

стройств у пацієнтів молодого віку. Координатна деталізація в формі клініко-морфологічного показателя спонділогенної вертебро-базиллярної недостаточності дозволяє персоніфікувати індивідуальні програми комплексного лікування і затримання прогресування вертебро-базиллярної недостаточності. Вивчення проблеми спонділогенних порушень кровообігу в вертебро-базиллярному басейні з позиції структурно-морфологічних змін шийного відділу хребта і їх зв'язи з гемодинамічно обумовленими метаболічними розладами, їх стадійністю в молодому віку представляє значущий науковий інтерес.

### Summary

DIAGNOSTICS OF VERTEBROBASILAR INSUFFICIENCY IN YOUNG ADULTS: PRINCIPLES AND EXPERIENCE OF CLINICAL AND INSTRUMENTAL ITS SPONDYLOGENIC FORM

Nekrasova N.

Key words: clinical and morphological spodylogenic index, spondylogenic vertebrobasilar insufficiency

Based on the examination of 240 patients with verified diagnosis of spondylogenic vertebrobasilar insufficiency (VBI), the method of clinical instrumental verification of spondylogenic VBI was substantiated. This method is based on applying of non-invasive ultrasound dopplerography, which reduces the timing of examinations while increasing the availability of diagnosis spondylogenic VBI. In order to improve the diagnosis of the disease it is important to clarify the development of VBI in its early stages, paying particular attention to its clinical, morphological and syndromological features. As one of the basic diagnostic criteria, the data of neurologic examination, blood lipid spectrum findings and clinico-morphological spodylogenic index were substantiated and used. The application of this method enables the comprehensive consideration of quantitative morphological changes in the cervical spine, the absence of atherosclerotic changes of the vascular wall, as well as clinical and neurological manifestations of vascular disorders in young adults at the very early stages of spondylogenic VBI. Coordinate detailing in the form of clinical and morphological index of spondylogenic VBI contributes to the development of patient-centred treatment plans and to slowing down of VBI progression. The study of the spondylogenic circulatory disorders in the vertebrobasilar system in terms of structural and morphological changes of the cervical spines and their association with hemodynamic determined metabolic disorders has a significant clinical value.

УДК 616.516-07-036-053.8

Попович Ю.О., Федотов В.П., Ковальова Т.Д.

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ТА ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДОРΟΣЛИХ У СУЧАСНИЙ ПЕРІОД

Запорізький державний медичний університет

*Мета роботи – встановити особливості клінічних проявів і перебігу atopічного дерматиту у дорослих в сучасний період в залежності від тяжкості шкірного процесу, а також якості життя. Під спостереженням перебувало 117 пацієнтів, з яких 80 склали основну клінічну групу з верифікованим діагнозом «Атопічний дерматит» і 37 – здорові особи. Переважали мешканці міст, які працювали на промислових підприємствах. Середній вік склав  $31,0 \pm 1,2$  (з 18 до 45 років), частіше хворіли жінки. Перші клінічні прояви atopічного дерматиту були у віці 1-6 років (79,1%). Пацієнти скаржились на свербіж, емоційну лабільність, порушення сну, загальмованість, пригніченість, патологію ШКТ. Поява перших ознак дерматозу, а також його загострень та рецидивів пов'язана з аліментарними (67,5%) та нервово-психічними факторами. У більшості хворих були перенесені алергічні захворювання, або наявність їх у близьких родичів. У 65% матерів хворих були несприятливі фактори в період вагітності. Із супутніх захворювань слід відмітити гастроентерологічні, органів дихання, ЛОР-органів, зубів, нервової системи, із перенесених – патологія органів дихання, респіраторні захворювання, тонзиліт, гайморит, фронтит, патологія сечостатевої системи. Клінічні прояви atopічного дерматиту були типовими з обов'язковими та додатковими критеріями. Із особливостей клініки слід відзначити часті ускладнення піддермією, еозинофілія, наявність пруритичних папул, тяжкий перебіг з частими рецидивами, торпідність до терапії. Середній показник SCORAD з середньою тяжкістю перебігу становив 20-40, а з тяжким перебігом – > 40. Сумарний показник якості життя у хворих становив, відповідно,  $22,14 \pm 0,02$  і  $23,32$  балів.*

Ключові слова: atopічний дерматит, шкіра, клініка, анамнез, тяжкість, перебіг, якість життя, хворі, алергія.

