 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

*Гірник Галина Євгенівна*

УДК 616.5-002 + 616.521 + 616.056.3

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ, ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ**

14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби

Дисертація

на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

# Науковий керівник

Буянова Олександра Василівна

доктор медичних наук, професор

Івано-Франківськ – 2009

### ЗМІСТ

**Стор.**

#### ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,

#### СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ………………………….….…............................**4**

**ВСТУП**……………………………………..........…………..……………….............5

**РОЗДІЛ 1.** ***ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ***…………………..........……………….......…16

* 1. Етіопатогенез, клінічна картина та діагностичні критерії атопічного дерматиту…….......................…...……………………………………….…16
     1. Етіологія та патогенез атопічного дерматиту…………………………......16
     2. Класифікація та клінічні прояви атопічного дерматиту……………….....24
  2. Стан мікрофлори товстої кишки у хворих на атопічний дерматит………..........................…......……………………………........….25
     1. Роль нормальної мікрофлори товстого кишечника у життєдіяльності організму людини………………………………………………………........25
     2. Кишковий дисбактеріоз –його причини, види і форми……………...........28
     3. Клінічні прояви кишкового дисбактеріозу……………………….........…..30

**1.3.** Стан якості життя хворих на атопічний дерматит та вплив даного захворювання на психологічну атмосферу у родинах пацієнт…………….…32

**1.4.** Методи лікування атопічного дерматиту ……………........................…........33

1.4.1. Загальні принципи лікування атопічного дерматиту………………......….33

1.4.2. Препарати, які нормалізують функцію травної системи………….........…35

1.4.3. Принципи лікування кишкового дисбактеріозу у хворих на атопічний дерматит………………………………………………………………………....….36

1.4.4. Корекція психоемоційної сфери та зовнішня терапія хворих на атопічний дерматит……………………………………………………………………….........39

#### РОЗДІЛ 2. *МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ*………….............…41

**2.1.** Клінічне обстеження хворих на атопічний дерматит ……………...............41

**2.1.1.** Визначення індексу SCORAD ……………………............... ..............47

**2.1.2.** Дослідження психо-емоційного статусу пацієнтів, що

хворіють на атопічний дерматит…..................................... ..................50

**2.2.** Лабораторні методи дослідження. Мікробіологічна діагностика кишкового дисбактеріозу у обстежуваних хворих…………………………...................….....55

**2.3.** Статистична обробка результатів дослідження….......................................…61

**РОЗДІЛ 3.** ***КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ***

***ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ***………...........…….....…62

**3.1.** Клініко-епідеміологічна характеристика обстежених хворих...................…62

**3.2.** Стан психоемоційного статусу пацієнтів ........................................................73

**3.3.** Стан показників мікрофлори товстої кишки у обстежених осіб............ .....77

**РОЗДІЛ 4.** ***ОЦІНКА ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ІНДЕКСУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ ДО ТА ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ*** ...84

**4.1.** Клінічна ефективність запропонованого комплексного лікування та традиційної терапії (ТТ)…………………….………………….......................84

**4.2.** Динаміка стану психо-емоційного статусу під впливом

застосованого комплексного лікування атопічного дерматиту… ….…. ..90

**РОЗДІЛ 5. *ОЦІНКА СТАНУ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ ІЗ АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ ДО ТА ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ***........................................................................................99

5.1. Динаміка показників мікрофлори товстої кишки у хворих на атопічний дерматит…………………………… ……….………………………………..…....99

**РОЗДІЛ 6. *АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ***....................................................................................107

**ВИСНОВКИ**………………………………………………………..…..................138

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**……………………………….…...............….141

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ**…….................143

#### **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ,** **СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,**

##### **СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

АД – атопічний дерматит

###### КГ – контрольна група

ПЕС – психо-емоційний стан

ТТ– традиційна терапія

ТТ+Б,Л і С – традиційна терапія в поєднанні з Біфідумбактерином, Лактобактерином і Седасеном

**ВСТУП.**

**Актуальність теми** .

Атопічний дерматит у наш час – одна з найбільш актуальних проблем наукової і практичної медицини, яка цікавить дерматовенерологів, сімейних лікарів, імунологів [34]. Щорічно збільшується кількість хворих, погіршується перебіг захворювання і частішають випадки цього захворювання. Ця тенденція спостерігається у всіх вікових групах і зумовлена цілим рядом причин [5].

В структурі всіх дерматологічних захворювань алергодерматози складають від 12 до 43 % [1]. На атопічний дерматит страждає 5 – 30 % пацієнтів, які звернулися до дерматолога [12]. Питома вага атопічного дерматиту серед шкірних хвороб у дітей досягла понад 20 %, показник їх звертання з приводу цього дерматозу збільшується. Захворювання проявляється в більшості випадків ще в грудному віці, причому часто між 2-им та 3-ім місяцями життя. Захворювання може виникнути і в більш пізньому дитячому віці. У 50% хворих атопічний дерматит виникає у віці менше 6 міс., у 30% - до 5 років. Більш ніж у 50% - шкірні прояви зберігаються після статевого дозрівання. Поширеність цієї патології у дітей в різних країнах коливається від 10 до 20%. На прийомі у лікаря-дерматолога 35% хворих дітей – це пацієнти з атопічним дерматитом [4].

Згідно з сучасними даними науковців, атопічний дерматит стоїть на восьмому місці за частотою у осіб, молодших 25 років. За останні роки особливо драматично підвищується рівень захворюваності у дітей до 7 років. Якщо у 60-ті роки минулого століття вона становила у країнах Європи 0,1-0,5%, то нині складає приблизно 12%. В Україні захворюваність на атопічний дерматит, згідно зі статистичними даними, коливається в межах 3-10 випадків на 1000 дітей. За даними вітчизняних і закордонних дерматологів, ця захворюваність серед дорослого населення складає 2-5% в загальній популяції, варіюючи в різних країнах в залежності від рівня урбанізації і стану екологічної чистоти життєвого простору [14].

Атопічний дерматит – це хронічне алергічне захворювання, яке розвивається у осіб з генетичною схильністю до атопії, має рецидивний перебіг, вікові особливості клінічних проявів та характеризується підвищеним рівнем загального та специфічних Ig E у сироватці крові [31].

Атопічний дерматит є важким у косметологічному відношенні захворюванням, оскільки локалізується на відкритих ділянках шкіри і значно змінює зовнішній вигляд, що досить часто впливає на працездатність хворого, його становище в суспільстві, особисте життя, знижує емоційну стійкість, сприяє психічним стресам [27].

Етіологія атопічного дерматиту достатньо багатопланова і пов`язана із взаємодіями генетичних, фармакологічних, біохімічних, мікробіологічних, психологічних, імунних чинників та факторів навколишнього середовища. Розвиток і хронічний перебіг захворювання погіршується спадкова схильність, порушення діяльності центральної і вегетативної нервової системи, порушення функції внутрішніх органів, обмінні, нейрогуморальні, нейросудинні порушення, схильність до розвитку алергічних реакцій, нераціональне харчування, інтоксикація тощо [37].

Широке розповсюдження атопічного дерматиту, багаторічний його перебіг з рецидивами і ремісіями, часто малоефективне лікування обумовлюють необхідність пошуку і розробки сучасних патогенетичних ланок даної патології для обґрунтування профілактичних та нових лікувальних заходів.

Численні дослідження значно розширили наше уявлення про патогенез атопічного дерматиту, засвідчили у хворих на цей дерматоз зміни в роботі усіх органів та систем органів. Доведено [30] значну роль динамічної рівноваги мікробіоценозу товстого кишечника а також психо-емоційного стану самого хворого в патогенезі атопічного дерматиту. Але, як відомо, першопричина і певні механізми його розвитку лишаються не встановленими; жоден із існуючих методів лікування цього дерматозу не дає змогу досягти повного видужання і не є універсальним, однаково ефективним для всіх хворих.

