

УДК 616. 5-002. 1

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Тошев Сухроб Октамжон огли

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

E-mail: suhrob. toshev1990@gmail.com

ORCID ID 0000-0003-4300-3079

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18515252>

Аннотация: Ведущая роль в развитии принадлежит эндогенным факторам (наследственность, атопия, гиперреактивность кожи, нарушение функциональных и биохимических процессов в коже), которые в сочетании с различными аллергенными и неаллергенными экзогенными факторами (психоэмоциональные нагрузки, табачный дым и т. д.) приводят к развитию клинической картины. Несмотря на многочисленные исследования, как в нашей стране, так и за рубежом, этиология и патогенез атопического дерматита считаются еще недостаточно изученными

Ключевые слова: атопический дерматит, аллерген, патогенез, аспекты

MODERN ASPECTS OF THE COURSE OF ATOPIC DERMATITIS

Toshev Suxrob Oktamjon ugli

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

E-mail: suhrob. toshev1990@gmail.com

Abstract: Endogenous factors (heredity, atopy, skin hyperreactivity, and disruption of functional and biochemical processes in the skin) play a leading role in its development. These factors, combined with various allergenic and non-allergenic exogenous factors (psychoemotional stress, tobacco smoke, etc.), lead to the development of the clinical picture. Despite numerous studies both in our country and abroad, the etiology and pathogenesis of atopic dermatitis remain poorly understood

Keywords: atopic dermatitis, allergen, pathogenesis, aspects

ATOPIK DERMATITNING ZAMONAVIY JIHATLARI

Toshev Suxrob O'ktamjon o'g'li

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

E-mail: suhrob. toshev1990@gmail.com

Annotatsiya: Endogen omillar (irsiyat, atopiya, terining giperreaktivligi va teridagi funktsional va biokimyoviy jarayonlarning buzilishi) uning rivojlanishida yetakchi rol o'ynaydi. Bu omillar turli xil allergen va allergik bo'lmagan ekzogen omillar (psixoeemotsional stress, tamaki tutuni va boshqalar) bilan birgalikda klinik ko'rinishning rivojlanishiga olib keladi. Mamlakatimizda ham, xorijda ham ko'plab tadqiqotlar o'tkazilganiga qaramay, atopik dermatitning etiologiyasi va patogenezi hali ham yaxshi tushunilmagan

Kalit so'zlar: Atopik dermatit, allergen, patogenezi, jihatlari

ВВЕДЕНИЕ

Проблема атопического дерматита остается одной из наиболее актуальных в дерматологии в связи с широким распространением, тяжелым течением, недостаточной эффективностью существующих методов лечения [2,7].

Рост заболеваемости в последнее десятилетие, хроническое с частыми рецидивами течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставят в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины [3,12].

Распространенность атопического дерматита в развитых странах составляет 10-20%. Манифестация симптомов атопического дерматита у детей отмечается в возрасте до 6 месяцев в 60% случаев, до 1 года в 75%, до 7 лет в 80-90%. В течение последних десятилетий наблюдается неуклонный рост заболеваемости атопического дерматита, усложняется его течение, отягощается исход. Атопический дерматит часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями: с бронхиальной астмой в 34%, аллергическим ринитом в 25%, поллинозом 8% [4,6,5].

Атопический дерматит является основной проблемой дерматологии, поскольку заболеваемость атопическим дерматитом намного выше, чем другие дерматозы. Заболеваемость у них составляет 8-16%, это самое распространенное кожное заболевание взрослого и детского возраста[11,16].

В качестве синонимов для обозначения этого заболевания применяют термины «атопическая экзема» или «атопический дерматит». Короткий Н. Г. , и соавт. считают термины «атопический дерматит» и «атопическая экзема» равнозначными и при постановке диагноза надо точно указать термином «атопический нейродерматит» или «атопическая экзема», чтобы избежать путаницы[1,14]. Лица мужского и женского пола болеют с одинаковой частотой.

В последнее время начали исследовать ухудшение качества жизни, как пациента, так и его семьи - при этом заболевании оно довольно значительное.

Патогенез заболевания остается запутанной проблемой. Причины почти всегда многофакторные. Генетические факторы, аномальные реакции на аллергены окружающей среды, избыточный или нарушенный иммунный ответ - всё это компоненты патогенеза атопического дерматита [17,10].

Кроме того, существует длинный список провоцирующих факторов, которые будут обсуждаться далее в этой главе.

Этим обстоятельством объясняется продолжающееся совершенствование всех существующих методов лечения и профилактики рецидивов, а дальнейшие разработки наиболее заслуживающих внимания концепций этиологии и патогенеза с применением современных многоплановых способов исследования являются необходимым этапом.

Еще одним важным аспектом этиопатогенеза атопического дерматита является идентификация провоцирующих факторов с тем, чтобы избегать их в дальнейшем.

Основными провоцирующими факторами при атопическом дерматите являются: неспецифические факторы (жесткая вода, одежда, гигиенические привычки, иммунная стимуляция: инфекции, иммунизации, микробная колонизация кожи, изменения климата, фоточувствительность, эмоциональные воздействия и стресс) и специфические факторы (аллергии к пищевым продуктам, домашней пыли, шерсть животных, пыльцу растений и т. д.).

