

Л. В. Юрлова

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЕЯКИХ КЛІНІЧНИХ І ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ДЛЯ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ Й ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГНІЗДОВУ АЛОПЕЦІЮ

Одеський державний медичний університет

Проблема гніздової алопеції (ГА) залишається актуальною не тільки тому, що це одне із найчастіших захворювань серед дерматозів [1; 2]. Захворюваність на неї зростає і становить нині 17:100 000 [3], при цьому багато питань з оцінки ступеня тяжкості, прогнозу й лікування захворювання не вирішені [4; 5]. Клініцистам добре відомий клінічний поліморфізм ГА, яка може перебігати у вигляді локальної форми, стрічкоподібної у формі корони (офіазис), субтотальної, тотальної й універсальної форм.

Основні критерії ступеня тяжкості ГА у сучасній класифікації — розмір вогнищ і загальна площа облісіння волосистої частини голови [6]. Так, до локальної, або легкої, форми гніздового облісіння належать одне або кілька вогнищ алопеції діаметром до 5 см, загальна площа випадіння волосся на голові — до 25 %. До середньотяжкого ступеня облісіння зараховують вогнища діаметром до 10 см із загальною площею випадіння волосся на голові до 50 %. Тяжка ГА представлена субтотальною, тотальною (повне випадіння волосся на голові) й універсальною формами облісіння (відсутність також вій, брів, часткова або повна втрата пушкового волосся). Через відносність цих критеріїв деякі автори зараховують субтотальну алопецію як до середньотяжкої, так і до тяжкої форми захворювання [7]. Водночас

висловлюються думки, що на перебіг ГА впливають деякі клінічні (оніходистрофії, атопічні захворювання у хворих, тривалість захворювання) і лабораторні фактори (порушення тіолдисульфідного обміну і підвищення МДА) [4; 7; 8]. Проте ці дані не виходять за межі клінічних спостережень і не мають чіткої доказової бази.

Мета роботи — розробити клініко-лабораторні критерії, що визначають ступінь тяжкості і прогноз захворювання у хворих із різними формами ГА.

Матеріали та методи дослідження

Нами обстежено 108 хворих на ГА різного ступеня тяжкості, з яких чоловіків було 65 (60,0 %), жінок — 43 (40,0 %). Середній вік становив $(25,4 \pm 1,1)$ року. До I групи включено 53 пацієнти з локальною формою алопеції. Поодинокі рецидиви спостерігалися всього у 4 (7,5 %) хворих. Поздовжня покресленість і помутніння нігтьових пластинок виявлені у 3 (5,7 %) хворих. До II групи увійшли 36 осіб із середньотяжким перебігом захворювання. Тривалість облісіння — $(3,5 \pm 0,1)$ року, рецидиви спостерігалися у 27 (75 %) пацієнтів, у середньому — 2,8 на одного пацієнта. Ламкість і поперечна покресленість нігтів зафіксована у 5 (13,9 %) пацієнтів. До III групи увійшло 19 хворих із тяжкою формою алопеції: субтотальна (10 осіб), тотальна (6), універсальна (3). Три-

валість захворювання — $(5,8 \pm 0,7)$ року, неодноразові рецидиви (від 3 до 12) спостерігалися у 100 % обстежених, у середньому 4,8 на одного пацієнта. Оніходистрофії виявлені у 7 (36,8 %) хворих.

Для оцінки стану хворих ми використовували 28 показників: із них 14, які характеризують стан усіх ланок імунітету; 8 — що дозволяють аналізувати окисно-відновну активність тіолдисульфідної системи; 6 — що свідчать про наявність або відсутність ендогенної інтоксикації. Усі отримані результати обробляли за допомогою загальноприйнятих у медико-біологічних дослідженнях методів статистичного аналізу (коефіцієнти і таблиці взаємного зв'язку К. Пірсона і А. А. Чупрова) на персональному комп'ютері з використанням статистичного пакета Microsoft Excel, 2000 [9].

Ці методи дослідження сьогоріди широко використовуються і опубліковані нами у попередніх роботах, в яких було показано, що у хворих із ГА існують серйозні порушення Т-клітинної ланки імунітету і тіолдисульфідного обміну, які призводять до ендогенної інтоксикації [10; 11].

