



УДК 618.2/3:616.5-001/-002

Л.Н. СУДУТКИНА, В.В. БАЙТЯКОВ

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Медицинский институт,
430032, г. Саранск, ул. Ульянова, д. 26а

Клинико-anamnestические аспекты atopического дерматита у беременных

Судуткина Людмила Николаевна — аспирант кафедры госпитальной терапии, тел.: +7-937-512-58-33, (8342) 32-24-56,

e-mail: sudutln@yandex.ru

Байтяков Владимир Викторович — доктор медицинских наук, доцент курса кожных и венерических болезней, тел.: +7-917-698-49-57,

(8342) 32-23-80, e-mail: baityakov@rambler.ru

Повышение уровня заболеваемости atopическим дерматитом среди взрослых обуславливает актуальность изучения особенностей течения этого дерматоза на фоне беременности. В статье представлены данные обследования 90 беременных женщин, страдающих atopическим дерматитом в стадии обострения. Дана характеристика клинических и anamnestических особенностей этих больных. Проанализированы факторы, способствующие обострению данной патологии и влияющие на тяжесть течения заболевания. Рассмотрены вопросы осложнений беременности у женщин, страдающих atopическим дерматитом. В ходе исследования установлены особенности течения atopического дерматита в зависимости от срока гестационного периода. Получены новые данные о преобладании высыпаний в I триместре беременности.

Ключевые слова: atopический дерматит, беременность, клинические особенности.

L.N. SUDUTKINA, V.V. BAIYAKOV

Mordovia State University named after N.P. Ogareva, Medical School, 26a Ulyanov St., Saransk,
Russian Federation, 430032

Clinicoanamnestic aspects of atopic dermatitis in pregnant

Sudutkina L.N. — postgraduate student of the Department of Hospital Therapy, tel.: +7-937-512-58-33, (8342) 32-24-56,

e-mail: sudutln@yandex.ru

Baiyakov V.V. — D. Med. Sc., Associate Professor of the Course of Skin and Venereal Diseases, tel.: +7-917-698-49-57, (8342) 32-23-80,

e-mail: baityakov@rambler.ru

The increase of atopic dermatitis incidence in adults causes actuality of comprehensive discussion on the background of dermatitis during pregnancy. The article presents data of the survey of 90 pregnant women with atopic dermatitis in acute stage. The clinical and anamnestic features of these patients are characterized. The factors contributing to the aggravation of this disease and affecting the severity of the disease are analyzed. The problems of atopic dermatitis complications in pregnant women are viewed. The study established differences in the course of atopic dermatitis depending on the period of gestation. New data on the prevalence of lesions in I trimester are obtained.

Key words: atopic dermatitis, pregnancy, clinical features.

В настоящее время atopический дерматит (АтД) рассматривают как хроническое рецидивирующее заболевание воспалительно-аллергического генеза с явлениями иммунной несостоятельности, для которого характерен комплекс признаков atopии, псевдоаллергии, вегетативных нарушений с зудом, экссудативными, экзематозными и лихеноидными высыпаниями на коже [1]. Частота АтД неуклонно растет, составляя в различных странах мира от 6 до 25% [2, 3].

АтД представляет собой полиэтиологичное заболевание. Важную роль играет наследственная предрасположенность. Наряду с этим, манифестация заболевания зависит от воздействия средовых факторов, способствующих развитию обострений и хроническому течению заболевания. Восприимчивость к средовым факторам связана с возрастом больного и его конституциональными особенностями (морфофункциональные характеристики желудочно-кишечного тракта, эндокринной, нервной и

иммунной систем). Существенный вклад вносят пищевые и воздушные аллергены [4, 5].

Одним из ведущих факторов, предрасполагающих к формированию АТД, является нарушение кожного барьера, обусловленное мутацией гена филаггрина, что сопровождается повышением трансэпидермальной потери влаги [6, 7]. Повреждения эпидермального барьера создают благоприятные условия для роста и развития бактериальной и грибковой микрофлоры [8].

