

Теоретична медицина

УДК: 616-071+616-092+616-07+616-08+616.5-002

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ТА ЕКЗЕМИ У ДОРΟΣЛИХ

О. Д. Александрук, Н. Ю. Сенишин

Івано-Франківський національний медичний університет; кафедра дерматології та венерології; 76018, Івано-Франківськ, вул. К. Данила, 8

У зв'язку із великою поширеністю atopічного дерматиту та екземи, проведено аналіз клініко-анамнестичних ознак таких хворих дорослого віку, що перебувають на лікуванні в дерматологічних стаціонарах та в ранній період після виписки зі стаціонару. При порівнянні типових анамнестичних риси хворих встановлено спільні та відмінні ознаки. Оцінено успішність стаціонарної фази лікування обох захворювань та динаміку висипань у ранньому періоді спостереження за хворими. Встановлено наявність проявів захворювань у більшості пацієнтів обох груп на час виписки з стаціонару та погіршення їх перебігу в невеликій кількості хворих протягом місячного спостереження. Лише третина пацієнтів готова до ефективної співпраці з медперсоналом внаслідок особливості ставлення до своєї хвороби.

Ключові слова: *атопічний дерматит, істинна екзема, анамнез, лікування, ставлення до хвороби*

Поширеність алергічних захворювань, які називають «спадкоємцями і хворобами цивілізації», в світі набуває загрозливого характеру. [3]. В даний час більше 10% населення планети страждають на різні алергічні захворювання [3, 6]. Серед них великої поширеності набуває atopічний дерматит (АД) – хронічне запальне захворювання, що рецидивує, характеризується свербінням шкіри та віковими особливостями клінічних проявів. Щорічно в світі реєструють близько 29 млн. нових хворих на АД [5]. За захворювання розпочинається в дитячому віці і продовжується із віковими особливостями протягом життя пацієнта, у зв'язку із чим його доля тісно пов'язана із спеціалістами різного профілю – педіатрами, алергологами, сімейними лікарями та дерматологами. Із досягненням повноліття частішим стає звернення пацієнта до закладів

саме дерматологічного профілю. Перші діагнози atopічного дерматиту були виставлені майже 20 років тому, із початком вчення про цю недугу як самостійне захворювання. Тепер, із досягненням повноліття першими тоді пацієнтами, можна визначити найбільш характерні клінічні риси дорослих пацієнтів із АД. Оскільки істинна екзема (ІЕ) за своєю поширеністю не суттєво поступається АД, а у відповідності до деяких західних класифікацій є спорідненим із ним захворюванням, ми провели порівняльний аналіз успішності лікування цих дерматозів.

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.

Матеріали і методи. Під нашим спостереження перебувало 67 осіб (47 чоловіків та 20 жінок), госпіталізованих в дерматологічний стаціонар з приводу загострення АД. Віковий діапазон цієї групи становив 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 [1, 62] 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 екземи. Віковий діапазон цієї групи становив 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 за шкалою SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis – шкала atopічного дерматиту), розробленої для стандартизації діагнозу atopічного дерматиту [7]. 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 екземи і для порівняння із групою АД, для визначення важкості перебігу ІЕ також використовували шкалу SCORAD.

В якості методу вивчення ставлення дерматологічних пацієнтів до своєї хвороби було використано методику ТОБОЛ (Васерман Л.І., Вукс А.Я., Іовлев Б.В., Карпова Е.Б., 1987, в модифікації 2001) [4] – 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 власно-

го захворювання. Отриманий результат може бути зразком типового ставлення (так званий чистий тип реагування), або комбінацією двох (змішаний тип) або більше (дифузний тип) типів ставлення до власного захворювання.

Лікувальні програма призначалась 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 свербіжу, 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 роботи та їх обговорення. Типовими причинами чергового загострення АД пацієнти вважали погрішності в дієті або прийом лікарських засобів (96%), дію природних алергенів (39%), побутових алергенів (26%) та особливості професійної діяльності (11%). Для хворих на ІЕ ними були побутові контактні алергени (63%), погрішності в дієті (52%) та чинники виробничого характеру (26%). Всі пацієнти скаржились на інтенсивний свербіж, що при АД передувало появі висипань (34%), або виникав одночасно із ними (66%). На противагу їм при ІЕ лише в 11% пацієнтів свербіж передувало появі запальних висипань, і в 89% хворих виникав одночасно із висипаннями. 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%).

