

УДК 616.5-002-056.3.001.33-07:616.521-053.2.001.33-07

ДО ПИТАННЯ УНІФІКАЦІЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ТА КРИТЕРІЇВ ДІАГНОСТИКИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ Й ЕКЗЕМИ ДИТЯЧОЇ

К.Є. Іщейкін, В.І. Степаненко, І.П. Кайгашев

Українська медична стоматологічна академія, Полтава
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Ключові слова: atopічний дерматит, екзема дитяча, класифікація, критерії діагностики.

За даними офіційної статистики, від 30 до 40 % населення земної кулі страждає від алергійних хвороб [16]. Атопічний дерматит (АД) є одним із найпоширеніших дерматозів, що займає провідне місце в загальній структурі алергій. Крім того, питома вага АД становить більш як 10 % у структурі дерматологічних хвороб [13]. Так, в Україні захворюваність на АД коливається в межах 1,5—2 % загальної популяції у дорослого населення, а в дітей — від 3 до 10 на 1000 дітей. Варіація цих показників залежить від ступеня урбанізації та стану екології в різних регіонах країни [6].

Рівень захворюваності на екзему становить від 15 до 40 % у загальній структурі шкірних хвороб [12]. Водночас, на нашу думку, певний відсоток насправді припадає на АД, що зумовлено низкою причин:

- по-перше, немає чіткого визначення поняття «екзема»;
- по-друге, немає класифікації цього захворювання, яка б задовольняла і науковців, і практичних лікарів-дерматологів та фахівців суміжних спеціальностей;
- по-третє, немає чітко сформульованих критеріїв встановлення діагнозу «екзема», зокрема і з урахуванням лабораторних даних.

У попередніх публікаціях ми виносили на обговорення питання щодо асоціації поняття «екзема» з наголосом на його зовнішніх клінічних виявах [4]. Порівняння визначень atopічного дерматиту і екземи на предмет повнішого охоплення етіопатогенезу, анамнестичних даних, клінічної картини, тривалості й характеру перебігу, певних змін лабораторних показників показує, що для верифікації діагнозу екземи враховують тільки клінічні характеристики. Підтвердженням цього є визначення, наведені в стандартах раціональної діагностики й лікування в дерматології та венерології [9].

Екзема — хронічне рецидивуюче запальне поліетіологічне захворювання шкіри з вираженим поліморфізмом елементів висипань.

Атопічний дерматит — алергійне захворювання зі спадковою схильністю, що супроводжується свербіжем і виявляється папульозними, еритематозно — сквамозними елементами, інфільтрацією і ліхеніфікацією.

Подібні визначення наводять також у публікаціях російські науковці-дерматовенерологи [8].

Розглядаючи механізми розвитку алергії та atopії, ми вказували на тотожність термінів «дерматит» і «екзема», посилаючись на рекомендації Європейської академії алергології та клінічної імунології (ЕААСІ). Терміни «дерматит» і «екзема» не розрізняються за тривалістю й тяжкістю перебігу. Крім того, в останньому перегляді Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) від 2007 року, який міститься на офіційному сайті ВООЗ, вказується, що ці терміни є взаємозамінними і синонімічними. Для розуміння тотожності цих понять обидва використовують з різними конкретизуючими характеристиками. Зокрема, у спеціальній літературі екзему/дерматит ділять на контактну екзему/дерматит (іритантний або алергійний), atopічну екзему/дерматит, нумулярну екзему/дерматит і себорейну екзему/дерматит [18], що вказує на складність вилучення з обігу застарілих, не обґрунтованих науково понять, які сформувалися емпірично. Європейська академія алергології та клінічної імунології (ЕААСІ) запропонувала термін «синдром atopічної екземи/дерматиту», який включає нозології алергійної та неалергійної природи, де алергійні поділяють на IgE-асоційовані та IgE-неасоційовані. Зазвичай лікарі, виявляючи певні клінічні ознаки дерматиту чи екземи (гіперемія, папульозно-везикулярно висипання, екскоріації тощо), не користуються методологічною схемою поступового заперечення певних нозологій із синдрому atopічної екземи/дерматиту на основі ретельно зібраного анамнезу та результатів імунологічних досліджень, а відразу встановлюють у хворого одну з патологій. Такий підхід до діагностики не дає змоги повною мірою персоніфікувати лікування, що має ґрунтуватися на розумінні різних патогенетичних механізмів розвитку цих хвороб. Таким чином, на сьогодні немає загальноприйнятої класифікації екземи.

