

© Коллектив авторов, 2019
УДК 616.521-036-08
DOI 10.21886/2219-8075-2019-10-1-72-78

Хроническая истинная экзема. Поиск терапии тяжёлых форм

В.В. Старостенко, О.А. Сидоренко, Л.П. Сизякина, Е.Е. Сидоренко

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить клиническую эффективность ре-ПУВА-терапии у больных с торпидными формами хронической истинной экземы рук. **Материалы и методы:** в исследовании принимали участие 78 пациентов (47 женщин, 31 мужчина) с тяжёлыми и среднетяжёлыми формами течения хронической истинной экземы рук. Использовались клинические индексы HECSI, DLQI до и после лечения. Пациенты случайной выборкой разделены на три группы: первая группа (25 человек) получала стандартную терапию (антигистаминные препараты, наружные глюкокортикостероидные средства, эмоленды), вторая группа (27 человек) получала указанную стандартную терапию на фоне ПУВА, третья группа (26 человек) — стандартную терапию на фоне ре-ПУВА (сочетание ПУВА с приёмом ретиноидов (изотретиноина)). Длительность терапии составляла около 3-х месяцев. **Результаты:** в I группе до лечения среднее значение индекса HECSI составляло $76,0 \pm 37,9$, а после проводимой терапии — $63,6 \pm 30,2$. Во II группе до лечения среднее значение индекса HECSI $78,3 \pm 34,2$, а после лечения — снизилось до $51,5 \pm 24,0$. В III группе соответственно до лечения среднее значение HECSI составляло $77,2 \pm 35,3$, а после курса терапии — $28,7 \pm 14,0$. Длительность ремиссии в первой группе после курса стандартной терапии составило $2,52 \pm 1,1$ недели, во второй группе — $15,7 \pm 7,5$ недели, в третьей группе — $61,7 \pm 32,4$ недели. **Выводы:** ре-ПУВА-методика наиболее эффективна в терапии хронической экземы рук, в сравнении с ПУВА и стандартной терапией.

Ключевые слова: хроническая экзема рук, ПУВА, ре-ПУВА, HECSI, DLQI.

Для цитирования: Старостенко В.В., Сидоренко О.А., Сизякина Л.П., Сидоренко Е.Е. Хроническая истинная экзема. Поиск терапии тяжелых форм. *Медицинский вестник Юга России*. 2019;10(1):72-78. DOI 10.21886/2219-8075-2019-10-1-72-78

Контактное лицо: Вячеслав Владимирович Старостенко, star-vyacheslav@yandex.ru.

Chronic eczema. The search for treatment of severe forms

V.V. Starostenko, O.A. Sidorenko, L.P. Sizyakina, E.E. Sidorenko

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Objective: to study the clinical efficacy of re-PUVA therapy in patients with torpid forms of chronic true hand eczema. **Materials and methods:** the study involved 78 patients (47 women, 31 men) with severe and moderate forms of chronic true hand eczema. Clinical indices were used before and after treatment: HECSI, DLQI. The patients were randomly divided into 3 groups: 1 group (25 people) received standard therapy (antihistamines, external glucocorticosteroid drugs, emollients); 2 group (27 people) received the indicated standard therapy against the background of PUVA; Group 3 (26 people) -standard therapy on the background of re-PUVA (combination of PUVA with retinoids (isotretinoin)). The duration of therapy was about 3 months. **Results:** in group I, before treatment, the average value of the HECSI index was 76.0 ± 37.9 , and after the treatment, 63.6 ± 30.2 ; in group II, before treatment, the average value of the HECSI index was 78.3 ± 34.2 , and after treatment it decreased to 51.5 ± 24.0 , in group III, respectively, before treatment, the average HECSI was 77.2 ± 35.3 , and after course of therapy 28.7 ± 14.0 . The duration of remission in the first group after a course of standard therapy was 2.52 ± 1.1 weeks, in the second group 15.7 ± 7.5 weeks, in the third group 61.7 ± 32.4 weeks. **Conclusions:** The re-PUVA method is most effective in the treatment of chronic eczema of the hands in comparison with the PUVA and standard therapy.

Key words: chronic hand eczema, PUVA, re-PUVA, HECSI, DLQI.

For citation: Starostenko V.V., Sidorenko O.A., Sizyakina L.P., Sidorenko E.E. Chronic eczema. The search of treatment of severe forms. *Medical Herald of the South of Russia*. 2019;10(1):72-78. (In Russ.) DOI 10.21886/2219-8075-2019-10-1-72-78.

Corresponding author: Starostenko V. Vyacheslav, star-vyacheslav@yandex.ru.

