

П. А. Шубенок, Н. В. Герасимович
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКЗЕМЫ В СОЧЕТАНИИ С
НЕКОТОРЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Научный руководитель: канд., мед., наук, доцент, А. Л. Барабанов
Кафедра кожных и венерических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. На основе проспективного обследования 80 пациентов с различными формами экземы оценивалась частота встречаемости сопутствующей патологии внутренних органов, выраженность нарушений основных лабораторных показателей и установление взаимосвязи между ними. В ходе исследования чаще всего диагностировались сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: экзема, коморбидность, сердечно-сосудистая система.

Resume. Based on a prospective examination of 80 patients with various forms of eczema, the frequency of occurrence of concomitant pathology of internal organs, the severity of violations of the basic laboratory indicators and the establishment of interrelations between them was evaluated. In the course of the study, comorbid diseases of the cardiovascular system were most often diagnosed.

Keywords: eczema, comorbidity, cardiovascular system.

Актуальность. Экзема – хроническое стойко рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, составляющее до 40% всех аллергических дерматозов и возникающее в любом возрасте, но преимущественно именно трудоспособного возраста и у лиц мужского пола. [1].

Большой интерес для исследования представляют этиология и патогенез, так до сих пор не существует единой теории ее развития. Имеются данные, показывающие, что в ее развитии большое значение имеют заболевания внутренних органов, нервной системы, эндокринно-метаболические нарушения, инфекционно-аллергические факторы, а так же наследственность и иммунная недостаточность, которые могут стать триггерными факторами сенсibilизации организма к микробному агенту и развитию системного иммунного воспаления с дальнейшими патологическими проявлениями; результатом воспаления является нарушение мембранной проницаемости сосудов, которое может коррелировать с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [1, 2].

Кожные проявления при экземе характеризуются развитием характерной экзематозной воспалительной реакцией кожи: образованием множества везикул, склонных к группировке и слиянию, их вскрытию и образованием мокнущих эрозий, сопровождающихся отеком дермы, ощущениями жжения и сильного зуда. Гистологически наблюдаются периваскулярный воспалительный инфильтрат, расширение сосудов, акантоз, массивный гиперкератоз и спонгиоз, с образованием спонгиозных пузырьков [2].

Заболеваемость экземой в последнее время имеет стойкую тенденцию к увеличению, в результате ухудшения экологической обстановки и увеличением влияния различных стрессовых факторов на организм человека и составляет от 4 до 8% всего взрослого, чаще именно трудоспособного, населения, что имеет большое социальное значение в результате снижения качества жизни, временной утратой трудоспособности, развитию осложнений и инвалидности [2].

Цель: выявление и изучение частоты встречаемости сопутствующей патологии внутренних органов у пациентов с различными формами экземы, оценка выраженности нарушений основных лабораторных показателей и установление взаимосвязи между ними на основании полученных данных.

Задачи:

1. Провести клиническое обследование пациентов с различными формами экземы, находящихся на стационарном лечении, с оценкой лабораторных показателей и тяжести кожных проявлений на базе УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» (ГККВД) г. Минска.

2. Определить наиболее часто встречающиеся сопутствующие патологии и изменения лабораторных показателей крови.

3. Установить и оценить взаимосвязь полученных данных.

Материал и методы. В исследование были включены 80 пациентов (26 женщин и 54 мужчины), в возрасте от 30 до 82 лет с различными формами экземы, проходивших стационарное лечение в УЗ Городской клинический КВД г. Минска. На возникшую впервые экзему указывали 54 человек (67,5%). У 73 пациентов была диагностирована микробная экзема, у 5 – эндогенная, у 2 – паратравматическая. 58 пациентов ни с чем не связывали развитие у них экземы, 10 – связывали со стрессом, 8 – с действием раздражителей извне, 4 – с нарушением диеты. Поражение ногтевых пластинок, у пациентов без диагностированного онихомикоза, наблюдались у 8 (10%) обследованных. Отягощенная наследственность имела у 8 (10%) пациентов. Общая длительность заболевания составила от 1 года до 40 лет, длительность последнего обострения – от 1 недели до 6 месяцев, средняя длительность ремиссии – от 3 месяцев до 2 лет.

