

Клиническое течение аллергического дерматита на фоне бактериальной и вирусной инфекций

О.А. Митковская, А.А. Толыбекова, Э.М. Темиргалиева

Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы

Clinical implications of allergic dermatitis against the background of bacterial and viral infections

O.A. Mitkovskaya, A.A. Tolybekova, E.M. Temirgalieva

Kazakh-Russia medical university

Аннотация

Коррелятивная связь аллергического воспаления и инфекционного процесса далеко не однозначны. В течение ряда лет изучали взаимное влияние между инфекционным заболеванием у больных туберкулезом, инфекционным гепатитом, другими инфекциями и развитием в последующие годы аллергического воспаления при аллергическом дерматите. Проведены клинические и лабораторные исследования для установления различия течения аллергического дерматита и аллергического дерматита + туберкулез, аллергического дерматита + HBsAg. Установлена обратная коррелятивная связь между бактериальными инфекциями, вирусными инфекциями и аллергическим дерматитом.

Ключевые слова

Атопия, бактериальная инфекция вирусная инфекция гепатит, аллергический дерматит, туберкулез, интерлейкины.

В настоящее время аллергические заболевания кожи являются актуальной проблемой здравоохранения вследствие их широкого распространения, склонности к хроническому рецидивирующему течению, торпидности к проводимой терапии, высокой распространенностью в детской популяции и серьезного влияния на здоровье населения. По данным зарубежных авторов, 10% пациентов врача общей практики – это пациенты с дерматологической патологией [1, 2, 3, 4, 5]. Рост аллергодерматозов среди населения обусловлен поливалентной сенсibilизацией, неблагоприятной экологической обстановкой, широким внедрением полимерных материалов

Summary

Correlative bond of allergic inflammation and infectious process is far from being unambiguous.

For a number of years the authors have been examining the mutual impact between infectious diseases in patients with tuberculosis, infectious hepatitis, other infections and the development of allergic inflammation in case of allergic dermatitis in subsequent years.

The clinical and laboratory studies have been carried out to determine the difference in the course of allergic dermatitis and allergic dermatitis + tuberculosis, allergic dermatitis + HBsAg. The reverse correlative bond between bacterial infections, viral infections and atopies (allergic dermatitis) has been determined.

Key words

Atopy, bacterial infection, viral infection, hepatitis, allergic dermatitis, tuberculosis, interleukins.

Результаты эпидемиологического исследования, проведенного во многих странах свидетельствуют, что атопическим дерматитом страдают от 10% до 28% детей и аллергические заболевания кожи, впервые выявленные в детском возрасте, чаще являются этиологическим фактором респираторных аллергий [4, 6, 7, 8, 9]. Диспансерное наблюдение больных аллергическими заболеваниями кожи показало, что у 25% больных атопическим дерматитом отмечается развитие бронхиальной астмы, у 25% - аллергических ринитов, у 41,5% - сезонных поллинозов [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. В настоящее время отмечается изменение клинической картины аллергических забо-

леваний кожи. Так, отмечается преобладание хронического течения, вовлечение в патологический процесс других органов и систем и развитие иммунологических нарушений. Данные ВОЗ позволяют определить качество жизни пациентов как индивидуальное соотношение своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства. По мнению отечественных и зарубежных авторов, заболеваемость аллергическими заболеваниями кожи наиболее высока среди детей и лиц молодого возраста, что, несомненно, приводит к снижению социальной адаптации, инвалидизации и снижению качества жизни пациентов [16, 17, 18]. Так, у детей, страдающих аллергическими заболеваниями кожи выявлены психопатологическое формирование личности, эмоциональные расстройства, нарушения сна, повышенная раздражительность и тревожность. Отечественными и зарубежными исследователями установлено, что характерной особенностью клинической картины аллергических заболеваний кожи является «двойная» клиническая картина – экзематизация и лихенификация, что значительно затрудняет диагностику этого заболевания [3, 4, 5, 17, 18, 19]. Общим клиническим симптомом для всех алергодерматозов является кожный зуд – это, по определению Wahlgren, 1991, неприятное чувство, которое вызывает желание расчесывать кожу. В свою очередь, экскориации и повреждения кожи, возникающие при расчесывании приводят к повышенной продукции и усиленному выбросу провоспалительных цитокинов эпидермоцитами, что вновь вызывает чувство зуда и у пациента формируется порочный круг или зудо-расчесный цикл, что еще раз подтверждает актуальность иммунологических исследований у данной категории пациентов [3, 4, 5, 6, 7, 9, 14, 17, 18, 19]. Кроме того, данные современных авторов свидетельствуют о возрастающей частоте вирусных и бактериальных инфекций [6, 7, 8, 9, 15, 16, 20]. Учитывая вышесказанное, целью исследования явилось изучение клинико-иммунологических показателей у пациентов, страдающих аллергическим дерматитом в сочетании с вирусной и бактериальной инфекциями.

