

УДК 616.521-085

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ И ДРУГИМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

К. Загер

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Ключевые слова: экзема и другие аллергодерматозы, комплексная терапия.

В современной клинической дерматологии одной из наиболее актуальных и сложных проблем является оптимизация лечения и профилактики аллергодерматозов. Традиционные методы терапии зачастую недостаточно эффективны и не обеспечивают как полного клинического выздоровления больных, так и достаточно длительной и устойчивой ремиссии клинических проявлений заболевания.

Такое снижение эффективности лечения больных аллергодерматозом за последние годы ряд исследователей [26] связывают с развитием во многих случаях сочетанной резистентности к традиционным средствам терапии наряду с формированием поливалентной медикаментозной сенсибилизации, осложненной разнообразными токсикоаллергическими явлениями. Частично именно в связи с этим все большую популярность в лечении и профилактике аллергодерматозов приобретают немедикаментозные методы терапии [50].

Согласно представлениям современной клинической медицины, успешное лечение аллергодерматозов представляет собой комплекс терапевтических мероприятий, одновременно воздействующий как на основные этиопатогенетические звенья, так и на устранение вредного влияния экзогенных факторов, нормализацию нарушенных функций органов и систем организма больных, санацию хронических очагов инфекций. Такое лечение обязательно предусматривает только комплексное применение общей и местной терапии с учетом обнаруженных у пациентов соматических расстройств, особенностей клинического течения того или иного аллергодерматоза (остроты, распространенности, наличия осложнений), а также возраста, переносимости лекарственных средств. Только наружная терапия как самодостаточный вид лечения, по мнению В.А. Самсонова и др., Л.А. Болотной и др. [59, 69], показана лишь в случаях локализованного поражения небольших участков кожи и преимущественно недлительного общего течения заболевания.

В комплексном лечении аллергодерматозов В.В. Кулага, И.М. Романеско, J.-R. Radu [29, 80] с успехом применяют и специфические, и неспецифические методы терапии. К первым традиционно принято относить собственно элиминационную терапию, направленную на предотвращение реакции антиген — антитело, что достигается путем устранения (уменьшения) контакта больного с аллергенами разного (профессионального, бытового, пищевого)

характера. Многие исследователи ввиду повышенной чувствительности у значительной части больных к пищевым аллергенам указывают на существенное значение в лечении рационального гипоаллергического питания [34, 68]. В литературных источниках есть сообщение Б.Т. Глухенького, С.А. Грандо [17] о позитивном терапевтическом эффекте кратковременного (трехдневного) голодания.

Вместе с тем G. Ricci et al. [71] указывают на целесообразность применения при аллергодерматозах, в том числе при атопической экземе, шелковых текстильных изделий, которые практически не обладают сенсибилизирующей способностью.

Собственно медикаментозное лечение аллергодерматозов обычно предусматривает применение разнообразных как этиотропных, так и симптоматических средств [8, 10]. В случаях указаний в анамнезе на те или иные «аллергии» перед назначением системной терапии J. McFadden [77] вполне обоснованно указывает на целесообразность проводить специфические иммунологические исследования для определения индивидуальной переносимости медикаментов.

В ситуациях развития микробных форм экзематозного процесса или последующего развития инфекционных осложнений того или иного аллергодерматоза у таких пациентов обычно применяют разные антибактериальные средства [21, 26].

Вместе с тем О.Ю. Побережник, Т.П. Осолодченко, J.C. Ravenscroft et al. [44, 82] установили, что подавляющее большинство (до 70%) патогенных микроорганизмов из очагов поражения кожи мало чувствительны к антибиотикам и антисептическим средствам. Поэтому вполне обосновано мнение Л.А. Болотной, О.А. Рябовой [11], что назначению антибактериальной терапии у таких больных должно предшествовать определение антибиотико-чувствительности у выделенных пиогенных микроорганизмов.

Из методов неспецифической патогенетической терапии при аллергодерматозах обычно применяют препараты кальция, натрия тиосульфат, антигистаминные средства и аутогемотерапию. Л.А. Болотная, О.А. Рябова и И.П. Турчина [11, 59] указывают, что натрия тиосульфат, благодаря сульфгидрильным группам в его структуре, обладает вполне выраженной дезинтоксикационной, антиоксидантной, противовоспалительной активностью, а также обнаруживает стимулирующее влияние на функцию надпочечников и усиливает диурез.

В случаях тяжелого клинического течения таких дерматозов и значительной распространенности высыпаний многие авторы [10, 21] говорят о вынужденной потребности применения системной кортикостероидной терапии.

Традиционно при лечении алергодерматозов многие врачи [17, 21, 33] широко используют препараты кальция (кальция хлорид, кальция глюконат, кальция глициерофосфат), которые уменьшают проницаемость сосудов, обладают противовоспалительным действием, нормализуют тканевый обмен и ионное равновесие.

Для уменьшения воспалительных процессов в коже при экземе назначают антигистаминные средства, которые способны блокировать, по мнению Э.Н. Солошенко [52] H_1 - и H_2 -гистаминные рецепторы. Ввиду побочных реакций H_2 -гистаминовых средств (снижение секреции желудочного сока, токсичное влияние на печень и почки) [14, 54], рекомендуют в клинической практике чаще применять блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов I—III поколений.

Базовой особенностью препаратов I поколения («Димедрол», «Диазолин», «Супрастин», «Тавегил», «Фенкарол») является их легкое проникновение через гематоэнцефалический барьер с проявлением седативно-снотворного эффекта, что объясняет целесообразность их назначения при выраженном зуде и нарушении сна [23, 47]. Именно поэтому они не показаны амбулаторным пациентам, работа которых связана с выполнением высокоточных движений [14].

