

Ю.Г. Резніченко¹, Н.Ю. Резніченко¹, О.М. Гиря¹, Н.Ю. Онищенко²,
К.О. Веретельник¹, О.М. Петрашина³

¹ Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

² НКП «Міська лікарня № 4» ЗМП, Запоріжжя

³ КНП «Обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР, Запоріжжя

Ефективність дерматокосметичних засобів «Псоріатен» у терапії хронічних алергодерматозів: результати клінічного дослідження

Мета роботи — визначити ефективність лікування хворих на хронічні алергодерматози завдяки застосуванню дерматокосметичних засобів (ДКЗ) «Псоріатен» у комплексній терапії на підставі оцінки вираженості клінічної симптоматики, вивчення мікробіоценозу шкіри, психологічного стану та якості життя пацієнтів.

Матеріали та методи. До спостереження залучено 107 осіб, у тому числі 72 хворих на хронічні алергодерматози (38 — на atopічний дерматит і 34 — на справжню екзему), яких було рандомно розділено на дві групи: дослідну — 35 хворих, які протягом 6 міс отримували стандартне лікування та додатково лікарський засіб «Псоріатен» мазь і ДКЗ «Псоріатен», та групу порівняння — 37 хворих, яким упродовж 6 міс проводили тільки стандартне лікування. До контрольної групи було включено 35 здорових осіб.

Усіх пацієнтів обстежено згідно з чинними стандартами. Застосовано біохімічні, мікробіологічні методи; оцінку вираженості хронічних алергодерматозів за індексом SCORAD; визначення рівня тривоги за шкалами HADS тривоги, тривоги Гамільтона; нейротизму — за шкалою Г. Ейзенка; депресії — за госпітальною шкалою депресії HADS, депресії Гамільтона; оцінку якості життя за допомогою Дерматологічного індексу якості життя (українська версія: Dermatology Life Quality Index — DLQI) і CQLS та інтегрального показника анкетування щодо самооцінки. Отримані результати оброблено статистично за допомогою стандартних комп'ютерних програм.

Результати та обговорення. Через 3 міс від початку лікування у хворих дослідної групи відзначено статистично достовірне зниження індексу SCORAD, через 6 міс спостерігали статистично достовірну різницю за Δ SCORAD (%) наприкінці лікування між дослідною та порівняльною групами. Це свідчить про позитивний клінічний ефект використання ДКЗ «Псоріатен» у комплексній терапії хворих на хронічні алергодерматози. Про ефективність додаткового застосування «Псоріатену» в лікуванні хронічного алергодерматозу свідчить наявність статистично достовірної різниці після 6 міс терапії між групою, яка отримувала лише стандартну терапію, та групою з додатковим застосуванням «Псоріатену» за загальною кількістю бактерій на шкірі, кількістю *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*, *Streptococcus pyogenes* і грибів роду *Candida*. Через 6 міс від початку лікування у хворих дослідної групи відзначено статистично достовірні менші показники тривоги, нейротизму та депресії порівняно з такими в групі лише стандартної терапії. Отримані результати свідчать про суттєве поліпшення якості життя хворих на хронічні алергодерматози завдяки застосуванню «Псоріатену» та його високу ефективність не лише щодо регресування клінічних проявів, але й значного поліпшення якості життя пацієнтів.

Висновки. Застосування препаратів групи «Псоріатен» у терапії хворих на хронічні алергодерматози протягом 6 міс позитивно впливає на нормалізацію мікробіому шкіри та зменшення загального обсіменіння шкіри, достовірно знижує індекси SCORAD, сприяє зменшенню тривоги, нейротизму та депресії завдяки зниженню виразності клінічних проявів захворювання, наслідком чого є поліпшення якості життя. Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого впровадження в практичну роботу застосування ДКЗ «Псоріатен» у комплексній терапії хворих на хронічні алергодерматози.

Ключові слова

Хронічні алергодерматози, мікробіоценоз шкіри, психологічне тестування, якість життя, лікування, «Псоріатен».

Протягом останніх років відзначено зростання захворюваності на алергодерматози як в Україні, так і в інших країнах світу, що пов'язано з несприятливим впливом довкілля, урбанізацією, підвищенням частоти стресових ситуацій [1, 4].

Велика група алергодерматозів включає алергійний контактний дерматит, атопічний дерматит, різні форми екземи, кропив'янку, алергійні васкуліти, алергічну висипку, пов'язану з дією лікарських засобів, а також менш поширені дерматози, в патогенезі яких провідними є саме алергійні реакції [10].

Високий рівень захворюваності на алергійні дерматози, збільшення кількості тригерних факторів, постійні рецидиви захворювання, недостатня ефективність стандартної терапії призводять до порушень психологічного стану пацієнтів і супроводжуються зниженням якості їхнього життя [2, 3, 5].

Відомо, що в патогенезі алергодерматозів важливе значення мають порушення бар'єрної функції та зміни мікробіоценозу шкіри [24, 26].

Останнім часом надзвичайно велику увагу приділяють дослідженню мікробіоценозу та penetрації мікроорганізмів у шкіру осіб з хронічними алергійними захворюваннями шкіри. Безумовно, нормальна мікрофлора відіграє важливу роль у захисті організму від патогенних мікроорганізмів, хоча сама по собі може бути чинником інфекційного захворювання [13, 14, 22].

Деякі дослідники надають провідне значення в розвитку та прогресуванні атопічного дерматиту та справжньої екземи золотистому стафілококу [21, 27]. Так, золотистий стафілокок у високій концентрації виявляють не лише у вогнищах ураження за атопічного дерматиту, але й поза їхніми межами порівняно з обсіменінням шкіри за інших дерматозів і у здорових осіб. Бактеріальна, мікотична та вірусна мікрофлора завдяки наявності суперантигенів може чинити алергізуючу дію на організм людини і перш за все на шкірний покрив й таким чином призводити до дебюту та прогресування алергодерматозів [19, 20].

Тривалий перебіг хронічних алергійних захворювань з порушенням цілісності шкіри може ускладнюватись вторинною інфекцією [23]. Це спричиняє поглиблення тяжкості захворювання, складність вибору оптимальної терапії (особливо зовнішньої) та резистентність до неї. Отже, своєчасні й обґрунтовані профілактика та усунення порушень цілісності шкірного покриву та його мікробіоценозу є надзвичайно актуальними, оскільки це сприяє стабілізації алергічного процесу та досягненню тривалої ремісії дерматозу [16, 25].

Попри численні наукові здобутки щодо питань патогенезу, ранньої діагностики, лікування та

профілактики алергодерматозів, зростають не лише їхня поширеність, а й частота тяжких ускладнених форм [13, 17, 29].

Це питання має не лише медичне, але і соціальне значення, оскільки великий відсоток хворих становлять особи працездатного віку, а алергодерматози нерідко призводять до тимчасової втрати працездатності та інвалідизації, негативно відображаючись на якості життя пацієнтів. Сьогодні існує безліч методів лікування дерматологічних захворювань, зокрема алергодерматозів, спрямованих на усунення загострення хвороби, проте вони не забезпечують досягнення тривалої ремісії [7].

