

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Х. Гашимова, Е. Черникова, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Кочергин, доктор медицинских наук, профессор,
ММА им. И.М. Сеченова
E-mail: nkocha@yandex.ru

Представлены данные о клинических особенностях и тяжести симптоматики atopического дерматита, ассоциированного с различными паразитами, на территории Республики Дагестан. Показана эффективность разработанной патогенетической комбинированной терапии с применением специфических противопаразитарных средств.

Ключевые слова: atopический дерматит, паразитарная инфекция.

Атопический дерматит (АД) — одно из самых распространенных кожных заболеваний иммунозависимой природы. Встречается он у детей и взрослых, после 40 лет — несколько реже. По данным ВОЗ, на его долю приходится 25–30% всех случаев аллергических заболеваний, что делает АД одной из актуальнейших проблем современной дерматологии. АД, по мнению ряда исследователей, занимает 1-е место в структуре аллергических заболеваний у детей, особенно первых лет жизни [6]. Обычно он начинается в раннем детском возрасте, приобретая во многих случаях хроническое рецидивирующее течение. Как правило, АД является самым ранним проявлением атопии, а у части детей — и началом «аллергического марша» [4]. Он существенно снижает качество жизни (КЖ) не только самого ребенка, но и его родителей [9], поэтому проблема своевременной и адекватной терапии этого заболевания приобрела особую медицинскую и социальную значимость [2]. В целом распространенность АД как в детском, так и в подростковом возрасте за последние 10 лет в России возросла более чем в 2 раза [3]. В специальных международных исследованиях показано, что за последние 30–50 лет частота АД увеличилась в 2–3 раза, особенно в развитых странах с западным стилем жизни. По результатам обобщения данных 56 стран, встречаемость АД в разных странах может различаться в десятки раз [10].

Рост частоты заболевания и региональные различия не могут быть объяснены только генетическими факторами. В последнее время много внимания уделяется изучению таких факторов внешней среды, как подверженность действию раздражителей и различных аллергенов, влияние инфекционных агентов, модернизация быта, усиление аллергенного влияния в детстве и во время беременности и многое другое [8].

Все это влияет на тяжесть клинической симптоматики АД. Многие исследователи в последние годы при изучении хронического дерматоза, в том числе АД, большое значение придают психологическим факторам, оценивая, в частности, дерматологический индекс КЖ (ДИКЖ). Доказано, что длительный характер течения заболевания, недостаточная эффективность современных методов его лечения, сами клинические проявления, особенно при распространенных, эритродермических и рефрактерных формах АД, неизбежно оказывают отрицательное воздействие на КЖ больных.

Среди прочих причин АД нередко отмечают сопутствующую инфекционную патологию, которая может быть разной в разных географических регионах [7, 11]. Так, на территории Республики Дагестан (РД) высок уровень заболеваемости кишечными и внекишечными паразитами, значительно превышающий средние федеральные показатели. Согласно данным последних лет, РД может быть отнесена к числу самых неблагополучных регионов России по заболеваемости паразитами [1].

Таким образом, изучение распространенности АД в РД, клинических его особенностей и возможного влияния на заболеваемость АД сопутствующей паразитарной патологии приобретает особую актуальность как для организации профилактики заболевания, так и для разработки патогенетической терапии АД, осложненного паразитарной инфекцией.

Целями нашей работы стали исследование эпидемиологических особенностей АД в разных климатогеографических зонах РД по данным обращаемости, госпитализации и профилактических осмотров и изучение влияния сопутствующих паразитарных инфекций на клинические особенности и тяжесть АД у жителей этого региона.

Под нашим наблюдением находилось 150 больных АД и различными паразитами в возрасте от 2 до 23 лет, в том числе 58 мальчиков, 81 девочка и 11 взрослых. Больные АД, отягощенные паразитарной инфекцией, составили основную группу из 72 больных, больные без сопутствующей паразитарной инфекции — группу сравнения (48 больных), контрольную группу — 30 больных с паразитами без АД.

В работе использовали клинические, эпидемиологические и лабораторные методы исследования. Оценивали:

- степень тяжести клинических проявлений АД с применением индекса SCORAD;
- отягощающее влияние АД на КЖ пациента и его родственников с использованием ДИКЖ и Детского дерматологического индекса качества жизни (ДДИКЖ), адаптированного для детей и предполагающего участие в процессе опроса родителей;
- выраженность зуда и его динамику в процессе терапии с использованием коэффициента Пруриндекс, разработанного на кафедре кожных и венерических болезней ММА им. И.М. Сеченова;
- выраженность клинических проявлений дерматоза и эффективность терапии с помощью дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС), разработанного на кафедре кожных и венерических болезней ММА им. И.М. Сеченова.

