

О.І. Саріан

Харківський національний медичний університет

Клінічна ефективність комбінованого місцевого засобу «Тридерм» у лікуванні хронічної екземи

Мета роботи — оцінити ефективність, безпеку та переносимість місцевого засобу «Тридерм» у лікуванні пацієнтів із хронічною екземою (ХрЕ).

Матеріали та методи. Обстежено 30 пацієнтів з ХрЕ віком від 25 до 47 років. Серед пацієнтів діагноз істинної екземи (ІЕ), ускладненої вторинною інфекцією, встановлено у 37,7 %, мікробної екземи (МЕ) — у 63,3 % випадків. Легкий ступінь тяжкості ХрЕ встановлено у 18 (60,0%) пацієнтів (у 6 з ІЕ, 12 з МЕ), середньотяжкий — у 12 (40,0 %) пацієнтів (у 5 з ІЕ, у 7 з МЕ). Пацієнти застосовували місцевий комбінований глюкокортикостероїдний засіб «Тридерм» двічі на добу протягом 14 днів. Оцінку клінічної ефективності місцевого препарату проводили на 7-у і 14-у добу лікування, 28-у добу від початку терапії за динамікою EASI (Eczema Area and Severity Index), візуальної аналогової шкали (ВАШ) свербіжів і числової шкали оцінок (ЧШО), дерматологічного індексу якості життя (ДІЯЖ).

Результати та обговорення. В результаті використання засобу «Тридерм» позитивних змін клінічних проявів вдалося досягти в усіх пацієнтів з ХрЕ — клінічна ремісія (зменшення EASI більш ніж на 75 % від вихідного стану) визначена у 70 % хворих, значне клінічне покращення (зменшення EASI на 50—75 %) і покращення у 30,0 % (зменшення EASI на 25—50 %), зникнення чи суттєве ослаблення свербіжів (зменшення інтенсивності свербіжів у 4,3 рази за ВАШ і в 3,9 рази за ЧШО), значне покращення ЯЖ (відсутність впливу хвороби на життя у 76,7% хворих). Більш швидке покращення і регрес дерматозу, відновлення інших дерматологічних показників відбувалися при легкому ступені, порівняно з середньотяжким.

Висновки. Застосування місцевого комбінованого засобу «Тридерм», що має протизапальну, антибактеріальну та антимікотичну дію, обумовлює високу ефективність терапії хронічної екземи на різних стадіях запального процесу. Клінічна ефективність засобу «Тридерм» дозволяє рекомендувати його для топічної терапії дерматозів, у патогенезі яких мають значення запалення, бактеріальна та грибова флора (ускладнена істинна та мікробна екзема, атопічний дерматит тощо). Призначення крему/мазі «Тридерм» дозволяє посилити прихильність до терапії, понизити ризик розвитку небажаних реакцій та взаємодій між діючими речовинами. Гарна переносимість препарату та відсутність побічних ефектів свідчать про сприятливий профіль безпеки досліджуваного препарату.

Ключові слова

Хронічна екзема, зовнішнє лікування, «Тридерм», ефективність, безпека, переносимість.

Екзема — одна з актуальних медико-соціальних проблем сучасної дерматології у зв'язку зі значною питомою вагою в структурі захворювань людини і пріоритетною позицією серед дерматозів. Актуальність проблеми обумовлена хронічним перебігом захворювання з частими рецидивами, розвитком інфекційних ускладнень і обтяженням патологічного процесу, погіршенням якості життя і соціальною дезадаптацією хворих [1, 3, 23, 29]. Сучасною особливістю дерматозу є

своєрідний непостійний і непередбачуваний перебіг, «омолодження» дебюту хвороби, а також резистентність до традиційних методів лікування.

Екзема формується внаслідок впливу складного комплексу етіологічних і патогенетичних факторів, характеризується полівалентною сенсибілізацією, в розвитку хвороби відіграють роль екзогенні та ендогенні чинники (генетична схильність, хімічні та біологічні агенти, бактеріальні алергени, медикаменти, захворювання внутріш-

ніх органів тощо) [4, 8, 26]. Для пацієнтів з хронічною екземою (ХрЕ) характерна наявність імунodefіциту за клітинною, гуморальною і фагоцитарною ланками (порушення вродженого та адаптивного імунітету), що сприяє формуванню осередків хронічної інфекції в організмі, дисбактеріозу кишечника і персистенції мікроорганізмів на шкірі (переважно в осередках) [7, 8, 27].

Мікробна сенсibiliзація є пусковим чинником однієї з форм екземи — мікробної екземи (МЕ) [10, 18, 23]. Приєднання вторинної піококової та грибової інфекції до процесу при істинній екземі (ІЕ) пов'язано з порушенням епідермального бар'єра (збільшення трансепідермальної втрати води, порушення секреції сальних і потових залоз, процесів кератинізації, зсув рН шкіри у нейтральний і лужний бік) та зниженням протимікробної резистентності поверхні шкіри [3, 28]. При цьому патогенна мікрофлора за рахунок вираженої антигенної активності негативно впливає на перебіг хронічного імунозалежного запального дерматозу, що диктує необхідність контролю над обсіменінням шкіри ключовими мікробними агентами — *S. aureus*, грибами родів *Malassezia* і *Candida* [1, 11, 16].

Незважаючи на те, що в міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, ІЕ та МЕ — самостійні нозологічні одиниці, в літературних джерелах є думка про те, що МЕ та інфікована ІЕ не мають патогенетичних відмінностей.

Сучасна раціональна терапія екземи передбачає використання широкого спектра фармакологічних засобів для загальної та місцевої терапії, методів фізіотерапевтичного лікування [2, 6, 23]. Зовнішня терапія була і залишається обов'язковою та найважливішою складовою комплексного лікування хворих на дерматози. За останні десятиліття значно розширився арсенал засобів зовнішньої терапії, що дозволяє практикуючому дерматологу підібрати оптимальну для кожного пацієнта програму лікувально-відновного та базисного контролю за станом шкірного процесу з урахуванням ефективності, безпеки, зручності при використанні та фармакоеконімічних аспектів.

Ключовим принципом місцевого лікування пацієнтів з екземою є не тільки припинення імунного запалення (пригнічення каскаду імунопатологічних процесів у вогнищах ураження шкіри), а й усунення дії вторинної (мікробної, мікотичної) інфекції [2, 9, 17]. Різні дослідження ролі бактеріальної та грибової флори при алергодерматозах дозволили обґрунтувати застосування топічних комбінованих препаратів та визначити їх ефективність. Такий підхід до терапії відображено у настановах та стандартах терапії дерматозів, ускладнених вторинною інфекцією:

комбінація сильних та безпечних кортикостероїдного, протигрибового та антибактеріальних агентів [18, 24, 25]. Для місцевих антимікробних лікарських засобів характерний ряд переваг, обумовлених прямим контактом з патогенними мікроорганізмами і пониженням ризику розвитку системних побічних ефектів при широкому спектрі активності і високих концентраціях у місці нанесення.