Методика определения степени тяжести экземы заключалась в оценивании ее площади в процентах и расчета балльного индекса SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis), включающего в себя комплексную оценку трех блоков: распространенность кожных проявлений (площадь пораженной кожи в %), их интенсивность (оценка эритемы, отека, мокнутия, эксфолиации, лихенефикации и сухости кожи в баллах от 1 до 3) и субъективные симптомы (зуд, нарушение сна) [3]. Тяжесть экземы по SCORAD составила от 14,1 до 73 баллов (средняя 43,7 баллов); по площади – от 2 до 85% (16,4 %).

Полученные статистические данные обрабатывались в пакетах прикладных программ MS Excel и Statistica 10. Для сравнения количественных признаков использовался метод Манна-Уитни, для сравнения качественных – определялся критерий хи-квадрат (по необходимости с поправкой Йетса) или точный критерий (ТК) Фишера. Достоверными считались различия при значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов включенных в исследование, 40 (50%) имели сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, артериальную гипертензию 1-3 стадии 2-4 степени риска (обычно в сочетании с ИБС). У 20 (25%) обследованных отмечались заболевания печени и желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, хроническая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, хронический гепатит, цирроз, желчекаменная болезнь. У 10 (8%) пациентов

наблюдался сахарный диабет, у 8 (10%) – варикоз нижних конечностей, у 4 (5%) – хронический бронхит.

При изучении показателей биохимического анализа крови выявлено: повышение уровня общего холестерина у 34 (42,5%) обследованных, уровней АСТ и/или АЛТ и/или билирубина – у 22 (27,5%) обследованных, СОЭ – у 27 (33,75%), глюкозы – у 25 (31,3%).

Для оценки имеющихся сопутствующих патологий у пациентов и выяснения их зависимости от тяжести течения экземы были сформированы две равные группы по 40 человек. Основанием для деления обследуемых на группы стал медианный показатель тяжести течения экземы по значению индекса SCORAD: заболевание у первой группы протекало легче – индекс не превышал 43 баллов, вторая группа соответственно имела более тяжелое течение – индекс составил 43 и более баллов (таблица 1).

Таблица 1. Сравнение частоты встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с различными формами экземы

Сопутствующие заболевания у пациентов		Тяжесть экземы по SCORAD, баллы		Достоверность различий
		До 43 (n=40)	43 и более (n=40)	
Болезни сердца и сосудов	есть	16 (40%)	24 (60%)	$\chi^2=4,060$; $p=0,044$
	нет	26 (65%)	14 (35%)	
Сахарный диабет 2 типа	есть	2 (5%)	7 (18%)	ТК Фишера = 0,09; $p>0,05$
	нет	38 (95%)	33 (82%)	
Варикозная болезнь нижних конечностей	есть	3 (8%)	5 (13%)	ТК Фишера = 0,711; $p>0,05$
	нет	37 (92%)	35 (87%)	
Болезни печени и ЖКТ	есть	9 (23%)	10 (31%)	$\chi^2=0,0001$; $p=1,0$
	нет	31 (77%)	30(69%)	

Только в отношении заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) были установлены достоверные различия – значимо чаще данная патология встречалась у пациентов из второй группы, с более тяжелым течением экземы. Сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет 2 типа, варикозная болезнь нижних конечностей и болезни печени и ЖКТ не были значимо связаны с большей тяжестью экзematозного процесса, однако необходимо отметить, что проблемы с ССС имели все 9 пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Исходя из полученных данных, для дальнейшего исследования взаимосвязи особенностей течения, развития экземы, а так же изменений лабораторных показателей с наличием сопутствующей патологии ССС, пациенты были разделены на две примерно равные группы, по принципу наличия или отсутствия у них патологии сердечно-сосудистой системы. Первая группа (группа сравнения) состояла из 40 человек, не имеющих проблем с сердечно-сосудистой системой, во вторую группу (основную) было включено 40 пациентов, которые имели различные нарушения этой системы (таблица 2 и 3).