У всех больных использовали общие клинико-лабораторные методы, иммунологические методы (иммуноферментный анализ — ИФА) для определения уровня сывороточного IgE и для диагностики внекишечных паразитозов (токсоплазмоза, токсокароза, эхинококкоза) с применением тест-систем «Тиоскар стрип», «Эхинококк-IgG стрип» и «Векто Токсо IgG».

У всех пациентов исследовали фекалии на яйца гельминтов (копроовоскопия) и кишечных простейших (копропротозооскопия); для диагностики энтеробиоза применяли метод перианального соскоба липкой лентой по Грэхэм [5].

Для эпидемиологической оценки заболеваемости в РД АД и паразитами использовали аналитические методы официальной статистики. Изучали данные заболеваемости по обращаемости, госпитализации и результаты профессиональных осмотров.

Выявлены некоторые основные закономерности. Так, при оценке динамики заболеваемости АД по обращаемости в разных географических зонах республики оказалось (рис. 1), что заболеваемость в столице и низменных районах заметно выше, чем в горных районах и высокогорье, что можно объяснить разной доступностью медицинской помощи. Однако, как показывает динамика обращаемости, эти различия со временем имеют тенденцию уменьшаться.

Аналогичной закономерности подчиняется заболеваемость АД в городских и сельских районах (рис. 2): заболеваемость в городах выше, чем в районах, в среднем в 1,8 раза.

Копроовоскопия, копропротозооскопия и перианальный соскоб по Грэхэму показали, что ведущими паразитами как в группе больных АД, так и в контрольной группе были аскаридоз и энтеробиоз (суммарно 61,1 и 53,5% соответственно), что легло в основу выбора специфической антипаразитарной химиотерапии. Что касается других паразитозов, доля которых составила 38,9 и 46,5% соответственно, то их встречаемость в основной группе и контроле была идентичной.

В соответствии с задачами исследования оценивали отягощающее влияние сопутствующих паразитозов на клинические симптомы и течение АД, анализируя тяжесть АД в основной группе и группе сравнения (табл. 1).

Как видно из табл. 1, в основной группе величины индексов SCORAD и ДИШС были статистически достоверно выше, а величины индексов Пруриндекс, ДИКЖ, ДДИКЖ – статистически незначимо выше, чем в группе сравнения. Индекс SCORAD был в 1,6 раза выше в группе больных АД с сопутствующей паразитарной инфекцией, чем в группе без паразитозов ($p < 0,05$), ДИШС – в 1,4 ($p < 0,05$), а Пруриндекс, ДИКЖ и ДДИКЖ – в среднем в 1,2 раза.

Клиническое обследование выявило у больных АД с сопутствующей паразитарной инфекцией большую площадь поражения, субъективные ощущения были выражены у них острее, зуд был интенсивнее. КЖ больных, их социальная адаптация и психологический комфорт страдали в большей степени, а в целом все эти данные подтверждались большими величинами клинических индексов. Указанные различия между группами убедительно демонстрируют отягощающее влияние паразитозов на основные объективные и субъективные симптомы АД.

Данные исследования свидетельствуют в пользу высокой частоты у больных АД сопутствующей паразитарной патологии, утяжеляющей клиническую симптоматику и упорство течения дерматоза, что стало основанием для включения в индивидуальные программы противовоспалительной и симптоматической терапии АД специфических антипаразитарных химиопрепаратов.

Таблица 1

Средние величины клинических индексов тяжести АД в основной группе и группе сравнения ($M \pm m$)

Клинические индексы	Основная группа	Группа сравнения
SCORAD	48,55±5,66	29,43±5,28*
ДИКЖ	23,96±4,01	19,30±5,16
ДДИКЖ	25,07±3,04	20,10±3,05
Пруриндекс	4,213±2,070	2,837±1,020
ДИШС	24,90±3,83	17,40±3,15*

*Достоверность различий при $p < 0,05$.

