

УДК 616.-036.2+616.5-002

Некоторые эпидемиологические особенности атопического дерматита в Армении

А.В.Саркисян, Ю.Т.Алексян

*НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии
им. А.Б.Алексяна МЗ РА
0060, Ереван, ул. Худякова, 1*

Ключевые слова: atopический дерматит, эпидемиология, провоцирующие факторы, климатогеографические зоны, госпитализация, тяжесть

Иммунитет – способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетически чужеродной информации. Аллергия – иммунная реакция организма, сопровождающаяся повреждением собственных тканей [4]. Для того, чтобы иммунная реакция трансформировалась в аллергическую, нужны определенные условия. В данной работе мы рассматриваем atopический дерматит.

Атопический дерматит(АтД) – это хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, характеризующееся выраженным зудом, отеком, мокнутием, шелушением и образованием корок. Частые расчесы вызывают лихенизацию. Кожа больных АтД, даже вне очагов поражения, склонна к сухости [11]. Код по МКБ – 10; L20.Атопический дерматит. L20.8. Другие atopические дерматиты. L20.9. Атопический дерматит неуточненный. L28.0.Ограниченный нейродермит [13]. Европейская академия аллергии и клинической иммунологии предложила вместо термина “атопический дерматит” использовать термин “синдром atopической экземы/дерматита”. В 2003г. E.Galli et al. классифицировали АтД по фенотипу на “чистый тип” и “смешанный тип” – с сопутствующими аллергическими респираторными заболеваниями (бронхиальная астма, аллергический ринит). “Чистый тип” подразделяли на 2 субтипа: “extrinsic” (с IgE-опосредуемым механизмом) и “intrinsic” (с IgE-неопосредуемым механизмом)[1]. В течение последних лет отмечается рост заболеваемости АтД как среди детского, так и взрослого населения[8,11–14]. Использование программы ISAAC(Международное исследование аллергии и астмы у детей) в 155 клинических центрах Европы, Азии, Африки, Австралии и Америки показало, что распространенность АтД колеблется от 1 до 46%, причем в возникновении аллергических заболеваний существенная роль принадлежит климатогеографическим осо-

бенностям, техногенному уровню, состоянию экономики страны и качеству жизни населения [6]. Показатель заболеваемости достигает 15 и более на 1000 населения. АтД – одно из наиболее распространенных заболеваний у детей [9].

АтД является мультифакторным заболеванием. Отмечается сочетание нарушений иммунологической реактивности (атопия и иммунодефицит), вегетативно-сосудистых и нейроэндокринных нарушений с наследственной предрасположенностью к заболеванию по аутосомно-доминантному типу [10]. В настоящее время актуально понятие нейроиммуноэндокринологии. Иммунная система распознает внешние и внутренние антигенные сигналы разной специфичности, запоминает и передает информацию через кровоток с помощью цитокинов в центральную нервную систему (ЦНС), которая, обработав сигнал, оказывает регуляторное действие на иммунную систему с помощью нейропептидов и гормонов гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси. Доказана возможность действия интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-2 и ИЛ-6), интерферонов, фактора некроза опухолей (ФНО) на нейроглиальные клетки и нейроны. В свою очередь, нейроны способны продуцировать ИЛ-2 и ИЛ-6. Установлено, что мембраны нейронов и лимфоцитов снабжены одинаковыми рецепторами для кортикотропина, вазопрессина и бета-эндорфина. Таким образом, с помощью общих клеточных рецепторов и растворимых гормонов, нейропептидов и цитокинов иммунная система и ЦНС обмениваются информацией между собой. Известно также, что на мембране Т-лимфоцитов и нейронов имеется общий антиген Тх-1, что еще раз свидетельствует в пользу общности этих систем [3]. Удельный вес АтД всех возрастных групп, обратившихся за амбулаторной помощью по поводу заболеваний кожи, составляет около 30%, а среди госпитализированных – до 70% [2]. В Армении эпидемиологических исследований по поводу АтД не проводилось и мы имеем только данные, полученные в других странах [6,7,9]. В этой работе мы рассматривали только случаи госпитализации, поэтому говорить о заболеваемости в целом будет некомпетентно, так как для этого нужны масштабные исследования.

