

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Ковтун Л.О.

*кандидат медичних наук, доцент,
кафедра інфекційних хвороб з курсом дерматовенерології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна
larysakovtun1972@gmail.com*

Summary.

Modern approaches to the treatment of patients with atopic dermatitis.

Atopic dermatitis (AD), also known as atopic eczema, is a chronic, relapsing skin condition characterized by an inflammatory process that affects a significant percentage of children and adults. The pathogenesis of AD is multifactorial, involving genetic predispositions and immune system dysfunctions that heighten skin sensitivity to external triggers.

Approximately 10-20% of children and 1-3% of adults suffer from AD, with symptoms often manifesting within the first year of life. The clinical presentation varies by age, with more chronic lesions and severe itching observed in older children and adults. In infants, the disease often presents as exudative lesions, while in older children and adults, it manifests as lichenified papules and plaques.

Management of AD requires a comprehensive approach aimed at improving patients' quality of life and controlling symptoms. Key components of treatment include emollients to maintain skin barrier function, anti-itch therapies to minimize discomfort, and topical corticosteroids (TCS) to manage inflammation. The effective use of TCS is crucial, as they help to reduce inflammation and alleviate symptoms like erythema and pruritus.

However, secondary bacterial infections, often from *Staphylococcus aureus*, complicate AD cases, necessitating the use of combined topical preparations that include corticosteroids and antibiotics.

The effectiveness of a combined topical ointment, Cremgen, which contains fluocinolone (a potent corticosteroid) and gentamicin (an antibiotic). This combination offers a synergistic effect, improving clinical outcomes by reducing inflammation and controlling infections more effectively than monotherapy. The

combined treatments represent a viable strategy for managing AD, highlighting the importance of further research to enhance therapeutic protocols and patient care.

Вступ.

Атопічний дерматит (АД), або синдром атопічної екземи/дерматиту (AEDS), що був запропонований Європейською академією алергології та клінічної імунології (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI) у 2001 році як альтернативна назва, представляє собою хронічне рецидивуюче захворювання шкіри.

Патогенез дерматоза є багатофакторним, де ключову роль відіграють як спадкові чинники, так і порушення імунної системи. Спадкові дефекти сприяють підвищеній чутливості шкіри до зовнішніх подразників, тоді як імунні збої провокують ненормальну реакцію організму на певні тригери, що зрештою веде до запального процесу.

Приблизно від 10% - 20% дітей і від 1% - 3% дорослих страждають на атопічний дерматит [1]. Захворювання прогресує протягом перших 12 місяців життя у 75% дітей, яким встановлен діагноз - атопічний дерматит/екзема і повністю проходить у період статевого дозрівання або незабаром після нього у 40%–60%, однак атопічний дерматит може зберігатися у більш ніж 20% підлітків, а до 17% дорослих можуть відчувати початок атопічного дерматиту після підліткового віку [2, 3, 4, 5].

Клінічна картина атопічного дерматиту залежить від віку та активності захворювання [1, 3, 6, 7]. У дітей від двох років до статевого дозрівання ексудативні ураження, що спостерігаються у немовлят, зустрічаються рідше [1, 7]. Швидше, ураження мають більш хронічний характер і характеризуються сильним свербіжом з екскоріаціями та ліхеніфікованими папулами та бляшками та охоплюють кисті, зап'ястя, гомілковостопні суглоби, а також ліктьову та підколінну області. [1, 3]. Після статевого дозрівання і в дорослому віці основні зони ураження включають згинальні складки, обличчя, шию, надпліччя, спину, тильну частину рук, ніг, пальців. Характерними є сухі еритематозні та ліхеніфіковані папули та бляшки, які лущаться, коли ураження стають більш хронічними [1, 3]. Хоча можуть спостерігатися сльозотеча, утворення кірочок і ексудація, ці симптоми з'являються коли приєднується стафілококова інфекції шкіри [3].

Лікування АД потребує комплексного та багатофакторного підходу, спрямованого на покращення якості життя пацієнтів і контроль за симптомами хвороби. Основними елементами терапії є регулярне

застосування пом'якшувальних засобів і зволожуючих кремів, які підтримують бар'єрну функцію шкіри, знижують сухість і попереджують подразнення. Важливо також проводити протисвербіжну терапію, яка дозволяє мінімізувати дискомфорт та зменшити ризик розчухування уражених ділянок.

Не менш важливим аспектом є контроль запального процесу. З цією метою застосовуються топічні глюкокортикостероїди (ГКС), які ефективно зменшують запалення та полегшують симптоми, такі як почервоніння, набряк та свербіж [8]. Однак перебіг АД нерідко ускладнюється вторинною бактеріальною інфекцією, зокрема стафілококовою, яка погіршує стан шкіри та спричиняє загострення хвороби. У таких випадках стандартного протизапального лікування недостатньо, і на допомогу приходять комбіновані топічні препарати, що містять глюкокортикостероїд і антибіотик.

Мета роботи – проаналізувати ефективність та доцільність застосування топічних комбінованих препаратів, що містять глюкокортикостероїди та антибіотики, у комплексному лікуванні atopічного дерматиту.

Результати та їх обговорення.