Комбіновані препарати для зовнішньої терапії повинні відповідати наступним вимогам: впливати на ключові ланки патологічного процесу, мати широкий спектр активності проти мікроорганізмів, бажано бактерицидний та фунгіцидний ефекти; відсутність резистентності до антибіотиків та антимікотиків; мати високий профіль безпеки, високу біодоступність і гарну переносимість.

Патогенетично обґрунтованим є застосування топічного комбінованого трикомпонентного препарату «Тридерм» (крем/мазь) у хворих на ускладнений перебіг ІЕ та МЕ. До складу препарату входить сильний глюкокортикостероїд (ІІІ клас за Європейською класифікацією J. Miller, D. Munro, 1980) бетаметазону дипропіонат 0,643 мг (еквівалентно 0,5 мг бетаметазону), що має виражений антиексудативний, протисвербіжний, протизапальний і протиалергічний ефекти. Одним з компонентів лікарського засобу є бактерицидний антибіотик широкого спектра дії з групи аміноглікозидів — гентаміцину сульфат 1 мг (1000 МЕ), високоактивний щодо ряду грамнегативних (*Pseudomonas aeruginosa*, *Aerobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella pneumonia*) і грампозитивних (*Streptococcus spp.* — чутливі штами α і β гемолітичного стрептокока групи А, *Staphylococcus aureus* — коагулазопозитивні, коагулазонегативні та деякі штами, що продукують β -лактамазу) бактерій за рахунок подвійного механізму дії (пригнічення біосинтезу білків та ушкодження цитоплазматичної мембрани). Ще один компонент місцевого засобу представлений протигрибовим препаратом синтетичного похідного азолу — клотримазолом (10 мг), який чинить фунгіцидну дію щодо *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum canis*, *Candida albicans*, *Malassezia furfur*. Його антимікотична дія визначається впливом на ергостерол, зниження вмісту якого призводить до розм'якшення мембрани та міколізису.

Склад препарату вивчено всебічно, на відміну від генеричних препаратів, «Тридерм» не містить небезпечних парабенів, які мають канцерогенну дію. Парабени — складні ефіри пара-гідроксibenзойної кислоти, які широко використовують як консерванти в косметичній, фармацевтичній та

харчовій промисловості завдяки антисептичним та фунгіцидним властивостям. Однак результати нещодавно проведених досліджень показали, що парабени мають здатність накопичуватися в організмі людини і обумовлювати безліч несприятливих ефектів. Доведено дозозалежне зниження біосинтезу колагену, збільшення його деградації, інгібуючу дію на виживання та проліферацію клітин, пригнічення синтезу ДНК. З одного боку, при використанні топічних глюкокортикостероїдів існує ризик розвитку атрофії шкіри, а з іншого — застосування парабенів у зовнішніх лікарських формах обумовлює потенціювання негативного впливу на фіброласти та додаткове пригнічення продукції колагену [21].

Для стабілізації компонентів зовнішнього засобу в кремі «Тридерм» використовують двокомпонентну буферну систему: натрію дигідрофосфат дигідрат і кислоту фосфорну, яка сприяє підвищенню антимікробних властивостей поверхні шкіри. Нині вивчено реологічні властивості крему «Тридерм», визначено стабільність препарату не тільки при температурі зберігання, а й температурі шкіри. Крем «Тридерм» при 21 і 30 °С має стійкі структурно-механічні властивості, що свідчить про стабільне вивільнення лікарської речовини з основи незалежно від температури навколишнього середовища [5].

Виробництво місцевого препарату «Тридерм» здійснюється в Європі «Schering-Plough Labo NV», Belgium з використанням найсучаснішого обладнання з найвищим сучасним стандартом GMP (Good Manufacturing Practice).

Мета дослідження — оцінка ефективності, безпеки та переносимості місцевого засобу «Тридерм» у лікуванні пацієнтів з хронічною екземою.

Матеріали та методи

До участі у дослідженні, яке проведено у міському шкірно-венерологічному диспансері м. Харків з червня по вересень 2023 року, залучено 30 пацієнтів з ХрЕ, з них 16 (53,3 %) чоловіків та 14 (46,7 %) жінок.

Критерії включення в дослідження: вік хворих старше 18 років, діагноз ХрЕ (істинна, мікробна), стадія загострення, легкий і середній (помірний) ступінь тяжкості — від 1,1 до 21 балів за EASI (Eczema Area and Severity Index), тривалість дерматозу більше 6 міс; письмова згода пацієнта на участь у дослідженні і дотримання його вимог, в тому числі не застосовувати інші засоби місцевого лікування; відсутність відхилень від норми основних показників стану організму (артеріальний тиск, температура тіла, частота дихання і серцевих скорочень). Згідно Гельсінської декла-

рації про права пацієнта, всіх обстежених осіб до початку дослідження в повному обсязі знайомили з метою, методологічними особливостями процедур дослідження, про що вони добровільно і власноручно підписали форму інформованої згоди на участь у цьому дослідженні.

Критерії виключення із дослідження: вагітні жінки, жінки у період лактації, жінки, у яких є підозра на вагітність; використання системних і топічних глюкокортикостероїдів, топічних інгібіторів кальциневрину, емолієнтів протягом попередніх 4 тижнів до початку дослідження; наявність вірусних інфекцій шкіри, туберкульозу шкіри, акне, розацеа, періорального дерматиту; гіперчутливість до компонентів засобу.

Пацієнти застосовували місцевий комбінований глюкокортикостероїдний засіб «Тридерм» двічі на добу (вранці та увечері) протягом 14 днів. «Тридерм» крем призначали на гострі запальні вогнища ураження, «Тридерм» мазь — на інфільтровані ділянки без гострозапальних явищ та мокнуття. Мазева основа дозволяє проникати компонентам препарату у глибші шари. Місцеве лікування проводилось у поєднанні із системною терапією згідно з діагнозом захворювання, ступенем тяжкості патологічного шкірного процесу (антигістамінні, гіпосенсибілізуючі засоби, пробіотики).