*Дослідження проведено в рамках науково-дослідної роботи «Оптимізація показань та комплексної терапії хворих на хронічні рецидивуючі дерматози, ІППСШ, з урахуванням клінічних особливостей, стану регулюючих систем гомеостазу, супутньої патології, прогнозування, лікування та профілактика рецидивів» № державної реєстрації 0118U004256 від № 04/1410 12.03.2018.*

Атопічний дерматит (АтД) відноситься до найбільш поширених в усьому світі алергодерматозів [1;2]. Захворюваність цим дерматозом

весь час зростає, що потребує необхідності комплексного підходу до вирішення багаточисельних проблем цього дерматозу лікарями різного

фаху, особливо педіатрами, дерматовенерологами, імунологами, генетиками, алергологами [3;4]. АтД – це мультифакторіальне алергічне захворювання у осіб з генетичною детермінованою аномальною направленістю імунної відповіді на фактори зовнішньої і внутрішньої середовища (атопени). Для АтД характерними є генетична детермінованість, хронічний рецидивуючий перебіг захворювання, на який впливають різноманітні екзогенні та ендогенні фактори, трансформація клінічних проявів, часті ускладнення, що іноді призводять до інвалідизації хворих [5;6;7].

Клінічно АтД являє собою хронічний запальний, рецидивуючий патологічний шкірний процес, який представляється інтенсивним свербіжем, симпатергічною реакцією шкіри, поліморфною висипкою, вираженою ліхеніфікацією у поєднанні з іншими ознаками atopії [8;9]. Так, обов'язковими критеріями є свербіж, типова морфологія і локалізація, хронічний рецидивуючий перебіг, atopія в анамнезі чи обтяжуюча по atopії спадковість. До додаткових критеріїв АтД відносять ксероз, іхтіоз, гіперчутливість уповільненого типу, високий рівень IgE, початок хвороби у ранньому віці, часті інфекційні ураження шкіри піококками, дерматити на шкірі кінцівок, екзема, кон'юнктивіти, складки Ден'є-Моргана, кератоконус, катаракта, блідість чи почервоніння обличчя, перифолікулярні висипи, складка на передній поверхні шиї, свербіж при підвищеному потовиділенні, білий дермографізм. Для діагнозу АтД необхідно три обов'язкових критерія і три і більше додаткових [10;11].

Незважаючи на значну кількість досліджень механізмів розвитку АтД, ця проблема залишається ще недостатньо вивченою, що на думку багатьох дослідників може бути важливим чинником недостатньої ефективності традиційних методів лікування хворих [12;13].

З урахуванням цього в теперішній час придається велике значення вивченню ролі психо-емоційної сфери і стану вегетативної нервової системи в розвитку АтД. Але думки різних авторів по цьому питанню нерідко протиречиві, а нерідко і взаємовиключаючі [14].

Тому, розробка нових методів лікування хворих на АтД з урахуванням психо-емоційного стану і діяльності вегетативної нервової системи є актуальною і практично значущою проблемою.

### **Мета роботи**

Встановити особливості клінічних проявів перебігу atopічного дерматиту у дорослих в сучасний період в залежності від тяжкості шкірного процесу, а також якості життя.

