

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДЕРМАТОЛОГІЇ,
ВЕНЕРОЛОГІЇ
ТА ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЇ**

МАТЕРІАЛИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

*присвяченої 160-річчю з дня народження професора
І.Ф. Зеленева*

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків
2020

ББК 55.83

УДК:616.5 + 616.97 + 687.55 + 614.2

А 45

Редакційна колегія: чл.-кор. НАМН України, проф. В.М.Лісовий, проф. Ю.В.Андрашко, доц. О.Д.Александрук, проф. С.А. Бондар проф. Л.А.Болотна, проф. А.М.Дашук (відп. редактор), проф. О.І.Денисенко, доц. Є.І.Добржанська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжна, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. М.М.Лебедюк проф. Літус А.І., проф. В.В.М'ясоєдов, к.мед.н. Л.В.Рошенюк, проф. Святенко Т.В., проф. О.О.Сизон, проф. В.І.Степаненко

Адреса редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, узвіз Куликівський, 15, кафедра дерматології, венерології та СНІДу,
тел. (057) 700-41-33, e-mail: kafedradermahnmu@gmail.com

У збірнику наукових праць кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено історію утворення і становлення кафедри. Відзначено внесок професора І.Ф.Зеленева у розвиток дерматовенерології. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців.

А 45 Актуальні питання дерматології, венерології таі ВІЛ/СНІД інфекції:

Збірник наукових праць. – Х.: , 2020. – 195с.

ISBN 978-966-97945-7-4

В сборнике кафедры дерматологии, венерологии и СПИДа Харьковского национального медицинского университета освещена история создания и становления кафедры. Отмечен вклад профессора И.Ф.Зеленева в развитие дерматовенерологии. Рассмотрены вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения ряда кожных заболеваний.

Для научных работников, специалистов.

Редакційна колегія не завжди поділяє думки і погляди авторів. Відповідальність за зміст, підбір і викладення фактів у статтях несуть автори.

Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права» під час використання наукових ідей і матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим.

ISBN 978-966-97945-7-4

ББК 55.83

© Харківський
національний
медичний університет,
2020

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ

Охматенко Г. О., Резніченко Н. Ю., Хар'яков В. А.,
Резніченко Ю. Г.

*Військовий госпіталь (військова частина А3309) військово-медичного
клінічного центру Південного регіону, м. Запоріжжя
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя*

Ключові слова: хронічні алергічні захворювання, лікування, топічні засоби.

Основна питома вага 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 даних алергічних захворювань шкіри, а також обґрунтований вибір їх оптимальної терапії являють собою надзвичайно актуальні проблеми сучасної медицини [1]. Це пов'язано з 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) [2].

Необхідність залучення багатьох спеціалістів до лікування алергодерматозів пов'язана, перш за все, з рецидивуванням захворювання протягом всього життя, а це, в свою чергу, потребує спадкоємності між педіатром і терапевтом. Наприклад, за даними П. П. Рижко [16], атопічний дерматит у 50% хворих виникає у віці до 6 місяців, у 30% пацієнтів - до 5 років; проте більше ніж у 50% хворих він рецидивує у дорослому віці.

По-друге, чисельні 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 алергодерматозів 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. Калужної [6], найвищі показники захворюваності на атопічний дерматит відзначаються в урбанізованих регіонах і за останні роки спостерігається її постійне зростання: в популяції дітей європейських країн, які народились до 1960 р., поширеність атопічного дерматиту складала від 1,4 до 3,1%; у дітей, які народились в 1960-1970-х рр. -

зросла до 3,8-8,8%; а 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 в 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 інтерлейкіна-4 та інтерлейкіна-5 [6]. Дослідження, проведені Л. А. Болотною, В. С. Калашниковою [2], доводять наявність дисбалансу про- та протизапальних інтерлейкінів при екземі, взаємозв'язок порушень цитокинового 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 рівню 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, в свою чергу, підсилює нейрогенні реакції організму.

