

УДК 616.521-08

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ

М.В.Гречуха¹, О.І.Літус², С.Г.Свирид³¹Київський обласний шкірно-венерологічний диспансер,²Інститут псоріазу та хронічних дерматозів, м.Київ³Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м.Київ

Ключові слова: екзема, антигомотоксичні засоби, плацента композитум.

Розгалуженість патогенетичних ланок і клінічних проявів, хронічно – рецидивуючий перебіг, незважаючи на багаточисельність запропонованих методів і засобів лікування, перешкоджають формуванню уніфікованого підходу до терапії хворих на екзему. Вважається, що лікування таких пацієнтів повинно бути комплексним та індивідуалізованим, базуватись на виявленні та усуненні впливу чинників сенсibilізації, санації вісцеральної патології з урахуванням розповсюдженості та виразності запального процесу [1-8]. Але, зазначається, що у більшості досліджень наводяться дані основного, дуже рідко – протирецидивного етапів терапії, що є недостатнім для досягнення необхідної повноти ремісій, їх стійкості до впливу провокуючих факторів і зменшення кількості рецидивів [9].

Згідно регламентуючих та інструктивно – методичних стандартів [61] лікування пацієнтів повинне бути комплексним з урахуванням виду та стадії екземи. Пропонується просторий перелік шляхів загального впливу: корекція нервових, нейроендокринних порушень, санація вогнищ хронічної інфекції, призначення гіпоалергенної та елімінаційних дієт, дезінтоксикаційних, гіпосенсibilізуючих, антигістамінних, глюкокортикоїдних засобів, психо- та вегетотропних, седативних, імуномодуючих препаратів, адаптогенів, ферментів, стимуляторів функції кори надниркових залоз, вітамінів, сорбентів, фізіотерапевтичного втручання. Однак,

такий підхід загрожує дотриманню принципу адекватності, оскільки, створює передумови для розвитку поліпрагмазії (поліфармації – визначенням ВООЗ). Адже, не враховується, що одночасний і тривалий прийом великої кількості лікарських засобів знижує їх ефективність, викликає тахіфілаксію. Доведено, що найбільш ймовірною причиною розвитку фармакодермій виступає саме поліпрагмазія [10-12]. Крім того, поза увагою залишається доцільність застосування вазоактивних препаратів.

Перспективним напрямком підвищення ефективності терапії хворих на екзему вважається оптимізація патогенетичного лікування. У якості аргументів наводяться її доступність, оскільки, вона не потребує суттєвих коштів на вивчення нових ланок патогенезу, а базується на вже відомих результатах досліджень і потребує значно меншого часу на синтез і апрабацію нової субстанції [9]. Цілком прийнятною видається концепція адекватності застосування індивідуалізованої терапії. Підкреслюється, що вона повинна враховувати індивідуальні особливості організму хворих (адаптацію, наявність і характер супутньої патології), соціальні аспекти, звички пацієнтів, клінічний перебіг дерматозу [13,14]. Однак, відкритим залишається питання структуризації першочергових і другорядних складових означеної концепції.

Слід зазначити, що традиційні загальноприйняті медикаментозні засоби, котрі використовуються для лікування хворих на екзему часто не володіють очікуваною ефективністю. Більше того, вони можуть обумовлювати подальший

розвиток полівалентної сенсibiliзації. Тому, все частіше звертеться увага на можливість застосування немедикаментозних методів терапевтичного втручання [15-17]. Перспективним напрямком визнається призначення комбінованої лазерної терапії, котра спричиняє повернення (або обумовлює тенденцію до нього) до фізіологічних значень порушень з боку імунологічних і гемостазіологічних показників, коригує розлади функціонального стану органів гепатобіліарної системи, підшлункової залози та нирок. Аналіз віддалених результатів лікування свідчить, що у таких пацієнтів майже в 4 рази зменшується частота рецидивів, а тривалість ремісії подовжується в 2,6 рази. Однак, підкреслюється, що вибір того чи іншого методу лазерної терапії повинен все – таки проводитись диференційовано з урахуванням індивідуальних особливостей хворого, наявності у нього супутньої соматичної патології та визначачитись характером ураження шкіри, поширеністю екзематозного процесу та стадією дерматозу [18-20]. Звертається увага на високу ефективність фототерапії низькоінтенсивним монохроматичним опроміненням, володіючої протизапальною, регенеруючою, анальгезуючою, біостимулюючою, імунокоригуючою та гіпосенсибілізуючою властивостями [21].