Введение

Экзема является наиболее часто встречающимся дерматозом. В структуре обращаемости к дерматологу в условиях поликлиники и стационара экзематозный процесс лидирует. По данным отечественных авторов, может достигать до 30-40 % [1]. В Великобритании один из пяти детей и один из двенадцати взрослых имеют экзему, в то время как экзема и контактный дерматит составляют 84-90% профессиональных заболеваний кожи [2]. Более 30 млн американцев страдает экземой рук [3]. По различным оценкам европейских исследователей за последние десятилетия среднегодовой показатель распространённости, экземы среди взрослого населения стран еврозоны составляет 10-15 % с заболеваемостью 5.5-8.8 случаев на 1000 человек в год [4].

Заболевание представлено полиморфизмом морфологических проявлений в виде эритемы, пузырьков, папул, трещин, шелушения и гиперкератоза, сопровождающихся зудом и болью. В острой стадии на поверхности высыпаний появляются капельки серозной жидкости («серозные колодцы», по П.В. Никольскому), а при выраженном воспалении возможно наличие отёка [5]. Ведущим патоморфологическим процессом при экземе является спонгиоз (межклеточный отёк), который и приводит к формированию клинической картины при экземе, а также рассматривается как важная часть патогенеза при экзематозном процессе [6]. Помимо высокой распространённости, экзематозный процесс имеет плохой прогноз у взрослых лиц. Отмечается тенденция к хронизации и поражению открытых участков (кистей рук). Вовлечённость в поражение кожи кистей рук предопределяет выраженное негативное влияние на качество жизни больных с хронической экземой, у некоторых сравнимое с уровнем больных псориазом, что приводит к невозможности полноценно работать, способствует социальной дезадаптации и даже к инвалидизации [7,8].

Терапия экземы представляет определённые трудности ввиду отсутствия ясности этиологии, патогенеза, наличия мультифакториального полигенного наследования с выраженной экспрессивностью и пенетрантностью генов, предрасполагающих к нарушению в иммунной регуляции, функции нервной и эндокринной систем [9].

Имеющиеся на сегодняшний день стандарты в РФ и подходы к терапии учитывают клиническую форму, стадию заболевания и тяжесть течения экземы. Целями лечения являются прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение зуда, разрешение высыпаний, профилактика рецидивов. Перечень системных препаратов включает антигистаминные средства, глюкокортикостероиды, а при наличии показаний — антибиотики, дезинтоксикационную терапию, транквилизатор с антигистаминным действием (гидроксизин), ретиноиды (ацетритин). Местная терапия зависит от остроты процесса и наличия инфицирования и включает моно- и комбинированные глюкокортикостероиды, антисептики, эмоленты, синтетические танины

[10]. Из немедикаментозного лечения используют фототерапию ПУВА и УФБ 311 нм [1].

В мировой практике значительное внимание уделяют профилактическим и образовательным программам для пациентов, дополнительно используются в топической терапии ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус), кальципотриол, ионофорез, дёготь, перманганат калия, ацетат алюминия, при тяжёлых и острых формах также применяют антигистаминные препараты, системные глюкокортикостероиды и цитостатики (циклоспорин, метотрексат, азатиоприн), интерферон- γ , внутривенный иммуноглобулин, инфликсимаб, китайские травы [11,12,13,7]. В последнее время особый интерес в лечении тяжёлых форм экземы представляет незарегистрированный в РФ ретиноид алитретиноин (9-цис-ретиноевая кислота), который связывается с внутриклеточными рецепторами ретиноевой кислоты как с A (RAR) так и X (RXR) [14,15,16,17].

Ни один из существующих на сегодняшний день терапевтических подходов не позволяет надёжно контролировать течение экземы, особенно среднетяжёлых и тяжёлых проявлений дерматоза, а бесконтрольное использование наружных глюкокортикостероидных средств способствует формированию рефрактерных клинических форм.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность ре-ПУВА-методики у пациентов с средне-тяжёлыми и тяжёлыми формами хронической экземы рук (ХЭР).

