

**Хамидов Ф.Ш - Андижанский государственный
медицинский институт, доцент кафедры
дерматовенерологии**

**Муминов М.М - Андижанский государственный
медицинский институт, ассистент кафедры
дерматовенерологии**

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ КОНТАКТНОМ ДЕРМАТИТЕ

Аннотация: В статье приведены данные по системе оценки контактного дерматита SCOrе de Reparation de l'EPIdерme (SCOREPI). У 60 больных контактным дерматитом оценивалось эффективность лечения с помощью SCOREPI и определением МОС печени. Как показывают результаты исследования, системы оценки SCOREPI является достаточно информативной в оценке состояния кожи у пациентов контактным дерматитом, и помогает оценить эффективность проводимой терапии. Информативность SCOREPI и МОС доказывает, что с помощью этих методов можно оценить эффективность проводимой терапии у больных контактным дерматитом.

Ключевые слова: контактный дерматит, SCOREPI, МОС, больные, лечение.

Anotation: The article provides data on the SCOrе de Reparation de l'EPIdерme (SCOREPI) contact dermatitis assessment system. In 60 patients with contact dermatitis, the effectiveness of treatment was assessed using SCOREPI and liver MOS determination. As the results of the study show, the SCOREPI assessment system is quite informative in assessing the condition of the skin in patients with contact dermatitis, and helps to assess the effectiveness of the therapy. The information content of SCOREPI and MOS proves that using these

methods it is possible to assess the effectiveness of therapy in patients with contact dermatitis.

Key words: contact dermatitis, SCOREPI, MOS, patients, treatment.

Контактный дерматит это неспецифический воспалительный дерматоз вызванный контактом кожи с химическим, механическим или физическим раздражителем. В очаге контактного дерматита наблюдается различные морфологические высыпные элементы, которые сочетаются с функциональными признаками, такими как ощущение зуда, покалывания, жжения и/или боли. Хотя контактный дерматит имеет много общих характеристик с аллергическим контактным дерматитом, но эти формы контактного дерматита, можно легко дифференцировать практикующему врачу. Тем не менее, обе формы контактного дерматита вызывают выраженное ухудшение качества жизни пациента. Имеется ряд факторов риска для контактного дерматита, в том числе химическая природа и концентрация раздражителя, длительность и частота раздражающего воздействия, условия окружающей среды (влажность, температура, УФ излучение, окклюзия), а также индивидуальные факторы (возраст, тип кожи, пол, анатомический участок, генетическая предрасположенность). Контактный дерматит, распространенный дерматоз среди пожилых людей. Контактный дерматит чаще поражают кисти рук и наблюдается у медсестер, парикмахеров, работников пищевой промышленности. Другим типам контактного дерматита, относятся пеленочная эритема (дерматит), заеды, «погодный» или «метеорологический» хейлит, пульпит подушечек пальцев кисти и др. 2012 году французские исследователи предложили систему оценки тяжести контактного дерматита, названную SCORe de Reparation de l'EPIderme (SCOREPI), то есть «Бальная оценка репарации эпидермиса». Данную систему можно применять в качестве индекса для оценки как клинической тяжести контактного дерматита, так и эффективности проводимой терапии. Параметрам индекса относятся эритема, десквамация,

кожные трещины и площадь очагов. Эритема и десквамация оцениваются только по наличию или отсутствию этих признаков. Трещины на коже подразделяются на поверхностные или эрозивные и глубокие. Поверхностные бывают в виде растрескавшейся кожи, а эрозивные часто наблюдается на губах. Глубокие трещины доходят до глубоких слоев дермы, которые часто встречаются на пятках или кончиках пальцев кисти. Более глубокие трещины получают более высокую оценку в баллах. А также, независимо от глубины, в оценку степени тяжести контактного дерматита входит и общее количество вторичного элемента – трещины. Подобно индексам SCORAD (атопический дерматит) и PASI (псориаз) площадь очагов также включается в оценку степени тяжести контактного дерматита. Для оценки площади поражения контактного дерматита также применяется «правила девятки». Площадь поверхности ладони с пальцами соответствует 1% площади поверхности тела и применяется в качестве базовой единицы измерения. Поскольку площадь поражения при контактном дерматите (периоральный дерматит, заеды, дерматит растрескавшихся пальцев кисти) меньше площади ладони, необходимы меньшие единицы измерения. Некоторыми авторами в качестве базовой единицы при поражении меньших площадей была выбрана $\frac{1}{4}$ часть площади поверхности ладони. Таким образом, при измерении площади поражения минимальная величина равна $\frac{1}{4}$ площади ладони (что составляет один балл), а максимальная измеряемая площадь поражения ≥ 8 , но < 9 (что составляет 10 баллов). Если площадь поражения больше ладони, дробные единицы измерения не применяется. Кроме того, индекс SCOREPI не применяется при поражении более 9% поверхности тела, в данном случае рекомендуется дифференциальный диагноз.

