічну стадії або практично здорові особи без виявів шкірних захворювань, які склали контрольну групу;
- підписана пацієнтом інформована згода на участь у дослідженні та окремо — на фотографування.

Критерії вилучення з дослідження:

- наявність інших дерматологічних захворювань;
- пацієнти з відомою або передбачуваною гіперчутливістю до інгредієнтів досліджуваного засобу;
- тяжкі супутні захворювання, психічні хвороби;
- відсутність комплаєнтності в застосуванні препарату.

Усі хворі на атопічний дерматит і екзему отримували стандартну терапію за протоколами надання медичної допомоги МОЗ України, яка передбачала проведення елімінаційних заходів, дотримання гіпоалергенної дієти, дезінтоксикаційні та гіпосенсибілізуючі засоби, антигістамінні препарати, вітамінотерапію, за наявності супутньої патології — використання симптоматичної терапії. Однак залежно від зовнішнього лікування хворих розподілено на дві терапевтичні підгрупи, ідентичні за віком, статтю, стадією та поширеністю патологічного процесу:

1-ша (основна) — 33 особи, які використовували комбінований топічний препарат «Триакутан» у формі крему або мазі;

2-га (порівняння) — 32 особи, які зовнішньо отримували топічний кортикостероїд.

Хворі з основної групи наносили препарат «Триакутан» на уражені ділянки шкіри та неуражені прилеглі тонким шаром 2 рази на добу (зранку та ввечері) протягом 10 діб. Вибір препарату «Триакутан» був зумовлений його значними перевагами перед іншими комбінованими засобами. По-перше, це трикомпонентний, а не двокомпонентний засіб, що дає змогу говорити про його широкий спектр дії та високу ефективність у лікуванні стероїдочутливих дерматозів, асоційованих із вторинною інфекцією. Він поєднує у собі протизапальну дію бетаметазону дипропіонату, антибактеріальну активність гентаміцину сульфату та антимікотичну дію клотримазолу.

Бетаметазону дипропіонат є потужним кортикостероїдом ІІІ класу з протизапальною, протиалергійною та протисвербіжною діями. Його ефективність як топічного кортикостероїда підтверджена багатьма рандомізованими дослідженнями та щоденною клінічною практикою.

Гентаміцин — антибіотик із групи аміноглікозидів з бактерицидною дією. Пригнічує синтез білків мікроорганізмів, що чутливі до антибіотика. У більшості мікроорганізмів немає резистентності до гентаміцину, тому його широко використовують для лікування різних бактеріальних інфекцій (як первинних, так і вторинних). Активний відносно багатьох аеробних грамнегативних та грампозитивних бактерій. *In vitro* гентаміцин у концентрації 1—8 мкг/мл пригнічує більшість чутливих штамів *Escherichia coli, Haemophilus influenzae, Moraxella lacunata, Neisseria*, індолопозитивних та індолонегативних штамів *Proteus, Pseudomonas* (зокрема більшість штамів *Pseudomonas aeruginosa*), *Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis* та *Serratia*. Таким чином, до гентаміцину чутливі саме ті бактерії, які найчастіше висіюються з поверхні шкіри у хворих на атопічний дерматит і екзему та зумовлюють сенсибілізацію організму з подальшим розвитком алергійної реакції.

До складу препарату «Триакутан» також входить клотримазол — синтетичний протигрибковий засіб з групи похідних, чия антимікотична дія зумовлена пригніченням синтезу ергостери-

ну, який є важливим компонентом клітинної мембрани грибів. Спектр чутливості до клотримазолу включає у себе низку грибів, що є патогенними для людини і тварин. Клотримазол забезпечує ефективну дію щодо дерматофітів, дріжджових та пліснявих грибів. Під час досліджень *in vitro* продемонстровано ефективність клотримазолу стосовно *Trichophyton rubrum, Trichophyton mentagrophytes, Epidermophyton floccosum, Microsporum canis* та *Candida* (зокрема *Candida albicans*). Завдяки такому широкому спектру активності клотримазолу «Триакутан» є незамінним для лікування мікотичної екземи та інших видів екзем з локалізацією на шкірі стоп.