Материалы и методы

В рамках выполненной работы обследованы 78 пациентов с хронической экземой рук (ХЭР), прошедших обследование и терапию на базе РостГМУ, медицинского центра ООО «ПрактикуМ» за период с 2014 по 2018 гг. Критериями включения пациентов в работу были установленный диагноз хронической истинной экземы (ХИЭ), средние и тяжёлые клинические формы, не менее чем 2-хлетний анамнез заболевания, возраст старше 17 лет, торпидное течение, длительность обострения не менее 1 месяца, способность адекватно оценивать свое состояние. Критерии исключения — острая инфекционная патология, сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации, психические заболевания, беременность и лактация, впервые выявленное заболевание. Диагноз выставлялся в соответствии с данными анамнеза, жалобами, клинической картиной высыпаний и результатами гистологического исследования. Все пациенты случайной выборкой разделены на три группы: первая группа (25 пациентов) находилась на стандартной терапии (антигистаминные лекарственные средства, глюкокортикостероидные препараты наружно, эмоленты), вторая группа (27 пациентов), находилась на стандартном лечении с присоединением ПУВА, третья группа (26 исследуемых) находилась на стандартном лечении с присоединением ре-ПУВА-терапии (сочетание ПУВА с приёмом ретиноидов(изотретиноина)) (табл. 1).

Таблица/Table 1

Распределение больных по характеру терапии
Division of patients according to the method of therapy

I группа I group	II группа II group	III группа III group
Стандартная терапия Standard therapy	Стандартная терапия+ПУВА Standard therapy+PUVA	Стандартная терапия+ре-ПУВА Standard therapy+re-PUVA
25 человек 25 people	27 человек 27 people	26 человек 26 people

ПУВА-методика лечения (аббревиатура: П — лекарственный фотосенсибилизатор в виде «псоралена», принимающей за 1,5-2 часа до процедуры; УВА, производное от UVA, — ultraviolet spectrum A) заключается в воздействии на кожу УФ-облучения спектра А (в данном диапазоне с максимумом излучения ламп на длине волны 350нм) [18]. Сеансы фотолечения проводились на оборудовании немецкой фирмы Waldmann, аппараты UV 181 AL и UV 200 AL. В качестве фотосенсибилизатора применялся растительный лекарственный препарат аммифурин, содержащий плоды фурукумаринов, в дозе 3-4 таблетки за 2 часа до сеанса фотооблучения. Подбор дозы ультрафиолетовой нагрузки и её изменение определялся фототипом кожи пациента и клинической эффективностью в процессе лечения. Так, стартовая доза излучения составляла 1,0 Дж/см², и с каждой процедурой происходило её наращивание на 1,0 Дж/см² с максимумом значения до 16-18 Дж/см² на одну процедуру. Количество проводимых сеансов составляло 3-4 в неделю, около 40 процедур на курс лечения. Сочетание проводимого фотолечения (ПУВА) с приёмом per os ретиноидов носит название ре-ПУВА-терапии. В данном исследовании из семейства ретиноидов назначался изотретиноин в небольших дозировках 20-40 мг в сутки.

Оценка клинико-иммунологических параметров, лабораторных данных проводилась до и после лечения. Длительность терапии, в среднем, составила 3-4 месяца.

Оценка степени тяжести заболевания проводилась при помощи валидизированного индекса по оценке тяжести поражения кистей при экземе (Hand Eczema Severity Index [HECSI]) [18]. В основе индекса используется учет морфологических критериев (эритема, инфльтрация, везикулы, трещины, шелушение, отек). Кроме того, учитывается также площадь поражения кистей. Каждую кисть условно разделяют на пять зон (кончики пальцев, пальцы (за исключением кончиков), ладони, тыльная сторона кистей и запястье). Индекс может варьироваться от нуля до 360 единиц.

Уровень социальной дезадаптации, развивающейся у пациентов, страдающих хронической истинной (идиопатической) экземой, рассчитывался при использовании диагностического индекса качества жизни Дерматологического Индекса Качества Жизни (ДИКЖ) (DLQI) [19]. Для расчета данного индекса больные отвечали на опросник и производилась оценка ответов в баллах. Подсчет ДИКЖ вычислялся простым сумми-

рованием. Приближение суммы баллов по опроснику к «0» говорит о том, что болезнь не оказывает влияние на жизнь пациентов, при приближении же суммы баллов к максимальному значению «30» показывает значительное отрицательное влияние на качество жизни больных.

Подготовка базы данных для анализа осуществлялась с использованием Microsoft Excel из пакета программ Microsoft Office 2007. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., США). В качестве меры центральной тенденции использовалось среднее (M), варибельность показателей оценивалась стандартным отклонением (s), в некоторых случаях дополнительно проводились значения нижнего и верхнего квартилей. При обработке данных оценивался характер распределения показателей согласно критерию Шапиро-Уилка. Значимость различий непрерывных показателей оценивалась с помощью критерия Манна-Уитни. Изменение показателей связанных групп оценивалось с помощью непараметрического критерия Вилкоксона. Для сравнения бинарных данных использовались точный критерий Фишера и хи-квадрат Пирсона. Использовались общепринятые уровни значимости ($p < 0,05$; $p < 0,01$ и $p < 0,001$). Для характеристики связей признаков использовался коэффициент корреляции Пирсона. Силу корреляции оценивали по значению коэффициента корреляции (r): $|r| \leq 0,25$ — слабая корреляция; $0,25 < |r| < 0,75$ — умеренная корреляция; $|r| \geq 0,75$ — сильная корреляция.