На сучасному етапі існує безліч методів, методик та засобів лікування, яке при атопічному дерматиті повинно бути комплексним і враховувати вплив на організм кожного пацієнта призначених лікарських середників. При цьому поєднується призначення ліків для системного й місцевого застосування [33].

Проблема етіології, патогенезу та лікування атопічного дерматиту, торпідність його перебігу, збільшення захворюваності за останні роки, й особливо тяжких за перебігом клінічних форм захворювання спонукає вчених постійно приділяти увагу вивченню даного дерматозу з метою подальшого вдосконалення існуючих та розробки нових методів лікування із врахуванням їх впливу на клінічні, мікробіологічні порушення та психологічні проблеми, що мають місце у хворих на атопічний дерматит [27].

Головною скаргою хворих на атопічний дерматит є сильний, нестерпний, приступоподібний свербіж. При деяких захворюваннях емоційні розлади є важливим імпульсом для ураження шкіри. До таких психосоматичних станів відноситься і атопічний дерматит. “Атопічна особистість” характеризується як напружений індивід, нервовий, пригнічений, зосереджений на самому собі, повний тривоги. Хворі мають характерний психологічний профіль, у них спостерігається тенденція до занепокоєння, депресивний, невротичний та іпохондричний стани. Свербіж сприяє механічній травматизації, ліхеніфікації великих ділянок шкіри, що погіршує тяжкість перебігу захворювання [29].

Тому актуальним є проведення детального аналізу складових психологічного благополуччя пацієнтів з атопічним дерматитом, запровадження україномовних опитувальників, використання вітчизняних методик оцінки показників якості життя пацієнтів.

ВООЗ рекомендує визначити якість життя як індивідуальне співвідношення свого становища в житті суспільства в контексті його культури і системи цінностей даного індивідуума, його планами, можливостями і ступенем невлаштованості [40].

Введення в широку клінічну практику показників якості життя є принципово новим і перспективним. Даний метод дозволить лікарям проводити лікування пацієнтів з урахуванням психоемоційного стану хворих.

Отже, атопічний дерматит – це поліетіологічне, хронічне, рецидивуюче захворювання шкіри, яке важко піддається терапії, супроводжується численними супутніми хворобами, часто ускладнюється вторинною інфекцією, веде до інвалідизації хворих. Проблема має велике соціальне значення у зв′язку з тим, що демографічні показники в Україні значно знизились, а захворюваність на атопічний дерматит має тенденцію до зростання і збільшення частоти тяжких торпідних форм. Все це зумовлює актуальність глибокого дослідження клініко-патогенетичного перебігу захворювання, психоемоційного стану хворих та розробки нових ефективних методів їх медикаментозної корекції.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дослідження є фрагментом планової науково-дослідницької роботи кафедри шкірних та венеричних хвороб Івано-Франківського державного медичного університету 2004 – 2008рр. – “Вивчення перебігу хронічних дерматозів під впливом факторів сучасного довкілля” (Державний реєстраційний номер ВН 0104V003175).

**Мета дослідження:**

підвищити ефективність лікування хворих на атопічний дерматит на основі вивчення клініко-патогенетичних особливостей перебігу, динаміки психо-соціальної адаптації, стану мікрофлори товстої кишки та динамічної рівноваги між компонентами мікробіоценозу кишечника пацієнтів, а також розробити та впровадити патогенетично обґрунтовані методи терапії даного дерматозу і скоротити кількість його рецидивів.

**Задачі дослідження.**

Для досягнення сформульованої мети поставлено наступні задачі:

1. Провести клінічне обстеження 120 хворих на атопічний дерматит до лікування та на 30-й день після лікування за нашою методикою та традиційною терапією (ТТ).
2. Вивчити особливості сучасного перебігу атопічного дерматиту у мешканців Івано-Франківської області з урахуванням рецидивів захворювання по сезонах року.
3. Вивчити стан психо-соціальної адаптації пацієнтів, що страждають на АД із використанням спеціально розроблених анкет, які включають визначення якості професійного і сімейного життя, дозвілля та інших аспектів побуту пацієнта до лікування на 30-й день та у віддалені терміни після лікування за традиційною та розробленою нами методикою.
4. Вивчити стан мікрофлори товстого кишечника у хворих на АД (загальна кількість кишкової палички, кількість кишкової палички зі зміненими властивостями ферментів, кількість лактозонегативної кишкової палички, кількість лактобактерій та біфідобактерій, мікроорганізми, що утворюють гемоліз, умовно – патогенні мікроорганізми, гриби, гемолітичні та негемолітичні стафілококи, стрептококи) до лікування та на 30-й день після лікування за традиційною та розробленою нами методикою.
5. Розробити ефективний комплексний, патогенетично обгрунтований метод лікування хворих на атопічний дерматит.
6. Впровадити розроблений метод лікування хворих на атопічний дерматит в практику дерматовенерологічних закладів.

*Об’єкт дослідження:*

120 хворих на атопічний дерматит віком від 18 до 60 років та 30 практично здорових осіб, які розділені на групи:

***Ι група*** – 60 хворих на атопічний дерматит, які ліковані за розробленою нами методикою.

***ІІ група*** – 60 хворих на атопічний дерматит, які ліковані загальноприйнятими методами – традиційною терапією – згідно з наказом №286 МОЗ України від 07.06.2004 р.

***ΙΙΙ група*** – контрольна група (КГ) - 30 практично здорових осіб.

Суть розробленої нами методики полягала в застосуванні препаратів **“Седасен”** (в дозі 1 капс., внутрішньо, тричі на добу, протягом 4 тижнів), **“Біфідумбактерин сухий”** ( по 5 доз, внутрішньо, тричі на добу, протягом 8 тижнів) та **“Лактобактерин сухий”** ( по 2 дози, внутрішньо, тричі на добу, протягом 6 тижнів) у поєднанні із традиційною терапією.

***Базова терапія включала:***

***–*** *Вітамінотерапію:*“Аевіт” по 1капс., внутрішньо, двічі на добу, протягом 1місяця; “Кислота аскорбінова” (віт. С) по 1табл., внутрішньо, двічі на добу, протягом 1місяця;

***–*** *Десенсибілізуючі*: “Натрію тіосульфат” 30% - вводили довенно, по 10мл., один раз на добу, протягом 10 днів;

***–*** *Імуностимулятори:* “Ехінацея - ратіофарм” по 1табл., внутрішньо, тричі на добу, протягом 1місяця;

***–*** *Похідні пурину – ксантинолу нікотинат (поєднання властивостей групи теофіліну та нікотинової кислоти):* “Ксантинолу нікотинат” по 0,15 (1табл.) внутрішньо, тричі на добу, протягом 1місяця;

***–*** *Седативні:* “Екстракт валеріани” по 2табл., внутрішньо, на ніч, протягом 1місяця;

- *Антигістамінні:* “Цитрин” по 1 табл., внутрішньо, один раз на добу, протягом 15 днів.

***Місцеву терапію:*** “Кремген” – на уражені ділянки, двічі на добу – до повного регресу патологічних елементів висипки на шкірі.

*Предмет дослідження:*

Гладка шкіра пацієнтів, показники стану психо-емоційної адаптації, мікробіологічне дослідження калу (якісні та кількісні показники) у хворих на атопічний дерматит до лікування та на 30-й день після лікування за розробленою нами методикою та традиційною терапією.

