

СПІЛЬНІ ТА ВІДМІННІ РИСИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ТА ІСТИННОЇ ЕКЗЕМИ В ДОРΟΣЛИХ.

О.Д.Александрук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Ключові слова: atopічний дерматит, істинна екзема, анамнез, лікування.

Актуальність теми. Поширеність алергічної патології в світі набуває загрозливого характеру [2], адже більше 10% населення планети страждають на різні алергічні захворювання [6]. На хронічні алергічні дерматози припадає 10-40% усіх шкірних хвороб [2]. Щорічно в світі реєструють близько 29 млн. нових хворих на atopічний дерматит (АД) [5]. Істинна екзема (ІЕ) починається найчастіше в дорослих пацієнтів, проте зростання проявів урбанізації в житті людини сприяє подальшому росту захворюваності на цей дерматоз [3].

Мета дослідження. Встановлення спільних та відмінних клініко-анамнестичних рис дорослих пацієнтів із АД та ІЕ та впливу типового лікування на їх перебіг.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереження перебувало 67 осіб (47 чоловіків та 20 жінок) із загостренням АД віком 18-48 років. Діагноз АД виставляли згідно зі стандартами діагностики і терапії atopічного дерматиту [1]. Також під спостереженням знаходились 62 особи (28 чоловіків та 34 жінки) із загостренням істинної екземи віком 22-48 років. Клінічне обстеження пацієнтів проводилось при поступленні в стаціонар, при виписці та через 1 місяць і супроводжувалось оцінкою важкості перебігу по шкалі SCORAD [7]. Окремо оцінювали інтенсивність свербіння за 10-бальною шкалою. Лікувальні програми хворим призначалась у відповідності до наказу МОЗ України №312 від 08.05.2009 «Протоколи надання медичної допомоги».

Статистична обробка проводилась з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel 10 та Statistica 8.

Результати дослідження та їх обговорення. В 91% хворих на АД захворювання розпочиналось в ранньому дитячому віці, чим більшість цих хворих суттєво відрізнялась від хворих на ІЕ. В той же час діагноз власне АД пацієнтам вперше було виставлено в різні вікові періоди – від раннього дитинства до моменту досягнення повноліття. На протипагу цьому лише в 3 осіб із ІЕ захворювання розпочалось в дитячому віці і в більшості випадків діагноз ІЕ був виставлений в коротких термінах після початку дерматозу. При цьому у 2/3 пацієнтів з АД загострення відбувались щороку, а в 12% обстежених - 2 і більше раз на рік. Більшість (93%) страждала на загострення у весняний період. Сезонність загострень ІЕ була властива для 77% пацієнтів: у весняний, осінній і зимовий період загострення виникали у однакової кількості хворих - 45% групи; в літній період - в 13% хворих. Сухість шкіри, як одна з постійних ознак АД в 36% хворих не залежала від пори року. Сезонні коливання сухості шкірних покривів були більш частою скаргою чоловіків (72%) ніж жінок (55%). На відміну від хворих на АД для ІЕ сухість шкіри не є постійною ознакою, проте сезонне зменшення вологості шкіри в себе відмічали 52% осіб групи. У більшості хворих на АД (81%) та лише частини хворих із ІЕ (42%) спостерігався ускладнений сімейний алергологічний анамнез. В частини хворих з АД (10%) та ХІЕ (18%) достовірні дані з цього приводу були відсутні. Слід відмітити неточність інформації, яку можна отримати з цього приводу в