### **Матеріал і методи дослідження**

Під спостереженням знаходилось 117 пацієнтів, з яких 80 склали основну клінічну групу, а 37 – контрольну групу. Особи, які увійшли в клінічну групу, мали верифікований діагноз «Атопічний дерматит (L20 по МКБ-10)». Контрольну групу

склали особи, які не хворіли дерматозами і вони були аналогічні характеристикам по гендерним, віковим і соціальним характеристикам. Мешканці сільської місцевості склали 24%, мешканці міста – 76%, 2,2% працювали у сільському господарстві, 54% – на промислових підприємствах, 12% – робітники розумової праці, 12 – без конкретного роду занять. Середній вік пацієнтів склав  $31,0 \pm 1,2$  (з 18 до 45 років). Більшість хворих були у віці 26-33 роки, частіше хворіли особи жіночої статі (60%).

Перші клінічні прояви АтД було у віці до 1 року – 6 років (79,1%).

Використані методики:

1) Загальні клініко-лабораторні дослідження (скарги, анамнез життя та захворювання, консультації суміжних спеціалістів, діагноз визначався по даним обов'язкових та допоміжних критеріїв з урахуванням стандартів, розроблених в Україні, встановлювали тяжкість перебігу по індексу SCORAD та якість життя – ДІЯЖ, характер перебігу з явищами прогресування, рецидиви, загострення, ремісії, вивчалися загальноприйняті лабораторні аналізи).

2) Клінічні:

Для клінічної оцінки стану хворих на atopічний дерматит використовували бальну оцінку тяжкості шкірного процесу: індекс SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis).

Методика оцінки проявів і ступеня тяжкості SCORAD включала комплексну оцінку трьох інформаційних блоків: розповсюдженість шкірних уражень (А), їх виразність або інтенсивність (В) та суб'єктивні симптоми (С).

А. Розповсюдженість шкірних уражень оцінювалась по правилу «дев'ятки», де за одиницю прийнята площа долонної поверхні кистей (рис. 1).

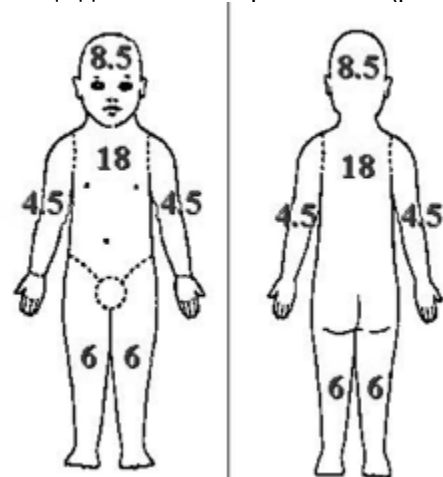


Рис. 1. Оцінка площі ураження шкіри.

На рисунку представлені числа, які відповідають тій чи іншій частині поверхні шкіри. Тотальне ураження шкіри зустрічається рідко, тому при оцінці площі ураження необхідно користуватися вказаним вище правилом долоні «дев'ятки». Для цього лікар повністю оглядає шкіру пацієнта і на картинці-трафарету наносить

контури зон ураження. Потім кожній зоні дають оцінку в балах і складаючи їх: сума балів по передній поверхні + сума балів по задній поверхні. Загальна сума округлюється з точністю до 5 балів. Загальна сума може бути від 0 балів (відсутність шкірних уражень) до 96 (для дітей до 2-років) і 100 балів (для дітей до 2-х років і дорослих) при тотальному (максимальному) ураженні шкіри.

В. Інтенсивність клінічних проявів оцінюється по шести симптомах: еритема, набряк (папула, корки), мокнуття, екскоріації, ліхеніфікація, сухість шкіри. Ступінь виразності (інтенсивність) кожного симптому оцінюється по 4-х бальній шкалі: 0 – симптом відсутній, 1 – слабо виражений, 2 – виражений помірно, 3 – виражений різко. Оцінка симптому проводиться на ділянках шкіри, де цей симптом мінімально виражений. Одна і та ж ділянка шкіри може бути використана для оцінки інтенсивності якої завгодно кількості симптомів. На оцінюючий лист виноситься проведена лікарем оцінка інтенсивності кожного симптому в балах, бали сумуються.