Для оцінки тяжкості екземи використовували індекс EASI [14]. Відсоток ураженої площі в межах кожної з чотирьох областей тіла (голова і шия, верхні кінцівки, тулуб, нижні кінцівки) оцінювали у балах: 0 — відсутнє ураження, 1 — менше 10 %, 2 — 10–29 %, 3 — 30–49 %, 4 — 50–69 %, 5 — 70–89 %, 6 — 90–100 %. Потім кожну з чотирьох областей тіла оцінювали окремо за наступними ключовими ознаками: еритема (E), інфільтрація/папули/набряк (I), екскоріації (Ex), ліхеніфікація (L). Для оцінки тяжкості перебігу МЕ додатково оцінювали гнійничковий компонент в осередках (P). Ступінь тяжкості кожної ознаки в межах наведених областей тіла оцінювали у балах від 0 до 3 (0 — ознаки відсутні, 1 — легкий, 2 — помірний, 3 — тяжкий). Загальну кількість балів для кожної області тіла отримували, помноживши суму балів для кожної окремо з чотирьох чи п'яти ключових ознак на постійну величину для кожної з цих областей тіла, а потім результат множили на кількість балів, отриманих для площі ураження. EASI може варіювати від 0 (немає ознак) до 72 балів (дуже тяжкий ступінь).

Інтенсивність свербіжів визначали за візуальною аналоговою 10-бальною шкалою (ВАШ) і числовою шкалою оцінок (ЧШО) [22]. При використанні ВАШ одновимірною шкалою колива-

ється від 0 до 10 см, що відповідають балам (наприклад, 0 балів — 0—0,5 см, 1 бал — 0,6—1,5 см, 2 бали — 1,6—2,5 см і т. д.). Пацієнти повинні накреслити лінію в будь-якому місці заданої шкали, яка найкраще відображає ступінь свербіжності — від 0 (немає свербіжності) до 10 (дуже сильної), а також оцінювали інтенсивність свербіжності вербально від 0 (відсутній) до 10 балів (дуже сильний) з ЧШО.

Дослідження впливу захворювання на якість життя (ЯЖ) проводилося шляхом заповнення пацієнтами спеціального опитувальника ДІЯЖ (дерматологічний індекс ЯЖ — Dermatology Life Quality Index) [12]. Анкета містить 10 запитань, які відображають найбільш загальні аспекти зміни ЯЖ при шкірних захворюваннях — симптоми/самопочуття (пп. 1, 2); щоденна активність (пп. 3, 4); дозвілля (пп. 5, 6); робота/навчання (п. 7); особисті стосунки (пп. 8, 9); лікування (п. 10). На кожне запитання анкети треба дати один з варіантів відповіді: «ні», «трохи», «значно», «дуже сильно», які оцінюються в балах 0, 1, 2, 3 відповідно. ДІЯЖ є сумою всіх балів, коливається від 0 (практично немає впливу) до 30 балів (надзвичайний вплив на життя пацієнта).

Оцінку клінічної ефективності місцевого препарату «Тридерм» проводили на 7-у і 14-у добу лікування, а також 28-у добу від початку терапії на підставі наступних показників: відповідь на лікування за динамікою EASI (ремісія — зменшення показника більш ніж на 75 % від вихідного стану; значне покращення — зменшення на 50—75 %; покращення — зменшення на 25—50 %; відсутність ефекту — зменшення менш ніж на 25 %); відповідь на лікування за ВАШ і ЧШО; відповідь на лікування за динамікою ДІЯЖ.

Безпека застосування крему/мазі «Тридерм» оцінювалася на підставі реєстрації небажаних явищ, даних фізикального обстеження, моніторингу лабораторних показників (до лікування, через 7 і 28 днів від початку терапії): загальноклінічних аналізів крові та сечі, біохімічних аналізів крові.

Переносимість препарату «Тридерм» оцінювалася на підставі суб'єктивних відчуттів пацієнта і даних об'єктивного обстеження. Оцінку переносимості місцевого препарату здійснювали за наступною шкалою: 1. Гарна — не відзначаються або спостерігаються поодинокі легкі побічні реакції, які не впливають на працездатність і звичайний характер життєдіяльності пацієнта. 2. Задовільна — спостерігаються незначні побічні реакції, які легко переносяться пацієнтом, не заподіюють йому серйозних проблем і не вимагають відміни препарату. 3. Незадовільна — мають місце небажані побічні реакції, які надають

значний негативний вплив на стан хворого, що вимагають відміни препарату та/або застосування додаткових медичних заходів.

Результати та обговорення

Серед пацієнтів з ХрЕ віком від 25 до 47 років (середній вік $(33,5 \pm 2,4)$ року) діагноз ІЕ, ускладненої вторинною інфекцією, встановлено у 11 (37,7 %), МЕ (паратравматична, варикозна, мікотична та нумулярна) — у 19 (63,3 %) випадках. Особливостями ІЕ є симетричність ураження шкіри, нечіткі межі вогнищ, наявність симптому «архіпелаг островів» (чергування уражених і неуражених ділянок шкіри), свербіж різної інтенсивності. Для МЕ характерними є асиметричні сверблячі ураження шкіри, чіткі межі вогнищ, суцільне залучення шкіри в зонах ураження з однаковою вираженістю процесу в центрі і на периферії, наявність пустул, гнійного ексудату, кірок, вхідних воріт для інфекційного чинника (травми, трофічні виразки, піодермія тощо). Шкіра обличчя пацієнтів не залучена в екзема-тозний процес.

Тривалість дерматозу склала від 9 міс до 3 років (в середньому $(1,6 \pm 0,4)$ року). Легкий ступінь тяжкості ХрЕ встановлено у 18 (60,0 %) пацієнтів (у 6 з ІЕ, 12 з МЕ), середньотяжкий — у 12 (40,0 %) пацієнтів (у 5 з ІЕ, 7 з МЕ). Хворі на ІЕ та МЕ не відрізнялися між собою за віком, тяжкістю перебігу та частотою рецидивів захворювання.

Комбіновані зовнішні кортикостероїди, що містять протимікробні агенти, вже давно зайняли певне місце серед основних дерматологічних засобів. Це пов'язано з тим, що при багатьох захворюваннях шкіри гриби і бактерії можуть бути як етіологічними, так і патогенетичними чинниками. Значну частину показань до їх призначення складають запальні дерматози, ускладнені вторинною інфекцією. В ряді випадків лікар може лише припустити інфекційне походження, не маючи можливості це підтвердити лабораторно. Вирішення такої задачі дерматологи здійснюють майже щодня, призначаючи ті чи інші комбіновані засоби. Своєчасне призначення адекватної місцевої терапії здатне попередити прогресування хвороби, призначення системної терапії.

