

Оптимізація терапії хворих на екзему та атопічний дерматит у Південному регіоні України

Ковальова Л.М., Хрущ В.І.

Одеський державний медичний університет

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ Ковалёва Л.Н., Хрущ В.И.

На основании клинико-лабораторных исследований у больных экземой и атопическим дерматитом предложен объём лечебных мероприятий, где на фоне комплексной терапии, включающей препараты гемостазио-иммуно-психокорректирующего действия (Трентал + Протефлазид + Адаптол), рекомендованы стандарты санаторно-курортного лечения данных дерматозов в Южном регионе Украины.

OPTIMIZATION OF THE THERAPY OF PATIENTS WITH ECZEMA AND ATOPIC DERMATITIS IN THE SOUTHERN REGION OF UKRAINE

Kovaleva L.M., Khrushch V.I.

On the basis of clinical-and-laboratory examination of patients with eczema and atopic dermatitis an extent of medical actions is proposed: against a background of the complex therapy including the medications of hemostasio-immuno-psychocorrective action (Trental + Proteflazid + Adaptol), the standards of sanatorium treatment of these dermatoses in The Southern Region of Ukraine are recommended.

У терапії екзема та атопічного дерматиту добре зарекомендував себе поетапний принцип – поліклінічне, стаціонарне та санаторно-курортне лікування з використанням природних ресурсів півдня України та наступною диспансеризацією.

Мета роботи – узагальнення досвіду лікування та профілактики деяких дерматозів (екзема та атопічного дерматиту) з урахуванням

санаторно-курортних факторів півдня України.

В останні роки отримано нові дані, що стосуються різноплановості патогенезу екзема та атопічного дерматиту [8, 20, 29, 31, 32, 34], а також розроблено більш ефективні методи комплексної терапії та профілактики цих захворювань [1, 2, 11-13, 22, 23, 24, 26, 30, 33] з використанням природних факторів [3-7, 9, 10, 14-19, 21, 25, 27].

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕКЗЕМИ

А. Шифр за МКХ-10: L30.

Б. Назва захворювання: Екзема (*eczema*).

Екзема – нервово-алергічна загальна реакція шкіри на комбінацію екзогенних та ендогенних факторів з гострим або хронічним запаленням.

Класифікація екзема

1 За етіопатогенетичним чинником:

1.1 Екзогенні:

1.1.1 Контактно-алергічна.

1.1.2 Контактно-токсична.

1.1.3 Фотоалергічна.

1.1.4 Фототоксична.

1.2 Ендогенні:

1.2.1 Істинна чи ідіопатична екзема (*eczema verum, seu idiopaticum*).

1.2.2 Мікробна екзема (*eczema microbicum*):

1.2.2.1 Екзема зовнішнього слухового проходу.

1.2.2.2 Нумулярна (монетовидна) (*eczema nummulara*).

1.2.2.3 Паратравматична (*eczema paratraumaticum*).

1.2.2.4 Мікотична (*eczema mycoticum*).

1.2.3 Професійна екзема (*eczema professionalis*).

1.2.4 Себорейна екзема (*eczema seborrhoicum*).

1.2.5 Дитяча екзема (*eczema infantum*).

1.2.6 Герпетична (Капоши) екзема (*eczema herpetiforme Kaposhi*).

1.2.7 Екзематозна еритродермія (*erythrodermia eczematosa*).

2 За клінічним перебігом:

2.1 Гостра.

2.2 Підгостра.

2.3 Хронічна.

В. Діагностика на санаторно-курортному етапі

Основні клінічні критерії. Екзема характеризується трьома основними клінічними ознаками:

- свербінням;
- мокнуттям уражень;
- поліморфізмом висипу, який буває первинним (дійсний) та вторинним (еволюційний).

Істинна (ідіопатична) форма супроводжується підгострою або хронічною запальною еритемою з симетричним висипанням групи найдрібніших серопапул або пухирців, мокнуттям, утворенням кірок, лущенням та ліхеніфікацією.