Результаты

Все пациенты, принимавшие участие в исследовании методом слепой выборки, были разделены на три группы, в каждой из которых при помощи статистической обработки оценивался индекс HECSI до и после лечения. В первой группе до лечения среднее значение индекса составило $76,0 \pm 37,9$, а после проводимой терапии — $63,6 \pm 30,2$; во второй группе до лечения среднее значение индекса HECSI $78,3 \pm 34,2$, а после лечения — $51,5 \pm 24,0$, в третьей исследуемой группе до лечения среднее значение HECSI составляло $77,2 \pm 35,3$, а после курса терапии произошло максимальное снижение до $28,7 \pm 14,0$ среди других групп пациентов (табл. 2).

Подобным образом в исследуемых группах проводилась оценка диагностического индекса качества жизни (ДИКЖ) (DLQI) до и после проводимой тера-

Таблица/ Table 2

Индекс HECSI пациентов в сравниваемых группах до и после лечения
Index of HECSI patients in the compared groups before and after treatment

Тип энергии <i>Type of energy</i>	До лечения <i>Before treatment</i>		p	После лечения <i>After treatment</i>		p
	Среднее (M) <i>Average (M)</i>	Стандартное отклонение (s) <i>Standard deviation (s)</i>		Среднее (M) <i>Average (M)</i>	Стандартное отклонение (s) <i>Standard deviation (s)</i>	
1 группа (n=25) <i>1 group (n=25)</i>	76,0	37,9	p ₁₂ =0,80 p ₁₃ =0,97 p ₂₃ =0,84	63,6*	30,2	p ₁₂ =0,19 p ₁₃ <0,00001 p ₂₃ <0,00001
2 группа (n=27) <i>2 group (n=27)</i>	78,3	34,2		51,5*	24,0	
3 группа (n=26) <i>3 group (n=26)</i>	77,2	35,3		28,7*	14,0	
Всего (n=78) <i>Total (n=78)</i>	77,2	35,3		47,8*	27,4	

Примечание: p₁₂ — значимость различий между первой и второй группами; p₁₃ — значимость различий между первой и третьей группами; p₂₃ — значимость различий между второй и третьей группами; * — p<0.001 — значимость различий групп до и после лечения.
Note: p₁₂ — significance of differences between groups 1 and 2; p₁₃ — significance of differences between 1 and 3 groups; p₂₃ — significance of differences between 2 and 3 groups; * — p < 0.001 — significance of differences between groups before and after treatment.

Таблица/ Table 3

Индекс качества жизни пациентов в сравниваемых группах до и после лечения
The quality of life of patients index in the compared groups before and after treatment

Тип энергии <i>Type of energy</i>	До лечения <i>Before treatment</i>		p	После лечения <i>After treatment</i>		p
	Среднее (M) <i>Average (M)</i>	Стандартное отклонение (s) <i>Standard deviation (s)</i>		Среднее (M) <i>Average (M)</i>	Стандартное отклонение (s) <i>Standard deviation (s)</i>	
1 группа (n=25) <i>1 group (n=25)</i>	11,4	7,4	p ₁₂ =0,73 p ₁₃ =0,98 p ₂₃ =0,81	10,2*	7,0	p ₁₂ =0,38 p ₁₃ <0,033 p ₂₃ <0,17
2 группа (n=27) <i>2 group (n=27)</i>	10,7	6,4		8,0*	4,9	
3 группа (n=26) <i>3 group (n=26)</i>	11,0	6,1		6,1*	3,2	
Всего (n=78) <i>Total (n=78)</i>	11,0	6,5		8,1*	5,4	

Примечание: p₁₂ — значимость различий между первой и второй группами; p₁₃ — значимость различий между первой и третьей группами; p₂₃ — значимость различий между второй и третьей группами; * — p<0.001 — значимость различий групп до и после лечения.
Note: p₁₂ — significance of differences between groups 1 and 2; p₁₃ — significance of differences between 1 and 3 groups; p₂₃ — significance of differences between 2 and 3 groups; * — p < 0.001 — significance of differences between groups before and after treatment.

пии, что составило в первой группе до лечения среднее значение индекса DLQI 11,4±7,4, а после проводимой терапии — 10,2±3,2; во второй группе до лечения среднее значение индекса DLQI 10,7±6,4, а после лечения — 8,0±4,9, в третьей исследуемой группе соответственно до лечения среднее значение диагностического индекса качества жизни составило 11,0±6,1, а после курса терапии произошло максимальное снижение до 6,1±3,2 среди других групп пациентов (табл. 3).