Все більшу зацікавленість викликає можливість застосування неалопатичних засобів лікувального втручання, зокрема, фітохронотерапії та хомвію – неврину [22,23]. В такому ракурсі, безумовно, привабливим видається призначення антигомотоксичних препаратів. Доведено [24], що комплексне застосування коензиму композитум, убихінону композитум і гепар композитум на тлі стандартної алопатичної терапії пацієнтів з хронічно – рецидивуючим перебігом екземи призводить до значного (на 6-8 днів) скорочення часу розсмоктування елементів висипки та надає можливість продовження у подальшому вже

монолікування означеними засобами. Крім того, у таких осіб спостерігається суттєве покращення фізичного стану та відбуваються позитивні зміни стосовно супутньої патології. Така необтяжлива терапія сприяє подовженню тривалості ремісій у більшості хворих до 1,5-2,5 років. Через 12 місяців після закінчення лікування рецидиви дерматозу відмічені лише у 2 пацієнтів з 16 у строки 7 і 10 місяців після закінчення терапевтичного втручання. Підкреслюється, що призначення антигомотоксичних препаратів є також економічно доцільним, оскільки, широта спектру їх дії дозволяє одним засобом замінити декілька традиційних медикаментів. Акцентується ефективність антигомотоксичного лікування при хронічному перебігу захворювання. Його застосування визнається доцільним як при пригніченому стані імунної системи, так і при розвитку алергізації. Антигомотоксичні засоби в терапевтичному комплексі сумісні з іншими препаратами, вони, як правило, не володіють побічною дією та, майже, не мають протипоказань [25, 26]. Така універсальність властивостей опосередкована характером діючих субстанцій. Адже, антигомотоксичні препарати виготовляються з натуральної сировини мінерального, рослинного та тваринного походження. Вони проходять спеціальну, за рахунок послідовного багаторазового розведення, технологію обробки. Після неї молекули вихідних субстанцій стають поляризованими, тому, потрапляючи в біосубстрати макроорганізму, сприймаються як антигени – ініціатори нормергічних реакцій. Це дозволяє антигомотоксичним засобам відповідати всім вимогам ефективної та безпечної терапії. Доцільність використання зазначених препаратів доведена багаточисельними експериментальними та клінічними дослідженнями (мультицентровими, подвійними сліпими, плацебоконтрольованими). Безпека їх застосування опосередкована надмалими

дозами діючих речовин, котрі володіють регулюючим, ініціюючим, стимулюючим і незначним замісним ефектами. Мультикомпонентність препаратів забезпечує широкий спектр їх впливу завдяки взаємному доповненню та посиленню активності окремих інгредієнтів. Антигомотоксичні засоби сумісні один з одним і майже з усіма алопатичними субстанціями. У порівнянні з останніми вони не володіють навіть потенційною ембріотоксичністю та тератогенною дією, не викликають сенсibilізації, не мають за поодинокими виключеннями протипоказань і вікових обмежень, забезпечують позитивну клінічну динаміку, особливо, при хронічному та торпідному до традиційних препаратів перебігу патологічного процесу. Крім того, ці засоби мають оптимальне співвідношення якості/ціна [27-29].

