

УДК 616.521-031.47-08-035.615.454.1:615.357

## ДЕРМАТОЛОГІЧНИЙ ІНДЕКС ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ КИСТЕЙ ПРИ ЗАСТОСОВУВАННІ 0,1% МАЗІ МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОНУ АЦЕПОНАТУ

П.В. Чернишов

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

**Ключові слова:** екзема кистей, якість життя, місцева терапія, метилпреднізолону ацепонат.

Екзема кистей є поширеним захворюванням шкіри, що може розвиватися з різних причин (екзогенні та ендогенні чинники) та погано піддається лікуванню. Дуже важко визначити конкретний етіологічний фактор захворювання. Існує багато методів лікування цього дерматозу: різні методи-ки ультрафіолетового опромінення, ретиноїди, циклоспорин, місцеві імуномодулятори, але найпоширенішим лишається використання глюкокортикостероїдів місцевої дії [4, 5, 16]. Екзема кистей може бути зумовлена професійною діяльністю пацієнта. Підвищений ризик виникнення екземи кистей мають лікарі та інші працівники охорони здоров'я, насамперед через алергію до латексу [13]. Запобігання дії подразників, захист рук та використання емолієнтів — найважливіші складові профілактики рецидивів. Усунення небажаних впливів та захист рук від кліматичної нестабільності може значно поліпшити перебіг захворювання [8]. Відомо, що вода та різні хімічні агенти є головними провокуючими чинниками екземи кистей [14].

Дослідження 1238 пацієнтів із екземою кистей, які мешкають у великому місті, виявило, що 80% з них відчували соціальний та емоційний дискомфорт через це захворювання. Часте свербіння було в 50% хворих, ще в третини — періодичне. Змінити місце роботи через екзему кистей довелося майже 8%. Найчастіше це спостерігалось серед перукарів [11]. Під час проведення епідеміологічного дослідження в популяції встановлено превалювання екземи кистей в жінок порівняно з чоловіками у співвідношенні 2 до 1 відповідно [9], особливо серед жінок молодого віку. Але це може бути пов'язано насамперед з тим, що серед працівників таких професій підвищеного ризику розвитку екземи кистей, як перукар, прибиральниця, медпрацівник, переважають жінки [10]. Екзема кистей негативно впливає на якість життя пацієнтів, але досліджень, присвячених цій темі, проведено замало [3].

Незважаючи на появу нових методів лікування екземи кистей, кортикостероїди для місцевого застосування залишаються основним напрямком у лікуванні цього дерматозу. Їх використовують окремо та в комбінаціях з іншими групами препаратів [15]. При порівнянні результатів тривалої терапії місцевими стероїдами та циклоспорином спостерігали майже однакову їхню клінічну ефективність за меншої кількості побічних ефектів, ніж від кортикостероїдів [7]. Існують повідомлення про ліку-

вання кортикостероїдами при екземі кистей протягом 36 тижнів [16]. Після тривалого застосування кортикостероїдів місцевого призначення спостерігалось достовірне зниження кількості *S. aureus* в уражених ділянках за незмінності рівнів інших аеробів та анаеробів [12]. Під час вибору кортикостероїду у разі екземи кистей треба враховувати його ефективність та можливі побічні дії за умови тривалого використання. Згідно з численними літературними даними, розвиток побічних ефектів є мінімальний при лікуванні негалогенізованими кортикостероїдними препаратами, до яких належить метилпреднізолону ацепонат [1]. Важливо зауважити, що атрофії шкіри та впливу на вміст кортизолу у плазмі не зареєстровано за тривалого (3—6 міс) застосування метилпреднізолону ацепонату [2].

Мета роботи — визначити вплив екземи кистей на показники якості життя пацієнтів та дослідити динаміку цих показників при застосуванні 0,1% мазі метилпреднізолону ацепонату.

### Матеріали та методи дослідження

Обстежено 19 хворих на екзему кистей. Усім пацієнтам було призначено 0,1% мазь метилпреднізолону ацепонату протягом 21—23 днів. Для визначення впливу екземи кистей та застосованого лікування на якість життя хворих використано дерматологічний індекс якості життя [6]. Достовірність різниці показників до та після терапії оцінювали за допомогою парного тесту Вілкоксона.

### Результати та їхнє обговорення

Дерматологічний індекс якості життя у обстежених до лікування дорівнював  $16,32 \pm 1,80$ . Результати детального розгляду дерматологічного індексу якості життя наведено на рисунку. Найбільше на якість життя хворих позначалися симптоми та відчуття через хворобу. На другому місті виявився вплив дерматозу на роботу та навчання. Спостерігався значний негативний вплив на щоденну діяльність пацієнтів. Погіршувало якість життя хворих і лікування, яке вони проводили самостійно. Найменше змінилися міжособистісні стосунки пацієнтів та відпочинок. Клінічні вияви у 7 хворих були тяжкими, у 9 — середньої тяжкості, у 3 — легкими.

