

# Порівняльний аналіз клініко-анамнестичних особливостей перебігу atopічного дерматиту та справжньої екземи, обтяжених стафілококовою інфекцією

Я.Ф. Кутасевич, С.К. Джораєва, В.В. Гончаренко  
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

## Резюме

**Мета дослідження:** провести порівняльний аналіз клініко-анамнестичних даних хворих на алергодерматози, обтяжені стафілококовою інфекцією.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 252 особи, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» у 2016–2019 рр.

**Результати.** Аналіз клініко-анамнестичних особливостей перебігу atopічного дерматиту (АД) та справжньої екземи (СЕ), обтяжених стафілококовою інфекцією, виявив відмінності за низкою основних показників розвитку захворювань. Тяжкий ступінь патологічного процесу зі значними клінічними проявами спостерігався у 55,8% хворих на АД проти 48,4% пацієнтів зі СЕ. У групах хворих на АД та СЕ спостерігали значні розбіжності щодо наступних параметрів: рання маніфестація захворювання у 56,9% хворих на АД проти 26,0% пацієнтів зі СЕ; перевищення показників обтяженої спадковості майже вдвічі при АД у порівнянні зі СЕ; більша кількість хворих з рецидивами хвороби при АД (2–3 і більше разів на рік), ніж при СЕ. Показано, що в осередках ураженої шкіри як у хворих на АД, так і СЕ спостерігали переважання штамів *Staphylococcus aureus* з різницею у кількісних показниках виділення збудника (69,4% проти 56,8% відповідно). Показники щільності колонізації осередків пошкодженої шкіри переважною більшістю хворих на АД сягали  $10^8$  КУО/мл, тоді як у пацієнтів зі СЕ ці показники становили  $10^5$ – $10^6$  КУО/мл.

**Висновки.** Встановлено, що у хворих на АД та СЕ спостерігали значні розбіжності щодо наступних параметрів: у хворих на АД спостерігається рання маніфестація захворювання; перевищення показників обтяженої спадковості; рецидивування захворювання більш ніж 3 рази на рік. В осередках ураженої шкіри переважають штами *S. aureus* як у хворих на АД, так і СЕ, з різницею у кількісних показниках ізоляції збудника.

**Ключові слова:** atopічний дерматит, справжня екзема, клініко-анамнестичні особливості перебігу, стафілококова колонізація шкіри.

DOI: 10.33743/2308-1066-2020-1-8-16

## Вступ

За даними ВООЗ, алергічні захворювання, до яких можна віднести й хронічні алергодерматози, а саме atopічний дерматит (АД) та справжню екзему (СЕ), посідають третє місце у світі після серцево-судинної та онкопатології [7, 21].

Відповідно до сучасних уявлень, АД являє собою спадково обумовлене захворювання, ступінь клінічних проявів якого значною мірою залежить від впливу факторів навколишнього середовища та резистентності організму. Сучасну патогенетичну модель АД можна представити у вигляді ланцюга, ланками якого вважають набір генів схильності, знижену бар'єрну функцію шкіри, порушення уродженого імунітету, до яких приєднуються зовнішні фактори і особливості адаптивної імунної відповіді. Найбільш значимими генетично детермінованими порушеннями при даному захворюванні є зміни в імунній системі та шкірному бар'єрі, дисфункція яких слугує сприятливим тлом для розвитку

АД. Друга група факторів, що впливають на розвиток захворювання, є тригерами навколишнього середовища: різноманітні хімічні речовини, несприятливі метеоумови, харчові та лікарські подразники, інфекційні агенти тощо [2, 5, 6].

Кількість алергодерматозів, у структурі яких АД посідає провідну позицію, сягає 18,4% від усіх дерматологічних нозологій [7, 11]. З 60-х років минулого століття спостерігають більш ніж триразове зростання поширеності АД [2]. Протягом останніх десятиліть поширеність АД у розвинених країнах серед дітей реєструється на рівні від 17 до 30%, а серед дорослих – від 2 до 10% [11, 17].

Взагалі, інцидентність АД в Україні зросла зі 160,1 на 100 тис. населення у 2000 р. до 208,1 – у 2016 р. У Харківському регіоні інтенсивний показник поширеності АД практично щороку перевищував середній показник по Україні: 2002 р. – 182,9 проти 151,7; 2012 р. – 252,8 проти 199,1; 2017 р. – 254,2 проти

210,6 на 100 тис. населення [8]. Інтенсивний показник на 100 тис. населення та питома вага вперше виявлених випадків дерматозів в Україні також продемонстрували зростання захворюваності на АД з 74,1 (1,83%) у 2002 р. до 89,8 (2,4%) у 2017 р.

Стосовно захворюваності на екзему, за даними низки авторів, близько десятиї частини населення світу хворіє на цей дерматоз. В індустріально розвинених країнах його питома вага сягає 32–45%, становлячи в деяких регіонах близько 50% від усіх алергічних дерматозів. За даними ВООЗ, за останнє десятиліття число хворих на СЕ істотно зросло. В Україні поширеність СЕ становить, за даними різних авторів, від 8 до 30% усіх захворювань шкіри і є найчастішою патологією в практиці лікаря-дерматовенеролога [10].

Епідеміологічні та клінічні дослідження сучасності досить чітко визначили провідну роль імунологічних, генетичних і екологічних факторів у розвитку, особливостях клінічного перебігу та ступені тяжкості алергодерматозів [16]. Чітко визначено, що патофізіологічні аспекти дерматозів є основною причиною розвитку коморбідного імунного та неімунного ураження респіраторного й травного трактів, а також ендокринної та нервової систем [20]. Доведена наявність патофізіологічного зв'язку між тяжким АД, бронхіальною астмою (БА) і алергійним ринітом (АР), при цьому АД розглядають основним предиктором формування БА в дітей [3].

Високий рівень захворюваності на алергодерматози, дебют хвороби в ранньому віці, безперервно рецидивний перебіг патологічного процесу, зниження прихильності пацієнтів до лікування, а також неоднозначна оцінка патогенетичних механізмів розвитку патології і, як наслідок, недостатня ефективність лікування (особливо у випадку тяжких генералізованих форм) надають питанням пошуку причин і вибору раціональної стратегії й тактики терапії даних дерматозів особливої актуальності [1, 2, 14, 15].

**Мета дослідження:** провести порівняльний аналіз клініко-анамнестичних даних хворих на алергодерматози, обтяжені стафілококовою інфекцією.

### Матеріали та методи дослідження

Загальна кількість пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, становила 252 особи, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» у 2016–2019 рр. За нозологічними формами розподіл хворих був таким: АД – 95 хворих, з них 37 – чоловіки (середній вік – 27,8 року) та 58 – жінки (середній вік – 25,3 року). Важливо підкреслити, що більшість пацієнтів були працездатного, досить молодого віку – 86% пацієнтів віком до 40 років, що свідчить про актуальність проблеми захворювання.

Групу хворих на СЕ становили 157 хворих, з них 76 осіб – чоловічої статі, 81 – жіночої. Була невелика різниця за віком між чоловіками та жінками, середній вік жінок становив 43,4 року, чоловіків – 47,8 року. Відзначено, що, на відміну від хворих з АД, вік хворих на СЕ був старшим. Так, вік 61,8% пацієнтів був більше 40 років, третина була віком понад 60 років.