При хронічних дерматозах значно збільшується обсіменіння шкіри різними бактеріями та мікроміцетами, що призводить до високого ризику ускладнення вторинною інфекцією. Колонізація шкіри хворих на екзему, атопічний дерматит, псоріаз грибами *Candida albicans*, у порівнянні зі здоровими людьми, підвищена в 6 разів, а золотистим стафілококом удвічі [20, 21, 28]. Носійство золотистого стафілокока на неураже-

ній шкірі та слизовій оболонці носа виявлено більш ніж у 50 % пацієнтів із екземою кистей. В області висипів *S. aureus* виявлено у 80–100 % хворих. При цьому визначено кореляцію між ступенем колонізації золотистим стафілококом і тяжкістю перебігу екземи, носійство *S. aureus* є значним кофактором у патогенезі екземи кистей [26]. Зміна мікробіоти шкіри сприяє постійній сенсibiliзації організму шляхом антигенної активності мікробних суперантигенів. Доведено, що антигени *S. aureus* активно стимулюють проліферацію Т-лімфоцитів, що підтримують запалення шкіри та призводять до порушень бар'єрної функції шкіри [15]. Методом метагеномного аналізу ідентифіковано штам *S. aureus* (TF3378), що має найбільш потужний проліферативний потенціал, активує клітини Лангерганса в епідермісі за допомогою взаємодії з Toll-подібними рецепторами, що супроводжувалося наступною проліферацією ефекторних Т-клітин [19]. Нині провідну роль серед умовно-патогенних мікроорганізмів, що викликають хронічні інфекційні ураження шкіри, грають і гриби роду *Candida*. Антигени грибів роду *Candida* є повноцінними антигенами, і у відповідь на них в організмі розвивається гіперчутливість уповільненого типу та утворюються специфічні антитіла, що обтяжує перебіг більшості захворювань алергічного генезу. Таким чином, у патогенезі дерматозів, ускладнених вторинною інфекцією, важливу роль грають патогенні бактерії та гриби, більше того, часто зустрічаються їх асоціації. Внаслідок цього при виборі терапії необхідна комбінація сильно-го безпечного кортикостероїду, протигрибкового та антибактеріального компонентів.

Крем «Тридерм» є сучасним комбінованим топічним препаратом, який має здатність усувати запальний процес, елімінувати патогенну бактеріальну та грибову флору при оптимальних співвідношеннях ефективність — безпека. Вміст у засобі компонентів, які взаємно підсилюють один одного за активністю та доповнюють за спектром дії, дозволяє рекомендувати його на початковому етапі лікування, у тому числі до ідентифікації збудника, при дерматозах, ускладнених бактеріальною, грибовою чи змішаною інфекцією. Протизапальна дія бетаметазону дипропіонату пов'язана, в першу чергу, з активацією в клітинах транскрипції генів та утворенням білків, що володіють протизапальною активністю (ліпокортин-1, інгібітор ядерного фактора κВ, антагоніст рецепторів інтерлейкіну 1, нейтральна ендопептидаза).

При виборі засобу терапії слід мати на увазі, що деякі антибіотики часто спричиняють алергічний контактний дерматит, разом з тим пре-

парати, що містять гентаміцин, позбавлені цього недоліку. Штами грибів, що мають природну резистентність до клотримазолу, трапляються рідко [13]. Слід зазначити, що клотримазол, крім власне протигрибкової дії, здатний надавати антибактеріальну дію щодо ряду мікроорганізмів, дозволяє потенціювати дію гентаміцину. Клотримазол легко проникає в шкіру і накопичується переважно в роговому шарі епідермісу, однак концентрація препарату і в більш глибоких шарах епідермісу достатня для загибелі дерматофітів.

Результати порівняльної оцінки мінімальної інгібувальної концентрації (МІК) «Тридерму» та відтворених (генеричних) препаратів відносно контрольних штамів та клінічних ізолятів важливих бактеріальних та грибкових патогенів виявили відмінності активності гентаміцину і клотримазолу. МІК мазі і крему «Тридерм» відносно 20 з 25 бактеріальних та грибкових штамів (*Staphylococcus spp.*, *Candida spp.*, *Enterococcus spp.* та ін.) виявилася на 2–4 розведення нижчою, ніж МІК генерика. Активність препаратів «Тридерму» за окремими видами мікроорганізмів була на 6 розведень вищою, ніж для лікарських форм відтворених аналогів. Менші значення МІК на 2–4 розведення для крему і мазі «Тридерм» визначено для 4 із 7 штамів *Candida spp.* відносно таких для порівнюваних препаратів [5].

Місцеве лікування ХрЕ засобом «Тридерм» (крем/мазь) сприяло позитивній динаміці екзематозного процесу в усіх хворих (табл. 1). Регрес основних клінічних проявів або симптомів гострого (підгострого) запалення встановлено більш ніж у половини хворих на 7-й день від початку лікування. У більшості хворих (76,7 %) припинилося мокнуття/гнійна ексудація, відсутні нові висипи, набряк шкіри, у 66,7 % пацієнтів зникли свербіж/печіння чи суттєво понизилася їх інтенсивність у вогнищах ураження, у 36,7 % — еритема, у 63,3 % хворих регресували везикульозні/пустульозні елементи. Прояви хронічного запалення (застійна еритема, інфільтрація, лущення) через 1 тиж лікування зникли чи стали слабкими у 33,3 %, через 2 тиж — зникли ще у 56,7 % хворих. На 28-й день спостереження (через 2 тиж після відміни препарату) нові висипи чи свербіж не з'явилися, але повністю не регресували інфільтрація та лущення (10,0 %), зберігалось синюшно-червоне забарвлення екзематозних вогнищ у хворих з тривалим перебігом хвороби (6,6 %). Більш швидке покращення і регрес дерматозу відбувалися при легкому ступені, порівняно з середньотяжким (рис. 1).

Вихідні значення індексу EASI у пацієнтів коливались у межах від 2,2 до 15,1 бала, у середньому ($10,56 \pm 1,43$) бала, при ускладненій ІЕ

Таблиця 1. Динаміка клінічних симптомів запалення у пацієнтів з хронічною екземою під впливом лікування місцевим засобом «Тридерм»

Об'єктивні та суб'єктивні ознаки хронічної екземи	Дні спостереження під час лікування		
	7-й	14-й	28-й
Припинення появи нових висипів, мокнуття, набряку	23 (76,7 %)	7 (23,3 %)	—
Припинення свербіжув, печіння	20 (66,7 %)	10 (33,3 %)	—
Нормалізація забарвлення вогнищ ураження	11 (36,7 %)	17 (56,7 %)	2 (6,6 %)
Регрес везикульозних, папульозних, пустульозних висипань, кірок, екскоріацій	19 (63,3 %)	11 (36,7 %)	—
Регрес інфільтрації, лущення	10 (33,3 %)	17 (56,7 %)	3 (10,0 %)

Таблиця 2. Динаміка клінічних проявів хронічної екземи відповідно до індексу EASI у процесі лікування місцевим засобом «Тридерм»

Термін візиту	Індекс EASI
До лікування	10,56 ± 1,43
Через 1 тиждень	6,86 ± 0,92
Через 2 тижні	2,03 ± 0,27
Через 4 тижні	0,55 ± 0,06

((10,54 ± 1,48) бала) та МЕ ((10,59 ± 1,66) бала) достовірно не відрізнялись між собою (p > 0,05). Внаслідок проведеної терапії у 100 % хворих відзначено високу клінічну ефективність місцевого комбінованого препарату, що виражалося регресом чи ослабленням інтенсивності клінічних симптомів, зменшенням площі екзематозного вогнища та, відповідно, зниженням середніх значень індексу EASI, що згідно шкали EASI відповідало оцінці «майже чиста шкіра» (табл. 2).