*Методи дослідження:*

*1.*Клінічне обстеження хворих на атопічний дерматит із використанням спеціально розроблених анкет, які включають визначення скарг, анамнезу захворювання, анамнезу життя, об’єктивне обстеження (методом бальної оцінки – індексу SCORAD), а також якості професійного, сімейного життя, дозвілля та інших аспектів побуту пацієнта;

*2.* Загально-клінічні лабораторні обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі);

*3.*Визначення за допомогою мікробіологічних методів стану мікрофлори товстого кишечника у хворих на атопічний дерматит (загальна кількість кишкової палички, кількість кишкової палички зі зміненими властивостями ферментів, кількість лактозонегативної кишкової палички, кількість лактобактерій та біфідобактерій, мікроорганізми, що утворюють гемоліз, умовно – патогенні мікроорганізми, гриби, гемолітичні та негемолітичні стафілококи, стрептококи) до лікування та на 30-й день після лікування за нашою методикою та традиційною терапією.

*4.* Статистичні методи.

**Наукова новизна отриманих результатів.**

Проведене комплексне клініко-лабораторне обстеження хворих із атопічним дерматитом дозволило встановити наявність у всіх вікових групах психо-емоційних порушень. Вперше встановлено, більш виражений вплив захворювання на пацієнта у молодому віці зумовлений тим, що хвороба негативно впливає на щоденну та професійну активність, побутове життя і взаємовідносини із оточуючими, що в свою чергу різко знижує якість життя молодої людини. Даний фактор в окремих випадках може зумовити необхідність консультативного огляду молодих пацієнтів у лікарів психотерапевтичного профілю.

Встановлено наявність вираженого дисбалансу кількісних та якісних показників стану мікрофлори товстої кишки у хворих на атопічний дерматит, що свідчить про порушення гармонійної динамічної рівноваги між компонентами мікробіоценозу кишківника і, опосередковано, можна говорити про порушення діяльності шлунково-кишкового тракту, погіршення обмінних процесів у організмі хворих, що веде до розвитку затяжних форм кишкових захворювань, а це, в свою чергу, погіршує перебіг основного захворювання, оскільки є причиною скорочення тривалості ремісій, резистентності до лікування та тригерним фактором рецидивів атопічного дерматиту.

Вперше у хворих на атопічний дерматит комплексно вивчено стан психо-соціальної адаптації та показники мікрофлори товстого кишечника, а також встановлено їх позитивну динаміку після використання розробленої нами методики лікування.

Вперше розроблено оригінальний метод комплексного лікування хворих із атопічним дерматитом з використанням Біфідумбактерину сухого, Лактобактерину сухого у поєднанні із Седасеном та місцевою терапією, що покращує ефективність лікування атопічного дерматиту.

**Практичне значення отриманих результатів проведених досліджень.**

Для закладів охорони здоров’я дерматологічного профілю запропоновано патогенетично обґрунтований, безпечний у використанні, з відсутніми побічною дією та ускладненнями метод лікування хворих на атопічний дерматит.

Проведені дослідження дозволили встановити, що застосування розробленої нами методики для лікування атопічного дерматиту призводить до більш швидкої позитивної динаміки клінічної симптоматики та стану психо-соціальної адаптації, а також нормалізації показників мікрофлори товстого кишечника.

Розроблений метод лікування атопічного дерматиту доступний для широкого впровадження в практику дерматологічних закладів. Проведені дослідження дадуть змогу практичним лікарям поглибити знання про деякі показники мікробіоценозу товстої кишки в розвитку та перебігу атопічного дерматиту.

**Особистий внесок здобувача.**

Дисертація є науковою працею здобувача. Автором особисто сформульовано мету та завдання дослідження, проведено аналіз літератури із даної проблеми, виконано інформаційний пошук. Самостійно здійснено підбір груп хворих, складено анкети для опитування, які визначають стан психо-соціальної адаптації пацієнта, проведено клінічні, мікробіологічні дослідження, статистичну обробку й аналіз результатів дослідження, оформлено дисертаційну роботу, підготовлено до друку результати дослідження. Висновки та практичні рекомендації на основі виконаних досліджень сформульовані автором разом із науковим керівником. Аналізи мікробіологічних досліджень проведені в акредитованій “Мікробіологічній лабораторії” (атестат акредитації серія КДЛ №002167) .

**Апробація результатів дисертаційного дослідження.**

Матеріали дисертаційного дослідження доповідалися та обговорювалися на:

* Науково–практичній конференції “Дерматовенерологія в проблемі сімейного лікаря” (Київська медична академія після дипломної освіти ім.П.Л.Шупика) (Київ, березень, 2006);
* 74 міжвузівській науковій конференції молодих вчених та студентів (ІФДМУ) (Івано-Франківськ, квітень, 2006);
* Всеукраїнській науково – практичній конференції з міжнародною участю «Дерматовенерологія та косметологія на рубежі століть: наука, практика, навчання» (Київ, квітень, 2005);
* І (VIII) з’їзді Української асоціації лікарів – дерматовенерологів і косметологів (Київ, вересень, 2005);
* Науково-практичній конференції молодих вчених «Медична наука: сучасні досягнення та інновації» (Харків, листопад, 2006);
* Медичній наукова-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання внутрішньої медицини: міжфахова інтеграція» (Львів, квітень, 2008);
* ХІІ конгресі СФУЛТ (Світової федерації українських лікарських товариств) (Івано-Франківськ, вересень, 2008);
* Науково-практичній конференції «Імунозалежні, онкологічні захворювання шкіри і урологічні інфекції» (Дніпропетровськ, жовтень, 2008).

**Публікації.**

За матеріалами дисертації опубліковано 10 наукових праць, серед них 5 статей у фахових виданнях, які рекомендовані ВАК України та 5 – у матеріалах конференцій. Зміст опублікованих праць достатньо повно висвітлює основні результати проведених здобувачем досліджень, їх актуальність та значення для медицини.

**Впровадження результатів дослідження.**

Результати науково-дослідної роботи впроваджені в практику роботи Івано-Франківського та Чернівецького обласних клінічних дермато-венерологічних диспансерів та дермато-венерологічних відділень медичних закладів Івано-Франківської області. Матеріали досліджень використовуються в педагогічному процесі на кафедрі дерматології та венерології Івано-Франківського національного медичного університету і на кафедрі дерматовенерології та фтизіатрії Буковинського державного медичного університету.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне обґрунтування і нове вирішення наукової задачі, що полягає в підвищенні ефективності лікування хворих на атопічний дерматит, скорочення терміну рецидивів та подовження тривалості ремісій на підставі вивчення клініко-патогенетичних особливостей перебігу даного захворювання та використання в комплексній терапії вітчизняних препаратів: ліофільно висушеної маси живих лакто- та біфідобактерій – “Лактобактерину сухого” та “Біфідумбактерину сухого” у поєднанні з препаратом – “Седасен”.

1. При обстеженні хворих на атопічний дерматит ми встановили, що домінувала група з ліхеноїдною формою атопічного дерматиту (49 осіб - 40,8%), із ерітематозно - сквамозною формою було 26 хворих (21,6%), із ерітематозно – сквамозною з ліхеніфікацією – 23 хворі (19,2%). Найменшою була група хворих із пруригінозною формою, до складу якої входили 22 (18,4%) пацієнти. Згідно з отриманими нами статистичними даними, під нашим спостереженням знаходилось більше чоловіків – 89 (74,2%), ніж жінок - 31 (25,8%). При цьому вік хворих був різний – від 16 до 60 років, але більшість з них знаходилась у віковому діапазоні від 30 до 60 років - 77 осіб (64,17%).

2. Відмічено збільшення кількості хворих на атопічний дерматит, що звертаються за стаціонарною допомогою в Івано-Франківський клінічний дермато–венерологічний диспансер від 270 у 2003 році до 315 – у 2007 році. При аналізі статистичних даних встановлено, що у переважної більшості пацієнтів – у 71 особи (59,17%) переважала зимова форма атопічного дерматиту (загострення захворювання спостерігалось у зимово-весняний період), змішана форма перебігу – у 28 пацієнтів (23,33%). Найменшу кількість відмічено літніх форм атопічного дерматиту – у 21 пацієнта (17,5%), коли загострення спостерігалися у літньо-осінній період.