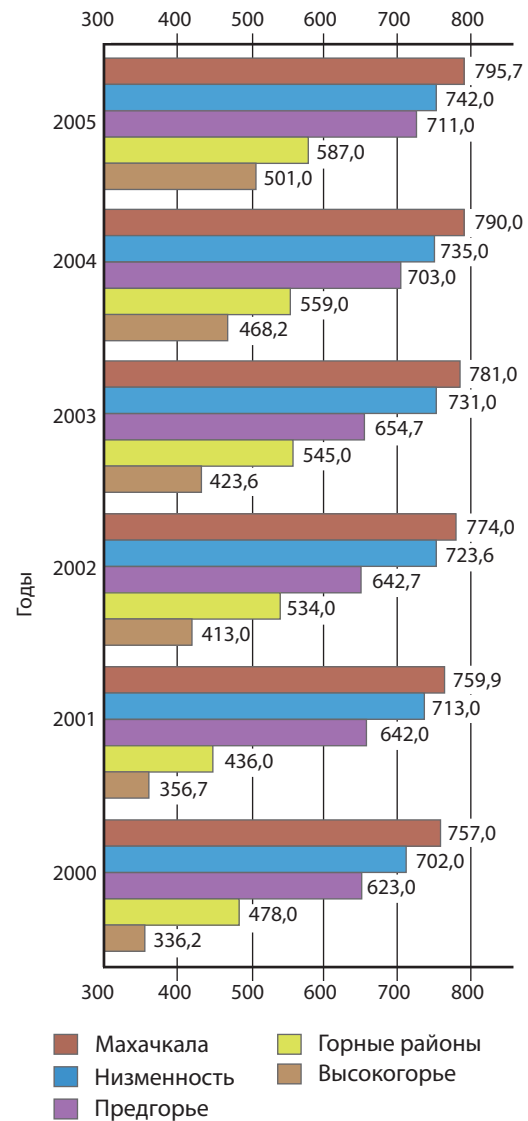


Рис. 1. Динамика заболеваемости АД по данным обращаемости в разных климатогеографических зонах РД с 2000 по 2005 г. (на 100 тыс. коренного населения)

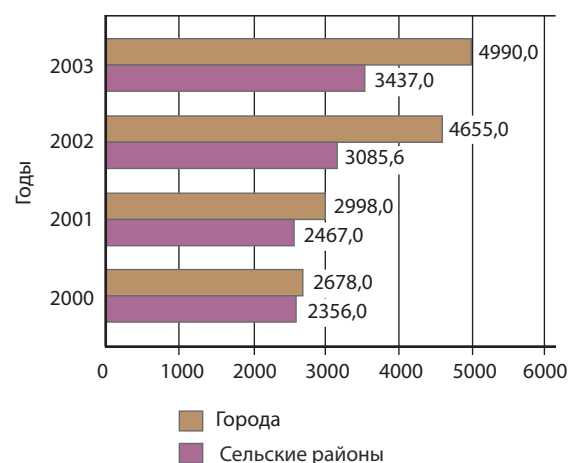


Рис. 2. Распространенность АД среди населения городов и сельских районов по данным обращаемости за 2000–2003 гг.

Таблица 2

Динамика средних величин клинических индексов в основной группе на фоне лечения (M±m)

Клинико-лабораторные показатели	До лечения	После лечения
SCORAD	48,55±5,66	15,45±4,35*
ДИКЖ	23,96±4,01	3,20±3,01**
ДДИКЖ	25,07±3,04	5,400±2,386**
Пруриндекс	4,213±2,070	1,05±0,13*
ДИШС	24,90±3,83	4,50±2,22**

* Различия статистически достоверны при $p < 0,05$; ** при $p < 0,01$.

Нами были разработаны специальные базовые схемы антипаразитарной терапии, которая дополняла стандартное лечение АД. При выявлении нематодозов (аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиоз) применяли мебендазол (у детей 2 лет и старше) 100 мг однократно или пирантел 10 мг/кг однократно. При гименолепидозе назначали: никлозамид (Фенасал) по 4-дневной схеме в суточной дозе 2–3 г на 4 приема, у детей 3–9 лет в суточной дозе 1–1,5 г, празиквантел (азинокс) в дозе 10–25 мг/кг. При лямблиозе применяли фуразолидон (у взрослых – по 0,1 г 4 раза в день в течение 7 дней, у детей до 7 лет – по 0,05 г).