Провідним принципом лікування хворих на алергодерматози є комплексний підхід, який справляє вплив на різні патогенетичні ланки. Гіпоалергенна дієта, як і раніше, є незмінною складовою дерматологічних схем лікування. В терапії хворих на алергодерматози використовують системні біологічні препарати, JAK-інгібітори, засоби гіпосенсибілізуючої дії, ентеросорбенти, антигістамінні засоби, вітаміни, топічні глюкокортикостероїди, емоменти. Але існують певні труднощі в призначенні саме топічної терапії, яка, з одного боку, має зменшувати ознаки запалення, а з іншого — інтенсивно зволожувати шкіру та покращувати завдяки цьому якість життя пацієнтів. Ці труднощі пов'язані з тим, що тривале призначення топічних кортикостероїдів, які чинять виражений протизапальний ефект, неможливе через низку їхніх побічних явищ, а використання в щоденному домашньому догляді емоментів, на жаль, не призводить до зменшення проявів запалення. Тому виникає необхідність пошуку засобів топічної дії з можливістю тривалого використання, потужними протизапальними властивостями та зволожувальною дією, призначених для профілактики та лікування хворих на алергодерматози.

Саме тому велику зацікавленість викликала у нас можливість використання лінійки дерматокосметичних засобів (ДКЗ) «Псоріатен» для лікування та догляду за шкірою у пацієнтів з хронічними алергодерматозами. Лінійка ДКЗ включає в себе лікарський засіб (ЛЗ) «Псоріатен» мазь і засоби для додаткового догляду за шкірою — делікатний очищувальний гель і шампунь, що містять активні речовини рослини *Mahonia aquifolium*.

M. aquifolium є однією з найпоширеніших рослин роду *Mahonia* та найбільш вивчених з огляду на її фітотерапевтичні властивості. Корінь і деревина містять ізохінолінові алкалоїди, включаючи яторизамін, пальматин, берберин, бербамін і магнофлорин, що пояснює терапевтичне застосування рослини. Зокрема її протизапальні влас-

тивості стали підґрунтям для використання при дерматологічних захворюваннях [15]. Екстракт *M. aquifolium* виявляє протизапальну дію (завдяки зниженню активності ферментів циклооксигенази та 5-ліпоксигенази, порушенню синтезу арахідонової кислоти, лейкотрієнів, простагландинів, тромбоксану, а також зв'язуванню вільних радикалів); антипроліферативну дію (внаслідок гальмування синтезу протеїнів, РНК, ДНК, а також непрямої дії на біохімічні процеси, необхідні для розмноження клітин і синтезу медіаторів запалення). Крім того, екстракт *M. aquifolium* є антагоністом кальмодуліну, який бере участь у регуляції обміну кальцієм в клітинах і відіграє важливу роль у процесах росту та розмноження клітин. Слід зауважити, що екстракт магонії покращує циркуляцію крові та лімфи, зміцнює стінки судин, чинить потужну антиоксидантну, антимікробну, антибактеріальну, антимікотичну та протівірусну дію, що надзвичайно важливо у лікуванні пацієнтів з atopічним дерматитом й іншими алергодерматозами.

В огляді, присвяченому визначенню ефективності та безпеки топічного застосування *M. aquifolium* для лікування хворих на псоріаз й atopічний дерматит, який було опубліковано 2018 р., проаналізовано вісім статей. Встановлено, що *M. aquifolium* продемонструвала здатність забезпечувати статистично значуще зменшення вираженості симптомів псоріазу й atopічного дерматиту та визнана безпечним і ефективним терапевтичним засобом, а її побічні ефекти були мінімальними [18].

Крім того, до складу ДКЗ «Псоріатен» входить екстракт з оливкового листа, що містить олеуропейн з потужними протизапальними та антиоксидантними властивостями, запобігає зневодненню епідермісу, підвищує еластичність шкіри та захищає її від пошкоджень, спричинених дією вільних радикалів, оскільки блокує процеси перекисного окиснення ліпідів.

Пантенол і алантоїн у складі мазі та крему «Псоріатен» чинять кератолітичну дію, сприяють фізіологічному ороговінню, прискорюють процеси регенерації, підвищують еластичність шкіри, перешкоджають її зневодненню та стимулюють швидке зволоження.

Склад ДКЗ «Псоріатен» збагачений олією авокадо, макадамії та оливи — натуральними речовинами, що містять природні компоненти гідроліпідної плівки, олеїнову, лінолеву, ліноленову, пальмітолеїнову жирні кислоти, вітаміни А, F, E, лецитин і тригліцериди. Завдяки цьому ДКЗ «Псоріатен» живлять і захищають шкіру, сприяють її відновленню та підтримці водноліпідного бар'єра.

З огляду на це ЛЗ «Псоріатен» мазь можна успішно застосовувати для лікування будь-яких захворювань, що супроводжуються сухістю та лущенням шкіри, а ДКЗ «Псоріатен» показаний для підтримки та відновлення стану шкіри при таких захворюваннях. ЛЗ «Псоріатен» мазь дозволений для застосування дорослим і дітям від 1 року, делікатний очищувальний гель і шампунь «Псоріатен» — дорослим і дітям від народження. ЛЗ «Псоріатен» мазь рекомендовано наносити на уражені ділянки шкіри тонким шаром, злегка втираючи, тричі на добу.

Враховуючи це, нами проведено дослідження у формі спостереження для визначення ефективності та безпеки застосування ЛЗ «Псоріатен» мазь у комплексному лікуванні хворих на хронічні алергодерматози та ДКЗ гель і шампунь «Псоріатен» за таких станів.

Мета роботи — визначити ефективність лікування хворих на хронічні алергодерматози завдяки застосуванню ДКЗ «Псоріатен» у комплексній терапії на підставі оцінки вираженості клінічної симптоматики, вивчення мікробіоценозу шкіри, психологічного стану та якості життя пацієнтів.

Матеріали та методи

До спостереження залучено 107 осіб, у тому числі 72 хворих на хронічні алергодерматози (38 — на atopічний дерматит і 34 — на справжню екзему), яких було рандомно розділено на дві групи: дослідну — 35 хворих, які протягом 6 міс отримували стандартне лікування та додатково ЛЗ і ДКЗ «Псоріатен», і групу порівняння — 37 хворих, яким упродовж 6 міс проводили тільки стандартне лікування [7]. До контрольної групи включено 35 здорових осіб.

Дослідження було схвалено локальною комісією з питань етики.

Критерії включення до дослідження:

- діагноз atopічного дерматиту або екземи;
- вік від 16 до 70 років;
- підписана інформована згода на участь у спостереженні.

Критерієм включення до контрольної групи була відсутність виявів соматичних та дерматологічних захворювань.

