

КЛІНІЧНІ РИСИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ТА ХРОНІЧНОЇ ІСТИННОЇ ЕКЗЕМИ У ДОРΟΣЛИХ

Александрук О.Д.

Івано-Франківський національний медичний університет

Проведено аналіз клініко-анамнестичних ознак у хворих на atopічний дерматит та хронічну істинну екзему дорослого віку. Встановлено ряд спільних анамнестичних ознак: обтяжений алергологічний анамнез, сезонність загострень, схильність до самолікування та інш. Визначено відмінності в типових чинниках загострення, особливості реакції шкіри на подразнення та ряді інших ознак. Оцінено успішність стаціонарної фази лікування обох захворювань та динаміку висипань в ранньому періоді спостереження за хворими. Встановлено наявність проявів захворювань в більшості пацієнтів обох груп на час виписки з стаціонару та короткого подальшого амбулаторного спостереження.

Ключові слова: atopічний дерматит, хронічна істинна екзема, анамнез, лікування, ставлення до хвороби.

Постановка проблеми. Поширеність алергічних захворювань, які називають «спадкоємцями і хворобами цивілізації», в світі набуває загрозливого характеру [4]. В даний час більше 10% населення планети страждають на різні алергічні захворювання [11]. На хронічні алергічні дерматози, до яких традиційно відносять atopічний дерматит (АД), екзему та нейродерміт, припадає 10-40% усіх шкірних хвороб [4]. Щорічно в світі реєструють близько 29 млн. нових хворих на АД [10]. Це захворювання розпочинається в дитячому віці і продовжується із зовнішніми особливостями протягом життя пацієнта. Істинна екзема найчастіше починається в дорослих пацієнтів, а подальше зростання проявів урбанізації в житті людини сприяє подальшому росту захворюваності на цей дерматоз [6].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Хронічна істинна екзема (ХІЕ) за своєю поширеністю не суттєво поступається АД. У відповідності до багатьох західних дерматологічних публікацій ХІЕ розглядають спорідненим із АД захворюванням [8], що знайшло своє відображення в різних класифікаціях хронічних алергічних хвороб шкіри [9,13]. Проте, цей погляд відрізняється від вітчизняної дерматологічної традиції [1,7], у зв'язку із чим і надалі відсутній консолідований погляд на спорідненість АД та ХІЕ. У зв'язку із цим, вважаємо за доцільне провести порівняльний аналіз цих хронічних дерматозів в сучасних умовах.

Мета статті. Головною метою нашого дослідження було встановлення типових клініко-анамнестичних рис дорослих пацієнтів із АД та ІЕ, вплив типового лікування в умовах дерматологічного стаціонару на перебіг цих захворювань та ставлення самих повнолітніх пацієнтів до своєї хвороби.

Виклад основного матеріалу. Під нашим спостереження перебувало 67 дорослих осіб (47 чоловіків та 20 жінок), госпіталізованих в дерматологічний стаціонар з приводу чергового загострення АД. Віковий діапазон цієї групи складав 18-48 років: 33% – особи від 18 до 20 років, 45% – від 21 до 29 років, 15% – від 30 до 39 років, 7% – від 40 до 48 років. Діагноз АД виставляли згідно зі стандартами діагностики і терапії atopічного дерматиту [2, 3] за модифікованими клініко-лабораторними критеріями Ханніфіна та Райке, та користуючись наказом МОЗ України № 286 від 07.06.2004 р. та № 312 від 08.05.2009 р. Також під спостереженням знаходились 62 особи (28 чоловіків та 34 жінки), госпіталізованих з приводу загострення істинної екзemi. Віковий діапазон цієї групи складав 22-48 років: особи від 22 до 29 років – 28%, від 30 до 39 років – 37%, від 40 до 48 років – 35%.

