

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПРОМИСЛОВОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ ТА КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ  
КАФЕДРА АПТЕЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE  
NATIONAL UNIVERSITY OF PHARMACY  
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL TECHNOLOGY OF MEDICINES AND COSMETICS  
DEPARTMENT OF DRUG TECHNOLOGY



Матеріали  
V міжнародної науково-практичної конференції  
Proceedings of the V International Scientific and Practical Conference

ФУНДАМЕНТАЛЬНІ ТА ПРИКЛАДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ  
У ГАЛУЗІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ

FUNDAMENTAL AND APPLIED RESEARCH IN THE  
FIELD OF PHARMACEUTICAL TECHNOLOGY

23 жовтня 2025 р.  
October 23, 2025  
Харків, Україна  
Kharkiv, Ukraine

УДК 616.5-002:615.035.1

## ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДЕРМАТИТІВ

*Пономарьова К. Д., Олійник С. В., Буряк М. В., Семченко К. В.*

**Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна**

**Вступ.** Шкіра є найбільшим органом людини, і вона потребує особливого догляду та уваги. Дерматити, або запалення шкіри, можуть бути результатом різноманітних факторів, таких як алергії, інфекції або психологічний стрес. Управління цими станами вимагає належного використання лікарських засобів - і саме про це ми зараз поговоримо. Створення нових дерматологічних препаратів комплексної дії з взаємопотенціюючою і взаємодоповнюючою дією є одним із шляхів вирішення поставленої задачі. Важливість створення таких препаратів зумовлене збільшенням кількості ускладнень, резистентністю мікроорганізмів до кортикостероїдів та антибіотиків, зміною імунобіологічної реактивності макроорганізму та ін.

**Мета дослідження.** Провести аналіз принципів раціонального лікування дерматитів різної етіології.

**Методи дослідження.** В роботі використані методи системного, логічного, статистичного аналізу.

**Результати дослідження.** Дерматити (лат. dermatites < грец. derma, dermat[os] — шкіра + -itis) — запальні ураження шкіри, які розвиваються на місці безпосереднього впливу фізичних і/чи хімічних чинників навколишнього середовища. Термін «дерматит» застосовувався раніше також для позначення деяких захворювань шкіри, що не мають безпосереднього відношення до дерматиту. Іноді ним продовжують користуватися (напр. герпетиформний Дерматит, або хвороба Дюринга, Дерматит пігментний прогресуючий, або хвороба Шамберга, Дерматит атонічний тощо) [1].

Важливу роль у розвитку дерматиту відіграє загальний стан організму: порушення функціонального стану нервової системи і ендокринних залоз, хвороби шлунково-кишкового тракту і печінки, глистна інвазія, порушення вуглеводного обміну, підвищення в крові вмісту холестерину, активності альдолази; трансаміназ.

До групи сверблячих дерматозів відносять атопічний та контактний дерматит, екзему та свербець. Клінічно ці захворювання проявляються по-різному, але патогенез дерматозів в основному схожий, у зв'язку з чим основні принципи терапії даної групи захворювань ідентичні.

Атопічний дерматит – це хронічне рецидивне захворювання шкіри, яке найчастіше зустрічається та дебютує у дитячому та дитячому віці. «Атопія» в медицині це загальна назва алергічних захворювань, у розвитку яких значна роль належить спадковій схильності до сенсibiliзації. В даний час термін атопічний дерматит об'єднав та замінив цілу групу раніше використовуваних діагнозів, таких як «діатез», «дитяча екзема», «дифузний нейродерміт», «атопічна екзема» [1].

Діагноз атопічний дерматит ґрунтується на комплексі клінічних проявів, описаних Hanifin Rajka. Виділяють головні та додаткові ознаки. Для

встановлення діагнозу atopічний дерматит необхідна наявність 3 головних та 3 додаткових ознак (табл. 1).

