

УДК 616.5;616.97

© К.М. ХОБЗЕЙ, 2014
*К.М. Хобзей***ВІТИЛІГО: ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ХВОРИХ, АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ
ТА КОМОРБІДНИХ СТАНІВ****Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика,
Медичний центр «Інститут псоріазу та хронічних
дерматозів», м. Київ**

Вступ. Вітиліго - це хронічний дерматоз зі спадковою схильністю, який проявляється появою на шкірі плям з відсутністю пігментації і гістологічними ознаками прогресивного зниження кількості меланоцитів в цих ділянках. В загальній популяції розповсюдженість вітиліго складає близько 1%.

Матеріали і методи. Під спостереженнями в умовах медичного центру «Інститут псоріазу та хронічні дерматозів» знаходилось 89 хворих на вітиліго (39 чоловіків і 50 жінок у віці від 7 до 56 років).

Результати. Дебют вітиліго відбувся у віці до 21 року і від 21 до 30 років, відповідно 55 (61,8%) і 19 (21,4%) осіб. Значно рідше дерматоз розвивався у віці від 31 до 40 і від 41 до 50 років, відповідно 10 (11,2%) і 5 (5,6%) пацієнтів. Більшість пацієнтів, що знаходились під нашим спостереженням, 58 (65,2%) не змогли вказати ймовірну причину виникнення вітиліго. 16 (17,9%) пацієнтів назвали нервово-психічні чинники (гостре або хронічне психоемоційне перевантаження), 7 (7,9%) – гострі або хронічні інфекційні захворювання (грип, хронічний тонзиліт, пневмонія), 4 (4,5%) – спадкову схильність, 3 (3,4%) – фізичні чинники (переохолодження, перегрівання), 1 (1,1%) – контакт з хімічними речовинами.

Висновки. У пацієнтів, яких ми спостерігали, представлені різні клінічні форми вітиліго. Розподіл пацієнтів за статтю, віком, клінічним перебігом вітиліго відповідає популяційним особливостям дерматозу. Наведений аналіз коливань його проявів підкреслює нагальну необхідність пошуку обґрунтованих підходів до їх вивчення та розробки диференційованої лікувальної тактики.

Ключові слова: вітиліго, хворі, аналіз, етіологічні чинники, коморбідні стани.

ВСТУП

Вітиліго - це хронічний дерматоз зі спадковою схильністю, який проявляється появою на шкірі плям з відсутністю пігментації і гістологічними ознаками прогресивного зниження кількості меланоцитів в цих ділянках. В загальній популяції розповсюдженість вітиліго складає близько 1% . Вітиліго дебютує в молодому віці, так у більш ніж половини пацієнтів початок захворювання припадає на вік до 20 років, а у віці до 30 років - у 70-80%. Обидві статі уражаються з однаковою частотою.

Клінічна картина при вітиліго проявляється появою депігментованих молочно-білих плям на шкірі, слизових, знебарвленням волосся (лейкотрихія). Плями, як правило, розміщуються симетрично, мають нерівні контури, неправильну форму, і розміщуються здебільшого на шкірі навколо природних отворів на обличчі, промежині, та дистальних відділів кінцівок. В період прогресування процесу вітилігозні плями можуть мати запальний вінчик по периферії.

Мета дослідження: аналіз клінічної характеристики хворих на вітиліго, виявлення основних етіо-патогенетичних чинників розвитку та особливостей перебігу дерматозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженнями в умовах медичного центру «Інститут псоріазу та хронічні дерматозів» знаходилось 89 хворих на вітиліго (39 чоловіків і 50 жінок у віці від 7 до 56 років). Групу контролю утворили 15 здорових осіб, співставимих за статтю і віком.

У кожному окремому випадку діагноз ставився на основі клінічного обстеження пацієнта з урахуванням анамнестичних даних. Проводилось загально клінічне обстеження, котре включало в себе: загальні аналізи крові та сечі, аналізи крові на глюкозу, калу на наявність гельмінтів, біохімічне дослідження крові, бактеріальне дослідження кишкової флори, рентгенографію легень, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і щитоподібної залози, електрокардіографію.

Хворих консультували ендокринолог, педіатр, психоневролог, гастроентеролог, кардіолог, отоларинголог, стоматолог, ортопед, гінеколог, уролог. При наявності супутньої патології призначалося відповідне лікування.