У цьому аспекті заслуговують на увагу та обговорення існуючі класифікації екземи і АД. Першочергового розгляду потребує наведений нижче короткий витяг із МКХ-10:

Дерматит і екзема (L20—L30)

Примітка. У цьому розділі нозологічні терміни «дерматит» і «екзема» використано як синоніми та є взаємозамінними.

Виключає: хронічні (дитячі) гранульоматозні хвороби (D 71) шкіри:

- суха шкіра (L85.3)
- штучний (L98.1)
- гангренозний (L88)
- герпетиформний (L13.0)
- періоральний (L71.0)
- застійний (183.1 — 183.2)
- пов'язані з порушеннями внаслідок опромінення шкіри та підшкірної клітковини (L55—L59)

- L20 Атопічний дерматит
Виключає: обмежений нейродерміт (L28.0)
- L20.0 Свербець Бенъє
- L20.8 Інший атопічний дерматит
 Екзема:
 • згинальна НКІР (некласифікована в інших рубриках)
 • дитяча (гостра; хронічна)
 • ендегенна (алергійна)
 Нейродерміт:
 • атопічний
 • дифузний
- L20.9 Атопічний дерматит, невизначений
- L30 Інші дерматити
Виключає: дерматит:
 • контактний (L23—L25)
 • суха шкіра (L 85.3)
 • дрібний бляшковий параспориаз (L41.3)
 • застійний дерматит (L183.1—183.2)
- L30.0 Нумулярний дерматит
- L30.1 Дисгідроз
- L30.2 Шкірна автосенсибілізація
 Кандидозна
 Дерматофітна
 Екзематидна
- L30.3 Інфекційний дерматит
 Інфекційний екзематоїдний дерматит
- L30.4 Еритематозна попрілість
- L30.5 Пітиріаз білий
- L30.8 Інший визначений дерматит
- L30.9 Дерматит, невизначений
 Екзема БДВ (Без додаткових вказівок)

Таким чином, згідно з МКХ-10 у розділі «Дерматит та екзема» запропоновано тільки одну нозологію, що відображає поняття «екзема»: монетоподібний дерматит (мікробний) у звичайному розумінні «екзема», тобто виділений за етіологічним принципом. Її ж розглядають у європейському посібнику з лікування дерматологічних хвороб за редакцією А.Д. Katsambas та Т.М. Lotti [2], і, на нашу думку, ця патологія є найзрозумілішою із групи нозологій, об'єднаних терміном «екзема», тому що чітко простежується причинно-наслідковий зв'язок розвитку захворювання, зокрема у відповідь на дію зовнішніх і внутрішніх чинників виникає порушення нервово-алергійної регуляції. За класифікацією О. Hornstein [18], нумулярну екзему зараховують до групи дисрегуляторних, разом із себорейною,

субтоксичною кумулятивною, гіперкератотичною, дисгідротичною та астеатотичною екземою. Інші дві групи включають:

- ендегенна екзема — атопічну екзему;
- екзогенна екзема — алергійно-контактну екзему та субтоксичний іритантний контактний дерматит.

Ці три групи автор включив у три окружності, які перетиналися та показували взаємний зв'язок і вплив одна на одну [18] (рис. 1).

Вітчизняні дерматовенерологи зазвичай користуються класифікацією, яку запропонували С.Т. Павлов та О.К. Шапошников [7]. Вони виділяють справжню, мікробну, професійну, себорейну, дисгідротичну, тілотичну (рогову) форми екземи.

Ю.К. Скрипкін запропонував зараховувати до справжньої екземи пруригінозну та дисгідротичну, а до мікробної екземи — нумулярну, варикозну, сікозиформну, екзему сосків, себорейну, дитячу, професійну, мікотичну та тілотичну [10, 11].

На нашу думку, пруригінозна клінічна форма екземи з цієї класифікації повністю відповідає клінічним виявам атопічного дерматиту. Зокрема, для цього захворювання характерні папуловезикулярні елементи шкірної висипки, розташовані на ущільненій основі, в місцях розгинальних поверхонь кінцівок, ліктьових згинах, підколінних ямках, обличчі. Ці елементи висипки зазвичай не проривають і не утворюють мокнуща. Захворювання має хронічний перебіг, супроводжується значним свербіжем. З'являються сухість, ліхеніфікація, тріщини, лущення, пігментація шкіри. Пруригінозна екзема супроводжується змінами з боку нервової системи (порушення сну, тяжкі невротичні реакції). Крім того, доволі показовим моментом є те, що в дитячому віці хвороба зазвичай поєднується з бронхіальною астмою та має стійкий білий дермографізм.

