

DOI: 10.14427/jipai.2016.4.74

Хронический актинический дерматит: ретроспективный анализ 65 пациентов, находящихся на лечении в клиниках ФГБОУ в САМГМУ

П.Е. Коннов, Е.В. Орлов, А.В. Жестков

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Самара, Россия

Chronic actinic dermatitis: a retrospective analysis of 65 patients undergoing treatment in clinics of the Samara State Medical University

P.E. Konnov, E.V. Orlov, A.V. Zhestkov

Samara state medical University of Minzdrav of Russia, Samara, Russia

Аннотация

Хронический актинический дерматит (ХАД) - иммунологически опосредованный фотодерматоз, характеризующийся зудящими экзематозными поражениями на участках кожи, подверженных воздействию солнечных лучей. Проведено обследование 65 пациентов с целью изучения и анализа клинических, фотобиологических и аллергологических характеристик ХАД, проявления которого возникают в весенне-летне-осенний период, имитируют аллергический контактный дерматит, экзему, диффузный вариант атопического дерматита. В соответствии с результатами фототеста у всех пациентов отмечается изменение фоточувствительности: к УФА и УФВ - у 77,1%, только к УФА - 10,7%, только к УФВ - 9,2%. Практически у всех пациентов была отмечена сенсибилизация к растительным аллергенам.

Ключевые слова

Хронический актинический дерматит, аномальная фоточувствительность, фоточувствительный дерматит, сенсибилизация к растительным аллергенам.

Введение

Хронический актинический дерматит (ХАД) описывает состояние с ненормальной фоточувствительностью, включает в себя актинический ретикулоид, фоточувствительную экзему и воздействие солнечного света [1, 2]. Этот фоточувствительный дерматит является иммунологически опосредованным фотодерматозом, характеризующимся зудящими экзематозными

Summary

Chronic actinic dermatitis (HAD) - immunologically mediated photodermatosis characterized by pruritic eczematous lesions on areas of skin exposed to sunlight. Examined 65 patients with the purpose of the study and analysis of clinical, allergological and photobiological characteristics of HAD, the manifestations of which occur during the spring-summer-autumn period, mimic allergic contact dermatitis, eczema, diffuse variant of atopic dermatitis. In accordance with the results of phototest all patients marked change of photosensitivity: both UVA and UVB - from 77.1 per cent, only to UVA - 10.7%, only to UVB is 9.2%. Almost all patients were marked sensitization to vegetable allergens.

Keywords

Chronic actinic dermatitis, abnormal photosensitivity, photosensitive dermatitis, sensitization to plant allergens.

поражениями на участках кожи, подверженных воздействию солнечных лучей [3].

Заболеванию подвержены мужчины среднего и пожилого возраста [4]. ХАД не может явиться непосредственной причиной смерти больного, однако течение заболевания может быть тяжелым, что приводит к потере трудоспособности. Диагностически при ХАД учитываются три основных критерия: 1) воздействие мини-

мальных эритемных доз УФА и УФВ, 2) стойкие экзематозные очаги в местах, подверженных облучению и иногда необлученных участков и 3) гистопатологические изменения напоминающие хроническую экзему [5].

Патогенез ХАД до сих пор полностью не выяснен. Клиническими и гистологическими особенностями являются наличие в основном CD8+ Т-клеток в дерме и паттерны адгезии активированных молекул в ХАД, которые напоминают картину аллергического контактного дерматита и атопической экземы [6]. Высказывается предположение о причинно-следственной связи между формой контактной аллергии и развитием ХАД.

Пациенты с ХАД имеют аномальные фотореакции на УФА и УФВ и иногда на видимый свет [7, 8].

К сожалению, в отечественной литературе мало освещена проблема ХАД.

Цель исследования – изучение и анализ особенностей течения ХАД.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в отделении дерматовенерологии Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России находились 65 больных ХАД.

Диагностические критерии ХАД складывались из клинических, гистологических и фотодиагностических тестов. У всех больных отсутствовал в анамнезе контакт с воздействием известного локального и системно действующего фотосенсибилизатора, однако отмечались аномальные задержки эритемной реакции на УФА и/или УФВ и/или видимого света на базе монохромного фототеста. Гистологическая микрокартина демонстрировала спонгиозный дерматит с лимфогистиоцитарным инфильтратом и акантозом эпидермиса.