Важливою перевагою препарату «Триакутан» є наявність двох форм випуску — крему та мазі, що дає змогу вибрати оптимальну залежно від клінічних виявів дерматозу. Так, у разі гострої та підгострої екземи, загострення атопічного дерматиту рекомендують крем «Триакутан» із середньою проникною здатністю. За хронічного запального процесу з виразною сухістю, ліхеніфікацією, лущенням шкіри слід використовувати мазь «Триакутан» з високими проникними властивостями.

Таким чином, вибір саме препарату «Триакутан» для лікування хворих на атопічний 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 застосування запропонованої терапії 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) [1]. Інтенсивність еритеми, папулотворення, мокнуття, екскоріацій, ліхеніфікації, сухості шкіри оцінювали від 0 до 3 балів (0 — немає, 1 — легкий ступінь, 2 — середній, 3 — тяжкий). Суб'єктивні ознаки у вигляді свербежу та порушень сну оцінювали за шкалою від 0 до 10 балів. Індекс SCORAD розраховували за загальноприйнятою формулою.

Виразність свербежу шкіри визначали за десятибальною нумеричною оцінковою шкалою, де 0 балів — це повністю немає свербежу, а 10 — максимальна його інтенсивність [28]. Крім того, проведено оцінку об'єктивних ознак свербежу, таких як зміни нігтьових пластин і екскоріації. Кожну з об'єктивних ознак свербежу оцінювали за бальною шкалою, де 0 балів — немає ознаки, 1 — її слабка виразність, 2 — помірна виразність, 3 — значна виразність.

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 «Мікробіологічна діагностика дисбактеріозів: методичні рекомендації» [6]. Мікробне обсіменіння шкіри вивчали на зразку коагулазопозитивних і коагулазонегативних стафілококів з підрахунком загальної кількості бактерій, виражалося в Lg КУО/см^2.

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

Клінічне обстеження пацієнтів проводили до лікування, а також на 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 програмного пакета Statistica 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA). Для порівняння показників у різних групах застосовано парний критерій Стьюдента з розрахунком середньої арифметичної (M) та стандартної помилки середньої арифметичної (m) або критерій знаків Вілкоксона залежно від розподілу різниць. Нормальність розподілу даних перевіряли за допомогою критерію Шапіро—Уілка за рівня значущості 0,01. У разі застосування всіх статистичних методів, окрім критерію Шапіро—Уілка, рівень значущості брали рівним 0,05 — різницю між даними вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

У 6,2 % пацієнтів діагностовано атопічний дерматит, у 41,5 % — істинну (ідіопатичну) екзему, у 52,3 % — мікробну екзему. Це свідчить про переважання саме мікробної екземи у структурі захворюваності на алергодерматози, оскільки вони були введені в дослідження безвідбірково, а також 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 була гостра

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

Показник	Контрольна група	Хворі до лікування	Хворі після лікування	
			Основна група	Група порівняння
Загальна кількість бактерій	3,69 ± 0,02	4,42 ± 0,13*	3,70 ± 0,08#	4,35 ± 0,10*•
Стафілококи коагулазонегативні	1,50 ± 0,26	1,62 ± 0,37	1,49 ± 0,37	1,55 ± 0,36
Стафілококи коагулазопозитивні	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.

стадія захворювання, у 32,3% — підгостра та у 29,2% — хронічна.