Обстеження пацієнтів проводилось при поступленні в дерматологічний стаціонар, при виписці

та через 1 місяць після завершення стаціонарного етапу лікування. Клінічне обстеження доповнювали оцінкою важкості перебігу по шкалі SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis – шкала atopічного дерматиту), розробленої для стандартизації діагнозу atopічного дерматиту [12]. Використовуючи коефіцієнт SCORAD (k), об'єктивно оцінювали ступінь тяжкості перебігу АД в кожного обстеженого: $k < 25$ – легкий ступінь, $25 < k < 50$ – середній ступінь, $k > 50$ – тяжкий ступінь. Окремо оцінювали інтенсивність свербіння за 10-бальною шкалою. У зв'язку із відсутністю загальноприйнятою шкали оцінки важкості перебігу екзemi і для порівняння із групою АД для визначення важкості перебігу ХІЕ також використовували шкалу SCORAD.

В якості методу вивчення ставлення дерматологічних пацієнтів до своєї хвороби було використано методу ТОБОЛ [5] – тест визначення ставлення пацієнта до хвороби. За допомогою методики вдається діагностувати 12 типів ставлення пацієнта до хвороби, об'єднаних в 3 групи в залежності від характеру адаптації людини до власного захворювання.

Лікувальні програми призначались у відповідності до наказу МОЗ України № 312 від 08.05.2009 «Протоколам надання медичної допомоги». Тривалість її стаціонарної фази залежала від важкості перебігу дерматозу, а критерієм її припинення було досягнення клінічного видужання або покращення стану: зникнення або суттєве зменшення інтенсивності свербіжжю, нормалізація сну, поліпшення загального стану, сплюснення елементів, зменшення і/або зникнення інфільтрації і ліхеніфікації.

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

Результати дослідження та їх обговорення. Визначені при деталізованому зборі анамнезу причини розвитку загострення в обох групах пацієнтів були дещо відмінними. Так, в пацієнтів з АД найчастіше тригерами загострення виявляли погіршеності в дієті або прийом лікарських засобів (96%). Для природних алергенів (39%) та побутових алергенів (26%) значно поступались своїм значенням. Для хворих на ХІЕ найчастішими чинниками загострення виступали побутові контактні алергени (63%). Також в багатьох обстежених важливе місце займали погіршеності в дієті (52%) та чинники виробничого характеру (26%).

Всі пацієнти скаржились на інтенсивний свербіж, що передувало появі висипань при АД (34% випадків) та ХІЕ (11% випадків), або виникав одночасно із ними (66% та 89% випадків відповідно). В періоди повної або неповної клінічної ремісії АД свербіж шкіри провокувався потовиділенням (90%),

емоційним хвилюванням (32%), зігріванням шкіри (11%), або рядом інших причин (15%). При ХІЕ свербіж шкіри провокувався переважно впливом емоцій (23%) та потовиділенням (19%).

Сухість шкіри вважають однією з постійних ознак АД. Сезонна залежність ступеня сухості шкірних покривів (64% осіб) були більш частою скаргою чоловіків (72%) ніж жінок (55%). На відміну від АД при ХІЕ сухість шкіри не є постійною клінічною ознакою, проте сезонне зменшення вологості шкіри в себе також відмічали 52% обстежених, а 4 пацієнта вказували на постійну сухість шкіри.

В більшості випадків хворі на АД самостійно підбирали лікувально-косметичні засоби для догляду за сухою та подразненою шкірою. Лише 66% пацієнтів групи вказували на ефективність таких засобів на власному досвіді, що певною мірою може бути пояснене їх підбором без врахування точної клінічної ситуації. При цьому жінки схильні позитивно оцінювати використання таких засобів значно частіше ($p < 0,05$), ніж чоловіки (85% опитаних проти 57,4%). Ніколи не використовували такі засоби 25% хворих на АД (32% чоловіків та лише 5% жінок). Хворі на ХІЕ використовували емолієнти значно рідше: лише 16% обстежених мали досвід їх використання з профілактичною метою в міжрецидивний період.