Критерії виключення з дослідження:

- наявність інших дерматологічних захворювань;
- відома або передбачувана гіперчутливість до складових засобу;
- наявність тяжких супутніх захворювань і психічних хвороб;
- відсутність комплаєнсу в застосуванні засобів з боку пацієнта.

На момент включення в дослідження дослідна група та група порівняння не відрізнялись між собою, що дало можливість їх об'єднати для проведення статистичної обробки та аналізу.

Наукова новизна дослідження полягає в розробці нових підходів до лікування та підтримки стану здоров'я хворих на хронічні алергодерматози завдяки застосуванню ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен».

Пацієнти дослідної групи протягом 6 міс використовували топічно ЛЗ «Псоріатен» мазь з лікувальною метою та додатково — делікатний очищувальний гель «Псоріатен» як додатковий засіб для догляду за шкірою. За локалізації патологічного процесу на волосистій частині голови додатково призначали шампунь «Псоріатен».

Усіх пацієнтів обстежено згідно з чинними стандартами, що включали анамнестичні, клінічні, біохімічні, мікробіологічні методи та оцінку вираженості хронічних алергодерматозів за індексом SCORAD у процесі лікування [29].

Тяжкість свербіжів шкіри оцінювали за десятибальною візуальною аналоговою шкалою, де 0 балів — це повна відсутність свербіжів, а 10 балів — максимальна його інтенсивність. Крім того, оцінювали об'єктивні ознаки свербіжів, такі як зміни нігтьових пластинок (їхня полірована поверхня, витончення вільного краю) та ексориації. Кожну з об'єктивних ознак свербіжів оцінювали за бальною шкалою, де 0 балів — відсутність ознаки, 1 бал — слабка вираженість, 2 бали — помірна вираженість, 3 бали — значна вираженість.

Рівень тривоги визначали за госпітальною шкалою HADS тривоги, тривоги Гамільтона; нейротизму — за шкалою Г. Ейзенка; депресії — за госпітальною шкалою HADS депресії, депресії Гамільтона [8].

Для оцінки якості життя було використано Дерматологічний індекс якості життя (українська версія: Dermatology Life Quality Index — DLQI) [6]. Для оцінки ефективності запропонованого лікування хворих на хронічні алергодерматози визначали відсоткове зменшення DLQI (Δ DLQI, %), а також відсоток хворих, у яких DLQI наприкінці лікування був меншим за 5 балів (DLQI < 5, %). Визначено інтегративний показник якості життя CQLS [9] та інтегральний показник анкетування щодо самооцінки пацієнтки [11].

Ефективність комплексної терапії оцінювали через 3 та 6 міс від початку лікування. Отримані результати оброблено статистично за допомогою стандартних комп'ютерних програм із застосуванням парного критерію Стьюдента із розрахунком середньої арифметичної (M) та стандартної похибки середньої арифметичної (m) або критерію знаків Вілкоксона залежно від нормальності розподілу різниць. Для порівняння клінічної ефективності лікування застосовано ранговий дисперсійний аналіз за критерієм Краскела—Уолліса. Нормальність розподілу даних перевірено за допомогою критерію Шапіро—Уїлка за рівня значущості 0,01. У разі застосування усіх статистичних методів, окрім критерію Шапіро—Уїлка, рівень значущості брали рівним 0,05, різницю між даними вважали достовірною за $p < 0,05$.

Результати та обговорення

За результатами обстеження хворих на хронічні алергодерматози на момент включення в дослідження індекс SCORAD становив 45,8 (табл. 1). У процесі комплексного лікування із застосуванням ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у них покращилась клінічна картина захворювання та підвищилась бальна оцінка за індексом SCORAD. Результати

Таблиця 1. Динаміка індексу SCORAD у хворих на хронічні алергодерматози в процесі лікування

Показник, одиниця вимірювання		Хворі на хронічні алергодерматози		
		До лікування	Після стандартного лікування	Після стандартного лікування із додатковим застосуванням ДКЗ «Псоріатен»
Через 3 міс	Індекс SCORAD, бал	45,8 ± 3,9	34,7 ± 2,2*	25,1 ± 1,8**
	Δ SCORAD до лікування, %		25,1 ± 3,7	44,0 ± 5,1#
Через 6 міс	Індекс SCORAD, бал		23,6 ± 1,9*	13,6 ± 1,4*
	Δ SCORAD до лікування, %		48,1 ± 4,1*	67,4 ± 5,8#*
	Δ SCORAD у групах після 3 та 6 міс, %		33,7 ± 3,7	48,8 ± 4,2#

Примітка: *Достовірна різниця ($p < 0,05$) порівняно з відповідними показниками у групі хворих до лікування; # достовірна різниця ($p < 0,05$) порівняно з відповідними показниками у групі хворих після стандартного лікування із додатковим застосуванням ДКЗ «Псоріатен»; *Достовірна різниця ($p < 0,05$) порівняно з Δ SCORAD у відповідних групах хворих після 3 та 6 міс лікування.



Рис. 1. Пацієнтка Т. Регресування екзематозних висипань завдяки застосуванню ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен»



Рис. 2. Пацієнтка С. Регресування екзематозних висипань завдяки застосуванню ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен»

спостережень представлені на рис. 1–3 та в табл. 1. Як видно з табл. 1, у хворих, які застосовували ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен», через 3 міс після проведеного лікування відзначено статистично достовірне зниження індексу SCORAD порівняно з показником у групі пацієнтів на початку дослідження з подальшим зниженням індексу SCORAD через 3 міс. Виявлено статистично достовірну різницю за Δ SCORAD (%) наприкінці курсу лікування між дослідною та групою порівняння як через 3, так і через 6 міс від його початку. Це свідчить про позитивний клінічний ефект використання ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у комплексній терапії хворих на хронічні алергодерматози. Виявлено статистично достовірну різницю за бальною оцінкою індексу SCORAD між дослідною та групою порівняння вже через

3 міс від початку лікування. Шестимісячний курс застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» дозволив досягти порівняно кращих клінічних результатів.

