

**Г.И. БИБАРСОВА**

Самарский государственный медицинский университет

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ**

**В статье представлены особенности клинического течения аллергических заболеваний кожи, выявлены изменения гуморального иммунитета и цитокинов в периферической крови. Определены основные изменения показателей качества жизни при аллергическом контактном дерматите, экземе и атопическом дерматите.**

**Ключевые слова: контактный дерматит, атопический дерматит, гуморальный иммунитет**

*Бибарсова Гульнара Ильясовна - заочный аспирант кафедры дерматовенерологии. E-mail: gulnarabib@icloud.com*

**G.I. BIBARSOVA**

Samara State Medical University

**CLINICAL ASPECTS AND PECULIARITIES OF IMMUNE HOMEOSTASIS IN SKIN ALLERGIES**

**The article presents the peculiarities of the clinical course of allergic skin diseases. The changes in humoral immunity and in the cytokines in the peripheral blood are revealed. Major changes in quality of life for allergic contact dermatitis, eczema and atopic dermatitis were identified.**

**Keywords: contact dermatitis, atopic dermatitis, humoral immunity**

*Gulnara Bibarsova - postgraduate student of the Dermatovenerology Department, Samara State Medical University, E-mail: gulnarabib@icloud.com*

Контактная аллергия – одна из важнейших проблем в областях дерматологии, аллергологии и иммунологии. Урбанизация населения и научно-технический прогресс обусловили возрастание техногенной нагрузки на окружающую среду и ухудшение состояния здоровья населения, в том числе увеличение количества больных хроническими дерматозами [7]. Распространенность аллергического контактного дерматита в последние годы имеет тенденцию к неуклонному росту во всем мире [2, 5]. Современные эпидемиологические исследования, проведенные в странах Европейского Союза, показывают, что около 20% населения Европы страдают контактной аллергией хотя бы к одному аллергену. Среди лиц, страдающих аллергическим контактным дерматитом, могут оказаться представители совершенно разных возрастных категорий, профессий, социальных групп. Существовавшие ранее способы проведения накожных аппликационных тестов отличались широкой вариативностью в плане методики проведения и трактовки полученных результатов. Улучшенный сбор аллергологического анамнеза и стандар-

тизация накожных аппликационных тестов должны позволить более точно определять причинно-значимые аллергены для составления индивидуального плана ведения пациента, получения им рациональных рекомендаций по элиминационной терапии и трудовому маршруту [4,6].

Таким образом, недостаточная информация по причинам развития аллергического контактного дерматита, отсутствие надежных инструментов диагностики, неполное исследование иммунологического и психологического статусов пациентов с хроническими аллергодерматозами послужило основанием для проведения данного исследования.

**Цель исследования:** улучшить результаты диагностики и оптимизировать лечение аллергического контактного дерматита у взрослых пациентов.

**Формы и методы исследования**

Исследование проводилось в 4 этапа. На первом этапе проводилось скрининговое анкетирование пациентов с кожными проявлениями на предмет выявления возможной этиологии аллергического контактного дерматита и проведение аппликационного теста. На втором этапе про-

ведено иммунологическое исследование пациентов с аллергическими заболеваниями кожи. На третьем этапе нами проведено исследование качества жизни и типов отношения к болезни. На четвертом этапе выполнено математическое моделирование клинико-иммунологических типов аллергических заболеваний кожи.

Все пациенты, участвовавшие в исследовании, получали стационарное лечение в отделении дерматовенерологии и отделении аллергологии и пульмонологии клиник ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России. Скрининговое тестирование проводилось во время стационарного лечения. Аппликационный тест, иммунологическое исследование и исследование качества жизни проводились через 4 недели после выписки больного из стационара.

1-я группа (30 человек) – пациенты, страдающие аллергическим контактным дерматитом, средний возраст 38,9 лет. 2-я группа (30 человек) – больные, страдающие атопическим дерматитом, средний возраст 35,8 лет. 3-я группа (30 человек) – пациенты, страдающие экземой, средний возраст 38,5 лет.

Клинические диагнозы пациентов устанавливались в соответствии с клиническими рекомендациями по дерматовенерологии [2], национальным руководством по дерматологии [3]. Субъективное исследование проводилось с помощью разработанной анкеты для скрининга аллергического контактного дерматита. Вопросы анкеты сформулированы таким образом, чтобы выявить предполагаемую причину аллергического контактного дерматита. Предполагаемые субстанции и предметы разделены на 24 группы в соответствии с химическими веществами, входящими в состав диагностической системы «Аллертест» для проведения аппликационного тестирования. Положительный ответ на вопрос о наличии кожных проявлений при контакте с веществом в каждой из 24 групп субстанций оценивался в 1 балл. Отсутствие положительного ответа на вопрос о наличии кожных проявлений при контакте с веществом оценивалось в 0 баллов. Нами оценивались субъективные проявления как по каждой из 24 групп веществ, так и по суммарному баллу вопросника. Суммарный балл вопросника может находиться в диапазоне от 0 до 24 баллов. Объемное исследование проводилось методом аппликации на кожу спины с помощью диагностической тест-системы «Аллертест» (Nycomed, Норвегия, регистрационное удостоверение в РФ: ЛС – 001855

от 04.08.2006 года). Тест система состоит из двух пластин с нанесенными на них 12 аллергенами.

При анализе качественных показателей в группе больных аллергическим контактным дерматитом отмечают следующие причинно-значимые для данных пациентов аллергены в порядке убывания частоты: никеля сульфат, р-фенилендиамин, канифоль, ланолин, р-tert-бутилфенола формальдегид, смесь черных резин, тиомерсал, меркаптобензотиазол, кобальта хлорид, смесь карбаматов, смесь производных тиурама, перуанский бальзам и смесь меркаптанов.