У більшості випадків причинами розвитку та загострення екземи й атопічного дерматиту були травматичні ушкодження шкіри (32,3%), зміна кліматичних умов (9,2%), професійні шкідливості (10,8%), порушення дієти (7,7%), контакт з хімічними речовинами (6,2%), варикозна хвороба (6,2%), інші супутні захворювання і застосування медикаментів (4,6%), стреси (4,6%), шкідливі звички, зокрема куріння, зловживання алкоголем (3,1%), фізичні навантаження (3,1%), поліноз на амброзію (1,5%). Це свідчить, що у третині випадків виникнення чи загострення екземи та атопічного дерматиту пов'язані з травматичними ушкодженнями шкіри, що призводить до її інфікування та мікробно-алергійного запалення, що ще раз доводить доцільність застосування комбінованих топічних засобів (препарат «Триакутан») для лікування пацієнтів з атопічним дерматитом та екземою.

Клінічні вияви й ступінь тяжкості алергодерматозів можуть варіювати у широких межах. Для об'єктивності їх оцінювали за шкалою SCORAD: до початку лікування індекс SCORAD у середньому становив (46,8 ± 1,27) бала. Інтенсивність свербежу шкіри до початку терапії в середньому становила (5,21 ± 0,32) бала. Під час клінічного огляду виявлено об'єктивні ознаки свербежу: зміни нігтьових пластин у середньому становили (0,36 ± 0,07) бала, бальна оцінка екскоріацій — (1,58 ± 0,09) бала.

Заслуговують на увагу дані щодо погіршення якості життя у пацієнтів цієї когорти, оскільки патологічні висипання на шкірі та суб'єктивні ознаки захворювання виявлялися у них зростанням індексу DLQI, який до початку лікування у середньому становив (15,2 ± 0,5) бала.

Одним із провідних факторів є порушення мікробіоценозу шкіри. У хворих на алергодерматози була вірогідно вищою загальна кількість бактерій на шкірі порівняно зі здоровими аналогічного віку (таблиця). Спостерігалася тенденція до збільшення кількості коагулазопозитивних стафілококів на шкірі у хворих на екзему та атопічний дерматит. У хворих на алергодерматози отримано вірогідну різницю за кількістю коагулазопозитивних стафілококів порівняно з контролем. Ці дані свідчать про дисбіотичний стан у хворих з різними формами екземи та атопічним дерматитом, що може сприяти прогресуванню захворювання та потребує відповідної корекції комбінованим топічним засобом «Триакутан».

За рекомендаціями FDA, FFDCA, USP, WHI, WHO, нормалізація стану мікробіоценозу шкіри відіграє ключову роль у корекції патологічних процесів у хворих з різними формами екземи та атопічним дерматитом, що потребує, з одного боку, призначення топічних кортикостероїдів, а з іншого — антимікробних засобів. У зв'язку з цим ми розглянули можливість застосування у комплексній терапії цієї когорти пацієнтів препарату «Триакутан», який призначали у вигляді крему або мазі залежно від стадії процесу.

Усі хворі, які застосовували препарат «Триакутан», вказували на його хорошу переносність. Алергійних і токсичних реакцій, а також інших побічних явищ під час лікування не спостерігалося. У жодному випадку не було погіршення перебігу дерматозу, змін гематологічних і біохімічних показників. Протягом 10 діб застосування препарату не виникали місцеві побічні реакції, характерні для топічних кортикостероїдів (інфекції шкіри, атрофія, стероїдний дерматит і т. ін.). Це свідчить про безпечність препарату «Триакутан» навіть у літніх людей.

У групі хворих на екзему різної форми та атопічний дерматит застосування в комплексній терапії крему або мазі «Триакутан» сприяло підвищенню ефективності лікування, що знайшло своє відображення у значеннях індексу SCORAD (рис. 1). Уже протягом перших 3 діб лікування зменшилися виразність еритеми, набряк, папу-

