УДК 616.5-002

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мельников В.Л., Рыбалкин С.Б., Митрофанова Н.Н., Агейкин А.В.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, e-mail: meidpgumi@yandex.ru

Целью исследования являлось изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения атопического дерматита на территории Пензенской области. Изучены основные характеристики атопического дерматита, которые основывались на ретроспективном анализе клинико-лабораторных данных, полученных из карт стационарного и амбулаторного больного пациентов Пензенского областного кожно-венерологического диспансера. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программы Excel для Windows 7. Установлено, что в структуре заболеваемости атопическим дерматитом преобладают лица женского пола в возрасте от 16 до 30 лет. Для пациентов с атопическим дерматитом характерна сезонная динамика клинических манифестаций с подъемом заболеваемости в весенний период. В реализации наследственной предрасположенности к формированию атопического дерматита ведущая роль принадлежит различным патологиям ЖКТ, особенно нарушениям микробиоты в субкомпенсированной форме со слабо выраженными клиническими признаками. Полученные результаты исследований свидетельствуют о значимости проблемы атопического дерматита в Пензенской области, являющегося одним из самых распространенных аллергических заболеваний, которому подвержена большая часть населения.

Ключевые слова: атопический дерматит, дизбактериоз, сопутствующие заболевания, клинические проявления

SOME CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE FLOW OF ATOPIC DERMATITIS ON THE TERRITORY OF THE PENZA REGION

Melnikov V.L., Rybalkin S.B., Mitrofanova N.N., Ageykin A.V.

FSAEI HPE «Penza state University», Penza, e-mail: meidpgumi@yandex.ru

The aim of the study was to investigate the clinical and epidemiological characteristics of the course of atopic dermatitis on the territory of the Penza region. Studied the basic characteristics of atypical dermatitis, which was based on a retrospective analysis of clinical and laboratory data obtained from maps of stationary and ambulatory patients Penza regional dermatovenerologic dispensary. Statistical data processing was performed using Excel for Windows ontrolling that the incidence of atopic dermatitis is dominated by females aged 16 to 30 years. For patients with atopic dermatitis typically seasonal dynamics of clinical manifestations with the rise of incidence in the spring. In the implementation of hereditary predisposition to the formation of atopic dermatitis leading role in various pathologies of the gastrointestinal tract, especially violations of the microbiota in subcompensated form with mild clinical signs. The obtained results indicate the significance of the problem of atopic dermatitis in the Penza region, which is one of the most common allergic disease, which affects most of the population.

Keywords: atopic dermatitis, disbacteriosis, comorbidities, clinical manifestations

Удельный вес аллергических состояний в структуре общей заболеваемости составляет от 10 до 30% населения, проживающего в европейских странах. В течение последнего десятилетия продолжается устойчивый рост частоты аллергических заболеваний [1, 6, 9].

Аллергия стала «болезнью цивилизации», так как в экономически развитых странах и крупных городах распространённость аллергических заболеваний, особенно среди молодого населения, значительно выше [2, 4].

Загрязнение окружающей среды, использование красителей, стабилизаторов, добавок в пищевой промышленности, средств бытовой химии, потребление лекарственных препаратов – это далеко не полный перечень факторов, воздействующих на организм человека [3, 10, 11].

Атопический дерматит (АД) представляет собой аллергическое заболевание кожи с наследственной предрасположенностью, сопровождающееся зудом и характеризующееся хроническим рецидивирующим течением [3, 12].

В последние годы атопический дерматит привлекает пристальное внимание не только аллергологов и педиатров, но и других специалистов во всем мире [5].

В структуре хронических дерматозов АТ занимает одну из лидирующих позиций. Согласно международным данным 15–32% детей от 2–7% взрослого населения всего мира страдает атопическим дерматитом. Его доля в структуре аллергических заболеваний составляет 50–76%, а в структуре заболеваемости хроническими дерматозами от 20 до 66%. Ретроспективный анализ результатов широкомасштабных эпидемиологических исследований, проведенных в различных странах мира в 2013 году, позволил констатировать рост распространенности АД за последние десятилетия. Высокий уровень заболеваемости, дебют в раннем

детском возрасте, зачастую непрерывно-рецидивирующее течение патологического процесса, тенденция к увеличению устойчивых к традиционной терапии форм заболевания и снижение приверженности пациентов к лечению придают вопросам причинных факторов развития заболевания и его осложненных форм особую актуальность [8].

Атопический дерматит – важная медико-социальная проблема, его распространенность неуклонно увеличивается во всех странах мира, существенно изменился патоморфоз атопического дерматита, который проявляется очень ранней манифестацией, увеличением частоты тяжелого течения, расширением площади тяжелого течения, повышением доли осложненных форм болезни и существенным влиянием болезни на экономический семейный статус [5, 7].