Особливості захворювання встановлювали на підставі скарг хворих, даних анамнезу життя та хвороби, а також результатів клінічного обстеження. Під час

опитування хворих обов'язково акцентували увагу на алергологічному анамнезі та встановленні обтяженої спадковості. Об'єктивне обстеження охоплювало дослідження покривів шкіри та видимих слизових оболонок, стан периферичних лімфатичних вузлів. У разі необхідності пацієнтам призначали консультації суміжних спеціалістів (терапевт, ендокринолог, невропатолог, гастроентеролог).

Усім пацієнтам основної групи спостереження визначали тяжкість перебігу дерматозу за допомогою напівкількісної шкали SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), що дало змогу оцінити площу ураження тіла та інтенсивність клінічних проявів разом з суб'єктивними симптомами – свербіжем і порушенням сну [4, 8, 19]. Тяжкість СЕ оцінювали за допомогою індексу тяжкості захворювання і площі ураження при СЕ – EASI (Eczema area and severity index) [18, 20]. Усім пацієнтам на початку обстеження проведено бактеріологічне дослідження осередків ураження та інтактної шкіри, згідно з нормативними документами МОЗ України [13].

### Результати дослідження

Захворюваність на алергодерматози різко знижує якість життя пацієнтів, призводить до соціальної дезадаптації та формування патосоматичних розладів. З огляду на велику соціально-економічну значимість захворювання, значну увагу приділяють встановленню клінічних особливостей перебігу алергодерматозів, обтяжених стафілококовою інфекцією. Для проведення порівняльного аналізу між хворими даної вибірки в кожного пацієнта проводили ретельний збір даних щодо розвитку АД та СЕ зі встановленням клініко-анамнестичних особливостей перебігу захворювання та інших морфологічних характеристик патологічного процесу з урахуванням показників індексу SCORAD та EASI відповідно.

З'ясування часу дебюту захворювання стало першим кроком під час збору анамнезу. Проаналізовані дані наведено на рисунку 1.

Для порівняння отриманих даних хворі були розподілені на 3 підгрупи за часом маніфестації перших симптомів алергодерматозів. До першої підгрупи увійшли особи з дебютом захворювання у віці до 11 років, другої – до 17 років, третьої – після 18 років.

Як видно з наведеної діаграми, у переважній кількості хворих на АД дебют захворювання відбувся у період дитинства (у більшості – упродовж перших 3 років), на відміну від хворих з групи СЕ, де процентний показник був більш ніж удвічі нижчим. Незважаючи

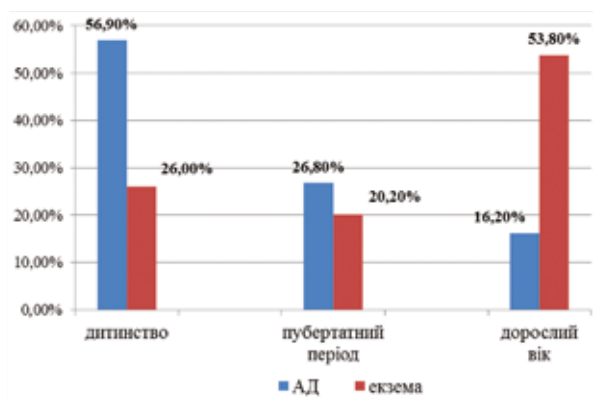


Рис. 1. Час початку захворювання у пацієнтів з АД та СЕ

на це, необхідно пам'ятати, що саме в цьому віці екзема нерідко трансформується в АД.

На діаграмі не показаний детальніший віковий розподіл, але майже дві третини пацієнтів з АД мали дебют захворювання у віці до 3 років. Початок АД у пубертатному періоді реєстрували в 26,8% хворих проти 20,2% хворих з групи СЕ. Кількість пацієнтів з дебютом захворювання в дорослому віці також відрізнялась: його було виявлено у 53,8% хворих на СЕ, вельми часто захворювання починалось після 40–50 років, за ствердженнями частини пацієнтів похилого віку, на відміну від хворих на АД, для яких цей показник сягав 16,2%.

Під час розгляду давності СЕ було встановлено, що тривалість захворювання менше одного року спостерігалась у 19 осіб (12,1%) різного віку. Усі ці хворі, крім двох, страждали на хронічну СЕ кистей (іноді зі стопами). Давність дерматозу тривалістю від 1 до 5 років встановлено у 42 осіб – 27,3%. У цих хворих спостерігався широкий віковий діапазон – від 12 до 75 років. Переважна більшість хворих на СЕ (96 осіб) була з тривалістю захворювання понад 10 років.

Таким чином, аналіз дебюту захворювання виявив відмінності між пацієнтами досліджуваних груп. Переважна кількість хворих на АД захворіла у дитинстві на відміну від хворих на СЕ, в яких дебют найчастіше реєструвався в дорослому віці. Кількість випадків початку захворювань у пубертатному періоді була приблизно однаковою в обох групах.

Значний інтерес становлять дослідження спадкової схильності до atopії як одного з генетичних факторів виникнення АД та СЕ. Отримані анамнестичні дані свідчать, що загальна кількість хворих на АД з сімейним анамнезом становила 29,5% (28 осіб). Частина хворих заперечувала або не мала уявлення про подібні випадки в родині. Переважна кількість пацієнтів успадкувала схильність до atopії по материнській лінії, і невелика частина – від обох батьків: 18 (64,3%) – по лінії матері, 6 (21,4%) – по лінії батька, 4 (14,3%) – від обох батьків. У випадку СЕ обтяжений сімейний анамнез мали 16,6% хворих (23 особи), переважно по лінії матері.

Як видно з отриманих даних, процентні показники виявленої обтяженої спадковості по АД майже вдвічі перевищували показники по СЕ. Позитивний сімейний анамнез був встановлений майже в третини пацієнтів з АД проти 16,6% – зі СЕ.

Вивчення тригерних факторів, що могли провокувати початок АД, становило певні труднощі, оскільки більшість пацієнтів не мали інформації з цього питання, особливо хворі з раннім дебютом. У 63,2% випадків встановити причину не вдалося. У решти хворих тригерні фактори розподілились наступним чином.

За інформацією, отриманою від батьків, перші симптоми алергодерматозу виникли в результаті штучного вигодовування у 7,4% хворих. Перенесення «інфекційно-застудних» захворювань у дитинстві стало пусковим механізмом для 12,6% пацієнтів з раннім дебютом. Для осіб з пізнішим дебютом АД частим тригерним фактором, на їхню думку, стало психоемоційне навантаження, яке визначили першопричиною 14,7% пацієнтів. У поодиноких випадках негативними факторами вважали аліментарні чинники, контакт з алергенами, фізичну перевтому. Стосовно загострень 44,2% хворих не мали уявлення про провокувальні чинники; найвагомішою

причиною загострень вважали психоемоційні перенавантаження 43,2% хворих.