Хронічні алергічні захворювання шкіри, крім того, супроводжуються станом вираженої ендогенної інтоксикації, що пов'язаний, з одного боку, з проживанням в умовах великих промислових міст, а з іншого боку, з захворюваннями шлунково-кишкового тракту, такими як гастрити, гастродуоденіти, холецистити, дискінезії жовчовивідних шляхів, панкреатити, що призводить до розвитку дисбактеріозу та вимагає проведення відповідної корекції [15].

В останні роки надзвичайно велика увага приділяється дослідженню мікробіоценоза та penetрації мікроорганізмів у шкіру у хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри. В фізіологічних умовах шкіра людини покрита 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 бактеріальною флорою (епідермальними стафілококами, пропіоновими кислотами бактеріями, мікрококами, коринеформними бактеріями та ін.) і дріжджоподібними грибами (*Candida*, *Malassezia*) [17]. Рідкіше зустрічається транзиторна мікрофлора (золотистий стафілокок, альфа-гемолітичний і негемолітичний стрептокок). Найбільша 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 населяють 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 в 1966 р. дослідження Leyden J. показали високу концентрацію золотистого стафілокока не лише у вогнищах ураження алергічним процесом, але й поза їх межами на шкірі atopічних осіб 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 atopічний дерматит, здатний синтезувати альфа-токсин, інтерлейкін-5 та інші лейкотрієни, а *Candida albicans* - інтерлейкін-1, що індукуює запуск імунологічного 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 т. ч. 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. Так, для дітей віком до 2 років типовою є еритемато-сквамозна форма atopічного дерматиту або дитяча екзема з наявністю еритематосквамозних вогнищ, мікроезикул, мокнення, кірок і лусочок. У дітей від 2 років до періоду статевого дозрівання спостерігається схильність алергодерматозів до виникнення еритематосквамозних вогнищ з ліхеніфікацією та інтенсивним свербжем.

Відмінними рисами перебігу хронічних алергічних захворювань шкіри у дорослих 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. Запальні вогнища у хворих зрілого віку не мають яскравого червоного забарвлення, переважно спостерігається застійний синюшний колір, відзначається формування ліхеноїдних папул, ліхеніфікованих вогнищ [10]. У пацієнтів зрілого віку 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 даних 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 основи засобу.

В залежності від клінічної картини захворювання для зовнішнього лікування алергодерматозів використовують топічні кортикостероїди, топічні інгібітори кальціоневрина, емол'єнти, топічні антибактеріальні засоби, традиційні протизапальні засоби, такі як танін, риванол, борна кислота у вигляді волого-висихаючих пов'язок і примочок, ін. [6, 13].

Найбільш виражений протизапальний ефект при гострих і хронічних алергічних захворюваннях шкіри мають топічні

кортикостероїди. Проте за умов неправильного застосування вони мають 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 incognita* (атипова клінічна картина дерматомікозу); стероїдна еритема, телеангіектазії, стероїдні акне або розацеа, периоральний дерматит; розвиток атрофії шкіри та стрій; виникнення гіпертрихозу, гіпопігментацій, фотосенсибілізації, порушення трофіки тканин і повільне загоєння ран, ін.

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 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. [9].

Саме тому топічні кортикостероїди повинні призначатись 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 гомеопатичних засобів на основі рослини *Cardiospermum halicacabum*.

Cardiospermum halicacabum 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.

Кардіоспермум чинить модулюючу дію на фосфоліпазу А2 та інші ферменти арахідонової кислоти; нормалізує рівень простагландинів та лейкотрієнів, циклічних ендоперекисів, вторинних продуктів перекисного окислення ліпідів. Завдяки цьому кардіоспермум має виражений протизапальний, протисвербіжний, неспецифічний гіпосенсибілізуючий ефект.