Значення EASI у пацієнтів легкого і середнього ступеня тяжкості з ІЕ ((4,54 ± 0,65) і (17,83 ± 2,05) бала) та МЕ ((5,92 ± 0,71) і (18,6 ± 2,17) бала) були практично однакові (p > 0,05), тому при аналізі змін форму дерматозу не враховували.

Динаміку індексу EASI в процесі лікування пацієнтів з різним ступенем тяжкості ХрЕ наведено на рис. 1.

На 7-у добу терапії у хворих з легким ступенем дерматозу відзначено більш виражене пониження (на 40,1 %) індексу EASI до 3,02 ± 0,40 порівняно з середньотяжким ступенем, коли показник знизився трохи (на 22,2 %) — до (14,16 ± 1,77) бала. Суттєве зниження показника спостерігалось до 14-го дня терапії в обох групах до (0,35 ± 0,04) та (5,82 ± 0,69) бала відповідно (p < 0,05 до початкових даних), однак у пацієнтів з легким ступенем значення індексу EASI знизилось в 14,4 раза, з середнім ступенем тяжкості —

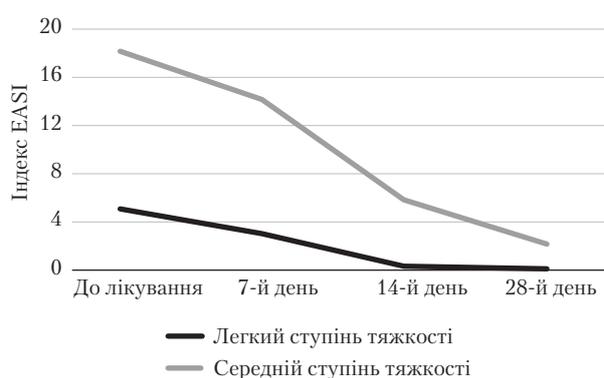


Рис. 1. Клінічна ефективність місцевого засобу «Тридерм» у терапії хронічної екземи легкого і середнього ступеня тяжкості

у 3,13 рази. На 28-й день спостереження (через 14 днів після відміни препарату) шкіра вогнищ у хворих на легкий ступінь майже не мала клінічних ознак дерматозу (EASI — 0,010 ± 0,003), на середній ступінь — залишалася незначно зміненою (слабка інфільтрація та лущення, синюшне забарвлення вогнища) (EASI — (2,17 ± 0,34) бала), що відповідало легкому ступеню тяжкості і потребувало продовження лікування місцевими некобінованими кортикостероїдними засобами чи емоліентами до повного регресу.

Аналіз терапевтичної ефективності засобу «Тридерм» показав, що на 7-у добу у пацієнтів з ХрЕ ремісії досягнуто у 10 (33,3 %) пацієнтів, значного покращення у 12 (40,0 %), покращення — у 5 (16,7 %), відсутність ефекту — у 3 (10 %). До 14-ї доби ремісія визначена у 21 (70,0 %) хворого, значне покращення — у 6 (20,0 %), покращення — у 3 (10,0 %) пацієнтів (рис. 2).

Аналіз ефективності терапії залежно ступеня тяжкості ХрЕ визначив значно кращі результати лікування при легкому ступені — ремісія та значне поліпшення констатовано відповідно у 17 (94,4 %) та 1 (5,6 %) випадках. При середньотяжкому ступені ХрЕ ремісію встановлено у

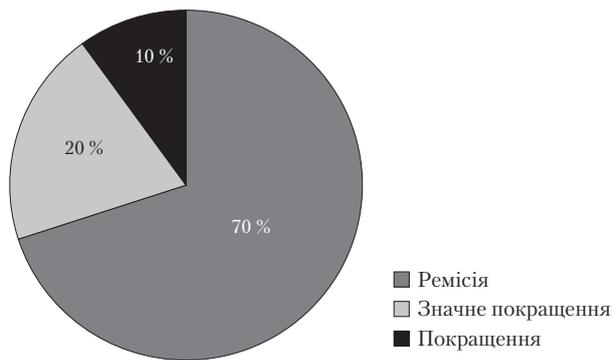


Рис. 2. Ефективність місцевого засобу «Тридерм» при хронічній екземі на 14-ту добу лікування

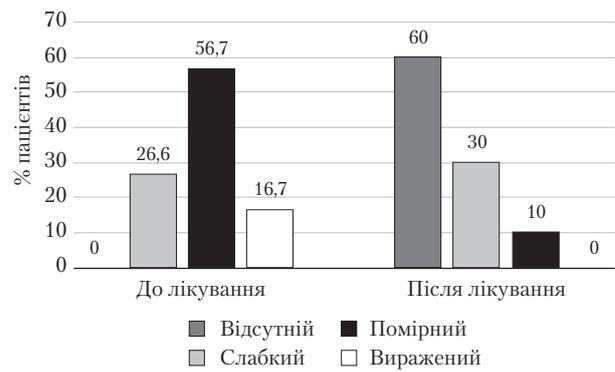


Рис. 3. Розподіл пацієнтів з хронічною екземою за інтенсивністю свербіжу до і після терапії

4 (33,3 %), значне покращення — у 5 (41,7 %) і покращення — у 3 (25,0 %) хворих.

Скарги на слабкий свербіж пред'являли 8 (26,6 %), помірний свербіж — 17 (56,7 %) хворих, виражений (сильний) свербіж — 5 (16,7 %) хворих. Інтенсивність свербіжу до лікування становила від 2 до 10, в середньому — $(6,4 \pm 1,8)$ бала. Несуттєво вищим виявився показник при ІЕ ($(6,7 \pm 1,9)$ бала) відносно такого при МЕ ($(6,2 \pm 1,7)$ бала; $p > 0,05$). При використанні ЧШО, пацієнти оцінювали свербіж значно вище, ніж за ВАШ, — $(7,8 \pm 2,1)$ бала, однак тенденції змін не відрізнялися залежно форми дерматозу. Встановлено достовірні відмінності інтенсивності свербіжу за обома показниками при легкому ступені (відповідно $(4,1 \pm 1,3)$ і $(5,6 \pm 1,7)$ бала) і середньотяжкому (відповідно $(7,9 \pm 2,4)$ і $(11,0 \pm 3,2)$ бала).