Інші чинники розділилися приблизно рівномірно серед пацієнтів. Серед них вживання протипоказаних продуктів харчування (назвали 6 хворих), застудні захворювання (7 хворих). Окремою причиною загострення виявилось посилене потовиділення під час фізичних перенавантажень або жаркої погоди (3 хворих). Також в окремих випадках хворі скаржилися на появу загострень після контакту з хімічними речовинами, пилом рослин, одягом тощо. Траплялись випадки впливу декількох провокувальних чинників у даній групі.

При встановленні причин виникнення СЕ з'ясовано, що більш ніж половина пацієнтів (57,8%) не мала уявлення про чинники впливу, але тригери загострення впевнено називали вже 70,8% пацієнтів. Серед установлених тригерних факторів найчастіше називали стресові ситуації, що призводили до загострень майже в половині випадків. У значній кількості хворих виявляли виражену психоемоційну лабільність, неспокій, депресію. Також з озвучених чинників часто пригадували контакти з хімічними речовинами, вживання невідповідних продуктів харчування та деякі інші причини у незначній кількості.

Аналіз сезонності загострень алергодерматозів показав, що сезонність відзначалась у 52,2% хворих на АД. При цьому для переважної більшості цих пацієнтів типовою була стійка ремісія в літні місяці і загострення в осінньо-зимово-весняну пору. Але найбільш важкою сезонністю виявилась для 3 хворих зі схильністю до загострень у літній час. Саме для них притаманною була поява рецидивів внаслідок підвищеного потовиділення. Сезонність як причина виникнення екзематозного процесу зустрічалась у 46,8% хворих. Частіше відмічали загострення в прохолодні пори року, лише в 10,5% пацієнтів зустрічались скарги на рецидивування хвороби у літні місяці під впливом інсоляції.

Наступне опитування стосувалося частоти рецидивів в порівнюваних групах. Отримані дані наведено на рисунку 2.

Як видно на діаграмі, простежується вельми помітна різниця між хворими досліджуваних груп. Рецидиви, які траплялись рідше ніж 1 раз на рік, відмічено в 9,5% хворих на АД, що майже втричі нижче, ніж у пацієнтів зі СЕ. Але ця тенденція змінюється при аналізі рецидивів, які траплялись 1–2 рази на рік і 2–3 рази на рік: кількість рецидивів у хворих на АД більша в 2,7 рази порівняно з хворими на СЕ. Але в разі виникнення рецидивів частіше ніж 3 рази на рік відзначали зростання кількості пацієнтів як з АД, так і з СЕ,

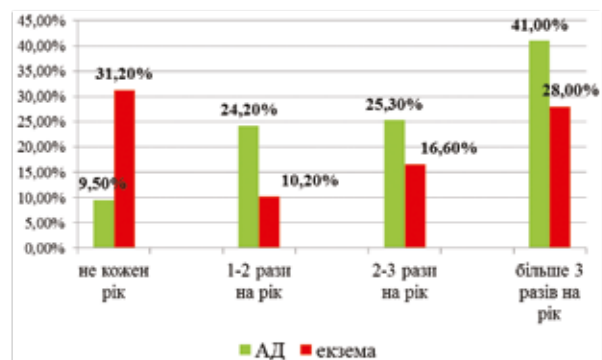


Рис. 2. Частота рецидивів у хворих на алергодерматози

хоча знов-таки відсоток був вищим у хворих з АД, ніж зі СЕ (41,0 і 28,0% відповідно). Слід уточнити, що в останню підгрупу увійшли і хворі з безперервним рецидуванням хвороби.

Наступним етапом дослідження стало встановлення конкретних алергенів (атопенів) як причин сенсibiliзації у хворих на АД. Отримані дані наведено на рисунку 3.

Згідно з отриманими даними, тригерними факторами, що найчастіше призводили до виникнення алергічної реакції і, як наслідок, імовірного загострення, виявились аліментарні чинники. В обстеженій групі процент виявлення хворих з непереносимістю харчових агентів досяг 40,0%. Продуктами, що найчастіше призводили до сенсibiliзації, стали цитрусові, мед, шоколад, копченості. Якщо більша частина хворих упевнено називали невідповідні продукти харчування і уникали їх уживання, то деяка частина пацієнтів дізнавалася про погану переносимість окремих харчових продуктів лише в процесі лікування, чим провокувала погіршення стану.

Серед хворих на АД було відзначено більшу кількість реакцій до таких атопенів, як засоби побутової та технічної хімії, синтетичні/вовняні речі. З виробів хімічної промисловості згадували побутові засоби для прибирання, пральні порошки, і невелика кількість хворих чоловічої статі – промислово-технічну хімію, що використовувалась на роботі, тобто мастильні речовини.

Відзначено, що серед хворих на АД 5,3% реагували на рослинний пилок, переважно у весняну пору року. Невелика частина була сенсibiliзована до аероалергенів у вигляді побутового пилу. Найменша частка скаржилась на непереносимість лікарських препаратів або косметичних засобів (3,2%).

Також хворі розрізнялись за комбінаціями тригерних факторів. У половини пацієнтів спостерігалось декілька чинників, які зумовлювали реакцію в разі їх потрапляння в організм. Частіше за все до комплексу сенсibiliзантив входили харчові продукти + хімічні речовини або одяг + хімічні речовини. Як правило, непереносимість побутової хімії поєднувалась з реакцією на інші алергени. Отже, за результатами збору анамнестичних даних щодо тригерних факторів, встановлено більшу кількість хворих, сенсibiliзованих до аліментарних або хімічних чинників, вовняного чи синтетичного одягу, а також рослинного пилку.

Як відомо, на початкових етапах розвитку СЕ алергічна реактивність у хворих проявляється на окремі подразники, а при прогресуванні дерматозу спектр алергенів розширюється, що свідчить про розвиток полівалентної сенсibiliзації [21]. Виходячи з вищесказаного, становив інтерес аналіз спектра алергенів



Рис. 3. Визначення груп факторів, що провокують виникнення рецидивів і загострень АД

з плином часу у хворих на СЕ. Аналізували наявність непереносимості до екзогенних подразників, якими можуть бути хімічні та фізичні фактори, харчові алергени, лікарські та косметичні засоби, різні контактні сенсibiliзанти. Дані скомпоновано в залежності від давності захворювання та кількості сенсibiliзантив (табл. 1).

Аналіз даних, наведених у таблиці 1, продемонстрував, що більшість пацієнтів, що реагує на 1 тригерний фактор, має тривалість захворювання від 1 до 5 років. При давності патологічного процесу до 1 року та від 5 до 10 років лише п'ята частина хворих реагувала на 1 вид шкірного подразника. Пацієнтів з тривалістю захворювання понад 10 років і моновалентною сенсibiliзацією не виявлено.

Найчастіше пацієнти скаржилися на непереносимість побутової або промислової хімії, таких в даній підгрупі було більше 40%. Аналіз подразників у випадку полівалентної сенсibiliзації встановив, що хворі з тривалістю екзематозного процесу понад 10 років реагували на велику кількість алергенів, серед яких частіше зустрічалась комбінація побутової хімії з продуктами харчування або одягом і трьохкомпонентні асоціації з ліків, продуктів і побутової хімії.