Целью данной работы являлось изучение некоторых эпидемиологических факторов в Армении, их роль в развитии АтД и возможное влияние на течение болезни.

Материал и методы

Проведено эпидемиологическое исследование на примере одной детской больницы г. Еревана за период 2008-2012гг. Материалом послужили стационарные карты госпитализированных детей с диагнозом АтД.

Были использованы эпидемиологические методы исследования, а полученные результаты подвергнуты статистической обработке.

Результаты и обсуждение

Всего за 5 лет было выявлено 347 случаев госпитализации с диагнозом АтД. Из них 197 мальчиков (57%) и 150 девочек (43%). По данным литературы, среди больных АтД преобладает женский пол [1]. Однако имеются также данные, что в возрасте до 10 лет аллергия в 2 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. В возрасте до 20 лет уровень заболеваемости мальчиков и девочек выравнивается [15]. Данные о распределении пола больных по годам представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных АтД по полу

Пол	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	Всего
Мальчики n(%)	39 (56)	29 (54)	31 (56)	48 (53)	50 (65)	197 (57)
Девочки n(%)	31 (44)	25 (46)	24 (44)	43 (47)	27 (35)	150 (43)
Всего	70	54	55	91	77	347

В этиологии АтД одним из ключевых факторов является наследственный: семейный аллергологический анамнез. По данным литературы, почти у половины больных АтД отягощен семейный анамнез[10]. Интересно то, что у детей риск заболевания выше, если АтД страдает мать [11]. По нашим данным, из 347 случаев только у 137(40%) имелся отягощенный семейный анамнез. Среди них первостепенное родство (мать, отец, оба родителя) имело 58,4%, второстепенное – 14% и у 27% больных была особо отягощенная наследственность(родственники первой и второй степени родства вместе). У трех мам аллергическая реакция развилась во время беременности и прошла после родов. У одного ребенка отец болел псориазом. У 206 больных(60%) не было выявлено положительного аллергологического анамнеза. Данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Наследственный фактор у больных АтД

Мать n (%)	Отец n (%)	Оба родителя n (%)	Родство второй степени n (%)	Особо отяго- щенная наследст- венность n (%)	Псориаз	Аллергич. реакция во время беремен- ности	Нет семейного анамнеза n (%)	Всего
45(13)	23 (7)	12 (3,5)	20 (5,8)	37 (10,7)	1	3	206 (60)	347

Рассмотрим иммунологию детского возраста и сравним ее с началом заболевания. Формирование и становление иммунной системы – это процесс, который определяется взаимодействием организма с факторами внешней среды – антигенами. Первым критическим периодом является период новорожденности (до 6 недель), когда организм встречается с огромным количеством антигенов. На этот же период приходится первая волна заболеваемости АтД – 17,6% среди выявленных случаев. Второй критический период (3-6 месяцев) характеризуется ослаблением пассивного гуморального иммунитета в связи с катаболизмом материнских антител. Максимум случаев заболеваемости приходится на этот период времени – 28%. Третий критический период – 2-й год жизни. В это время значительно расширяются контакты ребенка, получившего навыки свободного передвижения, с внешним миром [15]. Это совпадает со второй по величине волной заболеваемости АтД среди выявленных случаев. Четвертый (4-6-й год жизни) критический период отмечается вторым перекрестом в содержании форменных элементов крови. Данный период характеризуется повышением частоты аллергических, паразитарных, иммунокомплексных заболеваний. По нашим данным, заболеваемость не так выражена в это время. Пятый, подростковый, период мы не смогли охватить полностью, так как больных этого возраста было зарегистрировано немного. Данные о сравнении иммунологических характеристик возрастных периодов с началом клинического проявления АтД представлены в табл. 3.