У 75% пацієнтів з АД попередні загострення відбувались щороку, в 12% обстежених – 2 і більше на рік. Більшість (93%) страждала на загострення у весняний період. Також часті загострення спостерігались пізньої осені (24%), значно рідше зимою (7,5%) та літом (10%). Лише в чотирьох осіб з АД виявити сезонні закономірності перебігу хвороби не вдалось. На відміну від хворих на АД, сезонність для загострень ХІЕ була властива лише для частини пацієнтів: у весняний, осінній і зимовий період загострення виникали у однакової кількості хворих – 45% групи; в літній період – в 13% хворих. 23% осіб з групи не могли визначити певної сезонності загострень.

В 91% хворих на АД захворювання розпочиналось в ранньому дитячому віці, що суттєво відрізняє цю хворобу від ХІЕ. В той же час діагноз власне АД пацієнтам вперше було виставлено в різні вікові періоди – від раннього дитинства до моменту досягнення повноліття. На противагу цьому лише в 3 осіб із ХІЕ захворювання розпочалося в дитячому віці, а діагноз екзема був виставлений в короткі терміни після початку дерматозу.

У зв'язку із хронічним перебігом обох дерматозів під амбулаторним спостереженням дерматолога з приводу АД знаходились 95% хворих на АД та 85% на ХІЕ, проте лише невелика частина з них – на регулярній основі. 67% хворих на АД та 45% хворих на ХІЕ вже мали досвід лікування в дерматологічних стаціонарах. Попередні госпіталізації були більш властиві чоловікам, ніж жінкам (75% проти 50% для АД та 53% проти 36% при ХІЕ). 5% пацієнтів з АД та 16% з ХІЕ до останнього часу не визнавали необхідним отримувати діагностичну та лікувальну допомогу в спеціалізованих дерматологічних установах. І хоча самі пацієнти не дуже відверто пояснювали причини цього небажання, великою мірою воно пояснювалось фінансовими причинами та негативними розповідями інших хворих.

100% пацієнтів із АД та 85% із ХІЕ визнають, що намагались проводити самостійне лікування недуги як традиційними фармакотерапевтичними засобами, так і засобами народної чи нетрадиційної медицини. При цьому більшість інформації для призначень вони отримували з джерел мас-медіа,

серед яких останніми роками найбільш популярними стали інтернет-джерела.

У більшості хворих на АД (81%) та лише частини хворих із ХІЕ (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.

Характер професійної діяльності пацієнтів із АД та ХІЕ дещо відрізнявся. Пояснення цьому, ймовірно, слід шукати в більш ранній маніфестації АД і спричиненому цим впливі на вибір майбутньої професії. Якщо серед хворих на ХІЕ були рівномірно представлені особи розумової (34%), фізичної праці (39%) та змішаної професійної діяльності (27%), то для хворих на АД виключно фізичний або розумовий характер виробничої діяльності був в цілому нетиповим. Більшість обстежених (63%) займалися змішаним характером діяльності, що не був пов'язаний з надмірним емоційним або фізичним навантаженням.

Враховуючи вікові особливості перебігу АД в обстежених хворих 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 дизідротична – 50% (31 особа) та інтритригінозна – 26% (16 осіб). Суха монетовидна форма спостерігалась у 15% (9 хворих), псоріазіформна у 10% пацієнтів (6 осіб).

Значення індексу (k) SCORAD у пацієнтів з АД перед початком лікування складало 45(39;57) балів. При цьому у 28 (42%) пацієнтів групи обстеження клінічні прояви АД були розцінені як важкі ($k > 50$), в 31 (46%) як середньої важкості ($25 < k < 50$), в 8 (12%) осіб як легкі ($k < 25$). Інтенсивність свербіжжю шкіри в пацієнтів групи за 10-бальною шкалою при цьому складала 6(5;8) балів.