пацієнта, якщо не деталізувати питання, а лише покладатись на розуміння цього питання хворим. Чинники розвитку загострення в обох групах пацієнтів були подібними, проте їх частота було дещо відмінною. Пацієнти з АД найчастіше тригерами для себе вважали дієтичні чинники або лікарські засоби (96%), природні (39%) та побутові алергени (26%). Для хворих на ІЕ тригерами найчастіше були побутові контактні алергени (63%), дієтичні фактори (52%) та чинники виробничого характеру (26%). Інтенсивний свербіж передував появі висипань при АД в 34% випадків та ІЕ в 11% випадків, або виникав одночасно із ними (66% та 89% випадків відповідно). В періоди клінічної ремісії та неповної ремісії при АД свербіж провокувався потовиділенням (90%), емоційним хвилюванням (32%), зігріванням шкіри (11%), або рядом інших причин (15%). При ІЕ свербіж шкіри провокувався впливом емоцій (23%) та потовиділенням (19%). 100% пацієнтів із АД та 85% із ІЕ визнають, що намагались проводити самостійне лікування недуги. Лікувально-косметичні засоби для догляду за сухою та подразненою шкірою хворі на АД підбирали переважно самостійно. Лише 66% пацієнтів групи вказували на ефективність таких засобів, що може бути пояснене їх підбором без врахування клінічної ситуації. Жінки схильні позитивно оцінювати використання таких засобів значно частіше ($p < 0,05$), ніж чоловіки (85% проти 57,4%). Ніколи не використовували такі засоби 25% хворих на АД (32% чоловіків та 5% жінок групи). Лише 16% хворих на ІЕ використовували емолієнти для профілактики між рецидивами. В обстежених хворих на АД спостерігалось домінування проявів ліхеноїдної (30%) та еритематозно-сквамозної з ліхеніфікацією (57%) форм. Еритематозно-сквамозна форма АД спостерігалась у 4-х, везикуло-крустозна форма у 3-х, пруригоподібна форма зустрічалась лише у 2-х осіб групи. Найбільш частою формою ХІЕ у обстежених спостерігалась дизгідротична

– 50% (31 особа) та інтертригіозна - 26% (16 осіб). Суха монетовидна форма спостерігалась у 15% (9 хворих), псоріазіформна у 10% пацієнтів (6 осіб.) Значення індексу (κ) SCORAD у пацієнтів з АД перед початком лікування складало 45(39;57) балів. У 28 (42%) пацієнтів групи обстеження клінічні прояви АД були розцінені як важкі, в 31 (46%) як середньої важкості, в 8 (12%) осіб як легкі. Інтенсивність свербіжу шкіри в пацієнтів групи за 10-бальною шкалою при цьому складала 6(5;8) балів. Значення індексу (κ) SCORAD у пацієнтів з ІЕ перед початком лікування складало 33(28;45) балів. При цьому лише у 4 (6%) пацієнтів групи обстеження клінічні прояви АД були розцінені як важкі, в 46 (74%) як середньої важкості, в 4 (6%) осіб як легкі. Інтенсивність свербіжу шкіри в пацієнтів групи за 10-бальною шкалою складала 7(6;8) балів. Слід сказати, що менша кількість пацієнтів з важким перебігом ІЕ за шкалою SCORAD була пов'язана із меншою, ніж при АД типовою площею висипань. Прояви білого дермографізму шкіри визначались у 37 (55,2%) осіб із АД. Змішаний тип шкірно-судинної реакції відмітили в 23 осіб (34,3%), червоний - в 7 осіб (10,5%). На противагу хворим із АД при ІЕ білий тип дермографізму спостерігався рідко – лише у 4 осіб (6% групи), змішаний тип в 55% хворих (34 особи), червоний - в 40% групи (25 осіб). На час завершення стаціонарного етапу лікування спостерігалось закономірне зниження індексу SCORAD у всіх обстежених пацієнтів. Середній показник SCORAD при АД достовірно зменшився ($p < 0,05$) і складав 20(14;26) балів. Кількість хворих із індексом SCORAD, що відповідав важкому перебігу, знизилась з 42% групи (28 хворих) до 0. Лише 28% групи (19 пацієнтів) мали прояви АД середньої важкості, що пояснювалось великою площею висипань. Свербіж шкіри в пацієнтів всієї групи також суттєво знизився ($p < 0,05$) і складав 2(1;3) бали. Чинниками, які сприяли «збереженню» певного рівня індексу SCORAD у всіх хворих на момент виписки були типові

ознаки хронічного перебігу АД: сухість шкіри, ліхеніфікація шкіри в типових місцях та епізодичний свербіж шкіри. Подальше лікування пацієнтів з такими проявами в умовах дерматологічних стаціонарів цілком закономірно вважається фінансово невиправданим. Значення індексу SCORAD суттєво ($p < 0,05$) знизилось у всіх хворих з ІЕ і на час виписки складало 13(8;15) балів. У всіх хворих індекс відповідав показникам легкого перебігу захворювання. Залишкові значення індексу були зумовлені збереженням свербіння шкіри, ліхеніфікації та, в деяких випадках, запальної еритеми. Інтенсивність свербіння шкіри в пацієнтів групи також суттєво знизилась ($p < 0,05$) і складала як і в хворих на АД 2(1;3) бали. При подальшому контрольному обстеженні через 1 місяць в більшості пацієнтів обох груп спостерігалось покращення клінічного стану: регрес запальної еритеми, розчухів, ліхеніфікації шкіри, зменшення інтенсивності свербіння та розладів сну. 55 хворих на АД з 67 (82% групи) демонстрували подальше зниження індексу SCORAD. Проте в 6 пацієнтів (9% групи) показник залишився сталим і в 6 випадках (9% групи) спостерігалось погіршення перебігу. В цілому в групі на цьому етапі показник SCORAD складав 15(11;20) балів, що