На відміну від здорових осіб у хворих на хронічні алергодерматози після клінічного огляду виявлено об'єктивні ознаки свербіжжю, такі як зміни нігтьових пластинок (їхня полірована поверхня, витончення вільного краю) та екскоріації. Хворі на хронічні алергодерматози оцінювали інтенсивність свербіжжю шкіри за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою. До початку лікування вони оцінили свербіжжю шкіри в середньому у $(5,8 \pm 0,31)$ бала. Під час лікування вираженість свербіжжю зменшувалася і відповідно знижувалася його бальна оцінка (рис. 4). Як видно з рис. 4, свербіжжю та його прояви у вигляді зміни нігтів і екскоріацій більше змінювалися в

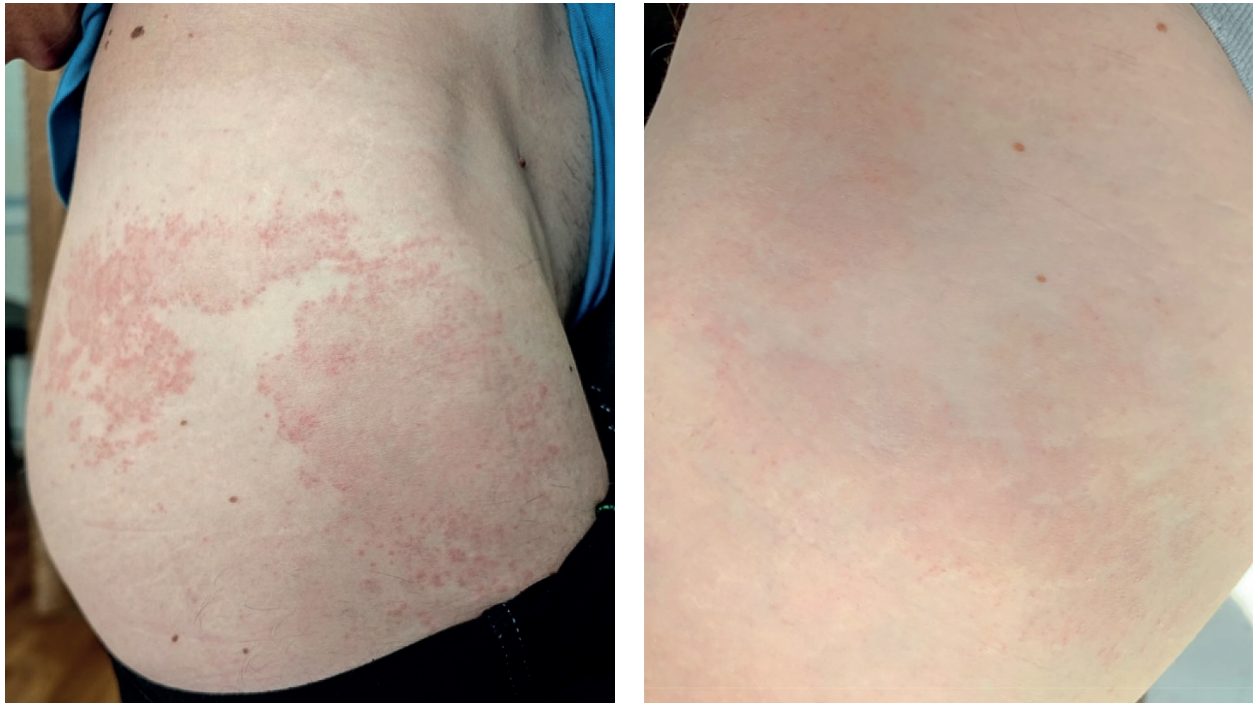


Рис. 3. Пацієнтка Л. Регрес екзематозних висипань на тлі застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен»

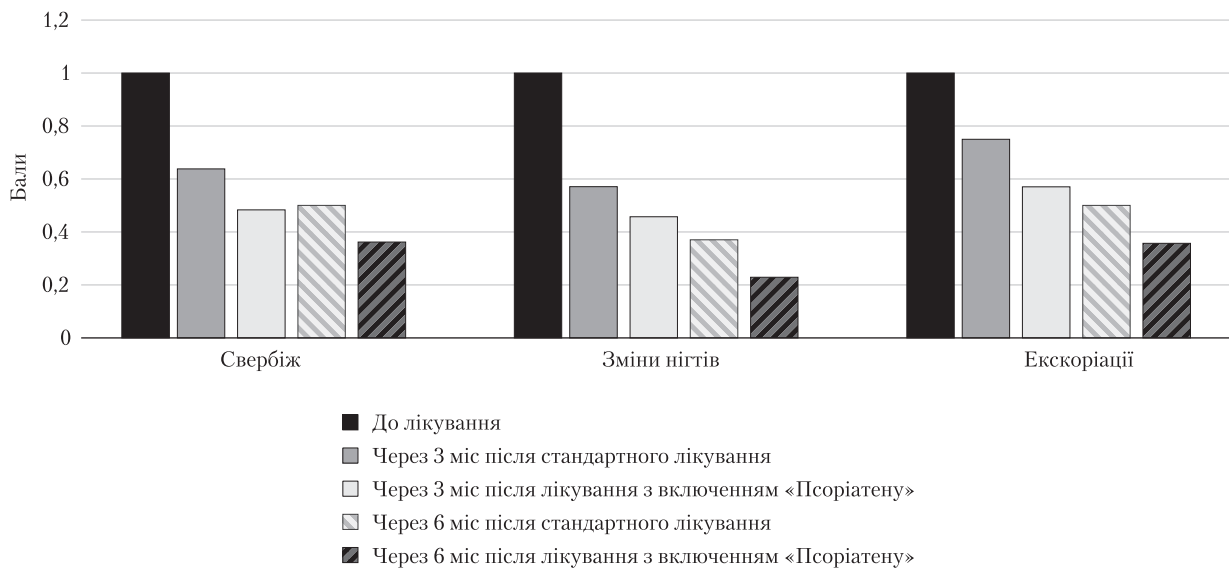


Рис. 4. Свербіж шкіри та вираженість його об'єктивних ознак у хворих на хронічні алергодерматози під час лікування (результати, отримані у хворих до лікування, прийняті за 1)

групі пацієнтів, які додатково до стандартної терапії використовували ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен».

Для порівняння ефективності лікування за індексом SCORAD і вираженістю свербіжу шкіри з використанням ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у групах після 3 та 6 міс лікування порівняно з показниками у групі хворих, яким проводили стандартне лікування, був застосований ранговий дисперсійний аналіз за критерієм Краскела—Уолліса. Отримані результати показали, що

медіани відносної частоти прояву симптомів у пацієнтів у групі стандартного лікування та у групі додаткового використання ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» протягом 3 і 6 міс, статистично значуще відрізнялися ($H_1 = 7,7$; $H_2 = 5,8$). Це дає підстави стверджувати, що існують суттєві відмінності між ефективністю розглянутих методик лікування та терміном застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» і необхідності призначати 6-місячний термін лікування, що достовірно

Таблиця 2. Стан мікробного обсіменіння шкіри у здорових і хворих на хронічні алергодерматози, Lg КУО/см²

