

Головний редактор – **Я.Ф. Кутасевич**, д-р мед. наук, професор, директор
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», завідувач відділення
дерматології, інфекційних і паразитарних захворювань шкіри

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Заступник головного редактора – **Г.М. Бондаренко** (Харків, Україна)

В.П. Адашкевич (Вітебськ, Республіка Білорусь), **С.С. Арифов** (Ташкент, Узбекистан),
Г.М. Біляев (Харків, Україна), **Л.А. Болотна** (Харків, Україна),
В.М. Волкославська (Харків, Україна), **М.С. Гончаренко** (Харків, Україна),
Т.Г. Євтушенко (Харків, Україна), **О.І. Літус** (Київ, Україна),
Г.І. Мавров (Харків, Україна), **І.О. Олійник** (Харків, Україна),
Ю.В. Сметанін (Харків, Україна), **Е.М. Солошенко** (Харків, Україна)

Науковий редактор – **Г.К. Кондакова** (Харків, Україна)

Засновник: ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Журнал включений до Переліку наукових фахових видань України
відповідно до наказу МОН України від 24.10.2017 № 1413.

**Адреса редколегії:**

вул. Чернишевська, 7/9, м. Харків, 61057,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН
України», журнал «Дерматологія та венерологія»
Тел.: +38 (057) 706-32-00
Тел./факс: +38 (057) 706-32-03

Реєстраційне свідоцтво: КВ № 3912 від 27.12.1999 р.

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ
«Інститут дерматології та венерології НАМН
України». Протокол № 2 від 01.02.2018 р.

Адреса для листування:

вул. Чернишевська, 7/9, м. Харків, 61057,
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН
України», журнал «Дерматологія та венерологія»
E-mail: idvnamnu@ukr.net
Сайт: idvnamnu.com.ua
Тел.: +38 (057) 706-32-00
Тел./факс: +38 (057) 706-32-03

Видавець:

ТОВ «Медичний журнал
«Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»
Генеральний директор: Анастасія Чаплиженко
Шеф-редактор: Анна Артюх, artuykh.kiai@gmail.com
Відповідальний секретар: Олена Білоконь
Дизайн/комп'ютерна верстка: Тамара Музика
Менеджер з реклами: Марина Артеменко,
artemenko@id-zu.com
Фінансовий відділ: +38 (044) 364-40-25
Відділ передплати та розповсюдження:
+38 (044) 364-40-29, peredplata.zu@gmail.com
Адреса редакції: вул. Механізаторів, 2,
м. Київ, 03035; тел.: +38 (044) 364-40-11
Підписано до друку: 14.02.2018 р.
Друк: ТОВ «Прінтінг Індустрі».
01033, м. Київ, вул. Короленківська, 4.
Наклад: 1000 прим.

Електронна версія журналу розміщена на офіційному сайті ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»: www.journal/idvnamnu.com.ua; сайті Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського: www.nbuv.gov.ua; сайті Наукової електронної бібліотеки: www.e-library.ru.

Статті видання індексуються науковою інформаційною системою **Google Scholar**.

Журнал «Дерматологія та венерологія» зареєстровано у Міжнародних наукометричних базах: **Index Copernicus**, **Ulrich's Periodicals Directory**, **ResearchBib**, **Російський індекс наукового цитування (РИНЦ)**, **Erih Plus**.

Цілковите або часткове розмноження у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Матеріали з позначкою © публікуються на правах реклами. Позначка © використовується для публікацій рекламного характеру, які містять інформацію про медичні лабораторії, послуги медичних клінік, медичну апаратуру, інше, у тому числі лікарські засоби, які не занесені до переліку заборонених для рекламування. Публікації з позначкою © містять інформацію про лікарські засоби і призначені для медичних та фармацевтичних працівників. Правовий режим інформації, викладеної у цьому виданні або наданої для розповсюдження на спеціалізованих заходах з медичної тематики, у першу чергу визначається Законом України від 04.04.1996 р. №123/96ВР «Про лікарські засоби». Відповідальність за зміст рекламних та інформаційних матеріалів несуть особи, які подали матеріали для розміщення у журналі.

Передрук матеріалів дозволяється лише з дозволу редакції.

Journal was founded in 1996

Publishing frequency – 4 times a year

Editor-in-Chief – Ya.F. Kutasevych, *Doctor of medical science, professor,
Director SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»,
Chief of Department of dermatology, infectious and parasitic skin diseases*

EDITORIAL BOARD:

Deputy Chief Editor – H.M. Bondarenko (Kharkiv, Ukraine)

V.P. Adaskevych (Vitebsk, Republic of Belarus), S.S. Aryfov (Tashkent, Uzbekistan),
H.M. Biliaiev (Kharkiv, Ukraine), L.A. Bolotna (Kharkiv, Ukraine),
V.M. Volkoslavskaya (Kharkiv, Ukraine), M.S. Honcharenko (Kharkiv, Ukraine),
T.H. Ievtushenko (Kharkiv, Ukraine), O.I. Litus (Kyiv, Ukraine),
H.I. Mavrov (Kharkiv, Ukraine), I.O. Oliinyk (Kharkiv, Ukraine),
Yu.V. Smetanin (Kharkiv, Ukraine), E.M. Soloshenko (Kharkiv, Ukraine)

Scientific Editor – H.K. Kondakova (Kharkiv, Ukraine)

Founders: SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine».

The journal is included in the list of scientific professional editions of Ukraine according to the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine № 1413 from 24.10.2017.



Editorial address:

7/9 Chernyshevskaya Street, Kharkiv, 61057, Ukraine,
SE «Institute of Dermatology
and Venereology of NAMS of Ukraine»
Tel.: +38 (057) 706-32-00
Tel./fax: +38 (057) 706-32-03

Certificate of state registration:

KB № 3912 from 27.12.1999 p.

