

# Факторы, влияющие на течение атопического дерматита

Е.А. Салахутдинова, К.Н. Монахов, Н.Г. Петрова  
Журнал дерматовенерологии и косметологии 2002

*РЕЗЮМЕ: С целью выявления особенностей современного течения атопического дерматита и изучения показателей качества жизни больных разработана комплексная методика, включающая совокупность клинического, статистического и социологического методов. Для этого была составлена специальная карта обследования для пациентов с атопическим дерматитом, позволяющая установить взаимосвязь особенностей течения болезни с различными факторами, влияющими на качество жизни пациентов. Обследован 101 пациент с атопическим дерматитом, находящийся в фазе обострения. Выявлено, что тяжесть течения заболевания зависит от социального положения пациентов, уровня дохода, режима труда и отдыха, наличия и выраженности вредных привычек, личной гигиены, генетической предрасположенности, наличия сопутствующих аллергических заболеваний.*



[Атопический дерматит](#)

Проблема атопического дерматита в настоящее время становится все более значимой. Данная патология составляет от 5 до 30% в структуре общей заболеваемости больных дерматозами. Рост заболеваемости в последнее десятилетие, хроническое, с частыми рецидивами течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставят атопический дерматит в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины. Увеличение заболеваемости и неблагоприятное течение болезни связано, повидимому, с ухудшающейся экологической обстановкой, недостаточным изучением и пренебрежением факторами, составляющими качество жизни. В настоящее время большинство исследователей относят атопический дерматит к мультифакториальной патологии, понимаемой с позиции гипотезы аддитивно-полигенного типа наследования с пороговым эффектом. То есть, полигенное предрасположение реализуется под воздействием отрицательных факторов окружающей среды. Регистрируется и некоторая трансформация клинической картины: более раннее появление первых проявлений – с 1-2 мес. жизни; более тяжелое течение атопического дерматита с увеличением площади поражения кожи, вплоть до развития эритродермии; увеличение количества больных с неудачами в терапии и ухудшением исхода заболевания. Большое значение в развитии атопического дерматита приобретает в последние годы экологическое неблагополучие окружающей среды. Вредные промышленные выбросы во взаимодействии с ксенобиотиками создают повышенную нагрузку на организм больного атопическим дерматитом и ведут к обострению заболевания. У больных атопическим дерматитом обострения заболевания, как правило, возникают в период сезонных колебаний погоды –

ранней весной и поздней осенью. Нарушение правил режима ухода и использование средств, не предназначенных для больных атопическим дерматитом, также могут способствовать развитию обострения заболевания. Средства личной гигиены с высоким значением рН вызывают чрезмерную сухость кожи, могут закупоривать протоки сальных желез, вызывать аллергические реакции. К бытовым факторам риска относится курение, при котором частота возникновения атопическим дерматитом возрастает в 1,5 раза.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поскольку для атопического дерматита не существует специфических лабораторных маркеров, его диагноз базируется на анамнезе и клинической картине. В практической деятельности принято выделять атопический дерматит легкой, средней и тяжелой степени, однако для объективной оценки степени тяжести кожного процесса и динамики течения заболевания в 1994 г. Европейской рабочей группой по атопическому дерматиту предложена шкала SCORAD (scoring atopic derma titis). Основным преимуществом использования шкалы SCORAD является возможность сравнительного анализа полученных результатов с помощью компьютерной обработки, а также объективная оценка эффективности различных методов терапии.

С целью выявления особенностей современного течения атопического дерматита и изучения показателей качества жизни больных нами была разработана комплексная методика, включающая совокупность клинического, статистического и социологического методов. Для этого была составлена специальная карта обследования (анкета-опросник) для пациентов с атопическим дерматитом, позволяющая установить взаимосвязь особенностей течения болезни с различными факторами, влияющими на качество жизни пациентов. Данный опросник состоит из 120 вопросов и содержит 5 тематических блоков. Первый блок включает общую информацию о больном и вопросы, оценивающие показатели качества жизни (жилищные условия, доход, отдых, спорт и пр.). Второй блок вопросов связан с изучением наследственности, сезонности и факторов, провоцирующих обострение заболевания. Следующий блок вопросов посвящен проблемам ухода за кожей. Четвертый тематический блок включает вопросы наличия патологии со стороны внутренних органов и вегето-сосудистых нарушений. Последний тематический блок посвящен определению показателей обращаемости больных за специализированной помощью. Заполнение карты проходило в форме интервьюирования-анкетирования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке тяжести состояния больных атопическим дерматитом у 101 больного было установлено, что согласно SCORAD лишь у 21% больных на момент обследования тяжесть болезни можно определить как нетяжелую, у 22% – тяжелую и у 42% – среднетяжелую. Имеется зависимость тяжести течения заболевания от возраста пациентов. Более благоприятное течение атопического дерматита отмечается у лиц в возрасте 15-19 лет и 25-29 лет.