У результаті збору анамнестичних даних стосовно алергічного компонента полівалентна сенсibiliзація у разі тривалості захворювання понад 10 років встановлена у 68,3% хворих; від 1 до 10 років – у 31,7%. Моновалентна сенсibiliзація виявлена у 26,1% хворих на СЕ з давністю захворювання до 10 років з піковими значеннями в інтервалі від 1 до 5 років (53,7%). Відсутність алергічного компонента спостерігалась у 35,7% пацієнтів.

На наступному етапі проводили аналіз клінічних особливостей патологічного процесу, починаючи з розгляду ураженої площі. Обмежено-локалізований характер відзначали в 19 хворих (20,0%) на АД. Поширений характер патологічного процесу виявлено в 58 пацієнтів досліджуваної групи (61,1%). Частка хворих з дифузним ураженням шкірного покриву з залученням більш ніж 50% площі становила 18,9% (18 осіб), при цьому 70,8% з них належали до підгрупи з тяжким перебігом хвороби.

Серед хворих на АД спостерігали різний перебіг захворювання. 55,8% (53 особи) мали тяжкий перебіг з високими показниками індексу SCORAD (від 46,8 до 95,5 бала), середнє значення якого досягло 64,4 бала. Перебіг АД середньої тяжкості спостерігали в 29 осіб (30,5%), при цьому індекс SCORAD становив від 28 до 40 балів з середнім значенням на рівні 36 балів. Легкий перебіг АД мали 13 осіб (13,7%) з невисокими показниками індексу SCORAD (до 20 балів).

У проаналізованій групі хворих симптоматика АД характеризувалась вираженим клінічним поліморфізмом, спостерігали поєднання проявів ліхеноїдного та екзематозного характеру. В залежності від переважання тих чи інших ознак і морфологічних елементів у обстежених були встановлені наступні клініко-морфологічні форми. У 50 хворих (52,6%) на АД були виявлені клінічні ознаки еритематозно-сквамозної форми з ліхеніфікацією. Шкірний патологічний процес переважно локалізувався в ділянці ліктьових згинів, підколінних ямок, задньо-бокової поверхні шиї, тилу кистей. Симптоматика охоплювала еритематозно-сквамозні осередки гостро- та підгострозапального характеру,

Таблиця 1. Кількість хворих на СЕ з моновалентною та полівалентною сенсibiliзацією в залежності від тривалості захворювання

Вид подразника		Давність захворювання			
		< 1 року	1–5 років	5–10 років	> 10 років
Кількість хворих з моновалентною сенсibiliзацією, n*=41	Побутова або промислова хімія	n=5	n=9	n=3	0
	Ліки	n=1	n=5	n=3	0
	Аліментарні чинники	n=2	n=6	n=2	0
	Інше	n=2	n=2	n=1	0
	Усього	10 (24,4%)	22 (53,7%)	9 (21,9%)	0
Кількість хворих з полівалентною сенсibiliзацією, n=60	Спектр побутових і промислових хімічних речовин	0	0	0	n=6
	Побутова хімія + ліки	0	n=3	n=2	n=5
	Побутова хімія + продукти харчування	0	n=2	n=2	n=6
	Побутова хімія + вовна/синтетика	0	n=1	0	n=7
	Побутова хімія + косметика/парфумерія	0	0	0	n=2
	Продукти харчування + вовна/синтетика	0	0	n=1	n=4
	Продукти харчування + ліки	0	n=3	n=1	n=3
	Ліки + продукти + побутова хімія	0	0	0	n=6
	Інше	0	0	0	2
	Усього	0%	10 (16,7%)	9 (15,0%)	41 (68,3%)

Примітка: \*n – кількість хворих.

на тлі котрих відзначали дрібні папульозні висипання різного розміру, форми та кольору.

Спостерігали фолікулярні папули з тенденцією до злиття з утворенням осередків інфільтрації. Шкіра у вогнищах була гіперемованою, інфільтрованою, сухою, ліхеніфікованою, сіруватого відтінку. На шкірних покривах виявляли варіативну кількість екскоріацій, переважно лінійних, дрібнопластинчастих лусочок, серозних і геморагічних кірок. У окремих пацієнтів визначали лінії Дені-Моргана та гіперпигментацію шкіри. У хворих спостерігали свербіж шкіри різного ступеня, частіше в денні години.

Перебіг хвороби у більшості (42,0%) хворих з еритематозно-сквамозною формою був середнього ступеня тяжкості. З легким і тяжким перебігом виявлена кількість хворих становила 26,0 і 32,0% (13 та 16 осіб) відповідно. У більшості пацієнтів хвороба мала поширений характер з ураженням від 14,5 до 40,5% площі шкіри. І, нарешті, 2 особи відрізнялись дисемінованим характером хвороби з площею ураження до 60%. У хворих з легким перебігом клінічні прояви характеризувалися помірним, частіше локальним, свербіжем, висівкоподібним лущенням і незначною ліхеніфікацією. Індекс у середньому досягав 19,7. При середньо-важкій формі симптоми хвороби були виражені більше з середнім значенням індексу SCORAD 34,7 бала. Відзначалось інтенсивніше лущення, яскравіша гіперемія, набряк осередків ураження, численні екскоріації з утворенням тріщин, окремі ділянки гіперпигментації.

Ліхеноїдна форма діагностована в 30 (31,6%) осіб. Вона характеризувалась ураженням типових ділянок обличчя (періорбітальна та періоральна ділянки, повіки, слизова червоної кайми губ), області «декольте» шиї, ліктьових згинів, шкіри навколо кистей і стоп, підколінних ямок. У 43,3% хворих при спостереженні

відзначали формування ознак «атопічного обличчя»: хейліт, періоральна ліхеніфікація, періорбітальна пигментація, ліхеніфікація чола та скронь. У 4 з 30 осіб (13,3%) відзначали стовщені нижні повіки з підкресленими складками, так звані повіки Дені.

У хворих відмічався загальний сіруватий колір шкірних покривів з численними плямами вторинної гіперпигментації. Уражені ділянки були представлені осередками вираженої папульозної інфільтрації та ліхеніфікації шкіри з блискучою поверхнею, безліччю лінійних і крапкових екскоріацій з серозно-геморагічними кірочками на тлі застійної еритеми. Висипання часто мали вигляд ліхеноїдних згрупованих полігональних плоских папул різного розміру. Нерідко патологічний процес проявлявся ксерозом переважної площі шкіри та висівкоподібним лущенням. Дуже часто спостерігали глибокі тріщини та екскоріації, ускладнені вторинним бактеріальним інфікуванням. Практично усіх хворих турбував цілодобовий пекучий свербіж шкіри з порушеннями сну різного ступеня.

Легкий перебіг хвороби визначено лише в 1 хворій з 20 балами індексу SCORAD з малою (на рівні 9%) площею ураженої шкіри, незначно вираженою еритемою, дрібнопластинчастим лущенням, осередковим ксерозом шкіри. Середньо-тяжкий перебіг захворювання встановлено у чверті хворих з середнім показником 38,9 бала при підрахунку kS. У хворих відзначалась яскрава еритема, добре помітне висівкоподібне або дрібнопластинчасте лущення, вогнищеві ділянки ліхеніфікації, серозно-гнійні виділення з тріщин.