Recommended for publication by Academic Council of SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine». Protocol № 2 from 01.02.2018

Mailing address:

7/9 Chernyshevskaya Street, Kharkiv, 61057, Ukraine,
SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS
of Ukraine», «Dermatology and Venereology» journal
E-mail: idvnamnu@ukr.net
Site: idvamnu.com.ua
Tel.: +38 (057) 706-32-00
Tel./fax: +38 (057) 706-32-03

Publisher:

LLC «Medical journal
«Clinical Immunology. Allergology. Infectology»

General director: Anastasiya Chaplyzhenko

Managing editor: Anna Artiukh, artiyukh.kiai@gmail.com

Executive secretary: Olena Bilokon

Layout and design: Tamara Muzyka

Advertising manager: Maryna Artemenko,
artemenko@id-zu.com

Finance department: +38 (044) 364-40-25

Subscription and distribution division:
+38 (044) 364-40-29, peredplata.zu@gmail.comPublisher address: 2 Mekhanizatoriv Street, Kyiv,
03035, Ukraine; tel.: +38 (044) 364-40-11

Passed for printing: 14.02.2018

Printed by LLC «Printinh Industri».
4 Korolenkivska street, Kyiv, 01033, Ukraine.

Circulation – 1000 copies

Electronic version of journal is placed on the official site of SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»: www.journal/idvamnu.com.ua; on the site of National Library of Ukraine named after Vernadsky: www.nbuv.gov.ua; on the site of Scientific Electronic Library: www.elibrary.ru.

The journal's articles are indexed by Google Scholar.

«Dermatology and Venereology» journal is registered by scientometric systems: Index Copernicus, Ulrich's Periodicals Directory, ResearchBib, Russian Science Citation Index (RSCI), Erih Plus.

Total or partial reproduction by any means of the materials published in this edition is allowed only by written permission of the publisher. Articles marked with © are published as advertisements. The mark © is used for promotional publications containing information about medical laboratory services, medical clinics, medical equipment, etc., including medicines that are not included in the list of prohibited for advertising drugs. Publications marked with © provide the information about drugs and intended for medical and pharmaceutical workers.

The legal regime of the information contained in this publication or provided for distribution at special events with medical issues, primarily determined by the Law of Ukraine of 04.04.1996. №123/96VR «On Medicines». Content of promotional and informational materials is the sole responsibility of individuals who submit these materials for publication in the journal.

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Г.М. Бондаренко, С.В. Унучко, І.М. Нікітенко, Т.В. Губенко, В.В. Кутова Сифіліс: сучасний стан проблеми	8
В.М. Волкославська Червоний плоский лишай (огляд деяких наукових досліджень)	13

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Л.А. Болотна, М.В. Нарожна Роль кателіцидину LL-37 у хворих на себорейний дерматит	16
Г.І. Губіна-Вакулік, Я.Ф. Кутасевич, Р.В. Сидоренко, І.М. Бронова Імуногістохімічні особливості патогенезу акне та динаміка змін шкіри при застосуванні системних ретиноїдів у пацієнтів з тяжкими формами дерматозу	22
К.О. Кочет Особливості вуглеводного та ліпідного обмінів у хворих на ліпоїдний некробіоз	28
Г.І. Мавров, Ю.В. Щербакова, В.І. Миронюк Інфекції, що передаються статевим шляхом, серед споживачів психоактивних речовин: чинники ризику та напрями профілактики	31

КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

В.С. Глушок, Т.В. Святенко Власний досвід комбінованої послідовної терапії актинічного кератозу	39
С.В. Захаров Ранній прихований сифіліс: у фокусі соціальні, епідеміологічні та медичні чинники	44
Я.Ф. Кутасевич, К.Є. Іщейкін, І.В. Зюбан, В.Ю. Мангушева Диференційований підхід до діагностики та зовнішньої терапії екземи	50
Н.Ю. Резніченко, Г.І. Резніченко, Ю.І. Кауке Результати клінічного дослідження порівняння ефективності та безпеки хіфенадіну та дезлоратадину у пацієнтів з алергодерматозами	56
О.С. Свирид-Дзядикевич, С.Г. Свирид Комбінована терапія хворих на вугрову хворобу з урахуванням метаболічної активності клітин периферійної крові	67
І.В. Свистунов Ефективність комплексної терапії хворих на хронічний рецидивний кандидозний вульвовагініт	72
О.А. Старостіна Клінічні прояви інфікування <i>Demodex folliculorum</i> на тлі запалення різної інтенсивності та гіперплазії сальних залоз у пацієнток різного віку із судинними формами розацеа	76
К.І. Безверщенко Топічна терапія оніхомікозів: сучасні можливості	80

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ

К.І. Кравець, І.О. Канчалаба, О.В. Богомолець Застосування методу теленавчання для слухачів курсу дерматоскопії	83
---	----

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

Г.І. Макуріна, Т.В. Зубко, Л.О. Чернеда Клінічний випадок чорного акантозу	86
--	----

ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Г.М. Бондаренко, С.В. Унучко, И.Н. Никитенко, Т.В. Губенко, В.В. Кутовая Сифилис: современное состояние проблемы	8
В.Н. Волкославская Красный плоский лишай (обзор некоторых научных исследований)	13

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Л.А. Болотная, М.В. Нарожная Роль кателицидина LL-37 у больных себорейным дерматитом	16
Г.И. Губина-Вакулик, Я.Ф. Кутасевич, Р.В. Сидоренко, И.М. Бронова Иммуногистохимические особенности патогенеза акне и динамика изменений кожи при использовании системных ретиноидов у пациентов с тяжелыми формами дерматоза	22
К.А. Кочет Особенности углеводного и липидного обменов у больных липоидным некробиозом	28
Г.И. Мавров, Ю.В. Щербакова, В.И. Миронюк Инфекции, передающиеся половым путем, среди потребителей психоактивных веществ: факторы риска и направления профилактики	31

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В.С. Глушок, Т.В. Святенко Личный опыт комбинированной последовательной терапии актинического кератоза	39
С.В. Захаров Ранний скрытый сифилис: в фокусе социальные, эпидемиологические и медицинские факторы	44
Я.Ф. Кутасевич, К.Е. Ищейкин, И.В. Зюбан, В.Ю. Мангушева Дифференцированный подход к диагностике и наружной терапии экземы	50
Н.Ю. Резниченко, Г.И. Резниченко, Ю.И. Каукэ Результаты клинического исследования сравнения эффективности и безопасности хифенадина и дезлоратадина у пациентов с аллергодерматозами	56
А.С. Свирид-Дзядикевич, С.Г. Свирид Комбинированная терапия больных угревой болезнью с учетом метаболической активности клеток периферической крови	67
И.В. Свистунов Эффективность комплексной терапии больных хроническим рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом	72
О.А. Старостина Клинические проявления инфицирования <i>Demodex folliculorum</i> на фоне воспаления различной интенсивности и гиперплазии сальных желез у пациенток разного возраста с сосудистыми формами розацеа	76
Е.И. Безвершенко Топическая терапия онихомикозов: современные возможности	80