Мікробна екзема виникає на місці хронічних осередків інфекції, утворюючи гострозапальні, різко відмежовані односторонні крупнофестончаті вогнища, поліморфний висип, пустули.

Себорейна екзема локалізується на ділянках шкіри, багатих сальними залозами (волосяна частина голови, вушні раковини тощо) і проявляється еритематозними плямами, лущенням, зливними папулами жовтуватобурого кольору.

Професійна екзема – це вогнища ураження на відкритих частинах шкіри в результаті дії професійних шкідників.

Екзема у дітей характеризується виразністю ексудативного компонента (мокнуття), великою кількістю висипань, схильністю до вторинного інфікування.

Лабораторні дослідження:

а) обов'язкові:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- цукор крові;
- імунологічні та алергічні дослідження крові;
- коагулограма;
- психологічне дослідження;

б) додаткові:

- біохімія печінки;
- мікологічні дослідження шкіри;
- копрограма;
- за показаннями – поглиблені клініко-лабораторні дослідження, направлені на виявлення патології внутрішніх органів, кровотворної, ендокринної та серцево-судинної систем.

Інструментальні дослідження:

а) обов'язкові:

- дермографізм;
- б) додаткові (за призначенням):
 - електрокардіографія (ЕКГ);
 - ультразвукове дослідження внутрішніх органів.

Консультації спеціалістів: за показаннями.

Обсяг лікувальних заходів:

а) мета:

- досягти перетворення мокнучої екземи на суху;
- сприяти відновленню трофічної функції шкіри;
- заспокоїти свербіж;

б) завдання етапу:

- гіпосенсибілізуюча, десенсибілізуюча, протизапальна терапія, що висушує та заспокоює свербіж;
- нормалізація порушеної функції гіпофізарно-наднирковозалозевої системи;
- зниження збудливості кори великого мозку;
- імуномодуючі препарати (препарати інтерферону, Флавозид, Протефлазид та ін.);
- гіпокоагуляційні та дезагрегантні препарати (Трентал та ін.);
- психокорегуючі препарати (Адаптол та ін.) тощо;

в) зовнішня терапія:

- на вогнища виразної еритеми – примочки на шкіру з розчином Протефлазиду (1 частина Протефлазиду та 7 частин води) 3-5 разів на добу впродовж 1-2 днів;
- по мірі зникнення мокнуття та зменшення еритеми, місцево – топічні кортикостероїдні препарати (кловейт, кутивейт, латикорт, лоринден С, локоїд кремо, локоїд крем, локоїд ліпокрем, локоїд мазь та ін.);
- потім для зменшення запалення рекомендуються ТКС з розсмоктуючими засобами (пасти → креми → мазі), до складу яких

входять сірка, борна кислота, саліцилова кислота та ін. (бетадерм, лоринден А та ін.);

г) санаторний режим: I-II;

д) дієтотерапія:

- гіпоалергенна – за показанням;
- стіл № 5 або № 6, або № 15 (раціон № 4 або № 5);

е) кліматотерапія:

- I-II режим (індивідуально);
- щадна методика геліо-аеро-таласотерапії;

є) руховий режим:

- лікувальна фізкультура;
- ранкова гігієнічна гімнастика;
- прогулянки;

ж) мінеральні води: для пиття;

з) пелоїдотерапія:

- при хронічній екземі – грязьові аплікації або укутування;
- газо-грязьові ванни;

и) бальнеотерапія:

- ванни місцеві (марганцеві або з настоєм грецького горіху, трюхкольорової фіалки, подорожника тощо);
- ванни загальні (крохмальні, висівкові, марганцеві або з настоєм квітів ромашки, сульфідні, радонові, морські);

і) апаратна фізіотерапія:

- у підгострій стадії екземи застосовуються:

- 1) димедрол- або піпольфен-електрофорез;
- 2) КВЧ-терапія;
- 3) ультразвукова терапія;
- 4) новокаїн-електрофорез;
- 5) УВЧ-терапія;
- 6) аероіонізація;
- 7) діадинамотерапія;
- 8) СМТ-терапія;
- 9) аерозольтерапія;

