

УДК 616.5

Хронічні алергічні захворювання шкіри: сучасні уявлення про етіопатогенез та підходи до вибору оптимальної терапії

Резніченко Ю. Г.[†], Пантюшенко Л. І.[‡], Резніченко Н. Ю.[†]

[†]Запорізький державний медичний університет

[‡]КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР

ХРОНИЧЕСКИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Резніченко Ю. Г., Пантюшенко Л. І., Резніченко Н. Ю.

Рассмотрены основные этиопатогенетические факторы развития хронических аллергических заболеваний кожи. Изучена эффективность комплексного лечения больных аллергодерматозами с использованием крема «Ирикар». Доказана высокая эффективность и безопасность применения крема «Ирикар» в лечении больных атопическим дерматитом, хронической истинной экземой, аллергическим дерматитом.

CHRONIC ALLERGIC SKIN DISEASES: MODERN APPROACHES TO ETIOPATHOGENESIS AND OPTIMAL TREATMENT

Reznichenko Yu. G., Pantyushenko L. I., Reznichenko N. Yu.

The main etiopathogenetic factors of development of chronic allergic skin diseases have been considered. The effectiveness of complex treatment of allergic dermatoses with the use of cream "Iricar" has been studied. High effectiveness and safety of cream "Iricar" for treatment of atopic dermatitis, chronic eczema vulgaris, allergic dermatitis have been proved.

Основне місце серед дерматозів, де алергічний компонент є провідним у виникненні та розвитку захворювання, відводиться атопічному дерматиту, екземі, алергічному дерматиту [5, 8]. Вивчення етіопатогенезу та клінічних особливостей цих алергічних захворювань шкіри, а також обґрунтований вибір оптимальної їх терапії являють собою надзвичайно актуальні проблеми сучасної медицини [1]; це пов'язано з [2]:

- високим рівнем захворюваності;
- постійно рецидивуючим перебігом;
- збільшенням кількості тригерних факторів;
- недостатньою ефективністю традиційної терапії;

- необхідністю комплексного лікування з урахуванням рекомендацій лікарів різних спеціальностей (педіатра / терапевта, дерматовенеролога, алерголога, імунолога, гастроентеролога, невропатолога).

Необхідність залучення багатьох спеціалістів до лікування аллергодерматозів пов'язана:

- перш за все, з рецидивуванням захворювання протягом усього життя, а це, у свою чергу,

потребує спадкоємності між педіатром і терапевтом (наприклад, за даними П. П. Рижка [16], атопічний дерматит у 50 % хворих виникає у віці до 6 місяців, у 30 % хворих – до 5 років; проте більше ніж у 50 % хворих він рецидивує у дорослому віці);

- по-друге, численні дослідження свідчать про комплексний, багатогранний характер порушень з боку різних органів і систем у хворих на атопічний дерматит, істинну екзему та алергічний дерматит, а отже їх лікування потребує комплексного підходу з залученням суміжних спеціалістів [18]; так, серед основних етіопатогенетичних чинників аллергодерматозів виділяють генетичні, екологічні, імунні, нейрогенні, біохімічні, фармакологічні та ін. [3].

Значення екологічного чинника у виникненні алергічних захворювань шкіри не підлягає сумнівам. За даними Л. Д. Калюжної [6], найвищі показники захворюваності на атопічний дерматит відзначаються в урбанізованих регіонах, і за останні роки спостерігається її постійне зростання; так, поширеність атопічного дерматиту:

- у популяції дітей європейських країн, які народились до 1960 р., складала від 1,4 до 3,1 %;

- у дітей, які народились у 1960-1970-х рр., зросла до 3,8-8,8 %;

- серед народжених після 1970 р. збільшилась до 20,4 %.

За даними О. В. Буянової, Л. О. Хімейчук, Н. Ю. Сенишин, зростання захворюваності на алергодерматози у дітей і дорослих у багатьох країнах світу, зокрема в Україні, пов'язане з середовищними факторами, такими як:

- забруднене відходами промислових підприємств довкілля;

- використання хімічних речовин у сільському господарстві та харчовій промисловості, –

а також порушеннями правил гігієни харчування, особливо в дитячому віці [3].

Велику роль у розвитку алергодерматозів відіграють імунні механізми [19]. Так, провідними ланками у розвитку атопічного дерматиту є *IgE*-опосередковані реакції. Лімфокиновий профіль у хворих на атопічний дерматит характеризується підвищенням секреції інтерлейкіну-4 та інтерлейкіну-5 [6]. Дослідження, проведені Л. А. Болотною, В. С. Калашниковою [2], доводять наявність дисбалансу про- та протизапальних інтерлейкінів при екземі, взаємозв'язок порушень цитокінового балансу з клінічними проявами захворювання. Отримані результати відображають доцільність використання протизапальних засобів, які сприяють нормалізації рівня цитокінів, у комплексній терапії алергодерматозів.