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

Важливою характеристикою рослини *Cardiospermum halicacabum* є відсутність топічних та системних побічних дій, притаманних топічним кортикостероїдним засобам. Це робить можливим використання рослини *Cardiospermum halicacabum* протягом тривалого часу, без обмежень у віці (дозволений до використання 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 дослідження** стало визначення ефективності та безпечності комплексного лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри з використанням крему з рослини *Cardiospermum halicacabum* у порівнянні зі стандартними схемами терапії з урахуванням змін мікробіоценозу шкіри.

Матеріали та методи.

Під нашим наглядом знаходилось 100 хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри з легким або середньотяжким перебігом, в тому числі віком від 1 до 17 років - 55 осіб, віком від 18 років - 45 осіб. Контрольну групу склали 48 практично здорових осіб без ознак алергічних захворювань шкіри.

Критеріями включення до дослідження були:

- пацієнти віком від 1 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 1 року;
- наявність інших дерматологічних захворювань;
- пацієнти з відомою або передбачуваною гіперчутливістю до інгредієнтів досліджуваного засобу;
- пацієнти з тяжкими супутніми захворюваннями, психічними хворобами;

- відсутність комплаєнса в застосуванні препарату з боку пацієнта або його батьків.

З включених до дослідження пацієнтів 42 особи мали atopічний дерматит, 34- хронічну істинну екзему, 24 - алергічний дерматит

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:

1) основна група - 58 осіб, які на фоні стандартної терапії зовнішньо отримували крем з рослини *Cardiospermum halicacabum*;

2) група порівняння – 42 особи, які отримували стандартну терапію хронічних алергічних захворювань шкіри.

Стандартна терапія проводилась згідно протоколів надання медичної допомоги МОЗ України і включала проведення елімінаційних заходів, дотримання гіпоалергенної дієти, дезінтоксикаційні та гіпосенсибілізуючі засоби, антигістамінні препарати, вітамінотерапію, за наявності супутньої патології - використання симптоматичної терапії.

Крем з рослини *Cardiospermum halicacabum* 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, екскоріацій, ліхеніфікації, сухості шкіри оцінювалась від 0 до 3 балів (0 - відсутність, 1 - легкий ступінь вираженості, 2 - середній, 3 - тяжкий). Суб'єктивні ознаки у вигляді свербіжів та порушень сну оцінювались за шкалою від 0 до 10 балів. Індекс SCORAD розраховувався за загальноприйнятою формулою.

Всі хворі пройшли загальноклінічні обстеження, що включали загальні аналізи крові та сечі, біохімічні дослідження крові (включаючи аналіз крові на вміст глюкози, визначення печінкових трансаміназ, тимолової проби, С-реактивного білка, загального та прямого білірубіну 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].

Отримані результати.

Всі хворі, які отримували запропоновані нами схеми лікування з

застосуванням крему з рослини *Cardiospermum halicacabum*, 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. Це свідчить про безпечність застосування запропонованих нами схем лікування з використанням крему з рослини *Cardiospermum halicacabum*, навіть у дітей з однорічного віку та у осіб похилого віку.

Введення в комплекс лікування крему з рослини *Cardiospermum halicacabum* сприяло підвищенню ефективності лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри, що знайшло своє відображення у значеннях індексу SCORAD. Використання крему з рослини *Cardiospermum halicacabum* 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. Протягом другого тижня лікування спостерігалось ще більш значне зменшення даних симптомів, що спричинило зниження індексу SCORAD у основній групі в 4,6 рази порівняно з відповідним значенням до лікування. На 3 тижні терапії з застосуванням крему з рослини *Cardiospermum halicacabum* у більшості пацієнтів наступила клінічна ремісія захворювання. Отримані дані підтверджують значний протизапальний і гіпоалергенний ефект крему з рослини *Cardiospermum halicacabum*, а також його позитивну дію щодо відновлення фізіологічних властивостей шкіри.