Материалы и методы

Для осуществления поставленной цели были обследованы 90 больных с аллергическим заболеванием кожи – аллергическим дерматитом, который развивается как аллерги-

ческая реакция замедленного типа и является самым частым заболеванием кожи в этой группе. Все обследованные пациенты были разделены на три группы наблюдения. Первую группу (СI) составили 30 больных аллергическим дерматитом. Вторую группу (СII) составили 30 больных аллергическим дерматитом и туберкулезом в анамнезе. Третью группу (СIII) составили 30 больных аллергическим дерматитом и положительными показателями HBsAg. Возраст обследованных пациентов колебался в возрасте от 30 до 70 лет, давность заболевания аллергическим дерматитом составила от 5 до 10 лет. Всем пациентам проведено клиническое наблюдение, которое включало в себя сбор анамнеза, оценку частоты обострений, эффективность терапии, интенсивность основных клинических проявлений – эритема, отек, мокнутие, зуд. Лабораторное и инструментальное обследование пациентов включало УЗИ органов брюшной полости, общеклинические исследования. Общий анализ крови и общий анализ мочи; иммунологическое исследование – определение уровня IL-5; IL-4; IgE общего, уровни CD19 В-лимфоцитов, CD8 Т-супрессоров, CD4 - Т-хелперов, CD3 Т-лимфоцитов.

Из исследования были исключены пациенты другого возраста, с другими соматическими заболеваниями, получающие системные глюкокортикостероиды и цитостатики. Всем обследованным пациентам проводилась комплексная терапия с включением: зетринал 1 раз в сутки + адвантан наружно 1 раз в сутки + хилак форте по 30 капель 3 раза в день 14 дней.

Результаты

В результате проведенных нами исследований установлено, что наиболее тяжелое клиническое течение наблюдается в СIII группе пациентов (рисунок 1), где выраженность клинических симптомов выражена в баллах: 0 баллов – отсутствие клинических проявлений, 1- незначительные клинические проявления, 2 балла – умеренные клинические проявления, 3 балла – выраженные клинические проявления, 4 балла – очень выраженные клинические проявления. Кожный процесс в СIII группе пациентов характеризуется высокой активностью, с частотой обострений от 2 до 4 раз в год, выраженностью всех клинических симптомов заболевания – отек, эритема, зуд, по данным УЗИ исследований отмечались диффузные изменения в паренхиме печени (рисунок 2), у 12% пациентов этой группы отмечались нарушения в работе желудочно-кишечного тракта в виде

диспепсии (рисунок 3), проведенная терапия не всегда была эффективной (рисунок 4). Кроме того, у пациентов этой группы преобладают нарушения показателей интерлейкинов (рисунок 5) - отмечается повышение общего IgE, IL-5, IL-4; снижение уровня IL-2 у всех обследованных пациентов ($p < 0,01$). В группе наблюдения CI кожный процесс протекал достаточно активно с частотой обострений 1-2 раза в год, выраженностью всех клинических симптомов заболевания – отек, эритема, зуд (рисунок 1), по данным УЗИ исследований у 80% пациентов этой группы отмечалась дискинезия желчевыводящих путей (рисунок 2), у 12% пациентов этой группы отмечались нарушения в работе желудочно-кишечного тракта в виде жалоб на диспептические расстройства (рисунок 3), клиническая эффективность проведенной комплексной терапии составила 95% ($p < 0,01$) (рисунок 4), нарушения показателей интерлейкинов (рисунок 5) у всех обследованных пациентов, что свидетельствует о выраженном нарушении иммунного ответа у пациентов данной группы. В группе наблюдения CII отмечалось среднетяжелое течение аллергического дерматита с частотой обострений 1 раз в год, с умеренно активными клиническими проявлениями – отек, эритема, зуд (рисунок 1), по данным УЗИ исследований у 50% пациентов отмечалась дискинезия желчевыводящих путей (рисунок 2), у 9% пациентов этой группы отмечались нарушения в работе желудочно-кишечного тракта в виде диспепсии (рисунок 3), клиническая эффективность проведенной терапии была самая высокая в этой группе наблюдения – 97% ($p < 0,01$) (рисунок 4). Кроме того, у пациентов этой группы выявлено менее выраженное нарушение иммунного ответа. Исследования уровня CD-лимфоцитов (рисунок 5) у всех обследованных пациентов также показали наиболее выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне вирусного гепатита (21%), выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом (45%), наименее выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне перенесенного туберкулеза (18%).