Таблица 3

Сравнение критических периодов иммунологии раннего возраста и первого клинического проявления АтД

1-й КП (до 6 недель) n (%)	2-й КП (3-6 месяцев) n (%)	3-й КП (2-й год) n (%)	4-й КП (4-6-й год) n (%)	5-й КП (12-15 лет) n (%)	2 месяца n (%)	7-11 месяцев n (%)	2-3 года n (%)	6-12 лет n (%)
61 (17,6)	98 (28)	73 (21)	17 (5)	2 (0,6)	18 (5,2)	41 (11,8)	27 (7,8)	12 (3,5)

Примечание. КП – критический период иммунологии раннего возраста

Определенной сезонности, по данным литературы, при АтД не наблюдается. Однако нами было решено все же сравнить данные госпитализации по месяцам в разные годы (табл. 4).

Таблица 4

Госпитализация больных АтД по месяцам

Месяц	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего
2008г.	1	11	10	10	10	8	1	4	1	3	5	6	70
2009г.	7	4	7	1	8	8	3	0	4	3	6	3	54
2010г.	2	6	6	5	4	13	7	8	0	1	2	1	55
2011г.	12	8	11	9	8	12	3	4	3	5	8	8	91
2012г.	15	12	10	9	4	3	8	2	1	3	5	5	77

Примечание. Приведенные в таблице цифры обозначают количество случаев госпитализации

Учитывая приведенные данные и данные анамнеза, можно сказать, что обострения чаще наблюдаются поздней осенью – зимой и поздней весной – в начале лета. На рисунке представлена динамика госпитализации больных по годам.

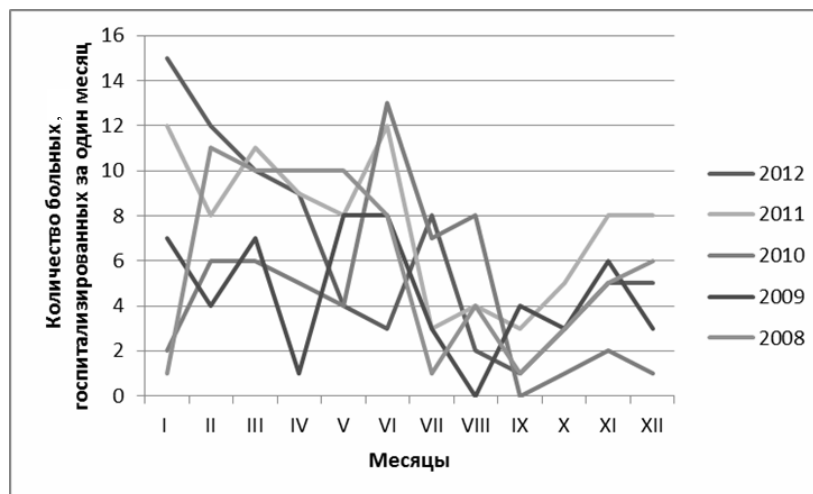


Рисунок. Количество случаев госпитализации в разные годы

В литературе выделяется роль климатогеографического фактора как одного из предрасполагающих для развития АтД и влияющих на его течение. Например, в 2010 году была почти бесснежная зима и мы видим на таблице уменьшение случаев госпитализации в эти месяцы по сравнению с другими годами. В Армении на территории одного марза можно встретить несколько климатических зон. Мы составили карту по марзам Армении среди выявленных случаев госпитализации. Из полученных данных следует, что преобладает сухой и умеренно континентальный и

холодный и умеренный горный климат. В табл. 5 представлено количество зарегистрированных случаев госпитализации за 2008-2012гг. по ареалу проживания.

Таблица 5

Случаи госпитализации по марзам РА

Область	Количество больных (n)
Ереван	165
Котайк	45
Арарат	28
Гегаркуник	21
Армавир	18
Сюник	18
Лори	16
Тавуш	15
Арагацотн	7
Вайоц Дзор	3
Ширак	2

Примечание. По месту проживания за пределами Армении было зарегистрировано 9 случаев, из них 8 в Нагорном Карабахе, 1 в Грузии

В последнее время стали уделять внимание пассивному курению, как предрасполагающему фактору проявления АтД [8,13].