В России распространенность аллергических заболеваний колеблется от 15 до 35% и выше. Среди наиболее распространённых аллергических реакций и заболеваний важное место занимает атопический дерматит [1].

Цель исследования – изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения атопического дерматита на территории Пензенской области.

Материалы и методы исследования

Определение клинико-эпидемиологических особенностей течения АД проводилось на основе ретроспективного анализа амбулаторных карт 200 пациентов в возрасте от 16 до 50 лет с различными формами аллергических заболеваний, включая осложненные состояния, находящихся на лечении в Пензенском областном кожно-венерологическом диспансере за период с сентября 2011 по сентябрь 2012. У 80 (40%) из общего числа пациентов был верифицирован атопический дерматит. Эти больные составили основную группу исследования. Для сортировки и анализа полученных данных использовали программу WHONET 5.6.

Результаты исследования и их обсуждение

Атопический дерматит в Пензенской области является одним из тех аллергических заболеваний, которому подвержена большая часть населения.

В общей структуре заболеваемости АД преобладают лица женского пола – 75% (60 человек), на долю мужчин приходится 25% (20 человек).

В результате проведенных исследований выявлено, что в возрастной структуре больных атопическим дерматитом преобладают люди молодого возраста – более 70% заболевших находятся в возрастном периоде от 16 до 30 лет (рис. 1).

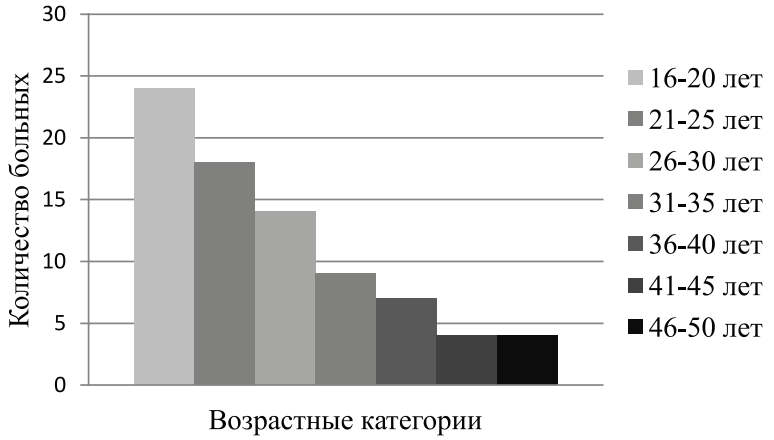

Рис. 1. Частота встречаемости заболеваний атопическим дерматитом в различных возрастных категориях

Периодичность обращаемости пациентов с атопическим дерматитом по поводу обострений заболевания составляет 2–4 раза в год, преимущественно 2 раза в год (46%).

Установлено, что пациенты кожно-венерологического диспансера, страдающие атопическим дерматитом, в основном обращаются в лечебно-профилактическое учреждение для планового медицинского осмотра, хотя имеются случаи обращений пациентов по поводу резких обострений заболевания.

Для пациентов с атопическим дерматитом характерна сезонная динамика клинических манифестаций, с подъемом заболеваемости в весенний период (с апреля по май) – 53 пациента (66%), что определяется характером цветения различных растений, являющихся источниками аллергенов, и весенним иммунодепрессивным состоянием организма.

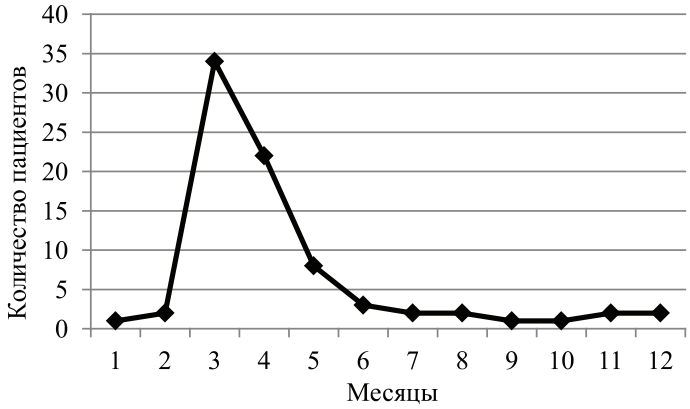

Рис. 2. Сезонная динамика клинических манифестаций атопического дерматита на территории Пензенской области

У 94% пациентов с АД обнаружено наличие сопутствующих заболеваний, в основном представленных различными формами патологии органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): дисбактериоз – 84%, холецистопанкреатит – 45%, гастрит – 41%, жировая дистрофия печени – 12%, а также наблюдаются поражения органов дыхательной системы – бронхиты – 11% (рис. 3).