Показник	Здорові особи	Хворі на хронічні алергодерматози		
		До лікування	Після стандартного лікування	Після стандартного лікування із додатковим застосуванням ДКЗ «Псоріатен»
Загальна кількість бактерій	3,3 ± 0,15	4,8 ± 0,19*	4,0 ± 0,18*#	3,5 ± 0,16*#
<i>Staphylococcus aureus</i>	0,42 ± 0,07	1,56 ± 0,15*	1,02 ± 0,10*#	0,55 ± 0,04*#
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	0,53 ± 0,08	0,22 ± 0,03*	0,34 ± 0,04*#	0,50 ± 0,05*#
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	0,38 ± 0,06	0,42 ± 0,05	0,31 ± 0,03	0,34 ± 0,05
<i>Staphylococcus saprophiticus</i>	0,35 ± 0,04	0,46 ± 0,06	0,29 ± 0,07	0,32 ± 0,04
<i>Staphylococcus hominis</i>	0,35 ± 0,04	0,13 ± 0,02*	0,24 ± 0,03#	0,37 ± 0,04*#
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0,27 ± 0,04*	0,19 ± 0,03*	0,11 ± 0,02*#
Гриби роду <i>Candida</i>	1,37 ± 0,16	2,4 ± 0,19*	1,95 ± 0,16*	1,43 ± 0,13*#
Гриби роду <i>Malassezia spp.</i>	1,17 ± 0,15	1,66 ± 0,21	1,45 ± 0,19	1,28 ± 0,14

Примітка. * Достовірна різниця ($p < 0,05$) порівняно з відповідними показниками у групі здорових осіб; # достовірна різниця ($p < 0,05$) порівняно з відповідними показниками у групі хворих до лікування; * достовірна різниця ($p < 0,05$) порівняно з відповідними показниками у групі хворих після стандартного лікування з додатковим застосуванням засобів ДКЗ «Псоріатен». Так само в табл. 3, 4.

краще відобразатиметься на ефективності лікування за індексом SCORAD та вираженості свербіжності шкіри.

Одним з важливих чинників у розвитку та прогресуванні хронічних дерматологічних захворювань шкіри є порушення її мікробіоценозу [5, 22].

Нами виявлено відмінності у мікробіоценозі шкіри серед хворих на хронічні алергодерматози (табл. 2).

Як видно з табл. 2, у хворих на хронічні алергодерматози на момент включення у дослідження порівняно зі здоровими особами були статистично достовірно більшими загальне обсіменіння шкіри, кількість *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* і грибів роду *Candida*; меншими — *Staphylococcus epidermidis* і *Staphylococcus hominis*. Це свідчить про наявність мікробіологічного зсуву, заміщення *Staphylococcus epidermidis* і *Staphylococcus hominis* на більш патогенні *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* і гриби роду *Candida*.

У процесі дослідження було встановлено, що в групі стандартного лікування через 6 міс від початку лікування статистично достовірно зменшилась загальна кількість бактерій і кількість *Staphylococcus aureus*, збільшилась — *Staphylococcus epidermidis* і *Staphylococcus hominis*. Попри достовірне зменшення загальної кількості бактерій та *Staphylococcus aureus*, а також тенденцію до зменшення *Streptococcus pyogenes* і грибів роду *Candida* в групі стандартного лікування, їхня кількість не зменшилась до результатів у групі здорових осіб, що свідчить про відсутність нор-

малізації кількості згаданих вище мікроорганізмів і потребує пошуку шляхів до підвищення ефективності терапії.

У групі стандартної терапії і додаткового отримання ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» через 6 міс від початку лікування статистично достовірно зменшилась загальна кількість бактерій, кількість *Staphylococcus aureus* і грибів роду *Candida*, а кількість *Staphylococcus epidermidis* і *Staphylococcus hominis* достовірно збільшилась. Причому достовірне збільшення порівняно з таким у групі здорових осіб отримано лише за кількістю *Streptococcus pyogenes*. Фактично в групі хворих на хронічні алергодерматози, які додатково отримували ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен», відбулася майже повна нормалізація мікробіоценозу шкіри. Про ефективність додаткового застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у лікуванні хворих на хронічні алергодерматози свідчить наявність статистично достовірної різниці за загальною кількістю бактерій, кількістю *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*, *Streptococcus pyogenes* і грибів роду *Candida* після 6-місячного лікування між групами лише стандартної терапії та із додатковим застосуванням ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен».

Наведені вище результати свідчать про ефективність застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у нормалізації мікробіоценозу шкіри у хворих на алергодерматози.

У процесі дослідження також було приділено велику увагу визначенню особливостей психо-

Таблиця 3. Рівні тривоги, невротизму, депресії у здорових осіб і хворих на хронічні алергодерматози

Показник	Здорові особи	Хворі на хронічні алергодерматози		
		До лікування	Після стандартного лікування	Після стандартного лікування із додатковим застосуванням ДКЗ «Псоріатен»
HADS тривоги, бал	3,1 ± 0,3	11,7 ± 0,9*	8,4 ± 0,6**	5,1 ± 0,6#*
Шкала тривоги Гамільтона, бал	5,9 ± 0,8	22,7 ± 1,56*	15,9 ± 1,23**	8,7 ± 1,0#*
Шкала невротизму Г. Ейзенка, бал	7,2 ± 1,1*	18,4 ± 1,6*	13,2 ± 1,5**	8,3 ± 1,0#*
HADS, депресії, бал	3,8 ± 0,4	10,4 ± 1,1*	7,4 ± 0,8**	4,5 ± 0,5#*
Шкала депресії Гамільтона, бал	3,4 ± 0,45	11,5 ± 1,26*	8,2 ± 0,74**	5,4 ± 0,71#*

логічного стану хворих на хронічні алергодерматози (табл. 3).

Як видно з табл. 3, у хворих на хронічні алергодерматози до стандартного лікування були вищі рівні тривоги, невротизму та депресії.

Тривога у цих хворих була зумовлена високим ситуативним напруженням та стурбованістю. Хоча інтегральні показники невротизму у хворих відповідали низькому рівню, відзначено зростання у них емоційної збудливості, внаслідок чого можливі такі негативні переживання, як тривожність, напруження, подразливість і розгубленість. Виникала іпохондрична фіксація на соматичних відчуттях і особистих недоліках, зокрема й щодо клінічних виявів хронічних алергодерматозів. Це призводило до прогресування хронічних алергодерматозів та погіршення якості життя пацієнтів.

І хоча значення виявлених нами відхилень відповідали помірному рівню, можна стверджувати, що стандартне лікування не сприяє повній нормалізації психологічного стану пацієнтів.

У хворих на хронічні алергодерматози після стандартного лікування спостерігали також достовірно вищий рівень інтегрального показника депресії як за госпітальною шкалою депресії, так і шкалою депресії Гамільтона порівняно з показниками у групі здорових осіб. Здорові в середньому не виявляли ознак депресії. При цьому середній бал оцінки за госпітальною шкалою депресії та депресії Гамільтона у хворих на хронічні алергодерматози відповідав стану субдепресії. З одного боку, це є результатом впливу хронічного перебігу алергодерматозу на психологічний стан хворого, але, з іншого боку, наявність стану субдепресії може бути провокуючим фактором загострення хронічного алергодерматозу.

Отже, формується патологічне замкнене коло, коли наявність хронічного алергодерматозу призводить до підвищення тривоги, невротизму та депресії хворого, а це своєю чергою є провокуючим чи підтримуючим фактором захворювання.