Після лікування 0,1% маззю метилпреднізолону ацепонату в усіх хворих спостерігалась значна позитивна динаміка клінічної картини захворювання. У чотирьох хворих на тлі проведеного лікування висипи

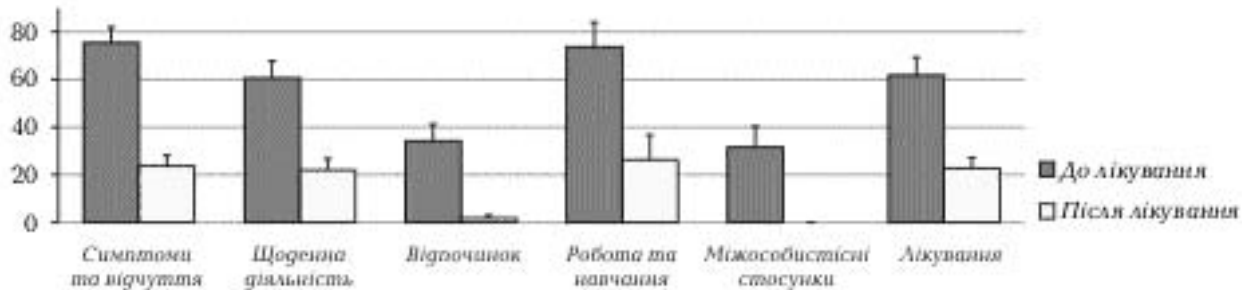


Рисунок. Складові дерматологічного індексу якості життя у хворих на екзему кистей до та після лікування 0,1% маззю метилпреднізолону ацепонату

регресували повністю. Дерматологічний індекс якості життя після лікування становив  $4,32 \pm 0,69$ . Тобто статистично достовірно він поліпшився ( $P < 0,001$ ). Результати ретельного розгляду динаміки показників якості життя наведено на рисунку. Покращилися усі її складові. Негативний вплив симптомів та відчуттів на якість життя хворих знизився на 68,6%, на щоденну діяльність — на 63,8%, на роботу та навчання — на 64,3%, на відпочинок — на 94,9%. Після лікування жоден пацієнт не зауважив, щоб через дерматоз погіршилися міжособистісні стосунки. Негативний вплив лікування на якість життя знизився на 63,1%.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Рыжко П.П., Рощенко Л.В. Применение препарата адвантан в практике дерматолога // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 2.— С. 24—26.
2. Степаненко В.І., Коган Б.Г., Сологуб Л.В., Коржова Т.П. Рациональность застосування топічних негалогенізованих кортикостероїдних препаратів у лікуванні алергодерматозів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 1.— С. 36—37.
3. Coenraads P.J., Bouma J., Diepgen T.L. Quality of life of patients with occupationally-induced hand eczema // Hautarzt.— 2004.— Vol. 55.— P. 28—30.
4. Diepgen T.L., Svensson A., Coenraads P.J. Therapy of hand eczema. Was können wir von publizierten klinischen Studien lernen? // Hautarzt.— 2005.— Vol. 56.— P. 224—231.
5. Duarte I., Terumi Nakano J., Lazzarini R. Hand eczema: evaluation of 250 patients // Am. J. Contact Dermat.— 1998.— Vol. 9.— P. 216—223.
6. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exp. Dermatol.— 1994.— Vol. 19.— P. 210—216.
7. Granlund H., Erkkö P., Eriksson E., Reitamo S. Comparison of cyclosporine and topical betamethasone-17,21-dipropionate in the treatment of severe chronic hand eczema // Acta Derm. Venereol.— 1996.— Vol. 76.— P. 371—376.

#### Висновки

Дерматологічний індекс якості життя дав змогу виявити, які саме її складові найбільше змінюються у хворих на екзему кистей. Після лікування значно поліпшилася клінічна картина дерматозу в 15 пацієнтів, повністю регресували висипи у чотирьох. Терапія 0,1% маззю метилпреднізолону ацепонату призвела також до істотного (понад 60%) поліпшення усіх складових дерматологічного індексу якості життя в цілому та зниження негативного впливу самого лікування на якість життя пацієнтів зокрема (на 63,1%).

8. Landow K. Hand dermatitis. The perennial scourge // Postgrad. Med.— 1998.— Vol. 103.— P. 141—142.
9. Meding B. Epidemiology of hand eczema in an industrial city // Acta Derm. Venereol.— 1990.— Vol. 153.— P. 1—43.
10. Meding B. Differences between the sexes with regard to work-related skin disease // Contact Dermatitis.— 2000.— Vol. 43.— P. 65—71.
11. Meding B., Swanbeck G. Consequences of having hand eczema // Contact Dermatitis.— 1990.— Vol. 23.— P. 6—14.
12. Nilsson E., Henning C., Hjorleifsson M.L. Density of the microflora in hand eczema before and after topical treatment with a potent corticosteroid // J. Am. Acad. Dermatol.— 1986.— Vol. 15.— P. 192—197.
13. Sibbald R.G. Hand eczema // Ostomy. Wound Manage.— 1998.— Vol. 44.— P. 68—78.
14. Tamiya Y. Hand eczema. The clinical classification of the roles of exogenous and endogenous factors in each type // Nippon Ika Daigaku Zasshi.— 1994.— Vol. 61.— P. 286—294.
15. Veien N.K., Menne T. Treatment of hand eczema // Skin Therapy Lett.— 2003.— Vol. 8.— P. 4—7.
16. Veien N.K., Olholm Larsen P., Thestrup-Pedersen K., Schou G. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate // Br. J. Dermatol.— 1999.— Vol. 140.— P. 882—886.

#### ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ КИСТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ 0,1% МАЗИ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА АЦЕПОНАТА

П.В. Чернышов

Клинические проявления и дерматологический индекс качества жизни у больных экземой кистей достоверно уменьшились после лечения 0,1% мазью метилпреднизолон ацепоната.

#### DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX IN HAND ECZEMA PATIENTS TREATED WITH 0.1% METHYLPREDNISOLONE ACEPONATE OINTMENT

P.V. Chernyshov

Clinical manifestation and Dermatology Life Quality Index in patients with hand eczema significantly reduced after the treatment by 0.1% methylprednisolone aceponate ointment.