Якість життя досліджувалась у 89 хворих шляхом визначення Дерматологічного індексу якості життя (ДІЯЖ - DLQI), котрий обчислювався за допомогою відповідей пацієнтів на 10 стандартних запитань.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel 2000. Визначали середньоарифметичну величину (M), середньоквадратичне відхилення (σ), помилку визначення середньої арифметичної (m). Отримані результати обробляли методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу з використанням критеріїв Фішера та Стьюдента (t). За вірогідну приймали різницю середніх при $p < 0,05$. Для визначення характеру зв'язку між показниками обчислювали коефіцієнт кореляції (r) [98].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічна характеристика хворих на вітиліго. Розподіл пацієнтів за статтю і віком має співставимий характер. Серед пацієнтів було 39 чоловіків і 50 жінок у віці до 21 року – 19 осіб, від 21 до 30 – 18, від 31 до 40 – 21, від 41 до 50 – 19, від 51 до 60 – 12 хворих.

Тривалість захворювання коливалася від 3 тижнів до 24 років. Найчастіше у пацієнтів, що знаходились під нашим спостереженням, зустрічалася тривалість захворювання до 5 і від 5 до 10 років, котра встановлена відповідно у 34 (38,2%) і 28 (31,5%) осіб. Найрідше вона констатовувалася у інтервалі від 21 до 25 років – 5 (5,5%) хворих.

Розподіл пацієнтів за віком, в якому відбувся дебют вітиліго продемонстрував наступні результати: у переважної більшості пацієнтів, що знаходились під нашим спостереженням, дебют вітиліго відбувся у віці до 21 року і від 21 до 30 років, відповідно 55 (61,8%) і 19 (21,4%) осіб. Значно рідше дерматоз розвивався у віці від 31 до 40 і від 41 до 50 років, відповідно 10 (11,2%) і 5 (5,6%) пацієнтів.

Чинники, що сприяють виникненню вітиліго, відображені на рис. 1.

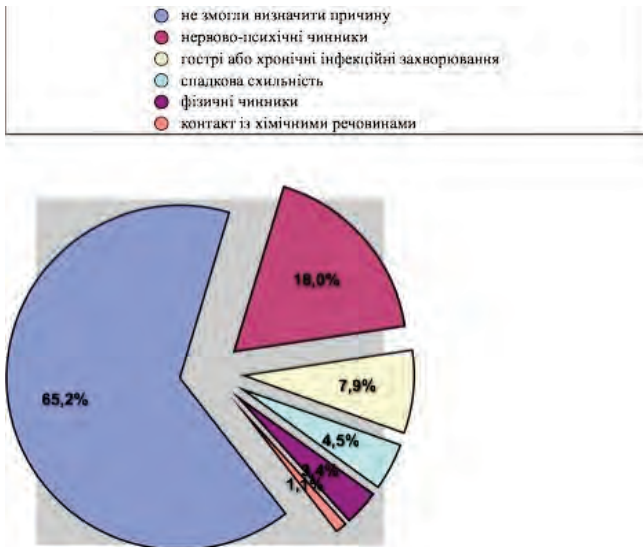


Рис. 1. Чинники, що сприяють виникненню вітиліго

Як доводить рис. 1., більшість пацієнтів, що знаходились під нашим спостереженням, 58 (65,2%) не змогли вказати ймовірну причину виникнення вітиліго. 16 (17,9%) пацієнтів назвали нервово-психічні чинники (гостре або хронічне психоемоційне перевантаження), 7 (7,9%) – гострі або хронічні інфекційні захворювання (грип, хронічний тонзиліт, пневмонія), 4 (4,5%) – спадкову схильність, 3 (3,4%) – фізичні чинники (переохолодження, перегрівання), 1 (1,1%) – контакт з хімічними речовинами.

Розподіл хворих за професією наведений був наступним: найбільшу питому вагу серед усіх хворих, яких ми спостерігали, склали студенти та учні 23 (24,7%) осіб, службовці 20 (22,5%) і тимчасово не працюючі 18 (20,2%). 13 (14,6%) пацієнтів були робітниками промислових і сільськогосподарських підприємств, 9 (10,1%) – будівельниками і 7 (7,9%) – домогосподарками.