У більшості хворих з ліхеноїдною формою (73,3%) встановлено тяжкий перебіг захворювання зі значно вираженою симптоматикою з високими kS на рівні  $70,8 \pm 2,7$  бала, при якому спостерігали яскраво виражену еритему шкіри обличчя, великих складок, кистей та стоп, інфільтрацію

та ліхеніфіковані осередки шкіри в ділянці ліктьових і підколінних згинів. Здебільшого скарги хворих торкалися печучого, болісного свербіжжю, на шкірі були помітні численні екскоріації з геморагічними кірочками.

Виявлено незначну кількість пацієнтів зі стійким білим дермографізмом. Пруригоподібна форма відзначена в 15 (15,8%) осіб. Шкірний патологічний процес мав дисемінований характер і локалізувався на шкірі та розгинальних поверхнях верхніх і нижніх кінцівок, верхньої частини тулуба, попереково-крижової та сідничної ділянок. Ураження мали вигляд множинних ізольованих, болісно сверблячих папул, вкритих геморагічними кірками. Зустрічались пруритинозні та везикуло-пустульозні елементи, збільшення периферійних лімфатичних вузлів.

Відзначали зони вичісування брів, ерозії з гнійними виділеннями. У разі залучення волосистої частини голови спостерігали пустули, кірки, осередкову алопецію. Нерідко в уражених ділянках виявляли значні численні екскоріації та пруритинозні папули на тлі набряку, а також велику кількість лусочок і кірок. У деяких хворих ураження шкіри мало генералізований характер у вигляді тотальної еритродермії. Поза ураженими ділянками шкіра була тьмяною, сухою, сіруватого кольору, гіперпігментованою. У хворих відзначали множинні розчіси та екскоріації як результат інтенсивного свербіжжю, який мав «біопсуючий» характер.

Усі хворі з цим клініко-морфологічним різновидом АД відрізнялись тяжким перебігом захворювання з високими показниками kS на рівні 77,9 бала. У 10 (58,8%) осіб відмічено хейліт, у 8 (47,1%) – стійкий білий дермографізм. У частини хворих спостерігали тріщини по усьому шкірному покриву, особливо на згинальних поверхнях.

Результати комплексного аналізу об'єктивних симптомів, притаманних АД, і необхідних для встановлення kS (еритема, набряклість, наявність лусочок, ксероз, ліхеніфікація, екскоріації, а також суб'єктивних ознак – свербіжжю і порушень сну) представлено в таблиці 2.

Згідно з даними таблиці 2, виразність еритеми у більшості хворих була значною, тобто за 3-бальною системою оцінки 31,6% хворих мали 3 бали та 25,3% – 2 бали. Прояви значного набряку шкіри, оцінені в 3 бали, спостерігали в чверті осіб (24,2%). Значне мокнуття уражених ділянок відзначено майже в п'ятій частині пацієнтів – 17,9%. Також виразність ксерозу на всьому шкірному покриві на рівні 3 балів була притаманна 57,9% хворих, а помірна сухість шкіри в 2 бала відзначена у 23,2%. Прояви екскоріацій значного і помірного ступеня були притаманними 83,2% пацієнтів.

Щодо виразності ліхеніфікації, то у 23,2% хворих спостерігали значний її ступінь і у 28,4% – помірний. Помірно виражений свербіж спостерігали лише в 24,2% випадків, а 34,7% пацієнтів скаржились на сильний свербіж, який часто призводив до порушень сну, що різною мірою турбувало 65,3% осіб. Загалом, інтенсивний свербіж, який часто призводив до психічного виснаження, виступав головною скаргою в переважній кількості хворих. Часте приєднання вторинної бактеріальної інфекції нерідко поглиблювало тяжкість захворювання. Бактеріальні ускладнення залишали виражені дисхромії. Загалом, у осіб старшої вікової категорії шкіра вирізнялась дисхромічною строкатістю з наявністю пігментації.

Таким чином, в результаті проведених спостережень простежується низка загальних клініко-анамнестичних особливостей перебігу АД: у хворих з тяжким перебігом

Таблиця 2. Порівняння симптомів за ступенем їх виразності

Відсоток виявлення	Назва симптому	Виразність симптомів (у балах)			
		0	1	2	3
	Гіперемія	12,6%	30,5%	25,3%	31,6%
	Набряклість	18,9%	31,6%	25,3%	24,2%
	Мокнуття	33,7%	20,0%	28,4%	17,9%
	Ксероз шкіри	2,1%	16,8%	23,2%	57,9%
	Ліхеніфікація	26,3%	22,1%	28,4%	23,2%
	Екскоріації	2,1%	14,7%	45,3%	37,9%

відзначали дебют захворювання у ранньому дитинстві, обтяжену спадковість, обширну групу провокувальних факторів, що призводять до маніфестації клінічних проявів з наявністю полівалентності, часті рецидиви хвороби, навіть з неповними ремісіями та клінічними симптомами переважно значного ступеня вираженості.

Діагноз СЕ встановлювали на підставі типових проявів і характеру клінічного перебігу. Під наглядом знаходились хворі зі СЕ, у яких патологічний процес мав хронічний рецидивний характер із загостренням на момент госпіталізації. Найбільша кількість пацієнтів (27,3%) страждала на ураження верхніх кінцівок, найчастіше – виключно кистей рук. Також достатньо велика підгрупа (21,7%) мала ураження верхніх і нижніх кінцівок, здебільшого кисті + стопи, стопи + гомілки + кисті або підшви + долоні. У 22,3% хворих реєстрували перебіг екзематозного процесу тулуба, також верхніх і нижніх кінцівок.

Інші ділянки розподілялись досить рівномірно: екзематозний процес проявлявся на нижніх кінцівках у 9 хворих, тулубі та нижніх кінцівках – 9, тулубі та верхніх кінцівках – 7, на обличчі й руках або ногах або тулубі – 7, на обличчі, тулубі та верхніх кінцівках – 6. Тяжкий перебіг з дифузним ураженням обличчя, тулуба, верхніх і нижніх кінцівок спостерігали в 5 пацієнтів. Середня площа ураження досягла  $23,9 \pm 3,4\%$ . За ступенем ураження шкірних покривів встановлено наступний розподіл: обмежені форми дерматозу відзначали в 58 (36,9%) пацієнтів, поширені – у 79 (50,4%). Дифузний процес був притаманним 20 (12,7%) особам.

Основним показником оцінки тяжкості СЕ є індекс EASI, значення якого в пацієнтів коливалось в межах від 10,5 до 86,7 бала і в середньому становило  $52,8 \pm 3,6$  бала. За допомогою оцінки індексу EASI та порівняння перебігу захворювання за його тяжкістю виявили 17,2% хворих (27 осіб) з легким ступенем, 34,4% (54 особи) – із середньо-тяжким і 48,4% (76 осіб) – з тяжким перебігом. Виразність клінічних ознак встановлювалася за бальною системою індексу EASI.

Загальними ознаками патологічного процесу, притаманними всім хворим, визначено симетричність уражень і поліморфний характер висипань. Шкіра в осередках була застійно-синюшного кольору, інфільтрована, з явищами фісуризації, ліхеніфікації, сухості та лущення, наявністю тріщин і екскоріацій на поверхні. На тлі яскравої гіперемії з набряклістю спостерігали пухирці, ексудативні папули.