Для проведения фототеста были использованы источники излучения УФА-спектра (320-400 нм), УФВ-спектра (290-320 нм) и видимый свет. Фототест проводился для определения минимальной эритемной дозы по методике, описанной ранее [9, 10].

Учитывая, что заболевание возникало в весенне-летне-осенний период и по клиническим проявлениям имитировало экзематозный процесс при контактном аллергическом дерматите, экземе или атопическом дерматите, проводилось количественное и качественное определение спектра аллергенов, к которым наблюдалась сенсибилизация у обследованных больных. Для этого проводилось определение общего и аллерген-специфических IgE в сыворотке крови с

помощью твёрдофазного иммуноферментного анализа. В работе использовались диагностические наборы фирм "Хема-Медика" (Россия), "ДИА-плюс" (Швейцария), "ASIVT" (США).

Результаты и обсуждение

При отборе пациентов было отмечено, что все больные были лица мужского пола. Обращая внимание на возрастной состав можно отметить, что основной контингент больных – лица старше 40 лет – 61 пациент (93,9%), причем в возрасте от 50 до 60 лет этот показатель составил 64,6%, старше 60 лет (32,3%), возраст остальных больных (3,1%) – 35-50 лет.

В зависимости от особенностей начала заболевания, распространенности поражения и клинической картины все больные были разделены на 3 группы:

1 группа обследованных (фото 1) – больные с вовлечением в экзематозный процесс открытых участков тела (голова, шея, надплечье, кисти, предплечья). Начало и обострение в весенне-летне-осеннее время. Кожные проявления заболевания соответствовали клинике экземы и характеризовались очагами поражения с развитием эритемы, везикуло-папулезных элементов с мокнутием, эксфолиациями, корочками, развитием инфильтрации. Всего 18 человек (27,7%). У всех пациентов отмечался красный дермографизм.

2 группа (фото 2) – 26 пациентов (40%) с уже распространённой формой экзематозного процесса (голова, шея, туловище, верхние и нижние конечности), которой предшествовали в анамнезе признаки экзематозного процесса, характерного для первой группы больных. Кожные проявления заболевания характеризуются очагами поражения с развитием эритемы, везикуло-папулезных элементов с мокнутием, эксфолиациями, корочками, развитием инфильтрации, лихенификации. У 16 пациентов отмечался красный дермографизм (30,8%), и 6 больных имели смешанный дермографизм (9,2%).

3 группа (фото 3) – 21 человек (32,3%), с развившимся диффузным поражением кожных покровов с преобладанием лихенификации, сопровождающееся белым дермографизмом (32,3%), и интенсивным зудом. Эти пациенты, как правило, имеют в анамнезе клинические характеристики свойственные 1-й и 2-й группам.

Изменение фоточувствительности были зарегистрированы во всех случаях (рис. 1). Наибольшая группа 50 пациентов во всех случаях (77,1%) отреагировала снижением минимальной эритематозной дозы (МЕД) при использовании и



Фото 1. Больной с вовлечением в экзематозный процесс открытых участков тела



Фото 2. Больной с распространённой формой экзематозного процесса



Фото 3. Больной с развившимся диффузным поражением кожных покровов с преобладанием лихенификации

УФА, и УФВ. У 7 пациентов (10,7%) отмечалось снижение МЕД только УФА. У 6 пациентов (9,2%) снизилась МЕД только при тестировании УФВ. Два пациента (3%) отмечали снижение МЕД с использованием видимого света, у которых также зарегистрировано снижение МЕД УФА и УФВ.

Большинство больных жаловались на расстройство сна, раздражительность, повышенную утомляемость, угнетённое настроение.

Дерматит, связанный с пылью сложноветвистых растений, возникает у 86% пациентов и может имитировать ХАД или предшествовать появлению фоточувствительности у пациентов с ХАД [11-13].

Анализ позволяет отметить, что на апрель приходится 3% случаев заболевания, 9,2% - на май, 13,8% - на июнь, 9,3% - на сентябрь, 7,7% - на октябрь, а наибольшее количество случаев начала заболевания приходится на июль-август и составляет 24,7% и 32,3% случаев соответственно.