Інтенсивність свербіжу після 2-го тижня лікування засобом «Тридерм» варіювала від 0 до 6 і статистично значуще зменшилася до $(1,5 \pm 0,5)$ балів за ВАШ (у 4,3 рази; $p < 0,05$) і до $(2,0 \pm 0,7)$ балів за ЧШО (в 3,9 рази; $p < 0,05$). Після зовнішньої терапії свербіж був відсутній у 18 (60,0 %) хворих, на слабкий свербіж скаржилися 9 (30,0 %) хворих, на помірний свербіж — 3 (10,0 %) хворих (рис. 3).

Аналіз динаміки інтенсивності свербіжу на 7-му добу виявив суттєве пониження показників, оцінюваних за ВАШ, — з $(6,4 \pm 1,8)$ до $(2,2 \pm 0,9)$ бала, до 14-ї доби інтенсивність свербіжу понизилася до $(1,5 \pm 0,5)$ бала. Наприкінці спостереження показник ВАШ склав $(0,8 \pm 0,2)$ бала, що відповідало легкому свербіжу. Подібно зменшувалася і показник свербіжу за ЧШО (на 7-й день склав $(5,1 \pm 1,6)$ бала, 14-й день — $(2,0 \pm 0,7)$ бала і 28 день — $(1,4 \pm 0,3)$ бала).

У всіх пацієнтів до лікування зазначено погіршення ЯЖ, при цьому у 18 хворих (60,0 %) дерматоз надавав помірний вплив (на фоні поганого настрою, тривоги існувало відчуття соціальної і

фізичної неповноцінності), у 7 (23,3 %) — сильний вплив (виражена тривога, що проявлялася скаргами на задишку, серцебиття, дратівливість, непокоїло майбутнє) і у 5 (16,7 %) — незначний вплив хвороби на життя (розлади обмежувалися субклінічним рівнем через хибні уявлення про легке одужання, недостатніми знаннями про захворювання). На початку лікування показник ДІЯЖ становив від 6 до 19 балів, що відповідає помірному/сильному впливу на ЯЖ пацієнта.

ДІЯЖ в середньому у пацієнтів з ХрЕ становив $(11,2 \pm 3,3)$ бала, при легкому ступені — $(8,3 \pm 2,1)$ бала, середньотяжкому ступені — $(16,8 \pm 5,2)$ бала. Значення цього показника достовірно не відрізнялися у хворих на ІЕ, ускладнену вторинною інфекцією ($(10,81 \pm 3,0)$ бала), та МЕ ($(11,26 \pm 3,5)$ бала; $p > 0,05$).

Після проведеного лікування пацієнти відзначили покращення стану їх психічного та фізичного здоров'я (табл. 3). Так на 7-й день більшість (40,0 %) пацієнтів вказували на помірний вплив хвороби на своє повсякденне життя — зменшився психологічний дискомфорт від висипів, нормалізувалося самопочуття, збільшилася повсякденна активність, пацієнти повернулися до свого стандартного дозвілля, працювали або навчалися, зменшилася кількість проблем психологічного плану в особистих стосунках. Наведені зміни знаходилися в межах статистичної достовірності порівняно з такими до лікування ($p < 0,05$). На 14-й день застосування препарату «Тридерм» переважали хворі (56,7 %) з відсутністю впливу ХрЕ на їх психологічний комфорт і повсякденну фізичну активність. Разом з тим, 10,0 % пацієнтів відповіли, що хвороба продовжує сильно впливати на життя ($p < 0,05$). На 28-й день спостереження пацієнти визначили відсутність чи незначний вплив ХрЕ на життя у 86,6 % випадків, помірний і сильний — у 13,4 % хворих.

Вихідне значення ДІЯЖ у пацієнтів з ХрЕ (рис. 4) становило $(11,2 \pm 3,3)$ бала. На 7-й день

Таблиця 3. Динаміка показника якості життя у пацієнтів з хронічною екземою в процесі лікування місцевим засобом «Тридерм»

Ступінь впливу на життя за значенням ДІЯЖ, бали	Пацієнти з хронічною екземою, абс./%			
	День спостереження			
	0-й	7-й	14-й	28-й
Не впливає (0–1)	—	5/16,7	17/56,7	25/83,3
Незначно (2–5)	5/16,7	9/33,0	6/20,0	1/3,3
Помірно (6–10)	18/60,0	12/40,0	4/13,3	2/6,7
Сильно (11–20)	7/23,3	4/13,3	3/10,0	2/6,7

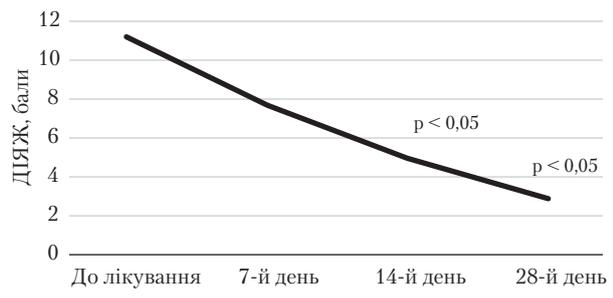


Рис. 4. Динаміка індексу ДІЯЖ у пацієнтів з хронічною екземою в процесі терапії

терапії визначено пониження значення індексу до $(7,7 \pm 2,0)$ бала, на 14-й день — $(5,0 \pm 1,6)$ бала, на 28-й — до $(2,9 \pm 1,1)$ бала. Статистично значуще пониження величини ДІЯЖ в 2,2 раза зареєстровано у хворих на момент закінчення терапії (через 2 тиж) і в 3,9 раза наприкінці спостереження відносно аналогічного показника до лікування ($p < 0,05$).

При легкому ступені дерматозу ЯЖ суттєво покращилася — індекс ДІЯЖ на 14-й день склав $(1,00 \pm 0,07)$ бала, на 28-й день — $(0,50 \pm 0,02)$ бала (хвороба практично не впливала на життя), при середньотяжкому ступені лікування також позитивно впливало на ЯЖ (відповідно $(10,9 \pm 3,1)$ і $(6,5 \pm 1,8)$ бала), але все ж захворювання надавало помірний вплив на життя і свідчило про неможливість відміни терапії. Визначена позитивна кореляція між індексами ДІЯЖ та EASI ($r = 0,47$; $p < 0,05$) дозволяє проводити моніторинг ефективності лікування, враховуючи суб'єктивний психосоціальний стан пацієнтів.