Через 6 міс від початку дослідження у пацієнтів, які додатково отримували ДКЗ «Псоріатен», відзначено статистично достовірно нижчий рівень тривоги, невротизму і депресії порівняно з такими в групі лише стандартної терапії. Отримані результати фактично наближались до значень у контрольній групі здорових осіб. Це свідчить про те, що значне поліпшення клінічної картини хронічного алергодерматозу та регресування висипань під час застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» чинить позитивний вплив на психологічний стан пацієнтів.

Протягом дослідження було визначено якість життя хворих на хронічні алергодерматози (табл. 4).

Як видно з табл. 4, DLQI на момент включення в дослідження становив (18,4 ± 1,3) бала, що свідчить про значний вплив хронічних алергодерматозів на якість життя пацієнтів. Погіршення стану шкірного покриву, наявність патологічних висипань і суб'єктивних ознак захворювання у вигляді свербіжів призводили до зниження якості життя таких хворих. Високі значення DLQI у хворих на хронічні алергодерматози перш за все пов'язані з локалізацією висипань на відкритих ділянках шкіри. Результати, отримані через 6 міс від початку терапії в групі додаткового призначення ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен», вказують на достовірне зменшення DLQI порівняно з показником до лікування. У групі порівняння не встановлено зниження DLQI, виявлено статистично достовірну різницю в показниках із дослідною групою. Значення ΔDLQI в дослідній групі було майже вдвічі вищим, а DLQI < 5 — в 4 рази більшим, ніж у групі порівняння.

Ці дані відповідають результатам, отриманим нами при аналізі інтегрального показника самооцінки пацієнта, оскільки їхні найкращі результати відмічено у дослідній групі, яка протягом 6 міс отримувала ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен».

Таблиця 4. Динаміка DLQI у хворих на хронічні алергодерматози в процесі лікування

Показник	Здорові особи	Хворі на хронічні алергодерматози		
		До лікування	Після стандартного лікування	Після стандартного лікування із додатковим застосуванням ДКЗ «Псоріатен»
DLQI, бал		18,4 ± 2,3	12,0 ± 1,9	6,9 ± 0,9**
ΔDLQI до стандартного лікування, %			35,1 ± 4,6	61,7 ± 7,1*
DLQI < 5, %		0	12,3 [#]	55,2 ^{#*}
Інтегральний показник самооцінки пацієнта	1,14 ± 0,10	1,83 ± 0,17*	1,64 ± 0,14*	1,23 ± 0,11**

Таблиця 5. Коефіцієнти парної кореляції між тяжкістю хронічних алергодерматозів, якістю життя та психологічним станом пацієнтів

Показник	Оцінка тяжкості свербіжув шкіри	DLQI	Шкала тривоги Гамільтона	Шкала нейротизму Г. Ейзенка	Шкала депресії Гамільтона
SCORAD	+0,53	+0,56	+0,36	+0,34	+0,31
Оцінка тяжкості свербіжув шкіри	+1	+0,58	+0,41	+0,37	+0,34
DLQI		+1	+0,38	+0,34	+0,31
Шкала тривоги Гамільтона			+1	+0,45	+0,33
Шкала нейротизму Г. Ейзенка				+1	+0,36

Отримані результати вказують на суттєве поліпшення якості життя хворих на хронічні алергодерматози завдяки застосуванню ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» і свідчать про високу ефективність їхнього використання не лише щодо регресування клінічних проявів, але й значного поліпшення якості життя пацієнтів.

Враховуючи зміни клінічної картини, психологічного стану та якості життя хворих на хронічні алергодерматози, ми оцінили коефіцієнти парної кореляції між тяжкістю хронічних алергодерматозів, якістю життя та психологічним станом пацієнтів (табл. 5).

Як видно з табл. 5, виявлено пряму кореляційну залежність середньої сили між оцінкою тяжкості хронічних алергійних дерматозів за шкалою SCORAD та оцінкою тяжкості свербіжув шкіри і якістю життя пацієнтів, пряма легка кореляційна залежність — між тяжкістю хронічних алергодерматозів та оцінкою за шкалами тривоги Гамільтона, нейротизму Г. Ейзенка, депресії Гамільтона. Це свідчить про багатофакторність чинників, які впливають на тяжкість захворювання. Дещо вищий, хоч і не достовірно, був взаємозв'язок якості життя та індексів тривоги, нейротизму, депресії з оцінкою тяжкості свербіжув шкіри. Це свідчить про основний вплив саме свербіжув на якість життя та порушення

психологічного стану хворих на алергодерматози. Встановлено взаємозалежність легкої сили між якістю життя й оцінкою тривоги, нейротизму, депресії у хворих на хронічні алергодерматози, що свідчить про вплив порушень психологічного стану на якість життя. Пряма залежність між DLQI та оцінкою тривоги, нейротизму та депресії була приблизно однаковою (див. табл. 5), що підтверджує багатофакторний вплив на якість життя. Встановлена кореляційна залежність слабкої сили між оцінкою тривоги, нейротизму та депресії у хворих на хронічні алергодерматози свідчить про їхній взаємовплив. Виявлені кореляційні залежності між тяжкістю алергодерматозів, свербіжув та оцінкою за шкалами тривоги Гамільтона, нейротизму Г. Ейзенка та депресії Гамільтона дають змогу висловити думку, що позитивний вплив ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» на психологічний стан пацієнтів пояснюється їхнім позитивним впливом на перебіг захворювання. Наявність кореляційного взаємозв'язку між тяжкістю захворювання та свербіжув пояснює позитивний вплив ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» на якість життя завдяки зменшенню вираженості клінічних проявів захворювання.

Для порівняння ефективності лікування за індексом SCORAD і вираженістю свербіжув шкіри з використанням ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен»

у групах після 3- та 6-місячної терапії порівняно з показником у групі стандартного лікування було застосовано ранговий дисперсійний аналіз за критерієм Краскела—Уолліса. Отримані результати показали, що медіани відносної частоти прояву симптомів у пацієнтів у групах стандартного лікування та додаткового використання ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» протягом 3 та 6 міс статистично значуще відрізняються ($H_1 = 7,7$; $H_2 = 5,8$). Це дає підстави стверджувати, що існують суттєві відмінності між ефективністю розглянутих методик лікування та терміном застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» і необхідності дотримуватися 6-місячного терміну лікування, що достовірно краще відображається на ефективності терапії за індексом SCORAD і вираженістю свербіжності.

Отримані в процесі дослідження результати клінічного та мікробіологічного обстеження, визначення психологічного стану та якості життя після 6-місячного застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» свідчать про їхню ефективність у лікуванні хворих на хронічні алергодерматози, наслідками чого є регресування патологічних висипань на шкірі, порушень мікробіоценозу, поліпшення психологічного стану та якості життя. Необхідно зазначити, що в жодного хворого на хронічні алергодерматози при застосуванні ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» не було погіршення стану та не спостерігалось небажаних явищ, побічних або токсичних дій.

Усе наведене вище свідчить про високу ефективність застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у комплексному лікуванні хворих на хронічні алергодерматози.