Супутня патологія діагностована у 66 (74,2%) хворих і наведена в таблиця.

Таблиця

Супутня патологія у хворих на вітілігіо

Супутня патологія	Кількість хворих	Відсоток
Патологія шлунково-кишкового тракту (хронічні холециститу, гастрити, ентероколіти, панкреатити, дискінезі жовчовивідних шляхів, пост-холецистектомічний синдром, дисбактеріоз кишківника, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки)	19	21,3 %
Патологія центральної та периферичної нервової системи (вегето-судинна дистонія, астено-невротичний синдром)	15	16,9 %
Патологія периферичного кровообігу (варикозне розширення вен нижніх кінцівок, тромбофлебіт, хвороба Рейно)	10	11,2 %
Гінекологічна патологія (хронічний аднексит, постоварієктомічний синдром, фіброміома матки)	4	4,5 %
Патологія серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, ендокардит)	7	7,9 %
Захворювання ендокринної системи (цукровий діабет, ожиріння)	5	5,6 %
Захворювання органів дихання (хронічні бронхіти, ларингіти)	4	4,5 %
Патологія опорно-рухового апарату (остеохондроз хребта, сколіоз, артрози, артрити)	4	4,5 %
Урологічна патологія (хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба)	2	2,2 %

Як демонструє таблиця, найчастіше у хворих відмічалась патологія шлунково-кишкового тракту, центральної та периферичної нервової системи і периферичного кровообігу, відповідно, у 19 (21,4%), 15 (16,9%) і 10 (11,2%) осіб. Гінекологічні захворювання діагностувались у 4 (8,0%) жінок, а серцево-судинні у 7 (7,9%) пацієнтів. Патологія ендокринної системи, органів дихання, опорно-рухового апарату та сечової системи ідентифікувались, відповідно, у 5 (5,6%), 4 (4,5%), 4 (4,5%) і 2 (2,2%) осіб. Серед перенесених захворювань переважали респіраторно-вірусні інфекції, зафіксовані у 82 (92,1%) пацієнтів.

Усі хворі раніше отримували традиційну терапію (седативні засоби, вітаміни, ферменти, ПУВА – терапію), але без бажаного ефекту.

Більшість пацієнтів – 58 (65,2%) – відмічали появу перших ознак вітілігіо або прогресування патологічного процесу у весняно-літній період, 19 (21,4%) – у осіннь-зимовий, а 12 (13,4%) – не пов'язували перебіг дерматозу з порого року.

Четверо (4,5%) хворих вказували на появу продромальних явищ у вигляді несуттєво виразних відчуттів свербіжу або печії та парестезій. 15 (16,9%) осіб відмічали розвиток депігментованих плям на ділянках впливу механічних, хімічних і фізичних чинників.

Спадковий характер вітиліго ідентифікований у 7 (7,9%) пацієнтів.

Локалізовані клінічні прояви патологічного процесу діагностовано у 42 (47,2%) хворих, а генералізовані у 47 (52,8%).

Розподіл хворих за клінічними формами та стадіями вітиліго. У 22 пацієнтів була діагностована фокальна форму вітиліго, у 20 – сегментарна, у 24 – вульгарна та у 23 – акрофаціальна. Прогресуюча стадія дерматозу встановлена у 43, а стаціонарна – у 46 хворих. При фокальній формі вони відмічені, відповідно, у 10 і 12 осіб, при сегментарній – у 10 і 10; при вульгарній – у 11 і 13, при акрофоціальній – у 12 і 11 пацієнтів.

Клінічні прояви фокальної форми полягали у наявності поодиноких депігментованих плям, розмірами до 2-3 см., розташованих на обмежених ділянках, переважно, тулуба та кінцівок. Вони мали неправильну форму, чіткі межі з оточуючою шкірою та незмінену поверхню. По периферії нерідко візуалізувалась гіперпігментована кайма. Вона не супроводжувалась суб'єктивними відчуттями.

При сегментарній формі плями локалізувались асиметрично, не виходячи за межі одного дерматома.

При вульгарній формі елементи висипки розташовувались у двох і більше топографічних зонах, переважно у паховій і аксиллярній складках, промежині, на грудях, попереку, розгинальній поверхні локтевих і колінних суглобів, передпліч, тильній поверхні кистей і ступнів. У 4 пацієнтів у ділянках ураження констатована лейкотріхія.