Крім того, у хворих на алергодерматози значною є нейрогенна складова етіопатогенезу. Адже одним з найважливіших чинників даних захворювань є порушення з боку центральної та вегетативної нервової системи, що провокують загострення дерматозу. Проте сама наявність висипань на шкірі, сухість і свербіж шкіри значним чином знижують якість життя, призводять до невротизації пацієнта, зростання рівня тривожності, виникнення депресії, емоційної та соціальної дезадаптації. Це спричиняє формування патологічного замкнутого кола, коли нервова дестабілізація шляхом центральних та вегетативних механізмів призводить до персистенції патологічного шкірного процесу, а він, у свою чергу, підсилює нейрогенні реакції організму.

Хронічні алергічні захворювання шкіри, крім того, супроводжуються станом вираженої ендогенної інтоксикації, що пов'язаний [15]:

- з одного боку, з проживанням в умовах великих промислових міст;

- з іншого боку, із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, такими як гастрити, гастродуоденіти, холецистити, дискінезії жовчовивідних шляхів, панкреатити, що призводить до розвитку дисбактеріозу та вимагає проведення відповідної корекції.

В останні роки надзвичайно велика увага приділяється дослідженню мікробіоценозу та penetрації мікроорганізмів у шкіру у хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри. У фізіологічних умовах, шкіра людини укрита сотнями різних мікроорганізмів, серед яких домінують бактерії, тоді як віруси та найпростіші представлені в значно меншій кількості [11]. Мікробіоценоз шкіри у практично здорових осіб представлений [17]:

- бактеріальною флорою:

1) епідермальними стафілококами;

2) пропіоновокислими бактеріями;

3) мікрококами;

4) коринформними бактеріями та ін.;

- дріжджоподібними грибами:

1) *Candida*;

2) *Malassezia*;

рідше зустрічається транзиторна мікрофлора:

1) золотистий стафілокок;

2) альфа-гемолітичний і негемолітичний стрептокок.

Найбільшу кількість мікроорганізмів шкіри являють собою сапрофіти, які не чинять шкідливого впливу на організм людини. Проте доволі часто неможливо провести чітку межу між сапрофітами та патогенами, що заселяють здорову шкіру людини. Нормальна мікрофлора відіграє важливу роль у захисті організму від патогенних мікроорганізмів, хоча вона сама по собі може бути чинником інфекційного захворювання [11].

Ще у 1966 р. дослідження *Leyden J.* показали високу концентрацію золотистого стафілокока не лише у вогнищах ураження алергічним процесом, але й поза їх межами на шкірі осіб з атопічними проявами, у порівнянні з обміненням шкіри при інших дерматозах і у здорових осіб [7]. Бактеріальна, мікотична та вірусна мікрофлора завдяки наявності суперантигенів може чинити алергізуючу дію на організм людини і, перш за все, на шкірні покриви, а отже призводити до дебюту та прогресування алергодерматозів. Встановлено, що золотистий стафілокок, який колонізує шкіру хворих на атопічний дерматит, здатний синтезувати альфа-токсин, інтерлейкін-5 та інші лейкотрієни, а *Candida albicans* – інтерлейкін-1, що індукуює запуск імун-

нологічного запалення у шкірі [4]. Крім того, тривалий перебіг хронічних алергічних захворювань з порушенням цілісності шкіри може ускладнюватись вторинною інфекцією. На сьогодні доведено наявність кореляції між кількістю стафілококів на шкірі та інтенсивністю таких запальних проявів, як еритема, набряк і мокнення [7]. Це спричинює тяжкість захворювання, складність вибору оптимальної терапії (особливо зовнішньої) та торпідність до неї. Таким чином, своєчасні профілактика та лікування (в тому числі, зовнішнє) порушень цілісності шкірного покриву та розвитку дисбактеріозу сприятимуть стабілізації алергічного процесу та тривалій ремісії дерматозу.

Не менш важливим фактором у розвитку хронічних алергічних захворювань шкіри є формування сухості шкіри. Так, при atopічному дерматиті відзначається низький рівень натурального зволожуючого фактора (перш за все, сечовини), що призводить до зростання проникності шкірного покриву, підвищення трансепідермальної втрати вологи, виникнення сухості шкіри та прогресування захворювання.