Висновки

1. Перебіг хронічних алергодерматозів супроводжується обтяжливими факторами у вигляді порушень мікробіоценозу шкіри через збільшення бактеріального обсіменіння, кількості *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* і грибів роду *Candida* та зменшення — *Staphylococcus epidermidis* і *Staphylococcus hominis*.

Реклама

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження — Ю.Г. Резніченко, Н. Ю. Резніченко; збір, аналіз та інтерпретація даних, написання, редагування, остаточне затвердження статті — Ю.Г. Резніченко, Н.Ю. Резніченко, О.М. Гирия, Н.Ю. Онищенко, К.О. Веретельник, О.М. Петрашина.

2. У хворих на хронічні алергодерматози виявлено порушення психологічного стану з підвищенням тривоги, нейротизму та депресії, а перебіг хвороби супроводжується зниженням якості життя.

3. Стандартне лікування хронічних алергодерматозів не забезпечує повною мірою регресування клінічних виявів, відновлення мікробіоценозу шкіри, нормалізації психологічного стану та якості життя.

4. Застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у терапії хворих на хронічні алергодерматози (атопічний дерматит, екзему) чинить позитивний вплив на клінічні прояви захворювання та сприяє достовірному зниженню індексу SCORAD через 3 міс із ($45,8 \pm 3,9$) до ($34,7 \pm 2,2$) бала, через 6 міс — до ($25,1 \pm 1,8$) бала.

5. Протягом 6 міс застосування лінійки ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у комплексному лікуванні хворих на хронічні алергодерматози відзначено зменшення загального обсіменіння шкіри, зменшення кількості *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* і грибів роду *Candida* та збільшення — *Staphylococcus epidermidis* і *Staphylococcus hominis*.

6. Застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у комплексному лікуванні хворих на хронічні алергодерматози протягом 6 міс сприяє зменшенню тривоги, нейротизму та депресії на тлі зменшення вираженості клінічних виявів захворювання, наслідками чого є поліпшення якості їхнього життя та значне зниження ризику виникнення рецидивів хвороби.

7. Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого застосування ЛЗ та ДКЗ «Псоріатен» у комплексній терапії хворих на хронічні алергодерматози.

Перспективи подальших досліджень: визначення ефективності лікарського засобу «Псоріатен» мазь та дерматокосметичних засобів лінійки «Псоріатен» для лікування хворих на хронічні мультифакторні дерматози.

Список літератури

1. Екопедіатричні проблеми здоров'я населення в індустриальних містах / За ред. Гребняка МП, Резніченко ЮГ. Запоріжжя: Просвіта; 2019. 192 с.
2. Кутасевич ЯФ, Олійник ІО, Матюшенко ВП та ін. Вивчення показників якості життя у хворих на алергодерматози у взаємозв'язку з психосоматичними порушеннями. *Дерматологія та венерологія*. 2020;2:19-23. doi: 10.33743/2308-1066-2020-2-19-23.
3. Кутасевич ЯФ, Олійник ІО, Маштакова ІО та ін. Психосоматичні розлади у хворих на алергодерматози та їх корекція. *Дерматологія та венерологія*. 2019;1:28-32. doi: 10.33743/2308-1066-2019-1-28-32.
4. Мангушева ВЮ. Патогенетичне значення порушень біоценозу шкіри та їх корекція у хворих на алергодерматози (експериментально-клінічні дослідження). Х: ХНМУ; 2021. 116 с.
5. Мозирська ОВ. Клінічний досвід застосування дитячого опитувальника дерматологічного індексу якості життя (CDLQI) у дітей з atopічним дерматитом. *Здоров'я дитини*. 2022;7(17):341-346. doi: 10.22141/2224-0551.17.7.2022.1538.
6. Мочульська ОМ. Оцінка якості життя дітей з дерматологічними захворюваннями (огляд літератури). *Сучасна педіатрія*. Україна. 2021;3(115): 61-68. doi: 10.15574/SP.2021.115.61.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.07.2016 р. № 670 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Атопічний дерматит.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.2014 р. № 1003 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Депресія (легкий, помірний, тяжкий; депресивні епізоди без соматичного синдрому або рекурентний депресивний розлад, дистимія).
9. Практична психосоматика: діагностичні шкали / За ред. Чабана ОС, Хаустової ОО. К.: Видавничий дім Медкнига; 2021. 200 с.
10. Резніченко НЮ. Діагностика, лікування та профілактика алергодерматозів у чоловіків у віковому аспекті. Запоріжжя: Просвіта; 2014. 178 с.
11. Резніченко ЮГ, Резніченко НЮ, Резніченко ПІ. Корекція дисбіотичних станів у віковому аспекті. Запоріжжя: Просвіта; 2017. 156 с.
12. Brunner PM. A novel treatment approach for atopic dermatitis. *Lancet*. 2024;404(3-9):407-409. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01488-0.
13. Christopher J, Barnes CJ, Asplund M, Clausen ML. A simplified bacterial community found within the epidermis than at the epidermal surface of atopic dermatitis patients and healthy controls. *BMC Microbiology*. 2023;1:723. doi: 10.1186/s12866-023-03012-7.
14. Demessant-Flavigny AL, Connétable S, Kerob D, et al. Skin microbiome dysbiosis and the role of *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis in adults and children: A narrative review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(5):3-17. doi: 10.1111/jdv.19125.
15. Donsky H, Clarke D. Reliéva, a *Mahonia aquifolium* extract for the treatment of adult patients with atopic dermatitis. *Am J Ther*. 2007 Sep-Oct;14(5):442-6. doi: 10.1097/MJT.0b013e31814002c1.
16. Hartmann J, Moitinho-Silva L, Sander N, et al. Dupilumab but not cyclosporine treatment shifts the microbiome toward a healthy skin flora in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis. *Allergy*. 2023;78(8):2290-2300. doi: 10.1111/all.15742.
17. Héron D, Nosbaum A, Braun C. Management of atopic dermatitis by pediatricians: A French national survey-based study. *Archives de Pédiatrie*. 2023;30(3):136-141. doi: 10.1016/j.arcped.2023.01.009
18. Janeczek M, Moy L, Lake EP, Swan J. Review of the Efficacy and Safety of Topical *Mahonia aquifolium* for the Treatment of Psoriasis and Atopic Dermatitis. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2018;11(12):42-47. PMID: 30666279; PMCID: PMC6334833.
19. Kashaf SS, Kong HH. Adding Fuel to the Fire? The Skin Microbiome in Atopic Dermatitis. *J Invest Dermatol*. 2024;144(5):969-977. doi: 10.1016/j.jid.2024.01.011.
20. Kobiela A, Frackowiak JE, Biernacka A, et al. Exposure of Keratinocytes to *Candida Albicans* in the Context of Atopic Milieu Induces Changes in the Surface Glycosylation Pattern of Small Extracellular Vesicles to Enhance Their Propensity to Interact With Inhibitory Siglec Receptors. *Front Immunol*. 2022;9(13):884530. doi: 10.3389/fimmu.2022.884530.
21. Lee J, Mannan AA, Miyano T, et al. In Silico Elucidation of Key Drivers of *Staphylococcus aureus* – *Staphylococcus epidermidis* – Induced Skin Damage in Atopic Dermatitis Lesions. *JID Innovations*. 2024;3:100269. doi: 10.1016/j.xjidi.2024.100269.
22. Rauer L, Reiger M, Bhattacharyya M, et al. Skin microbiome and its association with host cofactors in determining atopic dermatitis severity. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37: 772-782. doi: 10.1111/jdv.18776.
23. Salle R, Del Giudice P, Skayem C, et al. Secondary Bacterial Infections in Patients with Atopic Dermatitis or Other Common Dermatoses. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25 (4):623-637. doi: 10.1007/s40257-024-00856-1.
24. Sangaphunchai P, Kritsanaviparkporn C, Treesirichod A. Association Between *Staphylococcus Aureus* Colonization and Pediatric Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Indian J Dermatol*. 2024;68(6):619-627. doi: 10.4103/ijd.ijd_453_22.
25. Simpson EL, Schlievert PM, Yoshida T, et al. Rapid reduction in *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis subjects following dupilumab treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 2023;152(1):179-1195. doi: 10.1016/j.jaci.2023.05.026.
26. Umemoto N, Kakurai M, Matsumoto T, et al. Dupilumab Alters Both the Bacterial and Fungal Skin Microbiomes of Patients with Atopic Dermatitis. *Microorganisms*. 2024;12(1):224. doi: 10.3390/microorganisms12010224.
27. Wang Z, Peng X, Hülpüsch C, et al. Distinct prophage gene profiles of *Staphylococcus aureus* strains from atopic dermatitis patients and healthy individuals. *Microbiology Spectrum*. 2024;12(8):15-24. doi: 10.1128/spectrum.00915-24.
28. Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB, Glazenburg EJ, et al. Scoring the severity of atopic dermatitis: Three Item Severity Score as a rough system for daily practice and as a pre-screening tool for studies. *Acta Dermato-Venereologica*. 1999;79:356-359.
29. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: Part I – systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(9):1409-31. doi: 10.1111/jdv.18345.