В современной литературе [9, 10] отмечается увеличение числа больных АТД среди беременных женщин. Ухудшение течения атопического иммуновоспалительного процесса на фоне беременности авторы объясняют физиологической иммуносупрессией, приводящей к активации оппортунистических инфекций. Изменение гормонального фона с преобладанием синтеза прогестерона способствует снижению активности физиологических механизмов противомикробной защиты [9, 10]. Ряд авторов [11, 12, 13] отмечают, что у беременных, страдающих атопическим дерматитом, во время беременности, при родах, в послеродовом периоде осложнения встречаются чаще, чем у женщин без этого заболевания. Патологическое течение беременности и родов, экстрагенитальные заболевания беременной женщины оказывают отрицательное влияние на плод, новорожденного и дальнейшее развитие ребенка.

Цель работы — оценить анамнестические данные, клиническую характеристику атопического дерматита у беременных женщин.

Материал и методы

Проведено открытое проспективное исследование 90 беременных женщин, страдающих атопическим дерматитом. В I, II и III триместрах беременности находились по 30 женщин с АТД; 68 женщин (75,6%) наблюдались по поводу первой беременности, 22 (24,4%) — второй беременности.

Диагноз «атопический дерматит» устанавливался на основании клинических диагностических критериев по J. Hanifin и G. Rajka (1980 г.) [14]. Критерии включения больной в исследование: возраст от 17 лет; беременность; атопический дерматит; добровольное информированное письменное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: терапия системными и (или) топическими кортикостероидами в течение 14 дней до даты включения в исследование; наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации или неполной ремиссии; опухолевые заболевания; перенесенные в последний месяц инфекционно-воспалительные заболевания; тяжелые инфекционные процессы в анамнезе (в том числе ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатит В и С); наличие психических расстройств; злоупотребление больными алкоголем, наркотическими и психоактивными веществами.

Методы исследования пациенток включали сбор медицинского анамнеза (исследовались сроки дебюта заболевания, частота, сезонность и причины обострений, характер и эффективность полученной ранее терапии, характер сопутствующей патологии, семейный анамнез и др.) и клиническую оценку симптомов заболевания. Для оценки тяжести и распространенности АТД использовали систему SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), разработанную Европейской рабочей группой по проблеме атопического дерматита в 1990-1992 годах [15]. Все

обследованные женщины наблюдались у акушера-гинеколога, при необходимости получали консультацию терапевта, гастроэнтеролога.

Статистическую обработку результатов выполнили с использованием пакета прикладных статистических программ Microsoft Excel и Statistica 6.0. В каждой группе однородных данных рассчитаны среднее значение (M) и ошибка среднего значения (m). Степень достоверности различия показателей определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Изучение взаимосвязей между признаками проводили путем расчета коэффициента ранговой корреляции по Спирмену (r). Различия средних величин и корреляционные связи считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Возраст исследованных больных варьировал от 17 до 37 лет, составив в среднем $26,3 \pm 0,97$ лет. В возрасте от 17 до 20 лет были 6 (6,7%) пациенток, от 21 до 25 лет — 45 (50,0%), от 26 до 30 лет — 24 (26,7%), от 31 до 40 лет — 15 больных (16,7%). Дебют заболевания на первом году жизни отмечался у 64 пациенток (71,1%). В возрасте от 1 года до 10 лет АТД впервые проявился в 23 случаях (25,6% больных). Позднее начало заболевания (старше 10 лет) отмечалось у 3 (3,3%) больных. Наследственность была отягощена у 52 больных (57,8%): у 38 пациенток — по материнской линии, у 14 — по отцовской.

Средняя частота рецидивов атопического дерматита в течение последних трех лет до наступления беременности у обследованных пациенток составила $1,76 \pm 0,08$ обострения в год. Факторами, способствующими возникновению рецидивов АТД до беременности, были: психоэмоциональный стресс — у 42 пациенток (46,7%), нарушения в диете — у 20 (22,2%), перенесенные ОРВИ и ангины — у 16 (17,8%), неблагоприятные метеорологические факторы — у 12 (13,3%) больных. На обострения преимущественно в зимний период указывали 48 женщин (53,3%), 36 (40,0%) — испытывали ухудшение в осенне-весенний период, у 6 (6,7%) пациенток обострения заболевания носили внесезонный характер.