Аналіз динаміки шкірного патологічного процесу виявив швидкий регрес, зменшення площі ураження шкіри і тяжкості перебігу екзематозного процесу, пониження інтенсивності свербіж чи його зникнення, покращення ЯЖ у пацієнтів, які отримували терапію препаратом «Тридерм», про що свідчить динаміка усіх використаних в дослідженні дерматологічних індексів (табл. 4).

Таблиця 4. Динаміка змін дерматологічних індексів у пацієнтів з хронічною екземою в процесі терапії (у відсотках зменшення до вихідного значення показника)

Дні спостереження	Дерматологічний індекс			
	EASI	ВАШ	ЧШО	ДІЯЖ
7-й	-30,5	-65,6	-34,6	-31,2
14-й	-80,8	-76,6	-74,4	-50,9
28-й	-94,8	-87,5	-82,0	-74,1

Достатні позитивні зміни відбувалися вже на 14-й день терапії, але й після відміни засобу продовжувалося покращення — незначне пониження EASI, більш виражене ДІЯЖ, що свідчило про ефективність терапії, покращувало комплаєнс і загальний стан хворих.

Під час усіх візитів пацієнти переважно відзначили «відмінний» та «гарний» ефект терапії препаратом «Тридерм». При цьому важливо, що думка лікаря і пацієнтів статистично достовірно не відрізнялися.

За час дослідження побічних реакцій та небажаних явищ, індивідуальної непереносимості препарату та розвитку алергічних реакцій не зареєстровано. При цьому не визначено системних негативних побічних реакцій чи загострення соматичної патології.

Усі пацієнти відзначили гарну переносимість препарату «Тридерм». Крім того, хворі зауважили позитивне сприйняття косметичних властивостей крему «Тридерм», а саме його приємну текстуру, швидке поглинання шкірою, відсутність запаху, кольору та слідів на одязі після застосування.

Відхилень лабораторних показників загальноклінічних аналізів крові та сечі, біохімічних аналізів крові (загальний білірубін, АЛТ, АСТ, ГГТП, лужна фосфатаза, загальний білок, глюкоза, сечовина, креатинін) не визначено, що

свідчить про відсутність негативного впливу та безпеку препарату.

Засіб «Тридерм» випускається у двох формах: упаковка 15 г буде зручною пацієнтам з невеликою площею ураженнями або для короткого курсу терапії, економічна упаковка 30 г оптимальна для пацієнтів з великими ураженнями або за потреби тривалого використання.

Таким чином, внаслідок використання засобу «Тридерм» вдалося досягти позитивних змін клінічних проявів в усіх пацієнтів з ХрЕ – клінічна ремісія (зменшення EASI більш ніж на 75 % від вихідного стану) визначена у 70 % хворих, значне клінічне покращення (зменшення EASI на 50–75 %) і покращення у 30,0 % (зменшення EASI на 25–50 %), зникнення чи суттєве ослаблення свербіж (зменшення інтенсивності свербіж у 4,3 рази за ВАШ і в 3,9 рази за ЧШО), значне покращення ЯЖ (відсутність впливу хвороби на життя у 76,7 % хворих). Зовнішній засіб «Тридерм» максимально відповідає потребам терапії пацієнтів з дерматозами, ускладненими вторинною інфекцією, забезпе-

чуючи повне усунення симптомів захворювання, тим самим знижуючи ризик виникнення рецидиву.

Висновки

1. Застосування місцевого засобу «Тридерм», що має протизапальну, антибактеріальну та антимікотичну дію, обумовлює високу ефективність терапії хронічної екземи на різних стадіях запального процесу.

2. Клінічна ефективність засобу «Тридерм» дозволяє рекомендувати його для топічної терапії дерматозів, у патогенезі яких мають значення запалення, бактеріальна та грибова флора (ускладнена істинна та мікробна екзема, atopічний дерматит тощо).

3. Призначення крему/мазі «Тридерм» дозволяє посилити прихильність до терапії, понизити ризик розвитку небажаних реакцій та взаємодій між діючими речовинами.

4. Гарна переносимість препарату та відсутність побічних ефектів свідчать про сприятливий профіль безпеки досліджуваного препарату.

Список літератури

1. Александрук ОД. Клініко-патогенетичне порівняння перебігу atopічного дерматиту та істинної екземи. Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2017;4(67):118-125.
2. Болотна ЛА. Мікробна екзема: можливості комбінованої топічної терапії. Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2015;1(56):79-86.
3. Болотна ЛА, Лисенко КІ. Порівняльна оцінка рівня β-дефензину у хворих на хронічну екзему різної тяжкості. Міжнародний мед журн. 2020;26(3):67-71.
4. Гілюк ВВ. Стан мікроциркуляції в шкірі та визначення рівня азоту оксиду у хворих на справжню екзему. Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2017;4:71.
5. Грамматикова НЭ. Сравнительное изучение антимикробной активности комбинированных топических лекарственных форм бетаметазона, гентамицина и клотримазола in vitro. Хим-фарм журн. 2019;53(10):45-49.
6. Денисенко ОІ, Степан НА. Клінічні результати різних методів лікування хворих на екзему. Журн дерматовенерол і косметол ім. МО Торсуєва. 2017;2:36-40.
7. Кутасевич ЯФ, Джораєва СК, Гончаренко ВВ. Порівняльний аналіз клініко-анамнестичних особливостей перебігу atopічного дерматиту та справжньої екземи, обтяжених стафілококовою інфекцією. Дерматол, венерол. 2020;1:8-15. doi: 10.33743/2308-1066-2020-1-8-16. <http://idvamnu.com.ua/wp-content/uploads/2020/05/kutasevich.pdf>
8. Литинська ТО, Коржова ТП. Роль порушення мікробіоти товстої кишки в патогенезі псоріазу та інфекційної екземи. Лік справа. 2018;7/8:92-97. doi: 10.31640/JVD.7-8.2018(16).
9. Мурзина ЭА. Оригинальный или генерический комбинированный топический глюкокортикостероид. В чем отличия? Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2019;3(74): 118-125. doi: 10.30978/UJDVK2019-3-45.
10. Хруц ВІ, Павленко ОВ, Пухтін ВВ, Пухтіна ІМ. Стан систем гомеостазу у хворих на інфекційну екзему. Лік справа. 2019;4:8-15. doi.org/10.31640/JVD.4.2019(2).
11. Chen YE, Tsao H. The skin microbiome: current perspectives and future challenges. J Am Acad Dermatol. 2013 Jul;69(1):143-55. doi: 10.1016/j.jaad.2013.01.016.
12. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol. 1994 May;19(3):210-6. doi: 10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
13. Frei-Madrzak M, Golec S, Wlodarz K, Choroszy-Krol I. Susceptibility to Clotrimazole of Candida spp. Isolated from the genitourinary system – a single center study. Pathogenes. 2021 Sep 4;10(9):1142. doi: 10.3390/pathogens10091142.
14. Hanifin JM, Baghoomian W, Grinich E, et al. The Eczema Area and Severity Index – A practical guide. Dermatitis. 2022 May-Jun;33(3):187-192. doi: 10.1097/DER.0000000000000895.
15. Iwamoto K, Moriwaki M, Niitsu Y, et al. Staphylococcus aureus from atopie dermatitis skin alters cytokine production triggered by monocyte-derived Langerhans cell. J Dermatol Sci. 2017 Dec;88(3):271-279. doi: 10.1016/j.jdermsci.2017.08.001.
16. Jagielski T, Rup E, Ziolkowska A, et al. Distribution of Malassezia species on the skin of patients with atopie dermatitis, psoriasis, and healthy volunteers assessed by conventional and molecular identification methods. BMC Dermatol. 2014 Mar 7;14:3. doi: 10.1186/1471-5945-14-3.
17. Lax SJ, Harvey J, Axon E, et al. Strategies for using topical corticosteroids in children and adults with eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Mar 11;3(3):CD013356. doi: 10.1002/14651858.CD013356.pub2.
18. Leung AK, Lam JK, Leung AA, et al. Nummular eczema: an updated review. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2020;14(2):146-155. doi: 10.2174/1872213X14666200810152246.
19. Li Y, Wei X, Li L. Risk factors in outpatients with dermatitis and eczema in tertiary hospitals of China who have clinically suspected bacterial infection. Biomed Res Int. 2020 Nov 27;2020:7621217. doi: 10.1155/2020/7621217.
20. Liaw FY. The Infectious complications of eczema. J Dermatitis. 2022;7(157). <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/the-infectious-complications-of-eczema-113170.html>.
21. Majewskaa N, Zarębab I, Surażyńskib A, Galicka A. Methylparaben-induced decrease in collagen production and