Інтенсивність може бути оцінена у діапазоні від 0 балів (шкірні ураження відсутні) до 18 балів (максимальна інтенсивність по всім шести симптомам).

С. Суб'єктивні симптоми – свербіж і порушення сну, пов'язані зі шкірними ураженнями і свербіжем.

Кожний суб'єктивний симптом оцінюється у діапазоні від 0 до 10 балів; бали сумуються. Сума балів суб'єктивних симптомів може коливатись у діапазоні від 0 до 20.

Таким чином, SCORAD – це комплексна оцінка розповсюдженості шкірних уражень (А), їх інтенсивності (В) та суб'єктивних симптомів (С). По розрахунку вагової значущості ознак, формулюють індекс SCORAD, експертна група ввела два коефіцієнти, коригуючі величину складових симптомів (блоків симптомів):

1)  $1/5 \times A$  – зменшення у 5 разів вагової значущості суми балів по розповсюдженості шкірного процесу;

2)  $7/2 \times A$  – збільшення у 3,5 рази значущості суми балів по інтенсивності симптомів.

Розрахунок індексу SCORAD проводиться по формулі:  $A/5 + 7B/2 + C$ , де А – сума балів розповсюдженості уражень шкіри, В – сума балів інтенсивності прояв симптомів атопічного дерматиту, С – сума балів суб'єктивних симптомів (свербіж, порушення сну).

Результати оцінювались по таким критеріям: результат від 1 до 20 балів відповідав легкому ступеню тяжкості захворювання, середньому ступеню тяжкості захворювання відповідав результат від 20 до 40 балів, тяжкому ступеню – > 40 балів.

Для оцінки якості життя використовували опитувальник «Дерматологічний індекс якості життя» – ДІЯЖ (Dermatology. Lite Quality Index – DLQI), який складався з 10 пунктів і включав і

оцінювальні показники від 0 до 3 балів з максимальною сумою балів – 30; якість життя пацієнта зворотно пропорційна сумі балів. Він зручний у використанні і може щоденно використовуватися у клінічній практиці. До переваг анкети можна віднести простоту (вона може бути заповнена хворими різного віку, інтелектуального рівня), анкета заповнюється за 1-3 хвилини. Питання сформульовані таким чином, що вони охоплюють і часто, і вкрай рідко приводимі аспекти зниження якості життя. Якість життя оцінювалась за шістьма основними параметрами: 1 і 2 питання – симптоми / самопочуття, 3 і 4 – щоденна активність, 5,5 – дозвілля, 7 – робота / навчання, 8 і 9 – особисті відношення, 10 – лікування. Опитувальник ДІЯЖ (DLQI) може бути використаний для оцінки ступеня негативного впливу шкірного захворювання на різні аспекти життя хворого, які характеризували у цілому його якість життя. ДІЯЖ може бути використаний як один із критеріїв оцінки ефективності терапії шкірного захворювання у конкретного хворого. Результати оцінювались за такими критеріями: результат від 1 до 10 балів відповідав легкому ступеню зниження якості життя, середньому ступеню зниження якості життя відповідав результат від 11 до 20 балів, тяжкому ступеню – від 21 до 30 балів.

3) Статистична обробка отриманих результатів.

Статистичний аналіз даних здійснювався з використанням пакетів програм Microsoft Excel 2010; Statistic 6.0 (Statsoft Inc., США). Визначали середні значення за кожним з показників (М), їхні відхилення та похибки (m), достовірність різниці значення між даними, що порівнювались (р). Для оцінки вірогідності використовували непараметричний критерій (U-критерій Вілконсона-Манна-Уїтні). Також застосовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r3) при оцінці взаємозв'язку між показниками. У всіх випадках розбіжності прийнято вважати статистично значущими при  $p < 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі скарг усі пацієнти відмічали наявність свербіжу на висипки на шкірі, прояви емоційної лабільності та порушення сну. Так, свербіж на протязі доби з потребою розчухування зареєстрований у 36 (45%) пацієнтів, приступоподібний свербіж (5 і більше разів на добу) з тривалістю не менш години – у 48 (60%), вечірній свербіж – у 20 (25%), нічний свербіж – у 14 (17,5%).