На підставі власних спостережень і даних літератури виділено основні клінічні показники, які, на наш погляд, можуть відігравати певну роль в оцінці ступеня тяжкості й прогнозу захворювання: тривалість алопеції, вік, в якому вона почала-



Таблиця взаємного зв'язку між частотою деяких клінічних показників, ступенем тяжкості й ефективністю лікування у хворих із гніздовою алопецією

Досліджуваний кореляційний зв'язок	Статистичний показник			
	χ^2	P	K_{Π}	$K_{\text{Ч}}$
Тривалість захворювання і ступінь тяжкості алопеції	30,09	<0,0001	0,46679	0,44384
Вік хворого, в якому розпочалося захворювання, і ступінь тяжкості облісіння	18,71	<0,01	0,38428	0,2475
Ступінь тяжкості алопеції і результати лікування	75,77	$\leq 0,0001$	0,65844	0,49196
	50,67	$\leq 0,0001$	0,57609	0,41907
Наявність рецидивів і результати лікування	37,28	$\leq 0,0001$	0,52887	0,44063
	23,50	$\leq 0,0001$	0,43269	0,33937
Ураження нігтів і ефективність лікування	14,42	<0,001	0,44612	0,36487

Примітка. У табл. 1 і 2: χ^2 — різниця у ступені розподілу ознаки; P — ступінь вірогідності цих відмінностей; K_{Π} — коефіцієнт взаємного зв'язку П. Пірсона; $K_{\text{Ч}}$ — коефіцієнт взаємного зв'язку А. А. Чупрова. У чисельнику — найближчі результати лікування, у знаменнику — віддалені результати лікування.

ся, наявність рецидивів і оніходистрофії.

З-поміж лабораторних показників найінформативнішими у хворих були зміни імунорегуляторного індексу (CD4/CD8), вмісту у сироватці крові SH-груп, рівня SH/SS red/ox потенціалу, а також малонового діальдегіду (МДА), циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) і середньомолекулярних пептидів (СМП, $\lambda = 254$ нм). Це послужило підставою для дослідження наявності кореляційних взаємозв'язків між ними, ступенем тяжкості та результатами лікування захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз частоти розподілу ознак у різних групах хворих із ГА переконливо довів, що між ними, ступенем тяжкості облісіння і результатами лікування існує позитивна кореляція (табл. 1).

Найбільш тісний зв'язок виявлено між ступенем тяжкості алопеції й результатами лікування. Але ступінь тяжкості алопеції визначається, перш за все, тривалістю захворювання, меншою мірою — віком, в якому воно вперше виявилось. Так, у осіб із початком захворювання в дитячому віці, до 10 років, більше шансів на тривалий, тяжкий і рецидивний перебіг ГА.

Дуже важливим фактором, що визначає ступінь тяжкості захворювання і ефективність його лікування, є наявність рецидивів у анамнезі або під час лікування. Так, у осіб без рецидивів добрий результат може спостерігатися у 94,8 %, а відсутність ефекту практично виключена. У осіб із рецидивами захворювання добрий результат можливий тільки у 54,5 % випадків, а слабкий ефект або його відсутність — у 18,2 % пацієнтів. Так само пацієнти з ураженням нігтів мають тяжкий прогноз, ніж особи без оніходистрофії. Про це свідчить наявність кореляційного зв'язку середньої сили між наявністю

у хворих даної ознаки і результатами лікування.

До можливих лабораторних прогностичних показників належать рівні МДА, циркулюючих імунних комплексів, імунорегуляторний індекс CD4/CD8, вміст SH-груп і окисно-відновний SH/SS-коефіцієнт у білковій фракції сироватки крові, а також наявність середньомолекулярних пептидів у сироватці крові хворих на ГА.

Аналізуючи ці результати, можна з упевненістю сказати, що всі ці показники мають прогностичне значення в оцінці очікуваного терапевтичного ефекту в хворих (табл. 2). Найбільш виражений кореляційний зв'язок між результатами лікування, імунорегуляторним індексом CD4/CD8 і вмістом середньомолекулярних пептидів.