Все пациентки неоднократно проходили курсы стационарного и амбулаторного лечения, включающие: гипоаллергенную диету, ограничение контакта с аллергенами, антигистаминные и седативные средства, препараты кальция, средства, нормализующие микрофлору кишечника, витамины, энтеральные сорбенты, наружные кортикостероидные и индифферентные мази и крема. Из 90 больных, находившихся под наблюдением, системные глюкокортикостероиды получали 54 (60,0%), фототерапию и неспецифическую иммунотерапию по 15 пациенток (по 16,7%), цитостатики — 5 больных (5,6%), специфическую иммунотерапию — 1 пациентка (1,1%). Отмечали кратковременный положительный эффект от полученных ранее комплексов терапии 48 пациенток (53,3%). У 34 больных (37,8%) ремиссия составляла от 3 до 6 месяцев. Только у 8 пациенток (8,9%) комплексная терапия приводила к стойкой (более 1 года) клинической ремиссии.

Обострение АТД, послужившее причиной обращения за медицинской помощью, все пациентки связывают с наступлением беременности, 22 женщины (24,4%) также отмечают провоцирующую роль психоэмоционального стресса, 18 беременных (20,0%) — погрешностей в питании, 10 больных (11,1%) — приема лекарственных препаратов.



Сопутствующие заболевания отмечались у 86 пациенток (95,6%). Чаще всего встречались патология пищеварительной системы — 44 пациентки (51,2%), другие аллергические заболевания (поллиноз, бронхиальная астма, аллергический конъюнктивит) — 26 женщин (30,2%), реже отмечались заболевания женской половой сферы (аднексит, поликистоз яичников, нарушения менструального цикла) — 12 беременных (13,9%), анемия беременных — 4 обследованные (4,7%).

Все пациентки предъявляли жалобы на кожные высыпания, сопровождающиеся зудом, сухостью, шелушением кожных покровов; 47 пациенток (54,2%) характеризовали зуд как «постоянный», 24 больные (26,7%) — как «ночной интенсивный», 19 больных (21,1%) — как «ночной умеренный». Болезненные ощущения в области высыпаний отмечали 27 больных (30,0%). Среди общих жалоб отмечались раздражительность (78 больных — 86,7%), расстройство сна (76 женщин — 84,4%), повышенная утомляемость (49 пациенток — 54,4%). 26 пациенток (28,9%) предъявляли жалобы на периодические боли в животе, отрыжку, тошноту, изжогу, склонность к запорам.

У 70 обследованных женщин (77,8%) атопический дерматит соответствовал позиции «Стадия обострения: фаза выраженных клинических проявлений» [16]. Кожные проявления заболевания у них характеризовались очагами поражения с преимущественной локализацией на коже лица, шеи. Высыпания носили преимущественно эритематозно-сквамозный или папулезный характер, с выраженной инфильтрацией, множественными эскориациями линейного характера, покрытыми геморрагическими корочками. В очагах поражения помимо эритемы наблюдались мелкие плоские полигональные, а также фолликулярные папулы, сливающиеся друг с другом и образующие участки утолщения кожи с усилением кожного рисунка (лихенизация). На поверхности очагов — мелкопластинчатое и отрубевидное шелушение. Микровезикуляция и мокнутия не отмечались.

У 20 женщин (22,2%) характер высыпаний соответствовал позиции «Стадия обострения: фаза умеренных клинических проявлений» той же классификации [16]. У них отмечалась бледная эритема,

незначительная инфильтрация и лихенизация. У 56 пациенток (62,2%) кожный процесс носил ограниченно локализованный характер с поражением до 10% кожного покрова. Распространенный АТД (поражение от 10 до 50% кожи) отмечался у 31 женщины (34,4%), диффузный (поражение более 50% кожного покрова) — у 3 больных (3,3%).

Значения индекса SCORAD у обследованных пациенток варьировал от 8,4 до 43,6 балла, в среднем составив $17,9 \pm 1,75$ балла. Легкая степень тяжести АТД (SCORAD до 20 баллов) отмечалась у 62 беременных женщин (68,9%), средняя степень тяжести (SCORAD 20-40 баллов) — у 22 (24,4%), тяжелая (SCORAD выше 40 баллов) — у 6 пациенток (6,67%).

Зависимость индекса SCORAD от возраста обследованных беременных женщин приведена в таблице 1. Расчет коэффициента ранговой корреляции между возрастом и индексом SCORAD не выявил достоверной взаимосвязи ($r = -0,09$, $p > 0,05$).

