



С.С. Арифов¹, И.Б. Шукуров²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии

²Бухарский медицинский институт МЗ РУз

Некоторые медико-социальные аспекты витилиго

Ключевые слова

Витилиго, распространенность, клинические признаки.

Среди дерматологических заболеваний, связанных с расстройством пигментации, наиболее часто встречается витилиго. По данным различных авторов [12, 15], в мире распространенность витилиго составляет около 1–2 %. Рост заболеваемости витилиго у детей, молодежи, лиц трудоспособного возраста придает этой проблеме определенное социальное значение. Укоренившееся неверное представление о природе заболевания формирует отрицательное отношение к лицам с белыми пятнами на коже, а стойкое и длительное течение заболевания, слабая эффективность лечения усиливают его социальную значимость [2, 7].

В мировой литературе не существует единого мнения о распространенности витилиго, частоте в структуре кожных заболеваний, его клинических формах и семейном витилиго. Кроме того, некоторые медико-социальные аспекты этого дерматоза не исследованы в зависимости от расовой и национальной принадлежности.

Цель исследования — изучить некоторые медико-социальные аспекты витилиго у больных, обратившихся в кожно-венерологический диспансер Бухарской области.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 142 больных витилиго в возрасте от 14 до 62 лет, мужчин — 72 (50,7 %), женщин — 70 (49,3 %). Выборка показала, что больных юношеского возраста (до 20 лет включительно) было 55 (38,7 %), молодого и среднего возраста (от 21 до 60 лет) — 83 (58,5 %), пожилого и старческого (свыше 60 лет) — 4 (2,8 %), то есть подавляющее большинство больных находились в активном трудоспособном возрасте.

28 (19,7 %) больных занимались физическим трудом (работные промышленных предприятий, совхозов, колхозники, строители), 23 (16,2 %) — преимущественно умственным (служащие, преподаватели, врачи, научные работники, инженеры), 56 (39,4 %) — обучались в высших и средних учебных заведениях, 8 (5,6 %) — пенсионеры по возрасту, 29 (19 %) — неработающие лица активного возраста. Жителей города Бухары было 102 (72 %), сельской местности этой области — 40 (28 %).

Длительность заболевания составила от 2 мес до 21 года: до 5 лет страдали 57 (40,1 %), от 6 до 10 лет — 45 (31,7 %), от 11 до 15 лет — 32 (22,5 %), от 16 до 20 лет — 5 (3,5 %), от 21 и больше — 3 (2,1 %) человека. Особое внимание было обращено на появление первых признаков заболевания, так как большинство авторов [1, 4, 9, 11] считают, что у подавляющей части страдающих витилиго заболевание начинается до 20-летнего возраста. В наших наблюдениях появление первых признаков болезни было отмечено: в возрасте до 10 лет — у 11 (7,75 %), от 11 до 15 лет — у 49 (34,5 %), от 16 до 20 лет — у 34 (23,9 %), от 21 до 30 лет — у 20 (14,1 %), от 31 до 35 лет — у 11 (3,9 %), от 31 до 40 лет — у 14 (9,9 %), от 41 до 50 лет — у 10 (7 %) и в возрасте свыше 50 лет — у 2 (1,4 %) пациентов. Следовательно, у 84 (59,1 %) больных первые признаки заболевания проявились в возрасте до 20 лет. При этом отмечено, что у женщин депигментированные пятна появились преимущественно в возрасте от 11 до 15 лет, в то время как у мужчин — от 14 до 19. Это, по всей видимости, связано с более ранней гормональной перестройкой организма у женщин. Изучение факторов, провоцирующих начало заболевания, показало, что у взрослых оно в основ-

ном было связано с нервно-психическим и эмоциональным перенапряжением — 26 (18,3 % больных), 25 (17,6 %) пациентов связали его с патологией внутренних органов, 7 (4,9 %) — с наследственной предрасположенностью, 9 (6,3 %) — с хронической интоксикацией. Остальные 75 пациентов не смогли указать причину развития дерматоза.

Большинство больных — 86 (60,5 %) отметили появление первых признаков витилиго или прогрессирование заболевания в весенне-летний период, 39 (27,5 %) — в осенне-зимний, 17 (12 %) пациентов не связывали заболевание со временем года.

Фототип кожи изучали по методике, описанной ранее D. Mosher и соавт. (1979). II тип кожи отмечен у 19 больных (13,3 %), III — у 85 (60 %), IV — у 33 больных (23,2 %) и V — у 5 (3,5 %). Пациентов с I и VI типом кожи в нашей выборке не было. Депигментные пятна чаще располагались на открытых участках (76,7 %), чем на закрытых (23,3 %). Приведенные данные согласуются с данными других среднеазиатских ученых [2–4].