10) солюкс;

- при хронічній стадії екземи застосовуються:

- 1) УФ-опромінення;
- 2) індуктотермія;
- 3) УВЧ-терапія;
- 4) магнітотерапія;
- 5) мікрохвильова терапія;
- 6) дарсонвалізація;
- 7) лазеротерапія;
- 8) фонофорез сірчано-дігтярною або нафталановою мазями;

к) додатково:

- електросон;
- рефлексотерапія;
- психотерапія;
- фітотерапія;
- мікрохвильова терапія;
- сульфідна шапочка;
- підводно-кишкові (субаквальні) промивання;
- висхідний душ сульфідною або прісною водою;
- медикаментозне лікування – за показаннями: етіологічне, патогенетичне та симптоматичне.

Протипоказання:

- а) стадія загострення дерматозу;
- б) загострення захворювань соматичних органів;
- в) онкозахворювання.

Термін санаторно-курортного лікування:
18-21-24 дні.

Показники результатів лікування:

- а) поряд з позитивною динамікою симптомів основного захворювання, зникнення або зменшення висипань та свербіння;
- б) враховуються психоемоційний статус та поліпшення якості життя хворого.

Прогноз: сприятливий.

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

А. Шифр за МКХ-10: L20.

Б. Назва захворювання: Атопічний дерматит (*dermatitis atopica*); синоніми:

- атопічна екзема;
- ендогенна екзема;
- дитяча екзема;
- атопічний нейродерміт Брока;
- дифузний нейродерміт;
- пруриго Бенъє та ін.

Атопічний дерматит – хронічний рецидивуючий мультифакторний дерматоз неясної етіології з генетично детермінованим напрямком імунної відповіді, що характеризується віковими особливостями клінічного перебігу та нерідко – підвищеним рівнем *IgE*.

Класифікація атопічного дерматиту

1 За стадіями розвитку, періодами та фазами захворювання:

- 1.1 Початкова стадія.
- 1.2 Стадія виражених змін (періоди загострення – рецидиви):
 - 1.2.1 Гостра фаза.
 - 1.2.2 Підгостра фаза.
 - 1.2.3 Хронічна фаза.
- 1.3 Стадія ремісії:
 - 1.3.1 Неповна (підгострий період).
 - 1.3.2 Повна.
- 1.4 Клінічне одужання.
- 2 За клінічними формами в залежності від віку:
 - 2.1 Ексудативна (немовлят – від 2 місяців до 2 років).
 - 2.2 Еритематозно-сквамозна з ліхеніфікацією (дитяча – від 2 до 12 років).
 - 2.3 Ліхеноїдна, пруригіозна (пубертатного та дорослого віку – від 12 років).
- 3 За розповсюдженістю:
 - 3.1 Локалізований.
 - 3.2 Розповсюджений.
 - 3.3 Дифузний.
- 4 За тяжкістю перебігу:
 - 4.1 Легкий ступінь.
 - 4.2 Середній ступінь.
 - 4.3 Тяжкий ступінь.
- 5 За клініко-етіологічними варіантами:
 - 5.1 За переважанням алергії:
 - 5.1.1 Харчової.
 - 5.1.2 Кліщової.
 - 5.1.3 Грибкової.
 - 5.1.4 Пилкової та ін.
 - 5.2 З вторинним інфікуванням.