достовірно менше ($p < 0,05$) попереднього показника. Інтенсивність свербіння шкіри в цілому в групі істотно не відрізнялась від такої при завершенні стаціонарного лікування і складала 2(2;3) бали. У хворих на ІЕ період місячного спостереження супроводжувався також зниженням ($p < 0,05$) показника SCORAD до 6(4;10) балів. Проте в 4 пацієнтів (6% групи) показник залишився сталим, а в 10 випадках (16% групи) також спостерігалось погіршення перебігу ІЕ і відповідне незначне зростання індексу SCORAD.

Висновки. Пацієнти на лікування в стаціонарі з приводу загострення АД та ІЕ, мають багато спільних клініко-анамнестичних ознак. Певні відмінності спостерігаються лише при визначенні вікового порогу початку захворювання, найчастіших тригерів загострень, стану шкіри в ремісії та сімейного алергічного анамнезу. Під впливом лікування в умовах стаціонару, що суттєво не відрізняється для обох дерматозів, пацієнти демонструють виражену динаміку проявів. Тим не менш, цей етап лікування не дозволяє повністю усунути прояви обох захворювань. Протягом місячного терміну спостереження та лікування спостерігається подальше покращення стану більшості, але не всіх пацієнтів.

Список літератури.

1. Мавров І.І. Рациональна диагностика та лікування в дерматології та венерології / І.І. Мавров. - К.: ТОВ "Доктор-Медіа", 2007. - 344 с
2. Погляд на лікування алергодерматозів. / Калюжна Л.Д., Ошивалова О.О., Бойчук А.М., Резнікова А.А. - Український журнал дерматології, венерології та косметології. -2011- №4(43). – С.56-60.
3. Розповсюдженість дерматозів в залежності від екологічного стану районів у Полтавській області / М. О. Дудченко, Л. І. Дуденко, К. В. Васильєва [та ін.] // Журнал дерматологии и косметологии им. Н. А. Торсуева. - 2004. - № 1-2(8). - С. 122-123.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. - Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева, 2005 – 32с.
5. Leung D. New insights into atopic dermatitis // J.Clin.Invest. – 2004. – Vol.113, N4. – P.651-657.
6. Schafer T., Vieluf D., Nienhaus A. Epidemiology of atopic eczema in the general population // J.Allergy Clin.Imm.International. – 1997. - Suple.4- P. 13.
7. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatology.-1993. – no.186(1). – P. 23-31.

COMMON AND DIFFERENT FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS AND TRUE ECZEMA IN ADULTS

O.D.Aleksandruk

We performed analysis of medical history and clinical signs of 67 adult atopic dermatitis and 62 true eczema patients under the in-patient treatment and at early period after discharge. Common features of medical and personal history were shown: season dependence of aggravations, tendency to be self-treated etc. Frequency of triggers, dermography and some other features were show as different. Majority of patients have signs of the disease at discharge and early follow-up. Part of the patients have signs of worsening.

ОБЩИЕ И РАЗЛИЧНЫЕ ЧЕРТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ.

А.Д.Александрук

Проведен анализ клинико-anamnestических признаков 67 взрослых больных atopическим дерматитом та 62 больных истинной экземой в течение пребывания на лечении в дерматологическом стационаре и в ранний период после выписки из стационара. При сравнении типичных anamnestических признаков больных установлено общие признаки: сезонность обострений, склонность к самолечению и пр. Отличными выявлены частота триггеров обострения, тип дермографизма и др. признаки. Установлено наличие проявлений заболевания у большинства пациентов обеих групп на время выписки из стационара, ранних сроках наблюдения и ухудшение течения у небольшого числа больных. **Ключевые слова:** atopический дерматит, истинная экзема, anамнез, лечение.