В такому ракурсі цілком доречним видається призначення хворим на екзему Плаценти композитум. Адже, відомо [30], що препарат володіє венотонізуючою, судинорозширюючою і ангіоспастичною активністю, за рахунок якої, поліпшує периферичний кровообіг і мікроциркуляцію. Тому, Плаценту композитум відносять до базових антигомотоксичних засобів, діючих на усі судинні басейни (кінцівок, внутрішніх органів, мозку) [30]. Невід'ємною складовою частиною комплексного лікування хворих на екзему виступає застосування засобів зовнішнього впливу. Розроблений алгоритм топічного лікування таких пацієнтів [31]. При наявності гострозапальних ексудативних явищ пропонується використання тримістину. Після їх купування рекомендується застосування бетаметазонового крему, володіючою помірним антиексудативним ефектом. При збереженні запальних явищ і виразної сухості шкіри, пропонується призначення флуцинару та фокорту. При хронічному перебігу екземи, котрий супроводжується потовщенням рогового шару епідермісу

раहुється доцільним застосування кератолітичних засобів – сечовини та саліцилової кислоти. Акцентується увага на синергізмі останніх і кортикостероїдів, що служить обґрунтуванням призначення преднікарбу та бетасаліку. Однак, слід зазначити, що такий підхід не позбавлений певних вад. Зокрема, не розглядається загально визнана доцільність застосування при ексудативному процесі примочок. Крім того, дещо умовним виглядає виділення сечовини та саліцилової кислоти у якості кератолітичних засобів. Адже, в низьких концентраціях, вони володіють кератопластичною активністю.

Доведено [32], що фармакологічна ефективність зовнішніх препаратів визначається чотирма базовими чинниками. По-перше, проникливістю, залежачою від топографічної локалізації вогнищ ураження (відомо, що шкіра обличчя, мошонки більш прониклива, ніж передпліч, сідниць, долоней, підшв). Це потребує різної кількості засобу для отримання співставимого ефекту. По-друге, концентраційним градієнтом, віддзеркалюючим кількість препарату, нанесеного на шкіру за одиницю часу. Він прямо корелює з концентрацією активної речовини в основі та залежить від коефіцієнтів визволення засобу та дифузії при тій чи іншій товщині рогового шару епідермісу. По-третє, режимом дозування. Завдяки своїм фізичним властивостям шкіра може представляти собою резервуар для активного компонента, тобто, «місцевий період напіввиведення» може бути достатньо тривалим, що дозволяє наносити препарат з особистим коротким системним періодом напіввиведення всього 1 раз на добу. По-четверте, основою засобу та оклюзією. Відповідність останньої препарату підвищує здатність активної речовини проходити зовнішній бар'єр шкіри. За рахунок своїх фізичних властивостей (зволожуючій або підсушуючій) основа може сама викликати відповідний терапевтичний ефект, незважаючи на свою фармакологічну інертність. Однак, суттєве значення має

розчинність і етадильність діючої складової, швидкість її вивільнення. Підкреслюється, що вибір лікарської форми є не менш важливим, ніж – активного компонента [33-37]. Але, в той же час, нерідко, поза увагою залишаються терапевтичні можливості класичних екстемпоральних лікарських форм [38,39]. Перевага віддається офіційним топічним кортикостероїдним препаратам. Хоча, й визнається, що далеко не всі вони мають адекватний набір лікарських форм, необхідних для призначення при гострих / підгострих / хронічних проявах дерматозу [40]. Далекі не завжди враховується висока вірогідність розвитку побічних явищ, спричинених топічною кортикостероїдною терапією. Доведено [41], що вона гальмує синтез глікозаміногліканів, колагену та еластину, зменшує в епідермісі кількість макрофагів (клітин Лангерганса), а в дермі – опасистих целюлярних елементів. Топічні кортикостероїди можуть індукувати системні реакції, особливо, при нанесенні на значні за площею ділянки ураження або під оклюзійну пов'язку, у вигляді гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової супресії, розвитку синдрому Кушинга, пригнічення стану імунної системи, появи септичного некрозу голівки стегнової кістки, гіпертензії, гіперглікемії, підвищення внутрішньочеревного тиску. Навіть застосування мазей, містячи гідрокортизон, на протязі декількох місяців викликає ефект збільшення вмісту глюкози крові [42-45]. Відзначається, що ускладнення з боку шкіри, спровоковані дією топічних кортикостероїдів, можуть бути ранніми та пізніми. Вони залежать від сили засобу, тривалості його застосування, локалізації патологічного процесу, наявності чи відсутності оклюзійної пов'язки. Найчастіше серед них зустрічаються атрофія, телеангіектазії, стероїдне розацеа, дисхромії, маніфестація вірусних, мікотичних і бактеріальних інфекцій шкіри [46-49].