Нужно отметить, что у 73,8% больных наблюдаются сезонные колебания рецидивов в весенне-летне-осеннее время и, как правило,

они зависели от инсоляции открытых кожных покровов и, вероятно регионального календаря цветения растений, к которым выявлялась сенсibilизация (рис. 2). У 26,2% больных сезонные колебания рецидивов сопровождались и внесезонными обострениями. Как правило, это были больные со стажем заболевания 4 и более лет, что свидетельствует об эволюции аллергического заболевания. Следует отметить, что наименьший показатель длительности заболевания ХАД наблюдается в 1-й группе и соответствует начальным проявлениям экзематозного процесса, вследствие воздействия инсоляции и растительных аллергенов (табл. 1).

В таблице 2 представлены сравнительные результаты проведенного иммуноферментного анализа с основными растительными аллергенами.

Начальные проявления сенсibilизации (+ и ++) отмечены во всех исследуемых группах с наибольшим показателем относительно амброзии (16,94%), полыни (15,40%) и тимофеевки (12,32%). Низкое и умеренно высокое содержание аллерген-специфических IgE регистрируется на одуванчик, лисохвост, амброзию, полынь, березу,

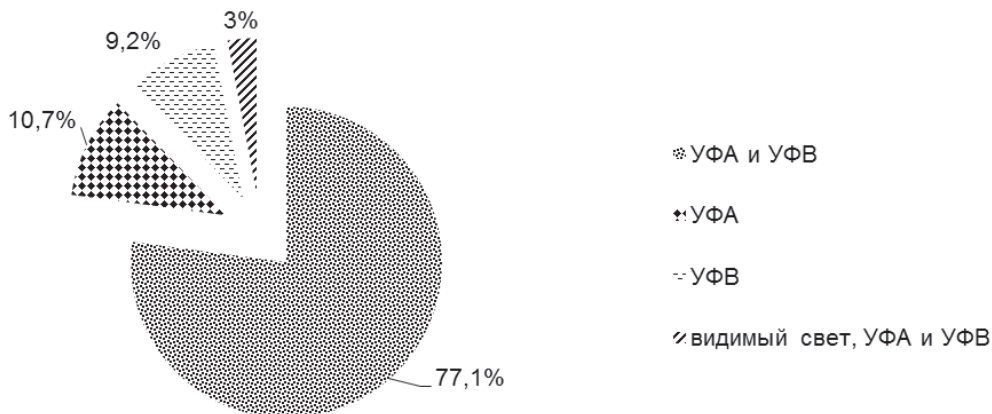


Рис. 1. Результаты аномальной светочувствительности у пациентов

Таблица 1. Показатели длительности заболевания 1-й, 2-й и 3-й групп

Стаж болезни, лет	\bar{X}	x_{\min}	x_{\max}	s
1 группа	3,3	1,0	6,0	0,4
2 группа	9,7	1,5	40,0	1,5
3 группа	7,7	2,0	22,0	1,3

Примечание:

\bar{X} - среднее арифметическое значение; x_{\max} - выборочный максимум; x_{\min} - выборочный минимум; s - выборочная оценка стандартного отклонения;