Общие результаты применения разработанных схем лечения у больных АД, ассоциированным с паразитарной инфекцией, представлены в табл. 2. Как видно из нее, все средние величины примененных оценочных индексов подверглись статистически достоверной редукции, что соответствует клиническим понятиям «значительное улучшение» и «клиническая ремиссия». Так, средняя величина индекса SCORAD уменьшилась в 3,1 раза, ДИКЖ – в 7,5 раза, ДДИКЖ – в 4,6 раза, Пруриндекс – в 4,2 раза, ДИШС – в 5,5 раза. Таким образом, общее индексированное улучшение оказалось пятикратным или составило 80%.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

- отягощенность АД сопутствующей паразитарной кишечной и внекишечной инфекцией у жителей РД весьма высока и может достигать, по нашим данным, 60%;

- сопутствующая паразитарная инфекция утяжеляет симптоматику и течение АД и делает его более резистентным к стандартной противовоспалительной и симптоматической терапии;
- вышеизложенное диктует необходимость обязательного проведения при обычном обследовании больного АД на территории РД скринингового контроля на паразитарную инфекцию с последующим включением в комбинированную терапию специфических антипаразитарных химиопрепаратов.

Литература

1. Гашимова Х.А., Кочергин Н.Г., Черникова Е.А. Влияние сопутствующих паразитарных заболеваний на клинические особенности атопического дерматита в Дагестане // РЖКВБ. – 2008; 3: 32–34.
2. Кочергин Н.Г. Атопический дерматит: современные аспекты патогенеза и терапии // Рус. мед. журн. – 2004; 12 (18): 1076–1081.
3. Кубанова А.А., Мартынова А.А. Заболеваемость атопическим дерматитом в Российской Федерации. VIII Всерос. конф. дерматовенерологов // Тез. научн. работ. – М., 2004. – С. 3.
4. Кунгуров Н.В. Иммунологические аспекты атопического дерматита // Вестн. дермат. венерол. – 2000; 3: 19–22.
5. Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтозов и протозоозов // Метод. указ. МУК 4.2.735–99. – М., 2000.
6. Суворова К.Н., Варданян К.Л. Эпидемиологические аспекты атопического дерматита у детей второй возрастной фазы // Рос. конгресс дерматовенерологов. – Т. I. – 2003. – С. 207.
7. Торопова Н.П., Сафронова Н.А., Паразитарная фауна кишечника у больных, страдающих атопическим дерматитом, аспекты диагностики и патогенеза // Рос. журн. кожн. и вен. болезней. – 1998; 2: С. 27–32.
8. Шамов Б.А., Шамова А.Г., Хаертдинова Л.А. Эпидемиологический мониторинг атопического дерматита // Рос. конгресс дерматовенерологов. Т. I. – 2003. – С. 139.
9. Basra M., Finlay A. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept // Br. J. Dermatol. – 2007; 156: 929–937.
10. Cambazard F., Guillet G., de Belilovsky C. et al. Atopia: Atopic dermatitis in more than 3000 young children/epidemiology and management in Europe // 15th Congress EADV. – 2006 (CD abstracts), L1_619.
11. Langan S., Williams H. What causes worsening of eczema? A systematic review // Br. J. Dermatol. – 2006; 155: 504–514.

PARASITIC INFECTION-COMPLICATED ATOPIC DERMATITIS

*Kh. Gashimova; Professor E. Chernikova, MD; Professor N. Kochergin, MD
I.M. Sechenov Moscow Medical Academy*

The paper presents data on the clinical features and severity of symptoms of atopic dermatitis associated with various parasitic diseases in the Republic of Dagestan. It shows the efficiency of developed pathogenetic combination therapy using specific antiparasitic drugs.

Key words: atopic dermatitis, parasitic infection.

Уважаемые читатели!

Редакционная коллегия журнала «**Экспериментальная и клиническая дерматокосметология**» информирует вас, что в соответствии с решениями президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки РФ журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание научных степеней кандидата и доктора наук.

**ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«РУССКИЙ ВРАЧ»**

Подписаться можно
с любого месяца

Подписной индекс
по каталогу «Роспечать» – **82021**
по каталогу «Пресса России» – **12148**
по каталогу «Почта России» – **73187**



Журнал предоставляет широкому кругу специалистов – дерматологов, косметологов, врачей смежных специальностей и научных работников – современную достоверную информацию о новых методах диагностики, профилактики и лечения в области пластической хирургии, аппаратной косметологии и лазерной технологии