Обсуждение

Таким образом, на сегодняшний день сохраняют свою актуальность различные варианты фототерапии у больных хронической истинной экземой [20]. Доступность, быстрота наступления эффекта при первом применении, бесконтрольность использования наружных глюкокортикостероидных средств приводят к формированию резистентных форм экзем, требующих

поиск более эффективных терапевтических модальностей. Как видно из полученных результатов стандартные методы лечения с использованием антигистаминных препаратов и наружных глюкокортикостероидов значительно уступают различным вариантам фототерапии. С помощью методики корреляционного анализа было установлено, что в исследуемых группах при исходных сравнительно одинаковых данных по индексу тяжести клинических проявлений HECSI наибольшая эффективность в лечении наблюдалась в III группе, по сравнению со II и I группами (рис. 1). Схожая тенденция по влиянию на качество жизни пациентов на фоне изучаемых терапевтических методик наблюдается в трёх исследуемых группах. Так, у пациентов при исходных сравнительно одинаковых показателях индекса качества жизни DLQI наибольшее снижение показателей (улучшение качества жизни) наблюдалось в III исследуемой группе, получавшей терапевтическую модальность в виде ре-ПУВА-терапии, II группа,

получавшая ПУВА терапию без ретиноидов уступает по эффективности III группе и наименьшие изменения индекса качества жизни ДИКЖ (DLQI) наблюдались в I группе, получавшей стандартную терапию (рис. 2). Полученные данные позволяют выбрать наиболее эффективную терапевтическую тактику при подсчитанных исходных значениях индекса тяжести поражения кистей при экземе (HECSI) и диагностического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Обращает на себя внимание выраженная длительность ремиссии после курса ре-ПУВА-терапии в III группе, что, в среднем, составило $61,7 \pm 32,4$ недели. Во второй группе на фоне ПУВА терапии наблюдалась средняя длительность ремиссии $15,7 \pm 7,5$ недели после окончания лечения, в I же группе на фоне стандартной терапии продолжительность ремиссии оказалась крайне невысокой и составила, в среднем, $2,52 \pm 1,1$ недели (табл. 4).

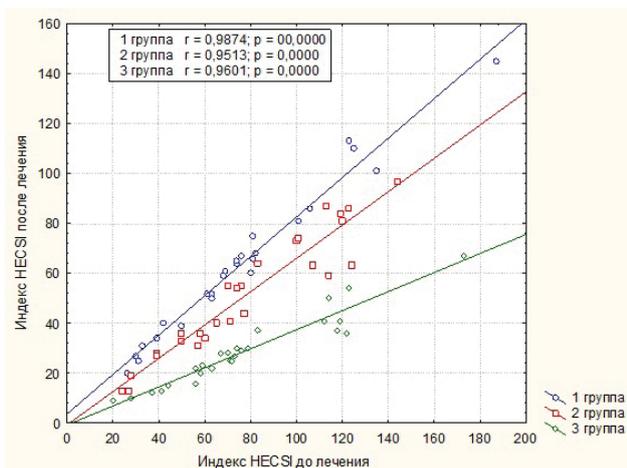


Рисунок 1. Зависимость изменения показателей HECSI в группах на различных терапевтических методиках.

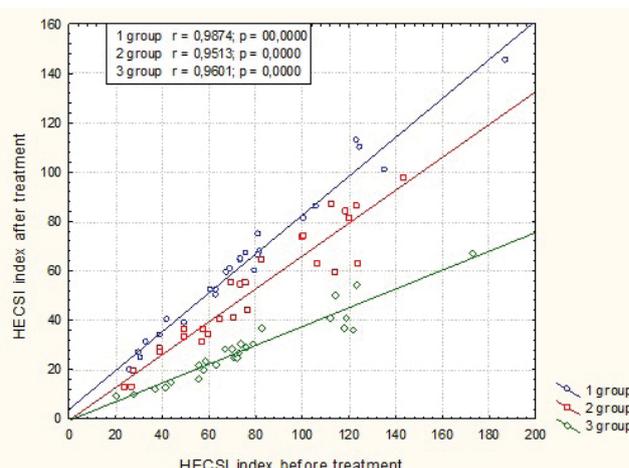


Figure 1. Dependence of changes in HECSI indicators in groups on various therapeutic methods.