В то же время, как показывают результаты исследований М.Д. Машковского, В.В. Кулага и др. [28, 38], при приеме этих препаратов периодически возникают такие побочные эффекты как тошнота, поносы, запоры, сухость кожи и слизистых оболочек, что связано с их холинолитическим действием. Поэтому вполне закономерно ограничение их клинического применения при язвенной болезни, бронхиальной астме, аденоме, глаукоме, сердечно-сосудистых заболеваниях.

Антигистаминные средства II поколения (лоратадин, терфенадин, «Кларитин», «Зиртек») не проникают через гематоэнцефалический барьер и не имеют значительного седативного эффекта. Они быстро подавляют аллергические реакции и характеризуются длительным терапевтическим эффектом [47].

В публикациях последних лет приведены данные относительно эффективного применения «Эриуса» [51], «Телфаста» [2], «Цетрина» [16] при острой крапивнице и экземе [36]. Вместе с тем из-за развития у части пациентов кардиотоксического эффекта их следует, по мнению Е.Ф. Васильчук и др. [14], применять с осторожностью.

Антигистаминные препараты III поколения представляют собой высокоактивные метаболиты препаратов новой генерации, которые не определяют развития побочных действий, свойственных их предшественникам. Среди литературных источников есть сообщение о клинической эффективности при экземе «Алтивы» [14] и «Алфаста» [60].

Важное значение для лечения и профилактики обострений экземы имеют, по мнению И. А. Маштакова и Э.Н. Солошенко [39, 52], мембраностабилизирующие средства (кетотифен, «Задитен», астафен), которые оказывают нормализующее действие на мембраны лаброцитов. В связи с тем, что клинический эффект отмечается только через 3—4 недели, на начальном этапе лечения их необходимо назначать только вместе с антигистаминными средствами. Мембраностабилизирующий эффект, который проявляется уже на 5-е сутки терапии, установлен и у «Кларитина». В.В. Кулага, И.М. Романенко [28] наблюдали, что эти препараты снижают секрецию желудочного сока с нарушением процессов пищеварения.

В качестве стабилизаторов клеточных мембран больным атопическим дерматитом и экземой М.Э. Барина и др. [5] рекомендуют комплексы из полиненасыщенных жирных кислот (О-3, О-6, О-9), которые благодаря их способности проникать в клеточные мембраны способствуют нормализации их структуры и функционированию.

При тяжелом клиническом течении (генерализованные формы, отсутствие эффекта от длительной традиционной терапии), по мнению многих исследователей [10, 21], следует назначать системные кортикостероидные средства (дексаметазон, преднизолон, гидрокортизон, триамцинолон), имеющие выраженное противовоспалительное и противоаллергическое действие, а также влияющие на иммунологические и патофизиологические звенья аллергического воспаления в коже. Эти препараты подавляют синтез антител, снижают процессы дегрануляции лаброцитов, уменьшают хемотаксис и выделение медиаторов воспаления [17, 37]. В случаях хронического и часто рецидивирующего течения экзематозного процесса Л.А. Болотная и др. [11] рекомендуют использовать «Бетаметазон», обеспечивающий пролонгированное противовоспалительное действие.

В последние годы весьма актуальной проблемой стало определение баланса максимальной эффективности и минимальной достаточности для этого доз кортикостероидов с целью предупреждения развития у пациентов толерантности в случае применения неадекватных доз системных кортикостероидов. Многие исследователи [28, 81] отмечают, что длительная системная кортикостероидная терапия может привести к развитию таких осложнений как язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, стероидная гипертония, стероидные угри, остеопороз, а также к иммунодепрессии и подавлению функции надпочечников, что, в свою очередь, может ухудшать последующее течение экзематозного процесса.

Важное значение в лечении и профилактике рецидивов экземы многие исследователи [11, 17, 72] придают рациональной иммунокоррекции. Иммуноотропные препараты, по мнению Л.А. Болотной, Ю.В. Королько, а также Э.Н. Солошенко [10, 53], следует применять только в случаях хронического и непрерывно рецидивирующего течения экземы, неэффективности традиционной терапии, и обяза-

тельно с учетом данных иммунограммы, а также возраста больного, сопутствующей соматической патологии.

Из средств неспецифической терапии при экземе используют препараты тимуса («Тактивин», «Тималин», «Тимоген»), стимуляторы лейкопоэза (метилурацил, натрия нуклеинат, пентоксил), а также адаптогены, ауто- и гетерогемотерапию, способствующие возобновлению функциональной активности Т-лимфоцитов и фагоцитирующих клеток [12, 40]. Есть также данные о нормализующем влиянии на функцию Т-лимфоцитов и их субпопуляции у больных экземой тиотриазолина [41] и флуриенизида [58].

Вместе с тем, по наблюдениям М.М. Moore et al. [78], при применении иммунотропных препаратов возможно развитие осложнений — формирование тяжелой генерализованной формы нумулярной экземы на фоне длительного применения интерферона.

В случаях торпидного течения экзематозного процесса и отсутствия терапевтического эффекта от длительной терапии пациентам, по наблюдениям В.И. Степаненко и др., а также В.В. Кулаги, И.М. Романенко [29, 56], показано назначение иммуносупрессивной терапии. Так, Н. Kimata [75] отмечает, в частности, улучшение состояния пациентов и ускорение регресса клинических проявлений атопического дерматита и экземы, а также снижение уровня IgE при применении азатиоприна. Однако широкое использование этой группы препаратов ограничено в связи с возможным развитием осложнений, предопределенных иммунодепрессивным действием [56].