Сухість шкіри є однією з постійних ознак АД і в 36% хворих вона не залежала від пори року. Сезонні коливання сухості шкірних покривів були більш частою скаргою чоловіків (72%) ніж жінок (55%). Пов'язаний із цим самостійний підбір лікувально-косметичних засобів для догляду за сухою та подразненою шкірою проводився пацієнтами не завжди у відповідності до клінічної ситуації. Як результат, лише 66% пацієнтів групи вказували на ефективність таких засобів на власному досвіді. Ніколи не використовували такі засоби 25% хворих (32% чоловіків та лише 5% жінок). Сухість всього шкірного покриву не вважається типовою ознакою хворих на ІЕ. Лише 4 пацієнта групи вказували на її наявність поза залежністю від сезону. Сезонне зменшення вологості шкіри в себе відмічали 52% осіб. Решта 44% не спостерігали суттєвих змін вологості своєї шкіри протягом року. Внаслідок цього лише 16% осіб використовували місцеві засоби догляду за шкірою з профілактичною метою в міжрецидивний період.

У 75% пацієнтів попередні загострення АД 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%). В чотирьох осіб групи виявити сезонні закономірності перебігу хвороби не вдалось. На відміну від хворих на АД, сезонність для загострень ІЕ була властива не для всіх пацієнтів. Так, у весняний, осінній і зимовий період загострення виникали у однакової кількості хворих – 45% групи. В літній період загострення виникали в 13% хворих. 23% осіб з групи не могли визначити певної сезонності загострень.

В 91% хворих на АД захворювання розпочиналось в ранньому дитячому віці. 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 ІЕ захворювання розпочалося в дитячому віці.

Під амбулаторним спостереженням дерматолога з приводу АД знаходились 95% хворих на АД та 85% на ІЕ, проте лише невелика частина з них – на регулярній основі. 67% хворих на АД та 45% хворих на ІЕ вже мали досвід лікування загострень в дерматологічних стаціонарах. Попередні госпіталізації були більш властиві чоловікам, ніж жінкам (75% проти 50% для АД та 53% проти 36% при ІЕ). 5% пацієнтів з АД та 16% з ІЕ до останнього часу не визнавали необхідним отримувати діагностичну та лікувальну допомогу в спеціалізованих дерматологічних установах.

100% пацієнтів із АД та 85% із ІЕ визнають, що намагались проводити самостійне лікування недуги як фармакотерапевтичними засобами, так і засобами народної чи нетрадиційної медицини.

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 ІЕ (18%) достовірні дані з цього приводу були відсутні. За характером своєї професійної діяльності більшість осіб з АД (63%) виконувала змішану розумову та фізичну працю. Лише 4 особи з групи за основною професією займались виключно фізичною працею. На противагу цьому, хворі з ІЕ рівномірно складалась з представників розумової праці (34%), фізичної праці (39%) та осіб, які поєднують ці види діяльності (27%).

Враховуючи вікові особливості перебігу 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, пруритогподібна форма зустрічалась лише у 2-х осіб групи.

Найчастішою формою ІЕ спостерігалась дизгідротична – 50% (31 особа) та інтертригінозна – 26% (16 осіб). Суха монетовидна форма спостерігалась у 15% (9 хворих), псоріазіформна у 10% пацієнтів (6 осіб).

Значення індексу (к) SCORAD у пацієнтів з АД перед початком лікування становило 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 свербіжу шкіри в пацієнтів групи за 10-бальною шкалою при цьому склала 6(5;8) балів.

Значення індексу (к) 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 ($k > 50$), в 46 (74%) як середньої важкості ($25 < k < 50$), в 4 (6%) осіб як легкі ($k < 25$). Інтенсивність свербіжу шкіри в пацієнтів групи за 10-бальною шкалою при цьому склала 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, що суттєво впливало на розрахунок індексу.

Прояви білого дермографізму шкіри домінували і 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 демонстрував значення порушення вегетативної регуляції у значної частини пацієнтів і 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 ІЕ 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 вазодилататорний ефект, опосередкований підвищеною активністю парасимпатичної вегетативної регуляції.