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

К.И. Кравец, И.О. Канчалаба, О.В. Богомолец Использование метода телеобучения для слушателей курса дерматоскопии	83
--	----

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Г.И. Макурина, Т.В. Зубко, Л.А. Чернеда Клинический случай черного акантоза	86
---	----

RESEARCH VIEW

- G.M. Bondarenko, S.V. Unuchko, I.N. Nikitenko, T.V. Gubenko, V.V. Kutova
Syphilis: the contemporary condition of the problem 8
- V.M. Volkoslavska
Lichen ruber planus (review of some scientific studies) 13

ORIGINAL RESEARCHES

- L.A. Bolotna, M.V. Narozhna
The role of cathelicidin LL-37 for patients by seborrheic dermatitis 16
- G.I. Gubina-Vakulyk, Ya.F. Kutasevich, R.V. Sidorenko, I.M. Bronova
Immunological and chemical characteristics of pathogenesis acne and dynamics of skin changes in the patients with severe forms of dermatosis receiving system retinods 22
- K. Kochet
Hydrocarbon and lipid exchange features in patients with necrobiosis lipoidica 28
- G.I. Mavrov, Yu.V. Shcherbakova, V.I. Mironyuk
Sexually transmitted infections in patients who consume psychoactive substances: risk factors and prophylactics directions 31

CLINICAL OBSERVATIONS

- V.S. Hlushok, T.V. Sviatenko
Personal experience of the combined sequential therapy of actinic keratosis 39
- S.V. Zakharov
Early latent syphilis: social, epidemiological and medical factors are in focus 44
- Ya. Kutasevych, K. Isheykin, I. Zyuban, V. Mangusheva
Differentiated approach to diagnostics and external therapy of eczema 50
- N.Yu. Reznichenko, G.I. Reznichenko, Yu.I. Kauke
Results of a clinical study comparing the efficacy and safety of quifenadine and desloratadine in patients with allergic skin diseases 56
- A. Swyryd-Dzyadykevuch, S. Swyryd
Combined therapy of patients with acute illness taking into account the metabolic activity of peripheral blood cells 67
- I.V. Svystunov
The efficiency of complex therapy of patients with chronic recurrent candidiasis vulvovaginitis 72
- O.A. Starostina
Clinical manifestations of infection of *Demodex folliculorum* against the background of inflammation of different intensity and hyperplasia of sebaceous glands of patients of different age with vascular forms of rosacea 76
- K.I. Bezvershenko
Topical therapy of onychomycosis: modern possibilities 80

NEW MEDICAL TECHNOLOGIES

- K.I. Kravets, I.O. Kanchalaba, O.V. Bogomolets
Using the tele-education method for the audience of dermoscopy course 83

CLINICAL CASES

- G.I. Makurina, T.V. Zubko, L.O. Cherneda
Clinical case of acanthosis nigricans 86

Диференційований підхід до діагностики та зовнішньої терапії екземи

Я. Ф. Кутасевич¹, К. Є. Іщейкін², І. В. Зюбан¹, В. Ю. Мангушева¹

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

² ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Резюме

У статті оптимізується диференційований підхід до діагностики та вдосконалюються методи зовнішньої терапії екземи. Під наглядом перебувало 30 хворих, що страждали на справжню та мікробну екзему. Хворі 1-ї групи були обстежені, отримували системну та зовнішню терапію, згідно з розробленим алгоритмом, з використанням двохетапної ступінчастої терапії. Перший етап полягав у використанні препарату фузидієвої кислоти у вигляді мазі або крему двічі на день упродовж 7 днів з наступним застосуванням топічного стероїду на кремовій основі відповідно до інструкції. Другий етап охоплював нанесення топічного стероїду на кремовій основі впродовж 7–10 днів відповідно до інструкції. Хворі 2-ї групи отримували традиційну системну терапію та використовували впродовж 14 днів комбінований препарат, що містить топічний стероїд і антибактеріальний компонент, у вигляді крему згідно з інструкцією. Після проведеної терапії, на 14-й день, відзначалося достовірне поліпшення суб'єктивних ознак і клінічних проявів, проте в 1-й групі дані показники були в середньому в 2,5 рази нижчі, ніж у групі порівняння. Варто зазначити, що в пацієнтів 1-ї групи відзначався регрес гострозапальних висипань, зменшилась площа вогнищ ураження на 2–3 дні раніше, ніж у групі порівняння. Повний регрес шкірного процесу в 1-й групі був відзначений на 9–11-й день, в 2-й групі – на 14–17-й день. Терапія хворих на екзему заснована на алгоритмі диференційованого призначення зовнішньої терапії відповідно до нозологічної форми дерматозу, характеру клінічних проявів, діагностики та вибору зовнішньої терапії, дасть змогу підвищити ефективність терапії в період загострення, уникнути небажаних ефектів, зменшити системне фармакологічне навантаження, досягти стійкої, тривалої ремісії захворювання і значно поліпшити якість життя таких пацієнтів.

Ключові слова: екзема, диференційована діагностика, зовнішнє лікування.

Вступ

За даними низки авторів, близько десятої частини населення світу хворіє на екзему [9]. В індустріально розвинених країнах цей показник досягає 32–45%, становлячи в деяких регіонах 51% від усіх алергічних дерматозів. В Україні захворюваність на екзему становить, за даними різних авторів, від 8 до 30% усіх захворювань шкіри і є найчастішою патологією в практиці лікаря-дерматовенеролога [13]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та вітчизняної літератури, за останнє десятиліття число хворих з екземою істотно зросло [3, 4]. Для екземи характерна наявність гострозапальних симптомів: інтенсивного свербіння шкіри, рецидивного перебігу, підвищеної чутливості пацієнтів до різних екзогенних і ендогенних подразників, схильності до поширення і поглиблення процесу [1, 14].