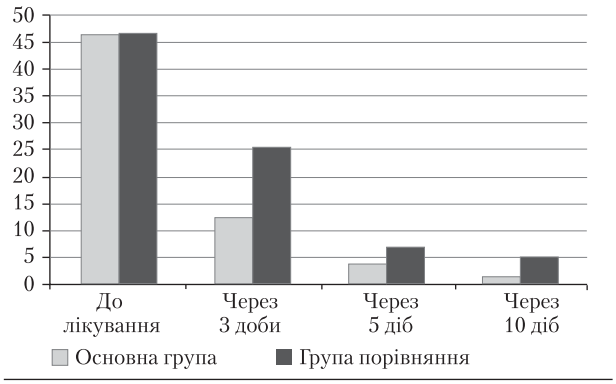

Рис. 1. **Динаміка бальної оцінки SCORAD протягом лікування залежно від терапевтичної підгрупи**

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

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

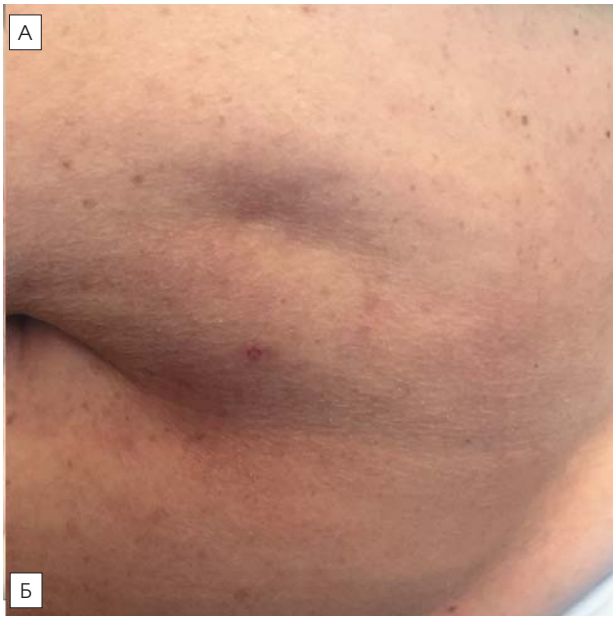

Рис. 3. **Пацієнтка Т., 62 роки. Діагноз: загострення хронічної екземи**

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».

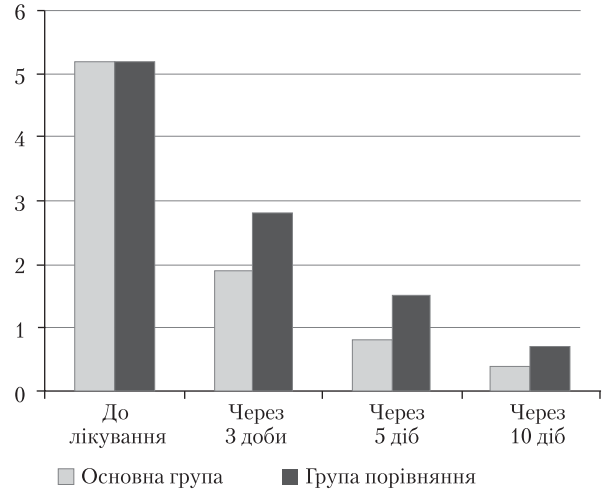

Рис. 5. **Динаміка бальної оцінки свербежу протягом лікування залежно від терапевтичної підгрупи**

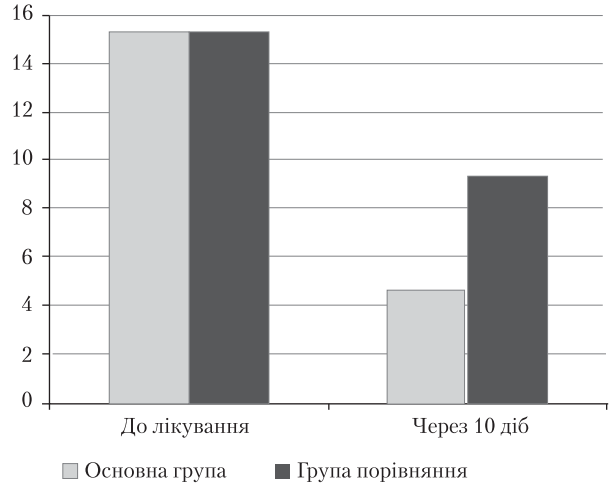

Рис. 6. **Динаміка індексу DLQI у хворих на алергодерматози у процесі лікування**