Существенное значение многие исследователи [28] в лечении экземы уделяют и нормализации функции нервной системы. Для уменьшения интенсивности зуда и улучшения общего самочувствия больных применяют такие седативные средства как препараты брома, валерианы, пустырника, пиона [21, 48], а также комплексные фитосредства: «Седасен форте», «Персен» [15].

В случаях развития более тяжелых нарушений нервно-психического статуса, что проявляется выраженным эмоциональным напряжением и бессонницей [17, 28, 48], рекомендуют применять транквилизаторы («Нозепам», «Элениум», «Триоксазин»), кратковременные курсы «Аминазина», а также другие нейролептики («Терален», «Тизерцин»). При амбулаторном лечении В.Г. Радионов и др. [46] предлагают назначать гидазепам — «дневной» транквилизатор антидепрессивного действия без снотворного эффекта.

Ввиду наличия данных о нейрогуморальной регуляции воспалительных процессов при экземе Э.Н. Солошенко, А.В. Иванова [55] рекомендуют применять препараты адreno-блокирующего действия («Пирроксан», «Бутироксан»), которые избирательно влияют на адренергические нейроны, сосредоточенные в гипоталамусе. Показанием для их назначения являются функциональные расстройства нервной системы, очаги хронической инфекции в организме пациента. Эти препараты

можно принимать, если нет к ним противопоказаний (нарушения мозгового кровообращения, стенокардия, гипотония) и обязательно под контролем артериального давления.

Для нормализации функционирования вегетативной нервной системы Э.Н. Солошенко, А.В. Иванова [55] использовали «Кватерон», который блокирует Н-холинореактивные рецепторы и тормозит передачу нервных импульсов из пре- на постганглионарные волокна.

Кроме того, согласно многочисленным сообщениям [33, 36, 43], в качестве патогенетической терапии больным показано применение гепатопротекторов, энтеросорбентов, пробиотиков, ферментных средств, которые способствуют улучшению обменных процессов, уменьшению явлений интоксикации, возобновлению нормальной флоры кишечника.

Среди гепатопротекторов профессор В.Г. Радионов [46] выделяет препараты на основе силимарина («Дарсил», «Карсил»), которые оказывают нормализующее воздействие на эндоплазматический ретикулум и процессы детоксикации.

В острый период экземы при явлениях интоксикации больным О.М. Гриценко и др., О.Ю. Побережник [18, 43] назначали энтеросорбенты (активированный уголь, «Карболен»), а также препараты низкомолекулярного поливинилпирролидона («Энтеросорб») или полиметилксилосана («Энтеросгель»), а также «Силикс» [12], диосмектит [57]. При этом следует помнить, что их побочным эффектом может быть запор и обусловленное этим повышение абсорбции токсичных промежуточных продуктов метаболизма, то есть усиление явлений интоксикации.

По данным профессора В.Г. Коляденко [24], при экземе показаны также немедикаментозные эффективные методы — гемосорбция, ультрафильтрация, иммуносорбция, энтеросорбция, которые направлены на выведение из организма пациентов токсичных и балластных веществ.

В последние годы при комплексном лечении экземы также назначают пробиотики, механизм действия которых основывается на действии бактерий нормальной флоры (бифидобактерий, лактобактерий), которые способны деградировать ксенобиотики и уменьшать антигенную нагрузку на организм за счет активного метаболизма и бактериального антагонизма [35, 73].

В подострый период экземы Л.А. Болотная, О.А. Рябова, Б.И. Каруна [11, 21] предлагают применять ферментные препараты («Фестал», «Панзинорм», «Панкурмен», «Энзистал», «Ораза», «Мезим форте», панкреатин), которые способствуют полноценному расщеплению белков, жиров и углеводов в желудочно-кишечном тракте, в результате чего уменьшается кишечная адсорбция продуктов неполного метаболизма, а также снижается антигенная нагрузка при пищевой аллергии.

Ввиду обнаруженных у больных экземой нарушений окислительно-восстановительных процессов, по мнению Л.А. Болотной, О.А. Рябова, Э.Н. Солошенко [11, 54], патогенетически обоснована антиоксидантная терапия. Согласно наблюде-

ниям С.А. Бондар и др. [12], применение в комплексном лечении больных экземой антиоксидантных средств (ретинол, токоферол, «АЕвит», «Триовит», липоевая кислота, метионин) и энтеросорбента соликс обусловило уменьшение в плазме крови уровня малонового альдегида (МА). В.М. Фролов [61] отмечал снижение уровня МА и после применения артишока и «Глутаргина», которым присущ антиоксидантный, гепатопротекторный и мембраностабилизирующий эффект.

По сообщению Е.А. Петрусенко и др. [42], при экземе энтеросорбенты «Энтеросгель» и «КАУ» способствовали ускорению (на 5—7 дней) регресса высыпаний. Однако состояние клинического выздоровления достигнуто лишь у 72,9% пациентов.

В связи с довольно частым развитием побочных влияний или аллергических реакций после приема медикаментозных препаратов многие исследователи [18, 29] подтверждают целесообразность фитотерапии: с цветами пижмы, календулы, ромашки и бессмертника; плодами фенхеля; корнем одуванчика; листьями перечной мяты; травой зверобоя. Эти фитопрепараты обладают противоаллергическим, седативным, противовоспалительным действием, положительно влияют на сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы и в то же время их хорошо переносят больные. Однако, по данным R.V. Vender [84], у части пациентов после применения фитосредств все же регистрировали побочные реакции.