Акрофаціальна форма характеризувалась появою депігментованих плям на червоній облямівці губ, у періоральній зоні, на тильній поверхні пальців кистей, сосках молочних залоз, голівці статевого члена та мошонці. Вони були множинні, але дрібні (до 2 см у діаметрі) за розмірами.

Прогресуючій стадії дерматозу були притаманні прояви нових елементів висипання та периферичне зростання вже існуючих протягом останнього року. При стаціонарній стадії спостерігався стабільний перебіг.

Кількість уражених топографічних зон у хворих на генералізовані форми вітиліго: у 18 хворих на генералізовані форми вітиліго відмічалось ураження двох топографічних зон (у 7 – з вульгарною та у 11 – з акрофаціальною), у 17 – 3 – 4 (відповідно 9 і 7) і у 12 пацієнтів – 5 – 6 (відповідно 8 і 4 осіб).

Усім хворим, яких ми спостерігали, призначалось загально клінічне обстеження. В гемограмах патологічних змін вмісту гемоглобіну та кількості еритроцитів не виявлено. У 5 пацієнтів відмічалось підвищене ШОЕ (до 15 – 25 мм/год.), котра відповідала тяжкості перебігу супутньої патології. У 6 осіб спостерігався помірний лейкоцитоз (8 – 10*10⁹ л). Ці дані свідчать про відсутність впливу вітиліго на периферичну кров.

Біохімічне дослідження крові дозволило виявити у переважної більшості хворих фізіологічний вміст загального білка. Лише у 3 пацієнтів спостерігалось його незначне підвищення (до 95-100 г/л) за рахунок глобулінової фракції. Активний аланін- і аспартат-амінотрансфераз не змінювались.

При дослідженні сечі у 2 хворих виявлені сліди білка та 5 -15 лейкоцитів у полі зору. У 1 пацієнта з сечокам'яною хворобою відмічено 5-6 незмінних еритроцитів. Рівень глюкози незначно зростає (до 7,5 ммоль/л) у 3-х хворих.

ВИСНОВКИ

У пацієнтів, яких ми спостерігали, представлені різні клінічні форми вітиліго. Вибрана для дослідження група хворих цілком відповідає загальноприйнятим вимогам, а також нашим меті та завданню. Розподіл пацієнтів за статтю, віком, клінічним перебігом вітиліго відповідає популяційним особливостям дерматозу.

Наведений аналіз коливань його проявів підкреслює нагальну необхідність пошуку обґрунтованих підходів до їх вивчення та розробки диференційованої лікувальної тактики.

Література

1. Мавлянова Ш.З. Особенности биохимического статуса у больных витилиго и методы коррекции / Ш.З.Мавлянова, С.С.Арифов, Д.С., Гафуржанова // Материалы 111 конгреса дерматовенерологов Казахстана.- Алматы. - 2005.-С.109-110.
2. Арифов С.С. Витилиго /С.С.Арифов, М.Х.Арифова. - Ташкент: Ogutuvchi, 2006. -С. 168.
3. Диел К. Витилиго:современное состояние проблемы. Новые этиологически обоснованные подходы к терапии / К.Диел, Е.В.Коляденко, А.В.Кравченко // Український журнал дерматології, венерології, косметології.-2005.-№3.-С.25-32.
4. Кошевенко Ю.Н. Витилиго / Ю.Н.Кошевенко. - М.: Косметика и медицина, 2002. – 644 с.
5. Picardo M. Vitiligo / M.Picardo, A.Taieb. – Springer. - 2010.-P.486.
6. Parsad D. Vitiligo / D.Parsad // ind. J.Dermatol. Venerol. Leprol.- 2012. – Vol.78, №1. –P.17-18.
7. Gawkrödger D.J. Guideline for the diagnosis and management of Vitiligo / D.J.Gawkrödger, A.D.Omerod // Brit. J. Dermatol.-2008.-Vol. 159, №2.-P.1051-1076.
8. Njoo D. Vitiligo and other hypomelanoses of hair and skin / D.Njoo, T.B. Fitzpatrick // J. Dermatol. Sei.-1999.-Vol. 33, №3.-P. 137-146.
9. Barone M.J. An epidemiologic case-control studies in a population with vitiligo/M.J.Barone, A.Arrunategui, A.Alzate // J. Am. Acad. Dermatol.-1995.-Vol. 33, № 1.-P.621-625.