Таблиця 1

Ознаки atopічного дерматиту

Головні ознаки	Додаткові ознаки
1. свербіння шкіри; 2. висипання на обличчі та/або розгинальних поверхнях у дітей грудного та раннього дитячого віку; 3. ліхеніфікація згинальних поверхонь у дітей старшого віку; 4. тенденція до хронічного або рецидивуючого перебігу; 5. atopічне захворювання в особистому або сімейному анамнезі: астма, алергічний риніт, atopічний дерматит	1. сухість шкіри; 2. складки Денні-Моргана (акцентовані лінії або борозенки під краєм нижньої повіки); 3. алергічні синці (потемніння під очима); 4. блідий колір обличчя; 5. білий лишай; 6. фолікулярний кератоз; 7. гіперлінійність долонь та підошви (посилення шкірного малюнка); 8. білий дермографізм (поява на шкірі лінії білого кольору протягом 1 хв. після проведення по ній тупим предметом); 9. atopічний кон'юнктивіт; 10. підвищення рівня сироваткового імуноглобуліну Е; 11. реакція гіперчутливості негайного типу.

Прийнято виділяти 4 вікові стадії atopічного дерматиту – немовлят, дитяча, підліткова, доросла – та кілька клінічних форм (ексудативна, еритематозно-сквамозна, ліхенійна, прurigінозна).

При будь-якому перебігу atopічного дерматиту шкіра хворих перестає виконувати свої бар'єрні функції, порушується функція потових та сальних залоз, порушується мікро- та макроциркуляція, відзначається відкладення імунних комплексів та комплементу, скупчення еозинофілів та нейтрофілів у дермі [1].

Контактні дерматити – група запальних захворювань шкіри гострого або хронічного характеру, що виникають внаслідок безпосереднього впливу будь-якої речовини або сенсibilізуючої дії зовнішніх факторів. Зовнішні подразники бувають хімічної та фізичної природи. Крім того, їх поділяють на безумовні та умовні [2, 3].

Простий контактний дерматит викликають речовини, що мають безумовну подразнювальну дію на шкіру будь-якої людини (кислоти, луги, гас, органічні розчинники, високі температури). При гострому контактному дерматиті видно чітко окреслені червоні набряклі бляшки, іноді з тісно розташованими везикулами. На місці везикул з'являються точкові ерозії, з яких сочиться рідина [4].

Найбільш поширені форми простого контактного дерматиту у дітей:

- пелюшковий дерматит, зустрічається приблизно у 20 % немовлят. Подразниками в цьому випадку є тертя, вологість, мацерація, оклюзія;
- дерматит, спричинений підвищеною сухістю шкіри. Причини його появи – підвищена сухість повітря, подразнення милом при частому миття, використання спиртовмісних лосьйонів;
- дерматит, спричинений частим облизуванням губ;
- дерматит, що виникає через частого смоктання руки.

Алергічний контактний дерматит є реакцією уповільненого типу дома контакту з алергеном. Ця форма дерматиту викликається умовними подразниками, які спричиняють захворювання лише у певної групи осіб, які мають сенсibiliзацію до даного подразника.

Клініка алергічного контактного дерматиту може розвинути як гостро, після впливу алергену, так і проявитися у раніше сенсibiliзованої людини [5].

Для гострої фази алергічного контактного дерматиту характерне почервоніння шкіри, поява бульбашок, які, розкриваючись, утворюють ерозії, покриті кірками, у зонах, що контактують з алергеном. Багаторазовий або тривалий безперервний вплив алергену на сенсibiliзовану людину призводить до хронічного захворювання, і тоді висипання на шкірі можуть бути представлені неясним почервонінням, потовщенням шкіри, посиленням шкірного малюнка, лусочками, дрібними тріщинами [7].

Екзема – це гостре або хронічне рецидивне захворювання шкіри, яке проявляється поліморфним висипом, переважно мікроевезикулами, вираженим свербінням та гострою запальною реакцією. Сенсibiliзація, яка спочатку виникає на один з алергенів, надалі стає полівалентною, і пацієнт відповідає екзематозною реакцією на будь-який подразник. Гостру екзему характеризує почервоніння різної інтенсивності багатьох ділянок шкіри. На тлі гіперемії на шкірі з'являються множинні дрібні бульбашки (везикули) величиною до шпилькової головки, які швидко розкриваються, оголюючи поверхні, що мокнуть («серозні колодязі»). Вміст бульбашок зсихається в серозні скориночки. Крім того, є дрібні вузлики (папули). Після відторгнення скорин з'являються сухість шкіри і масивне лущення [2].