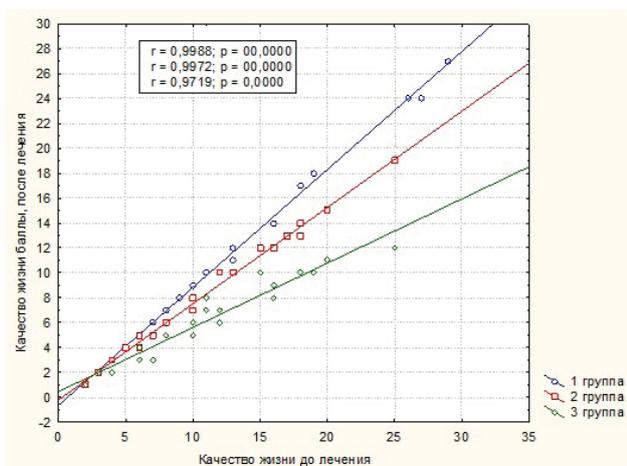


Рисунок 2. Зависимость изменения показателей ДИКЖ (DLQI) в группах на различных терапевтических методиках.

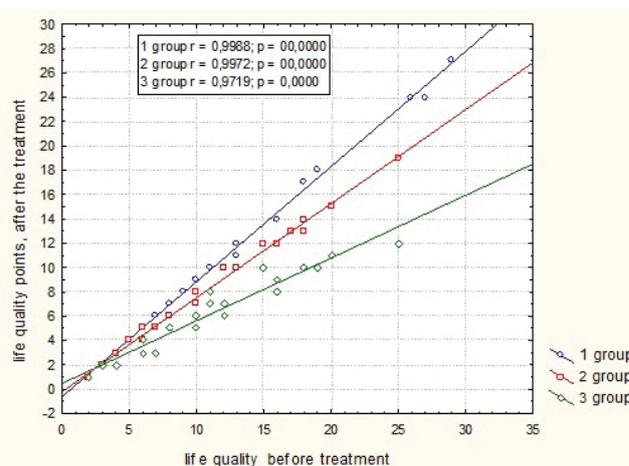


Figure 2. Dependence of changes in indicators of DAKZH (DLQI) in groups on various therapeutic methods.

Таблица/ Table 4

Длительность ремиссии в группах после различных терапевтических методик
The duration of remission in groups after various therapeutic methods

Тип энергии <i>Type of energy</i>	Длительность ремиссии(недели) <i>The duration of remission (weeks)</i>		P
	Среднее (M) <i>Average (M)</i>	Стандартное отклонение (s) <i>Standard deviation (s)</i>	
1 группа (n=25) <i>1 group (n=25)</i>	2,52	1,1	P ₁₂ <0,00001 P ₁₃ <0,00001 P ₂₃ <0,00001
2 группа (n=27) <i>2 group (n=27)</i>	15,7	7,5	
3 группа (n=26) <i>3 group (n=26)</i>	61,7	32,4	
Всего (n=78) <i>Total (n=78)</i>	26,8	31,7	

Примечание: p₁₂ — значимость различий между первой и второй группами; p₁₃ — значимость различий между первой и третьей группами; p₂₃ — значимость различий между второй и третьей группами.

Note: p₁₂ — significance of differences between groups 1 and 2; p₁₃ — significance of differences between 1 and 3 groups; p₂₃ — significance of differences between 2 and 3 groups.

Выводы

Исследуемая методика ре-ПУВА-терапии с использованием изотретиноина позволяет повысить клиническую эффективность и качество жизни у больных с торпидными формами течения хронической истинной экземой, по сравнению с другими видами лечения. После курса ре-ПУВА-терапии продолжительность ре-

миссии максимальная, по сравнению с ПУВА-терапией и стандартными методиками лечения.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубанова А.А. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. В кн.: *Федеральные клинические рекомендации по дерматовенерологии 2015*. - Москва, 2016.
2. *National Eczema Society. What is Eczema?* Доступно по: <http://www.eczema.org/what-is-eczema> (дата обращения: 05.10.2018)
3. *National Eczema Association. What is Eczema?* Доступно по: <https://nationaleczema.org/eczema/> (дата обращения: 05.10.2018)
4. Leon de FJ, Berbegal L, Silvestre JF. Management of Chronic Hand Eczema // *Actas Dermosifiliogr.* – 2015. – Vol.106(7). – P. 533-544. Doi: 10.1016/j.adengl.2015.06.002
5. Бутов Ю.С., Потехаев Н.Н. *Дерматовенерология. Руководство для врачей.* - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017.
6. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдииков А.А. *Экзематозные (спонгиозитические) дерматозы. Иллюстрированное руководство для врачей.* - М.; 2018.
7. Apfelbacher C., Molin S., Weisshaar E., Bauer A, Elsner P, et al. Characteristics and Provision of Care in Patients with Chronic Hand Eczema: Updated Data from the CARPE Registry // *Acta Derm Venereol.* – 2014. - № 94. - P. 163–167. Doi: 10.2340/00015555-1632
8. Safizadeh H., Shamsi-Meymandy S., Nasri L., Shamsi-Meymandy M. Quality of life among patients with hand eczema in Iran // *Russian Open Medical Journal.* – 2013. – Vol. 2(0305). Doi: 10.15275/rusomj.2013.0305
9. Бутов Ю.С., Скрипкин Ю.К., Иванов О.Л. *Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание.* - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
10. Заславский Д.В., Туленкова Е.С., Монахов К.Н., Холоди-