Окремою складовою частиною профілю безпечності топічних

кортикостероїдів визнається їх алергенний потенціал. Незважаючи на потужну імуносупресивну активність, ці засоби можуть самі ставати причиною розвитку реакцій гіперчутливості, частіше уповільненого типу, у вигляді контактного дерматиту. Частота виникнення останнього коливається у межах 3-5%. Це й не дивно, оскільки, топічні кортикостероїди сукупно посідають сьоме місце у переліку ініціаторів розвитку реакцій гіперчутливості після сульфату нікелю, хлориду кобальту, каніфолі, суміші ароматичних речовин, сполук базальмового дерева та біхромату калію [50-53]. Крім того, існує певна проблематичність ідентифікації контактного дерматиту, обумовленого дією топічних кортикостероїдів: його клінічні прояви часто мають оманливий характер, а оцінка результатів аплікаційної шкірної проби вельми дискусійна. Подібна варіабельність його перебігу й призводить, як правило, до діагностичних помилок [54]. І, хоча, наявні спроби пом'якшення побічної дії топічних кортикостероїдів шляхом обмеження часу їх призначення, зокрема, за рахунок поступового включення в подальше місцеве лікування моноеліментів, що позиціонується як важливий етап ступінчастої та дуалтерапії, навряд чи вони спроможні, у світлі вищенаведених даних, реабілітувати абсолютну доцільність застосування означених препаратів у хворих на екзему [55].

Тому, вірогідно, більш перспективним виглядає напрямок пошуку не алопатичних засобів місцевого втручання. Акцентується увага на можливості використання у пацієнтів з екземою більш безпечних гомеопатичних препаратів, зокрема, Ірикару, котрий містить матричну настоянку *Cardiospermum halicacabum*. Протизапальний і антипруригінозний ефекти останньої, найбільш ймовірно пов'язані з наявними в її складі пентациклічними тритерпенами, флавоноїдами та фітостеролами. Саме

модуючий вплив на реакції запалення активних речовин матричної настоянки *Cardiospermum halicacabum* забезпечує необхідні ефективність і безпечність призначення Ірикару хворим на екзему [56-58]. Наявне повідомлення [59], що місцеве застосування Псорінохееля Н у вигляді крему перевищує ефективність використання порівняльного стандарту – 1% гідрокортизонової мазі. Доведена перевага зовнішнього призначення Ескулюс композитум над топічною дією цілої низки алопатичних препаратів [60].