Вторинна піодермія спостерігалась у 21% осіб із АД, лише при важких формах перебігу (9 хворих з 14) та перебігу середньої важкості (5 хворих з 14). Лише 8% пацієнтів (13 хворих з 62) із ІЕ мали схильність до розвитку вторинної піодермії.

При оцінці важкості перебігу АД на час завершення стаціонарного етапу лікування спостерігалось закономірне зниження індексу SCORAD у всіх обстежених пацієнтів. Середній показник SCORAD достовірно зменшився в порівнянні із початковим значенням ($p < 0,05$) і склав 20(14;26) балів. У порівнянні із станом до початку лікування, кількість хворих із індексом, що свідчив про важкий перебіг, знизилась з 42% групи (28 хворих) до 0. Лише 28% групи (19 пацієнтів) після завершення стаціонарного етапу лікування мали прояви АД, що відповідали за нашою класифікацією перебігу середньої важкості. Для цієї частини хворих відносно високі значення індексу SCORAD пояснювались вели-

кою площею висипань та збереженням запальної еритеми в деяких вогнищах. Решта 72% групи (48 хворих) було виписано 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 склав в групі 2(1;3) бали. Слід зазначити, що чинниками, які сприяли “збереженню” певного рівня індексу SCORAD у 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.

Так само індекс SCORAD суттєво ($p < 0,05$) знизився у всіх хворих із ІЕ і на час виписки становив 13(8;15) балів. У порівнянні із станом до початку лікування у всіх хворих індекс SCORAD відповідав показникам легкого перебігу захворювання. Залишкові значення індексу були зумовлені збереженням свербіння шкіри, ліхеніфікації та, в деяких випадках, запальної еритеми. Свербіж шкіри в пацієнтів всієї групи протягом стаціонарного етапу лікування також суттєво знизився ($p < 0,05$) і становив, як і в хворих на АД, 2(1;3) бали.

Всі пацієнти після завершення стаціонарного етапу лікування отримали рекомендації по догляду за шкірою, особливості дієти та поведінки для уникнення подальшого впливу тригерних чинників. 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 обстеженні через 1 місяць після завершення стаціонарного етапу лікування 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 показника SCORAD. В 6 пацієнтів (9% групи) показник залишився сталим. В 6 випадках (9% групи) спостерігалось погіршення перебігу АД і відповідне незначне зростання показника SCORAD. В цілому в групі на цьому етапі показник SCORAD становив 15(11;20) балів, що достовірно менше ($p < 0,05$) попереднього показника. Лише в 3-х осіб (4% групи) прояви АД в цей період можна було класифікувати як середньо важкі. Решта 64 пацієнтів групи мали легкі прояви дерматозу з індексом SCORAD не вище 25 балів. Інтенсивність свербіжу шкіри в цілому в групі істотно не відрізнялась від такої при завершенні стаціонарного лікування і складала 2(2;3) бали.

У хворих на ІЕ також період місячного спостереження супроводжувався зниженням ($p < 0,05$) показника SCORAD до 6(4;10) балів. В 4

пацієнтів (6% групи) показник залишився сталим. В 10 випадках (16% групи) спостерігалось погіршення перебігу ІЕ і відповідне незначне зростання показника SCORAD.

За результатами тестування на визначення ставлення пацієнтів до своєї хвороби один (чистий) тип реагування був властивий 36% хворих (25 пацієнтів) на АД та 23% (16 пацієнтів) на ІЕ, змішаний – 40% (27 пацієнтів) на АД та 37% (23 пацієнта) на ІЕ, дифузний – 14% хворих (23 пацієнта) на АД та 40% (25 пацієнтів) на ІЕ.

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) демонстрували подібне психологічне подолання хвороби, причому з них тільки одна особа із легким перебігом АД та 6 осіб (10%) з ІЕ. Адаптивний гармонійний тип, при якому пацієнт 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 ІЕ.