REFERENCES

1. Kubanova AA. Skin diseases. Sexually transmitted infections. *Federalnye klinicheskiye rekomendatsii po Dermatovenerologii 2015*. Moscow; 2016. (In Russ.)
2. *National Eczema Society. What is Eczema?* Available at: <http://www.eczema.org/what-is-eczema> (date of reference: 05.10.2018)
3. *National Eczema Association. What is Eczema?* Available at: <https://nationaleczema.org/eczema/> (date of reference: 05.10.2018)
4. Leon de FJ, Berbegal L, Silvestre JF. Management of Chronic Hand Eczema. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106(7):533-544. Doi: 10.1016/j.adengl.2015.06.002
5. Butov YS, Potekhaev NN. *Dermatovenerology. Rukovodstvo dlya vrachev.* Moscow; 2017;177-179. (In Russ.)
6. Rodionov AN, Zaslavsky DV, Sidikov AA. *Ekzematous (spongy) dermatosis. Illustrirovannoe rukovodstvo dlya vrachev.* Moscow; 2018. (In Russ.)
7. Apfelbacher C, Molin S, Weisshaar E, Bauer A, Elsner P, et al. Characteristics and Provision of Care in Patients with Chronic Hand Eczema: Updated Data from the CARPE Registry. *Acta Derm Venereol.* 2014;94:163–167. Doi: 10.2340/00015555-1632
8. Safizadeh H., Shamsi-Meymandy S., Nasri L., Shamsi-Meymandy M. Quality of life among patients with hand eczema in Iran. *Russian Open Medical Journal.* 2013;2(0305). Doi: 10.15275/rusomj.2013.0305
9. Butov YS, Skripkin YK, Ivanov OL. *Dermatovenerology. Nationalnoe rukovodstvo. Kratkoe izdanie.* Moscow; 2013. (In Russ.)