3. Встановлено, що у хворих на атопічний дерматит якість життя значно гірша, ніж у здорових осіб. При аналізі отриманих даних щодо рівня ситуаційної тривожності ми спостерігали вірогідно (р1<0,001) менший рівень цього показника після лікування за нашою методикою у обстежений хворих (І група), ніж до лікування: 43,72±1,24 бали проти 59,26±1,32 балів. В той час, як після лікування ТТ (ІІ група) даний рівень був недостовірно (р1>0,05) менший у порівнянні з аналогічним показником до лікування і становив 56,12±0,72 балів – після ТТ та 57,64±1,22 балів – до лікування. Рівень ситуаційної тривожності у осіб, які становили КГ був 42,74±1,26 бали. При аналізі рівня опірності до стресу у хворих на АД ми спостерігали, що до лікування в І групі порівняння показник опірності до стресу складав 293,86±5,18 бали, а після лікування за нашою методикою – 181,82±4,74 бал (р1<0,001). В той же час, після проведеної ТТ опірність до стресу була 253,48±6,44 бали, а до лікування рівень вказаного симптому в даній групі становив 292,62±4,68 бали (р1>0,05). У осіб КГ рівень опірності до стресу становив 172,46±19,41 бали.

Отже у пацієнтів з АД І-ї групи, які поряд із традиційною терапією отримували Біфідумбактерин сухий, Лактобактерин сухий і Седасен, спостерігається більш виражена позитивна динаміка показників якості життя.

4. Визначення кількісних та якісних показників мікрофлори товстої кишки у хворих на атопічний дерматит, пролікованих за нашою методикою та за допомогою традиційної терапії, довело достовірну (р<0,05; р<0,01; р<0,001) різницю показників рівнів кишкової палички зі зміненими властивостями ферментів, кишкової палички лактозонегативної, лактобактерій, біфідобактерій пацієнтів І групи (наша методика лікування) у порівнянні із аналогічними показниками у пацієнтів ІІ групи (лікування традиційною терапією).

Кількість кишкової палички зі зміненими властивостями ферментів у хворих ІІ групи була достовірно вища у порівнянні із хворими І групи і становила: 11,32×106±3,76 к.у.о./1г вмісту товстої кишки – відповідно у хворих ІІ групи та 0,14×106±0,04 к.у.о./1г вмісту товстої кишки – відповідно у хворих І групи. Тоді як кількість кишкової палички лактозонегативної у хворих ІІ групи була достовірно вища у порівнянні з хворими І групи і становила: 5,51×106±2,47 к.у.о./1г вмісту товстої кишки – відповідно у хворих ІІ групи та 0,09×106±0,03 к.у.о./1г вмісту товстої кишки – відповідно у хворих І групи.

Дослідження кількості лактобактерій та біфідобактерій показало, що кількість лактобактерій та біфідобактерій у хворих на атопічний дерматит ІІ групи була достовірно (р<0,001 (для лактобактерій) та р<0,01 (для біфідобактерій)) нижча у порівнянні із хворими І групи і становила: 5,19×106±2,20 к.у.о./1г вмісту товстої кишки та 5,10×107±2,55 к.у.о./1г вмісту товстої кишки – у хворих ІІ групи та 183,67×106±39,92 к.у.о./1г вмісту товстої кишки та 87,70×107±28,29 к.у.о./1г вмісту товстої кишки – відповідно у хворих І групи.

5. Розроблено метод комплексного лікування хворих на атопічний дерматит з включенням до традиційної терапії наступних препаратів: “Біфідумбактерин сухий” по 5 доз, внутрішньо, тричі на добу, протягом 8 тижнів, “Лактобактерин сухий” по 2 дози, внутрішньо, тричі на добу, протягом 6 тижнів, та “Седасен” по 1 капс., внутрішньо, тричі на добу, протягом 4 тижнів.

6. Впроваджено розроблений нами патогенетично обґрунтований метод лікування хворих із атопічним дерматитом у практику дермато-венерологічних закладів. Метод безпечний у використанні, сприяє нормалізації показників мікрофлори товстого кишечника та покращенню якості життя хворих.

П Р А К Т И Ч Н І Р Е К О М Е Н Д А Ц І Ї

З метою підвищення ефективності лікування хворих на атопічний дерматит, а також з метою покращення психо-емоційного стану та корекції порушень мікробіоценозу товстого кишечника, які спостерігаються у хворих при атопічному дерматиті рекомендовано використовувати на тлі базисної терапії комплекс вітчизняних лікарських препаратів: Біфідумбактерин сухий” по 5 доз, внутрішньо, тричі на добу, протягом 8 тижнів, “Лактобактерин сухий” по 2 дози, внутрішньо, тричі на добу, протягом 6 тижнів, та “Седасен” по 1 капс., внутрішньо, тричі на добу, протягом 4 тижнів. Поряд із запропонованими препаратами рекомендовано включення у комплекс лікування хворих із атопічним дерматитом базової терапії, яка включає застосування наступних засобів: “Аєвіт” по 1 капс., внутрішньо, двічі на добу, протягом 1місяця; “Натрію тіосульфат” 30% розчин - вводити довенно, по 10 мл., один раз на добу, протягом 10 днів; “Кислоту аскорбінову” (віт. С) по 1табл., внутрішньо, двічі на добу, протягом 1місяця; “Цетрин” по 1 табл., внутрішньо, один раз на добу, протягом 15 днів; “Ехінацею - ратіофарм” по 1табл., внутрішньо, тричі на добу, протягом 1місяця; “Ксантинолу нікотинат” по 0,15 (1 табл.) внутрішньо, тричі на добу, протягом 1місяця; “Екстракт валеріани” по 2 табл., внутрішньо, на ніч, протягом 1 місяця; місцеву терапію: “Кремген” – на уражені ділянки, двічі на добу – до повного регресу патологічних елементів з переходом на індиферентні зволожуючі креми.

У хворих на атопічний дерматит доцільно досліджувати стан мікробіоценозу товстого кишечника. З цією метою у мікробіологічних та культуральних препаратах, виготовлених з калових мас хворих слід проводити визначення кількості кишкової палички зі зміненими властивостями ферментів, кишкової палички лактозонегативної, біфідобактерій, лактобактерій, гемолітичних та негемолітичних стафілококів, стрептококів, умовно – патогенних мікроорганізмів.