Дисгідротична екзема, яка супроводжується значним свербіжем, появою в ділянках долонь, бокових поверхонь пальців та підшов дрібних везикулярних елементів, характеризується лущенням, ексорицією, кірками, мокнущтям, на нашу думку, є можливою клінічною характеристикою так званого ІgE-



Рис. 1. Класифікація екземи на три основні групи (за О. Hornstein) [18]

незалежного дерматиту. Мокнуття розглядають як показник гостроти процесу. Причому в першому випадку зазвичай з'ясовується алергічно-обтяжений сімейний анамнез, початок перших виявів у 2—5 міс життя, перебіг частіше тяжкий і торпідний до традиційної терапії. З лабораторних показників потрібно вказати підвищення рівня IgE та позитивні шкірні проби з алергенами. В другому випадку доволі часто обтяжена спадковість щодо хвороб травного каналу. Перші клінічні вияви спостерігаються близько одного року життя, перебіг зазвичай легкий, можлива ефективна терапія основного захворювання (гастропатологія), IgE та IgA у нормі або близькі до неї, проба з алергенами негативна [14, 15, 20].

Треба також зауважити, що доза алергена, який викликає висипку, в першому випадку незначна, і залежності між цією дозою алергена та ступенем виразності реакції немає, а в другому випадку — навпаки.

Повертаючись до класифікації О. Hornstein, потрібно зазначити, що ендогенна екзема в сучасному розумінні, напевно, є atopічним дерматитом, а екзогенна — представляє велику групу контактно-алергічних дерматитів з тяжким перебігом, які розгорнуто представлено в МКХ-10.

Чому дослідники продовжують вважати їх різними нозологіями, враховуючи тільки клінічні ознаки? Шукаючи відповіді на це запитання, ми пропонуємо повернутися до розгляду терміну «атопія» (чужорідна хвороба), введеного у 1931 році американським дослідником А. Соса. Атопія — це спадкова схильність до алергічних реакцій у відповідь на сенсibiliзацію до певних алергенів. Тобто атопію треба розглядати в широкому розумінні як спадкову схильність до алергічних хвороб із різними клінічними виявами, які можуть бути IgE-опосередкованими, IgE-неопосередкованими та клітинно-опосередкованими, а не тільки пов'язувати атопію з гіперпродукцією IgE, як це заведено.

На сучасному етапі істотно розширилися знання про роль генетики, особливо імунологічних складових патогенезу цих хвороб. І оскільки ці нозології цікавлять не лише дерматологів, а й алергологів, сімейних лікарів, педіатрів та лікарів інших спеціальностей, проблема розроблення уніфікованих критеріїв встановлення діагнозу АД та справжньої екземи набула ще більшої актуальності.

Протягом останніх десятиліть науковці та практичні лікарі встановлюють діагноз АД, спираючись на критерії, запропоновані J. Hanifin та G. Rajka [17]. Автори вважають, що наявність трьох і більше обов'язкових та трьох і більше додаткових ознак дають встановити діагноз АД.

У стандартах діагностики і терапії АД обов'язковими ознаками визначено такі:

- свербіж шкіри;
- типова морфологія і локалізація шкірної висипки;
- у дітей раннього віку — екзематозна шкірна висипка, яка локалізується на обличчі та згинальних поверхнях кінцівок;

- у дітей старшого віку — ліхеніфікації та екскоріації на згинальних поверхнях кінцівок;

- у дорослих — переважання екскоріації, ліхеноїдних папул, вогнищ ліхеніфікації та інфільтрації шкіри. Колір висипки застійно-синюватий, характерним є дифузне ураження шкіри обличчя, шиї, верхньої частини тулуба, верхніх кінцівок. Усі висипання супроводжуються нестерпним свербінням. Екзематизація та мокнуття виникають тільки в разі рецидиву. Менш виражена сезонність перебігу та реакція на алергічні подразники. У частини хворих зберігаються типові ознаки «атопічного обличчя».

- хронічний рецидивуючий перебіг;
- атопія в анамнезі або спадкова схильність до атопії.