Відповідно до класифікації, заснованої на клінічних і патогенетичних особливостях перебігу

захворювання, виділяють справжню (ідіопатична, дисгидротична, пруритична, рогова), мікробну (нумулярна, паратравматична, мікотична, інтертригіозна, варикозна, сикозіформна, екзема сосків і навколососкових ареол молочних залоз у жінок), себорейну, дитячу і професійну різновиди екземи. Кожна з них може мати гострий, підгострий або хронічний перебіг з періодичними загостреннями під дією тригерних факторів [15, 17]. З огляду на мультифакторність захворювання, варіабельність клінічного перебігу, в даний час накопичений великий фактичний матеріал і розроблена патогенетична класифікація екземи, згідно з якою виділяють провідні патогенетичні фактори:

- Спадкова схильність. Ускладнений період вагітності, наявність токсикозів і огріхів у харчуванні, наявність супутньої патології у матері часто призводить до розвитку екземи у дитини.

- Порушення функцій центральної нервової системи. У період загострення патологічного процесу визначали порушення біоелектричної активності головного мозку. Діагностували умовно патологічні і патологічні типи енцефалограм.
- Порушення діяльності вегетативної нервової системи. Зміни функціонального стану вищих вегетативних центрів при екзематозних ураженнях у гострий період призводять до вегетативної дистонії [10].
- Дисбаланс обміну нейромедіаторів і біологічно активних речовин. Найбільш виражене порушення нейромедіаторів визначається в осіб старших вікових груп у порівнянні з особами молодого віку [15].
- Порушення діяльності серцево-судинної системи. При екземі змінюється мікросудинної тонус: переважає вазоконстрикція, зменшується капілярна перфузія, активується артеріовенулярне скидання, артеріоли перебувають в спастичному стані, капіляри – в спастико-атонічному, венули – атонічні. У хворих на екзему в поєднанні з гіпертонічною хворобою реєструється гіперкінетичний тип кровообігу і зниження еластичності судинної стінки [16].
- Дисфункції ендокринних залоз. При відносно недавньому розвитку гострозапальних явищ захворювання вміст основного проти-запального кортикостероїду – гідрокортизону – в плазмі крові і сечі у більшості хворих з екземою підвищений. При тривалому екзематозному процесі, який має торпідний перебіг, як правило, кількість глюкокортикоїдів у крові та сечі виявляється зниженою.
- Порушення функцій органів виділення. При екземі порушення функції нирок бувають вторинними, зумовленими алергічними змінами, обумовленими екземою, або первинними. І в першому і в другому випадку зміни функції нирок і патологічні процеси в них чинитимуть негативний вплив на перебіг екземи [7]. Патологія екскреторної функції нирок може бути спричинена змінами в органах, у яких в процесі обміну утворюються речовини, що виділяються нирками. За різними даними [11], порушення функції нирок є у 46–70% хворих на екзему.
- Порушення імунітету. У пацієнтів, які мають екзематозні ураження шкіри, визначається дисфункція гуморальної та клітинної ланок імунної системи, дисбаланс різних цитокінів та імунних циркулюючих комплексів [6].
- Зміна обміну білків, жирів, вуглеводів, макро- і мікроелементів, вітамінів. Є відхилення показників макро- і мікроелементів: підвищений рівень міді, цинку, натрію, калію; знижений вміст заліза, марганцю, алюмінію, кремнію,

титану [8]. Показники вітамінного статусу при екземі динамічні: знижений вміст біотину (вітамін В8), піридоксину (вітамін В6), нікотинової кислоти (вітамін РР), аскорбінової кислоти.

- Порушення функцій гепатобіліарної системи і травного тракту. Практично в 100% пацієнтів, які страждають на екзему, спостерігають різні порушення з боку травного тракту. Більш ніж у половини обстежуваних зустрічається дискінезія жовчних шляхів, у третини – гастродуоденіти й панкреатити, практично в усіх хворих на екзему при обстеженні виявляють зміни з боку мікробіоценозу кишечника. [2].

Найбільш частим ускладненням екзематозного процесу є приєднання вторинної піококової та грибкової інфекції, що пов'язано зі зниженням протимікробної резистентності поверхні шкіри [12]. Терапія інфекційних уражень ускладнена у зв'язку з наростаючою резистентністю основних збудників піодермії – *Staphylococcus aureus* і *Staphylococcus epidermidis* – до широко застосовуваних антибіотиків: пеніциліну й аміноглікозидів (до 75,8% штамів), фторхінолонів, тетрацикліну та макролідів (до 45,5%), еритроміцину (до 40%). Безконтрольне застосування зовнішніх протимікробних препаратів, чутливість до яких втрачена, затягує процес санації інфекції і сприяє наступній селекції резистентної флори [5].

Основним принципом терапії екзематозних проявів, беручи до уваги поліетіологічність даного захворювання, є комплексний вплив на організм з урахуванням гостроти, характеру, локалізації патологічного процесу, тривалості захворювання, попереднього лікування та його ефективності, віку пацієнта та наявності супутньої патології.

Мета дослідження: оптимізація диференційованого підходу до діагностики та вдосконалення методів зовнішньої терапії хворих на екзему з метою прискорення регресу клінічних проявів дерматозу і подовження термінів клінічної ремісії.

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом перебувало 30 хворих, які страждають на різні види екземи, віком від 18 до 65 років, у тому числі 19 чоловіків і 11 жінок. Діагноз екземи встановлювався на підставі виявлення типових проявів і характеру клінічного перебігу. В дослідження увійшли пацієнти з високим ризиком приєднання вторинної інфекції або такі, що вже мали бактеріальні ускладнення у вогнищах висипань.