Частота выявления кожных реакций на контакт с указанными аллергенами в первой группе снижалась с 67,0% для никеля сульфата до 14,0% - для перуанского бальзама и смеси меркаптанов. Кожные проявления после аппликации остальных девяти активных компонентов диагностической системы обнаруживались менее чем в 15,0% случаев по каждому из них. Суммарный средний балл качественного анализа «Аллертеста» составил 4,33.

При количественном анализе аппликационного теста выявлены следующие аллергены (в порядке убывания баллов), на которые обнаружены наиболее выраженные реакции организма обследованных пациентов из группы аллергического контактного дерматита: никеля сульфат, канифоль, ланолин, р-фенилендиамин, тиомерсал, кобальта хлорид, р-tert-бутилфенола формальдегид, смесь производных тиурама, смесь карбаматов, смесь черных резин, меркаптобензотиазол. Баллы количественного анализа находятся в диапазоне от 1,38 для никеля сульфата до 0,24 для меркаптобензотиазола. Оставшиеся тринадцать компонентов аппликационного теста получили в среднем менее 0,15 баллов у больных первой группы. Суммарный средний балл количественного анализа составил 6,7.

Таким образом, субъективный метод исследования причинно-значимых аллергенов для больных аллергическим контактным дерматитом с помощью скринингового вопросника необходим для ориентировочной оценки спектра сенсибилизации у конкретного пациента. С другой стороны, имеет место относительная гипердиагностика в отношении общего количества аллергенов, при контакте с которыми имеют место кожные проявления у пациентов с аллергическим контактным дерматитом.

Объективный метод исследования кожной гиперчувствительности – аппликационный тест с помощью тест-системы

«Аллертест» - показал истинный характер распределения причинно-значимых аллергенов в группах больных различными аллергическими заболеваниями кожи (аллергический контактный дерматит, атопический дерматит, экзема). Безусловно, наибольшее значение данный тест имеет для пациентов с аллергическим контактным дерматитом в целях уточнения спектра сенсибилизации определенными аллергенами и выполнения врачебных рекомендаций по мероприятиям элиминационной терапии и гипоаллергенного быта.

Иммунологические методы исследования включали в себя определение концентраций сывороточных иммуноглобулинов классов Е, А, М и G и цитокинового спектра – интерлейкина – 8, интерлейкина – 17, интерлейкина – 4, интерлейкина – 6, интерферона –  $\gamma$ , сосудистого эндотелиального фактора роста, интерлейкина – 10, интерлейкина – 18 в периферической крови.

Анализ сывороточных концентраций иммуноглобулинов и цитокинов показывает, что среди пациентов, страдающих аллергическим контактным дерматитом, обнаружены максимальные концентрации иммуноглобулина М и интерлейкина – 17. С другой стороны, в той же самой группе больных выявлены минимальные концентрации уровня интерлейкина – 8 и сосудистого эндотелиального фактора роста.

Качество жизни пациентов исследуемых групп исследовалось с помощью следующих вопросников: SF-36 и вопросник типов отношения к болезни. Выделенные типы отношения болезни в зависимости от уровня социальной и психической адаптации разделяются на три блока.

При рассмотрении частоты выявления блоков типов отношения к болезни выявлены следующие результаты. В первой группе больных (аллергический контактный дерматит) наиболее часто выявлялся 1 блок типов – в 56,7% случаев. Во второй группе (атопический дерматит) наиболее часто выявлен 1 блок типов отношений (76,7% пациентов). Также преобладание первого блока типов отношений обнаружено и в группе больных экземой (80,0%).

Таким образом, наиболее высокие баллы по основным группам качества жизни согласно вопроснику SF-36 диагностированы у представителей групп больных ал-

лергическим контактным дерматитом и атопическим дерматитом. Наименьшие баллы по категориям качества жизни выявлены у больных экземой. Также наиболее часто у представителей группы больных атопическим дерматитом диагностирован первый блок отношений к болезни, включающий гармонический, эргопатический и анаэгогический типы. С другой стороны, отсутствие достоверных различий в диагностике блоков типов отношения к болезни между представителями исследуемых групп свидетельствует о благоприятном течении аллергических заболеваний кожи (аллергический контактный дерматит, атопический дерматит и экзема), не приводящем к психической и социальной дезадаптации.

Предложенная методика расчета на основе математического моделирования с помощью дискриминантного анализа позволяет с вероятностью более 98% выявлять типы иммунного реагирования при аллергических заболеваниях кожи. Проведение аппликационного накожного теста и исследование иммунологических показателей у больных аллергическими заболеваниями кожи как на амбулаторном приеме, так и при оказании стационарной помощи помогут практикующим врачам-дерматовенерологам составить план ведения больных и определить индивидуальный прогноз пациента.

### Список литературы

1. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: «Фармарус Принт Медиа». 2014. - 126 с.
2. Дерматовенерология: Клинические рекомендации. Под ред. А.А.Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
3. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. Ю.С.Бутова, Ю.К.Скрипкина, О.Л.Иванова. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2013. – 896 с.
4. Клиническая иммунология и аллергология, Федеральные клинические рекомендации. Под ред. Р.М.Хаитова, Н.И.Ильиной. – М.: «Фармарус Принт Медиа». 2015. С. 76-87.
5. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней: Атлас-справочник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2009. – 304 с.
6. Хаитов Р.М. Иммунология. Структура и функции иммунной системы. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2013. – 280 с.
7. Yoshihisa Y. Metal allergy and systemic contact dermatitis: an overview // Dermatology Research and Practice. 2012. Vol. 12. P.1-5.