Таблица 2. Особенности течения экземы и их зависимость от наличия сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы

Исследуемые характеристики		Группа сравнения (n=40)	Основная группа (n=40)	Достоверность различий
Возраст, лет		47,5 [40,75; 55,75]	66 [61; 73,75]	p<0,05
Пол, чел.	женщины	11 (27,5%)	13 (32,5%)	p>0,05
	мужчины	29 (72,5%)	27 (67,5%)	
Возраст начала экземы, лет		45[37,25; 52,75]	63,5[58; 70,75]	p<0,05
Общая длительность, лет		3 [0,064; 4]	1 [0,083; 3]	p>0,05
Длительность обострения, дней		14,5[10,5; 30]	14,5[12; 30]	p>0,05
Средняя ремиссия, мес.		12[6; 12]	6[6; 12]	p>0,05
Наследственность, чел.	отягощена	4 (7%)	4 (13%)	p>0,05
	не отягощена	37 (93%)	35 (87%)	

Анализируя полученные данные, удалось установить, что достоверно чаще сопутствующая патология ССС отмечалась у пациентов более старшего возраста, а так же пациентов у которых экзема впервые возникла в более позднем возрасте. Достоверных влияний патологического процесса на среднюю длительность заболевания, длительность последнего обострения и ремиссии выявлено не было, как и связи с наследственной отягощенностью по экземе.

Таблица 3. Взаимосвязь тяжести экземы и некоторых биохимических показателей пациентов с наличием сопутствующих заболеваний ССС

Исследуемые характеристики	Группа сравнения (n=40)	Основная группа (n=40)	Достоверность различий
Индекс SCORAD, баллы	39,25 [33,2; 50,05]	47,4 [35,3; 58,9]	p<0,05
Площадь поражения, %	9 [5; 13,75]	14 [9; 20]	p<0,05
Индекс Кальф-Калифа, баллы	11,2 [7,9; 15,9]	14,3 [10,7; 18,8]	p<0,05
Общий билирубин, мкмоль/л	68 [65; 71]	67 [63; 70]	p>0,05
АСТ, ЕД/л	22 [15; 25]	21,5 [17; 26]	p>0,05
АЛТ, ЕД/л	24 [17,25; 39,75]	22[15; 27,25]	p>0,05
Холестерин, ммоль/л	5,25 [4,52; 5,8]	5,45 [4,8; 6]	p>0,05
Общий белок, г/л	68 [15; 25]	67 [63; 70]	p>0,05
Альбумин, г/л	43 [41,5; 45]	42 [41; 43]	p>0,05
Триглицериды, ммоль/л	1,1 [0,83; 1,4]	1,2 [0,9; 1,6]	p>0,05
Мочевина, ммоль/л	5,1 [4,3; 5,8]	6,3 [5,6; 8,1]	p<0,05
Глюкоза, ммоль/л	5,105[4,685; 5,538]	5,5 [4,9; 6,03]	p<0,05
СОЭ, мм/час	8 [5,25; 13]	15,5 [8; 21,75]	p<0,05

В группе пациентов, имеющих сопутствующую патологию ССС, достоверно более высокими были показатели индекса SCORAD и средней площади поражения кожных покровов. Также достоверно более высоким был индекс Кальф-Калифа,

характеризующий эндогенную интоксикацию, что объясняется сопутствующим поражением сердца и сосудов и более тяжелым течением экземы в данной группе. Из лабораторных анализов крови достоверно выше в основной группе пациентов были показатели мочевины, глюкозы и СОЭ; в отношении уровня трансаминаз, холестерина, альбумина, триглицеридов, общего билирубина и общего белка достоверных различий выявлено не было.

Выводы:

1 Среди сопутствующих заболеваний у обследованных с различными формами экземы чаще всего диагностировались заболевания ССС (ИБС, артериальная гипертензия).

2 Сочетание экземы и сопутствующей патологии ССС ассоциировались с более старшим возрастом пациентов и более поздним началом заболевания, а также – с большими площадью поражения кожных покровов, тяжестью течения экземы, уровнями эндогенной интоксикации, мочевины, глюкозы и СОЭ.

3 Полученные данные следует учитывать при обследовании и лечении лиц с экземой.

*P. A. Shubenok, N. V. Herasimovich**

FEATURES OF THE CURRENT OF EKZEMA IN COMBINATION WITH SOME SOMATIC DISEASES

Tutor: cand. of Medical Sciences, associate professor A. L. Barabanau

*Department of Skin and Venereal Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Барабанов А.Л., Панкратов В.Г. Некоторые вопросы патогенеза экземы // Медицинская панорама. – 2004. – № 6(41). – С. 5–8.
2. Сухарев А.В., Назаров Р.Н., Патрушев А.В. Особенности патогенеза, клинической картины и лечения экземы // Пластическая хирургия и косметология. – 2011. - №1. – С. 97-105.
3. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Медицинская книга, 2004. – 162 с.