Слід зазначити, що у 96% пацієнтів при мікробіологічному дослідженні виявлялась чутливість мікроорганізмів до фузидієвої кислоти, тому саме цей препарат став базовим у розробці алгоритму зовнішньої терапії. У 10 хворих

діагностовано справжню екзему з наступними різновидами: у 5 хворих відзначалась дисгідротична екзема, яка характеризувалась утворенням дрібних, рідше – великих, багатокамерних, щільних на дотик пухирців на бічних поверхнях пальців, шкірі долонь і стоп. Пухирці лопаються й утворювали жовтуватого кольору кірки. Осередки ураження були різко обмежені, з вираженою запальною реакцією. У 3 хворих встановлено пруригінозну екзему, при якій виявляли висипання у вигляді дрібних папуловезикульозних елементів, поодинокі ерозивні елементи на ущільненій основі. У 2 хворих виявлено гіперкератотичну екзему, яка проявлялася гіперкератозом на долонях, рідше – стопах і утворенням глибоких тріщин зі слабо вираженою екзематозною реакцією та різкою болісністю у вогнищах ураження. Мікробна екзема спостерігалась у 16 пацієнтів, у 4 з яких вона була пов'язана з варикозним симптомокомплексом, у 3 – обумовлена травмацією шкіри і виникненням вогнищ ураження навколо травм. Екзематозний процес розташовувався на нижніх кінцівках у 7 хворих, на обличчі і кистях – у 4, верхніх кінцівках – у 8, на інших ділянках тіла – в 1. Клінічна картина мікробної екземи характеризувалась розвитком на шкірі гомілок, стоп, рідше – стегон вогнищ ураження округлої або неправильної форми з чіткими краями. У вогнищах відзначалась виражена застійна сінюшність, гіперемія, інфільтрація, набряклість, мокнуття. Висипання у вигляді пухирців, гнійників, папул і еритеми були більш виражені по периферії основного вогнища ураження. Іноді в периферійних зонах спостерігалось відшарування епідермісу з нерівними краями. У центрі вогнища спостерігали ерозивні ділянки яскраво червоного кольору з мокнуттям, тобто превалював ексудативний компонент. У вогнищі ураження нерідко виявляли кірки, тріщини, екскоріації, ліхеніфікацію.

Усім хворим на початку і в кінці терапії проводили лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові з визначенням рівня глюкози, загального білка, загального білірубину та його фракцій, АЛТ, АСТ, мікробіологічне дослідження шкіри й верхніх дихальних шляхів).

Системна терапія пацієнтів полягала в комплексному застосуванні десенсибілізуючих, антигістамінних, гепатопротекторних, вітамінних, вазоактивних препаратів. У разі необхідності проводилась корекція супутніх патологічних станів у відповідних лікарів-фахівців. Разом з тим, обов'язковою і важливою частиною комплексного лікування даного захворювання була адекватна зовнішня терапія, спрямована на усунення свербіжжю, купірування алергічних запальних реакцій, усунення сухості шкірних покривів,

профілактику/усунення вторинного інфікування, відновлення бар'єрної функції шкіри.

Для уточнення послідовності проведення диференційної діагностики і вибору зовнішніх лікарських засобів був розроблений діагностичний алгоритм, який ґрунтувався на уточненні нозологічного діагнозу дерматозу, будувалась з урахуванням характеру клінічних проявів, наявності інфекційних ускладнень, етіологічної належності інфікуючого агента і його чутливості до антибактеріальних препаратів. Основа цих засобів підбиралась з урахуванням стадії запального процесу. Диференційований підхід до вибору зовнішньої терапії ґрунтувався на наступних ознаках: вік пацієнта, характер захворювання, локалізація та поширеність шкірного процесу, можливість поєднання з іншими препаратами, передбачувана тривалість терапії, яка надалі безпосередньо впливатиме на ступінь її ефективності (рис. 1).

Обстежуваних диференціювали за нозологією (справжня, мікробна екзема) і рандомізували у дві рівні групи. Хворі 1-ї групи були обстежені і отримували системну та зовнішню терапію згідно з розробленим алгоритмом, використовуючи двоетапну ступінчасту терапію. Перший етап полягав у використанні препарату фузидієвої кислоти у вигляді мазі або крему двічі на день, чергуючи із застосуванням топічного стероїду на кремевій основі відповідно до інструкції впродовж 7 днів. Другий етап охоплював нанесення топічного стероїду на кремевій основі впродовж 7–10 днів відповідно до інструкції. Хворі 2-ї групи отримували традиційну системну терапію та використовували впродовж 14 днів комбінований препарат, що містить топічний стероїд, антибактеріальний компонент, у вигляді крему згідно з інструкцією.

Оцінка діагностичної та терапевтичної ефективності запропонованої схеми охоплювала динаміку даних суб'єктивних (скарги на свербіж, печіння, сухість), об'єктивних обстежень (регрес шкірного процесу). Оцінку проводили до лікування, а потім – на 14-й день і реєстрували в балах: відсутність ознаки – 0 балів; невиражені прояви – 1 бал; помірні – 2 бали; інтенсивно виражені ознаки – 3 бали.

Результати та їх обговорення

Динаміка і вираженість клінічних проявів хворих на справжню та мікробну екзему до проведеної терапії наведена на рисунках 2 і 3. Важливо також підкреслити, що такі ознаки, як еритема, свербіння, відчуття печіння та інфільтрація, були основними симптомами захворювання, що свідчить про хронічний його характер.

Динаміка і вираженість клінічних проявів хворих зі справжньою та мікробною екземою після проведеної терапії наведена на рисунках 4 і 5. На 14-й день після проведеної терапії

відзначалося достовірне поліпшення суб'єктивних ознак і клінічних проявів, проте в 1-й групі дані показники були в середньому в 2,5 рази нижчі, ніж у групі порівняння, і становили 4 і 9, 4 і 14 балів відповідно. Варто зазначити, що в пацієнтів 1-ї групи відзначався регрес гострозапальних висипань, зменшення площі вогнищ ураження на 2–3 дні раніше, ніж у групі порівняння. Повний регрес шкірного процесу в 1-й групі був відзначений на 9–11-й день, у 2-й групі – на 14–17-й день.

Після проведеної терапії у хворих 1-ї групи відзначалося зменшення свербіжжю на 3–4 дні раніше, ніж у 2-й групі.