лоутворення, екскоріації. У наступні 2 доби помітно зменшилися клінічні вияви захворювань, 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, яка застосовувала препарат «Триакутан», був у 1,9 разу нижчим, ніж у групі порівняння, а на 10-ту у більшості пацієнтів настала клінічна ремісія захворювання (рис. 1—4). Індекс SCORAD наприкінці лікування був вірогідно нижчим у хворих, які використовували препарат «Триакутан» (1,3 ± 0,07), ніж у пацієнтів з групи порівняння (4,9 ± 0,18). Отримані результати засвідчили значний протизапальний і протиалергенний ефект препарату «Триакутан».

Виразніший ефект топічний засіб «Триакутан» чинив щодо суб'єктивних ознак екземи та атопічного дерматиту (рис. 5). У хворих, які отримували в комплексній терапії крем або мазь «Триакутан», уже через 3 доби від початку лікування спостерігалося вірогідно більше зниження бальної оцінки свербежу (0,4 ± 0,02) порівняно з пацієнтками, які не застосовували згаданий препарат (0,7 ± 0,02). Аналогічну тенденцію помічено й через 5 діб від початку лікування. У динаміці використання препарату «Триакутан» у пацієнтів поступово зменшувалася кількість екскоріацій, що свідчить про значний протисвербіжний ефект препарату і дає змогу значно розширити можливості його застосування при сверблячих дерматозах.

Певної уваги заслуговує оцінка впливу цієї схеми лікування на мікробіоценоз шкіри, оскільки ми отримали позитивний клінічний результат застосування препарату «Триакутан» у хворих з різними формами екземи та атопічним дерматитом.

Після курсу лікування із застосуванням крему або мазі «Триакутан» спостерігалося статистично вірогідне зниження загальної кількості бактерій порівняно з пацієнтами з групи порівняння (див. таблицю). Разом із тим у пацієнтів, які використовували топічний кортикостероїд без антибактеріальних і антимікотичних властивостей, протягом спостереження залишалася статистично вірогідною різниця за загальною кількістю бактерій порівняно з контролем. Мікробіологічні показники (зокрема й кількість коагулазопозитивних стафілококів) після лікування з використанням препарату «Триакутан наближалися до результатів практично здорових осіб. Тобто це свідчить про не лише клінічну, а й значну мікробіологічну ефективність препарату «Триакутан».

Засвідчено позитивну динаміку якості життя у пацієнтів з різних терапевтичних груп (рис. 6). Вірогідно вищим був індекс DLQI у групі порівняння, ніж у пацієнтів, які застосовували препарат «Триакутан», а після використання згаданого крему або мазі зріс відсоток хворих, у яких індекс DLQI був нижчим за 5 балів, порівняно з групою пацієнтів, які отримували лише топічний кортикостероїд. Це вказує на ліпшу якість життя у хворих, які використовували препарат «Триакутан», що пов'язано зі швидким досягненням клінічної ремісії захворювання.

Таким чином, препарат «Триакутан» є ефективним у лікуванні хворих як на атопічний дерматит, так і різні форми екземи. Введення до комплексної терапії різних форм алергодерматозів крему або мазі «Триакутан» дало змогу отри-

мати ліпші результати, зменшився індекс SCORAD у 3,8 разу, свербіж — у 1,75 разу, індекс DLQI — у 1,98 разу порівняно з терапією топічним кортикостероїдом. Отже, препарат «Триакутан» є безпечним та ефективним засобом для зовнішнього лікування хворих на атопічний дерматит та різні форми екземи. Його доцільно широко використовувати у дерматологічній практиці у випадках алергійних захворювань шкіри та інших стероїдочутливих дерматозів, які ускладнені вторинною інфекцією або розвиваються на її тлі.