З метою визначення показників якості життя та стану психо-емоційних порушень у хворих на атопічний дерматит рекомендовано застосовувати опитування пацієнтів за допомогою анкети ДІЯЖ, та визначати рівні їх особистісної і ситуаційної тривожності, а також ступінь опірності до стресу, що дозволить значно збільшити ефективність лікування.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.**

1. Айзятулов Р.Ф. Патогенез и профилактика атопического дерматита / Айзятулов Р.Ф., Гупало Р.А., Полях Я.А. - Дерматология. Косметология. Сексопатология.-2004.-№1-2(7).-с.13-14.
2. Айзятулов Р.Ф. Особенности клинической картины и комплексная терапия атопического дерматита / Айзятулов Р.Ф., Юхименко В.В., Боряк С.А. - Дерматология. Косметология. Сексопатология.-2004.-№1-2(7).с.16-17.
3. Андрашко Ю.В. Мазь “Кремген” в лечении микробной экземы / Андрашко Ю.В., Миронюк И.С. - Здоровье Украины.-2001.-№3.-с.35.
4. Атопический дерматит: Руководство для врачей / [под редакцией Ю.В.Сергеева] , - М.- Медицина для всех.-2002.-183с.
5. Атопический дерматит: Руководство для врачей / [под редакцией Т.В.Проценко], - Донецк.- Східний видавничий дім.-2003.-163с.
6. Аряев Н.Л. Клиническое значение атопического дерматита в педиатрической практике / Аряев Н.Л. – Перинатология и педиатрия. – 2005. - №1.- с.59-63.
7. Балаболкин И.И. Современная концепция патогенеза и принципы терапии аллергических заболеваний у детей / Балаболкин И.И. - Педиатрия.-2003.-№4.-с.52-57.
8. Балаболкин И.И. Атопический дерматит у детей / Балаболкин И.И. – М.: Медицина.- 1999.- 240с.
9. Бабак О.Я. Сучасна фармакотерапія дисбактеріозу кишечника / Бабак О.Я., Кушнір І.Є. – Методичні рекомендації. Інститут терапії АМН України.- Харків.- 1998.- 27с.
10. Бережной В.В. Микрофлора человека и роль современных пробиотиков в ее регуляции / Бережной В.В. – Здоровье женщины.- 2004.- №1.- с.134-139.
11. Билибин А.Ф. Дисбактериоз, аутоинфекции и их значение в патологии / Билибин А.Ф. – Клиническая медицина.- 1970.- Т.48.- с.7-12.
12. Болотная Л.А. Атопический дерматит/ Л.А. Болотная, Е.С. Шмелькова / Международный медицинский журнал.- 2001.- Том 7, №1. – С. 95-99.
13. Бондаренко В.М. Дисбактериозы кишечника у взрослых / Бондаренко В.М., Грачева Н.М. – М, - 2003.- 138с.
14. Буянова О.В. Нові підходи до лікування атопічного дерматиту / Буянова О.В., Василюк О.Я. - Український журнал дерматології, венерології і косметології.-2005.-№2(17).-с.43-46.
15. Буянова О.В. Застосування мазі “Кремген” у комплексному лікуванні атопічного дерматиту та мікробної екземи / Буянова О.В. - Український журнал дерматології, венерології і косметології.-2002.-№1(4).-с.26-27.
16. Винцерская Г.А. Сравнительный анализ эффективности применения мази "Кремген" / Винцерская Г.А. – Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002.- №4.- с.47-49.
17. Воронина В.Р. Роль грибковой и бактериальной флоры кожи в патогенезе атопического дерматита / Воронина В.Р., Смолкин Ю.С., Чебуркин А.А. - Вестник дерматологии и венерологии.-2003.-№1.-с.16-19.
18. Герреро Д. Преимущества применения нового смягчающего средства (триксеры) у пациентов, страдающих атопическим дерматитом / Герреро Д., Сегар Ш. - Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002.- №3.- с.41-44.
19. Глухенький Б.Т. Опыт лечения аллергодерматозов мазью “Кремген” / Глухенький Б.Т., Михасева Т.М., Глухенькая А.Б. - Український журнал дерматології, венерології і косметології.-2001.-№2-3.-с.56-57.
20. Горовенко Н.Г. Методологічні підходи у вирішенні проблеми атопічного дерматиту на сучасному етапі/ Н.Г. Горовенко, О.І. Ласиця, Л.Д. Калюжна, Л.С. Осипова /Астма та алергія: Наук.-практ.журн..- 2002. - №1. – С.54-58.
21. Гриневич В.Б. Пребиотики в лечении заболеваний внутренних органов / Гриневич В.Б., Иваников И.О. – Российский медицинский журнал.- 2003. - №5. – с.53-56.
22. Гребенюк В.Н. Прогресс в наружной кортикостероидной терапии атопического дерматита у детей / Гребенюк В.Н. - Педиатрия.-1998.-№5.-с.88-91.
23. Данилов С.И. Элоком – эффективность и безопасность в дерматологической практике / Данилов С.И., Пирятинская В.А., Лилаева А.М. - Вестник дерматологии и венерологии.- 1998. - №5. – с.53-54.
24. Денисов М.Ю. Гастроинтестинальная гиперреактивность и ее значение в формировании атопического дерматита у детей / Денисов М.Ю.,Казначеева Л.Ф. – Рос. Журн. Кожных и венерических болезней.-2001.-№6.-с. 38-41.
25. Довжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами / Довжанский С.И. - Вестник дерматологии и венерологии.-2001.-№3.-с.12-13.
26. Емельянова А.В. Топические кортикостероиды в терапии аллергодерматозов: значение внегеномного эффекта / Емельянова А.В., Монахов К.Н. - Вестник дерматологии и венерологии.-2002.-№3.-с.59-61.
27. Иванова И.Н. Психологические аспекты атопического дерматита / Иванова И.Н. - Вестник дерматологии и венерологии.-1991.-№11.-с.38-42.
28. Зайков С.В. “Кремген” – новый отечественный препарат для лечения дерматозов аллергического и инфекционного генеза / Зайков С.В. - Аптека.-2000.-№3.-с.3.
29. Зайченко Я.О. Атопічний дерматит: можливі причини, патогенез, клініка / Зайченко Я. О. - Український медичний часопис. – 2004. - №%5 (43). – с.21-24.
30. Зайцева Н.Е. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта у детей с атопическим дерматитом / Зайцева Н.Е., Пьянкова А. В. – Тези доповідей VII Українського з`їзду дерматовенерологів.- К. – 1999. – с.7-8.
31. Казімрук.В.Є. Імунні зрушення та клінічні особливості перебігу атопічних і псевдоатопічних алергічних захворювань шкіри у дітей. / Казімрук В.Є., Плахотна Д.В. – Журнал дерматологии и венерологии.- 2001.- №3.- с. 41-44.
32. Калюжная Л.Д., Аутофлора кожи больных с атопическим дерматитом / Калюжная Л.Д., Руденко А.В., Мурзина Э.А. - Український медичний часопис.-1999.-№4.-с.7-8.
33. Калюжна Л.Д. Раціональний підхід до обгрунтованої терапії атопічного дерматиту / Калюжна Л.Д., Шмигло М.М., Ібрагім Ю.Т. - Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна.-2002.-№545.-102-104.
34. Калюжная Л.Д. Актуальная проблема дерматовенерологии - атопический дерматит / Калюжная Л.Д. – Український медичний часопис.- 2003.-№2 (34).-с.87-91.
35. Калюжная Л.Д. Средства наружной терапии атопического дерматита и требования к ним / Калюжная Л.Д. - Український журнал дерматології, венерології і косметології.-2002.-№1(4).-с.32-33.
36. Калюжная Л.Д. Оптимизация лечения больных с атопическим дерматитом / Калюжная Л.Д. – Ліки України. – 2003. - №8.- с.14-15.
37. Ковальчук М.Т. Патогенез атопического дeрматита / Ковальчук М.Т. - Дерматология. Венерология.Сексопатология.-2001.-№2-3(4).-с.132-137.