В. Діагностика на санаторно-курортному етапі

Основні критерії діагностики atopічного дерматиту (Hanifin, Rajka [28]):

- а) великі (обов'язкові) критерії діагностики:
 - типова морфологія та локалізація;
 - пруриго (свербіж) за наявності навіть мінімальних проявів на шкірі;
 - хронічний рецидивуючий перебіг;
 - індивідуальна або сімейна історія atopічного захворювання;
- б) малі (додаткові) критерії діагностики:
 - початок захворювання в ранньому дитячому віці (до двох років);
 - підвищений рівень загального та специфічних IgE-антитіл;

- лущення, ксероз, іхтіоз;
- стійкий білий дермографізм;
- *pityriasis alba* (білуваті плями на шкірі обличчя, плечового поясу);
- кератоконуси – фолікулярний гіперкератоз («рогові» папули на бокових поверхнях плечей, передпліч, ліктях, рідше – на інших ділянках шкірного покриву);
- неспецифічні дерматити рук (артифіціальні) та ніг (мікогенні);
- свербіж при підвищеному потовиділенні;
- часті інфекційні ураження шкіри (стафілококової, грибкової та герпетичної природи);
- періорбітальна пігментація;
- гіперлінеарність долонь («складчатість») та підшов;
- складки на передній поверхні шиї.

Для встановлення діагнозу atopічного дерматиту необхідна наявність трьох і більше обов'язкових та трьох і більше додаткових ознак.

Лабораторні дослідження.

- а) обов'язкові:
 - загальний аналіз крові;
 - загальний аналіз сечі;
 - імунологічні та алергічні дослідження крові;
 - встановлення вмісту в сироватці крові загального IgE;
 - коагулограма;
 - оцінка ступеня тяжкості atopічного дерматиту за індексом SCORAD;
- б) додаткові:
 - біохімія печінки;
 - психологічне дослідження;
 - встановлення вмісту в сироватці крові алерген-специфічних IgE-антитіл;
 - бактеріологічні дослідження (при наявності вторинної інфекції);
 - мікологічні дослідження шкіри;
 - копрограма;
 - аналіз калу на дисбіоз;
 - ІФА (для діагностики ЦМВ, герпесу та ін.);
 - показані поглиблені клініко-лабораторні дослідження, скеровані на виявлення патології внутрішніх органів, кровотворної, ендокринної, серцево-судинної системи (за показаннями).

Інструментальні дослідження.

- а) обов'язкові: дермографізм;
- б) додаткові (за призначеннями): ультразвукове дослідження внутрішніх органів.

Консультації спеціалістів: за показаннями.

Обсяг лікувальних заходів:

а) мета – контроль за перебігом atopічного дерматиту, що включає:

- усунення або зменшення запальних змін на шкірі та шкірного свербіння;
- відновлення структури і функції шкіри;
- попередження розвитку тяжких форм захворювання, які призводять до зниження якості життя хворого та інвалідизації;
- лікування супутніх захворювань, які обтяжують перебіг atopічного дерматиту;

б) системна терапія:

- ентеросорбенти (Поліфепан, Ентеросгель, Мультисорб, Сорбекс, білий вугіль та ін.);

- антигістамінні препарати (лоратадин, Цетрин, L-цет, Фексофаст, Кларитин, Еріус, Едем, Дезорус та ін.);

- імуномодуючі препарати (Протефлазид, препарати інтерферону, Флавозид та ін.);

- гіпокоагуляційні та дезагрегантні препарати (Трентал та ін.);

- системні кортикостероїдні препарати – за показанням у найбільш тяжких випадках при лікуванні у стаціонарі;

- препарати, які регулюють процеси травлення:

- 1) ферментні препарати (Фестал, Панзинорм, Креон, Пангрол та ін.);

- 2) гепатопротектори (Карсил, Антраль, Левасил, Гептрал, Лівенціале, Хофітол та ін.);

- 3) еу- та пробіотики (Біфікол, Лаціум, Лактобактерин, Екстралакт, Біфілакт екстра, Симбітер, Лактовіт та ін.).