Однак, ще більш виражений ефект крем з рослини *Cardiospermum halicacabum* чинив щодо суб'єктивних ознак хронічних алергічних захворювань шкіри. Так, у хворих, які отримували в комплексній терапії крем рослини *Cardiospermum halicacabum*, 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. Така ж тенденція спостерігалась і через 2 тижні від початку лікування. Ці дані свідчать про значний протисвербіжний ефект крему з рослини *Cardiospermum halicacabum*, 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 з рослини *Cardiospermum halicacabum*, ми оцінили вплив цієї схеми лікування на мікробіоценоз шкіри. Перш за все був проведений аналіз мікробіологічних показників у обстежених пацієнтів з наявністю алергодерматозів та 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 ураження становила в середньому 385,30 на 1 см². При цьому кількість коагулазопозитивних стафілококів в середньому складала 257,70 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 таблиці 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 з рослини *Cardiospermum halicacabum*.

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

Показник	Контроль на група	Хворі до лікуван ня	Хворі після лікування:	
			група порівнян ня	основна група
Загальна кількість бактерій	3,69±0,09	4,4±0,10 *	4,08±0,11*	3,72±0,09●◇
Стафілококи коагулазонегати вні	1,47±0,23	1,65±0,3 4	1,54±0,32	1,48±0,31
Стафілококи коагулазопозити вні	1,17±0,20	1,76±0,2 2*	1,43±0,25	1,19±0,23

Примітки: * - достовірна різниця (P<0,05) в порівнянні з контрольною групою; ● – достовірна різниця (P<0,05) до та після лікування; ◇ - достовірна різниця (P<0,05) після лікування між групами з різними схемами лікування.

Як видно з таблиці 1, у хворих на алергодерматози після проведеного курсу лікування з застосуванням крему з рослини

Cardiospermum halicacabum відзначалось статистично достовірне зниження загальної кількості бактерій порівняно з відповідним показником до лікування та показником у пацієнтів з групи порівняння. В той же час, у пацієнтів, які не використовували рослини з *Cardiospermum halicacabum*, залишалась статистично достовірною різниця за загальною кількістю бактерій в порівнянні з результатами у хворих до лікування. Мікробіологічні показники (в 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 з рослини *Cardiospermum halicacabum*. Це пов'язане з унікальною властивістю рослини *Cardiospermum halicacabum* відновлювати фізіологічні властивості шкіри, що сприяє попередженню порушення цілісності шкіри та нормалізації мікробіоценозу. Таким чином, проведені дослідження доводять, що крем з рослини *Cardiospermum halicacabum* є безпечним та ефективним засобом для зовнішнього лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри віком від 1 року.

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 з застосуванням крему з рослини *Cardiospermum halicacabum* є патогенетично обґрунтованою та забезпечує швидкий клінічний ефект, що проявляється зниженням індексу SCORAD і нормалізацією мікробіоценозу шкіри.

3. Використання крему рослини *Cardiospermum halicacabum* 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).

Список літератури

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. Дашук А. М. Гипотермия в комплексной терапии пациентов с экземой / А. М. Дашук, В. А. Чипиженко, Н. А. Пустовая // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2013. — № 2. — С. 87–88.
4. Денисенко О. І. Застосування крему "Триакутан" 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. Юшишин // 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 // Дерматологія та венерологія. — 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 клинко-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 аллергодерматозов / 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.

Резюме

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Охматенко Г. О., Резниченко Н. Ю., Харьяков В. А., Резниченко Ю. Г.

Ключевые слова: хронические аллергические заболевания, лечение, топические средства.

В статье рассмотрены основные этиопатогенетические факторы развития хронических аллергических заболеваний кожи. Изучена эффективность комплексного лечения больных аллергодерматозами с использованием крема из растения *Cardiospermum halicacabum*. Доказана высокая эффективность и безопасность применения крема из растения *Cardiospermum halicacabum* в лечении больных атопическим дерматитом, хронической истинной экземой, аллергическим дерматитом.

