

УДК 616.5;616.97

© А.О. РЕЗНІКОВА, 2014
А.О. Резнікова

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ У ІgE - ЗАЛЕЖНОГО ТА ІgE – НЕЗАЛЕЖНОГО АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

Національна медична академія післядипломної
 освіти імені П.Л.Шупика

Вступ. Атопічний дерматит (АД) являється хронічним, рецидивуючим захворюванням яке дуже серйозно впливає на якість життя пацієнтів різного вікового діапазону. Клінічна картина захворювання у дітей і дорослих суттєво відрізняється в залежності від сімейного анамнезу, умов праці, життя та алергічних факторів які по-різному впливають на різні вікові категорії хворих.

Мета. Дослідження клінічної характеристики дітей та дорослих у ІgE - залежного та ІgE - незалежного атопічного дерматиту

Методи. Під спостереженням перебували хворі на АД різних вікових груп, та різним характером ураження шкіри. Хворі були обстежені на рівень загального ІgE в сироватці крові, оцінені за системою SCORAD.

Результати. Встановлено, що 50% обстежених мають ІgE залежний АД, в той час як у всіх пацієнтів лікування співпадало з періодом загострення та вираженою реакцією на шкірі. Незважаючи на суворе дієтичне харчування з виключенням продуктів-тригерів при АД – осінньо-весняний періоди загострення залишаються не змінними. 1/3 обстежених пацієнтів припадає на вік від 2 до 15 років, сімейний анамнез яких не обтяжний мають більше 30% ураження шкіри, що свідчить про підвищений рівень захворюваності на який впливають фактори зовнішнього середовища.

Висновки. Клінічна картина атопічного дерматиту у хворих під час загострення не завжди корелює з підвищенням рівня загального ІgE. Таким чином, можна стверджувати, що ІgE-незалежний АД може проявлятися поширеним висипом на шкірі, вираженою ліхеніфікацією, екскоріаціями та інфільтрацією шкіри, стійкою алергічною реакцією на зовнішні подразники у різних вікових групах.

Ключові слова: атопічний дерматит, лікування АД, імунологія, клінічні особливості АД, SCORAD, параметри шкіри, вікові особливості АД.

ВСТУП

Атопічний дерматит (АД) – генетично детерміноване хронічне запальне імунопатологічне захворювання шкіри, що характеризується свербіжем, рецидивуючим стадійним перебігом з відповідними клініко-морфологічними особливостями залежно від віку, частіше – на основі ІgE-залежних механізмів [5]. АД становить актуальну проблему сучасної дерматології, займає одне з провідних місць у структурі дерматологічних захворювань не тільки у зв'язку

із збільшенням кількості хворих, але й зі зміною екологічних, соціальних умов життя. АД, як хронічне захворювання, суттєво погіршує якість життя пацієнта, його родини, призводить до порушень в емоційній сфері та соціальної дезадаптації [1].

Частіше всього це захворювання розвивається з генетичною (спадковою) схильністю до алергії під дією факторів зовнішньої та внутрішньої середовища. При наявності алергічного захворювання у двох батьків ризик розвитку АД у дитини складає 60-80%, у одного з батьків – до 45-50%. Ризик формування АД у дітей від здорових батьків може сягати від 10% до 20% [6,14]. Серед факторів, які провокують виникнення і розвиток atopічного висипу у дітей із спадковою схильністю, найбільш важливе значення мають харчові продукти, інгаляційні алергени, зовнішні подразники фізичного характеру, тваринного та рослинного походження (контактні алергени), метеорологічні фактори. Важливе значення у виникненні алергії у дітей мають домашні тварини, пух, шерсть [9]. Однак із віком, при тяжких видах АД, виникає великий ризик на тлі харчової алергії, формування побутової, пильцевої, грибкової алергії з подальшим виникненням, важких за характером перебігу, лікуванням та прогнозом, таких захворювань, як бронхіальна астма, алергічні кон'юнктивіти, риніти та інше [2,12].

Для пошуку алергенів, які спричинюють розвиток симптомів АД у конкретного пацієнта, використовуються такі методики, як детальний збір алергологічного анамнезу, ведення харчового щоденника, за показаннями – постановка прик (prick) – тесту (дітям від 3-років лише в стадії клінічної ремісії), визначення специфічних та загального IgE в сироватці крові [13].