Висновки

1. Перебіг атопічного 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 або мазі «Триакутан» є патогенетично обґрунтованою та забезпечує швидкий клінічний ефект, що виявляється зниженням індексів SCORAD і DLQI, виразним зменшенням свербежу та його об'єктивних ознак, а також нормалізацією мікробіоценозу шкіри.

3. Встановлено переваги застосування препарату «Триакутан» перед монокомпонентними топічними кортикостероїдами, що виражається у менших значеннях індексу SCORAD у 3,8 разу, свербежу — у 1,75 разу, індексу DLQI — у 1,98 разу наприкінці терапевтичного курсу.

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

5. Отримані результати дають підставу рекомендувати для широкого впровадження в практичну роботу препарату «Триакутан» для лікування різних форм екземи та атопічного 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. Аряєв М.Л., Клименко В.А., Кожем'яка А.І., Фьоклін В.О. Атопічний дерматит у дітей.— К., 2006.— 88 с.
2. Белоусова Т.А. Особенности микробиоценоза кожи у больных аллергодерматозами: проблема выбора наружной терапии // Клин. дерматол. и венерол.— 2013.— № 3.— С. 107—112.
3. Білозоров О.П., Зуєва М.І., Частій Т.В. Показники сенсибілізації до антигенів умовно-патогенних грибів *Malassezia* і *Candida* у хворих на алергодерматози з мутацями гена філагрину // Дерматол. та венерол.— 2011.— № 4 (54).— С. 7—10.
4. Болотная Л.А. Терапевтическая коррекция эндогенной интоксикации у больных хроническими воспалительными дерматозами // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 3 (54).— С. 89—96.
5. Болотная Л.А., Осипенко Т.С. Коррекция дисбиоза у больных атопическим дерматитом // Дерматол. та венерол.— 2014.— № 3.— С. 67—68.
6. Знаменський В.А., Дегтяр Н.В., Кузьминський С.Н. Мікробіологічна діагностика дисбактеріозів: метод. реком.— К., 1986.— 28 с.
7. Іщейкін К.Є., Степаненко В.І., Крайдашев І.П. До питання уніфікації класифікації та критеріїв діагностики атопічного дерматиту й екземи дитячої // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2009.— № 1.— С. 61—65.
8. Калюжная Л.Д., Юрчик Я.Н. Альтернативное решение для контроля фазы обострения при атопическом дерматите // Клін. імунол. Алергологія. Інфектологія.— 2014.— № 1.— С. 36—39.
9. Коган Б.Г. Атопічний дерматит: акцент на безпечності лікування // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2013.— № 1 (48).— С. 81—89.
10. Коган Б.Г., Верба Е.А. Новые европейские подходы в терапии резистентных форм аллергодерматозов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2013.— № 1 (48).— С. 137—143.
11. Короленко В.В. Клобетазолу пропіонат як препарат вибору для лікування стероїд-резистентних дерматозів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 1 (52).— С. 123—128.
12. Кутасевич Я.Ф., Стулий О.Н. Терапевтическая эффективность производного хинуклидинов при аллергодерматозах и некоторых других дерматозах, сопровождающихся зудом // Дерматол. та венерол.— 2014.— № 1.— С. 42—51.
13. Мурзина Э.А. Обоснование применения энтеросорбентов в комплексной терапии хронических аллергодерматозов // Мистецтво лікування.— 2013.— № 2/3.— С. 50—53.
14. Резниченко Н.Ю. Изменения концентрации половых гормонов у мужчин старшей возрастной группы, страдающих аллергодерматозами, и пути их коррекции // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа.— 2013.— № 4 (28).— С. 94—100.
15. Резніченко Н.Ю. Вплив недостатнього вживання овочів і фруктів на стан шкіри та загальний стан здоров'я чоловіків // Запорожский мед. журн.— 2015.— № 88.— С. 83—86.
16. Резніченко Н.Ю. Діагностика, лікування та профілактика алергодерматозів чоловіків у віковому аспекті.— Запоріжжя: Просвіта, 2014.— 132 с.
17. Резніченко Н.Ю. Досвід застосування психокоригуючих методик у лікуванні хворих на хронічні алергодерматози // Медична психологія.— 2014.— № 2.— С. 94—98.
18. Резніченко Н.Ю. Пошук шляхів корекції метаболізму у хворих на алергодерматози осіб зрілого віку // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.— 2013.— № 1—4.— С. 63—70.
19. Резніченко Н.Ю. Пошук шляхів підвищення ефективності лікування хворих на хронічні алергодерматози старших вікових груп // Актуальные вопросы дерматологии, венерологии и ВИЧ/СПИД инфекции: сб. науч. тр. / Под ред. А.М. Дащука.— Х., 2014.— С. 159—167.