Весьма существенное значение, согласно сообщениям Я.Ф. Кутасевич, И.А. Маштакова, Н.А. Ляпунова, Н. Lee, M. Worm [31, 76], в комплексной терапии при экземе имеет и рациональная наружная терапия. В случае ограниченных поражений кожи или легкого течения процесса преимущественно используют только ее [32, 49]. Монадотерапию назначают с учетом стадии и клинических особенностей экзематозного процесса, возраста больного, локализации и характера высыпаний, наличия осложнений, индивидуальной переносимости лекарственных средств [29, 48].

Заданием наружной терапии, по мнению Р.Ф. Айзятупова и Б.И. Каруна [1, 21], является уменьшение воспалительных процессов в коже, лечение инфекционных осложнений, улучшения барьерных функций общего покрова, возобновление поврежденного эпителия, устранение сухости кожи. Эффективность внешнего воздействия зависит от предварительной подготовки кожи. Для этого обычно применяют кератолитические средства — салициловую, молочную, бензойную кислоты, серу, «Резорцин» [55]. В последние годы по наблюдениям Я.Ф. Кутасевич [30], широко применяют кератолитические средства на основе мочевины — крем «Карбодерм-Дарница», содержащий мочевину и антисептик цетилпиридина хлорид, который не раздражает и не абсорбируется в кожу, благодаря чему может применяться длительно и на большой площади пораженной кожи.

В случаях мокнутия или значительной отечности в очагах экзематозного поражения кожи применяют примочки с противовоспалительными, подсу-

шивающими и антисептическими растворами — 1—2% растворы танина, борной кислоты, «Резорцина», 5—10% раствор ихтиола, «Фурацилин» в разведении 1 : 5000, «Риванол» в разведении 1 : 1000, настойка крепкого чая, коры дуба, отвара ромашки [17, 21]. Для обработки таких вторичных морфологических элементов как эрозии, трещины, эксфолиации, а также пустулезных элементов применяют растворы анилиновых красителей (2% раствор метиленового синего и генцианвиолет [12, 36, 48].

Для уменьшения островоспалительных проявлений после примочек Б.И. Каруна, В. Савчак и др. [21, 48] считают целесообразным применение сначала паст, а затем мазей, содержащих противовоспалительные, противозудные, редуцирующие вещества: 3—10% раствор древесного дегтя, 2—5% борную кислоту, 3—5% III фракцию жидкости АСД, 5—20% ихтиол, 5—10% нафтаган в виде моноили комбинированных средств [65]. Стихание островоспалительных явлений в очагах поражения кожи является показанием для назначения мазей и кремов. На очаги с подострым и острым воспалением, но без мокнутия применяют и взбалтываемые суспензии.

При остром варианте развития экзематозного процесса с целью быстрого достижения противовоспалительного эффекта в последнее время преимущественно пользуются официальными мазями и кремами с кортикостероидами достаточно выраженного противовоспалительного, противоаллергического и противозудного действия. По мнению Р.Ф. Айзятупова, В.А. Самсонова и др., А.В. Емельянова, К.Н. Монахова [1, 19, 49], это происходит благодаря их способности уменьшать миграцию эозинофилов и пролиферацию Т-лимфоцитов; снижать синтез медиаторов воспаления и уменьшать чувствительность к ним эндотелия и нервных окончаний; ускорять связывание гистамина и серотонина в коже; снижать проницаемость сосудистой стенки, что в целом обеспечивает быстрый регресс патологических проявлений в коже.

В.В. Кулага, И.М. Романенко [7] установили, что наибольшей активностью обладают фторированные топические кортикостероиды — триамцинолон, «Флу-метазон», «Бетаметазон». Так, В.А. Самсонов и др. [49] сообщают о хорошей переносимости и эффективности «Целестодерма» при варикозной экземе.

Наряду с этим Т.П. Шварева и др. [64] сообщают, что галогенизированным топическим кортикостероидным средствам присущ целый ряд побочных реакций (атрофия кожи, телеангиэктазии, активация локальной инфекции, периоральный и розацеаподобный дерматит, стероидные угри, гипертрихоз, катаракта, глаукома), которые ограничивают их клиническое применение.

В связи с этим в клинической практике, по свидетельству Е.И. Каданер и др., И.В. Хамагановой [20, 62], более широко используют нефторированные кортикостероидные кремы и мази на основе мометазона («Элоком»), гидрокортизона («Локоид»), которые характеризуются высокой терапевтической эффективностью, хорошей переносимостью, низким риском развития осложнений и побочных ре-

акций. Я.Ф. Кутасевич [30] обратила внимание, что в период обострения более эффективны гидрофильные мази, а в период регресса — на гидрофобной основе.

Также есть сообщение И.В. Хамагановой [63] о клинической эффективности при нумулярной экземе, осложненной вторичной инфекцией, комбинированной мази «Тридерм», содержащей бетаметазона дипропионат, гентамицина сульфат и клотримазол.

Вместе с тем Т.П. Шварева и др. [64] указывают, что все топические кортикостероидные средства характеризуются побочным действием (атрофия кожи, телеангиэктазии), что ограничивает их широкое и длительное клиническое прилодение.

В связи с этим в последние годы значительное внимание научных работников и клиницистов привлечено к изучению эффективности нестероидных топических средств иммуносупрессивного действия — такролимуса и пимекролимуса. Как установлено А. Palmer [79], ключевыми свойствами такролимуса является его способность подавлять дегрануляцию лаброцитов и синтез ими цитокинов. А местное применение этого препарата не изменяет функции фибробластов и не предотвращает развития атрофии кожи или гипертрихоза. Есть наблюдения А. Alomar [67] относительно эффективности 0,03% мази такролимуса при аллергических дерматитах, а также экземе стоп [83] и кистей [74].