Виникає питання, чи достатньо для прогнозу захворюван-

Таблиця коефіцієнтів взаємного зв'язку між найбільш демонстративними лабораторними показниками і ефективністю лікування

Досліджуваний кореляційний зв'язок	Статистичний показник			
	χ^2	P	K_{Π}	$K_{\text{Ч}}$
МДА, мкмоль/л	8,96	<0,001	0,2454	0,2483
ЦІК, ум. од.	10,62	<0,001	0,3218	0,2991
Імунорегуляторний індекс CD4/CD8	22,19	$\leq 0,0001$	0,4333	0,3399
	29,63	$\leq 0,00001$	0,4745	0,3811
Коефіцієнт SH/SS red/ox	4,54	$\leq 0,3$	0,2124	0,1537
	6,93	$\leq 0,05$	0,2523	0,1844
Середньомолекулярні пептиди ($\lambda = 245$ нм), ум. од.	15,82	$\leq 0,005$	0,3491	0,3221
	13,90	$\leq 0,007$	0,3463	0,2610
Поєднання клінічного (рецидиви) і 2–3 порушених лабораторних факторів	46,81	$\leq 0,0001$	0,5725	0,3491
	34,59	$\leq 0,0045$	0,5032	0,2912



ня тільки одного показника, адже спектр клініко-лабораторних показників у кожного пацієнта індивідуальний. Для вирішення цього питання ми досліджували комплекс ознак. Виявилося, що поєднання рецидивів захворювання у хворих і підвищення хоч би 2–3 лабораторних показників має більш високий ступінь кореляції з результатами лікування.

Висновки

1. Такі клінічні ознаки, як наявність рецидивів гніздової алопеції, оніходистрофії, тривалість захворювання та лабораторні показники (ЦІК, МДА, імунорегуляторний індекс CD4/CD8, SH/SS red/ox коефіцієнт і СМП ($\lambda = 254 \text{ нм}$)), визначають ступінь тяжкості захворювання. Отже, вони мають реальне прогностичне значення для прогнозу перебігу і результату лікування захворювання.

2. При визначенні ступеня тяжкості гніздової алопеції доцільно враховувати не тільки площу випадіння волосся на го-

лові, але й вищезгадані лабораторні показники.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Калюжная Л. Д.* Обоснование патогенетического лечения круговидного облысения / Л. Д. Калюжная, Л. А. Деревянко // *Врачебное дело / Лікарська справа*. — 1992. — № 4. — С. 81-85.

2. *Анализ структуры заболеваемости детей дерматозами, выявленной по результатам консультативных приемов* / В. И. Кулагин, И. В. Хамаганова, З. В. Войнич [и др.] // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 2000. — № 5. — С. 30-31.

3. *Элинон Е. Сан.* Дерматология / Е. Сан Элинон. — М., 2001. — 271 с.

4. *Болотная Л. А.* Очаговая и диффузная алопеция / Л. А. Болотная, Ю. С. Бобейко // *Международный медицинский журнал*. — 2002. — Т. 2, № 1-2. — С. 178-180.

5. *Basaravaj K. H.* Efficacy of treatment modalities in alopecia areata / K. H. Basaravaj // *Ann. Dermatol. Venerol.* — 2002. — Vol. 129. — P. 15514 (XX World Congress of Dermatology. Paris).

6. *Актуальная дерматология* / под общ. ред. В. П. Адашкевича. — М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 306 с.

7. *Суворова К. Н.* Гнездная алопеция. Ч. 2. Клиника и диагностика / К. Н. Суворова, А. Г. Гаджигороева // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 1998. — № 6. — С. 59-61.

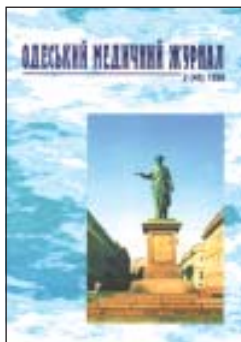
8. *Роль компонентов тиолдисульфидной системы и продуктов перекисного окисления липидов в формировании оксидативного стресса и дистресса при благоприятном и летальном исходе заболевания* / Л. В. Юрлова, Н. В. Костюшова, В. А. Ратушенко [и др.] // *Гомеостаз: физиология, патология, фармакология і клініка: 2-га міжнар. наук. конф. 28-29 вересня 2005 року*. — Одеса, 2005. — С. 178-184.

9. *Лапач С. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — 2-е изд., перераб. и доп. — К.: Морион, 2001. — 408 с.

10. *Юрлова Л. В.* Некоторые вопросы этиологии и патогенеза гнездной алопеции / Л. В. Юрлова // *Журнал дерматологии и косметологии им. М. О. Торсуева*. — 2007. — № 1-2 (14). — С. 117-124.

11. *Юрлова Л. В.* Роль нарушений тиолдисульфидной окислительно-восстановительной системы и эндогенной интоксикации в патогенезе гнездной алопеции / Л. В. Юрлова // *Дерматология та косметология*. — 2007. — № 3 (37). — С. 29-34.

*Передплачуйте
і читайте*



ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті
Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