В литературе есть сведения, что до появления депигментированного пятна некоторые больные отмечали субъективные ощущения в виде зуда, болезненности и жжения. По данным Ю. Н. Кошеченко [5], из предшествующих симптомов только 53 (5,3 %) больных из 1000 беспокоил зуд, 7 (0,7 %) — покалывание, 16 (1,6 %) — покраснение и 2 (0,2 %) — гиперпигментация кожи, тогда как, по данным А.В. Ваисова (1989), зуд и жжение предшествовали появлению очагов витилиго у 34 (8,1 %) из 420 больных. В настоящем исследовании 12 (8,4 %) больных до развития очагов депигментации отмечали субъективные ощущения в виде зуда, чувство жжения различной интенсивности. Для распределения пациентов по клиническим формам витилиго мы использо-

вали классификацию D. Mosher и соавт. (1979). В 94 (66,2 %) случаях диагностирована генерализованная форма витилиго и в 42 (29,6 %) — ограниченная. При локализованных формах витилиго наиболее часто отмечалась фокальная (19 %) разновидность заболевания, в то время как среди пациентов с генерализованной формой — вульгарная (30,9 %). У 2 пациентов с болезнью Сеттона проявления заболевания сочетались с генерализованными проявлениями витилиго. Следовательно, из нашей выборки видно, что сегментарное витилиго наблюдалось у 8,5 % пациентов согласно классификации М. Koga (1977). Поражение слизистой оболочки отмечено у 5 (3,5 %) больных (таблица). Трихромное витилиго отмечено у 23 (16,2 %) пациентов.

Симметричность поражения наблюдалась у 83 (58,4 %) пациентов, в том числе у 29 из них отмечено строго симметричное расположение очагов поражения, имеющих одинаковую форму и размеры.

Считают, что отсутствие лейкотрихии в витилигиозном пятне оказывает более благоприятное влияние на репигментацию, чем в случаях, когда в очаге имеются обесцвеченные волосы. Это, по-видимому, объясняется пролиферацией меланоцитов волосяных фолликулов под влиянием УФО [9, 15]. С.С. Арифов и М.Х. Арифова (2006) при анализе эффективности фотохимиотерапии у больных с лейкотрихией и без нее в витилигиозном очаге при наличии в нем обесцвеченных волос наблюдали репигментацию в 18 % случаев, а без них — в 42 %. Обесцвечивание волос в пределах витилигиозного пятна отмечено у 18 (12,7 %) из 142 больных. Лекотрихию А.К. Dutta и S.B. Mandal (1969) наблюдали у 45 % (из 650 случаев) больных, V.N. Seghal (1974) — у 18 (9 %) из 202 пациентов.

Для витилиго характерно появление новых или увеличение имеющихся депигментирован-

Таблица. Распределение больных по клиническим формам витилиго

Клиническая форма	Мужчины	Женщины	Всего
Локализованные	23 (16,2 %)	19 (13,4 %)	42 (29,6 %)
Фокальная	14 (9,9 %)	13 (9,1 %)	27 (19,0 %)
Сегментарная	7 (4,9 %)	5 (3,6 %)	12 (8,5 %)
Слизистая	2 (1,4 %)	1 (0,7 %)	3 (2,1 %)
Генерализованная	47 (33,1 %)	47 (33,1 %)	94 (66,2 %)
Акрофациальная	17 (12 %)	22 (15,5 %)	39 (28,9 %)
Вульгарная	24 (16,9 %)	20 (14 %)	44 (30,9 %)
Универсальная	6 (4,2 %)	5 (3,5 %)	11 (7,7 %)
Болезнь Сеттона	2 (1,4 %)	4 (2,8 %)	6 (4,2 %)

ных пятен в области воздействия механических, химических или физических факторов — изоморфная реакция, или феномен Кебнера. Изоморфную реакцию Кебнера М.И. Вароне и соавт. (1995) наблюдали у 9 %, С.С. Арифов и М.Х. Арифова (2006) — у 21 %. В настоящем исследовании у 33 больных (23,2 %) наблюдался феномен Кебнера. Возникновение высыпаний на наиболее травмируемых участках кожи подтверждают следующие наши данные. Так, у 102 пациентов (71,8 %) независимо от пола витилигозные пятна локализовались в области паховых складок, над выступающими костями таза, поясице. Поражение локтевой области отмечено в 66,2 % случаев, тыла кистей — в 56,3 % (80 больных), заднебоковой поверхности предплечий — в 51,4 % (73), лучезапястных складок — в 52,8 % (75). У 33 (23,2 %) женщин очаги депигментации наблюдались в области сосков молочной железы, по линии контакта с бюстгалтером.