Однак, незважаючи на характерну для хронічних алергічних захворювань шкіри ксеродермію, при виборі оптимальної терапії (зокрема зовнішнього лікування) слід враховувати вікові особливості перебігу дерматозів:

- для дітей віком до двох років типовою є еритемато-сквамозна форма atopічного дерматиту або дитяча екзема з наявністю еритемато-сквамозних вогнищ, мікроепукул, мокнення, кірок і лусочок;

- у дітей від двох років до періоду статевого дозрівання спостерігається схильність алергодерматозів до виникнення еритемосквамозних вогнищ з ліхеніфікацією та інтенсивним свербіжем;

- у дорослих відмінними рисами перебігу хронічних алергічних захворювань шкіри є зміна типової локалізації вогнищ ураження, виражений гіперпластичний і інфільтративний характер ураження з меншою тенденцією до гострозапальних явищ і підсиленням ліхеноїдного синдрому, менш помітна реакція на алергенні подразники, менш чітка сезонність [10]; з віком спостерігається зміна фіксованої локалізації патологічного процесу на дифузні ураження шкіри обличчя, шиї, верхньої частини тулуба, верхніх кінцівок;

- у хворих зрілого віку запальні вогнища не мають яскравого червоного забарвлення, переважно спостерігається застійний синюшний колір, відзначається формування ліхеноїдних

папул, ліхеніфікованих вогнищ [10]; спостерігається інтенсивний свербіж, невротичні реакції, виражене порушення сну; характерною рисою хронічних алергодерматозів у зрілому віці є також зв'язок загострень з психоемоційними факторами, нейроендокринними розладами (на відміну від провідного харчового чинника у дітей).

Наведені вище етіопатогенетичні механізми розвитку та вікові особливості алергодерматозів відображають необхідність пошуку патогенетично обґрунтованого оптимального методу лікування та профілактики цих захворювань; при цьому важливим аспектом успішної терапії є використання ефективних та безпечних топічних засобів, які:

- швидко усувають запалення та свербіж;
- підвищують бар'єрну функцію та сприяють відновленню фізіологічних властивостей шкіри;
- покращують мікроциркуляцію та метаболізм у вогнищах ураження.

При виборі засобів зовнішньої терапії алергодерматозів слід обов'язково враховувати:

- стадію та клінічні прояви патологічного шкірного процесу;
- вік пацієнта;
- тривалість захворювання;
- попереднє лікування та його ефективність;
- місце нанесення препарату та метод його аплікації;
- властивості активних компонентів та основ засобу.

У залежності від клінічної картини захворювання, для зовнішнього лікування алергодерматозів використовують [6, 13, 20]:

- топічні кортикостероїди;
- топічні інгібітори кальціоневрину;
- емол'єнти;
- топічні антибактеріальні засоби;
- традиційні протизапальні засоби, такі як танін, риванол, борна кислота у вигляді вологовисихаючих пов'язок і примочок .

Найбільш виражений протизапальний ефект при гострих і хронічних алергічних захворюваннях шкіри дають топічні кортикостероїди; проте за умов неправильного застосування вони дають і найбільш значні побічні ефекти. Ускладнення від нераціонального використання топічних кортикостероїдів поділяють на дві групи – топічні та системні.

До шкірних ускладнень, що провокуються застосуванням кортикостероїдів зовнішньої дії, відносяться:

- активація умовно-патогенної флори;

- розвиток стрепто- та стафілодермій, кандидозу;
- загострення герпесвірусної інфекції;
- *Tinea incognito* (атипова клінічна картина дерматомікозу);
- стероїдна еритема, телеангіектазії, стероїдні акне або розацеа, періоральний дерматит;
- розвиток атрофії шкіри та стрій;
- виникнення гіпертрихозу, гіпопігментацій, фотосенсибілізації;
- порушення трофіки тканин і повільне загоєння ран.

За умов високої біодоступності топічного кортикостероїду та пролонгованого його застосування (особливо на широкі ділянки шкіри та/або під оклюзійні пов'язки) значно збільшується також ризик виникнення системних побічних ефектів, таких як [9]:

- гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова супресія;
- розвиток синдрому Іценко–Кушинга;
- затримка росту у дітей;
- артеріальна гіпертензія;
- вплив на внутрішньочерепний тиск;
- гіперглікемія;
- ожиріння;
- гіпокальціємія;
- остеопороз;
- септичний некроз головки стегнової кістки;
- глаукома, катаракта та ін.

Саме тому топічні кортикостероїди треба призначати за суворими показаннями, при встановленому точному діагнозі загострення алергічного захворювання шкіри з наявністю виражених запальних явищ, з наступним переходом на нестероїдні протизапальні засоби.