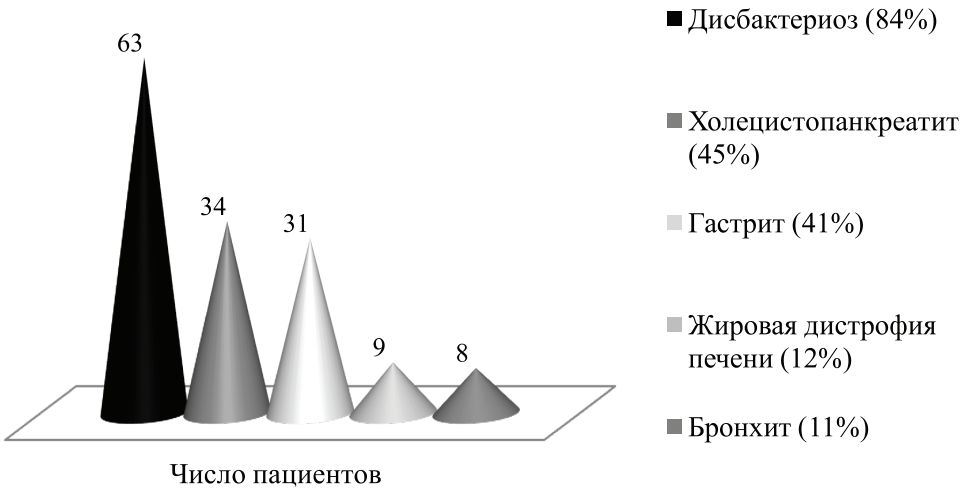

Рис. 3. Наличие сопутствующих заболеваний у пациентов с атопическим дерматитом

При этом холецистопанкреатит, гастрит и жировая дистрофия печени практически в 90% случаях встречаются вместе с дисбактериозом, а бронхит как сопутствующее заболевание встречается только у больных, не имеющих в своём анамнезе дисбактериоза.

В результате анализа клинических образцов крови у всех пациентов наблюдалось уменьшение уровня гемоглобина: у мужчин (25%) – 100–120 г/л (N = 130–160 г/л), у женщин (75%) – 80–110 г/л (N = 120–140 г/л).

Снижение уровня гемоглобина в крови пациентов с АД обусловлено нарушением всасывания железа в желудочно-кишечном тракте. Этот дисбаланс может быть вызван наличием дисбактериоза.

В результате анализа характера нарушений микробиоты ЖКТ выявлены количественные и качественные отклонения по следующим показателям – (рис. 4) (номер пункта соответствует числу на диаграмме):

1) увеличение количества кишечной палочки, слабо ферментирующей лактозу (75–100%, $N = \leq 10$%) – у 5 пациентов (6%);

2) отсутствие неферментирующих бактерий ($N = \leq 10^4$) – у 9 пациентов (11%);

3) отсутствие других условно-патогенных энтеробактерий ($N = \leq 10^4$) – у 19 пациентов (24%);

4) отсутствие стафилококков (эпидермальные, сапрофитные) ($N = \leq 10^4$) – у 23 пациентов (29%);

5) отсутствие дрожжеподобных грибов рода *Candida* ($N = \leq 10^4$) – у 29 пациентов (36%);

6) у 27 пациентов (36) отсутствие энтерококков ($N = 10^5$–10^8) – 4%);

7) отсутствие бифидобактерий, клостридии у 42 пациентов (53%);

8) отсутствие лактобактерий ($N = 10^7$–10^8), бифидобактерий ($N = 10^8$–10^{10}), клостридии ($N = \leq 10^{-3}$) – у 42 пациентов (53%);

9) отсутствие кишечной палочки, расщепляющей лактозу ($N = 10^6$–10^9) – у 47 пациентов (59%).