Как установлено А. Billich [70], преимуществами пимекролимуса («Элидела») является большая сравнительно с такролимусом липофильность, благодаря чему он главным образом распределяется в коже, не проникая в системное кровообращение. Противовоспалительный и противоаллергический механизм действия заключается в избирательно направленной дезактивации Т-клеток и мастоцитов путем блокировки синтеза и высвобождения воспалительных цитокинов. Пимекролимус в коже специфически связывается с цитозольным рецептором, макрофилином-12 и ингибирует кальцийзависимую фосфатазу кальциневрин, нужную для транслокации нуклеарного фактора активированных Т-лимфоцитов в ядро. В результате, по мнению В.И. Степаненко и др. [56], блокируется транскрипция ранних цитокинов, то есть подавляется активация Т-лимфоцитов.

Из нестероидных средств для внешнего лечения у пациентов разного возраста А. Кравченко и др., Н.М. Шупенько [27, 66] рекомендуют мазь «Ирикар» на основе настойки из растения *Cardiospermum halicacabum*, а также «Прурисед» и «Cu-Zn» (гель или крем) противовоспалительного, противозудного действия, а также нормализующие обменные процессы в коже.

Ввиду частого развития у больных экземой сенсибилизации к медикаментозным средствам общей и местной терапии значительный интерес научных работников и врачей-клиницистов привлечен как к методам немедикаментозной терапии [55], так и к физиотерапии [28, 29], которые способ-

ствуют мобилизации естественных защитных сил организма и стабилизации гомеостаза.

Для лечения больных экземой Б.И. Каруна [21] рекомендует ультрафиолетовое облучение, которое хорошо влияет на состояние нервной системы, обмен веществ, симпатoadреналовую систему, неспецифический иммунитет.

По наблюдениям Н.С. Wulf, Р. Philipsen [85], фототерапия может предотвращать гипосенсибилизирующее действие к медикаментозным средствам. Вместе с тем Т.В. Проценко [45] предостерегает о возможном развитии после такой фототерапии осложнений (новообразований).

Для повышения эффективности внешних лечебных форм применяют фонофорез (из 1% гидрокортизоновой мази или другими кортикостероидными мазями) [17]. Есть также данные о хорошем эффекте от использования при АД электрофореза с аскорбиновой кислотой и лечебными грязями [36].

При экземе также широко используют акупунктуру, электропунктуру, лазеропунктуру на биологично активные точки с подбором индивидуальных параметров влияния, а также локальную гипотермию [3, 55].

При выраженных вегетативных и невротичных реакциях пациентам показаны электросон или гипнотерапия [7, 11].

Для улучшения микроциркуляции и обменных процессов в очагах поражения пациентам назначают криомассаж, аппликации с озокеритом, парафином, сульфидные и родононовые ванны [21].

Л.И. Белый [6] доказал позитивное влияние естественных факторов: климат, пелоидотерапия, бальнеотерапия. А В.К. Банников и В.П. Твердохлеб [4] с успехом применяли периферическую барокамерную гипоксию, которая позитивно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов, нормализует гомеостаз, предупреждает рецидивы экземы. Также И.В. Кошелев и др. [25] обнаружили позитивное действие на течение экзематозного процесса озонотерапии, которая предотвращает противовоспалительный, гипосенсибилизирующий и иммуномодулирующий эффекты, а также способствует нормализации показателей окислительно-восстановительных процессов.

Среди профессиональной литературы есть также сообщение Э.Н. Солошенко, А.В. Иванова [55] относительно эффективности использования в комплексном лечении и профилактике экземы лечебного массажа и лечебной гимнастики.