Харчова алергія являється загальною умовою, що грає важливу роль в патогенності та підтримки АД, однак, перед тим, як вводити обмежуючі дієти, необхідне досконале обстеження [15].

АД поширений у осіб обох статей і в різних вікових групах. Точних даних про їх частоту в популяції немає. Захворюваність, за відомостями різних авторів, коливається від 6 до 15 на 1 тис. населення. Частіше хворіють жінки (65%), рідше – чоловіки (35%); поширеність АД в містах вище, ніж у сільській місцевості [10]. Етіологія і патогенез АД остаточно не з'ясовані. Широко поширена теорія алергічного генезу АД, яка пов'язує появу захворювання з вродженою сенсibiliзацією і здатністю до утворення реакінових (IgE) антитіл. У хворих з АД різко підвищений вміст загального IgE, що включає в себе і антиген-специфічні IgE до різних алергенів [7]. Імуногенез АД визначається особливостями генетично обумовленою імунною відповіддю на антиген під дією різних провокуючих факторів. При АД тривала експозиція антигену, стимуляція Th2-клітин, продукція алерген-специфічних IgE, дегрануляція огрядних клітин, еозинофільна інфільтрація і запалення, які посилюються внаслідок пошкодження кератиноцитів через разчухи, призводять до хронічного запального процесу в шкірі, що грає найважливішу роль в патогенезі шкірної гіперреактивності [4,8].

Відомо, що однією з ключових особливостей atopічного дерматиту є сухість шкіри, зумовлена пошкодженням шкірного бар'єра і посиленням

транспідермальної втрати води. Це пов'язано з порушенням процесів ороговіння, внаслідок генетичного дефекту особливого білка людської шкіри — філагрину, а також зі зміною ліпідного складу шкірного бар'єра, що виявляється зниженням вмісту керамідів I і III на тлі зростання вмісту холестерину. Крім того, змінюється рівень рН шкіри до лужних значень 6,5 - 7,5 (в нормі — 5,5), і це полегшує заселення бактеріальною та грибовою флорою. Те, що сухість шкіри (ксероз) та дефекти бар'єрної функції шкіри впливають на перебіг atopічного дерматиту, є беззаперечним фактом. За результатами багатьох досліджень встановлено, що існує взаємозв'язок між свербіжем, сухістю і запаленням шкіри, однак, що є первинним у цих процесах, до кінця невідомо. Останнім часом дефекти бар'єрної функції шкіри розглядають як одну з важливих ознак АД, що призводить не лише до ксерозу, а й до зниження рівня антимікробних речовин у шкірі та підвищення транспідермальної втрати води. Одні науковці розглядають порушення шкірного бар'єра як первинний ланцюг у розвитку АД, що сприяє проникненню алергенів у шкіру, які в подальшому ініціюють запальний процес і гіперреактивність. Інші, навпаки, вважають, що порушення бар'єрної функції шкіри є вторинним процесом, який розвивається у відповідь на проникнення алергенів та іритантів у шкіру [16].

Формування толерантності до продуктів харчування забезпечують фактори місцевого та системного імунітету. В кишечнику антиген перетворюється в толерогенну (неалергенну) форму. Вона має незначні структурні відмінності від початкової форми, але викликає пригнічення клітинної імунної відповіді за допомогою стимуляції Тклітин CD8+ [11]. Atopічний дерматит виникає внаслідок зниження чи відсутності толерантності до харчових алергенів або її втрати, яке сприяє посиленню контакту антигену харчових продуктів з клітинами імунної системи кишечнику, що призводить до гіперпродукції специфічних антитіл з подальшим розвитком гіперчутливості [3].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням перебувало 58 хворих віком від 2 до 50 років. У 32 хворих процес локалізувався переважно на шкірі кінцівок, у 9 процес локалізувався переважно на шкірі кистей, обличчя та шиї, а у 17 – АД мав поширений характер, охоплюючи шкіру обличчя, тулуба, шиї, верхніх та нижніх кінцівок. Усіх пацієнтів турбував свербіж та відчуття печії при контакті з водою. У значної частини хворих 17хворих (13 дітей та 4 дорослих) спостерігались екзематозні висипи з вираженим поліморфізмом морфологічних елементів, помірне мокнуття з серозним або серозно-гнійним ексудатом, геморагічні кірочки на інфільтрованому фоні. У 19 пацієнтів (10 дітей та 9 дорослих) на фоні еритематозно-сквамозних осередків та сухості шкіри відзначалися численні запальні фолікулярні папули, ліхеноїдні папули, ділянки ліхеніфікації та екскоріації. Легкий ступінь тяжкості хвороби визначено у 22, середній – у 24, тяжкий – у 12 хворих. Хворі були з різною площею ураження АД: до 10% - 5, до 20% - 11, 30-50% - 33, понад 50% - 20 хворих.