Summary

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF CHRONIC ALLERGIC SKIN DISEASES

Okhmatenko G. A., Reznichenko N. Yu., Khariakov V. A., Reznichenko Yu. G.

Key words: chronic allergic diseases, treatment, topical medication.

The main etiopathogenic factors of development of chronic allergic skin diseases have been described in the article. The effectiveness of complex treatment for allergic skin diseases with the use of cream, containing *Cardiospermum halicacabum* has been studied. High effectiveness and safety of cream, containing *Cardiospermum halicacabum* for atopic dermatitis, chronic eczema vulgaris, allergic dermatitis have been proved.

Зміст

I. Загальні питання

1. *Капустник В.А., Лесовой В. Н., Дашук А.М., Николаева А.А.*

**К 160-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА
ИВАНА ФЕДОРОВИЧА ЗЕЛЕНЕВА** 3

2. Дашук А.М., Добржанська Є.І.

**ПИТАННЯ КОНТРОЛЮ САМОСТІЙНОЇ
РОБОТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ** 8

II. Шкірні хвороби

3. Василенко А.В., Кірієнко В.О.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АНТИОКСИДАНТІВ
У ПАЦІЄНТІВ З ПСОРИАЗОМ ТА
СУПУТНЬОЮ АРТРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ** 10

4. Веретельник О. В., Резніченко Н. Ю., Бикова А. О.,
Оніщенко Н. Ю.

**ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ З
УРАХУВАННЯМ ВІКОВИХ ЗМІН СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ** 16

5. Гопта О.В., Мішина М.М., Дашук А.А

ПРОБЛЕМАТИКА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕРМАТОМІКОЗІВ 23

6. Дашук А.М., Добржанская Е.И.

**ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ:
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА,
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ** 25

7. Дашук А.А.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 30

8. Дашук А.М., Добржанская Е.И.

**СИНДРОМ ДЖАНОТТИ-КРОСТИ:
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА,
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ** 35

9. Дашук А.А., Деркач Ю.В.

ДРУГИЕ ВИДЫ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 38

10. Дашук А.М., Пустова Н.О. ГРАНУЛЬОМА ОБЛИЧЧЯ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ДІАГНОСТИКА ТА ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ	42
11. Дашук А.М., Пустова Н.О. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА СУБКОРНЕАЛЬНИЙ ПУСТУЛЬОЗНИЙ ДЕРМАТОЗ СНЕДДОНА-ВІЛКІНСОНА	46
12. Дашук А.М., Почернина В.В. TOIL-ПОДОБНЫЙ РЕЦЕПТОР 2: АКТИВАЦИЯ И КОМЕДОНОГЕНЕЗ. УЧАСТИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ	52
13. Иванов Л.В, Кравченко В.Г., Безугла О.П., Щербак О.В., Дашук А.М., Кравченко А.В. ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ БАР ЕКСТРАКТУ СВИНЯЧОЇ ПЛАЦЕНТИ В ДЕРМАТОЛОГІЇ НА ПІДСТАВІ ПОРІВНЯЛЬНОГО ВИВЧЕННЯ ВОДНИХ ЕКСТРАКТІВ ТКАНИН СВИНЯЧОЇ ПЛАЦЕНТИ І СВИНЯЧОЇ СЕЛЕЗІНКИ МЕТОДОМ ГЕЛЬ-ПРОНИКАЮЧОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ	54
14. Кравченко В.Г., Іщейкін К.С., Каменев В.І., Кравченко А.В., Васильєва К.В., Попова І.Б., Ємченко Я.О., Кузьменко В.О. ЧИ ГОТОВА СЬОГОДНІ РЕФОРМОВАНА ПЕРВИННА МЕДИЧНА ЛАНКА ДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЕНТАМ ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	64
15. Охматенко Г. О., Резніченко Н. Ю., Хар'яков В. А., Резніченко Ю. Г. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ	69
16. Почернина В.В ЭКСПРЕССИЯ TLR НА МОНОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	82
17. Пустова Н.О. СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ СВІТА	90