20. Свирид С.Г., Гречуха М.В. Комбінована антигомотоксична терапія хворих на істинну екзему // Дерматол. та венерол.— 2011.— № 2.— С. 149.
21. Святенко Т.В., Андриуца Л.А. Аллергодерматозы: этиология, патогенез, клиника, современное лечение // Клін. імунол. Алергологія. Інфектологія.— 2010.— № 8 (37).— С. 31—36.
22. Степаненко В.І., Коган Б.Г. Новий погляд на проблему старіння 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 «Мометазон» у лікуванні хворих на алергодерматози // 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 Dermato-Venerologica.— 2012.— Vol. 92, N 5.— P. 502—507.

Н.Ю. Резниченко[1], А.Д. Дюдюн[2], Г.И. Резниченко[3]

[1] *Запорожский государственный медицинский университет*
[2] *ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Днепр*
[3] *ДЗ «Запорожская медицинская академия МЗ Украины»*

Атопический дерматит и экзема: экстренная помощь и эффективное лечение

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

Материалы и методы. В исследование были включены 65 больных с разными формами экземы и атопическим 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 качественной и количественной оценки. Качество жизни оценивали по авторизированному украинскому переводу DLQI.

Результаты и обсуждение. Течение атопического дерматита и разных форм экземы сопровождается нарушениями микробиоценоза кожи, для которых характерно увеличение общего количества бактерий и грибов на пораженных участках, что требует соответствующего лечения. В исследовании были доказаны преимущества использования препарата «Триакутан» сравнительно с монокомпонентными топическими кортикостероидами для лечения больных атопическим дерматитом и разными формами экземы. В течение первых 3-х суток терапии препаратом «Триакутан» уменьшалась выраженность эритемы, отека, а таже интенсивность образования папул и экскориаций. На 5-е сутки лечения индекс SCORAD снизился в 13 раз сравнительно с показателем до лечения. На заключительном этапе лечения отмечались более низкие индексы SCORAD (в 3,8 раза), DLQI (в 1,98 раза), выраженность зуда (в 1,75 раза). В конце курса терапии у пациентов, у которых использовали препарат «Триакутан», показатели микробиоценоза кожи нормализовались.

Выводы. Комплексная терапия аллергодерматозов с применением крема или мази «Триакутан» патогенетически обоснованна 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 крема или мази «Триакутан» в комплексном лечении экземы разных форм и атопического дерматита эффективно и безопасно.

Ключевые слова: экзема, атопический дерматит, топическое лечение, «Триакутан».

N.Yu. Reznichenko[1], A.D. Dyudyun[2], G.I. Reznichenko[3]

[1] *Zaporizhzhya State Medical University*
[2] *SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Care Ministry of Ukraine», Dnipro*
[3] *SI «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*. ❐

Дані про авторів:

Резніченко Наталія Юріївна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО Запорізького державного медичного університету

69063, м. Запоріжжя, вул. Академіка Амосова, 67

E-mail: nreznichenkog@gmail.com

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

Резніченко Галина Іванівна, д. мед. н., проф., проф. кафедри акушерства та гінекології ДЗ «Запорізька медична академія МОЗ України»