Величина индекса SCORAD у пациенток с различным сроком беременности приведена в таблице 2. С помощью t-критерия Стьюдента было выявлено, что величина SCORAD у пациенток в I триместре беременности выше ($p < 0,05$), чем у пациенток, находящихся во II триместре. Различия индекса у пациенток II и III триместров не было достоверным ($p > 0,05$).

Ксероз (общая сухость кожи) отмечался у 78 (86,7%) беременных женщин, страдающих атопическим дерматитом. Сухость и шелушение кожи в наибольшей степени были выражены в области шеи, верхних конечностей. Явления хейлита от легкой сухости и шелушения красной каймы губ до выраженного воспаления с трещинами в углах рта были у 6 пациенток (6,7%). Явления вторичной пиодермии отмечались у 3 пациенток (3,3%), плоские бородавки — у 7 женщин (7,8%).

Различные варианты патологии беременности отмечались у 67 из обследованных женщин (74,4%). Наиболее часто отмечались угроза прерывания беременности, гестоз, ранний токсикоз, фетоплацентарная недостаточность. У некоторых пациенток патология беременности имела сочетанный характер. У пациенток с патологией беременности атопический дерматит протекал тяжелее ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблица 1.
Тяжесть течения атопического дерматита у беременных женщин различного возраста

Возрастная категория	Количество больных (n)	Индекс SCORAD (M±m)
17-20 лет	6	$13,2 \pm 1,00$
21-25 лет	45	$21,1 \pm 2,83$
26-30 лет	24	$15,0 \pm 1,90$
31-40 лет	15	$16,7 \pm 5,64$

Таблица 2.
Зависимость течения атопического дерматита у беременных женщин от сроков гестации

Сроки беременности	Количество больных (n)	Индекс SCORAD (M±m)
I триместр (1-12 недель)	30	$21,4 \pm 2,47$
II триместр (13-26 недель)	30	$15,4 \pm 1,24$
III триместр (27-39 недель)	30	$18,7 \pm 2,30$

Таблица 3.

Влияние патологии беременности на течение atopического дерматита

Наличие осложнений беременности у женщин с АД	Количество больных (n)	Индекс SCORAD (M±m)
Есть	67	20,8±2,24
Нет	23	14,4±1,94

Обсуждение

В литературе имеются сообщения об обострении atopического дерматита при наступлении беременности. Так, Д.К. Домбровской [17] выявлено ухудшение АД на фоне беременности у 59,5% пациенток; 34,9% больных atopией не отметили какой-либо динамики в протекании дерматоза при наступлении беременности; у 5,6% женщин АД на фоне беременности протекал более легко, чем до ее наступления.

По мнению некоторых авторов [18, 19], ухудшение течения АД при наступлении беременности связано с общей и местной иммуносупрессией, которая облегчает иммунопатологические процессы. Можно также предположить провоцирующее значение лекарственной нагрузки, возрастающей при беременности, а также — изменения пищевого поведения.

Выявленное нами ухудшение течения АД в I триместре беременности также отмечается в литературе [11, 12]. Вместе с тем, нами не обнаружено описанное А.Б. Аленкиной [13] преимущественное поражение кожи лица и шеи у женщин с atopией в I триместре беременности. Н.К. Тетрашвили [20] связывает обострение atopического дерматита в I триместре беременности с имплантацией, последующей инвазией трофобласта и, следующей за этими процессами, специфической перестройкой материнского организма, которая сопровождается морфологическими и функциональными изменениями в иммунной системе.

А.В. Петухова [11] отмечает повышение частоты гестоза и преждевременных родов у пациенток с

аллергической патологией. Есть мнение [21], что одним из механизмов прерывания беременности могут быть аллоиммунные нарушения, при которых иммунный ответ матери направлен против антигенов плода.

Таким образом, наступление беременности можно рассматривать в качестве одного из триггерных механизмов, способствующих обострению atopического дерматита. Наряду с иммунологической перестройкой в организме беременной женщины, причинами ухудшения течения дерматоза, вероятно, являются увеличение лекарственной нагрузки и изменение пищевого поведения. Более тяжелое течение АД отмечается в I триместре беременности. В последующем, вероятно, происходит адаптация иммунной системы к изменившимся условиям (гормональный фон, развивающийся эмбрион, характер питания и т.д.).