Всі хворі були оцінені за індексом SCORAD (об'єктивний і стандартизований метод оцінки ураження шкіри при АД) та на апараті визначення функцій шкіри SOFT PLUS.

Хворі знаходились на стаціонарному лікуванні в період загострення захворювання, отже обстеження проводились на початку лікування з метою визначення IgE – залежного atopічного дерматиту в різних вікових групах. Також обстеження включало в себе збір сімейного анамнезу, анамнезу АД, супутніх захворювань, способу життя та факторів зовнішнього середовища, які впливають на загострення захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГВОРЕННЯ

В результаті обстеження виявлено, що у 25 осіб – обидва з батьків страждають на АД, алергічні риніти або бронхіальну астму. У 17 осіб – страждає на алергічні захворювання лише один за батьків, в той час як у 16 пацієнтів (віком від 2 до 15 років) жоден з батьків не хворіє алергодерматозами. Всі пацієнти під час стаціонарного лікування вели щоденник харчування та були обмежені на молочне харчування, фрукти (окрім зелених яблук «семиренко»), шоколад та солодкі хлібобулочні продукти. Однак виявлено, що не завжди обмеження продуктів-тригерів співпадають на зменшення загострення та прогресування висипу. У 49 хворих період загострення співпадає з осінньо-весінньою зміною кліматичних умов, в той час як у 9 хворих на загострення висипу погодні умови не впливають на протікання АД. Майже всі хворі відмічають, що у літній період відмічається стійкий період ремісії, не зважаючи на харчування.

У дітей віком до 10 років, а таких 29 осіб – загострення захворювання у 100% співпадає з харчовою реакцією на продукти тригери при АД, з них 8 хворих також відмічають стійку реакцію на домашній пил, шерсть домашніх та диких тварин, плісняву. Пацієнти старше 10 років (29 осіб) відмічають більш виражену алергологічну реакцію на домашній пил, шерсть домашніх та диких тварин, плісняву та періодами цвітіння квітів, кущів та дерев. Всі хворі були обстежені на апараті Soft Plus, за такими показниками функцій шкіри, як з воложення, рН, еластичність, жирність, температура, меланін. У 46 хворих рівень вологості на уражених ділянках (кінцівки) був у проміжках між 10 до 30 у.о., у 12 – від 30 до 50 (вологість відмічається у показниках від 0 до 100 у.о.). У 58 хворих рівень рН коливався в межах норми від 4,5 до 5,5. Показники жирності шкіри які в межах від 0 до 100 у.о., у всіх хворих були 0. Температура шкіри у вогнищі коливалась від 33,2 до 35,6 градусів. Меланін шкіри у всіх пацієнтів відмічався у проміжку від 8 до 35 у.о., показники від 0 до 100.

Обстеження на рівень загального IgE довело, що у 28 пацієнтів рівень IgE в сироватці крові підвищений та співпадає з періодом загострення захворювання та реакцією на шкірі. Підвищення рівня загального IgE відмічалось у 12 дітей віком від 2 до 6 років від 95 до 1000,0 МО/мл (в контролі верхня межа 70,0 МО/мл). У 3 дітей віком від 6 до 10 років показники були в межах від 125,0 до 160,0 МО/мл, (контроль до 90,0 МО/мл). У дітей віком від 10 до 15 років показники норми до 120,0 МО/мл, серед них відмічались пацієнти з підвищеним рівнем IgE від 120,0 до 490,0 МО/мл. У дорослих віком старше 15 років рівень загального IgE в контролі до 130,0 МО/мл, серед них 8 хворих показники загального IgE були від 510,0 до 1000,0 МО/мл. Слід зазначити,