Отже, проблема лікування хворих на екзему залишається невирішеною. Потребують уніфікованого підходу критерії вибору спрямування терапевтичного впливу. Вимагає розширення спектр використовуємих неалопатичних, зокрема, антигомотоксичних засобів. Доцільним видається подальше дослідження ефективності екстемпоральних лікарських форм, котрі забезпечують терапевтичну етапність.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Туркевич О.Ю. Лікування дерматиту та екземи у робітників хімічної промисловості з урахуванням фізіологічного стану шкіри та деяких показників гомеостазу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук.: спец. 14.01.20 «Шкірні та венеричні хвороби»/ О.Ю. Туркевич – Київ, 2007. – 20 с.
2. Височанська Т.П. Особливості макро – та мікроелементного складу біологічних субстратів у хворих на хронічні рецидивуючі дерматози (псоріаз, екзему) / Т.П. Височанська, О.І. Денасенко// Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2008. - №3 (30). – С.9-13.
3. Schmitt J. Systemik treatment of severe atopic eczema: a systematic review/ J. Schmitt, K. Schakel, N. Schmitt et al.// *Acta Dermato – Venerol.* – 2007. – Vol. 87, № 2. – P.100-111.
4. Walf A.K. Changes in quality of life in persons with eczema and psoriasis after treatment in departments of dermatology// A.K. Walf, C. Mork, B.M. Lillehol et al.// *Acta Dermato – Venerol.* – 2006. – Vol. 86, № 3. – P.198-201.
5. Литинська Т.О. Особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування дерматологічної патології у хворих із захворюваннями органів травлення /Т.О. Литинська // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. - № 2 (33). – С. 6-10.
6. Іщейкін К.Е. Порівняльне вивчення показників імунної системи у дітей, хворих на atopічний дерматит та екзему /К.Е. Іщейкін // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. - № 2 (33). – С. 58-63.
7. Бондарь С.А. Дифференциальная диагностика и методы комплексной терапии алергодерматозов /С.А. Бондарь, И.Н. Ляшенко, И.Л. Пархоменко и др. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. - № 3 (38). – С.166-167.
8. Zucchelli M. No association between the eczema genes COL 29A1 and IL 31 and inflammatory bowel disease / M. Zucchelli, L. Torkwist, F. Bresso et al.// *Inflamm. Bowel. Dis.* – 2009. –Vol. 15, № 7. – P. 961-962.
9. Каданер Е.І. Етапи комплексної терапії хворих на екзему курців тютюну /Е.І. Каданер, В.П. Федотов, В.В. Горбунцов // *Дерматовенерология, косметология, сексопатология.* – 2006. - № 3-4. – С. 75-79.
10. Onder Y. Adverse Drug Reaction as cause of hospital admissions results from the Italian Yroup of Pharmacoeepidemiology in the Elberly (YIFA) / Y. Onder, C. Pedone, F. Landi// *Am. Yeriantr. Soc.* – 2002. – Vol. 50, № 2. – P. 1962-1968.
11. Продан В.А. Полипрагматический комплайенс / В.А. Продан // *Провизор.* – 2007. - № 6. – С. 3-5.

12. Ткач В.Е. Проблема поліпрагмазії в дерматології /В.Е. Ткач, О.В. Ткач - Мотуляк // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2008. - № 1-2 (11). – С. 372-374.
13. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии /И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина. – Харьков: Факт, 2007. – 92 с.
14. Коляденко В.Г. Вплив лікування на якість життя хворих з екземою кистей /В.Г. Коляденко, П.В. Чернишов // Клінічна імунологія, алергологія, інсектологія. – 2006. - № 3. – С. 68-70.
15. Денисенко О.І. Застосування антиоксидантного засобу з мікроелементами та лазерної терапії при алергійних дерматозах /О.І. Денисенко // Практична медицина. – 2006. – т. XII, № 2. – С. 11-14.
16. Kiec – Swierczynska M. The role of psychological factors and psychiatric disorders in skin diseases /М. Kiec – Swierczynska, В. Dudek, В. Krecisz// Med. Pr. – 2006. – Vol. 57, № 6. – P.551-555.
17. Денисенко О.І. Стан гіпофізарно – тиреоїдної системи у хворих на алергійні дерматози при застосуванні традиційної, антиоксидантної та лазерної терапії /О.І. Денисенко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. - № 4 (23). – С. 8-12.
18. Денисенко О.І. Оптимізація лікування та профілактики алергійних дерматозів з використанням хронодетермінованої антиоксидантної та лазерної терапії /О.І. Денисенко // Мат. наук. – практ. конф. «Сучасний менеджмент в дерматовенерології: діагностичні, лікувальні та організаційно – правові аспекти», 29-30 березня 2007 р. – Київ: НМАПО ім. П.Л. Шупика 2007. – С. 37-39.
19. Rochkind S. He – He low energy laser – as it completely harmless (letter) /S. Rochkind// J. Biomed. Eng. – 2006. – Vol. 18, № 1. – P. 77-78.
20. Денисенко О.І. Вплив ритмічної діяльності щитоподібної залози на стан оксидантної та антиоксидантної систем крові у хворих на алергодерматози: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.20 «Шкірні та венеричні хвороби» /О.І. Денисенко. – Київ, 2007. – 38 с.
21. Литвинко С.А. Применение квазилазера ИНС – 5 в лечении хронической экземы /С.А. Литвинко, С.П. Остапенко// Мат. наук. – практ. конф. «Захворювання шкіри та її похідних. Проблеми старіння шкіри.» 19-20 березня 2009 р. – Київ: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2009. – С. 29-30.
22. Бочаров Д.В. Фітохронотерапія хронічних дерматозів алергічного генезу /Д.В. Бочаров // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2010. - № 1-2. – С. 72-74.
23. Бабюк И.А. Натуропатическое лечение хронических зудящих дерматозов /И.А. Бабюк, И.В. Куценко, О.Е. Шульц и др. // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2008. - № 3-4 (11). – С. 272-275.
24. Трефаненко С.П. Застосування антигомотоксичних препаратів в комплексному лікуванні хворих на хронічну екзему /С.П. Трефаненко, О.І. Денисенко, Г.В. Іринчин // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2002. - № 1-2 (5). – С. 195-197.
25. Шамугия Б.К. Новые антигомотоксические препараты на фармацевтическом рынке Украины /Б.К. Шамугия // Биологическая медицина. – 2001. - № 2. – С. 3-4.
26. Радионов В.Г. Эффективность препарата «Энгистол» в комплексном лечении папилломавирусной инфекции человека / В.Г.Радионов, О.С.Гусак, Т.И.Шварева, А.Л.Высоцкая // Розробка молодих вчених дерматовенерологів післядипломної освіти / Наук.-практ. конф. (14 листопада 2007 р.): Мат.-ли. – Київ: НМАПО ім. П.Л.Шупика, 2007. – С. 73-74.
27. Комплексные антигомотоксические препараты. – Киев: Neel, 2004.- 279 с.
28. Козяр Н.А. Ступінчаста аутогемотерапія при лікуванні генітального герпесу /Н.А. Козяр, О.А. Кравчук // Міжн. симп. «Можливості корекції функціонально – структурних