Таким образом, как показывает анализ приведенных литературных публикаций, для лечения алергодерматозов и экземы предлагается разноплановый комплекс средств общего и местного действия как симптоматического, так и патогенетического направления. В то же время есть немало сообщений о возможном развитии после применения многих медикаментозных средств широкого спектра побочных реакций или осложнений, а также формирования у пациентов резистентности или сенсибилизации к определенным препаратам.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айзятұлов Р.Ф. Глюкокортикоидные гормоны в наружной терапии кожных заболеваний // Журн. дерматовенерол. и косметол. им. Н.А. Торсуева.— 2002.— № 3-4.— С. 16—23.
2. Андрашко Ю.В., Миронюк І.С., Лендел О.З. Застосування препарату телфаст у лікуванні atopічного дерматиту // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 3 (6).— С. 49.
3. Антоньев А.А., Белова-Рахимова Л.В. Хронопунктура в лечении аллергических дерматозов // Вестн. последипл. мед. образования.— 2000.— № 1.— С. 62—62.
4. Банников В.К., Твердохлиб В.П. Адаптация к периферической барокамерной гипоксии как метод реабилитации больных экземой и atopическим дерматитом // Вестн. дерматол. и венерол.— 1999.— № 6.— С. 37—39.
5. Баранова М.Э., Иванова И.П., Баркалова Э.Л., Гуцало Л.А. Патогенетическое обоснование применения полиненасыщенных жирных кислот в терапии atopического дерматита // Журн. дерматовенерол. та косметол. им. М.О. Торсуева.— 2006.— № 1—2 (12).— С. 220—221.
6. Бельй Л.И. Природные факторы в терапии аллергодерматозов // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2005.— № 1—2 (8).— С. 133—147.
7. Бережний В.В., Білосоров О.П., Горovenko Н.Г. та ін. Діагностика та терапія atopічного дерматиту.— К., 2002.— 30 с.
8. Боднар П.М. Йододефіцитні розлади — актуальна медико-соціальна проблема // Лікар. справа.— 2001.— № 4.— С. 109—112.
9. Болотная Л.А. Аллергические и токсико-аллергические осложнения в дерматокосметологической практике // Дерматол. та венерол.— 2005.— № 2 (28).— С. 11—16.
10. Болотная Л.А., Калашникова В.С. Хронобиологические аспекты патогенеза хронической экземы // Дерматол. та венерол.— 2006.— № 1 (31).— С. 14—17.
11. Болотная Л.А., Рябова О.А. Современные взгляды на патогенез и лечение экземы // Дерматол. та венерол.— 2002.— № 2.— С. 20—23.
12. Бондар С.А., Ляшенко І.Н., Труніна Т.І. та ін. Динаміка деяких показників ендотоксикозу у хворих на тяжкі та хронічні розповсюджені дерматози в процесі використання комплексного методу ендекологічної реабілітації та корекції // Дерматол. та венерол.— 2006.— № 2 (32).— С. 48—50.
13. Буянова О.В., Ткач В.Е., Чмут В.Г. Использование Зестры в комплексном лечении больных с аллергическими дерматозами // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2002.— № 3—4 (5).— С. 188—190.
14. Васильчук Е.Ф., Остапенко А.Т., Щекатурова Е.М. Лечение аллергодерматозов с применением антигистаминного препарата третьего поколения — алтивы // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 1 (8).— С. 40—42.
15. Вербя Е.А. Опыт клинического применения препарата Седасен Форте в комплексном лечении пациентов с дерматологическими заболеваниями // Дерматол. та венерол.— 2003.— № 4 (22).— С. 20—21.
16. Гаврилюк А.В., Глухенький Б.Т., Бойко Ю.Я. и др. Цетрин. Лечение экземы и atopического дерматита // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 1 (8).— С. 37—39.
17. Глухенький Б.Т., Грандо С.А. Иммунозависимые дерматозы: экзема, atopический дерматит, истинная пузырчатка, пемфигоиды.— К.: Здоровья, 1990.— 477 с.
18. Гриценко О.М., Побережник О.Ю., Мавров І.Х. та ін. Використання ентеросгелю з фітозасобами в лікуванні алергодерматозів // Фармац. журн.— 1996.— № 4.— С. 127—129.
19. Емельянов А.В., Монахов К.Н. Топические кортикостероиды в терапии алергодерматозов: значение внегеномного эффекта // Вестн. дерматол. и венерол.— 2003.— № 3.— С. 59—61.
20. Каганер Е.И., Феготов В.П., Горбунцов В.В. и др. Комплексное лечение экземы у курильщиков табака с применением топического глюкокортикостероида «Локоид» // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2004.— № 3—4 (7).— С. 222—225.
21. Каруна Б.И. Экзема.— К.: Здоров'я, 1989.— 172 с.
22. Ковернистый А.Е. Патогенетическое значение нарушений функционального состояния сосудов кожи при хронической экземе // Журн. дерматол. и венерол.— 1998.— № 1 (5).— С. 34—35.
23. Коган Б.Г., Терлецкий В.Б., Терлецкий Р.В. Современная терапия аллергических дерматозов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 22—24.
24. Коляченко В.Г., Король В.М. Немедикаментозні методи лікування і дерматології // Матер. міжнар. конф. «Львівські лазери в дерматології курорто-фізіотерапії та біології».— Львів, 1992.— С. 69.
25. Кошелев И.В., Иванов О.Л., Куликов А.Г. и др. Показатели перекисного окисления липидов у больных экземой и влияние на них озонотерапии // Рос. журн. кож. и венер. болезней.— 2001.— № 6.— С. 34—38.
26. Кравец Е.В. Опыт лечения больных алергодерматозами, осложненными пиодермией // Журн. дерматовенерол. и косметол. им. Н.А. Торсуева.— 2004.— № 1—2 (8).— С. 131—132.
27. Кравченко А., Шупенько М.М. Трикар при лікуванні алергодерматозів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2001.— № 1.— С. 77—78.
28. Криса В.М., Чмут В.Г., Телмуха С.Б. Алгоритм лікування варикозної екзема і трофічних виразок нижніх кінцівок // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 144.
29. Кулага В.В., Романенко И.М. Аллергические заболевания кожи.— К.: Здоровье, 1997.— 256 с.
30. Кутасевич Я.Ф. Сучасні підходи до зовнішнього лікування дерматологічних хворих // Дерматол. та венерол.— 2004.— № 2 (24).— С. 46—52.
31. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Ляпунов Н.А. Новые возможности в наружной терапии хронических дерматозов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 3 (10).— С. 15—17.
32. Кутасевич Я.Ф., Олейник И.А. Элидел: новая стратегия лечения atopического дерматита // Укр. журн. дерм., венерол., косметол.— 2005.— № 2 (17).— С. 37—42.
33. Куценко И.В., Шагов Е.А. Опыт лечения больных микробной экземой, осложненной трофическими язвами // Дерматол. та венерол.— 2005.— № 2 (28).— С. 50—54.
34. Литинська Т.О. Значення харчової непереносимості в лікуванні хронічних дерматозів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 179.
35. Лінькова-Марганя І.О. Застосування пробіотиків у терапії екзема // Практ. мед.— 2006.— Т. XII, № 2.— С. 65.
36. Лобановский К.Г. Лечение больных алергодерматозами от воздействия лакокрасочных веществ, сочетающихся с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и ЛОР-органов // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2002.— № 1—2 (5).— С. 159—163.
37. Ляшук П.М., Заморський І.І., Пішак О.В. Глюкокортикоїдні препарати.— Чернівці, 2003.— 124 с.
38. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2 т.— Изд. 14-е, перераб., испр. и доп.— М.: Новая волна, 2002.— 540 с.
39. Маштакова И.А. Мембраностабилизирующий препарат задитен в профилактике рецидивов atopического дерматита // Дерматол. та венерол.— 2002.— № 2 (16).— С. 24—26.