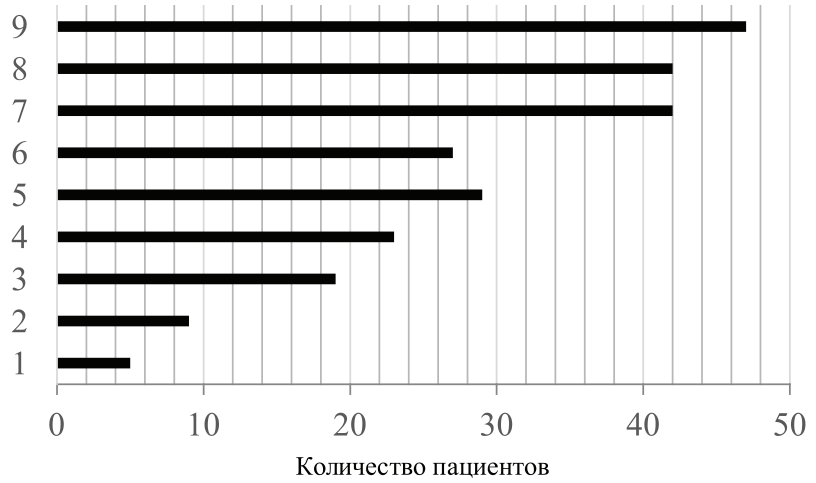

Рис. 4. Характер нарушений микробиоты ЖКТ у пациентов с атопическим дерматитом

Нарушения в составе микроценоза ЖКТ приводят к нарушениям пищеварительного барьера и ускоренному всасыванию антигенов, что приводит к реализации наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям.

В результате проведенных исследований выявлена взаимосвязь нарушений количественного и качественного состава нормальной микрофлоры кишечника с наличием клинических проявлений атопического дерматита. У 92% больных дисбактериозом были выявлены характерные для атопического дерматита клинические симптомы: зуд, локальное покраснение участков кожи, высыпания в области лица (лоб, область вокруг рта, около глаз), кожи шеи, груди, спины, сгибательных поверхностях конечностей, паховых складок, ягодиц. Характер выраженности различных симптомов АД находился в корреляционной зависимости от клинической формы дисбактериоза.

Среди пациентов с атопическим дерматитом выявлены следующие виды дисбактериозов: компенсированный (латентный), при котором отсутствуют клинические симптомы нарушения микрофлоры в кишечнике – у 14 пациентов (17%), субкомпенсированный, характеризующийся появлением локальных воспалительных очагов – у 66 пациентов (83%). У пациентов с АД в основном наблюдались признаки слабо выраженного варианта субкомпенсированной формы дизбактериоза – 85%, выраженный вариант течения наблюдался в 15% случаев. Среди пациентов с АД отсутствовал сильно выраженный вариант субкомпенсированной формы дизбактериоза и декомпенсированные формы дисбактериоза, характеризующихся генерализацией воспалительного процесса и образованием метастатических очагов в различных паренхиматозных органах.

Для амбулаторного и стационарного лечения больных с атопическим дерматитом в 100% случаев применялась комплексная терапия, направленная на купирование аллергического воспаления кожи и сохранение длительной ремиссии, которая включала в себя диетотерапию, детоксицирующие препараты (тиосульфат натрия 30%), антиконгестанты (натрия хлорид 0,9%), антигистаминные препараты (эриус, димедрол 1%, фенкарол), глюкокортикоиды для местного применения (элоком, акридерм).

Выводы

Таким образом, в структуре заболеваемости атопическим дерматитом преобладают лица женского пола в возрасте от 16 до 30 лет.

Для пациентов с атопическим дерматитом характерна сезонная динамика клинических манифестаций с подъемом заболеваемости в весенний период.

В реализации наследственной предрасположенности к формированию атопического дерматита ведущая роль принадлежит различным патологиям ЖКТ, особенно нарушениям микробиоты в субкомпенсированной форме со слабовыраженными клиническими признаками.

Список литературы

1. Атопический дерматит: рекомендации для практикующих врачей / под общ. ред. Р.М. Хаитова и А.А. Кубановой. – М., 2003.

2. Мовчан К.Н., Оболенская Т.И., Морозов Ю.М. Эпидемиологические особенности течения аллергичских заболеваний у пациентов с сопутствующей патологией // Теоретические основы эпидемиологии. Современные эпидемиологические и профилактические аспекты инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний: сборник научных трудов по материалам Всероссийской научной конференции 17–18 апреля 2008 г.: Часть 2; Министерство обр. и науки РФ. – СПб., 2008. – С. 743–744.

3. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.Р. Аллергические заболевания. – М., 1999. – С. 470.

4. Селезнева Е.П., Песков А.Б., Маевский Е.И., Учитель М.Л., Хохлов М.П. Диагностика и коррекция метеочувствительности у больных бронхиальной астмой // Известия вузов, Поволжский регион. Медицинские науки». – Пенза, 2010. – № 3. – С. 91–100.

5. Смирнова Г.И. Атопический дерматит у детей // Лечащий врач. – http://www.lvrach.ru/2014/06/15435980.

6. Феденко Е.С. Атопический дерматит: обоснование поэтапного подхода к терапии // Consilium medicum. – 2001. – Т. 3, № 4. – С. 176–183.