Висновки

Терапія хворих на екзему заснована на алгоритмі диференційованого призначення зовнішньої терапії відповідно до нозологічної форми дерматозу, характеру клінічних проявів, діагностики та вибору зовнішньої терапії, тобто

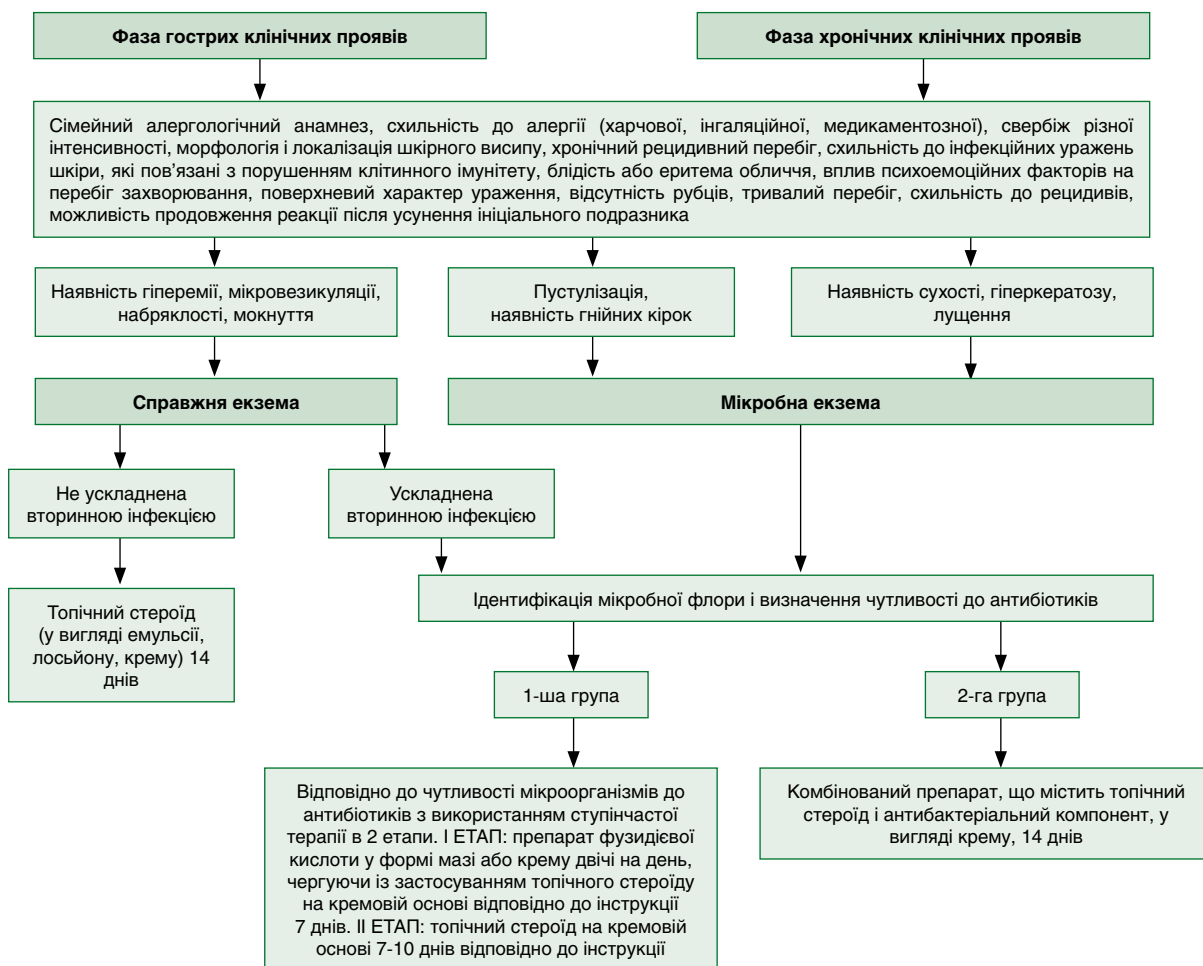


Рис. 1. Алгоритм діагностики і диференційований підхід до вибору зовнішньої терапії екземи



Рис. 2. Порівняльна характеристика вираженості клінічних симптомів справжньої екземи до лікування



Рис. 3. Порівняльна характеристика вираженості клінічних симптомів мікробної екземи до лікування

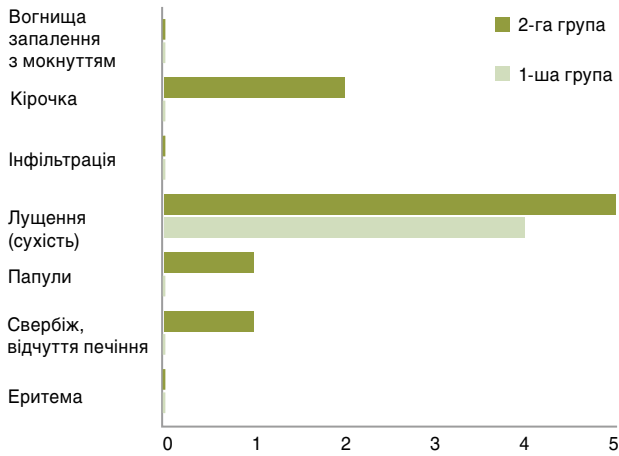


Рис. 4. Порівняльна характеристика вираженості клінічних симптомів справжньої екземи після лікування

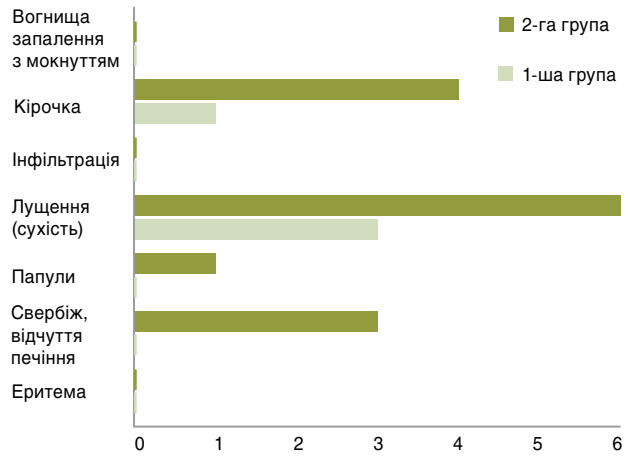


Рис. 5. Порівняльна характеристика вираженості клінічних симптомів мікробної екземи після лікування

раціональному адекватному використанні в складі комплексного лікування зовнішніх форм препаратів, дасть змогу підвищити ефективність терапії в період загострення, уникнути небажаних

ефектів, зменшити системне фармакологічне навантаження, досягти стійкої, тривалої ремісії захворювання і значно поліпшити якість життя таких пацієнтів.