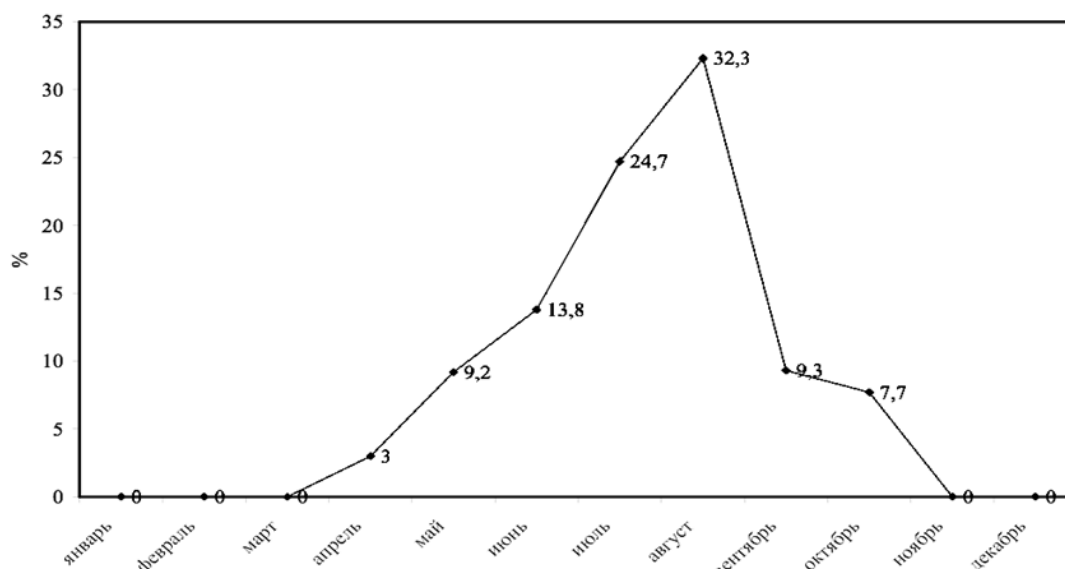


Рис. 2. Частота начала заболевания ХАД в зависимости от времени года

Таблица 2. Оценка содержания аллерген-специфического IgE к растительным аллергенам в исследуемой сыворотке у лиц исследуемых групп с экзематозным процессом

Наименование растительного аллергена	1 группа (n=18)		2 группа (n=26)		3 группа (n=21)		Всего (n=65)	
	раст-класс (++++ и +++) абс./%	раст-класс (++ и +) абс./%	раст-класс (++++ и +++) абс./%	раст-класс (++ и +) абс./%	раст-класс (++++ и +++) абс./%	раст-класс (++ и +) абс./%	раст-класс (++++ и +++) абс./%	раст-класс (++ и +) абс./%
Костер	6/9,23	-	3/4,61	-	4/4,61	-	13/18,45	-
Ясень	2/3,08	-	1/1,54	-	1/1,54	-	4/6,16	-
Циклохеня	2/3,08	-	2/3,08	1/1,54	2/3,08	-	6/9,24	1/1,54
Одуванчик	1/1,54	2/3,08	2/3,08	1/1,54	5/7,70	-	8/12,32	3/4,61
Клён	-	-	2/3,08	1/1,54	2/3,08	-	4/6,16	1/1,54
Лисохвост	2/3,08	2/3,08	9/13,86	1/1,54	4/6,16	-	15/23,10	3/4,61
Амброзия	8/12,32	3/4,61	13/18,45	5/7,70	14/21,56	3/4,61	35/53,90	11/16,94
Полынь	6/9,24	2/3,08	16/24,64	6/9,24	15/23,10	2/3,08	37/56,98	10/15,40
Берёза	2/3,08	-	1/1,54	3/4,61	2/3,08	-	5/7,70	3/4,61
Ольха	3/4,61	1/1,54	5/7,70	2/3,08	1/1,54	1/1,54	9/13,86	4/6,16
Райграс	5/7,70	-	3/4,61	-	5/7,70	-	13/20,02	-
Ежа	2/3,08	2/3,08	10/15,40	3/4,61	11/16,94	1/1,54	23/35,42	6/9,24
Лебеда	1/1,54	1/1,54	8/12,32	3/4,61	11/16,94	-	20/30,80	4/6,16
Тимофеевка	2/3,08	4/6,16	10/15,40	4/6,16	9/13,86	-	21/32,34	8/12,32
Конопля	-	-	1/1,54	-	2/3,08	-	3/4,16	-
Мятлик	-	-	-	-	2/3,08	-	2/3,08	-
Полевица	-	-	-	-	1/1,54	-	1/1,54	-
Овсяница	1/1,54	-	1/1,54	3/4,61	-	1/1,54	2/3,08	4/6,16
Чертополох	-	1/1,54	-	-	2/3,08	1/1,54	2/3,08	2/3,08
Кукуруза	-	-	-	-	-	1/1,54	-	1/1,54
Лещина	-	-	-	4/6,16	-	-	-	4/6,16
Подсолнечник	-	-	-	1/1,54	-	-	-	1/1,54

ольху, ежу, лебеду, тимофеевку, овсяницу, чертополох, кукурузу, лещину, подсолнечник.