При хронічній екземі забарвлення шкіри варіює від нормального до застійно-червоного, відзначається потовщення шкіри, посилення шкірного малюнка, можуть утворитися тріщини. Часто змінюються нігті, переважно рук: вони потовщені або витончені, з поздовжньою або поперечною смугастістю. Залежно від локалізації, клінічних особливостей перебігу розрізняють істинну, мікробну, себорейну, професійну екзему.

Незважаючи на відмінність у клінічних проявах, загальні принципи лікування всіх цих дерматозів ідентичні. Традиційно це десенсибилизуючі, антигістамінні засоби, ферментні препарати (за показаннями), системні кортикостероїди при гострому поширеному запаленні коротким курсом, фізіотерапевтичні методи лікування та адекватно підібрана зовнішня терапія.

Лікарські речовини, що застосовуються в терапії дерматозів, можна розділити на препарати гострого періоду та базисні засоби, які забезпечують контроль за симптомами хвороби, а також запобігають рецидивам. Їх

призначення залежить від діагнозу, віку хворого, клінічної форми дерматозу та стадії захворювання [7].

У гострих стадіях показані ванни з травами або дезінфікуючими розчинами, при мокненні – примочки, аерозолі, анілінові барвники, на підгострий перебіг – засоби у вигляді кремів, на хронічний процес найбільше підходять засоби у вигляді мазей. При лікуванні сверблячих дерматозів алергічного характеру препаратами 1-го вибору під час загострення є зовнішні кортикостероїди [1].

Однак метою зовнішньої терапії запальних дерматозів та дерматозів з вираженою десквамацією є не тільки купірування запалення та свербіж шляхом призначення протизапальних засобів, але й одночасне відновлення гідроліпідної мантії, та підвищення бар'єрної функції шкіри шляхом нанесення пом'якшувальних поживних засобів.

Для правильного підбору адекватної зовнішньої терапії необхідно взяти до уваги характер та локалізацію висипань, вибрати засіб, враховуючи механізми його дії, підібрати форму препарату залежно від активності запалення, виразності клінічної симптоматики [3].

До засобів зовнішньої терапії, які відновлюють гідроліпідну мантію шкіри, що особливо застосовуються у дитячій практиці, зазвичай висувають дуже суворі вимоги щодо безпеки, ефективності, відсутності побічних ефектів та можливості тривалого використання. Зовнішні засоби, що використовуються у дитячій дерматології, не повинні надавати системної дії навіть при нанесенні на великі площі ураженої шкіри. Необхідна якість – це комфортне використання: відсутність неприємного запаху, відчуття жиру та липкості на шкірі (рис. 1) [5].



Рис. 1. Ефекти препаратів, що відновлюють водно-ліпідний шар епідермісу

При гострій стадії основними протизапальними препаратами для місцевого застосування є місцеві кортикостероїди. При активному процесі, що характеризується мокненням, яскравою гіперемією, свербінням доцільно використовувати кортикостероїди середньої сили [2].

При гострому запаленні:

- гідрокортизону бутират (Латикорт, Локоїд, Локоїд Крело емульсія для зовнішнього застосування 1 %) наносити на уражені ділянки 2 рази на добу 10 діб;
- або мометазону фууроат 0,1 % (Момат, Елоком) наносити на уражені ділянки 1 раз на добу;
- або метилпреднізолону ацепонат 0,1 % (Адвантан) наносити на уражені ділянки 2 рази на добу 10 діб;
- або алклометазону дипропіонат 0,05 % (Афлодерм) наносити на уражені ділянки 2 рази на добу 10 діб;
- або бетаметазону валерат 0,1 % місцево (Целестодерм-В) наносити 1 раз на добу 7-14 діб [8].

Надалі застосовують кортикостероїди з поступовим зниженням режиму дозування: 1 раз на добу, потім при стиханні запальних явищ через день і т.д. У цій стадії показано використання паст, що містять 2–3 % іхтіолу, березового дьогтю, нафталану [4].