Список літератури

- Білозоров О.П. Циркулюючі імунні комплекси і дослідження антигенного впливу при алергодерматозах, псоріазі і хламідіозах: Автореф. дис. ... д-ра мед наук. Київ, 2003. 40 с.
- Бондаренко В.М., Грачева Н.М., Мацулевич Т.В. Дисбактеріозы кишечника у взрослых. М.: КМК, 2003. 224 с.
- Буровик Е.П. Комплексный метод лечения экземы и псориаза с использованием рибофлавина-мононуклеотида у алкоголь-зависимых больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 16 с.
- Буянова О.В. Застосування мазі «Кремген» у комплексному лікуванні atopічного дерматиту та мікробної екземи. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2002. № 1. С. 42–43.
- Джораєва С.К., Кутасевич Я.Ф., Олійник І.О., Гончаренко В.В. і др. Вивчення факторів патогенності стафілококової мікрофлори шкіри у хворих на поширені дерматози. Дерматологія та венерологія 2013. № 1 (59). С. 20–25.
- Доля О.В., Туркевич Ю.М. Цитохімічні зміни в лімфоцитах периферичної крові у хворих на екзему. Лікар. справа. 1992. № 9. С. 37–39.
- Дудченко Н.А., Денисенко О.И. Функциональное состояние органов гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и почек у больных микробной экземой. Вестн. дерматол. и венерол. 2008. № 2. С. 42–44.
- Зайченко Я.О. Мікроелементний склад організму при дерматопатіях токсичного походження у дітей. Дерматовенерологія, косметологія, Сексопатологія. 2008. № 1–2 (11). С. 54–56.
- Каруна Б.И. Экзема. К.: Здоров'я, 1989. 172 с.
- Кравченко Л.А. Комплексная терапия больных экземой, работающих на транспорте. Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я: Збірник наукових праць. Харків, 2008. Вип. 2. С. 84–87.
- Калюжна Л.Д., Ошивалова О.О., Бойчук А.М., Резнікова А.А. Погляд на лікування алергодерматозів. Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2011. № 4 (43). С. 56–60.
- Потекаев Н.С. Экзема: аспекты истории и современное представление. Клиническая дерматология и венерология. 2006. № 4. С. 102–107.
- Прохоров Д.В. Современное представление о патогенезе микробной экземы. Пробл. достиж. и перспект. развития мед.-биол. наук. практ. здравоохранение. 2000. Т. 136. С. 147–150.
- Рышко П.П. Применение антигистаминных препаратов в лечении различных дерматозов. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2002. № 1 (4). С. 39–41.
- Радионон А.Н. Справочник по кожным и венерическим болезням. СПб., 1997. С. 105–109.
- Korting H.C., Schöllmann C., Stauss-Grabo M., Schäfer-Korting M. Antimicrobial peptides and skin: a paradigm of translational medicine. Skin Pharmacol Physiol. 2012. Vol. 25. P. 323–324.
- Aoyama H., Tanaka M., Hara M. Nummular eczema. Dermatology. 1999. Vol. 199. N 2. P. 135–139.

References

- Bilozorov OP. Tsyruklyuyuchi immunni kompleksi i doslidzhennya antygennoho vplyvu pry alerhodermatozakh, psoriazi i khlamidiozakh (Circulating immune complexes and research of antigenic influence at allergodermatosis, psoriasis and chlamydiazis): Author's abstract. dis ... Dr. medical Sciences. Kiev, 2003. 40 p.
- Bondarenko VM, Hracheva NM, Matsulevych TV. Dysbakteryozy kyshechnyka u vzroslykh (Intestinal dysbacteriosis in adults). Moscow: KMK, 2003. 224 p.
- Burovik EP. Kompleksnyy metod lechenyia ekzemy i psoryaza s ispol'zovaniem ryboflavyna-mononukleotyda u alkohol'-zavysymykh bol'nykh (Complex treatment of eczema and psoriasis with using riboflavin-mononucleotide in alcohol-dependent patients). Author's abstract. dis ... Candidate medical Sciences. Moscow, 2001. 16 p.
- Buyanova OV. Zastosuvannya mazi «Kremhen» u kompleksnomu likuvanni atopichnoho dermatytu ta mikrobnoyi ekzemy (Application of ointment «Kremgen» in the complex treatment of atopie dermatitis and microbial eczema). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2002;1:42–43.
- Dzhoraeva SK, Kutasevych YaF, Oliynyk IO, Honcharenko VV, Ivantsova OK, Shcheholiyeva OV, Vasylyeva OS. Vyvchennya faktoriv patohennosti stafilokokovoyi mikroflory shkiry u khvorykh na poshyreni dermatozy (Investigation of pathogenicity factors of staphylococcal microflora of the skin in patients with common dermatosis). Dermatology and Venereology. 2013;1(59):20–25.
- Dolya OV, Turkevych YuM. Tsytohimichni zminy v limfotsytakh perifyerichnoyi krovi u khvorykh na ekzemu (Cytochemical changes in peripheral blood lymphocytes in patients with eczema). Doctor. right. 1992;9:37–39.
- Dudchenko NA, Denyenko OY. Funktsional'noe sostoyanye orhanov hepatobilyarnoy systemy, podzheludochnoy zhelezy i pochek u bol'nykh mikrobnoy ekzemy (Functional state of organs of hepatobiliary system, pancreas and kidneys in patients with microbial eczema). Vestn. dermatol and Venerol. 2008;2:42–44.
- Zaychenko YaO. Mikroelementnyy sklad orhanizmu pry dermatopatiyakh toksychno pohodzhennya u ditey (The microelement composition of an organism at dermatopathies of toxic origin in children). Dermatovenereology. Cosmetology. Sexual pathology. 2008;1–2(11):54–56.
- Karuna BI. kzema (Eczema). Kiev: Zdorov'ye, 1989. 172 p.
- Kravchenko LA. Kompleksnaya terapiya bol'nykh ekzemy, rabotayushchykh na transporte (Complex therapy of patients with eczema working on transport). Modern problems of dermatovenereology, cosmetology and healthcare management: Collection of scientific works. 2008;2:84–87.
- Kalyuzhna LD, Oshvalova OO, Boychuk AM, Reznikova AA. Pohlyad na likuvannya allerhodermatoziv (A look at the treatment of allergodermatosis). Ukr. Journ dermatology, venereology, cosmetology. 2011;4(43):56–60.
- Potekaev NS. kzema: aspekty istoryy i sovremennoe predstavlenye (Ezema: Aspects of History and Contemporary Representation). Clinical Dermatology and Venereology. 2006;4:102–107.
- Prokhorov D. Sovremennye predstavleniya o patoheneze mykrobnoy ekzemy (Contemporary notions about the pathogenesis of microbial eczema). Probl. Reaches and prospect. development of medical biology. sciences practice health care. 2000;136:147–150.
- Ryzhko PP. Prymenenye antyhistamynnykh preparatov v lechenyy razlychnykh dermatozov (Application of antihistamines in the treatment of various dermatoses). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2002;1(4):39–41.
- Radyonov AN. Spravochnyk po kozhnykh y venerycheskym boleznyam (Directory of skin and venereal diseases). SPb., 1997. P. 105–109.
- Korting HC, Schöllmann C, Stauss-Grabo M, Schäfer-Korting M. Antimicrobial peptides and skin: a paradigm of translational medicine. Skin Pharmacol Physiol. 2012;25:323–324.
- Aoyama H, Tanaka M, Hara M. Nummular eczema. Dermatology. 1999;2:135–139.