В залежності від тяжкості патологічного процесу встановлено деякі відмінності у перебігу захворювання. Виражена гіперемія, оцінена в 3 бали, зареєстрована

майже у 85,5% хворих з тяжким перебігом захворювання. Слабкий ступінь еритеми був притаманний лише хворим з легким перебігом захворювання (44,5% осіб). У групі хворих з тяжким перебігом СЕ відзначали виражені папульозно-везикулярні елементи (34,4% хворих), часто відзначали розрив мікроепітеліальних утворень ерозій з наступною мацерацією, 61,8% пацієнтів мали сильний набряк, у інших спостерігали прояви помірного та слабого ступеня. Розвиток ліхеніфікації спостерігали лише в п'ятій частині хворих.

З додаткових критеріїв відзначали появу кірок, лусочок, осередків сухості шкіри зі стиханням гострих проявів. У пацієнтів, особливо з тривалим перебігом захворювання, спостерігали післязапальну гіпо- та гіперпігментацію. 85,4% пацієнтів скаржились на нестерпний свербіж, печіння, болючість в осередках ураження. Досить часто ці симптоми посилювались у разі утворення нових елементів на тлі інволюції попередніх.

Таким чином, за результатами аналізу клініко-анамнестичних даних були встановлені суттєві відмінності перебігу патологічного процесу у хворих в залежності від тяжкості перебігу захворювання. У хворих з тяжким перебігом відмічали ранній дебют і більшу тривалість захворювання, наявність полівалентної та відсутність моновалентної сенсифікації, частіші рецидиви захворювання, поширені форми дерматозу, з більшою площею уражень шкірних покривів.

Дані, отримані при проведенні бактеріологічних досліджень шкіри хворих на алергодерматози, наведено на рисунках 4, 5.

Як видно з наведеної діаграми, в осередках ураженої шкіри спостерігали переважання штамів *Staphylococcus aureus* (69,4%) з поступовим зменшенням їх умісту в ділянках інтактної шкіри та шкіри здорових осіб (40,4 та 7,5% відповідно). Кількість виявлених штамів *Staphylococcus epidermidis* знаходилась у зворотній залежності від штамів *S. aureus* (14,1; 47,4 і 77,5% відповідно). Для штамів *Staphylococcus haemolyticus* кореляційних зв'язків з ділянкою виділення не виявлено.

Показники щільності колонізації осередків пошкодженої шкіри переважної більшості хворих на АД сягали  $10^8$  КУО/мл, тоді як у пацієнтів зі СЕ становили  $10^5$ – $10^6$  КУО/мл. Рівень обсіменіння інтактних ділянок шкіри хворих як на АД, так і на СЕ був майже на 2 порядки нижче, ніж на уражених. У контрольній групі щільність колонізації шкіри здорових осіб становила  $10^3$ – $10^5$  КУО/мл.

Як видно з рисунка 5, в осередках ураженої шкіри хворих на СЕ також переважали штами *S. aureus* (56,8%) з поступовим зменшенням їх умісту в ділянках інтактної шкіри та шкіри здорових осіб (39,6 і 7,5% відповідно). Як і в попередньому випадку, була виявлена зворотня залежність між кількістю ізольованих штамів *S. epidermidis* і *S. aureus* (33,8 і 77,5% відповідно). Дана ознака була менш вираженою на інтактних ділянках шкіри: при помітному зменшенні кількості *S. aureus* кількість штамів *S. epidermidis* зросла не так сильно, як у хворих на АД (33,8% проти 35,8%).

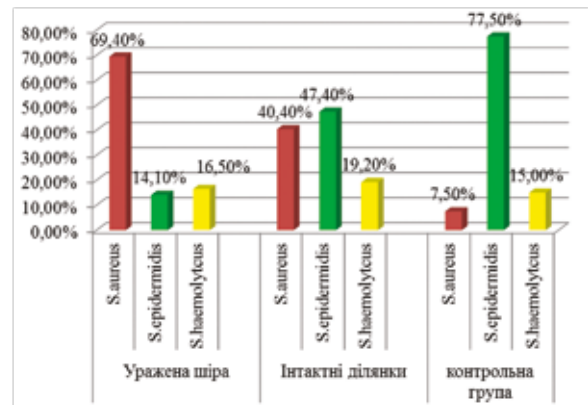


Рис. 4. Визначення складу стафілококового компонента шкірного біотопу хворих на АД та здорових осіб

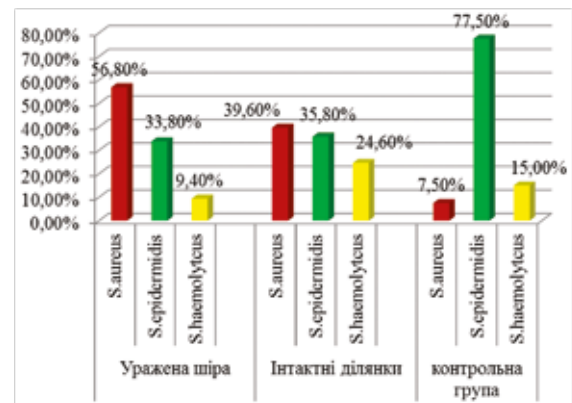


Рис. 5. Визначення складу стафілококового компонента шкірного біотопу хворих на СЕ та здорових осіб

## Висновки

За допомогою аналізу клініко-анамнестичних особливостей перебігу АД та СЕ, обтяжених стафілоковою інфекцією, було встановлено відмінності за низкою основних показників розвитку захворювань. Тяжкий ступінь патологічного процесу в поєднанні зі значними проявами клінічних ознак спостерігали в 55,8% хворих на АД проти 48,4% пацієнтів зі СЕ. При зіставленні виявлених анамнестичних особливостей у групах хворих на АД та СЕ спостерігали значні розбіжності щодо наступних параметрів: рання манифестація захворювання у 56,9% хворих на АД проти 26,0% пацієнтів зі СЕ; перевищення показників обтяженої спадковості майже вдвічі при АД у порівнянні зі СЕ (29,5% проти 16,6% відповідно); більша кількість хворих з рецидивами хвороби при АД, ніж при СЕ (2–3 і більше разів на рік).

При проведенні бактеріологічних досліджень виявлено, що в осередках ураженої шкіри спостерігали переважання штамів *S. aureus* як у хворих на АД, так і СЕ, з різницею у кількісних показниках виділення збудника (69,4% проти 56,8% відповідно). Показники щільності колонізації осередків пошкодженої шкіри переважної більшості хворих на АД сягали  $10^8$  КУО/мл, тоді як у пацієнтів зі СЕ ці показники становили  $10^5$ – $10^6$  КУО/мл.