З невротичних реакцій відмічались емоційна лабільність – у 50 (72%), загальмованість, пригніченість – у 41 (32,8%), наявність неспокою, іпохондричні скарги у 6 (7,5%). Таким чином, з невротичних розладів переважали скарги астеничного та субдепресивного характеру, причому у ряду пацієнтів відмічались одночасно різні види порушень психофізіологічного стану.

З розладів сну у 54 (67,5%) відмічено подовження періоду засинання, у 22 (27,5%) – пробудження

дження серед сну, у 26 (32,5%) – відсутність стану відпочинку після сну. Всі хворі відмічали, що саме наявність у них свербіжну шкіри, емоційних розладів та порушень сну викликало більш тяжкий перебіг atopічного дерматиту.

Також хворі відмічали скарги з боку ШКТ (у 58 – 72,5%) у вигляді порушення апетиту, диспепсії, розлади стулу, незначний біль в окремих ділянках ШКТ.

Серед факторів, з якими пацієнти пов'язували появу перших ознак дерматозу, а у подальшому – його загострення та рецидиви, переважали аліментарні (у 54 – 67,5%) та нервово-психічні (у 38 – 47,5%)

У більшості хворих анамнестично відмічались дані про перенесені алергічні захворювання або наявність таких реакцій у близьких родичів, серед яких були токсидермія на лікарські засоби (у 32 – 39,9%), бронхіальна астма і вазомоторний риніт (у 14 – 17,5%), екзема, нейродерміт (у 30 – 37,5%) та ін.

62 (77,5%) хворих на atopічний дерматит в дитинстві були на штучному або змішаному годуванні.

У 48 (60%) матерів та у 52 (65%) батьків хворих на atopічний дерматит відмічалась наявність несприятливих факторів як до вагітності, так і в період вагітності матері (паління, прийом алкоголю, порушення дієти, наркотики та ін.), які негативно впливали на організм дитини і перебіг atopічного дерматиту.

Серед супутніх захворювань слід відмітити захворювання ШКТ (у 62 – 77,5%), та дихання (у 30 – 37,5%), ЛОР-органів та зубів (у 51 – 63,7%), нервової системи (у 32 – 39,5%) та ін.

З перенесених захворювань було встановлено: патологія органів дихання (у 30 – 37,6%), часті гострі респіраторні захворювання (у 32 – 39,5%), хронічний тонзиліт, гайморит, фронтит та ін. (у 62 – 77,5%), патологія сечостатевої системи (у 14 – 17,5%) та ін.

З анамнезу було встановлено, що спочатку при перших ознаках atopічного дерматиту діагноз був «дитяча екзема» (у 71 – 88,7%), у 16 пацієнтів (20%) – «алергічний дерматит», «діатез», «кропив'янка».

У подальшому процес приймав хронічний характер і супроводжувався рецидивами, незважаючи на лікування загальноприйнятими методами.

Несприятливий вплив на перебіг захворювання і виникнення рецидивів у 65 (81,2%) пацієнтів надавали сезонні зміни погоди, а у 12 (15%) жінок – менструації.

У 31 (37,5%) пацієнтів переважала локалізація висипки на ділянках тильної поверхні кистей та підколінних ямок, а також на задній поверхні шиї з проявами гіперемії, ліхеніфікації та сухості шкіри, по периферії – дрібних ліхеноїдних папул (ліхеноїдна форма atopічного дерматиту).

У 6 (7,5%) локалізація процесу була на розгинальних поверхнях кінцівок з висипом пруриті-

чних папул та великої кількості екскоріацій і кірок (пруритіозна форма atopічного дерматиту).

У 24 (30%) на шкірі обличчя, шиї, ліктьових та колінних згибів, тулуба, а також на згинальних поверхнях кінцівок ділянки гіперемії шкіри, лущення, з тенденцією до злиття, екскоріації, кірки, дрібний папульозний висип (ерітематозно-сквамозна форма з незначною ліхеніфікацією).