Значення індексу (k) SCORAD у пацієнтів з ХІЕ перед початком лікування складало 33(28;45) балів. При цьому лише у 4 (6%) пацієнтів групи обстеження клінічні прояви АД були розцінені як важкі ($k > 50$), в 46 (74%) як середньої важкості ($25 < k < 50$), в 4 (6%) осіб як легкі ($k < 25$). Інтенсивність свербіжжю шкіри в пацієнтів групи за 10-бальною шкалою складала 7(6;8) балів. Слід сказати, що менша кількість пацієнтів з важким перебігом ХІЕ за шкалою SCORAD була пов'язана із меншою, ніж при АД типовою площею висипань, що суттєво впливало на розрахунок індексу.

Згідно традиційних дерматологічних уявлень для хворих на АД властива вища активність автономної симпатичної іннервації шкіри. Проте поява 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%). Білий дермографізм як прояв вираженої симпатикотонії зустрічався з приблизно однаковою частотою при різних за важкістю перебігу станах. Однак його відсутність в майже половини хворих спростовує традиційні уявлення про білий дермографізм як постійний супутник атопічного нейродерміту. На противагу хворим із АД при ХІЕ білий тип дермографізму спостерігався рідко – лише у 4 осіб (6% групи). Змішаний тип визначався в 55% хворих (34 особи), червоний – в 40% групи (25 осіб). Таким чином, для значної частини осіб групи у відповідь на подразнення був властивий вазодилата-

ційний ефект, опосередкований підвищеною активністю парасимпатичної вегетативної регуляції.

Вторинна піодермія є частим супутником сверблячих хронічних дерматозів. Ми спостерігали її прояви у 20% осіб із АД, в основному при важких (9 хворих з 14) та середньої важкості (5 хворих з 14) варіантах перебігу. Схильність до розвитку вторинної піодермії мали 21% хворих на ХІЕ (13 хворих з 62).

На час завершення стаціонарного етапу лікування спостерігалось закономірне зниження індексу SCORAD у всіх обстежених пацієнтів, адже на цей момент в усіх хворих вдавалось досягти клінічного покращення або одужання. Середній показник SCORAD у хворих на АД зменшився в порівнянні із початковим значенням ($p < 0,05$) і складав 20 (14;26) балів. Кількість хворих із індексом, що відповідав важкому перебігу, знизилась з 42% групи (28 хворих) до 0. Лише 28% групи (19 пацієнтів) по завершенні стаціонарного етапу лікування мали прояви АД, що відповідали за нашою класифікацією перебігу середньої важкості. Для даної частини хворих відносно високі значення індексу SCORAD пояснювались великою площею висипань та збереженням запальної еритеми в деяких вогнищах. Решта 72% групи (48 хворих) було вписано із низькими значеннями індексу SCORAD, що свідчило про суттєвий регрес проявів хвороби на тлі проведеного лікування. Свербіж шкіри в пацієнтів всієї групи протягом стаціонарного етапу лікування також суттєво знизився ($p < 0,05$) і складав в групі 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.

Зниження ($p < 0,05$) індексу SCORAD на час виписки до 13(8;15) балів визначали у всіх хворих з ХІЕ. У всіх хворих індекс відповідав показникам легкого перебігу. Залишкові значення індексу були зумовлені збереженням свербіння шкіри, ліхеніфікації та, в деяких випадках, запальної еритеми. Інтенсивність свербіння шкіри в пацієнтів групи протягом стаціонарного етапу лікування також суттєво знизилась ($p < 0,05$) і складала як і в хворих на АД 2(1;3) бали.

По завершенні стаціонарного етапу лікування всі пацієнти отримали рекомендації по догляду за шкірою, особливостям дієти та поведінки для уникнення подальшого впливу тригерних чинників. За умов збереження залишкових ознак запалення шкіри (запальна еритема, розчухи, свербіж шкіри), розладів сну продовжили прийом H1 гістаміноблокаторів, препаратів із седативною дією. На відміну від стаціонарного етапу лікування, протягом періоду амбулаторного спостереження/лікування контроль за дотриманням рекомендацій не проводився, у зв'язку із чим впевненості у їх дотриманні всіма пацієнтами ми не мали.