- viability of cultured human dermal fibroblasts. *J Appl Toxicol.* 2017;37(9):1117-1124. doi: 10.1002/jat.3466.
22. Reich A, Heisig M, Phan NQ, et al. Visual analogue scale: evaluation of the instrument for the assessment of pruritus. *Acta Derm Venereol.* 2012 Sep;92(5):497-501. doi: 10.2340/00015555-1265.
 23. Robinson CA, Love LW, Farci FF. Nummular Dermatitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 33351436.
 24. Salava A. Настанова 00262. Дерматит гомілки. Duodecim Medical Publications Ltd Raimo Suhonen, 2013. 29 с. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3148>.
 25. Salava A. Настанова 00284. Нумулярний дерматит. Duodecim Medical Publications Ltd Raimo Suhonen, 2013. 9 с. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3168>.
 26. Sarmiento PM, Azanza JJ. Dyshidrotic eczema: a common cause of palmar dermatitis. *Cureus.* 2020;12(10):e10839. doi: 10.7759/cureus.10839.
 27. Silvestre JF. About the need and the future of eczema units. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(6):465-467. doi: 10.1016/j.ad.2018.06.001.
 28. Sparber F, De Gregorio C, Steckholzer S, et al. The skin commensal yeast *Malassezia* triggers a type 17 response that coordinates anti-fungal immunity and exacerbates skin inflammation. *Cell Host Microbe.* 2019;25:389-403. doi: 10.1016/j.chom.2019.02.002.
 29. Yosipovitch G, Nedorost ST, Silverberg JI, et al. Stasis dermatitis: An overview of its clinical presentation, pathogenesis, and management. *Am J Clin Dermatol.* 2023;24: 275-286. doi: 10.1007/s40257-022-00753-5.

O.I. Sarian

Kharkiv National Medical University

Clinical effectiveness of combined topical remedy «Triderm» in treatment of chronic eczema

Objective — evaluation of the effectiveness, safety and tolerability of the local remedy «Triderm» in the treatment of patients with chronic eczema (ChE).

Materials and methods. 30 patients with ChE aged from 25 to 47 years were examined. Among the patients, the diagnosis of true eczema (TE) complicated by secondary infection was established in 37.7%, microbial eczema (ME) — in 63.3 % of cases. A mild degree of severity of ChE was established in 18 (60.0 %) patients (in 6 with TE, 12 with ME), moderate — in 12 (40.0 %) patients (in 5 with TE, in 7 with ME). Patients used the topical combined glucocorticosteroid «Triderm» twice a day for 14 days. The clinical effectiveness of the local drug was evaluated on the 7th and 14th days of treatment and on the 28th day after the start of therapy according to the dynamics of EASI (Eczema Area and Severity Index), visual analog scale (VAS) of itching, numerical rating scale (NRS) and Dermatological Index of Quality of Life (DIQL).

Results and discussion. As a result of the use of «Triderm», positive changes in clinical manifestations were achieved in all patients with ChE — clinical remission (decrease in EASI by more than 75 % from the initial state) was determined in 70 % of patients; significant clinical improvement (decrease in EASI by 50–75 %) and improvement of 30 % (decrease of EASI by 25–50 %), disappearance or significant weakening of itching (decrease in intensity of itching by 4.3 times according to VAS and 3.9 times according to NRS), significant improvement of quality of life (absence of disease impact on life in 76.7 % of patients). Faster improvement and regression of dermatosis, recovery of other dermatological indicators occurred with a mild degree, compared to a medium-severe one.

Conclusions. The use of the local combined drug «Triderm» which has anti-inflammatory, antibacterial and antimycotic effects, determines the high efficiency of chronic eczema therapy at various stages of the inflammatory process. The clinical effectiveness of «Triderm» allows it to be recommended for the topical therapy of dermatoses in the pathogenesis of which inflammation, bacterial and fungal flora are important (complicated true and microbial eczema, atopic dermatitis, etc.). The use of «Triderm» cream/ointment allows increasing the compliance, reducing the risk of developing unwanted reactions and interactions between active substances. The good tolerability of the drug and the absence of side effects indicate a favorable safety profile of the studied drug.

Keywords: chronic eczema, topical treatment, «Triderm», effectiveness, safety, tolerability. □

Дані про автора:

Саріан Олена Ігорівна, доц. кафедри дерматовенерології та хірургічної дерматології
<http://orcid.org/0000-0001-7582-1813>
 61022, Харків, просп. Науки, 4
 E-mail: elensarian@gmail.com