Дизадаптивні інтрапсихічні варіанти ставлення пацієнта до своєї хвороби характеризуються змінами в емоційно-афективній сфері хворих: тривожному, пригніченому стані, “втечі” в хворобу, відмові від боротьби – “капітуляції” перед хворобою. Серед обстежених нами пацієнтів 85% (57 осіб) хворих на АД та 88% (55 осіб) хворих на ІЕ 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), що більш властивий чоловікам ($p < 0,01$) та пацієнтам переважно розумової професійної діяльності ($p < 0,05$); неврастенічний тип (25% хворих – 17 осіб), особливо з при важких формах перебігу; меланхолічне ставлення (39% – 26 осіб), переважно у чоловіків ($p < 0,01$) та важких варіантах перебігу АД. При ІЕ 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, які 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). Як при АД (31% – 21 пацієнт) так і ІЕ (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, які демонстрували адаптивні типи ставлення, в умо-

вах стаціонару спостерігалось падіння індексу SCORAD на 15 балів і більше як ознака суттєвого покращення стану. Подібне явище було також властиве 25 хворим з ІЕ проти 4 із гармонійним ставленням до хвороби. У цих же хворих протягом місячного терміну спостереження спостерігалось подальше зниження цього індексу. Для пацієнтів, які демонстрували у своєму ставленні до власної хвороби дезадаптивні прояви, подібної закономірності виявити не вдалось.

Таким чином, типові пацієнти дорослого віку, що знаходиться на лікування в дерматологічному стаціонарі з приводу загострення АД та ІЕ, мають багато спільних клініко-анамнестичних ознак. При дещо відмінному віці початку захворювання, тригерних чинниках загострення, стані шкіри в період між загостреннями, сімейному алергічному анамнезі, професійних спрямуваннях та реакції на шкірне свербіння вони демонструють подібні підходи і ставлення до лікування як в дерматологічних закладах так і самостійному лікуванню. Під впливом стандартного лікування в умовах стаціонару, що суттєво не відрізняється для обох дерматозів, пацієнти демонструють виражену динаміку проявів. Проте цей етап лікування не дозволяє повністю усунути прояви обох захворювань. Протягом місячного терміну амбулаторного спостереження та лікування ми бачили подальше покращення стану більшості, але не всіх пацієнтів. Лише від третини пацієнтів слід очікувати продуктивної, усвідомленої, неконфліктної співпраці з медичним персоналом внаслідок особливості ставлення таких пацієнтів до свого захворювання.

Література

1. Бережний В.В. Діагностика та терапія atopічного дерматиту (стандарти діагностики та терапії) / В.В.Бережний, О.П.Білозоров [та ін.]. – К., 2002. – 30 с.
2. Мавров І.І. Раціональна діагностика та лікування в дерматології та венерології / І.І.Мавров. – К.: ТОВ “Доктор-Медіа”, 2007. – 344 с
3. Погляд на лікування алергодерматозів / Л.Д.Калюжна, О.О.Ошивалова, А.М.Бойчук, А.А.Резнікова // Український журнал дерматології, венерології та косметології. – 2011. – №4(43). – С. 56-60.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Л.И.Вассерман, А.Я.Вукс, Б.В.Иовлев, Э.Б.Карпова. – С.-П., 2005 – 32 с.
5. Leung D. New insights into atopic dermatitis // J.Clin.Invest. – 2004. – Vol.113, N4. – P. 651-657.
6. Schafer T. Epidemiology of atopic eczema in the general population / T.Schafer, D.Vieluf, A.Nienhaus // 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.

**PECULIARITIES OF ADULT ATOPIC DERMATITIS
AND ECZEMA COURSE****O. D. Aleksandruk, N. Y. Senyshyn**

*Ivano-Frankivs'k National Medical University; department of dermatology and venereology; 76018, Ivano-Frankivs'k, King Danil str., 8;
ph. +380 (3422) 4-71-08*

With regards to big number of atopic dermatitis end eczema patients we performed analysis of medical history and clinical signs of adult atopic dermatitis and true eczema patients under the in-patient treatment and at early follow-up period. Common and different features of medical and personal history were 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. Part of the patients have signs of worsening during 1 months of follow-up. One third of the patients only are expected to cooperate with medical staff in effective manner due to special way of disease coping.

Key words: *atopic dermatitis, true eczema, medical history, treatment, disease coping*