що концентрація загального IgE в сироватці більше 100,0 МО/мл може спостерігатись також при алергічних реакціях, гельмінтозі, гіпер-IgE синдромі, IgE-мієломі та деяких інших патологічних станах. Ізваріабельністю цього показника серед різних вікових груп. У інших 29 осіб рівень загального IgE залишається в межах норми, не зважаючи на стійкий запальний процес на шкірі. Це свідчить про наявний IgE незалежний АД. Слід зазначити, що у 4х хворих на АД показники загального IgE в сироватці сягають 1000, МО/мл (Зпацієнти старше 15 років і одна дитина 10 років), що дійсно співпадає з розповсюдженістю процесу на шкірі.

ВИСНОВКИ

Клінічна картина atopічного дерматиту у хворих під час загострення не завжди корелює з підвищенням рівня загального IgE. Таким чином, можна стверджувати, що IgE-незалежний АД може проявлятись поширеним висипом на шкірі, вираженою ліхеніфікацією, екскоріаціями та інфільтрацією шкіри, стійкою алергічною реакцією на зовнішні подразники у різних вікових групах. Однак слід відмітити, що у дітей віком до 10 років реакція шкіри переважно залежить від продуктів-тригерів, в той час як хворі старше 10 років відмічають залежність висипу з способом життя, умовами життя і праці, побутовими алергенами та погодними умовами.

Література

1. Болотна Л.А. Комплексне лікування хворих на atopічний дерматит з урахуванням метаболічних порушень // Дерматологія та венерологія. – 2010. – №2. - С.78-83.
2. Особливості стану клітинного та гуморального імунітету у хворих на atopічний дерматит / Левченко Л.Ю.,Микитюк М.В.,Куценко Н.Л.,Кайдашев І.П. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. - № 4 (39). – С.14-20.
3. Поліщук Д.С. Застосування пребіотик5сорбенту та омега 53 поліненасичених жирних кислот у лікуванні хворих atopічним дерматитом // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2011. - № 2 (41). – С.61-64.
4. Шмелькова Е.С. Современные аспекты этиопатогенеза и терапии atopического дерматита // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2010. - №1. С. 56-58.
5. Bonness S.Molecular basis of atopіc dermatitis / Bonness S, Bieber T. // Curr. Opin Allergy. Clin. Immunol. – 2007. - № 7. – P. 382-386.
6. Dotterud L.K. Allergic contact sensitization in the general adult population: a population-based study from Northern Norway / Dotterud L.K., Smith-Sivertsen T. // Contact Derm. -2007.- № 56. - P.10-15.
7. Katsarou A. Atopіc dermatitis in older patients: particular points / Katsarou A., Armenaka M.C. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2011. - № 25. – P. 12-18.
8. Mediaty A. Total and specific serum IgE decreases with age in patients with allergic rhinitis, asthma and insect sting allergy but not in patients with atopіc dermatitis / Mediaty A., Neuber K. // Immun. Ageing. – 2005. – № 2. – P. 9.

9. Ong P.Y. Late-onset of IgE sensitizati microbial allergens in young children with atopic dermatitis / Ong P.Y., Ferdman R.M., Church J.A. // B. Dermatol. – 2010. - № 162. – P. 159-161.
10. Contact and aeroallergens in adulthood atopic dermatitis / Ponyai G., Hidvegi B., Nemeth I. [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2008.- Vol. 22. – P. 1346-1355.
11. The relevance of microbial allergens to the IgE antibody repertoire in atopic and nonatopic eczema / Reefer A.J., Satinover S.M., Wilson B.B., Woodfolk J.A. // J allergy. Clin. Immunol. – 2007. – Vol. 120. – P.156-163.
12. Clinical features of atopic dermamtitis in a hospital-based setting in China / Shi M., Zhang H., Chen X., Guo Y. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2011. – Vol. 25. – P. 1206-1212.
13. Shmitt J. Atopic exzema in adulthood / Shmitt J., Baurer A., Meurer M. // Hautarzt. – 2008. – Vol. 59. – P. 841-852 (Article in German).
14. Assessment of health state utilities of controlled psoriasis and atopic eczema: a population-based study / Schmitt J., Meurer M., Klön M., Frick K.D. // Br. J. Dermatol. – 2008. –Vol. 158. – P. 351 – 359.
15. Tanei R. Atopic dermatitis in the elderly // Inflamm. allergy drug targets. – 2009. – N 8. – P. 398 -404.
16. Tanei R. Clinical analyses of atopic dermatitis in the aged / Tanei R., Kat-suoka K. // J. Dermatol. – 2008. – Vol. 35. –P. 562 – 569.