Таким образом, проведенное нами комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное исследование показало, что наиболее тяжелое течение аллергического дерматита с частотой обострений 1 раз в год, с умеренно активными клиническими проявлениями – отек, эритема, зуд (рисунок 1), по данным УЗИ исследований у 50% пациентов отмечалась дискинезия желчевыводящих путей (рисунок 2), у 9% пациентов этой группы отмечались нарушения в работе желудочно-кишечного тракта в виде диспепсии (рисунок 3), клиническая эффективность проведенной терапии была самая высокая в этой группе наблюдения – 97% ($p < 0,01$) (рисунок 4). Кроме того, у пациентов этой группы выявлено менее выраженное нарушение иммунного ответа. Исследования уровня CD-лимфоцитов (рисунок 5) у всех обследованных пациентов также показали наиболее выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне вирусного гепатита (21%), выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом (45%), наименее выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне перенесенного туберкулеза (18%).

Таким образом, проведенное нами комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное исследование показало, что наиболее тяжелое течение аллергического дерматита с частотой обострений 1 раз в год, с умеренно активными клиническими проявлениями – отек, эритема, зуд (рисунок 1), по данным УЗИ исследований у 50% пациентов отмечалась дискинезия желчевыводящих путей (рисунок 2), у 9% пациентов этой группы отмечались нарушения в работе желудочно-кишечного тракта в виде диспепсии (рисунок 3), клиническая эффективность проведенной терапии была самая высокая в этой группе наблюдения – 97% ($p < 0,01$) (рисунок 4). Кроме того, у пациентов этой группы выявлено менее выраженное нарушение иммунного ответа. Исследования уровня CD-лимфоцитов (рисунок 5) у всех обследованных пациентов также показали наиболее выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне вирусного гепатита (21%), выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом (45%), наименее выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне перенесенного туберкулеза (18%).