Из-за нарушения барьерной функции кожи пациенты с атопическим дерматитом в целом более подвержены раздражению кожи независимо от источника, которым может быть мыло, частый контакт с водой, шерсть, синтетические ткани, потение. Такие пациенты

также по-другому реагируют на стимулы, активирующие иммунную систему (инфекции, бактериальная колонизация, иммунизация) и на эмоциональный стресс.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Гиперчувствительность к специфическим аллергенам можно определить с помощью кожных проб (прик-тест и лоскутный тест), радиоаллергосорбентного анализа крови (RAST) и прямого провокационного теста. Лоскутный тест на атопию скоро станет коммерчески доступным, и возможности оценить аллергию расширятся [8,9].

Роль пищевых аллергий при атопическом дерматите в целом переоценивается. Значимые пищевые аллергии обнаруживают у 10-20% пациентов, почти исключительно у младенцев и маленьких детей, у которых уже есть выраженное кожное заболевание. Золотым стандартом диагностики пищевой аллергии является двойной слепой, плацебо-контролируемый тест с пероральной провокацией. Если он положителен, следует избегать соответствующей пищи. Важно, чтобы больному не приходилось избегать слишком большого спектра пищевых продуктов, поскольку такой подход редко бывает оправданным и может привести к нарушениям питания. Больного необходимо время от времени подвергать повторной провокации, чтобы подтвердить необходимость дальнейшего воздержания от данных продуктов [13,15].

Некоторые пациенты замечают, что течение болезни ухудшается после воздействия пылицы деревьев, травы и сорняков, шерсти животных или клещей домашней пыли. Если прик-тест и серологические исследования подтверждают наличие аллергии, следует предпринять соответствующие меры для ограничения контакта с аллергеном. При аллергии на шерсть животных надо избегать контакта с ними. В случае клещей домашней пыли помогают специальные покрытия для матрасов, подушек и постельных принадлежностей, частая стирка постельного белья, уборка с помощью пылесоса и удаление ковров и мягкой мебели. В случае аллергии на пыльцу ситуация представляется более затрудненной.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На сегодняшний день применяется классификация которая была создана учёными Лондонского университета.

А. Клинические периоды в зависимости от возраста:

Младенческий (с 1- мес до 2 лет) – экссудативная;

Детский (с 2 лет до 13 лет);

Подростковый и взрослый (старше 13 лет).

В. Стадии развития заболевания:

Острая (зуд кожи, папулы, микровезикулы на фоне эритемы, множественные расчёсы и эрозии, выделение серозного экссудата);

Подострая (эритема, шелушение, расчёсы, в том числе на фоне уплотнения кожи);

Хроническая (утолщенные бляшки, фиброзные папулы, подчеркнутый рисунок кожи – лихенизация).

С. Клинико – морфологические формы заболевания:

Экссудативная;

Эритематозная;

Эритематосквамозная;

Эритематосквамозная с лихенизацией;

Лихеноидная.

D. Тяжесть течения:

Легкое течение;

Среднетяжелое течение;

Тяжелое течение.

E. Распространенность процесса:

Клинико-этиологические варианты:

С пищевой сенсibilизацией;

С клещевой сенсibilизацией;

С грибковой сенсibilизацией;

С пылевой и пр.

С вторичным инфицированием.

E. Осложнения:

Пиодермия;

Вирусная инфекция;

Грибковое поражение.

ОБСУЖДЕНИЕ

Характерным признаком атопического дерматита является зуд, часто сильный и непрерывный. В острой стадии заболевания пациенты практически не могут контролировать позывы к расчесам.

Клинические признаки атопического дерматита меняются в зависимости от стадии заболевания (острой или хронической) и возраста пациента. Острая стадия характеризуется эритематозными пятнами с границами неправильной формы с наличием чешуек, везикул, мокнутия, корок и, почти всегда, экскориацией. В хронической стадии в очагах наблюдается усиленный рельеф кожных линий, что обозначается как лихенификация. Возможны изменения пигментации, например, белый лишай – ограниченная локальная гипопигментация, которая особенно часто встречается на щеках и лучше заметна у лиц с темной кожей. Кроме того, после разрешения воспалительных пятен остается поствоспалительная гипо- или гиперпигментация. Примерно у 90% пациентов наблюдается сухая кожа, поскольку понижены выработка и выделение кожного сала. Другие типичные признаки атопического дерматита включают выраженные периорбитальные складки (линии Денни-Моргана), латеральное истончение бровей (признак Хертоге), белый дермографизм и гиперлинеарность ладоней (ихтиозная ладонь). Фолликулярный кератоз – закупорка волосяных фолликулов главным образом в области задней поверхности плеча (зона трицепса) чаще встречается у пациентов – атопиков [17,18]. Это явление может также наблюдаться на бедрах и щеках.

А также существует целый ряд симптомов, которые не всегда сопровождают атопический дерматит:

Симптом удвоения складки нижнего века.