А.А. Резникова

Клиническая характеристика детей и взрослых у IgE - зависимо-го и IgE - независимого атопического дерматита

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика

Введение. Атопический дерматит (АД) является хроническим, рецидивирующим заболеванием которое очень серьезно влияет на качество жизни пациентов разного возрастного диапазона. Клиническая картина заболевания у детей и взрослых существенно отличается в зависимости от семейного анамнеза, условий труда, жизни и аллергических факторов по-разному влияют на разные возрастные категории больных.

Цель. Исследование клинической характеристики детей и взрослых в IgE - зависимо-го и IgE - независимого атопического дерматита.

Методы. Под наблюдением находились больные АД различных возрастных групп, и различным характером поражения кожи. Больные были обследованы на уровень общего IgE в сыворотке крови, оценены по системе SCORAD.

Результаты. Установлено, что 50 % обследованных имеют IgE зависимый АД, в то время как у всех пациентов лечение совпадало с периодом обострения и выраженной реакцией на коже. Несмотря на строгое диетическое питание с исключением продуктов-триггеров при АД – осенне-весенний периоды обострения остаются неизменными. 1/3 обследованных пациентов приходится на возраст от 2 до 15 лет, семейный анамнез которых не обременительный имеют более 30% поражения кожи, что свидетельствует о влиянии факторов внешней среды на повышение уровня заболеваемости.

Висновки. Клиническая картина атопического дерматита у больных во время обострения не всегда коррелирует с повышением уровня общего IgE. Таким образом, можно утверждать, что IgE - независимый АД может проявляться распространенной сыпью на коже, выраженной лихенификацией, эксфолиациями и инфильтрацией кожи, устойчивой аллергической реакцией на внешние раздражители в разных возрастных группах.

Ключевые слова: атопический дерматит, лечение АД, иммунология, клинические особенности АД, SCORAD, параметры кожи, возрастные особенности АД.

A.A. Reznikova

Clinical characteristics of children and adults in IgE-dependent and IgE-independent atopic dermatitis

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Atopic dermatitis (AD) is a chronic, relapsing disease that seriously affects the quality of life of patients of all age ranges. The clinical picture of the disease in children and adults significantly differs depending on the family history, working and living conditions, as well as allergic factors that have various effects on different age groups of patients.

Aim. The study of clinical characteristics of children and adults in IgE-dependent and IgE-independent atopic dermatitis.

Methods. The patients with AD of different age groups and with different nature of skin lesions were under the observation. They were examined for the level of total IgE in blood serum by means of the SCORAD system.

Results. It was established that 50 % of patients are IgE-dependent for AD, whereas in all the patients the treatment coincided with the periods of exacerbation and severe skin reaction. Despite the strict diet with the exception of food-triggers in AD, the exacerbation remains the same in autumn and spring periods. 1/3 of the examined patients aged 2-15 years, whose family history is not burdensome, have more than 30% of skin lesions; it means that the increased incidence depends on the environmental factors.

Conclusions. Clinical features of atopic dermatitis in patients during the exacerbations not always correlate with the increased levels of total IgE. Thus, we can confirm that IgE-independent AD may have the following manifestations: extended skin rash, severe lichenification, excoriations and infiltration of the skin, resistant allergic response to external stimuli in different age groups.

Key words: atopic dermatitis, treatment of AD, immunology, clinical features of AD, SCORAD, measurements of skin, age features of AD.

Відомості про автора:

Резнікова Анна Олексіївна - лікар дерматовенеролог дитячий, магістр медицини, заочний аспірант кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Богатирська, 32.