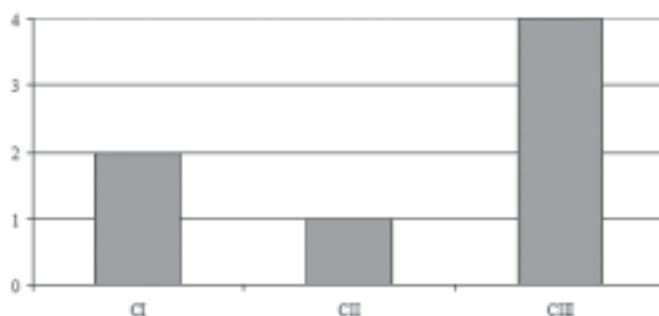


Рис. 1. Показатели течения аллергического дерматита

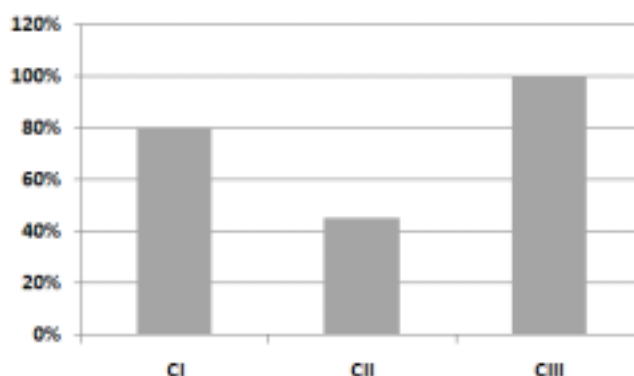


Рис. 2. Данные УЗИ исследования

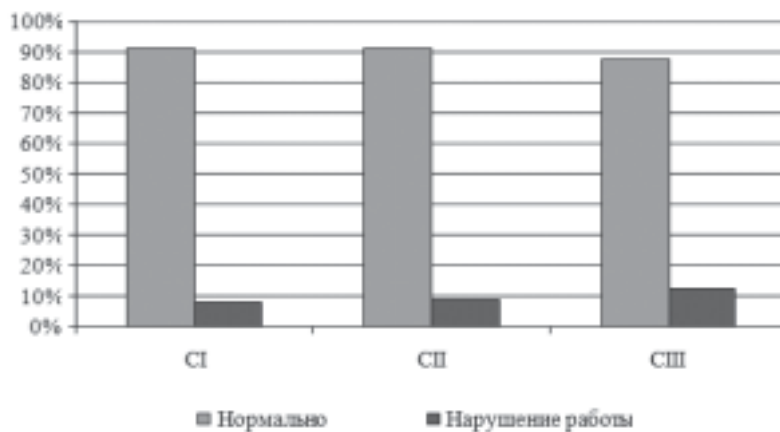


Рис. 3. Нарушение работы ЖКТ

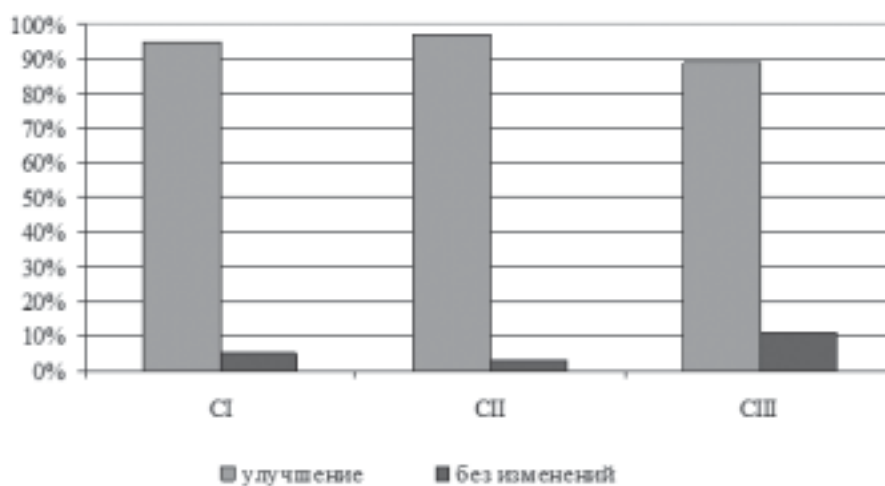


Рис. 4. Эффективность комбинированной терапии зетринал + хилак форте + адвантан

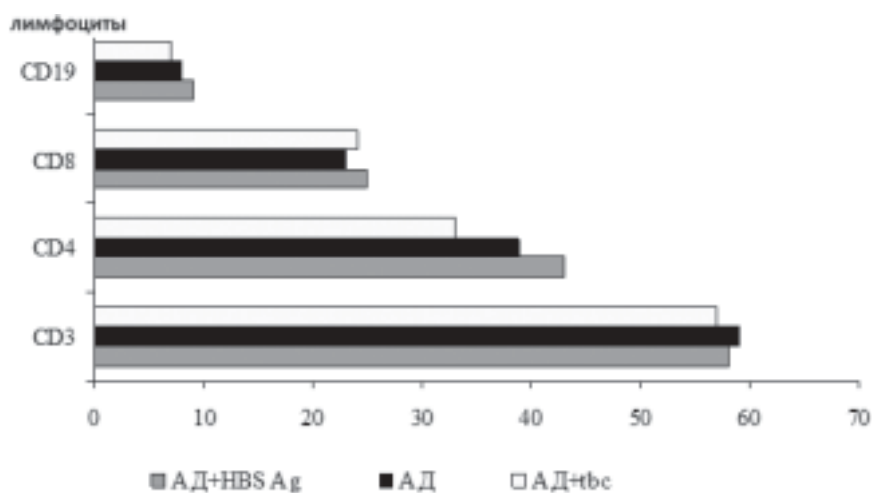


Рис. 5. Уровни популяций лимфоцитов в разных группах пациентов аллергическим дерматитом

лее выраженными изменениями иммунологических показателей, нарушениями функции гепатобилиарной системы и торпидностью к проводимой терапии отмечается у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне вирусного гепатита. Средне-тяжелое течение, умеренно выраженные изменения иммунологических показателей, умеренно выраженные нарушения функции гепатобилиарной системы, клиническая эффективность проводимой терапии 95% отмечается у пациентов с аллергическим дерматитом без бактериальной и вирусной инфекции. Средне-тяжелое течение аллергического дерматита, невыраженные изменения иммунологических показателей и функции желудочно-кишечного тракта, клиническая эффективность проводимой терапии 97% отмечается у пациентов с аллергическим дерматитом с туберкулезом в анамнезе.