К.М.Хобзей

Витилиго: общая характеристика больных и анализ этиологических факторов и коморбидных состояний
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика,
Медицинский центр «Институт псориаза и хронических дерматозов», г. Киев

Введение. Витилиго - это хронический дерматоз с наследственной предрасположенностью, который проявляется появлением на коже пятен с отсутствием пигментации и гистологическими признаками прогрессивного снижения количества меланоцитов в этих участках. В общей популяции распространенность витилиго составляет около 1 %.

Материалы и методы. Под наблюдениями в условиях медицинского центра «Институт псориаза и хронических дерматозов» находилось 89 пациентов с витилиго (39 мужчин и 50 женщин в возрасте от 7 до 56 лет).

Результаты. Дебют витилиго состоялся в возрасте до 21 года и от 21 до 30 лет, соответственно у 55 (61,8 %) и 19 (21,4 %) пациентов. Значительно реже дерматоз развивался в возрасте от 31 до 40 и от 41 до 50 лет, соответственно 10 (11,2 %) и 5 (5,6 %) пациентов. Большинство пациентов, находившихся под нашим наблюдением, 58 (65,2 %) не смогли указать вероятную причину возникновения витилиго. 16 (17,9 %) пациентов назвали нервно-психические факторы (острое или хроническое психо-эмоциональное перенапряжение), 7 (7,9 %) - острые или хронические инфекционные заболевания (грипп, хронический тонзиллит, пневмония), 4 (4,5 %) - наследственную предрасположенность, 3 (3,4 %) - физические факторы (переохлаждение, перегревание), 1 (1,1 %) - контакт с химическими веществами.

Выводы. У пациентов, которых мы наблюдали, представлены различные клинические формы витилиго. Распределение пациентов по полу, возрасту, клиническому течению витилиго соответствует популяционных особенностям дерматоза. Приведенный анализ колебаний его проявлений подчеркивает насущную необходимость поиска обоснованных подходов к их изучению и разработке дифференцированной лечебной тактики.

Ключевые слова: витилиго: больные, анализ, этиологические факторы, коморбидные состояния.

K. M. Khobzei

Vitiligo: general clinical characteristics of patients and analysis of etiologic factors and comorbid conditions

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Medical Centre "Institute of Psoriasis and Chronic Dermatoses", Kyiv

Introduction. Vitiligo is a chronic dermatosis with hereditary predisposition, which manifests by the appearance of white depigmented patches on the skin and is characterized by histologic evidence of progressive reduction in the number of melanocytes in these areas. The incidence of vitiligo is about 1% in the general population.

Materials and methods. There were 89 patients with vitiligo (39 male and 50 female patients aged 7-56 years) under the observation in medical centre "Institute of Psoriasis and Chronic Dermatoses".

Results. Vitiligo debut took place at the age under 21 years and in 21-30 years in 55 (61.8%) and 19 (21.4%) patients respectively. Dermatoses developed significantly less in age 31-40 and 41-50 years in 10 (11.2 %) and 5 (5.6%) patients respectively. Most of the patients who were under our observation 58 (65.2 %) could not indicate the probable cause of vitiligo. 16 (17.9%) patients pointed out neuropsychic factors (acute or chronic psycho-emotional tension), 7 patients (7.9%) - acute or chronic infectious diseases (influenza, chronic tonsillitis, pneumonia), 4 (4.5%) - genetic predisposition, 3 (3.4%) - physical factors (hypothermia, overheating), 1 (1.1%) - contact with chemicals.

Conclusions. The patients who were under observation had different clinical forms of vitiligo. The distribution of patients by sex, age, clinical course of vitiligo corresponds to the population characteristics of dermatosis. The above mentioned analysis of the fluctuations of its manifestations underlines the urgent need for further research in order to develop differential treatment modalities.

Key words: vitiligo, patients, analysis, etiologic factors, comorbid conditions.

Відомості про автора:

Хобзей Кузьма Миколайович - лікар-дерматовенеролог медичного центру «Інститут псоріазу та хронічних дерматозів», м. Київ; пошукач кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Богатирська, 32.