38. Ковальчук М.Т. Атопічний дерматит / Ковальчук М.Т. – Вісник наукових досліджень.- 2006.- №1.- с.24-26.
39. Ковалева Л.Н. Особенности психологического статуса у больных экземой и атопическим дерматитом в южном регионе Украины / Ковалева Л.Н.- Український журнал дерматології, венерології і косметології.-2006.-№2.-с.13-15.
40. Коляденко В.Г. Показники якості життя у дерматилогичних хворих / Коляденко В.Г., Чернишов П.В. - Український журнал дерматології, венерології та косметології.-2005.-№2.-с.11-14.
41. Короткий Н.Г. Клинико-патогенетическая классификация атопического дерматита у детей/ Н.Г. Короткий, А.А. Тихомиров, О.Е. Ищенко, А.В. Белова. - Российский журнал кожных и венерических болезней.- М,2003.- №1.- С.26-29.
42. Кочергин Н.Г. Циклоспорин А при атопическом дерматите / Кочергин Н.Г. - Российский журнал кожных и венерических болезней.- 1998.- №2.- С.32-35.
43. Кочергин Н.Г. Опыт применения неорала при атопическом дерматите у детей / Кочергин Н.Г. - Российский журнал кожных и венерических болезней.- 1998.- №2.- С.35-37.
44. Кривошеев Б.Н.Сравнительная оценка терапевтической эффективности Элокома у больных атопическим дерматитом / Кривошеев Б.Н., Криницина Ю.М. - Вестник дерматологии и венерологии.-2001.-№2.-с.48-51.
45. Кубанова А.А. Концепция определения качества жизни больных в дерматовенерологии / Кубанова А.А., Мартынов А.А. - Вестник дерматологии и венерологии.-2004.-№4.-с.16-19.
46. Кунгуров Н.В. Об оптимизации терапии больных атопическим дерматитом детей и взрослых / Кунгуров Н.В., Кохан М.М.- Вестник дерматологии и венерологии.-2004.-№3.-с.23-29.
47. Куршеков Т.Ю. Состояние микрофлоры толстой кишки у больных хроническими дерматозами / Куршеков Т.Ю., Жукова Г.И., Воронова Н.Ю. – Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2002. - №3.- с.38-39.
48. Кутасевич Я.Ф. Современные подходы к наружному лечению дерматологических больных / Кутасевич Я.Ф. - Дерматология и венерология.-2004.-№2(24).-с.19-20.
49. Лановий В.І. Хронічне соматичне захворювання як чинник психо-травматизації хворої дитини / Лановий В.І., Лембрик І.С. - Галицький лікарський вісник.-2002.-№4.-с.87-88.
50. Лусс Л.В. Атопический дерматит: современная концепция локальной терапии/ Л.В. Лусс. - Педиатрия: Журн.им. Г.Н. Сперанского.- М,2002.-№4.- С.73-77.
51. Матушевская Е.В. Эффективность пимекролимуса в терапии атопического дерматита на основании изучения клеточного звена иммунитета / Матушевская Е.В., Свирщевская И.А.. - Вестник дерматологии и венерологии.- М,2006.- №1.- С.36-42.
52. Международная конференция по атопическому дерматиту ІІ. Вступительное слово председателя и краткий обзор материалов конференции / Аллергология.-2003.-№4.-с.49-58.
53. Мурзина Э.А. Микробный биоценоз кожи при атопическом дерматите и пути его коррекции / Мурзина Э.А. - Дерматология. Венерология. Сексопатология.-2000.-№2(3).-с.30-31.
54. Павлова О.В. Опыт применения цетиризина (аллертека) в терапии больных атопическим дерматитом и экземой / Павлова О.В. - Вестник дерматилогии и венерологии: Науч.-практ. рецензируемый журнал.- 2005.- №4.- С. 41-43.
55. Перламутров Ю.Н. Рациональность лекарственных назначений при атопическом дерматите /Ю.Н. Перламутров, Е.В. Белякова. - Российский медицинский журнал. – М, 2002.- №4.- С.13-15.
56. Проценко Т.В. Патогенетична роль порушень мікробіоценозу кишечника у дітей, хворих на атопічний дерматит / Проценко Т.В., Грицай О.Д. – Дерматологія та венерологія. – 2001. - №4. – с.11-13.
57. Романенко В.Н. Триггеры атопического дерматита / Романенко В.Н., Лавриненко О.А. - Український журнал дерматології, венерології,косметології. – 2001. - №2-3. – с.10-13.
58. Свечникова Н.Н. Соматотипы и дисплазия соединительной ткани у больных атопическим дерматитом/ Н.Н. Свечникова, В.А. Шкурупий, Н.Г. Лузгина . - Вестник дермртологии и венерологии.- М,2003. - №1.-С.28-30.
59. Сергеев Ю.В. Атопический дерматит: современная диагностика и лечение / Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Новиков Д.К. - Иммунопатология, аллергология, инфектология.-2001.-№4.-с.28-48.
60. Сергеев Ю.В. Эффективные подходы к поддерживающей наружной терапии атопического дерматита/ Ю.В. Сергеев. - Вестник дерматологии и венерологии.- М,1999.- №14.- С.643-647.
61. Скрипкин Ю.К. Атопический дерматит / Скрипкин Ю.К., Шеклакова М.Н. - Российский медицинский журнал. – М, 2002.- №4.- С.13-15.
62. Смирнова Г.И. Современные технологи местного лечения атопического дерматита у детей / Смирнова Г.И. - Иммунопатология, аллергология, инфектология.-2003.-№3.-с.75-82.
63. Солнцева В.К. К вопросу микробиоценоза кожи больных хроническими дерматозами / Солнцева В.К., Быков А.С., Воробьев А.А. - Российский журнал кожных и венерических болезней.-2000.-№5.-с.28-31.
64. Старостенко Л.В. Психосоціальні проблеми хворих на хронічні сверблячі дерматози / Старостенко Л.В. – Український журнал дерматології, венерології,косметології. – 2006. - №1. – с.42-45.
65. СтепаненкоВ.І. Раціональність застосуваня топічних негалогенізованих топічних кортикостероїдних препаратів у лікуванні алергодерматозів / Степаненко В.І., Коган Б.Г., СологубЛ.В. - Український журнал дерматології, венерології,косметології. – 2004. - №1. – с.36-37.
66. Суворова К. Н. Атопический дерматит: современная диагностика и лечение / Суворова К. Н.- Российский медицинский журнал. – М, 1998.- №6.- С.63-67.
67. Теличко Т.В. Некоторые аспекты патогенеза атопического дерматита / Теличко Т.В. – Дерматологія та венерологія.- 2001.- №4 (14).- с.14-17.
68. Торопова Н.П. Тяжелые (инвалидизирующие) формы атопического дерматита у детей. Методы медико-социальной реабилитации.- Русский медицинский журнал. – М, 1997.- №5(11).- С.713-720.
69. Трофимова И.Б. Новое в патогенезе и лечении атопического дерматита / И.Б. Трофимова, Гевондян В.С. - Вестник дерматилогии и венерологии: Науч.-практ. рецензируемый журнал.- 2001.- №2.- С. 9-13.
70. Трутнев Д.Б. Кожная патология у пациентов гастроэнтерологического отделения / Трутнев Д.Б., Дрыжаков А.И. – Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. - №2. – с.48-51.
71. Федоренко О.Є. Особливості впливу деяких типів психологічного реагування хворих на виразність їх психологічної стривоженості / Федоренко О.Є. - Дерматология. Венерология. Сексопатология.-2000.-№2(3).-с.18-19.
72. Федоренко О. Є. Дерматологічна патологія як медико-психологічна проблема / Федоренко О.Є. – Український журнал дерматології, венерології, косметології.- 2005.-№2.-с.6-9.
73. Хімейчук Л.О. Ефективність застосування флуренізиду в комплексній терапії атопічного дерматиту / Хімейчук Л.О. - Галицький лікарський вісник.-2002.-№4.-с.81-84.