Результаты проведенного иммуноферментного анализа выявили достоверно высокое и очень высокое (+++ и ++++) содержание аллерген-специфических IgE к полыни, амброзии, еже, тимофеевке и лебеду, где эти показатели достигли наибольших цифр по сравнению с остальными растительными аллергенами. Важно отметить, что при рассмотрении этих показателей в зависимости от групповой принадлежности, наибольший процент высокой чувствительности к растительным аллергенам отмечается во 2-й и 3-й группах, т.е. в группах с наиболее тяжелым течением экзематозного процесса. У полыни и амброзии они составили 23,1% и 21,56% в 3-й группе, 24,64% и 18,45% во

2-й группе и 9,24% и 12,32% соответственно в 1-й группе.

Таким образом, у пациентов обследуемых групп выявлена поливалентная сенсibilизация на растительные аллергены с наибольшими показателями в 3-й и 2-й группах, где отмечается более длительный стаж болезни и максимальная выраженность экзематозного процесса.

Заключение

Таким образом, ХАД является дерматозом с аномальной светочувствительностью, характеризующимся зудящими экзематозными и лихенифицированными очагами. Практически у всех пациентов отмечена сенсibilизация к растительным аллергенам, которые возможно влияют на изменение фоточувствительности.

Литература

1. Hawk JLM. Cutaneous photobiology. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). *Textbook of Dermatology*, Vol. 2, 6th edn. Oxford: Blackwell Science, 1998; 973–94.
2. Hawk JLM, Norris PG. Abnormal responses to ultraviolet radiation: Idiopathic. In: Freedberg IM, Eizen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz S, Fitzpatrick TB (eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, Vol. 1, 5th edn. New York, NY: McGraw-Hill, 1999; 1573–89.
3. Menage H, Hawk JLM. The idiopathic photodermatoses: chronic actinic dermatitis. In: Hawk JLM, editor. *Photodermatology*. London: Arnold, 1999: 127–42.
4. Murphy GH, White IR, Hawk JLM. Allergic airborne contact dermatitis to compositae with photosensitivity – chronic actinic dermatitis in evolution. *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed*. 1990; 7: 38–9.
5. Somani VK. Chronic actinic dermatitis: a study of clinical features. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005; 71(6):409–13.
6. Emily L. Forsyth and Thomas P. Millard. Diagnosis and Pharmacological Treatment of Chronic Actinic Dermatitis in the Elderly. *An Update THERAPY IN PRACTICE Drugs Aging* 2010; 27 (6): 451–456.
7. van de Pas CB, Kelly DA, Seed PT, et al. Ultraviolet radiation induced erythema and suppression of contact hypersensitivity responses in patients with polymorphic light eruption. *J Invest Dermatol* 2004; 122(2): 295–9.
8. Freeman SE, Hacham H, Gange RW, et al. Wavelength dependence of pyrimidine dimer formation in DNA of human skin irradiated in situ with ultraviolet light. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1989; 86(14): 5605–9.
9. Lim HW, Hawk J. Evaluation of the photosensitive patient. In: Lim HW, Ho nigsmann H, Hawk J, editors. *Principles and practice of photodermatology*. New York: Marcel Dekker; 2007. 139–48.
10. Lim HW, Cohen D, Soter NA. Chronic actinic dermatitis: results of patch and photopatch tests with Compositae, fragrances and pesticides. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38(1): 108–11.
11. Menage H, Hawk JLM, White IR. Sesquiterpene lactone mix contact sensitivity and its relationship to chronic actinic dermatitis: A follow up study. *Contact Dermatitis* 1998; 39: 119–22.
12. Zak-Prelich M, Schwartz R. Actinic reticuloid. *Int. J. Dermatol.* 1999; 38: 335–42.
13. Menage H, Ross J, Norris P, Hawk JLM, White I. Contact and photocontact sensitization in chronic actinic dermatitis: Sesquiterpene lactone mix is an important allergen. *Br. J. Dermatol.* 1995; 132: 543–7.

Сведения об авторах:

Орлов Е.В. – д.м.н., профессор, зав.кафедрой кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия;
 Коннов Павел Евгеньевич (Коплов Р.Е.) – к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней, заведующий отделением дерматовенерологии Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия. E-mail: koploff@yandex.ru. Тел.: +7-927-204-91-33.
 Жестков А.В. - д.м.н., профессор, зав.кафедрой общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 443099, г. Самара, Россия.

Поступила 28.10.2016 г.