## Список літератури

1. Айзятуллов Р.Ф. Патогенетические аспекты и комплексная терапия различных клинических форм экземы. Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2015. № 8 (87). С. 14–20.
2. Айзятуллов Ю.Ф. Современные особенности патогенеза и комплексной терапии аллергодерматозов. Журнал дерматовенерологии та косметологии ім. М.О. Торсуева. 2013. № 1–2 (30). С. 11–14.
3. Возрастная эволюционная динамика atopического дерматита / О.Б. Тамразова, М.А. Гуреева, Т.А. Кузнецова, А.С. Воробьева. Педиатрия. 2016. № 2. С. 153–159.
4. Волкостлавская В.Н. Некоторые стороны деятельности дерматовенерологических учреждений Украины за период 2000–2016 гг. Дерматология та венерология. 2017. № 3. С. 97.
5. Волкостлавская В.Н., Рощенко Л.В. Социальные, экологические характеристики заболеваемости хроническими дерматозами в Украине. Дерматология та венерология. 2018. №3(81). С. 59–64.
6. Диференційований підхід до діагностики та зовнішньої терапії екзема / Я.Ф. Кутасевич, К.Е. Щейкин, І.В. Зюбан, В.Ю. Мангушева. Дерматология та венерология. 2018. № 1 (79). С. 50–55.
7. Захворюваність на поширені дерматози за даними звертання в лікувальні заклади шкірно-венерологічного та алергологічного профілю м. Харкова / Е.М. Солошенко, О.М. Стуйлі, Л.В. Рощенко, Л.Б. Амер, Л.Б. Книженко, Н.С. Волкова, В.В. Шевченко. Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торсуева. 2014. № 1–2 (34). С. 35–40.
8. Индекс SCORAD – объективный и стандартизованный метод оценки поражения кожи при atopическом дерматите / Д.С. Коростовцев, И.В. Макарова, В.А. Ревякина, И.А. Горланов. Аллергология. 2010. № 3. С. 39–43.
9. Іонеску М.А. Кожний бар'єр: структурні та імунні зміни при розповсюджених захворюваннях шкіри. Російський алергологічний журнал. 2014. № 2. С. 83–89.
10. Тамразова О.Б., Молочков А.В. Ксероз шкіри – основний патогенетичний фактор розвитку atopического дерматита. Дерматология (приложение consilium medicum). 2014. № 4. С. 48–54.
11. Калужна Л.Д., Резникова А.А. Хронический зуд, как дерматологический синдром. Дерматолог. 2016. №1. С. 46–49.
12. Ошивалова О.О. Сучасна детоксикація при хронічних дерматозах Здоров'я України. 2015. № 2 (351). С. 1–2.
13. Погляд на лікування алергодерматозів / Л.Д. Калужна, О.О. Ошивалова, А.М. Бойчук, А.А. Резникова. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2011. № 4 (43). С. 56–60.
14. Приказ № 535 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений»: МЗ СССР, 22.04.1985, 125 с.
15. Ступенчатая энтеросорбция как оптимальный метод коррекции микробиоценоза кишечника у больных алергодерматозами / Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник, С.К. Джораева, В.Ю. Мангушева. Дерматология та венерология. 2016. № 1. С. 79–87.
16. Тамразова О.Б., Молочков А.В. Ксероз шкіри – основний патогенетичний фактор розвитку atopического дерматита. Дерматология (приложение consilium medicum). 2014. № 4. С. 48–54.
17. A Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2013 Recommendations by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM)a. Clinical Infectious Diseases Advance. 2013. 104 p.
18. Atopic dermatitis is a serious health problem in Poland. Epidemiology studies based on the ECAP study / A.J. Sybilski et al. Postep Derm Alergol. 2015. Vol. XXII. N (1). P. 1–10.
19. Dose «autoreactivity» play a role in atop dermatitis? / T.S. Tang, T. Bieber, H.C. Williams. J. Allergy Clin. Immunol. 2012. Vol. 129. P. 1209–1215.
20. Epidermal barrier dysfunction in atop dermatitis / M.J. Cork, S.G. Danby, Y. Vasilopoulos, J. Hadgraft et al. J. of Dermatology. 2009. Vol. 129. P. 1892–1908.
21. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atop dermatitis. Acta Derm.Venerol. (Stockholm). 1980. Vol. 92. P. 44–47.
22. Nutten S. Atop dermatitis: global epidemiology and risk factors. Ann. Nutr. Metab. 2015. Vol. 66. N 1. P. 8–16.

## References

1. Ayzyatullov R.F. Patogeneticheskie aspektu I kompleksnaya terapiya razlichnyh form ekzemu (Pathogenetic aspects and complex therapy of various clinical forms of eczema). Klinichna imunologiya. Alergologiya. Infektsiologiya. 2015; 8(87): 14–20.
2. Ayzyatullov R.F. Sovremennye osobennosti patogeneza i kompleksnoy terapii allergodermatozov (Modern features of the pathogenesis and complex therapy of allergic dermatoses) Zhurnal dermatovenerologii ta kosmetologii im.M.O.Torsyeva. 2013. 1-2 (30): 11–14.
3. Tamrazova O.B., Gureeva M.A., Kuznetsova T.A., Vorobeva A.S. Vozrastnaya evolutchnnaya dinamika atopicheskogo dermatita (Age-related evolutionary dynamics of atop dermatitis) Peditriya. 2016. 2:153–157.
4. Volkoslavskaya V.N. Nekotorye storony deyatelnosti dermatovenerologicheskikh uchrezhdeniy Ukrainu za perid 2000-2016 gg (Some aspects of the activity of dermatovenerological institutions of Ukraine for the period 2000–2016) Dermatologiya ta venerologiya. 2017. 3: 97
5. Volkoslavskaya V.N., Rochshenuk L.V. Sotchiyalnye, ekologicheskie karakteristiki zabolaevamosti khronicheskimi dermatozami v Ukraine (Social, environmental characteristics of the incidence of chronic dermatoses in Ukraine) Dermatologiya ta venerologiya. 2018. 3(81): 59–64.
6. Kutasevych Ya.F., Ichsheykin K.E., Zunan I.V., Mangusheva V.U. Diferentchiovanyy pidhid do diagnostuku ta zovnishnoy terapii ekzemu (Differentiated approach to the diagnosis and external therapy of eczema) Dermatologiya ta venerologiya. 2018. 1(79): 50–55.
7. Solosenko E.N., Stuliy O.N., Rochshenuk L.V., Amer L.B. Zachvoruvaniya na poshireni za danumu zvertannya v likuvalni zakladu shkirno-venereologichnogo ta alerгоlogichnogo profilu m.Kharkova (The incidence of widespread dermatoses according to the treatment of skin-venereological and allergological profile of Kharkiv) Zhurnal dermatovenerologii ta kosmetologii im.M.O.Torsyeva. 2014. 1–2(34): 35–40.
8. Korostovtchev D.C.,Makarova I.V., Revyakina V.A., Gorlanov I.A. Indeks SCORAD – obektivnyy i standartizirovanny metod otchenki porazheniya kozhi pri atopicheskom dermatite (SCORAD Index - an objective and standardized method for assessing skin lesions in atop dermatitis). Alergologiya. 2015; 3): 39-43.
9. Ionesku M.A. Kozhnyy barer: strukturne I imunnye izmeneniya pri rasprostranennyh boleznyah kozhi (Skin barrier: structural and immune changes in common skin diseases) Rossiyskiy allergologicheskii zhurnal/ 2014/ 2: 83–89/
10. Kaluzhna L.D., Reznikova A.A. Khronicheskii зуд kak dermatologicheskii sindrom (Chronic itching as a dermatological syndrome)Dermatol. 2016. 1: 46–49
11. Oshivalova O.M. Suchasna detoksukachiya pry khronichnyy dermatozah (Modern detoxification in chronic dermatoses) Zdorovya Ukrainy. 2015. 2 (351): 1–2.
12. Kaluzhna L.D., Oshivalova A.M., Boychuk A.M., Reznikova A.A. Poglyad na likuvannya alerгодermatoziv (A look at the treatment of alerгодermatoses) Ukrainsky zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. 2011. 4(43): 56-60.
13. Prikaz MZ SSSR № 535 ot 22.04.1985 «Ob unifikatsii mikrobiologicheskikh (bakteriologicheskikh) metodov issledovaniya, primenyayemykh v kliniko-diagnosticheskikh laboratoriyakh lechebno-profilakticheskikh uchrezhdeniy» [The order of the Ministry of Health of the USSR No. 535 dated 04.22.1985 "On the unification of microbiological (bacteriological) research methods used in clinical diagnostic laboratories of medical institutions"]
14. Kutasevych Ya.F., Oleynik I.A., Dzhoraeva S.K., Mangusheva V.U. Stupenchataya enterosorbchiya kak optimalnyy metod korrektsii mikrobiotchenoza u bolnyh alerгодermatozami (Stepwise enterosorption as an optimal method for the correction of intestinal microbocenosis in patients with allergic dermatoses). Dermatologiya ta venerologiya. 2016. 1: 79-87.
15. Tamrazova O.B., Molochkov A.V. Kseroz kozhi – osnovnyy patogeneticheskii faktor razvitiya atopicheskogo dermatita (Xerosis of the skin is the main pathogenetic factor in the development of atop dermatitis) Dermatologia (prilzhenie consilium medicum). 2014. 4: 48–54.
16. A Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2013 Recommendations by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM)a. Clinical Infectious Diseases Advance. 2013. 104 p.
17. Sybilski A.J. et al. 4 Atop dermatitis is a serious health problem in Poland. Epidemiology studies based on the ECAP study. Postep Derm Alergol. 2015. 32(12): 1–10.
18. Tang T.S., Bieber T., Williams H.C. Dose «autoreactivity» play a role in atop dermatitis? J. Allergy Clin. Immunol. 2012. 129: 1209–1215.
19. Cork M.J., Danby S.G., Vasilopoulos Y., Hadgraft J et al. Epidermal barrier dysfunction in atop dermatitis. J. of Dermatology. 2009. 129: 1892–1908
20. Hanifin M., Rajka G. Diagnostic features of atop dermatitis. Derm.Venerol. (Stockholm). 1980. 92: 44–47.
21. Nutten S. Atop dermatitis: global epidemiology and risk factors. Ann. Nutr. Metab. 2015;66 (1): 8–16.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Я.Ф. Кутасевич, С.К. Джораева, В.В. Гончаренко