*Распределение пациентов разных возрастных групп в зависимости от тяжести течения заболевания, в %*

Тяжесть течения	Возраст больных, лет
-----------------	----------------------

	15-19	20-24	25-29	30-34	34-54
Нетяжелое	44	38,2	46,6	27,3	25
Среднетяжелое	48	35,3	46,7	54,5	25
Тяжелое	8	26,5	6,7	18,2	50
Итого	100	100	100	100	100

На тяжесть течения атопического дерматита оказывает влияние социальное положение пациентов. Наиболее тяжелое было у инвалидов (66,7%) и рабочих (46,2%), наименее – у учащихся (54,8%) и у неработающих (50%).

Очень четко определяется зависимость тяжести заболевания от уровня дохода. Так доля лиц, имеющих нетяжелое течение, составляет 13,3% среди пациентов с заработной платой до одной тысячи рублей и увеличивается до 53,3% при заработной плате 3-5 тыс. руб лей, в то время как, тяжелое течение отмечается в 40% у лиц с заработной платой до одной тыс. рублей, и отсутствие случаев с тяжелым течением среди пациентов с уровнем зарплаты превышающей 5 тыс. рублей.

Нами изучался вопрос взаимосвязи характера течения заболевания и характера условий труда пациентов. В частности было установлено следующее, что график работы также влияет на тяжесть течения заболевания: наиболее тяжелое течение отмечалось при сменной работе (45,5%).

Рисунок 1. Распределение больных, в зависимости от графика работы по тяжести течения

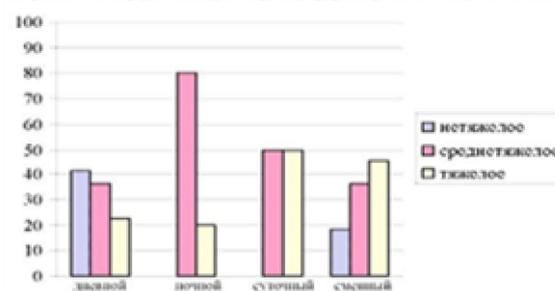


Таблица 2. Распределение курящих и некурящих пациентов по тяжести течения АД, %

Можно отметить, что нетяжелое течение имело место только у пациентов, работающих в закрытых помещениях, в то время как, у работающих на открытом воздухе, средне-тяжелое и тяжелое течение.

У больных, отмечающих наличие профессиональной вредности, в большем проценте случаев отмечается тяжелое течение (43%) по сравнению с теми, у кого профессиональные вредности отсутствовали (16,6%).

Большую роль на течение заболевания оказывает наличие такого фактора как наличие и интенсивность курения.

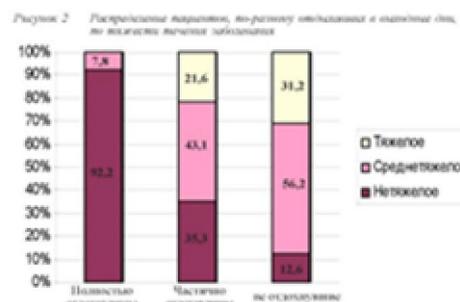
Употребление никотина в день	Тяжесть течения			Итого
	нетяжелое	средне-тяжелое	тяжелое	
Не курит	41,5	41,5	17	100
От 5 до 10 сигарет	30,8	46,2	23	100
Одну пачку и более	12,5	50	37,5	100

В определенной степени тяжесть заболевания определяется наличием или отсутствием употребления спиртных напитков. Доля больных с нетяжелым течением заболевания была наибольшей (40,5%) у пациентов, которые не употребляли алкоголь и меньшей у употреблявших несколько раз в месяц (34,1%) или несколько раз в неделю (33,3%).

В большинстве случаев (77%) обострение заболевания провоцируют стрессовые ситуации. Причем, при наличии таковых в 22,6% случаев течение заболевания расценивается как тяжелое, в то время как при отсутствии в анамнезе указаний на стрессовые ситуации, SCORAD-индекс был в 2,5 раза ниже (8,7%).

Важное влияние на характер течения заболевания имеет рациональный отдых пациентов. Так, если среди отдохнувших в выходные дни, 7,8% отмечали среднетяжелое течение, то среди тех, кто не чувствовал себя полностью отдохнувшими (56,2%), SCORAD-индекс был почти в 8 раз выше. Среди обследованных пациентов 13,3% имели один выходной день в неделю, 80,7% – два выходных и 6% отметили, что не имеют выходных дней. При этом совершенно четко определяются отличия в тяжести течения среди данных групп больных. Естественно, что наиболее тяжелое течение заболевания было у неимевших выходных дней.