При контрольному обстеженні через 1 місяць в більшості пацієнтів обох груп спостерігалось подальше 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 АД. В цілому в групі на цьому етапі показник SCORAD складав 15(11;20) балів, що достовірно менше ($p < 0,05$) попереднього показника. Інтенсив-

ність свербіння шкіри в цілому в групі істотно не відрізнялась від такої при завершенні стаціонарного лікування і складала 2(2;3) бали.

У хворих на ХІЕ період місячного спостереження також супроводжувався 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) спостерігалось погіршення перебігу ХІЕ і відповідне незначне зростання індексу SCORAD.

Адаптивні типи сприйняття хвороби в цілому свідчать про реалістичне сприйняття пацієнтом хвороби та усвідомлення її наслідків для свого життя. Лише 28% (19 осіб) пацієнтів з АД та 32% (20 осіб) з ХІЕ демонстрували подібне психологічне подолання хвороби, причому з них із легким перебігом тільки одна особа з АД та 6 осіб з ІЕ. Адаптивний гармонійний тип, при якому пацієнт найбільш адекватно сприймає інформацію про свою хворобу, її наслідки, та ідеально співпрацює із медперсоналом, визначали лише в 13 хворих (19%) на АД та 17 хворих (27%) на ХІЕ.

Дизадаптивні інтрапсихічні варіанти ставлення характеризуються змінами в емоційно-афективній сфері хворих: тривожному, пригніченому стані, «втечі» в хворобу, відмові від боротьби – «капітуляції» перед хворобою. Серед обстежених пацієнтів 85% (57 осіб) хворих на АД та 88% (55 осіб) хворих на ХІЕ демонстрували різні варіанти такого ставлення як в чистому вигляді, так і в комбінації з іншими типами. Найчастіше з цієї групи варіантів у хворих на АД зустрічались: іпохондричний тип (22% хворих – 15 осіб), неврастенічний тип (25% хворих – 17 осіб), меланхолічне ставлення (39% – 26 осіб). При ХІЕ розподіл був подібним: іпохондричний тип (32% хворих – 20 осіб), неврастенічний тип (34% хворих – 21 особа), меланхолічне ставлення (39% – 24 особи).

При інтерпсихічному дезадаптивному подоланні хвороби в першу чергу змінена взаємодія пацієнта із людьми, що його оточують, внаслідок змін внутрішнього світу хворого. Пацієнт зумисне спотворює, модифікує взаємодію з іншими особами. Хоча даний тип не спостерігався в обстежених осіб в чистому вигляді, в комбінації з іншими типами таке дезадаптивне ставлення до хвороби виявляли в 48% обстежених (32 особи) з АД та 47% (29 осіб) з ХІЕ. Як при АД (31% – 21 пацієнт) так і ХІЕ (29% – 18 пацієнтів) найчастіше спостерігався егоцентричний тип, при якому пацієнт використовує свою хворобу шляхом використання співчуття оточуючих.

При аналізі впливу типу сприйняття хвороби та ефективності стаціонарної фази лікування встановлена наступна закономірність: у всіх 18 пацієнтів з АД, що демонстрували адаптивні типи ставлення, в умовах стаціонару спостерігалось падіння індексу SCORAD на 15 балів і більше як ознака суттєвого покращення стану. Подібне явище було також властиве 25 хворим з ХІЕ із гармонійним ставленням до хвороби. У цих же хворих протягом місячного терміну спостереження спостерігалось подальше зниження цього індексу. Для пацієнтів, що демонстрували у своєму ставленні до власної хвороби дизадаптивні прояви, подібної закономірності виявити не вдалось.