За останні десятиліття значно зріс інтерес до використання негормональних зовнішніх засобів, обговорюється їх ефективність і місце в етапному лікуванні хворих на алергодерматози [14]. Альтернативним методом зовнішньої терапії, що не має тяжких топічних та системних побічних дій, є використання гіпоалергенних натуральних засобів, серед яких провідне місце займає препарат «Ірикар» (виробництва Німецького гомеопатичного союзу (*DHU*), Карлсруе).

«Ірикар» має унікальний широкий спектр активності щодо патологічного алергічного шкірного процесу:

- чинить місцеву протизапальну, протисвербіжну та гіпоалергенну дію;
- нормалізує трансепідермальну втрату вологи;
- сприяє відновленню фізіологічних властивостей шкіри.

Багатогранні властивості препарату «Ірикар» пов'язані з механізмами дії як активних, так і допоміжних речовин у його складі.

Основою лікарського засобу є свіжі, зібрані у період цвітіння надземні частини рослини *Cardiospermum halicacabum*. Уже у перших до-

слідах гомеопатичних препаратів, виготовлених з *Cardiospermum*, було встановлено, що ця рослина, відома з народної медицини, має терапевтичну дію щодо алергічних реакцій шкіри та слизових оболонок.

Кардіоспермум чинить модулюючу дію на фосфоліпазу *A2* та інші ферменти арахідонової кислоти; нормалізує рівень простагландинів та лейкотрієнів, циклічних еноперекисів, вторинних продуктів перекисного окислення ліпідів. Завдяки цьому Кардіоспермум дає виражений протизапальний, протисвербіжний, неспецифічний гіпосенсибілізуючий ефект.

Препарат «Ірикар» містить різні допоміжні речовини в залежності від його форми випуску:

- мазь «Ірикар» містить:

- 1) ланолін;
- 2) спиртову мазь на основі ланоліну (складається з спиртів ланоліну, білого вазеліну, цетилстеаринового спирту);
- 3) густий парафін;
- 4) очищену воду;

- крем «Ірикар» являє собою водно-масляну емульсію на основі ефірів жирних кислот.

Наявність двох форм випуску препарату «Ірикар» дозволяє обрати найбільш ефективний засіб для лікування алергодерматозів у залежності від стадії процесу та клінічної картини захворювання:

- «Ірикар» крем – для нанесення на мокнучі ділянки шкіри з почервонінням і набряком;

- «Ірикар» мазь – для нанесення на сухі ділянки шкіри з лущенням і свербежем.

«Ірикар» завдяки діючому інгредієнту *Cardiospermum halicacabum* та допоміжним речовинам має високу ліпофільність, рівномірно розподіляється на шкірі та практично не проникає через мікроциркуляторне русло в системний кровотік. «Ірикар» блокує синтез і вивільнення прозапальних цитокінів, блокує «запуск» та персистенцію запальних реакцій [5].

Природна активна речовина з тропічної ліани *Cardiospermum* виявляє швидкий та стійкий ефект при таких запальних захворюваннях шкіри, як atopічний дерматит, алергічний дерматит та екзема; при цьому першочерговим ефектом щодо патологічного шкірного процесу є швидке зменшення свербежу, що зникає після короткого періоду застосування препарату. Під дією препарату «Ірикар» швидко зменшуються запальні явища у вигляді еритеми та набряку, з часом зникають і ліхеноїдні папули та ліхеніфіковані вогнища.

Важливою характеристикою препарату «Ірикар» є відсутність топічних та системних побічних дій, притаманних топічним кортикостероїдним засобам. Це робить можливим використання препарату «Ірикар» протягом тривалого часу, без обмежень у віці (дозволений до використан-

ня у дітей з однорічного віку та у осіб похилого віку), незалежно від супутньої соматичної патології (можливе застосування за наявності метаболічного синдрому, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, порушень ліпідного та гормонального обміну) при мінімальному ризику розвитку побічних дій.

Таким чином, метою нашого дослідження стало визначення ефективності та безпечності комплексного лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри з використанням негормонального натурального крему «Трикар» у порівнянні зі стандартними схемами терапії, з урахуванням змін мікробіоценозу шкіри.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим наглядом знаходилось 100 хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри з легким або середньотяжким перебігом, в тому числі:

- 55 осіб віком від 1 до 17 років;
- 45 осіб віком від 18 років.

Контрольну групу склали 48 практично здорових осіб без ознак алергічних захворювань шкіри.