- порушень слизових оболонок організму з використанням антигомтоксичних препаратів Лімфоміозот та Леукоза композитум» 26 березня 2005 р. – Київ: Heel, 2005. – С. 122.
29. Патент № 51 456 Україна, (51) МПК (2009) А61К31/00 А61Р17/00. Спосіб комплексного лікування хворих на ранні форми сифілісу / Симоненко В.Е., Свирид С.Г., Вайс В.В.; заявник і патентовласник НМУ ім. О.О. Богомольця. - № И 201003698; заявл. 31.03.2010; опубл. 12.07.2010, Бюл. № 13.
30. Антигомтоксические препараты. – Киев: Heel, 2005. – 156 с.
31. Маштакова И.А. Алгоритм наружной терапии аллергодерматозов /И.А. Маштакова // Мат. наук. – практ. конф. «Захворювання шкіри обличчя, волосистої частини голови та дерматози, асоційовані з ураженням слизової оболонки» 20-21 березня 2008 р. – Київ: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2008. – С.60-62.
32. Кочергин Н.Г. Основа наружных стероидных средств и их терапевтическая эффективность /Н.Г. Кочергин // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2002. - № 6. – С. 76-78.
33. Суворова К.Н. Трудности и ошибки в диагностике и лечении атопического дерматита у детей /К.Н. Суворова, К.Л. Варданын // Лечащий врач. – 2005. - № 7. – С. 34-38.
34. Roeder A. Safety and efficacy of fluticasone propionate in the topical treatment of skin diseases /A. Roeder// Skin. Pharmacol. Physiol. – 2005. – Vol. 18, № 2. – P. 3-11.
35. Wiedersberg S. Bioavailability and bioequivalence of topical glucocorticoids /S. Wiedersberg, C.S. Leopold, R.H. Yay// Eur.J. Pharm. And Biofarm. – 2008. – Vol. 68, № 1. – P. 453-466.
36. Хаитов Р.М. Атопический дерматит: наружная терапия /Р.М. Хаитов, А.А. Кубанова // Consilium Medicum. – 2005. – т. 6, № 3. – С. 167-173.
37. Akdis C. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults /C. Akdis, M. Akdis, T. Bieber et al.// J. Allergy. Clin. Immunol. – 2006. – Vol. 118, № 3. – P. 152-169.
38. Белоусова Т.А. Кортикостероидные препараты для наружного применения /Т.А. Белоусова, Н.Г. Кочергин // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1998. - № 3. – С. 78-79.
39. Смирнова Г.И. Современные технологии местного лечения атопического дерматита у детей /Г.И. Смирнова // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2003. - № 3. – С. 75-82.
40. Проценко Т.В. Дифференцированный подход к выбору средств наружной кортикостероидной терапии /Т.В. Проценко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. - № 2 (33). – С. 31-34.
41. Болотная Л.А. «Элоком» как эффективное глюкокортикостероидное средство наружной терапии /Л.А. Болотная // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. - № 2 (25). – С. 34-38.
42. Norris D.A. Mechanisms of action of topical therapies and rationale for combination therapy /D.A. Norris// J. Am. Acad. Dermatol. – 2005. – Vol. 53, № 2. – P. 17-25.
43. Krakowski A.C. Topical therapy in pediatric atopic dermatitis /A.C. Krakowski, M.A. Dohil// Semin. Cutan. Med. – Surg. – 2008. – Vol. 27, № 1. – P. 161-167.
44. Leopold C.S. Pharmacokinetic analysis of the FDA guidance for industry – Topical dermatologic corticosteroids: in vivo bioequivalence /C.S. Leopold// Eur. J. Pharm. Biopharm. – 2003. – Vol. 56, № 3. – P. 53-58.
45. Kats H.I. Topical corticosteroids / H.I.Kats// Dermatol. Clin. - 2005. - Vol. 23, № 4. - P. 805-815.
46. Slade H.B. Clinical efficacy evaluation of a novel barrier protection cream /H.B. Slade, J. Fowler, Z.D. Draelos et al.// Cutis. – 2008. – Vol. 82, № 4. – P. 21-28.
47. Robertson L. New and existing therapeutic options for hand eczema /L. Robertson// Skin. Therapy Lett. – 2009. – Vol. 14, № 3. – P. 1-5.