Висновки і пропозиції. Таким чином, типові пацієнти дорослого віку, що знаходяться на лікування в дерматологічному стаціонарі з приводу загострення АД та ХІЕ, мають багато спільних клініко-анамнестичних ознак. При дещо відмінному віці початку захворювання, типових тригерних чинниках, стані неуршкодженої шкіри в період ремісії, сімейному алергічному анамнезі вони демонструють подібне

ставлення до лікування як в дерматологічних закладах, так і до самостійного лікування. Під впливом стандартного 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 амбулаторного спостереження та лікування спостерігається подальше покращення стану більшості, але не всіх пацієнтів. Подібними для АД та ХІЕ виявляються також особливості пси-

хологічного подолання пацієнтами своєї хвороби. Адаптивний характер усвідомлення хвороби супроводжується більш вираженою позитивною динамікою дерматозу на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування. Враховуючи велику кількість виявлених спільних клініко-анамнестичних рис вважаємо за необхідне провести порівняльний аналіз клініко-лабораторних ознак для остаточного вирішення спорідненості atopічного дерматиту та істинної екземи і подальшої уніфікації лікувально-діагностичної тактики або її диференціації.

Список літератури:

1. Дерматологія, венерологія. Підручник / під ред. В. І. Степаненко. – К.: КІМ, 2012. – 904 с.
2. Діагностика та терапія atopічного дерматиту (стандарти діагностики та терапії) / В. В. Бережний, О. П. Білозоров [та ін.]. – К., 2002. – 30 с.
3. Мавров І. І. Рациональна діагностика та лікування в дерматології та венерології / І. І. Мавров. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2007. – 344 с.
4. 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.
5. 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 – 32 с.
6. 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.
7. Савчак В., Галникіна С. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2009. – 508 с.
8. Graham-Brown R., Burns T. Lecture Notes on Dermatology. 8th edition / R. Graham-Brown, T. Burns. – Blackwell Publishing, 2002. – 201 p.
9. Hunter J. A., Savin J. A., Dahl M. V. Clinical dermatology. 3d edition / J. A. Hunter, J. A. Savin, M. V. Dahl. – Blackwell publishing, 2002. – 365 p.
10. Leung D. New insights into atopic dermatitis // J. Clin. Invest. – 2004. – Vol. 113, № 4. – P. 651-657.
11. Schafer T., Vieluf D., Nienhaus A. Epidemiology of atopic eczema in the general population // J. Allergy Clin. Imm. International. – 1997. – Suppl. 4 – P. 13.
12. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatology. – 1993. – № 186(1). – P. 23-31.
13. Zaidi Z., Lanigan S. W. Dermatology in Clinical Practice / Z. Zaidi, S. W. Lanigan. – Springer-Verlag London Limited, 2010. – 591 p.

Александрук А.Д.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

КЛИНИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ

Аннотация

Проведено анализ клиничко-анамнестических признаков у взрослых больных atopическим дерматитом и хронической истинной экземой. Определено ряд общих характерных анамнестических признаков: отягощенный алергологический анамнез, сезонность обострений, склонность к самолечению и пр. Установлены отличия в характерных причинах обострений, особенности реакции кожи на раздражение и ряд прочих признаков. Оценено успешность стационарной фазы лечения обоих заболеваний и динамику высыпаний в раннем периоде наблюдения за больными. Установлено наличие проявлений заболевания у большинства пациентов обеих групп на время выписки из стационара и краткого последующего амбулаторного наблюдения.

Ключевые слова: atopический дерматит, хроническая истинная экзема, анамнез, лечение, отношение к болезни.

Aleksandruk O.D.

Ivano-Frankivsk National medical University

CLINICAL FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS AND CHRONIC TRUE ECZEMA IN ADULTS

Summary

We performed analysis of medical history and clinical signs of adult atopic dermatitis and chronic true eczema patients. Common features of medical and personal history were determined: complicated allergy history, season dependence of aggravations, tendency to self-treatment etc. Difference in triggers, skin reactivity to irritation, and some others features was shown. Effectiveness of in-patient treatment and lesions dynamics under out-patient treatment were estimated. Majority of patients have signs of the disease at discharge and after short out-patient treatment period.

Keywords: atopic dermatitis, true eczema, medical history, treatment, disease coping.