Топічні глюкокортикостероїди вже тривалий час вважаються "золотим стандартом" для контролю загострень atopічного дерматиту завдяки їх високій ефективності у зменшенні запальних процесів і полегшенні симптомів. Основна дія ГКС полягає в пригніченні місцевого запалення, що досягається завдяки зменшенню вивільнення прозапальних цитокінів і хемокінів. Сучасний підхід до лікування atopічного дерматиту часто передбачає комбіноване використання ГКС разом з іншими препаратами, зокрема антибіотиками, що допомагають уникнути бактеріальної суперінфекції та підтримують бар'єрну функцію шкіри [9]. Флуоцинонід і гентаміцин іноді комбінують для вирішення подвійних потреб у зменшенні запалення та лікуванні бактеріальних інфекцій при АД, поєднання цих двох компонентів наявне в мазі Кремген.

Флуоцинонід — потужний місцевий кортикостероїд, який допомагає контролювати запалення, пригнічуючи медіатори запалення в шкірі, таким чином зменшуючи почервоніння, набряк і свербіж. Завдяки своїй потужності флуоцинонід часто використовують у більш важких випадках atopічного дерматиту або коли є потреба швидко впоратися з гострими спалахами.

Гентаміцин є аміноглікозидним антибіотиком, ефективним проти ряду бактерій, включаючи *Staphylococcus aureus* — поширену причину шкірних інфекцій у пацієнтів з АД. Його місцеве застосування допомагає запобігти або контролювати вторинні інфекції, які часто ускладнюють АД, особливо під час загострень, коли шкірний бар'єр порушується. Гентаміцин особливо корисний для лікування інфікованих уражень або запобігання інфекції у випадках частого розчісування.

Комбінація цих двох активних компонентів у мазі Кремген забезпечує синергичний ефект, що дозволяє досягти більшої терапевтичної ефективності. Цей препарат призначений для місцевого застосування, і його використання допомагає не лише полегшити запальні симптоми, але й контролювати розвиток інфекцій, що є особливо важливим у лікуванні atopічного дерматиту.

Основні переваги застосування топічного комбінованого препарату Кремгена: Зниження інфекційного навантаження. Комбінована терапія ГКС з антибіотиками ефективніше зменшує інфекційне навантаження у порівнянні з монотерапією лише ГКС. Антибіотики допомагають швидко боротися з бактеріальними інфекціями, що знижує ризик подальших ускладнень.

Поліпшення клінічних результатів. Клінічні дослідження показали, що пацієнти, які отримували комбіновану терапію, швидше відзначали зменшення симптомів запалення та свербіжу в порівнянні з тими, хто лікувався лише ГКС.

Скорочення тривалості лікування. Завдяки одночасній дії на запалення та інфекцію, комбіновані препарати дозволяють скоротити загальну тривалість терапії, що є важливим як для пацієнтів, так і для запобігання розвитку резистентності до антибіотиків.

Мінімізація ризику рецидивів. Використання комбінованих препаратів знижує ймовірність рецидивів у порівнянні з монотерапією ГКС, особливо у пацієнтів з рецидивуючими інфекціями.

Побічні ефекти та ризики. Важливим аспектом є порівняння безпеки терапії. Використання комбінованих препаратів може зменшити кількість місцевих побічних ефектів у порівнянні з тривалою системною антибіотикотерапією.

Висновки. Атопічний дерматит є складним захворюванням зі значним впливом на якість життя пацієнтів. Його лікування вимагає всебічного підходу, який охоплює контроль запалення, боротьбу з бактеріальними інфекціями та підтримку загального стану шкіри. У рамках

сучасної терапії особливу роль відіграють комбіновані топічні препарати, що містять глюкокортикостероїди та антибіотики, такі як мазь Кремген.

Поєднання флуоциноніду та гентаміцину забезпечує синергічний ефект, який дозволяє ефективно контролювати як запальні симптоми, так і супутні бактеріальні інфекції. Це, в свою чергу, призводить до покращення клінічних результатів, скорочення тривалості лікування та зниження ризику рецидивів, що є особливо важливим для пацієнтів з хронічними формами АД.

Таким чином, використання комбінованих препаратів є обґрунтованим і ефективним методом лікування АД, що відповідає сучасним вимогам дерматологічної практики. Подальші дослідження в цій сфері можуть забезпечити додаткові дані для вдосконалення терапевтичних стратегій та покращення якості життя пацієнтів, що страждають на АД.

Список літератури

1. Leung D, Nicklas R, Li J, et al. Disease management of atopic dermatitis: an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2004;93:S1–S21. [PubMed] [Google Scholar]
2. Kay J, Gawkrödger D, Mortimer M, Jaron A. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30:35–39. [PubMed] [Google Scholar]
3. Paller A, Mancini A. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2006. Eczematous eruptions in childhood; pp. 49–64. [Google Scholar]
4. Mortz C, Lauritsen J, Bindsvlev-Jensen C, Andersen K. Prevalence of atopic dermatitis, asthma, allergic rhinitis, and hand and contact dermatitis in adolescents. The Odense Adolescence Cohort Study on Atopic Diseases and Dermatitis. *Br J Dermatol.* 2001;144:523–532. [PubMed] [Google Scholar]
5. Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:579–582. [PubMed] [Google Scholar]
6. Kapoor R, Menon C, Hoffstad O, et al. The prevalence of atopic triad in children with physician-confirmed atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:68–73. [PubMed] [Google Scholar]
7. Akdis C, Akdis M, Bieber T, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *Allergy.* 2006;61:969–987. [PubMed] [Google Scholar]
8. Del Rosso JQ, Bhambri S. Daily Application of Fluocinonide 0.1% Cream for the Treatment of Atopic Dermatitis. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2009 Sep; 2(9): 24–32.
9. Nilsson E, Henning C, Magnusson J. Topical corticosteroids and *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27:29–34. [PubMed] [Google Scholar]