48. Калюжная Л.Д. Следует ли считаться с системными побочными эффектами топических кортикостероидов? /Л.Д. Калюжная // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. - № 1 (36). – С. 28-32.
49. Feldman S. Topical clobetasol propionate in the treatment of psoriasis /S. Feldman, B. Yentzer// J. Am. Acad. Dermatol. – 2010. – Vol. 62, № 3. – P. 3369-3374.
50. Dooms – Yoossens A.E. Contact allergy to corticosteroids: A frequently missed diagnosis? /A.E. Dooms – Yoossens, H.J. Degreef, K.J. Marien et al.// J. Am. Acad. Dermatol. – 1998. – Vol. 21, № 1. – P. 538-543.
51. English J.S. Corticosteroid – induced contact dermatitis: A pragmatic approach /J. S. English// Clin. Exp. Dermatol. – 2000. – Vol. 25, № 2. – P. 261-264.
52. Nachem J.P. Efficacy of topical corticosteroids in nickel - induced contact allergy// J.P.Nachem, K.De Paere, E.Vanpree et al. // Clin. Exp. Dermatol. - 2000. - Vol. 27, № 3. - P. 47-50.
53. Туркевич А.Ю. Флютиказона пропионат: эффективный и безопасный стероид для местного лечения дерматозов /А.Ю. Туркевич, О.О. Сизон // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. - № 3 (38). С. 53-63.
54. Степаненко В.І. Порівняльний аналіз профілю безпечності топічних кортикостероїдів з позицій доказової медицини /В.І.Степаненко, О.Ю.Туркевич, О.О.Сизон та інш. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2010. - № 3 (38). – С. 53-63.
55. Семенуха К.В. Практичний погляд на застосування топічних кортикостероїдів для лікування стероїдчутливих дерматозів /К.В. Семенуха, О.В. Горбенко, О.А. Ковалеська та інш. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. - № 3 (38). – С. 71-76.
56. Чекман І.С. Клініко – фармакологічні властивості засобів, які застосовуються в дерматології /І.С. Чекман // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2001. - № 1. – С. 73-76.
57. Кравченко А.В. Ірикар при лікуванні алергодерматозів /А.В. Кравченко, М.М. Шупенько // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2001. - № 1. – С. 77-78.
58. Рыжко П.П. Препараты растительного происхождения в наружном лечении различных дерматозов /П.П. Рыжко, Л.В. Рощенюк // Мат. наук. – практ. конф. «Захворювання шкіри обличчя, волосистої частини голови та дерматози, асоційовані з ураженням слизової оболонки», 20-21 березня 2008 р. – Київ: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2008. – С. 81-91.
59. Ісса Шаді Хусейн Ібрагім Інтегральна оцінка клінічного перебігу екзема та комбінована корекція встановлених порушень: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 «Шкірні та венеричні хвороби» / Ібрагім Хусейн Шаді Ісса. – Київ, 2006. – 18 с.
60. Ісса Шаді Комбінована антигомотоксична терапія хворих на рефрактерні дерматози /Шаді Ісса, С.В. Чайка, С.Г. Свирид // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. - № 4 (19). – С. 51-52.
61. Протокол надання медичної допомоги хворим на екзему /Наказ МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р. – К.: Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання, 2009. – 126 с.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ М.В.Гречуха, О.И.Литус, С.Г.Свирид