Критеріями включення до дослідження були:

- пацієнти віком від одного року;
- хворі на хронічні алергодерматози в стадії загострення шкірного процесу з легким та середньотяжким ступенем перебігу захворювання або практично здорові особи без проявів шкірних захворювань, які склали контрольну групу;
- підписана пацієнтом, його батьками інформована згода на участь у дослідженні.

Критеріями виключення з дослідження були:

- діти віком до одного року;
- наявність інших дерматологічних захворювань;
- пацієнти з відомою або передбачуваною гіперчутливістю до інгредієнтів досліджуваного засобу;
- пацієнти з тяжкими супутніми захворюваннями, психічними хворобами;
- відсутність комплаєнсу в застосуванні препарату з боку пацієнта або його батьків.

З включених до дослідження пацієнтів, мали:

- атопічний дерматит – 42 особи;
- хронічну істинну екзему – 34 особи;
- алергічний дерматит – 24 особи.

Спостереження за хворими на алергодерматози проводилось протягом 3 місяців.

Хворі на хронічні алергічні захворювання шкіри були розподілені на дві терапевтичні групи, ідентичні за віком, статтю, стадією та поширеністю патологічного процесу:

- основна група – 58 осіб, які на фоні стандартної терапії зовнішньо отримували негормональний, натуральний крем «Трикар»;
- група порівняння – 42 особи, які отримували стандартну терапію хронічних алергічних захворювань шкіри.

Стандартна терапія проводилась згідно з протоколами надання медичної допомоги МОЗ України і включала:

- проведення елімінаційних заходів;
- дотримання гіпоалергенної дієти;
- дезінтоксикаційні та гіпосенсибілізуючі засоби;
- використання антигістамінних препаратів;
- вітамінотерапію,
- за наявності супутньої патології – використання симптоматичної терапії.

Крем «Трикар» наносили на уражені ділянки шкіри тонким шаром, злегка втираючи, 3 рази на день протягом 21 дня.

Клінічну оцінку стану пацієнтів проводили при первинному огляді (на момент звертання хворого за медичною допомогою), через 1, 2, 3, 12 тижнів від початку лікування. Оцінка ефективності комплексного лікування хворих проводилась за міжнародною системою *SCORAD* (*Scoring of Atopic Dermatitis*). Інтенсивність еритеми, папулоутворення, мокнуття, ексориацій, ліхеніфікації, сухості шкіри оцінювалась від 0 до 3 балів:

- 0 – відсутність;
- 1 – легкий ступінь вираженості;
- 2 – середній ступінь вираженості;
- 3 – тяжкий ступінь вираженості.

Суб'єктивні ознаки у вигляді свербіжу та порушень сну оцінювались за шкалою від 0 до 10 балів. Індекс *SCORAD* розраховувався за загальноприйнятою формулою.

Усі хворі пройшли загальноклінічні обстеження, що включали:

- загальні аналізи крові та сечі;
- біохімічні дослідження крові, включаючи:
 - 1) аналіз крові на вміст глюкози;
 - 2) визначення печінкових трансаміназ;
 - 3) визначення тимолової проби;
 - 4) аналіз крові на вміст C-реактивного білка;
 - 5) аналіз крові на вміст загального та прямого білірубину та ін.;
- серологічні дослідження на сифіліс.

Дослідження мікробіоценозу шкіри проводилось шляхом його прямої якісної та кількісної оцінки у 48 практично здорових осіб з контрольної групи та 40 хворих на алергодерматози до та через 3 місяці від початку лікування. Мікробне обсіменіння виражалось в колонієутворюючих одиницях (КОУ) на 1 см² [12].

Результати дослідження та їх обговорення. Усі хворі, які отримували запропоновані нами схеми лікування з застосуванням крему «Трикар», відзначали їх хорошу переносимість. Алергічних і токсичних реакцій, а також інших побічних явищ під час лікування не спостерігалось. У жодному випадку не відзначалось змін

біохімічних і гематологічних показників. Усе це свідчить про безпечність застосування запропонованих нами схем лікування з використанням крему «Ірикар», – навіть у дітей з однорічного віку та у осіб похилого віку.

Введення в комплекс лікування крему «Ірикар» сприяло підвищенню ефективності лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри, що знайшло своє відображення у значеннях індексу *SCORAD* (рис. 1). Використання крему «Ірикар» вже протягом першого тижня характеризувалось позитивною динамікою з боку об'єктивних ознак шкірного патологічного процесу – зменшенням вираженості еритеми, папулоутворення, мокнуття, екскоріацій, ліхеніфікації та сухості шкіри (рис. 2). Протягом другого тижня лікування спостерігалось ще більш значне зменшення даних симптомів, що спричинило зниження індексу *SCORAD* у основній групі в 4,6 разу порівняно з відповідним значенням до лікування; на третьому тижні терапії з застосуванням крему «Ірикар» у більшості пацієнтів наступила клінічна ремісія захворювання (рис. 1). Отримані дані підтверджують значний протизапальний і гіпоалергенний ефект крему «Ірикар», а також його позитивну дію щодо відновлення фізіологічних властивостей шкіри.