7. Филатова Т.А., Ревякина В.А., Кондюрина Е.Г. Парлазин в лечении атопического дерматита у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 109–112.

8. Хаертдинова Л.А., Абдрашитова Э.Р. Особенности терапии атопического дерматита у детей, осложненного вторичной инфекцией // Молодежный инновационный вестник Том III, № 1. Материалы международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков. – Воронеж: Научная книга, 2014. – С. 45–46.

9. Guidelines of care for atopic dermatitis. American Academy of Dermatology. – Medical Specialty Society, 2004.

10. Holgate S., buhl R., bousquet J., Smith N., Panahloo Z., Jimenez P. the use of omalizumab in the treatment of severe allergic asthma: a clinical experience update // Resp Med. – 2009 aug. – № 103(8). – P. 1098–1113.

11. Humbert M., Beasly R., ayres J., Slavin R., Hebert J., Bousquet J. et al. benefits of omalizumab as add-on therapy in patients with severe persistent asthma who are inadequately controlled despite best available therapy (gIna 2002 step 4 treatment) // InnoVatE. allergy. – 2005 Mar. – № 60(3). – P. 309–316.

12. Incorvaia C., Pravettoni C., Mauro M., yacoub M.R., Tarantini F., Riario-Sforza G.G. Effectiveness of omalizumab in a patient with severe asthma and atopic dermatitis // Monaldi arch Chest Dis. – 2008 Jun. – № 69(2). – P. 78–80.

References

1. Atopic dermatitis: recommendations for practitioners/ edited Ed. by R.M. Haitov and A.A. Kubanova. M., 2003. 5.

2. Movchan P.H.D., Obolenskaya T.I., Morozov, Y.M. Epidemiological features of the flow allergisch diseases in patients with comorbidity // Theoretical foundations of epidemiology. Modern epidemiologic and preventive aspects of infectious and mass non-communicable diseases: proceedings of the materials of all-Russian scientific conference, 17–18 April 2008: Part 2; the Ministry arr. and science of the Russian Federation. Saint-Peterburg. pp. 744.

3. Picky V.I., Adrianova N.V., Artamonova A.R. Allergic diseases. M., 1999, pp. 470.

4. Selezneva H.E., Peskov A.B., Majewski H., Uchitel M.L., Khokhlov BTW, Diagnosis and correction of i meteosensitivity n patients with bronchial asthma / Izvestiya vuzov, Volga region. Medical science no. 3, Penza, 2010, pp. 91–100.

5. Smirnov G.I. Atopic dermatitis in children // Magazine «the doctor» http://www.lvrach.ru/2014/06/15435980.

6. Fedenko Y.S. Atopic dermatitis: a rationale for a phased approach to therapy Consilium medicum. 2001, T. 3, no. 4, pp. 176–183.

7. Filatov T.A., Revyakina V.A., Khandurina Mrs x, the Parlazina in the treatment of atopic dermatitis in children. The Pediatrics. 2005, So 4, no. 2, pp. 109–112.

8. Chertanovo L.A., abdrashitova E.R. clinical Features of atopic dermatitis in children is complicated by secondary infection // Youth innovation Gazette Vol. III, no. 1. Materials of international scientific-practical conference of young scientists and physicians. Scientific book, Voronezh, 2014. pp. 45–46.

9. Guidelines of care for atopic dermatitis. American Academy of Dermatology. Medical Specialty Society, 2004.

10. Holgate S., Buhl R., Bousquet J., Smith N., Panahloo Z., Jimenez P. the use of omalizumab in the treatment of severe allergic asthma: a clinical experience update. RespMed 2009 aug; 103(8): 1098–1113.

11. Humbert M., Beasly R., Ayres J., Slavin R., Hebert J., Bousquet J. et al. benefits of omalizumab as add-on therapy in patients with severe persistent asthma who are inadequately controlled despite best available therapy (gIna 2002 step 4 treatment): InnoVatE. allergy 2005 Mar; 60(3): 309–316.

12. Incorvaia C., Pravettoni C., Mauro M., Yacoub M.R., Tarantini F., Riario-Sforza G.G. Effectiveness of omalizumab in a patient with severe asthma and atopic dermatitis. Monaldi arch Chest Dis 2008 Jun; 69(2): 78–80.

Рецензенты:

Микуляк Н.И., д.м.н., зав. кафедрой «Физиология человека», ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», г. Пенза;

Рахматуллов Ф.К., д.м.н., профессор, зав. кафедрой «Внутренние болезни», ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», г. Пенза.

Работа поступила в редакцию 06.11.2014.