При мікробній екземі, враховуючи картину активного запалення з ексудацією та, крім того, наявними пустулами та бульбашками з гнійним вмістом, використовують:

1. комбіновані засоби, що містять кортикостероїди та антибіотики. Мазь/крем наносять тонким шаром 1-2 рази на день 10-14 днів:
  - гентаміцину сульфат + бетаметазону дипропіонат (Білогент крем для зовнішнього застосування);
  - гараміцин + бетаметазон (Целестодерм-В з гараміцином крем і мазь для зовнішнього застосування);
  - гідрокортизон + натаміцин + неоміцин (Пімафукорт крем і мазь для зовнішнього застосування);
  - клотримазол + гентаміцин + бетаметазону дипропіонат (Тридерм крем та мазь для зовнішнього застосування);
2. водні та спиртові розчини анілінових барвників:
  - брильянтовий зелений спиртовий розчин 1 %;
  - фуорцин розчин на шкірний;
  - метиленовий синій розчин 2 % [8].

Анілінові барвники наносяться локально на гребінці, тріщини, ерозії 2-3 рази на день 3-5 днів.

Також при мікробній екземі актуальні засоби, що містять лише антибіотики:

- мупіроцин 2 % (Бактробан мазь 2 %);
- бацитрацин цинку + неоміцин сульфат (Банеоцин порошок та мазь);
- фузидову кислоту (Фузікутан крем 2 % або мазь 2 %);
- фузидат натрію (Фузідерм мазь 2 %) [8].

У хворих сверблячими дерматитами знижена бар'єрна функція, і виражена сухість шкіри призводить до утворення тріщин, які є вхідними воротами для вторинної інфекції, ірритантів та алергенів. Проблема сухості та розтріскування погіршується в зимовий час.

Зволожуючі препарати (емоменти) можуть бути у формі лосьйонів, кремів та мазей. Необхідно звертати увагу на склад – засоби, що містять воду, можуть надавати висушуючу дію внаслідок ефекту випаровування. Зволожуючі засоби наносяться не раніше ніж через 40 хв після нанесення кортикостероїдів або інгібіторів кальциневрину [3].

**Висновки.** Сверблячі дерматити є одними із поширених хронічних дерматозів. Їх прояви захворювання суттєво знижують якість життя пацієнтів, призводять до тривалих періодів непрацездатності. При виявленні локальної ідіопатичної шкірної сверблячки необхідно починати терапію з місцевих засобів, таких як топічні кортикостероїди, місцеві анестетики та місцеві інгібітори кальциневрину. Топічні кортикостероїди мають використовуватися тільки за наявності ознак запальних дерматитів. Пацієнти з генералізованим шкірним свербінням при відсутності ефекту від немедикаментозних заходів вимагають початку системної терапії. Першою лінією протисверб'їжної терапії є антигістамінні препарати.

#### **Список використаних джерел**

1. Liebhart J., Dobek R., Małolepszy J. The Prevalence of Allergic Diseases in Poland — the Results of the PMSEAD Study in Relation to Gender Differences. *Adv Clin Exp Med*. 2014. № 23(5) P. 757-762.
2. Резніченко Н. Ю. Алергічний контактний дерматит: сучасні уявлення про лікування на основі огляду наукової літератури. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2013. № 3(13). С. 69–72.
3. Landis E. T., Davis S. A., Taheri A. Top dermatologic diagnoses by age. *Dermatol Online J*. 2014. № 20(4). P. 22368.
4. Chang Y. S., Chou Y. T., Lee J. H. Atopic dermatitis, melatonin, and sleep disturbance. *Pediatrics*. 2014. № 134(2). P. 397-405.
5. Dhami S., Sheikh A. Estimating the prevalence of aero-allergy and/or food allergy in infants, children and young people with moderate-to-severe atopic eczema/dermatitis in primary care: multi-centre, cross-sectional study. *J R Soc Med*. 2015. № 4. P. 22-26.
6. Pesce G., Marcon A., Carosso A. Adult eczema in Italy: prevalence and associations with environmental factors. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014. <https://doi.org/10.1111/jdv.12784>.
7. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018. № 32(5). P. 657–682.
8. Державний реєстр лікарських засобів України / МОЗ України. Київ, 2023. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/>.