У 20 (25%) хворих на шкірі великих шкірних складок, обличчя, тулуба спостерігалось запальні інфільтрати шкіри, лущення, багаточисельні кірки (ерітематозно-сквамозна форма atopічного дерматиту).

У 24 (30%) хворих відмічалось atopічне обличчя (гіперпігментація та інфільтрація нижніх повік з наявністю складок Денье-Моргана, облямвання брів на зовнішній третині, хейліт, або періоральна ліхеніфікація, сіруватий відтінок шкіри обличчя). У 31 (38,7%) виявлялись ділянки гіпер- або депігментації шкіри, сухість шкіри, у 41 (51,2%) – фолікулярний кератоз, у 17 (21,2%) – ксероз або іхтіоз, а також у деяких хворих – кон'юнктивіт, кератоконус, складки на передній поверхні шиї).

У 28 (35%) процес ускладнювався піодермією, у 24 (30%) – маласезіозом. Середня тривалість захворювання складала  $21,3 \pm 11,4$  років.

У загальному аналізі крові звертала на себе увагу у 18 хворих (22,5%) еозинофілія (від 8 до 17%).

Представлені дані аналізу клінічних особливостей у дорослих свідчать про те, що діагноз atopічний дерматит у досліджених пацієнтів відповідає стандартам діагностики цього захворювання, що розроблені в Україні та за її межами (основні і додаткові клінічні ознаки, дані анамнезу та лабораторного обстеження), із урахуванням комплексного підходу до оцінки ступеня тяжкості клінічних проявів та перебігу atopічного дерматиту можна виділити два ступеня тяжкості перебігу дерматозу. Так, у 28 (35%) встановлений високий ступінь тяжкості перебігу захворювання (3 у.б.): тобто, при проградієнтному з швидким прогресуванням перебігу захворювання, з рецидивами тривалістю 2 і більше місяців (частими повторюваннями) спостерігались інтенсивний (на протязі доби) свербіж шкіри, виразні психо-емоційні реакції, значні розлади сну, висипка займала більше 40% площі шкіри, ремісії після лікування були короткочасними.

У 52 (65%) був встановлений середній ступінь тяжкості клінічних проявів та перебігу захворювання (2 у.б.): тобто при проградієнтному перебігу захворювання з повільним прогресуванням з тривалістю рецидивів до 2 місяців кожний (з частотою меншою, ніж у хворих з 3 у.б.) відмічались приступи свербіжну (4 і більше на добу, тривалістю не менше 1 години кожний), з помірно вираженими невротичними реакціями та незначними розладами сну, висипка займала від 30 до 70% площі шкіри, тривалість ремісій – від 2 до 3 місяців на рік.

Хворих з меншим ступенем виразності клінічних проявів та перебігу захворювання, ніж ті, що зазначені вище не було.

При підрахунку індексу SCORAD у хворих на atopічний дерматит з тяжким перебігом він склав > 40, а у хворих з середнім ступенем тяжкості – 20-40.

Середній показник SCORAD варіював у пацієнтів зі середнім ступенем тяжкості  $35 \pm 4,8$ , та у пацієнтів з тяжким перебігом  $49 \pm 8,4$  балів, а у середньому по загальній досліджуваній вибірці склав  $39,7 \pm 7,8$ .

Поряд з клінічними методами дослідження для кількісного вимірювання стану пацієнтів і результатів терапії використовувались показники опитувальника «Дерматологічний індекс якості життя» (ДІЯЖ), який представляє собою анкету-опитувальник, якій містить 10 питань, пов'язаних з різними аспектами життя хворого, котрі можуть бути защемлені станом кожного захворювання на даному відрізку часу. На кожне питання пацієнт відповідав на вибір з чотирьох запропонованих (дуже сильно, сильно, не сильно, нема впливу), які подаються відповідно 3, 2, 1, 0, а сума з 10 складала власно ДІЯЖ конкретного пацієнта на даний відрізок часу. Максимальне значення індексу – 30 балів, мінімальне – 0. Чим більше балів, тим більше вплив захворювання на якість життя.