18. Пустова Н.О.
**СИНДРОМ СВИТА АБО ГОСТРИЙ
 ФЕБРИЛЬНИЙ НЕЙТРОФІЛЬНИЙ ДЕРМАТОЗ:
 СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОПАТОГЕНЕЗ
 ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ** 98
19. Пустова Н.О.
**ПАТОЛОГІЯ КИШКІВНИКА ТА ТЕОРІЯ
 АУТОІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ПСОРИАЗІ** 105
20. Резніченко Н. Ю., Оніщенко Н. Ю., Бикова А. О.,
 Кауке Ю. І.
**КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ І
 ХРОНІЧНІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ З
 ВИКОРИСТАННЯМ АВТОГЕННИХ ТРЕНІНГІВ** 115
21. Резніченко Г. І., Резніченко Н. Ю., Веретельник О. В.,
 Сініцин Б.І.
**ВУЛЬГАРНІ АКНЕ: КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД
 ДО ЛІКУВАННЯ** 124
22. Резніченко Ю. Г., Охматенко Г, О., Хар'яков В. А.,
 Резніченко Н. Ю.
**НОРМАЛІЗАЦІЯ БІОТОПІВ У МЕШКАНЦІВ
 ВЕЛИКИХ ПРОМИСЛОВИХ МІСТ** 138
23. Святенко Т.В., Глушок В.С.
**ПРО ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ ЕМОЛІЄНТІВ НА СТАН
 ШКІРИ У ХВОРИХ НА АКТИНІЧНИЙ КЕРАТОЗ** 145
24. Святенко Т.В., Старостіна О.А.
**ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ
 ІРЛ-ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЖІНОК,
 ХВОРИХ НА
 ЕРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГІЕКТАТИЧНУ
 ФОРМУ РОЗАЦЕА** 147
25. Фомина Л.В.
ІМУНОПАТОГЕНЕЗ ЕКЗЕМИ 149
26. Фомина Л.В.
**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭКЗЕМЫ
 И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА** 158

27. Фоміна Л.В.
ВЕГЕТАТИВНИЙ ТОНУС У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ 163

III. Венеричні хвороби

28. Кузьміна І.Ю.
**МОЖЛИВОСТІ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНИХ ФОРМ
ГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ** 167

IV. ВІЛ/СНІД-інфекція

29. Дащук А.М., Куцевляк Л.О., Дащук А.А.
**ИНФЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ, ВЫЗВАННЫЕ ПРОСТЕЙШИМИ НА
ФОНЕ ВИЧ/СПИД ИНФЕКЦИИ** 172

30. Куцевляк Л.О., Дащук А.А., Деркач Ю.В.
**ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ** 179

V. Інфекції при яких уражаються інші органи і системи

31. Єрмоленко Т.І., Руда Н.Г., Паутіна О.І.
**ПОРІВНЯЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ФІТОПРЕПАРАТІВ
В М'ЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМАХ НА ПЕРЕБІГ
ОПІКОВОЇ РАНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ** 183

Актуальні питання дерматології, венерології та ВІЛ/СНІД інфекції

Матеріали наукової конференції
присвяченої 160-річчю з дня народження
професора І.Ф. Зеленева

За редакцією проф. А.М. Дашука

Мова українська, російська, англійська

Комп'ютерна верстка Плотнікова С.О.

Формат 60x84/16. Друк офсетний. Папір офсетний.
Умов.друк.арк 11,33 .Наклад. 300пр.

Видавництво «ЕСТЕТ ПРІНТ»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №6381 від 3.09.18р.

Віддруковано в друкарні ТОВ «ЕСТЕТ ПРІНТ»
61093, м. Харків, вул. Рилєєва, 60
Тел.: (050 831-58-36)