Тяжесть течения atopического дерматита не зависит от возраста беременных женщин.

У беременных с АД часто развивается патология беременности. В свою очередь, у женщин с патологическим течением беременности, тяжелее протекает atopический процесс.

Таким образом, проблема изучения особенностей иммунопатогенеза и клинического течения АД у беременных женщин остается актуальной. Новые данные в этой области позволят лучше прогнозировать течение беременности и родов, повысить возможность своевременного лечения и правильного родоразрешения для получения жизнеспособного плода.

ЛИТЕРАТУРА

- Сергеев Ю.В., Новиков Д.К., Караулов А.В. и др. Atopический дерматит: основы патогенеза // Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2001. — № 3. — С. 61-73.
- Смирнова Г.И. Современная концепция лечения atopического дерматита. — М.: Прима-Центр, 2006. — 132 с.
- Williams H.C. Epidemiology of human atopic dermatitis — seven areas of notable progress and seven areas of notable ignorance // *Vet. Dermatol.* — 2013. — Vol. 24. — P. 3-9.
- Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем / Под ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиней. — М.: Литтрепра, 2005. — 882 с.
- Sehgal V.N., Srivastava G., Dogra S. Atopic dermatitis: current options and treatment plan // *Skinmed.* — 2010. — № 8 (6). — P. 335-344.
- Kubo A., Nagao K., Amagai M. Epidermal barrier dysfunction and cutaneous sensitization in atopic diseases // *J. Clin. Invest.* — 2012. — Vol. 122. — P. 440-447.
- McAleer M.A., Irvine A.D. The multifunctional role of filaggrin in allergic skin disease // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2013. — Vol. 131. — P. 280-291.
- Na S.Y., Roh J.Y., Kim J.M. et al. Analysis of Colonization and Genotyping of the Exotoxins of *Staphylococcus aureus* in Patients with Atopie Dermatitis // *Ann. Dermatol.* — 2012. — Vol. 24. — P. 413-419.
- Щеголева В.В. Особенности клиники, патогенеза и подходов к терапии простого герпеса, ассоциированного с патологией щитовидной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2005. — 26 с.
- Gillgrass A.E., Tang V.A., Towarnicki K.M. et al. Protection against genital herpes infection in mice immunized under different hormonal conditions correlates with induction of vagina-associated lymphoid tissue // *Virology.* — 2005. — Vol. 79. — P. 3117-3126.
- Петухова А.В. Клинико-лабораторные особенности течения беременности и родов у женщин с аллергическими заболеваниями: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2012. — 23 с.

- Каширская Е.Н. Atopический дерматит и беременность (особенности клиники, гормонально-метаболической перестройки, тактика ведения беременных как первичная профилактика atopического дерматита у детей): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 1998. — 18 с.

- Аленкина А.Б. Дерматозы у беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 19 с.

- Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopie dermatitis // *Acta Derm. Venerol. Suppl. (Stockh.)*. — 1980. — № 92. — P. 44-47.

- Stalder J.F., Taieb A. Severity scoring of atopie dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European task force on atopie dermatitis // *Dermatology.* — 1993. — № 186. — P. 23-31.

- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению atopического дерматита. — М., 2013. — 28 с.

- Домбровская Д.К. Течение atopического дерматита и состояние кожного барьера у беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2013. — 15 с.

- Суворова К.Н., Антоньев А.А., Довжанский С.И. Atopический дерматит. — Саратов, 1989. — С. 141-152.

- Мальцев К.А., Бахтилин В.Я., Сидорова С.Н. Клинико-лабораторная характеристика нейродермита у беременных женщин и состояние здоровья их детей // Патогенез, клиника и лечение хронических дерматозов и болезней, передаваемых половым путем. — Свердловск, 1990. — С. 163-171.

- Тетрашвили Н.К. Роль иммунных взаимодействий на ранних этапах физиологической беременности и при привычном выкидыше // *Иммунология.* — 2008. — № 2. — С. 124-129.

- Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: метод. пособия и клин. протоколы / В.М. Сидельникова. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 224 с.