При оцінці окремих показників ДІЯЖ було відмічено, що пацієнтів більше турбує сильний шкірний свербіж, поганий сон та поганий настрій –  $2,76 \pm 0,01$  балів.

Середнє значення при оцінці професійної активності складало  $1,51 \pm 0,01$  бала. В найбільшому ступені обмежує хворих у досягненні успіхів на роботі / школі, призупиняє ріст кар'єри ( $1,75 \pm 0,02$  бала).

Задоволеність відношенням до себе зі сторони колег в середньому склала  $7,82 \pm 0,14$  балів. Отримані дані свідчать про значимий вплив обмежування на роботі / школі, обумовлених загостреннями захворювання, зміни рівня якості життя.

При оцінці шкали, яка розкриває самосприяття, середнє значення склало  $2,17 \pm 0,02$  бала.

Найбільш важливим і значимим впливом на даний компонент якості життя спричиняли фактори, які відображають збентеження від зовнішнього виду власної шкіри ( $3,18 \pm 0,02$  бала), роздратування у зв'язку власної зовнішності ( $2,91 \pm 0,01$  бала), душевні страждання ( $2,65 \pm 0,02$  бала).

Сумарний показник якості життя цих хворих склав  $22,14 \pm 0,02$ , що розцінювалось як значиме зниження якості життя внаслідок впливу факторів, які здатні впливати на людину при наявності даної патології. При цьому слід відмітити, що найбільш високі показники ДІЯЖ  $23,32$  балів від-

повідали пацієнту з тяжким наполегливо рецидивуючим перебігом atopічного дерматиту.

### Висновки

Ретельне клінічне обстеження дорослих хворих на atopічний дерматит дало змогу виявити деякі особливості клініко-патогенетичних ознак в сучасний період (більш часті тяжкі форми, ускладнені піодермією, наявність прurigінозних папул, часті рецидиви, торпідність до традиційної терапії), що є підставою для адекватної діагностики та розробки підходів до раціонального лікування.

За допомогою вивчення SCORAD та ДІЯЖ встановлена тяжкість перебігу atopічного дерматиту у дорослих та рівень якості життя, який був значно знижений у досліджених хворих. Ці показники край необхідні для повноцінної об'єктивної оцінки ефективності як традиційної, так і запропонованої нами додаткової терапії дерматозу у хворих.

### Перспективи подальших досліджень

В подальшому будуть проведені психоемоційні дослідження та стан вегетативної нервової системи, що дозволить комплексно оцінити стан клініко-фізіологічних порушень і розробити комплексну диференційовану терапію, дати її результатно ефективності