Таблица 1. Индекс тяжести контактного дерматита.

SCOREPI		Баллы	Площадь	Баллы
Площадь (A)	Ладонные единицы		$A < 1/4$	1
			$1/4 \geq A < 1/2$	2

Эритема	Нет (0)	Есть (1)							$1/2 \geq A < 3/4$	3
Десквамация	Нет (0)	Есть (1)							$3/4 \geq A < 1$	4
Трещины		0	1-5	6-10	11-15	16-20	> 20		$1 \geq A < 2$	5
	Поверхностные, эрозии	0	2	4	6	8	10		$2 \geq A < 3$	6
									$3 \geq A < 4$	7
	Глубокие	0	1-2	3-5	6-8	9-10	> 10		$5 \geq A < 6$	8
Всего								$8 \geq A < 9$	10	

Цель исследования: изучить эффективность комплексного лечения у больных контактным дерматитом с помощью системы оценки SCORe de Reparation de l'EPIderme (SCOREPI).

Материал методы исследования. Под нашим наблюдением было 60 больных контактным дерматитом (25 мужчин, 35 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет. Всем больным диагноз был поставлен после стандартного исследования. У 26 больных контактный дерматит развивался после контакта с щелочами, у 25 пациентов от воздействия физических факторов. У 9 больных заболевание развилось после контакта с биологическими факторами. В основном очаги поражения локализовались на руках (n=48), у некоторых больных на теле и на ногах (n=12). Все больные получали стандартное лечение. У больных контактным дерматитом состояние кожи до и после лечения определяли с помощью системы оценки SCOREPI. А также у всех больных до и после лечения определяли антитоксическую функцию печени (монооксигеназную функцию, [МОС]), с помощью антипириновой пробы.

Результаты лечения. До лечения у больных показатели SCOREPI были повышенными, и в среднем составило $7,61 \pm 0,12$ балла. У больных

контактным дерматитом развившегося после контакта щелочами, показатель SCOREPI до лечения составила $7,82 \pm 0,11$ балла. У 25 больных контактными дерматитом образовавшихся после физического контакта, средние показатели SCOREPI составили $7,65 \pm 0,13$ балла. У 9 больных контактными дерматитом биологической этиологией SCOREPI составил $7,59 \pm 0,09$ баллов.

После лечения показатели SCOREPI начали снижаться, и составила $0,12 \pm 0,02$ балла. Такое же снижение показателей SCOREPI отмечались у всех форм контактными дерматитом. К концу стандартной терапии эритема исчезала, десквамация уменьшалась, трещин закрывалось. Наблюдались положительные изменения с выздоровлением у 55 (91,7%) больных контактными дерматитом. У больных контактными дерматитом до комплексного лечения показатели монооксигеназной системы печени были высокими, последующем после комплексной терапии МОС печени снизился до нормальных величин контрольной группы.

Выводы. Как показывает результаты исследования, системы оценки SCOREPI является достаточно информативной в оценке состояния кожи у пациентов контактными дерматитом, и помогает оценить эффективность проводимой терапии. Информативность SCOREPI и МОС доказывает, что с помощью этих методов можно оценить эффективность проводимой терапии у больных контактными дерматитом.

Литература

1. Frosch P, John S. Clinical aspects of irritant contact dermatitis. In: Johnsen J, Frosch P, Lepoittevin J. eds. Contact dermatitis, 5th edn. Springer, Berlin, 2011: 831-841.
2. Usatine R.P., Riojas M. Diagnosis and management of contact dermatitis. Am Fam Physician 2010; 82: 249-255.
3. Nosbaum A, Vocanson M, Rozieres A, et al. Allergic and irritant contact dermatitis. Eur J Dermatol 2009; 19: 325-332.
4. Kadyk DL, McCarter K, Achen F et al. Quality of life in patients with allergic contact dermatitis. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 1037-1048.

5. Slodownik D, Lee A, Nixon R. Irrigant contact dermatitis: a review. *Australas J Dermatol* 2008; 49: 1-9.