Однак, ще більш виражений ефект крем «Ірикар» чинив щодо суб'єктивних ознак хронічних алергічних захворювань шкіри (рис. 3, 4). Так, у хворих, які отримували в комплексній терапії крем «Ірикар», відзначалось достовірно більше зниження бальної оцінки свербіжів та порушень сну вже через 1 тиждень від початку лікування, порівняно з результатами у хворих з групи порівняння, ($P < 0,05$). Така ж тенденція спостерігалась і через 2 тижні від початку лікування (рис. 3, 4). Ці дані свідчать про значний протисверб'їжний ефект крему «Ірикар», що дозволяє значно розширити можливості його застосування при сверблячих дерматозах.

Отримавши позитивний клінічний результат від комплексного лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри з використанням крему «Ірикар», ми оцінили вплив цієї схеми лікування на мікробіоценоз шкіри. Перш за все, був проведений аналіз мікробіологічних показників у обстежених пацієнтів з наявністю алергодерматозів та у практично здорових осіб з контрольної групи. У хворих на хронічні алергодерматози відзначалось значне зростання загальної кількості бактерій у патологічних вогнищах порівняно з ділянками неураженої шкіри. Загальна кількість бактерій у вогнищах ура-

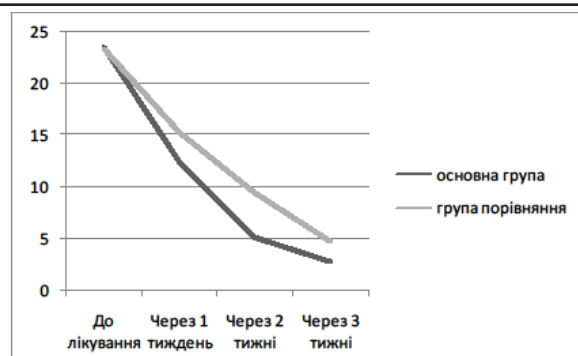


Рисунок 1. Динаміка індексу *SCORAD* протягом лікування в залежності від терапевтичної групи

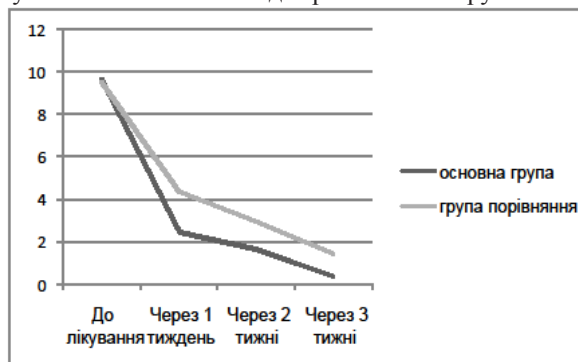
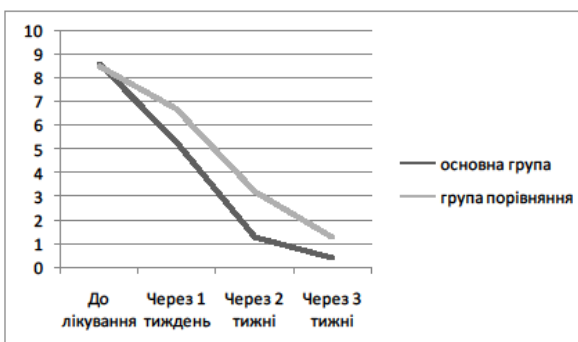
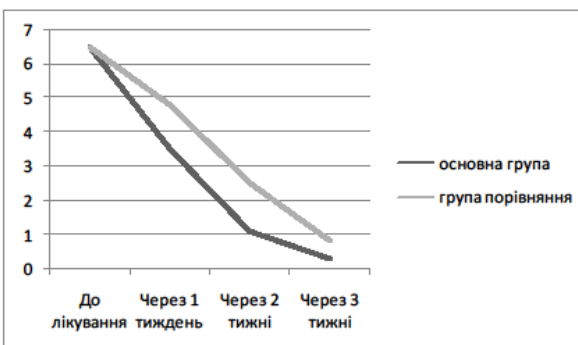