Yu.G. Reznichenko¹, N.Yu. Reznichenko¹, O.M. Gurja¹, N.Yu. Onishchenko²,
K.O. Veretelnyk¹, O.M. Petrashyna³

¹ Zaporizhzhia State Medical-Pharmaceutical University

² Communal non-commercial enterprise «City Hospital No. 4» ZCC, Zaporizhzhia

³ Communal non-commercial enterprise «Regional Clinical Children's Hospital» ZRC, Zaporizhzhia

Effectiveness of dermatocosmetic products *Psoriaten* in the treatment of chronic allergic dermatoses: results of a clinical study

Objective – to increase the effectiveness of the treatment of patients with chronic allergic dermatoses by using dermatocosmetic products *Psoriaten* in complex therapy based on the study of skin microbiocenosis, psychological state and quality of life of patients.

Materials and methods. The monitoring involved 107 people, including 72 patients with chronic allergic dermatoses (38 with atopic dermatitis and 34 with true eczema), who were divided into 2 groups: the experimental group – 35 patients who used *Psoriaten* ointment and dermatocosmetic product *Psoriaten* along with standard therapy for 6 months; the comparison group – 37 patients who received only standard treatment for 6 months. The control group included 35 healthy people.

All patients were examined according to existing standards. We used Biochemical and microbiological methods, evaluation of the expressiveness of chronic allergic dermatoses according to the SCORAD index, determination of the level of anxiety according to the HADS anxiety and Hamilton anxiety scales, neuroticism – according to the H. Eysenck scale, depression – according to the HADS depression hospital scale, Hamilton's depression scale, assessment of quality of life using the Dermatology Life Quality Index (Ukrainian version of the Dermatology Life Quality Index – DLQI) and CQLS and the integral indicator of the self-assessment questionnaire. The obtained results were processed statistically using standard computer programs.

Results and discussion. 3 months after the start of treatment in the experimental group, a statistically significant decrease in the SCORAD index was noted in patients with allergic dermatitis who additionally used *Psoriaten*, so after 6 months, a statistically significant difference in DSCORAD (%) was observed at the end of treatment between the experimental and comparison groups. This indicates a positive clinical effect of using dermatocosmetic product *Psoriaten* in complex chronic allergic dermatoses therapy. The effectiveness of additional use of *Psoriaten* in the treatment of chronic allergic dermatosis is indicated by the presence of a statistically significant difference after 6 months of therapy between the group that received only standard therapy and the group with additional use of *Psoriaten* in the total number of bacteria, the number of *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*, *Streptococcus pyogenes*, *Candida* fungi. After 6 months from the start of treatment, patients in the group that additionally received *Psoriaten* had statistically significantly lower rates of anxiety, neuroticism, and depression compared to the group that received only standard therapy. The obtained results indicate a significant improvement in the quality of life of patients with chronic allergic dermatoses against the background of the use of *Psoriaten* and testify to the high effectiveness of its use not only in terms of the regression of clinical manifestations, but also in terms of a significant improvement in the quality of life of patients.

Conclusions. The use of drugs of the *Psoriaten* group in the treatment of patients with chronic allergic dermatoses for 6 months has a positive effect on the normalization of the skin microbiome and the reduction of general skin insemation, reliably reduces the SCORAD indices, contributes to the reduction of anxiety, neuroticism and depression against the background of improving the clinical manifestations of the disease, which results in an improvement quality of life. The results give a reason to recommend the widespread introduction of *Psoriaten* products in the complex therapy of patients with chronic allergic dermatoses.

Keywords: chronic allergic dermatoses, skin microbiocenosis, psychological testing, quality of life, treatment, *Psoriaten*.

Стаття надійшла до редакції / Received 03.10.2024.

Стаття рекомендована до опублікування / Accepted 26.11.2024.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2024;4:39-50. doi: 10.30978/UJDVK2024-4-39.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2024;4:39-50. http://doi.org/10.30978/UJDVK2024-4-39.

Дані про авторів / Author's informations

Резніченко Юрій Григорович, д. мед. н., проф. кафедри госпітальної педіатрії

<https://orcid.org/0000-0003-1534-0326>

Резніченко Наталія Юріївна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

<http://orcid.org/0000-0002-5448-7833>

E-mail: n.reznichenkog@gmail.com

Гиря Олена Максимівна, к. мед. н., доц. кафедри госпітальної педіатрії

<https://orcid.org/0000-0002-6843-3780>

Онщенко Наталія Юріївна, лікар-дерматовенеролог

Веретельник Ксенія Олександрівна, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

<https://orcid.org/0000-0002-9558-6731>

Петрашина Олена Миколаївна, зав. бактеріологічної лабораторії