Выводы

1. Выявлено взаимное и разновекторное влияние на клинику и течение аллергического

дерматита некоторых инфекционных и вирусных заболеваний.

2. Перенесенный инфекционный гепатит, при наличии положительной реакции HBsAg, влияет на более тяжелую клинику течения атопических аллергических реакций - аллергического дерматита. При этом выявляется более высокие концентрации в крови интерлейкинов 4 и 5, а также содержание в крови иммуноглобулинов класса E ($p < 0,01$).
3. Аллергический дерматит у обследованной группы пациентов в большинстве случаев характеризуется средне-тяжелым течением, высокой концентрацией в крови интерлейкинов 4 и 5, а также содержания в крови иммуноглобулинов класса E ($p < 0,01$).
3. У лиц, переболевших туберкулезом, отмечается более легкое течение аллергического дерматита, показатели содержания интерлейкинов 4 и 5, а также IgE были снижены, по сравнению с больными других групп, а концентрация IL-2 повышена ($p < 0,01$).

Литература

1. Адо А. Д. Общая аллергология. М.: Медицина, 1978.
2. Gruber C., Nilsson L. Do early childhood immunizations the development of atopy?. *Pediatric allergy and Immunology* 12 (6): 296 -311, 2001.
3. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Атопический дерматит. М., 2002.
4. Испаева Ж.Б. Научно-практическая программа. Атопический дерматит. Алматы, 2005.
5. Пампура А.Н., Хавкин А.И. Современные подходы к наружной противовоспалительной терапии атопического дерматита. *Клиническая дерматология и венерология*, 2007; №2: 5-9.
6. Arkwright P. D., David T. J. «Intradermal administration of killed Mycobacterium in atopic dermatitis». *J. Allergy Clin. Immun.* 2001; 107: 531 - 534.
7. Кривицкая В. З., Александрова И. А. Антивирусный IgE при респираторно-вирусной инфекции у больных бронхитом. *Ж. Микробиологии* 1998; №4: 56 - 61.
8. Мошкевич В. С. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей в Казахстане. Дисс. д-ра мед.наук. М., 1973; 450 с.
9. Сепиашвили Р.И. Функциональная система иммунного гомеостаза. *Аллергология и иммунология* 2003; №2: 5-14.
10. Ball T.M. The risk of development following lower respiratory tract illness. XXII Congress of EAACI, Abstract book:2003; 65.
11. Bodner C., Godden D. «Family size, childhood infectin and atopic diseases». *Thorax* 53 : 28 - 32, 1998.
12. Brobac K.L., Breborowicz S. Atopic sensitization and respiratory symptoms. *Clin. Exp. Allergy* 1994; 59: 826 - 835.
13. Filipowicz E. The role of respiratory virus infections in exacerbations of asthma. XXII Congress of EAACI, Abstract book: 2003; 65.
14. Gruber C., Nilsson L. Do early childhood immunizations the development of atopy?. *Pediatric allergy and Immunology* 2001; 12 (6) : 296 -311.
15. Jntti H., Kokkonen J. Association of an early respiratory syncytial virus infection and atopic allergy. *Allergy* 2003; 58 (9): 878 - 883.
16. Matricardi P.M., Bjorksten B., Bonini S., Bousquet J. Microbial products in allergy prevention therapy. *Allergy* 2003; 58 (6): 461 - 469.
17. Кауамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Медпресс-информ, 2008, 736 с.
18. Кассирова Д.А. Применение крема с Дерма-Мембранной Структурой при атопическом дерматите. *Русский медицинский журнал* 2010; №12: 777-782.
19. Пампура А.Н., Соловей Т.Н. Современные подходы к диагностике и терапии крапивниц у детей. *Русский медицинский журнал* 2008; №23: 1534-1541.
20. Литвинов В. И., Гергерт В. Я. Иммунология туберкулеза: современное состояние проблемы. *Рос. Вестник АМН* 1997; №7 : 8-11.

Сведения об авторах:

Митковская Оксана Анатольевна – д.м.н., проф., зав. курсом аллергологии и клинической иммунологии Казахстанско-Российского медицинского университета, г. Алматы, mitkovskaya@mail.ru

Поступила 11.10.2012 г.