Рисунок 2. Динаміка бальної оцінки об'єктивних ознак алергодерматозів (еритеми, папулоутворення, мокнуття, екскоріацій, ліхеніфікації, сухості шкіри) протягом лікування в залежності від терапевтичної групи



($P < 0,05$) : * - достовірна різниця ($P < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою

Рисунок 3. Динаміка бальної оцінки свербіжів протягом лікування в залежності від терапевтичної групи



($P < 0,05$) : * - достовірна різниця ($P < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою

Рисунок 4. Динаміка бальної оцінки ступеню порушень сну протягом лікування в залежності від терапевтичної групи

ження становила в середньому 385,3 на 1 см²; при цьому кількість коагулазопозитивних стафілококів у середньому складала 257,7 на 1 см².

Проведений аналіз мікробіоценозу неуражених ділянок шкіри також показав зростання мікробного обсіменіння у пацієнтів з алергодерматозами порівняно з практично здоровими особами із контрольної групи. Як видно з табл. 1, у хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри на неуражених ділянках відзначалась статистично достовірно вища загальна кількість бактерій та кількість коагулазопозитивних стафілококів, що свідчить про розвиток дисбактеріозу всього шкірного покриву, а не лише окремих його ділянок. Ці мікробіологічні зміни, з одного боку, є результатом порушення цілісності шкірних покривів, а з іншого боку, – результатом системних порушень мікробіоценозу організму, що потребує проведення відповідної корекції. З метою усунення та профілактики сухості шкіри і, як наслідку, порушень її цілісності пацієнтам з основної групи був призначений крем «Ірикар».

Як видно з табл. 1, у хворих на алергодерматози після проведеного курсу лікування з застосуванням крему «Ірикар» відзначалось статис-

тично достовірне зниження загальної кількості бактерій порівняно з відповідним показником до лікування та показником у пацієнтів з групи порівняння, ($P < 0,05$). У той же час, у пацієнтів, які не використовували «Ірикар», залишалась статистично достовірна різниця за загальною кількістю бактерій в порівнянні з результатами у хворих до лікування ($P < 0,05$). Мікробіологічні показники (у тому числі і кількість коагулазопозитивних стафілококів), отримані в основній групі після проведеного лікування, наближувались до результатів, отриманих у практично здорових осіб з групи порівняння.

Отримані дані доводять наявність не лише клінічного, але й довготривалого мікробіологічного ефекту від використання крему «Ірикар». Це пов'язане з унікальною властивістю крему «Ірикар» відновлювати фізіологічні властивості шкіри, що сприяє попередженню порушення цілісності шкіри та нормалізації мікробіоценозу. Таким чином, проведені дослідження доводять, що крем «Ірикар» є безпечним та ефективним засобом для зовнішнього лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри віком від одного року.

Таблиця 1 - Мікробне обсіменіння неуражених ділянок шкіри у хворих на алергодерматози (Lg КУО)

Показник	Контрольна група (n = 48)	Хворі до лікування (n = 40)	Хворі після лікування	
			Група порівняння (n = 20)	Основна група (n = 20) «ІРИКАР»
Загальна кількість бактерій	3,69 ± 0,09	4,4 ± 0,10 ¹	4,08 ± 0,11 ¹	3,72 ± 0,09 ^{2,3}
Стафілококи коагулазонегативні	1,47 ± 0,23	1,65 ± 0,34	1,54 ± 0,32	1,48 ± 0,31
Стафілококи коагулазопозитивні	1,17 ± 0,20	1,76 ± 0,22 ¹	1,43 ± 0,25	1,19 ± 0,23

ПРИМІТКИ: ¹ – достовірна різниця ($P < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою;

² – достовірна різниця ($P < 0,05$) до та після лікування;

³ – достовірна різниця ($P < 0,05$) після лікування між групами з різними схемами лікування.

Висновки

1. Огляд новітніх літературних даних і проведених за останні роки досліджень свідчить про багатогранність етіопатогенетичних чинників хронічних алергічних захворювань шкіри, наявність клінічних та патогенетичних вікових особливостей їх перебігу, актуальність пошуку ефективних методів їх лікування та профілактики в умовах сучасного соціуму.

2. Комплексна терапія алергодерматозів із застосуванням негормонального натурального крему «Ірикар» є патогенетично обґрунтованою та забезпечує швидкий клінічний ефект, що проявляється зниженням індексу SCORAD і нормалізацією мікробіоценозу шкіри.

3. Використання негормонального, натурального крему «Ірикар» у комплексній терапії та профілактиці загострень хронічних алергічних захворювань шкіри є не лише ефективним, але й безпечним (враховуючи відсутність загрози розвитку топічних і системних побічних дій).