Додатковими діагностичними ознаками вважають такі:

- ксероз (сухість) шкіри;
- долонний іхтіоз;
- гіперлінійність долонь та підшов;
- білий дермографізм;
- свербіж у разі підвищеного потовиділення;
- реакція негайного типу при шкірному тестуванні з алергенами;
- локалізація шкірного процесу на кистях та стопах;
- хейліт;
- екзема сосків;
- схильність до інфекційних уражень шкіри, пов'язаних з порушеннями клітинного імунітету;
- початок захворювання у ранньому дитячому віці;
- еритродермія;
- рецидивуючий кон'юнктивіт;
- складки Дені — Моргана (суборбітальні складки);
- періоральна та періорбітальна гіперпігментація;
- кератоконус (конічне випинання рогівки);
- передні субкапсулярні катаракти;
- тріщини за вухами;
- високий рівень IgE у сироватці крові.

Цілоком зрозуміло, що із вказаних критеріїв, як обов'язкових, так і додаткових, певні мають ознаки, характерні і для екземи, і для АД. Тому, на нашу думку, їх потрібно дещо уточнити й доповнити.

Звертаємо також увагу, що за вказаними діагностичними критеріями діагноз АД можна встановлювати, якщо є три обов'язкові та три додаткові ознаки. Водночас серед трьох обов'язкових ознак може не бути атопії в анамнезі або спадкової схильності до атопії, що свідчить про обширність терміну та великий діапазон патологій, які він може охоплювати. Таким чином, це чітко узгоджується з уявленням про синдром атопічної екземи/дерматиту [3].

Потребує також розгляду та обговорення графологічна структура патогенетичної класифікації алергічних хвороб шкіри, яка ґрунтується на видах реакцій гіперчутливості (рис. 2).

При АД свербіж зазвичай непокоїть у нічний час та має значну інтенсивність. Стосовно морфології елементів висипки потребує уваги термін «екзематозні шкірні висипки» в дітей раннього віку, що вказує на його використання як клінічної характеристики, а не як патогенетично-обґрунтованого процесу.

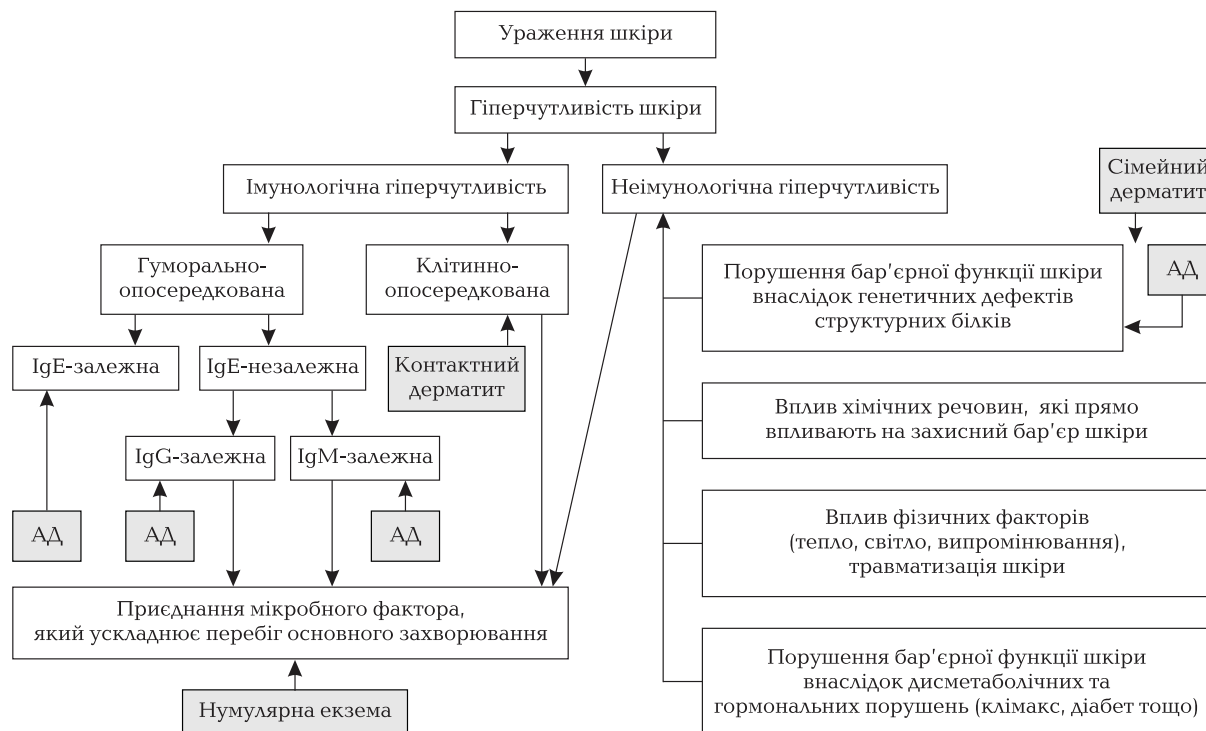


Рис. 2. Патогенетична класифікація алергійних хвороб шкіри з урахуванням видів реакцій гіперчутливості