ДИФФЕРЕНЦІРОВАННИЙ ПОДХОД К ДІАГНОСТИКЕ І НАРУЖНОЇ ТЕРАПІЇ ЕКЗЕМИ

Я. Ф. Кутасевич¹, К. Е. Іщейкін², І. В. Зюбан¹, В. Ю. Мангушева¹¹ ГУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»² ВГУУ України «Українська медична стоматологічна академія»**Резюме**

В статтю оптимізується диференційований підхід к діагностиці та удосконаленню методів наружної терапії у болних екземой. Під наближенням находилось 30 болних, страдаючих истинной и микробной екземой. Болные 1-й группы были обследованы и получали системную и наружную терапию согласно разработанному алгоритму, используя двухэтапную ступенчатую терапию. Первый этап состоял из использования препарата фузидиевой кислоты в виде мази или крема 2 раза в день в течение 7 дней с последующим применением глюкокортикостероидов на кремовой основе в соответствии с инструкцией. Второй этап включал нанесение глюкокортикостероидов на кремовой основе в течение 7–10 дней в соответствии с инструкцией. Больные 2-й группы получали традиционную системную терапию и использовали в течение 14 дней комбинированный препарат, содержащий глюкокортикостероид и антибактериальный компонент, в виде крема согласно инструкции. После проведенной терапии, на 14-й день, отмечалось достоверное улучшение субъективных признаков и клинических проявлений, однако в 1-й группе данные показатели были в среднем в 2,5 раза ниже, чем в группе сравнения. Стоит отметить, что у пациентов 1-й группы отмечался регресс островоспалительных высыпаний, уменьшение площади очагов поражения на 2–3 дня раньше, чем в группе сравнения. Полный регресс кожного процесса в 1-й группе был отмечен на 9–11-й день, во 2-й группе – на 14–17-й день. Терапия болных екземой, основанная на алгоритме дифференційованного назначення наружної терапії в відповідності з нозологічною формою дерматоза, характером клінічних проявлень, діагностики та вибору наружної терапії, дозволить підвищити ефективність терапії в період обострення, уникнути небажаних ефектів, зменшити системну фармакологічну навантаження, досягти устійливої, довготривалої ремісії захворювання і значительно удосконалити якість життя таких пацієнтів.

Ключевые слова: екзема, диференціальна діагностика, наружна терапія.

DIFFERENTIATED APPROACH TO DIAGNOSTICS AND EXTERNAL THERAPY OF ECZEMA

Ya. Kutasevych¹, K. Isheykin², I. Zyuban¹, V. Mangusheva¹¹ SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»² HSEE of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»**Abstract**

The article optimizes the differential approach to diagnosis and improves the methods of external therapy in patients with eczema. Under supervision there were 30 patients suffering from the idiopathic and microbial species of eczema. Patients and groups were examined and received systemic and external therapy, according to the developed algorithm, using two-stage, step-by-step therapy. The first stage consisted of the use of a fusidic acid preparation in the form of an ointment or cream 2 times per day for 7 days, followed by the use of a topical steroid on a cream basis in accordance with the instructions. The second stage involved the application of topical steroid for 7–10 days on a cream basis in accordance with the instructions. Patients of group II were received traditional systemic therapy and used a combination therapy containing topical steroid, and antibacterial component, in the form of a cream according to the instructions, for 14 days. After the therapy, on 14th day there was a significant improvement in subjective attributes and clinical manifestations, but in the first group, these figures were on average 2.5 times lower than in the comparison group. It is noteworthy that patients in the first group experienced regress of acute inflammatory rash, decrease in the area of lesions at 2–3 days earlier than in the comparison group. Complete regression of the skin process in the first group was marked on day 9–11, in group 2 – on day 14–17. The treatment of patients with eczema, based on the algorithm of differentiated external therapy appointment in accordance with the nosological form of dermatosis, the nature of clinical manifestations, diagnosis and the choice of external therapy will increase the effectiveness of therapy during the period of exacerbation, to avoid adverse effects, reduce systemic pharmacological load, achieve sustainable, long-term remission of the disease and significantly improve the quality of life such patients.

Key words: eczema, differentiated diagnosis, external treatment.

Відомості про авторів:

Кутасевич Яніна Францівна – д-р мед. наук, професор, директор ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

Іщейкін Костянтин Євгенович – д-р мед. наук, професор кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів зі шкірними та венеричними захворюваннями ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Зюбан Ірина Володимирівна – очний аспірант ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

Мангушева Вікторія Юрївна – очний аспірант ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».