Разветвленность патогенетических звеньев и клинических проявлений, хронически – рецидивирующий ход, невзирая на многочисленность предложенных методов и средств лечения, препятствуют формированию унифицированного подхода к терапии больных экземой. Считается, что лечение таких пациентов должно быть комплексным и

индивидуализируемым, базироваться на выявлении и устранении влияния факторов сенсibilизации, санации висцеральной патологии, с учетом распространенности и выразительности воспалительного процесса. Перспективным направлением повышения эффективности терапии больных экземой считается оптимизация патогенетического лечения. Неотъемлемой составной частью комплексного лечения больных экземой выступает применение средств внешнего влияния. Целесообразным кажется последующее исследование эффективности екстемпоральных врачебных форм, которые обеспечивают терапевтическую этапность.

TREATMENT OF PATIENTS AN ECZEMA

M.V.Grechukha, O.I.Litus, S.G.Svirid

Ramified of nosotropic links and clinical displays, chronically is recidiviruyuschiy motion, without regard to the great number of the offered methods and facilities of treatment, hinder forming of the compatible going near therapy of patients an eczema. It is considered that treatment of such patients must be complex and individualized, to be based on an exposure and removal of influence of factors of sensitization, sanacii of visceral'noy pathology, taking into account prevalence and expressiveness of inflammatory process. By perspective direction of increase efficiency of therapy of patients an eczema is consider optimization of nosotropic treatment. Application of facilities of external influence comes forward inalienable component part of holiatry of patients an eczema. The expedient is seemed by subsequent research of efficiency of ekstemporal'nikh of medical forms which provide therapeutic stage.

УДК 616.5-002.156-056.3-036.12:616.36-002-022.6

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЛИХЕНОИДНЫХ ДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

А.А.Мантула

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: лихеноидные дерматозы, вирусные гепатиты, гепасол-нео, тиотриазолин, энерлив.

Актуальность проблемы. В последние годы отмечается значительный рост дерматозов, характеризующихся тяжестью течения заболевания и резистентностью к проводимой терапии. При этом нередко поражения кожи являются первым клиническим проявлением ряда системных инфекций, в том числе хронических вирусных гепатитов (ХВГ). В свою очередь, хронические вирусные гепатиты в настоящее время представляют одну из

актуальных проблем здравоохранения. Уровень инфицированности населения вирусами гепатитов В и С позволяет отнести Украину к регионам со средней эндемичностью [2, 6]. Заболеваемость циррозами печени в течение 10 лет выросла в Украине почти в 2 раза, а их распространенность - на 40% [1]. Важность проблемы вирусных поражений печени обусловлена, помимо распространенности, частотой хронизации (80-85%), длительным бессимптомным течением, а также развитием дерматологических внепеченочных проявлений. Считают, что поражения кожи при вирусных гепатитах, встречаются в