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

### Резюме

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ клинико-анамнестических данных больных алергодерматозами, осложненными стафилококковой инфекцией.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 252 человека, которые находились на стационарном лечении в отделении дерматологии ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» в 2016–2019 гг.

**Результаты.** При анализе клинико-анамнестических особенностей течения atopического дерматита (АД) и истинной экземы (ИЭ), отягощенных стафилококковой инфекцией, установлены различия по ряду основных показателей развития заболеваний. Тяжелая степень патологического процесса в сочетании со значительными проявлениями клинических признаков наблюдалась у 55,8% больных АД против 48,4% пациентов с ИЭ. В группах больных с АД и ИЭ наблюдались значительные расхождения по следующим параметрам: ранняя манифестация заболевания у 56,9% больных АД против 26,0% пациентов с ИЭ; превышение показателей отягощенной наследственности почти в 2 раза при АД по сравнению с ИЭ; большее количество больных с рецидивами болезни при АД (2–3 и более раз в год), чем при ИЭ. Показано, что в очагах пораженной кожи как у больных АД, так и ИЭ наблюдалось преобладание штаммов *S. aureus* с разницей в количественных показателях выделенного возбудителя (69,4% против 56,8% соответственно). Показатели плотности колонизации участков пораженной кожи подавляющего большинства больных АД достигали  $10^8$  КОЕ/мл, в то время как у пациентов с ИЭ показатели находились в пределах  $10^5$ – $10^6$  КОЕ/мл.



**Выводы.** Установлено, что у больных с АД и ИЭ наблюдались значительные расхождения по следующим параметрам: у больных АД наблюдается ранняя манифестация заболевания; превышение показателей отягощенной наследственности; рецидивирование заболевания более чем 3 раза в год. В очагах пораженной кожи преобладали штаммы *S. aureus* как у больных АД, так и ИЭ, с разницей в количественных показателях выделенного возбудителя.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, истинная экзема, клинико-анамнестические особенности течения, стафилококковая колонизация кожи.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF THE COURSE OF ATOPIC DERMATITIS AND TRUE ECZEMA, COMPLICATED BY STAPHYLOCOCCAL INFECTION

Ya. F. Kutasevych, S. K. Dzhoraeva, V. V. Goncharenko

SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

### Abstract

**Objective:** to conduct a comparative analysis of clinical and medical history of patients with allergic dermatoses complicated by staphylococcal infection.

**Materials and methods.** The study included 252 people who were hospitalized in the Department of Dermatology SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine» in 2016–2019.

**Research results.** When analyzing the clinical and anamnestic features of the course of atopic dermatitis (AD) and true eczema (IE), aggravated by staphylococcal infection, differences were identified for a number of basic indicators of the development of diseases. A severe degree of the pathological process in combination with significant manifestations of clinical signs was observed in 55.8% of patients with AD versus 48.4% of patients with IE. Significant differences were observed in the groups of patients with AD and IE according to the following parameters: early manifestation of the disease in 56.9% of patients with AD versus 26.0% of patients with IE; the excess of indicators of burdened heredity is almost 2 times with AD compared with IE; a greater number of patients with relapses of the disease in AD (2–3 or more times a year.) than in IE. It was shown that in the foci of affected skin in both patients with AD and IE, a predominance of *S. aureus* strains was observed, with a difference in the quantitative indicators of pathogen isolation (69.4% versus 56.8%, respectively). The density of colonization of areas of affected skin in the vast majority of patients with AD reached  $10^8$  CFU/ml, while in patients with IE, the indicators were in the range  $10^5$ – $10^6$  CFU/ml.

**Conclusions.** It was established that in patients with AD and IE significant differences were observed in the following parameters: in patients with AD, an early manifestation of the disease is observed; excess indicators burdened by heredity; recurrence of the disease more than 3 times a year. In the foci of the affected skin, *S. aureus* strains prevailed in both patients with AD and IE, with a difference in the quantitative indicators of pathogen isolation.

**Key words:** atopic dermatitis, true eczema, clinical and anamnestic features of the course, staphylococcal colonization of the skin.

### Відомості про авторів:

Кутасевич Яніна Францівна – д-р мед. наук, професор, директор ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8706-1487>.

Джораєва Світлана Карьягдівна – канд. мед. наук, завідувача лабораторно-експериментальним відділом ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2486-5474>.

Гончаренко Валентина Василівна – канд. мед. наук, наук. співроб. лабораторії мікробіології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8168-0818>.