40. *Неруш О.П.* Особенности иммунокоррекции с использованием препаратов циклоферона при экземе и нейродермите, осложненных пиодермитами // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 147.
41. *Паращук Б.М.* Вплив тіотриазоліну на субпопуляції Т-лімфоцитів у хворих на екзему // Журн. дерматовенерол. та косметол. ім. М.О. Торсуєва.— 2005.— № 1-2 (10).— С. 67—72.
42. *Петрусенко Е.А., Кутасевич Я.Ф., Кондакова А.К.* Энтеросорбенты в комплексной терапии больных аллергодерматозами и их влияние на перекисное окисление липидов сыворотки крови // Журн. дерматол. и венерол.— 1997.— № 2 (4).— С. 56—58.
43. *Побережник О.Ю.* Поліметилсилоксанові сорбенти в комплексному лікуванні хворих на алергодерматози: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— Харків, 1996.— 23 с.
44. *Побережник О.Ю., Осолодченко Т.П.* Влияние лазерного излучения на патогенную и комменсальную микрофлору при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи // Фотобиол. и фотомед.— 2000.— Т. III, № 1, 2.— С. 89—92.
45. *Проценко Т.В., Куценко И.В.* Эффективность озонотерапии в лечении аллергодерматозов // Журн. дерматовенерол. та косметол. ім. М.О. Торсуєва.— 2005.— № 1-2 (10).— С. 188—189.
46. *Радионон В.Г., Гусак О.С., Любимцева В.Н. и др.* Атопический дерматит (патогенез, клиника, диагностика, лечение).— Луганск, 2002.— 33 с.
47. *Рыжко П.П.* Применение антигистаминных препаратов в лечении различных дерматозов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 1 (4).— С. 39—41.
48. *Савчак В., Галникіна С.* Шкірні хвороби. Хвороби, що передаються статевим шляхом.— Тернопіль: Укрмедкнига, 2001.— 508 с.
49. *Самсонов В.А., Знаменская Л.Ф., Резайкина С.Ю.* Целестодерм в лечении больных варикозной экземой // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 5.— С. 62—63.
50. *Самсонов В.А., Федоров С.М., Данилова А.А., Кульчица О.В.* Афлодерм (аклометазона дипропионат) в терапии больных экземой // Вестн. дерматол. и венерол.— 2002.— № 3.— С. 54—56.
51. *Смирнова Г.И.* Тактика лечения атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 2 (13).— С. 41—44.
52. *Солошенко Э.Н.* Главные принципы и критерии выбора антигистаминных средств в комплексной терапии аллергодерматозов // Журн. дерматовенерол. и косметол. ім. Н.А. Торсуєва.— 2004.— № 1—2 (8).— С. 147—149.
53. *Солошенко Э.Н.* Лекарственная болезнь как актуальная социальная и клиническая проблема // Doctor.— 2005.— № 1 (27).— С. 36—39.
54. *Солошенко Э.Н.* Экзема: современные представления об этиопатогенезе и методах рациональной терапии // Междунар. мед. журн. (Харьков).— 1997.— Т. 2, № 3.— С. 24—29.
55. *Солошенко Э.Н., Иванова А.В.* Немедикаментозные методы в комплексном лечении больных аллергодерматозами // Дерматол. та венерол.— 2005.— № 3 (29).— С. 31—36.
56. *Степаненко В.І., Іщейкін К.Є., Рыжко П.П., Кайдашев І.Т.* Імуносупресивна терапія при атопічному дерматиті // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 1 (16).— С. 19—22.
57. *Тарнопольська С.М.* Сорбційно-адаптогенна терапія хворих на екзему та нейродерміт // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2002.— № 3—4 (5).— С. 60—162.
58. *Туркевич Я.М.* Застосування флуренізіду як імуномодулятора в комплексній терапії хворих на екзему // Дерматол. та венерол.— 2001.— № 1 (11).— С. 64—65.
59. *Турчина И.П.* Комплексное лечение больных экземой и нейродермитом с локализацией на нижних конечностях // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2002.— № 1-2 (5).— С. 98—101.
60. *Федотов В.П., Шпак А.-М.А., Погребняк Л.А.* Эффективность применения препарата «Алфаст» в комплексном лечении больных аллергическими дерматитами, экссудативным псориазом и другими аллергодерматозами // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2004.— № 3-4 (7).— С. 283—284.
61. *Фролов В.М.* Ефективність комбінації артишоку екстракт-здоров'я та глутаргіну при корекції синдрому «метаболической интоксикації» у хворих на алергодерматози // Дерматол. та венерол.— 2005.— № 1 (27).— С. 67—69.
62. *Хамаганова И.В.* Аджвантан в лечении контактных аллергических дерматитов, обусловленных применением средств декоративной косметики // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 5.— С. 58—59.
63. *Хамаганова И.В.* Нуммулярная экзема // Медицина для всех.— 2001.— № 2.— С. 15—17.
64. *Шварёва Т.П., Провизион Л.Н., Высоцкая А.А.* К вопросу осложнений топической кортикостероидной терапии // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 138.
65. *Шмыгло М.П., Кязимов Г.А.* Нафталан в дерматологии и косметологии // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 2 (13).— С. 45—48.
66. *Шупенько Н.М., Шупенько Е.Н.* Целесообразность применения препаратов «Прурисед» и «Си-Зп» (гель и крем) как средство наружной терапии атопического дерматита // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 1 (16).— С. 55—58.
67. *Alomar A., Puig L., Gallardo C.M., Valenzuela N.* Topical tacrolimus 0,1% ointment (Protopic®) reverses nickel contact dermatitis elicited by allergen challenge to a similar degree to mometasone furoate 0.1% with greater suppression of late erythema // Contact Dermatitis.— 2003.— Vol. 49, N 4.— P. 185—188.
68. Antiallergic drugs and quality of life / I. Baiardini, F. Fumagalli, F. Braido. et al. // Expert Rev. Pharmacoeconom. and Outcom. Res.— 2005.— Vol. 5, N 4.— P. 437—445.
69. *Artik S., Ruzicka T.* Complementary therapy for atopic eczema and other allergic skin diseases // Dermatol. Ther.— 2003.— Vol. 16, N 2.— P. 150—163.
70. *Billich A., Aschauer H., Aszodi A., Stuetz A.* Percutaneous absorption of drugs used in atopic eczema: pimecrolimus permeates less through skin than corticosteroids and tacrolimus // Int. J. Pharm.— 2004.— Vol. 269, N 1.— P. 29—35.
71. Clinical effectiveness of a silk fabric in the treatment of atopic dermatitis / G. Ricci, A. Patrizi, B. Bendandi. et al. // Br. J. Dermatol.— 2004.— Vol. 150, N 1.— P. 127—131.
72. *Ernest N.C.* The allergy and immunology specialist: What is the role in the treatment of skin disease? // Clin. Rev. in Allergy and Immunol.— 2004.— Vol. 27, N 2.— P. 123—132.
73. *Furrie E.* Probiotics and allergy // Proceed. Nutrit. Societ.— 2005.— Vol. 64, N 4.— P. 465—469.
74. *Granlund H., Remitz A., Kyllonen H. et al.* Treatment of lichenified atopic eczema with tacrolimus ointment // Acta Dermato-Venereol.— 2001.— Vol. 81, N 4.— P. 314—315.
75. *Kuanprasert N., Herbert O., Barnetson R.S.* Clinical improvement and significant reduction of total serum IgE in patients suffering from severe atopic dermatitis treated with oral azathioprine // Austral. J. Dermatol.— 2002.— Vol. 43, N 2.— P. 125—127.
76. *Lee H.-H., Worm M.* New compounds for the treatment of eczematous skin diseases // Exp. Opin. Therap. Patents.— 2004.— Vol. 14, N 9.— P. 1257—1271.
77. *McFadden J.* Contact allergic reactions in patients with atopic eczema // Acte Dermato-Venereol.— 2005.— Vol. 85, N 11, S. 215.— P. 28—32.
78. *Moore M.M., Elpern D.J., Carter D.J.* Severe, generalized nummular eczema secondary to interferon alfa-26 plus ribavirin combination therapy in a patient with chronic hepatitis C virus infection // Arch. Dermatol.— 2004.— Vol. 140, N 2.— P. 215—217.