У попередніх наших публікаціях вказано на доцільність включення підвищених показників IgE та рівень ІЛ-10, що корелює з ними до основних діагностичних критеріїв АД, маючи на увазі ІgЕ-залежний атопічний дерматит [5].

Оскільки для верифікації діагнозу «екзема» поглиблених діагностичних критеріїв немає, ми розробили їх за принципом, використаним для діагностики АД.

Головними діагностичними ознаками екземи доцільно вважати такі:

- свербіж шкіри помірної інтенсивності з постійною рівномірністю протягом доби;
- типова морфологія та локалізація шкірної висипки:
 - симетрична локалізація ураження;
 - гостра запальна реакція шкіри — нечіткі кордони, справжній та хибний поліморфізм, тенденція до дисимінації та перифорійного росту і злиття вогнищ ураження. Еритематозні плями, пухирці, ерозії, папули, серозні кринички, екскоріації, серозно-геморагічні кірочки, мокнуття поєднуються з набряком, дифузною гіперемією;
 - зменшення гостроти запальної реакції супроводжується припиненням мокнуття, епітелізацією ерозій, відсутністю везикул, папули та гіперемія зберігаються, набряк зменшується, кількість кірочок збільшується;
 - з переходом у хронічну стадію межі вогнищ ураження стають чіткими, гіперемія набуває синювато-буроватого відтінку; переважаючим елементом висипки стають папули, розвивається ліхеніфікація. У складках шкіри можуть з'являтися тріщини. В міру розсмоктування запального інфільтрату з'являються лусочки;

- у разі повного зворотного розвитку певний час зберігається вторинна пігментація в місцях колишньої висипки;

- нормальний або неістотно підвищений рівень ІgЕ, підвищений показник ІЛ-10;
- хронічний рецидивуючий перебіг;
- відсутність ускладненого алергійного анамнезу.

Як додаткові діагностичні ознаки екземи пропонуємо такі:

- відсутність супутньої атопічної патології (бронхіальна астма, хронічний бронхіт, алергійний риніт, атопічний кон'юнктивіт);
- ураження травного каналу;
- виникнення рецидивів хвороби, не пов'язане із сезоном;
- неспецифічні провокуючі чинники (ГРВІ, погіршеності в дієті, психоемоційне навантаження).

Потрібно також зауважити, що певні ознаки, зокрема сухість шкіри, локалізація запалення на кистях та стопах, схильність до інфекційних уражень, пов'язаних з порушенням клітинного імунітету, та еритродермія, притаманні як для АД, так і для екземи, а тому їх не можна використовувати як диференційні.

Висновки

Терміни «дерматит» і «екзема», «атопічний дерматит» і «атопічна екзема» є, згідно з МКХ-10, синонімами.

З урахуванням критеріїв, запропонованих J. Hanifin та G. Rajka, для гармонізації цих термінів у національних стандартах діагностики та терапії атопічного дерматиту [1] поняття «атопічний дерматит» має об'єднувати справжню екзему та екзему дитячу.

Згідно з установчою статтею ЕААСІ [19], atopічний дерматит у сучасній світовій клінічній практиці слід розглядати як синдром.

У синдромі atopічного дерматиту потрібно розрізняти ІgЕ-залежний та ІgЕ-незалежний (можливо, ІgG- та ІgМ-залежний) дерматити, асоційовані з імунологічною гіперчутливістю, та дерматити,

пов'язані з неімунологічною гіперчутливістю та спадковістю.