74. Чернишов П.В. Дерматологічний індекс якості життя у хворих на екзему кистей при застосуванні 0,1% мазі метил преднізолону ацепонату / Чернишов П.В. - Український журнал дерматології, венерології та косметології.-2002.-№1(4).-с.19-20.
75. Шанталь Сегар. Средства наружной терапии атопического дерматита и требования к ним / Шанталь Сегар - Український журнал дерматології, венерології та косметології.-2005.-№4.-с.20-21.
76. Юрьев К.Л. Руководство по лечению атопического дерматита / Юрьев К.Л. – Український медичний часопис. – 2004. - №%5 (43). – с.24-28.
77. Abramovits W. Atopic dermatitis. Abramovits W. J Am Acad Dermatol. 2005 Jul;53:S86-93.
78. Abramovits W. A multicenter, randomized, vehicle-controlled clinical study to examine the efficacy and safety of Atopiclair in the management of mild to moderate atopic dermatitis in adults. Abramovits W, Boguniewicz M. J Drugs Dermatol. 2006 Mar;5(3):236-44.
79. Akdis CA. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, Bindslev-Jensen C, Boguniewicz M, Eigenmann P, Hamid Q, Kapp A, Leung DY, Lipozencic J, Luger TA. Allergy. 2006 Aug;61(8):969-87.
80. Atherton DJ. Topical corticosteroids in atopic dermatitis. Atherton DJ. BMJ. 2003 Oct 25;327(7421):942-3.
81. Benenson S. Atopic dermatitis--a risk factor for invasive Staphylococcus aureus infections: two cases and review. Benenson S, Zimhony O, Dahan D, Solomon M, Raveh D, Schlesinger Y, Yinnon AM. Am J Med. 2005 Sep;118(9):1048-51.
82. Bieber T. Allergy. Onset of pruritus relief with pimecrolimus cream 1% in adult patients with atopic dermatitis: a randomized trial. Bieber T, Helgesen AL, Andersen BL, Luger T, Poulin Y, Al-Hafidh J. Allergy. 2006 Mar;61(3):375-81.
83. Bussmann C. Does allergen-specific immunotherapy represent a therapeutic option for patients with atopic dermatitis? Bussmann C, Bеckenhoff A, Henke H, Werfel T, Novak N. . J Allergy Clin Immunol. 2006 Dec;118(6):1292-8.
84. Charman C. The use of corticosteroids and corticosteroid phobia in atopic dermatitis. Charman C, Williams H. Clin Dermatol. 2003 May-Jun;21(3):193-200.
85. Caproni M. Expression of adhesion molecules in atopic dermatitis is reduced by tacrolimus, but not by hydrocortisone butyrate: a randomized immunohistochemical study. Caproni M, Torchia D, Antiga E, Volpi W, Fabbri P. Clin Exp Dermatol. 2006 Nov;31(6):813-7.
86. Caproni M J. The effects of tacrolimus ointment on regulatory T lymphocytes in atopic dermatitis. Caproni M, Torchia D, Antiga E, Volpi W, del Bianco E, Fabbri P. Clin Immunol. 2006 Jul;26(4):370-5.
87. Davies MG. An open study to assess the efficacy clinically and immunologically of M. vaccae vaccine in patients with atopic dermatitis. Davies MG, Symons C, Shaw S, Kaminski ER. J Dermatolog Treat. 2006;17(2):74-7.
88. Devillers AC. Treatment of refractory atopic dermatitis using 'wet-wrap' dressings and diluted corticosteroids: results of standardized treatment in both children and adults. Devillers AC, de Waard-van der Spek FB, Mulder PG, Oranje AP. Dermatology. 2002;204(1):50-5.
89. Draelos Z. Pharmacokinetics of topical calcineurin inhibitors in adult atopic dermatitis: a randomized, investigator-blind comparison. Draelos Z, Nayak A, Pariser D, Shupack JL, Chon K, Abrams B, Paul CF. J Am Acad Dermatol. 2005 Oct;53(4):602-9.
90. Ellis CN. Cost-effectiveness analysis of tacrolimus ointment versus high-potency topical corticosteroids in adults with moderate to severe atopic dermatitis. Ellis CN, Drake LA, Prendergast MM, Abramovits W, Boguniewicz M, Daniel CR, Lebwohl M, Paller AS, Stevens SR, Whitaker-Worth DL, Tong KB. J Am Acad Dermatol. 2003 Apr;48(4):553-63.
91. Foelster-Holst R. Efficacy of crisis intervention treatment with topical corticosteroid prednicarbat with and without partial wet-wrap dressing in atopic dermatitis. Foelster-Holst R, Nagel F, Zoellner P, Spaeth D. Dermatology. 2006;212(1):66-9.
92. Foti C. Contact allergy to topical corticosteroids in children with atopic dermatitis. Foti C, Bonifazi E, Casulli C, Bonamonte D, Conserva A, Angelini G. Contact Dermatitis. 2005 Mar;52(3):162-3.
93. Fukaya M. Why do patients with atopic dermatitis refuse to apply topical corticosteroids? Fukaya M. Dermatology. 2000;201(3):242-5.
94. Gong JQ. Skin colonization by Staphylococcus aureus in patients with eczema and atopic dermatitis and relevant combined topical therapy: a double-blind multicentre randomized controlled trial. Gong JQ, Lin L, Lin T, Hao F, Zeng FQ, Bi ZG, Yi D, Zhao B. Br J Dermatol. 2006 Oct;155(4):680-7.
95. Gregurek-Novak T. Topical therapy with fluorinated and non-fluorinated corticosteroids in patients with atopic dermatitis. Gregurek-Novak T. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001 Jan;15(1):81-2.
96. Hagstrуmer L. Biophysical assessment of atopic dermatitis skin and effects of a moisturizer. Hagstrуmer L, Kuzmina N, Lapins J, Talme T, Emtestam L. Clin Exp Dermatol. 2006 Mar;31(2):272-7.
97. Hashizume H . Comparable risk of herpes simplex virus infection between topical treatments with tacrolimus and corticosteroids in adults with atopic dermatitis. Hashizume H, Yagi H, Ohshima A, Ito T, Horibe N, Yoshinari Y, Takigawa M. Br J Dermatol. 2006 Jun;154(6):1204-6.
98. Hebert AA. Desoximetasone 0.25% and tacrolimus 0.1% ointments versus tacrolimus alone in the treatment of atopic dermatitis. Hebert AA, Koo J, Fowler J, Berman B, Rosenberg C, Levitt J. Cutis. 2006 Nov;78(5):357-63.
99. Hennino A. Improvement of atopic dermatitis skin symptoms by Vitreoscilla filiformis bacterial extract. Hennino A, Goujon C, Dahel K, Bastien P, Martin R, Jourdain R, Breton L. Eur J Dermatol. 2006 Sep;16(4):380-4.
100. Heratizadeh A. Atopic dermatitis: The hygiene hypothesis: Prevention through helminth infections? Heratizadeh A, Werfel T, Kapp A. Hautarzt. 2006 Jul;57(7):576, 578-85.
101. Hinz T. Advances in the pathogenesis of atopic dermatitis. Hinz T, Staudacher A, Bieber T. Hautarzt. 2006 Jul;57(7):567-70, 572-5.
102. Hoetzenecker W. Both pimecrolimus and corticosteroids deplete plasmacytoid dendritic cells in patients with atopic dermatitis. Hoetzenecker W, Meindl S, Stuetz A, Stingl G, Elbe-BГјrger A. J Invest Dermatol. 2006 Sep; 126(9):2141-4.
103. Hung SH. Staphylococcus colonization in atopic dermatitis treated with fluticasone or tacrolimus with or without antibiotics. Hung SH, Lin YT, Chu CY, Lee CC, Liang TC, Yang YH, Wang LC, Chiang BL. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007 Jan;98(1):51-6.
104. Juenger M. Efficacy and safety of silver textile in the treatment of atopic dermatitis (AD). Juenger M, Ladwig A, Staecker S, Arnold A, Kramer A, Daeschlein G, Panzig E, Haase H, Heising S. Curr Med Res Opin. 2006 Apr;22(4):739-50.