Факторы, влияющие на течение атопического дерматита  
Factors influencing on the course of atopic dermatitis



Предположение о генетической связи атопического дерматита и респираторной аллергии было сделано достаточно давно. Многие авторы отмечают нередкость сочетания атопического дерматита с бронхиальной астмой или аллергическим ринитом. Borelli и Schneider (1957) свидетельствуют, что почти у половины больных диффузным нейродермитом, начинающимся в раннем детстве, возникает бронхиальная астма или аллергический ринит. В зависимости от сопутствующей аллергической патологии у больных с атопическим дерматитом отличалась тяжесть течения заболевания. У пациентов, у которых не было аллергической патологии, в половине случаев отмечалось легкое течение атопического дерматита, у 35,3% – среднетяжелое течение и у 11,8% – тяжелое. Тяжелое и среднетяжелое течение заболевания в большей мере выражено при наличии у больных такой сопутствующей патологии как: аллергический ринит в сочетании с бронхиальной астмой (50%), поллиноз (37,5%). Наиболее легкое течение заболевания среди больных, имевших сопутствующую патологию, наблюдалось у пациентов с таким внекожным проявлением атопического дерматита как аллергический ринит (43,6%).

Наличие тех или иных аллергических реакций у больных поразному влияет на характер течения атопического дерматита. В частности, значительно утяжеляют его наличие аллергии на пищевые продукты и шерсть животных. Доля лиц с тяжелым течением заболевания при наличии аллергии на пищевые продукты была 25,4%, при отсутствии – втрое ниже – 8,3%. При наличии аллергической реакции на шерсть животных, соответственно, показатели составили 31% и 14,6%. Роль влияния других аллергенов (домашняя пыль, медикаменты, моющие средства, пыльца растений) достоверно не была доказана ( $p > 0,05$ ).

Наиболее тяжелое течение атопического дерматита отмечается при отсутствии четкой сезонности в заболевании. При сезонных обострениях АД у 60,7% пациентов тяжесть заболевания расценивалась как легкая, у 39,3% среднетяжелая. Естественно, что имеется

взаимосвязь между кратностью обострения и их тяжестью. Так, при наличии одного - двух обострений в год, тяжесть последних была невысокой (68% и 54,5% соответственно) и меньшая доля приходилась на тяжелые обострения болезни (4,6%). В тех случаях, когда имело место 3-4 обострения заболевания в год, доля случаев тяжелых обострений была на порядок выше (40% и 41,7%). Удельный вес случаев нетяжелого течения составил 20% и 9,7%, среднетяжелого 40% и 48,6%.

Характер течения атопического дерматита определяется также отношением пациентов к вопросам личной гигиены. Можно отметить влияние частоты наружного использования воды на течение заболевания. Так, доля лиц с тяжелым течением заболевания, увеличивается с 12% у тех, кто умывается один раз в день, до 66,7% у тех, кто умывается один раз в неделю и реже и с 12,5% у принимавших душ несколько раз в день до 31,3% у принимавших душ один раз в неделю и реже. 28,6% пациентов посещают бани: из них 9,9% – один раз в месяц, 18,7% – один раз в неделю. У тех больных, кто не посещает бани больший процент (66,6%) приходится на тяжелое течение АД и 33,4% на среднетяжелое. У больных, посещающих баню один раз в месяц тяжелое течение встречалось – в 10%, среднетяжелое – в 30% и нетяжелое – в 60%. Те же, кто посещал баню более часто (один раз в неделю) имели только легкое (57,9%) и среднетяжелое течение (42,1%).

Важное значение в течении заболевания, имеет характеристика средств, используемых для личной гигиены. Проведенный анализ показал, что 36,4% больных используют специальные средства, 61,6% – обычные и 2% – антисептические. При этом совершенно четко видны различия в тяжести течения заболевания в этих группах больных. В частности, тяжелым было течение заболевания у одной трети пациентов, использующих обычные средства, у половины – антисептические и отсутствовали такие случаи при использовании специальных средств.

Полученные нами данные используются при проведении дифференцированных профилактических и лечебных мероприятий у больных с атопическим дерматитом.

1. Гребенюк ВН, Акимов ВГ. Атопический дерматит как термин и заболевание. Вестн дерматол 1992; 8: 47-49.
2. Монахов КН. Кожные и респираторные проявления атопии Автореф. дис. доктора мед наук Санкт-Петербург, 1999, 18 с.
3. Сергеев ЮВ. Атопический дерматит. Москва: 2002:8.
4. Скрипкин ЮК, Федоров СМ, Адо ВА, Селицкий ГД, Кубанова АА, Кулагин ВИ. Атопический синдром. Вестн дерматол 1995;2:17-19.
5. Суворова КН, Антоньев АА, Довжанский СИ, Писаренко МФ. Атопический дерматит. Изд-во Саратовского Университета, 1989:165.
6. Суворова КН, Котова НВ, Гаджигароева АГ, Гомболевская СЛ. Конституциональные фенотипы при мультифакторных дерматозах. Тезисы докладов VII Российского съезда дерматологов и венерологов. Казань, 1996: 167-168.
7. Федоров СМ, Адо ВА, Селицкий ГД, Кубанова АА. Генетика и атопическая аллергия. Вестн дерматол 1996; 4:33-35.