- препарати, які регулюють функцію нервової системи:

- 1) седативні;

- 2) нейролептики;

- 3) транквілізатори й антидепресанти (Адаптол, екстракт кореня валеріани, Новопасит, Сонапакс, Сибазон та ін.);

в) зовнішня терапія:

- при виразних еритематозних проявах – аплікації на шкіру з розчином Протефлазиду

(1 частина Протефлазиду та 7 частин води) 3-5 разів на добу впродовж трьох днів;

- топічні стероїди – при виразних запальних проявах та сильному свербіж: Адвантан, Дермовейт, Кловейт, Латикорт, Локоїд кремо, Локоїд крем, Локоїд ліпокрем, Локоїд мазь, полькортолон та ін. (крем → мазь);

- комбіновані топічні ГКС – при вторинній інфекції: Бетадерм, Лоринден С, Флуцинари N та ін.;

- топічні інгібітори кальциневрину (Елідел);

- препарати з поліненасиченими жирними кислотами – для зменшення сухості шкіри: «Триксера із селекціозом», «Екзомега» та ін.;

- гідратуючі та пом'якшуючі засоби: «Клобаза», «Дардіа», «Ліпікар», «Топікрем», «Ексіпіал», «Ойлатум» та ін.;

г) санаторний режим: I-II;

д) дієтотерапія: гіпоалергенна елімінаційна або за показаннями: стіл № 6, № 7 чи № 15 (раціон № 4 або № 5);

е) кліматотерапія:

- I-II режим (індивідуально);

- геліоталасотерапія;

є) руховий режим:

- лікувальна фізкультура;

- ранкова гігієнічна гімнастика;

- прогулянки;

ж) мінеральні води: для пиття;

з) аплікації:

- озокериту;

- парафіну;

- глини;

и) пелоїдотерапія:

- грязьові аплікації або укутування;

- газо-грязьові ванни;

і) бальнеотерапія:

- ванни загальні (сірководневі, сухі вуглекислі, крохмальні, висівкові, радонові, морські, газо-грязьові);

- сульфідні води;

- фонофорез;

- термальні води.

к) апаратна фізіотерапія:

- йонофорез гідрокортизону, сірчанодігтярної або нафталанової мазей;

- димедрол- або піпольфен-електрофорез;

- КВЧ-терапія;

- ультразвукова терапія;

- психотерапія;
- аероіонізація;
- аерозольотерапія;
- УФ-опромінення;
- індуктотермія;
- магнітотерапія;
- магнітополіхроматична терапія;
- мікрохвильова терапія;
- дарсонвалізація;
- лазеротерапія;

л) додатково:

- рефлексотерапія;
- фітотерапія;
- мікрохвильова терапія;
- електросон;
- підводно-кишкові (субаквальні) промивання;
- висхідний душ сульфідною або прісною водою;
- медикаментозне лікування за показаннями: етіологічне, патогенетичне та симптоматичне.

Протипоказання:

- а) стадія загострення атопічного дерматиту;
- б) загострення захворювань соматичних органів;
- в) онкозахворювання.

Термін санаторно-курортного лікування:
18-21-24 дні.

Показники результатів лікування: зникнення або зменшення шкірного висипу й таких суб'єктивних симптомів, як свербіж, біль, печія, що сприятливо відображається на загальному та психоемоційному стані хворих на атопічний дерматит.

Прогноз: сприятливий.