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати дозволяють направити подальші дослідження на вивчення етіопатогенетичних чинників виникнення та прогресування хронічних алергічних захворювань шкіри з наступним обґрунтуванням найбільш оптимальних методів їх лікування та профілактики.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Андрашко Ю. В.* Антигистаминный препарат нового поколения «L-цет» в лечении больных хронической крапивницей / Ю. В. Андрашко, О. М. Галагурич // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - 2009. - № 2 (33). - С. 35-38.
2. *Болотная Л. А.* Роль цитокинов в патогенезе хронической экземы / Л. А. Болотная, В. С. Калашникова // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* - 2007. - № 1-4 (10). - С. 86-88.
3. *Буянова О. В.* Актуальність адекватного догляду за шкірою в комплексному підході до лікування та профілактики атопічного дерматиту / О. В. Буянова, Л. О. Хімейчук, Н. Ю. Сенишин // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* - 2007. - № 1-4 (10). - С. 140-143
4. *Денисенко О. І.* Застосування крему «Триактан» у комплексному лікуванні алергодерматозів, ускладнених бактеріально-грибковою інфекцією / О. І. Денисенко // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - 2007. - № 3 (26). - С. 50-52 .
5. *Дюдюн А. Д.* «Ирикар» в комплексном лечении больных атопическим дерматитом, нейродермитом и экземой / А. Д. Дюдюн, Н. Н. Полион, Н. И. Ющишин // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* - 2008. - № 1-2 (11). - С. 229-232.
6. *Калюжная Л. Д.* Атопический дерматит / Л. Д. Калюжная // *Medix. - Antiaging.* - 2011. - № 4 (22). - С. 24-27.
7. *Калюжная Л. Д.* Преодоление бактериального и грибкового осложнения при атопическом дерматите / Л. Д. Калюжная // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - 2007. - № 3 (26). - С. 11-14.
8. *Коган Б. Г.* Современная терапия аллергических дерматозов / Б. Г. Коган, В. Б. Терлецкий, Р. В. Терлецкий // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - 2005. - № 3 (18). - С. 22-24.
9. *Кутасевич Я. Ф.* Рациональный выбор топического стероида / Я. Ф. Кутасевич, И. А. Маштакова // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - 2012. - № 1 (44). - С. 55-58.
10. *Мавров И. И.* Влияние антропогенных загрязнителей на уровень заболеваемости алергодерматозами в Восточном и Западном регионах Украины / И. И. Мавров, В. Н. Волкославская, А. Л. Гутнев // *Дерматология та венерология.* - 2003. - №2. - С. 3-7.
11. *Мурзина Э. А.* Оптимизация патогенетической терапии при атопическом дерматите / Э. А. Мурзина // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - 2009. - № 2 (33). - С. 16-19.
12. *Об унификации* микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. - М.: МЗ СССР. - Приказ № 535 от 22 апреля 1985 г. - 127 с.
13. *Притуло О. А.* Опыт клинического применения препарата Алерзин в комплексной терапии алергодерматозов / О. А. Притуло, Д. В. Прохоров // *Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія.* - 2011. - № 8 (47). - С. 61-64.
14. *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.
15. *Резниченко Ю. Г.* Коррекция метаболических нарушений при патологических состояниях / Ю. Г. Резниченко, Г. И. Резниченко, Н. И. Литвин, Н. Ю. Резниченко. - Запоріжжя: «Просвіта». - 2008. - 96 с.
16. *Рыжко П. П.* Применение антигистаминных препаратов в лечении различных дерматозов / П. П. Рыжко // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - 2001. - № 1 (4). - С. 39-41.
17. *Святенко Т. В.* Дерматозы, осложненные вторичной инфекцией: акценты на наружную терапию / Т. В. Святенко, О. С. Дудник, А. А. Франкенберг // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* - 2009. - № 1-2 (12). - С. 268-275.
18. *Солошенко Э. Н.* Главные принципы и критерии выбора антигистаминных средств в комплексной терапии алергодерматозов / Э. Н. Солошенко // *Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н. А. Торсуева.* - 2004. - № 1-2 (8). - С. 147-149.
19. *Степаненко В. І.* Імуносупресивна терапія при атопічному дерматиті / В. І. Степаненко, К. Є Іщейкін, П. П. Рижко // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - 2005. - № 1 (16). - С. 19-22.
20. *Федотов В. П.* Цетрин в комплексной терапии больных экземой курильщиков табака / В. П. Федотов, Е. И. Каданер // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* - 2008. - № 1-2 (11). - С. 301-302.