- лова Н.А., Кондратьева Ю.С., Тамразова О.Б. и др. Экзема: тактика выбора наружной терапии. // *Вестник дерматологии и венерологии*. - 2018. - №94. - С.56-66. Doi: 10.25208/0042-4609-2018-94-3-56-66
11. Diepgen T, Andersen K, Chosidow O, Coenraads P, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema// *Journal German Dermatological Society*. - 2015. - Vol. 13(1). - P. 77-84.
 12. English J, Aldridge R, Gawkrödger J, Kownacki S, Statham B, et al. Consensus statement on the management of chronic hand eczema// *Clinical and Experimental Dermatology*. - 2009. - Vol. 34. - P. 761-769. Doi: 10.1111/j.1365-2230.2009.03649.x
 13. Gooderham M, Bourcier M, Gannes G, Dhadwal G, Fahim S, et al. Management of Chronic Hand Dermatitis: A Practical Guideline for the General Practitioner. // *STL* - 2016. - Vol. 11(1). - P. 1-5.
 14. Schindler M, Drozdenko G, Kuhl A.A., Worm M. Immunomodulation in patients with chronic hand eczema treated with oral alitretinoin// *Int Arch Allergy Immunol*. - 2014. -Vol. 165. - P. 18-26. Doi: 10.1159/000365659
 15. King T, McKenna J, Alexandroff A. Alitretinoin for the treatment of severe chronic hand eczema. // *Patient Preference and Adherence*. - 2014. - Vol. 8. - P. 162-163. Doi: 10.2147/ppa.s38830
 16. Kwon H.I, Kim J.E., Ko J.Y., Ro Y.S. Efficacy and Safety of Alitretinoin for Chronic Hand Eczema in Korean Patients// *Ann Dermatol*. - 2016. - Vol. 28(3). - P. 364-370. Doi: 10.5021/ad.2016.28.3.364
 17. Franca T, Diniz A, Silva I, Carvalho R, Lopes V, Zanoncio V. Phototherapy with PUVA. Versatility and efficacy in dermatoses// *Rev. Assoc. Med. Bras*. - 2017. - Vol. 63(5). Doi: 10.1590/1806-9282.63.05.393
 18. Agner T, Jungersted J, Coenraads P, Diepgen T. Comparison of four methods for assessment of severity of hand eczema. // *Contact Dermatitis*. - 2013. - Vol. 69. - P. 107-111. Doi: 10.1111/cod.12039
 19. Ofenloch R, Diepgen T, Weisshaar E, Elsner P, Apfelbacher C.J. Assessing Health-related Quality of Life in Hand Eczema Patients. How to Overcome Psychometric Faults when Using the Dermatology Life Quality Index// *Acta Derm Venereol*. - 2014. - Vol. 94. - P. 658-662. Doi: 10.2340/00015555-1842
 20. Brass D, Fouweather T, Stocken D.D, Macdonald C., Wilkin-son J, Lloyd J, et al. Hand eczema phototherapy pilot trial// *British Journal of Dermatology*. - 2018. - Vol. 179. - P. 63 -71. Doi: 10.1111/bjd.16855
 10. Zaslavsky DV, Tulenkova ES, Monakhov KN, Kholodilova NA, Kondratyeva YS, Tamrazova OB et al. Ekzema: choice of external therapy tactics. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2018;94:56-66. Doi: 10.25208/0042-4609-2018-94-3-56-66 (In Russ.)
 11. Diepgen T, Andersen K, Chosidow O, Coenraads P et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *Journal German Dermatological Society*. 2015;13(1):77-84.
 12. English J, Aldridge R, Gawkrödger J, Kownacki S, Statham B, et al. Consensus statement on the management of chronic hand eczema. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2009;34:761-769. Doi: 10.1111/j.1365-2230.2009.03649.x
 13. Gooderham M, Bourcier M, Gannes G, Dhadwal G, Fahim S, et al. Management of Chronic Hand Dermatitis: A Practical Guideline for the General Practitioner. *STL* 2016;11(1):1-5.
 14. Schindler M, Drozdenko G, Kuhl AA, Worm M. Immunomodulation in patients with chronic hand eczema treated with oral alitretinoin. *Int Arch Allergy Immunol*. 2014;165:18-26. Doi: 10.1159/000365659
 15. King T, McKenna J, Alexandroff A. Alitretinoin for the treatment of severe chronic hand eczema. *Patient Preference and Adherence*. 2014;8:162-163. Doi: 10.2147/ppa.s38830
 16. Kwon HI, Kim JE, Ko JY, Ro YS. Efficiency and Safety of Alitretinoin for Chronic Hand Eczema in Korean Patients. *Ann Dermatol*. 2016;28(3):364-370. Do: 10.5021/ad.2016.28.3.364
 17. Franca T, Diniz A, Silva I, Carvalho R, Lopes V, Zanoncio V. Phototherapy with PUVA. Versatility and efficacy in dermatoses. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2017;63(5). Doi: 10.1590/1806-9282.63.05.393
 18. Agner T, Jungersted J, Coenraads P, Diepgen T. Comparison of four methods for assessment of severity of hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2013;69:107-111. Doi: 10.1111/cod.12039
 19. Ofenloch R, Diepgen T, Weisshaar E, Elsner P, Apfelbacher CJ. Assessing Health-related Quality of Life in Hand Eczema Patients. How to Overcome Psychometric Faults when Using the Dermatology Life Quality Index. *Acta Derm Venereol*. 2014;94:658-662. Doi: 10.2340/00015555-1842
 20. Brass D, Fouweather T, Stocken DD, Macdonald C, Wilkin-son J, Lloyd J et al. Hand eczema phototherapy pilot trial. *British Journal of Dermatology*. 2018;179:63 -71. Doi: 10.1111/bjd.16855

Информация об авторах

Старостенко Вячеслав Владимирович, ассистент, кафедра кожных и венерических болезней, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: star-vyacheslav@yandex.ru.

Сидоренко Ольга Анатольевна, профессор, кафедра кожных и венерических болезней, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия.

Сизыкина Людмила Петровна, профессор, кафедра аллергологии и иммунологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия.

Сидоренко Елизавета Евгеньевна, ординатор 1 года, кафедра кожных и венерических болезней, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия.

Получено / Received: 16.11.2018

Принято к печати / Accepted: 11.01.2019

Information about the authors

Vyacheslav V. Starostenko, assistant, department of the skin and venereal diseases, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: star-vyacheslav@yandex.ru

Olga An. Sidorenko, MD, Prof., department of the skin and venereal diseases, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.

Lyudmila P. Sizyukina, MD, Prof., department of the allergology and immunology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.

Elizaveta Ev. Sidorenko, resident, department of the skin and venereal diseases, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.