Таким чином, враховуючи різноплановість патогенезу екземи та атопічного дерматиту, тенденцію до більш тяжкого рецидивуючого перебігу клінічних проявів та ускладнень цих дерматозів у Південному регіоні України, нами розроблено ефективні методи їх комплексної терапії та профілактики з використанням природних факторів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусова Т.А. Наружная терапия аллергического дерматита и экземы / Т.А. Белоусова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. - № 2. – С. 97-103.
2. Бочаров Д.В. Біоелементокоригуюча терапія хронічної екземи / Д. В. Бочаров // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2009. - № 1-2 (12). – С. 261-263.
3. Бут М. Грязелечение, пелоидо-, или фанготерапия / М. Бут // Нувель Естетик. – 2005. - № 5 (33). – С. 88-92.
4. Гладчук В.Є. Тактика лікування хворих на хронічну екзему з використанням квантово-енергетичної та гетеротренінгової терапії / В.Є. Гладчук : Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 07.00.03 – Медицина (14.01.20. – шкірні та венеричні хвороби). – Інститут дерматології та венерології АМН України. – Харків, 2005. – 22 с.
5. Дегтяренко В.І. Чудотворний пеловит – продукт Куяльника – живого моря / В. І. Дегтяренко, В. В. Усагово, М. В. Дегтяренко. – Одеса: Астропринт, 2000. – 40 с.
6. Клинико-эпидемиологические показатели атопического дерматита у взрослых и методы их коррекции с использованием транскраниальной магнитотерапии / А. В. Зуев, А.В. Шаропина, О. В. Куделькина, Е. Е. Колупаева, В. С. Дмитрук, Л. А. Горбунова // Росс. журнал кожных и венерических болезней. – 2009. - № 6. – С. 25-29.
7. Динамика межклеточных взаимодействий у больных атопическим дерматитом в процессе экстракорпоральной фотохимиотерапии / А. В. Кильдюшевский, В. А. Молочков, О.В. Карзанов, Закария Аль-Бау // Росс. журнал кожных и венерических болезней. – 2007. - № 6. – С. 20-25.
8. Ковалева Л.Н. Экологические аспекты старения кожи в Южном регионе Украины / Л. Н. Ковалева // Дерматология. Косметология. Сексопатология. – 2006. - № 1-2 (9). – С. 147-152.
9. Ковалева Л.Н. Применение сухих углекислых ванн при атопическим дерматите / Л. Н. Ковалева, В. И. Хрущ / Мат. II Нац. конгр. физиотерапевтов и курортологов «Курортные природные ресурсы и физические факторы в медицинской реабилитации». Славянск, 12-13 ноября 2002. – С. 234-236.
10. Ковалева Л.Н. Магнітополіхроматическа терапія і Ериус в комплексном лечении больных хронической экземой / Л. Н. Ковалева, В. И. Хрущ / Тези доповідей наук.-прак. конф. «Нові підходи в медичній реабілітації». Львів, 24-25 вересня 2003. – С. 33.
11. Кохан М.М. Эффективность сочетанного применения наружных средств терапии и увлажнения кожи у больных атопическим дерматитом / М. М. Кохан // Вестник дерматол. и венерол. - 2007. - № 4. – С. 55-60.
12. Кряжева С.С. «Balneum» в комплексной