### Література

1. Діагностика та терапія atopічного дерматиту (стандарти діагностики та терапії) / [В.В. Бережний, О.П. Білозоров та ін.]. - К., 2002. - 30 с.
2. Вегетативне расстройство: клиника, диагностика, лечение / под ред. А.М.Вейна. - М.: ООО «Мед. информ. агент.», 2003. - 752 с.
3. Дерматология, венерология: Підручник / За ред. В.І.Степаненка. - К.: КІМ, 2012. - 904 с.
4. Дудченко М.О. Розповсюдженість дерматозів в залежності від екологічного стану районів у Полтавській області / М.О. Дудченко, Л.І. Дуденко, К.В. Васильєва [та ін.] // Журн. дерматол. і косметол. ім. Н.А. Торсуєва. - 2004. - № 1-2 (8). - С. 122-123.
5. Калюжна Л.Д. Погляд на лікування алергодерматозів / Л.Д. Калюжна, О.О. Ошивалова, А.М. Бойчук, А.А. Резнікова // Укр. журн. дермат., венерол. та косметол. - 2011. - № 4 (43). - 56-60.
6. Мачарадзе Д.М. Атопический дерматит у детей / Д.М. Мачарадзе. - М., «Гэотар-Медиа», 2007. - 376 с.
7. Мавров І.І. Раціональна діагностика та лікування в дерматології та венерології / І.І. Мавров. - К.: Доктор - Медіа, 2007. - 344 с.
8. Практическая дерматология. Под ред. проф. Л.А. Болотной. - Харьков, 2015. - 276 с.
9. Радионов В.Г. Энциклопедический словарь дерматовенеролога / В.Г. Радионов. - Луганск: ОАО «Луганская обл. типография», 2009. - 615 с.
10. Hunter J.A. Clinical dermatology / J.A. Hunter, J.A. Savin, M.V. Dahl. - 3rd ed. - Blacte well Publishing, 2002. - 365 p.
11. Graham-Brown R. Lecture notes on Dermatology / R. Graham-Brown, T. Burns. - 8th Ed. - Blacte well Publishing, 2002. - 201 p.
12. Leung D. New insights into atopic dermatitis / D. Leung // J. Clin. Invest. - 2004. - Vol. 113, № 4. - P. 651-657.
13. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Taste Force on Atopic dermatitis // Dermatol. - 1993. - № 186 (1). - P. 23-31.
14. Sahafer T. Epidemiology of Atopicecze main the general population / T. Sahafer, D. Vieluf, A. Niechans // J. Allergy Clin. Imni. Intern. - 1997. - Suppl. 4. - P. 13.

### **Реферат**

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ В СОВРЕМЕННЫЙ ПЕРИОД

Попович Ю.А., Федотов В.П., Ковалёва Т.Д.

Ключевые слова: атопический дерматит, кожа, клиника, анамнез, тяжесть, течение, качество жизни, больные, аллергия.

Под наблюдением находилось 117 пациентов, из них: 80 – больные атопическим дерматитом в возрасте от 18 до 45 лет и 37 – здоровые лица. Преобладали жители городов, рабочие, лица женского пола (48 лиц). Жалобы на зуд, лабильность эмоций, нарушение сна, угнетенность, патологию ЖКТ. В анамнезе – аллергические заболевания у больных и их родственников.

У 65% матерей – патология беременности. У больных атопическим дерматитом – обилие сопутствующей и перенесенной патологии. Клинические проявления атопического дерматита типические, были и особенности – тяжелое течение, нередко пруригинозные папулы, осложнения пиодермией, эозинофилия, частые рецидивы, торпидность к традиционной терапии. SCORAD со средней тяжестью проявлений составляла 20-40, с тяжелым течением – >40, показатель качества жизни, соответственно, –  $22,14 \pm 0,02$  и  $23,32 \pm 0,03$  баллов.

### **Summary**

CLINICAL FEATURES OF MANIFESTATIONS AND COURSE OF ATOPIC DERMATITIS IN ADULTS AT PRESENT

Popovich Yu. A., Fedotov V.P., Kovaleva T.D.

Key words: atopic dermatitis, skin, clinic, anamnesis, severity, course, quality of life, patients, allergy.

The study involved 117 patients: 80 patients aged 18 to 45 years were diagnosed with atopic dermatitis and 37 healthy individuals. Inhabitants of cities, workers, women (48 persons) prevailed. Complaints presented included itching, emotional lability, sleep disorders, depression, gastrointestinal disorders. Their past medical histories included allergic diseases and their family histories revealed allergic diseases in their relatives. 65% of mothers reported to have some pathology of pregnancy. The patients with atopic dermatitis demonstrated an abundance of concomitant pathologies. Clinical manifestations of atopic dermatitis were usually typical, but there were also some peculiarities including the severe course, often pruriginous papules, complicated pyoderma, eosinophilia, frequent relapses, torpidity to traditional therapy. SCORAD of moderate manifestations made up 20-40 scores that of the severe course was > 40 scores, the quality of life index, respectively was  $22.14 \pm 0.02$  and  $23.32 \pm 0.03$  scores.