Госпитализация подразумевает случаи среднетяжелого и тяжелого течения. Для оценки тяжести проявлений используются следующие шкалы: SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), EASI (Eczema Area and Severity Index) и SASSAD (Six Area Six Sign Atopic Dermatitis Severity Score)[5]. Из 347 больных 46 были приняты в стационар в тяжелом состоянии, 275 – в среднетяжелом, 21 – в удовлетворительном и 5 – в стадии ремиссии (для уточнения диагноза). Мы сравнили средний показатель проведенных в стационаре дней у больных с тяжелым(8,9) и среднетяжелым(8,2) течением болезни. Так как эти два показателя особенно не отличаются, то можно сделать вывод, что количество проведенных дней в стационаре не зависит от тяжести заболевания.

Поступила 22.05.13

Ատոպիկ դերմատիտի որոշ համաճարակաբանական առանձնահատկությունները Հայաստանում

Ա.Վ.Սարգսյան, Յու.Թ. Ալեքսանյան

Աշխատանքում նկարագրվել են ատոպիկ դերմատիտի որոշ համաճարակաբանական առանձնահատկությունները Հայաստանում, հիմք ընդունելով 2008-2012թթ. ք.Երևանի մեկ ստացիոնարում հոսպիտալացված երեխաների հիվանդության քարտերը: Տվյալները վերանայվել են ըստ տարիքի, սեռի, ժառանգականության, ամիսների, մարզերի, կլիմատիկ գոտիների, ծանրության աստիճանի: ՀՀ պայմաններում հատկանշական է ավելի մեծ քանակի հիվանդների հոսքը հիմնականում չոր և չափավոր չոր, ցամաքային ու ցուրտ և բարեխառն լեռնային գոտիներից: Ընդհանուր առմամբ 5 տարվա ընթացքում մինչև 16 տարեկան հասակի հոսպիտալացված երեխաների թիվը կազմել է 347: Վերջին տարիներին առանձնացվում է նաև պասիվ ծխելու գործոնը: Այն համարվում է ալերգիայի արտահայտմանը նպաստող գործոն:

Some epidemiological features of atopic dermatitis in Armenia

A.V. Sargsyan, Yu.T. Alexanyan

The article presents some epidemiological features of atopic dermatitis in Armenia, based on the research of the medical records of children hospitalized in one of the Yerevan hospitals during the years 2008-2012. The data analysis has been performed according to the age, sex, heredity, months, regions, climate zones, severity factors. Within the frames of the Republic of Armenia it is noteworthy that the patient flow is mainly coming from the dry and moderately dry, cold and temperate mountainous climate zones. In general, during 5 years there were 347 hospitalized children under 16. The factor of passive smoking becomes more salient. It is considered to be one of the contributing factors of allergy manifestation.

Литература

1. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. М., 2006, с.424.
2. Данилов С.И. Аллергические и инфекционные заболевания кожи. СПб., 2001, с.17.
3. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. Одесса, 1999, с.187-188.
4. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология. СПб., 2001, с.143.
5. Колхир П.В. Доказательная аллергология и иммунология. М., 2010, с.315.
6. Кубанова А.А. Дерматовенерология. М., 2006, с.14.

7. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринберг П.А. Аллергические болезни. М., 2000, с.299.
8. Педиатрия. Национальное руководство, т. 2. М., 2009, с.34.
9. Сергеев Ю.В. Атопический дерматит. М., 2002, с.8.
10. Сергеев Ю.В. Там же, с.13.
11. Стенли М.Нагуа, М. Эрик Гершвин. Секреты аллергологии и иммунологии. М.,2004,с.133.
12. Феденко Е.С. Факторы риска развития атопического дерматита. М., 2002, №4, www.lvtyach.ru
13. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергология и иммунология. М., 2009, с.436.
14. Шабалов Н.П. Детские болезни, т. 1. СПб., 2008, с.528.
15. Щербина А.Ю., Пашинов Е.Д. Иммунология детского возраста. М., 2006, с.377.