Незначительная инфильтрация и гиперемия стопы, трещины, шелушение.

Ногти теряют продольную исчерченность, поэтому вид ногтя становится как бы полированным.

Истончение волос в затылочной области головы, частичное или полное исчезновение волос на бровях.

ВЫВОДЫ

Существует целый ряд клинических вариантов атопического дерматита. Например, атопический хейлит и дерматит голеностопа. Еще один вариант — нуммулярный (монетовидный) дерматит, который чаще наблюдается в первые три года жизни и, ассоциируется с менее тяжёлым заболеванием. Дисгидротический атопический дерматит кистей и стоп также может быть проявлением атопического дерматита. Два серьезных осложнения атопического дерматита, которые часто приводят к госпитализации, - это вторичная бактериальная инфекция, вызываемая обычно *Staphylococcus aureus*, (импетигозированный атопический дерматит) и диссеминированная инфекция вируса простого герпеса (герпетиформный дерматит) [10,14,16].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абатуров, А. Е. Катионные антимикробные пептиды системы неспецифической защиты респираторного тракта: дефензины и кателицидины. Дефензины — молекулы, переживающие ренессанс / А. Е. Абатуров, Н. Ю. Завгородняя // Здоровье ребенка. - 2011. - Т. 7. - № 34. - С. 139-144.
2. Аллергия. Медиаторный тип ГНТ. Методы диагностики: учеб. -метод. пособие / Д. А. Черношей и [др.]. – Минск: БГМУ, 2009. – 31 с.
3. Альбанова, В. И. Атопический дерматит: учебное пособие / В. И. Альбанова, А. Н. Пампура. – М. ГЭОТАР - Медиа, 2014. – 128 с.
4. Антимикотическая активность активированного пиритиона цинка в отношении дрожжей рода *Malassezia* у больных атопическим дерматитом / Е. В. Голышева, А. М. Глушакова, А. Н. Пампура, М. А. Мокроносова // Педиатрическая фармакология. – 2010. - № 6. – Т. 7. – С. 58-62.
5. Бакер, С. Неинвазивные методы исследования ограниченных форм атопического дерматита на фоне терапии эксимерным лазером / С. Бакер, С. Б. Ткаченко, Н. Г. Кочергин // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. - 2014. - № 1. - С. 33-38.
6. Балаболкин, И. И. Актуальные проблемы аллергологии детского возраста на современном этапе / И. И. Балаболкин // Педиатрия. – 2012. - Т. 91. - № 3. – С. 69-75.
7. Баранов, А. А. Аллергология и иммунология: клинические рекомендации для педиатров / А. А. Баранов, Р. М. Хаитов. М. : Союз педиатров России, 2011. - 248 с.
8. Батыршина, С. В. Современный подход к построению алгоритмов диагностики атопического дерматита / С. В. Батыршина, Л. А. Хаертдинова // Практич. медицина. – 2009. - № 37. – С. 27-31.
9. Белая, Ж. Е. Альфакальцидол (Альфа Д3-Тева) – препарат с многокомпонентным действием на снижение риска переломов / Ж. Е. Белая, Л. Я. Рожинская, Н. В. Сосунова // Остеопороз и остеопатии. - 2008. - № 1. – С. 22- 28.
10. Брагина, Е. Е. Филагрин и кератины в формировании защитного эпидермального барьера. Обзор / Е. Е. Брагина // Пластическая хирургия и косметология. – 2011. - № 4. – С. 651–659.
11. Булгакова, В. А. Атопический дерматит у детей: возможности иммунотропной терапии / В. А. Булгакова // Практика педиатра. - 2010. - № 12. - С. 58-60.

12. Витамин D как новый стероидный гормон и его значение для мужского здоровья / С. Ю. Калиниченко, И. А. Тюзиков Д. А. Гусакова и [др.] // Эффективная фармакотерапия. Урология и Нефрология. - 2015. - № 27. - С. 38- 47.
13. Влияние комплексной терапии с иммуномодулятором «имунофан» на качество жизни больных микробной экземой / Н. А. Абдрахимова, З. Р. Хисматуллина, Р. М. Надырченко и др. // Вестник современной клинической медицины. - 2015. - № 1. – Т. 8. - С. 7-10.
14. Волосовец, А. П. Роль филагтрина в аллергологии детского возраста / А. П. Волосовец, С. П. Кривопустов, Е. В. Павлик // Здоровье ребенка. – 2013. –Т. 45. -
15. № 2. - С. 156-161.
16. Гостищева, Е. В. Иммунологические нарушения у детей с атопическим дерматитом и функциональными расстройствами в билиарной системе и способы их коррекции / Е. В. Гостищева // Молодой ученый. — 2013. — № 6. — С. 757-760.
17. Громова, О. А. Витамин D и его синергисты. Лекция / О. А. Громова / Consilium Medicum. Педиатрия. – 2015. - № 1. - С. 14-19.
18. Давлетбаева, Г. Р. Иммунные нарушения у детей с атопическим дерматитом в сочетании с хроническими заболеваниями / Г. Р. Давлетбаева // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — № 4. - Т. 8. — С. 56—64.