79. Palmer A. Drug review — Tacrolimus ointment // *Drugs in Context Primary Care Part E: Respiratory Medicine and Infections.*— 2004.— Vol. 1, N 10.— P. 370—390.

80. Radu J.-R. Allergic diseases: New perspectives for the specific therapies // *Rom. Arch. Microbiol. And Immunol.*— 2000.— Vol. 59, № 4.— P. 255—259.

81. Rapaport M., Lebowhl M. Corticosteroid addiction and withdrawal in the atopic: the red burning skin syndrome // *Clin. Dermatol.*— 2003.— Vol. 21, N 3.— P. 201—214.

82. Short-term effects of topical fusidic acid or mupirocin on the prevalence of fusidic acid resistant (FusR) *Staphylococcus aureus* in atopic eczema / J.C. Ravenscroft, A.M. Layton,

E.A. Eady et al. // *Br. J. Dermatol.*— 2003.— Vol. 148, N 5.— P. 1010—1017.

83. Thelmo M.C., Lang W., Brooke E. et al. An open-label pilot study to evaluate the safety and efficacy of topically applied tacrolimus ointment for the treatment of hand and/or foot eczema // *J. Dermatol. Treat.*— 2003.— Vol. 14, N 3.— P. 136—140.

84. Vender R.B. Adverse reactions to herbal therapy in dermatology // *Skin. Therapy. Lett.*— 2003.— Vol. 8, N 3.— P. 5—8.

85. Wulf H.C., Philipsen P. Allergic contact dermatitis to 5-aminolaevulinic acid methylester but not to 5-aminolaevulinic acid after photodynamic therapy // *Br. J. Dermatol.*— 2004.— Vol. 150, N 1.— P. 143—145.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ ТА ІНШІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ

К. Загер

Огляд літератури присвячений аналітичному аналізу ефективності різних засобів та препаратів, що їх використовують останніми роками для лікування як екземи, так і алергодерматозів.

MODERN METHODS OF TREATMENT PATIENTS WITH ECZEMA AND OTHERS ALLERGODERMATOSES

К. Zager

Literature dates about analytical analysis of efficacy of the different methods and medicines that used for the eczema and allergodermatoses treatment presented in the article.