105. Kaufmann R. Onset of pruritus relief with pimecrolimus cream 1% in adult patients with atopic dermatitis: a randomized trial. Kaufmann R, Bieber T, Helgesen AL, Andersen BL, Luger T, Poulin Y, Al-Hafid J, Paul C. Allergy. 2006 Mar;61(3):375-81.
106. Kawakami T. Oral antihistamine therapy influences plasma tryptase levels in adult atopic dermatitis. Kawakami T, Kaminishi K, Soma Y, Kushimoto T, Mizoguchi M. J Dermatol Sci. 2006 Aug;43(2):127-34.
107. Klinger R. Classical conditioning and expectancy in placebo hypoalgesia: a randomized controlled study in patients with atopic dermatitis and persons with healthy skin. Klinger R, Soost S, Flor H, Worm M. Pain. 2007 Mar;128(1-2):31-9.
108. Larsen FS. An efficient new formulation of fusidic acid and betamethasone 17-valerate (fucicort lipid cream) for treatment of clinically infected atopic dermatitis. Larsen FS, Simonsen L, Melgaard A, Wendicke K, Henriksen AS. Acta Derm Venereol. 2007;87(1):62-8.
109. Letawe C. Squamometry in rating the efficacy of topical corticosteroids in atopic dermatitis. Letawe C. Eur J Clin Pharmacol. 1996;51(3-4):253-7.
110. Ling M. A randomized study of the safety, absorption and efficacy of pimecrolimus cream 1% applied twice or four times daily in patients with atopic dermatitis. Ling M, Gottlieb A, Pariser D, Caro I, Stewart D, Scott G, Abrams K. J Dermatolog Treat. 2005 Aug;16(3):142-8.
111. Luger TA. Long-term safety and tolerability of pimecrolimus cream 1% and topical corticosteroids in adults with moderate to severe atopic dermatitis. Luger TA, Lahfa M, FГ lster-Holst R, Gulliver WP, Allen R, Molloy S, Barbier N, Paul C, Bos JD. J Dermatolog Treat. 2004 Jun;15(3):169-78.
112. Nakagawa H. Comparison of the efficacy and safety of 0.1% tacrolimus ointment with topical corticosteroids in adult patients with atopic dermatitis: review of randomised, double-blind clinical studies conducted in Japan. Nakagawa H. Clin Drug Investig. 2006;26(5):235-46.
113. Noh G. The clinical significance of food specific IgE/IgG4 in food specific atopic dermatitis. Noh G, Ahn HS, Cho NY, Lee S, Oh JW. Pediatr Allergy Immunol. 2007 Feb;18(1):63-70.
114. Oldhoff JM. No effect of anti-interleukin-5 therapy (mepolizumab) on the atopy patch test in atopic dermatitis patients. Oldhoff JM, Darsow U, Werfel T, Bihari IC, Katzer K, Laifaoui J, Plotz S,Kapp A, Knol EF, Bruijnzeel-Koomen CA, Ring J, de Bruin-Weller MS. Int Arch Allergy Immunol. 2006; 141(3):290-4.
115. Ong P.Y. Endogenous antimicrobial peptides and skin infections in atopic dermatitis. / P.Y. Ong, T. Ohtake, C. Brandt.// THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE. -2002.- Vol.347. №15.- С.1151-1160.
116. Peterson JD. A comprehensive management guide for atopic dermatitis. Peterson JD, Chan LS. Dermatol Nurs. 2006 Dec;18(6):531-42.
117. Ponyai G. Adulthood atopic dermatitis: epidemiology, clinical symptoms, provoking and prognostic factors. Ponyai G, Temesvari E, Karpati S. Orv Hetil. 2007 Jan7;148(1):21-6.
118. Rahman ML. Effectiveness of montelukast in the treatment of atopic dermatitis. Rahman ML, Choudhury AM, Islam MM. Mymensingh Med J. 2006 Jan;15(1):85-8.
119. Schiffner R. Treatment of atopic dermatitis and impact on quality of life: a review with emphasis on topical non-corticosteroids. Schiffner R, Schiffner-Rohe J, Landthaler M, Stolz W. Pharmacoeconomics. 2003;21(3):159-79.
120. Siegfried E. Safety and efficacy of early intervention with pimecrolimus cream 1% combined with corticosteroids for major flares in infants and children with atopic dermatitis. Siegfried E, Korman N, Molina C, Kianifard F, Abrams K. Dermatolog Treat. 2006;17(3):143-50.
121. Silny W. Specific immunotherapy in the treatment of patients with atopic dermatitis--results of double blind placebo controlled study. Silny W, Czarnecka-Operacz M. Pol Merkur Lekarski. 2006 Dec;21(126):558-65.
122. Sugiura H. Long-term efficacy of tacrolimus ointment for recalcitrant facial erythema resistant to topical corticosteroids in adult patients with atopic dermatitis. Sugiura H, Uehara M, Hoshino N, Yamaji A. Arch Dermatol. 2000 Aug;136(8):1062-3.
123. Toyoda M. Distribution to the skin of epinastine hydrochloride in atopic dermatitis patients. Toyoda M, Nakamura M, Nakagawa H. Eur J Dermatol. 2007 Jan-Feb;17(1):33-6.
124. Terreehorst I. The effect of encasings on quality of life in adult house dust mite allergic patients with rhinitis, asthma and/or atopic dermatitis. Terreehorst I, Duivenvoorden HJ, Tempels-Pavlica Z, Oosting AJ, de Monchy JG, Bruijnzeel-Koomen CA, van Wijk RG. Allergy. 2005 Jul;60(7):888-93.
125. Veien NK. Montelukast treatment of moderate to severe atopic dermatitis in adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Veien NK, Busch-Sorensen M, Stausbol-Gron B. J Am Acad Dermatol. 2005 Jul;53(1):147-9.
126. Werfel T. Usefulness of specific immunotherapy in patients with atopic dermatitis and allergic sensitization to house dust mites: a multi-centre, randomized, dose-response study. Werfel T, Breuer K, Przybilla B, Worm M, Grewe M, Ruzicka T, Brehler R, Wolf H, Schnitker J, Kapp A. Allergy. 2006 Feb;61(2):202-5.
127. Wohlrab J. Antiseptic efficacy of a low-dosed topical triclosan/chlorhexidine combination therapy in atopic dermatitis. Wohlrab J, Jost G, Abeck D. Skin Pharmacol Physiol. 2007;20(2):71-6.
128. Wollina U. Topical pimecrolimus for skin disease other than atopic dermatitis. Wollina U, Hansel G, Koch A, Abdel-Naser MB. Expert Opin Pharmacother. 2006 Oct;7(14):1967-75.
129. Xhauflaire-Uhoda E. Comparative effect of tacrolimus and betamethasone valerate on the passive sustainable hydration of the stratum corneum in atopic dermatitis. Xhauflaire-Uhoda E, Thirion L. Dermatology. 2007;214(4):328-32.
130. Yamamoto TRecurrent prosthetic valve endocarditis caused by Staphylococcus aureus colonizing skin lesions in severe atopic dermatitis. Yamamoto T, Yodogawa K, Wakita S, Ogano M, Tokita M, Miyagi Y, Sato N, Nitta T, Tanaka K, Takano T. Intern Med. 2007;46(9):571-3.
131. Yawalkar N. Down-regulation of IL-12 by topical corticosteroids in chronic atopic dermatitis. Yawalkar N, Karlen S, Egli F, Brand CU, Graber HU, Pichler WJ, Braathen LR. J Allergy Clin Immunol. 2000 Nov;106(5):941-7.
132. Zimhony O. Atopic dermatitis--a risk factor for invasive Staphylococcus aureus infections: two cases and review. Zimhony O, Dahan D, Solomon M, Raveh D, Schlesinger Y, Yinnon AM. Am J Med. 2005 Sep;118(9):1048-51.

 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>