- терапии атопического дерматита / С. С. Кряжева, Е. С. Снарская, Л. В. Корнева // Росс. журнал кожных и венерических болезней. – 2006. – № 6. – С. 41-43.
13. Ласица О.И. Атопический дерматит у детей. Современные подходы к диагностике и лечению: Практич. руковод. / О. И. Ласица, В.В. Бережной. – К., 2001. – 27 с.
 14. Лобода М.В. Сучасний стан використання лікувальних грязей в Європі / М. В. Лобода, К. Д. Бабов, О. М. Нікіпелова // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2004. – № 4. – С. 57-58.
 15. Лобода М.В. Лечебные грязи (пелоиды) – характеристика основных типов пелоидов и их современная классификация / М. В. Лобода, К. Д. Бабов, Т. А. Золотарева, Е. Н. Никипелова // Лечебные грязи (пелоиды) Украины. – 2006. – Часть I. – С.11-34.
 16. Лосев В.Б. Опыт лечения аллергодерматозов у детей на курорте Евпатория / В. Б. Лосев / Мат. II Нац. конгр. фізіотерап. та курортол. України «Курортні природні ресурси та фізичні чинники в медичній реабілітації». Слов'янськ, 2002. // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2002. – № 3. – С. 259-260.
 17. Насибуллин Б.А. Физические и природные факторы в патогенетической терапии атопических и аналогичных им состояний / Б.А. Насибуллин, В. А. Цепколенко // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2000. – № 4. – С. 26-29.
 18. Сучасні аспекти дослідження якісного стану пелоїдів / О. М. Нікіпелова, С. І. Ніколенко, Л. О. Осипчук, К. В. Габро / Мат. науково-практичної конференції з міжнародною участю «Рання медична реабілітація: здобутки, проблеми, перспективи». Ужгород. 25-28 жовтня 2004 р.– 2004. – С. 107.
 19. Патент 51561 А (19) (UA) Україна, МПК (2002) 7 А61N2/06, А61N2/08, А61N5/00. Спосіб лікування атопічного дерматиту та пристрій для його здійснення / Л. Н. Ковалева, В. І. Хрущ, В. А. Домрачев; заявник та патентовласник Одес. держ. мед. ун-т. – № 2002065124; заявл. 20.06.2002; опубл. 15.11.2002, Бюл. № 2. – 8 с.
 20. Потехаев Н.С. Экзема: ремарки к современным представлениям / Н. С. Потехаев // Клин. дерматовенерол. – 2009. – № 1. – С. 67-73.
 21. Естественные антитела к брадикинину и вазопрессину как критерий оценки тяжести процесса и эффективности средне- и длинноволновой фототерапии у больных атопическим дерматитом / Т. Б. Рыгзынова, А.В. Резайкина, В. А. Самсонов, М. А. Мягкова // Вестник дерматол. и венерол. – 2006. – № 4. – С. 24-26.
 22. Смирнова Г.И. Современные подходы к диагностике и лечению осложненных форм атопического дерматита / Г. И. Смирнова // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – № 5. – С. 101-108.
 23. Федоренко О.Є. Психосоматична медицина та якість життя у хворобі / О. Є. Федоренко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2009. – № 1-2 (12). – С. 198-208.
 24. Хрущ В.І. Особливості патогенезу атопічного дерматиту в південному регіоні України / В.І. Хрущ / Наук.-прак. конф. «Актуальні проблеми дерматовенерології та косметології». Одеса, 2 листопада 2006 р. – С. 119-120.
 25. Шаповалов А.Л. Куяльницький грязевой препарат Пелодекс / А. Л. Шаповалов, Л.В. Данилюк, А. Б. Кулик. – Одесса, 2000.– 24 с.
 26. Юсупова Л.А. Лечение больных экземой / Л. А. Юсупова, Р. Х. Хафизьянова // Росс. журнал кожных и венерических болезней. – 2005. – № 6. – С. 20-23.
 27. Flohr C. Evidence based management of atopic eczema / C. Flohr, H. S. Williams // Arch. Dis. Childhood Educat Pract. Edit. – 2004. – Vol. 89. – P. 35-39.
 28. Hanifin M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis / M. Hanifin, G. Rajka // Acta Dermatol. Venerol. (Stockholm). – 1980. – Vol. 144 (Suppl.). – P. 146-148.
 29. Fungi and atopic dermatitis / M. Hiruma, D.G. Maeng, M. Kobayashi et al. // Nippom Ichinkin Gakkai Zasshi. – 1999. – Vol. 40, No 2. – P. 79-83.
 30. Luger T. Topische Dermatotherapie mit Glukokortikoiden-Therapeutischer Index / T. Luger, K. D. Loske, P. Eisner // J. Deutsch. Dermatol. Gesellschaft. – 2004. – Vol. 7. – S. 629-634.
 31. Characteristics of extrinsic vs intrinsic atopic dermatitis in inflamancy: correlations with laboratory variables / J. H. Park, Y. L. Choi, J.H. Namkung et al. // Br. J. Detrmatol. – 2006. – Vol. 155, No 4. – P. 788-783.
 32. Pastore S. The contribution of keratinocytes to the pathogenesis of atopic dermatitis / S. Pastore, F. Mascia, G. Girolommoni // Eur. J. Dermatol. – 2006. – Vol. 16, No 2. – P. 125-131.
 33. Ruzicka T. Methylprednisolone aceponate in eczema and other inflammatory skin disorders – a clinical update / T. Ruzicka // Int. J. Clin. Pract. – 2006. –Vol. 60, No 1. – P. 85-92.
 34. Schon M.P. Lymphocyte trafficking to inflamed skin – molecular mechanisms and implications for therapeutic target molecules / M. P. Schon, R. J. Ludwig // Ann. Derm. – 2005. – Vol. 9, No 2. – P. 225-243.