Сучасні досягнення світової дерматології та алергології вказують на потребу в уточненні критеріїв діагностики дитячої екземи, а також вимагають перегляду існуючих класифікацій, що є важливим для проведення раціональної комплексної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Бережний В.В. та ін.* Діагностика та терапія atopічного дерматиту (стандарти діагностики і терапії).— К., 2002.— 30 с.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. Пер. с англ.— М.: МЕДпресс -информ, 2008.— 736 с.
3. *Ищейкин К.Е., Степаненко В.И., Кайдашев И.П.* Atopічний дерматит чи синдром atopічної екземи/дерматиту: рго та contra. Погляди на механізм розвитку алергії та atopії // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2007.— № 4 (27).— С. 1—17.
4. *Ищейкин К.Е.* Деякі питання класифікації, особливості клінічних виявів справжньої екземи та перспективи лікування хворих // Науч.-практ. журн. дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2006.— № 1—2 (9).— С. 199—203.
5. *Ищейкин К.Е.* Стан окремих показників імунної системи у дітей, хворих на дитячу екзему та atopічний дерматит // Науч.-практ. журн. дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2008.— № 1—2 (11).— С. 83—87.
6. *Мавров І.І., Волкославська В.М., Гутнев О.А., Денисенко О.І.* Забруднення атмосфери та захворюваність алергодерматозами в східному та західному регіонах України / Матер. наук.-практ. конф. «Захворюваність та вікові особливості шкіри, їх генетична детермінованість».— К., 2003.— С. 66—69.
7. *Павлов С.Т., Шапошников О.К., Самцов В.И. и др.* Кожные и венерические болезни.— М.: Медицина, 1985.— 364 с.
8. *Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А. и др.* Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас).— М. Медицина, 2004.— 432 с.

9. Раціональна діагностика та лікування в дерматології та венерології / За ред. І.І. Маврова.— К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2007.— 344 с.

10. *Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шаранова Г.Я. и др.* Руководство по детской дерматовенерологии.— М.: Медицина, 1983.— 447 с.

11. *Скрипкин Ю.К., Федоров С.М., Аго В.А. и др.* Atopіческий синдром // Вестн. дерматол. и венерол.— 1995.— № 2.— С. 17—19.

12. *Солошенко Э.Н.* Экзема: современные представления об этиопатогенезе и методах рациональной терапии // Междунар. мед. журн.— 1997.— № 3.— С. 24—29.

13. *Федотов В. П., Каганер Е.И.* Особенности клинических проявлений, течения, некоторые механизмы развития экзематозного процесса и методы терапии // Дерматол. Косметол. Сексопатол.— 2003.— № 1—4 (6).— С. 126.

14. *Bindsvlev-Jensen C., Skov P.S., Madsen F., Poulsen L.K.* Food allergy and food intolerance — what is the difference? // Annals of Allergy.— 1994.— Vol. 72, N 4.— P. 317—320.

15. *Bonini S., Magrini L., Rotiroli G. et al.* Genetic and environmental factors in changing incidence of allergy // Allergy.— 1994.— Vol. 49.— P. 6—14.

16. European Allergy White Paper; the UCB Institute of Allergy.— 1997.

17. *Hanifin J.M., Rajka G.* Diagnostic features of atopіc dermatitis // Acta Dermatol. Venereol.— 1980.— Vol. 114.— P. 146—183.

18. *Hornstein O.P.* Klassifikation der Ekzemkrankheiten // Z. Hautkr.— 1986.— Bd. 61.— S. 1281—1296.

19. *Johansson S., Hourihane J., Bousquet J. et al.* A revised nomenclature task force // Allergy.— 2001.— Vol. 56.— P. 813—824.

20. *Kay A.B.* Allergy and Allergic Disease.— Oxford: Blackwell, 1997.— P. 23 — 25.

К ВОПРОСУ УНИФИКАЦИИ КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ДЕТСКОЙ ЭКЗЕМЫ

К.Е. Ищейкин, В.И. Степаненко, И.П. Кайдашев

На основании анализа литературных данных и собственных исследований предложены новые подходы к унификации классификации и диагностических критериев atopіческого дерматита (как ІgЕ-зависимого, так и ІgЕ-независимого). Сделан вывод о необходимости уточнения критериев диагностики и классификации дерматитов у детей и взрослых.

TO THE QUESTION OF UNIFICATION OF CLASSIFICATION AND DIAGNOSTIC CRITERIA OF ATOPICAL DERMATITIS AND CHILD'S EXEMA

K.E. Ischeikin, V.I. Stepanenko, I.P. Kaidashev

On the basis of analysis of literary data and own researches new approaches are offered to standartization of classification and diagnostic criteria of atopіc dermatitis (as ІgЕ-dependant as well as ІgЕ-independant). A conclusion is done about the necessity of clarification of criteria of diagnostics and classification of dermatites in children and adults.