По данным литературы, витилиго считают заболеванием с наследственной предрасположенностью, гены, ответственные за развитие этого заболевания, располагаются в четырех локусах. В научной литературе нет единого мнения о типе наследования витилиго [14, 15, 18]. А.В. Lerner (1977) семейные случаи выявил у 75 из 200 больных (из них 36 пациентов имели одного родственника, страдающего витилиго, 23 — двух, 13 — трех, а трое — четырех и более). Ю.Н. Кошевенко (2002) семейные случаи витилиго установил у 17,4 % больных, А.Ш. Ваисов (1989) — у 14 %, а В.Т. Базаев (1990) — у 52 (9,1 %) из 573 больных. В нашей выборке семейный случай витилиго обнаружен у 15 (10,6 %) из 142 обследованных: у 8 из них страдали мать и ее родственники, у 7 — отец и его родственники.

В настоящее время нет каких-либо лабораторных маркеров, с помощью которых можно было бы прогнозировать течение витилиго. В связи с этим определенный интерес представляет изучение таких клинических признаков заболевания, которые указывали бы на его прогрессирование.

Многие авторы обратили внимание на такие параметры, как частота семейных случаев витилиго, поражение слизистых оболочек, волос,

феномен Кебнера, длительность течения заболевания и возраст больных в зависимости от прогрессирования витилигозного процесса (М.И. Вароне и соавт., 1995). В настоящем исследовании прогрессирующая (активная) стадия витилиго диагностирована у 76 (53,5 %), стационарная — у 66 (46,5 %) больных. При этом такие клинические признаки как семейное витилиго, феномен Кебнера, лейкотрихия, поражение слизистой оболочки чаще встречались у пациентов с прогрессирующей стадией витилиго по сравнению со стационарной стадией. Так, 14 (77,7 %) из 18 больных лейкотрихией, 24 (72 %) из 33 пациентов с феноменом Кебнера, 9 (60 %) из 15 больных семейным витилиго и 2 (66,6 %) из 3 больных слизистой формой витилиго находились в прогрессирующей стадии дерматоза.

Сопутствующая кожная патология в виде экземы и нейродермита (4 пациента), псориаза (1), микоза, трихофитии (2), гнойничковых заболеваний (3) установлена у 10 (7 %) больных.

У 20 (14 %) пациентов зарегистрирована самопроизвольная частичная репигментация очагов поражения, но полного исчезновения депигментированных участков не установлено ни у одного больного. У всех больных была стационарная стадия витилиго.

Выводы

Таким образом, анализ клинической характеристики наблюдений показал, что больные витилиго по полу распределяются приблизительно поровну, у большинства (66,1 %) пациентов начало заболевания отмечено в возрасте до 20 лет, в 29,6 % случаев диагностирована локализованная форма, в 62,2 % — генерализованная форма и в 4,2 % — болезнь Сеттона. Витилигозные очаги преимущественно встречались у лиц с III типом кожи (60,0 %) в наиболее травмируемых ее участках, у большинства больных (53,5 %) была прогрессирующая стадия, и у них часто встречались слизистая форма, феномен Кебнера, лейкотрихия и семейный случай. Изучение медико-социальных аспектов витилиго позволит прогнозировать течение и планировать лечебно-профилактические мероприятия.

Список литературы

1. Арифов С.С. Роль индивидуальных особенностей организма в клиническом течении, патогенезе витилиго и разработка комплексного метода лечения: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. — Ташкент, 1994. — 299 с.
2. Арифов С.С., Арифова М.Х. Витилиго. — Ташкент: Oqituvchi, 2006. — 168 с.

3. Базаев В. Т. Эффективность применения альфа-адреноблокаторов и фотохимиотерапии с наружным применением псорберена в комплексном лечении больных витилиго: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1990. — 18 с.
4. Ваисов А.Ш. Роль гормонального дисбаланса в патогенезе и течении витилиго, разработка комплексного метода фотохимиотерапии в условиях жаркого климата: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. — М., 1989. — 36 с.

5. Кошевенко Ю.Н. Витилиго. — М: Косметика и медицина, 2002. — 644 с.
6. Barona M.I., Arrunategui A., Alzate A. An epidemiologic case-control studies in a population with vitiligo // J. Am. Acad. Dermatol.— 1995.— Vol. 33.— P. 621—625.
7. Bologna J.L., Jorizzo J.L., Rapini R.P. Dermatology. 2nd ed.— Mosby, 2008.
8. Dutta A.K., Mandal S.B. A clinical study of 650 vitiligo cases and their classification // Indian. J. Dermatol. — 1969.— Vol. 14.— P. 103—111.
9. Hann S.K., Park Y.K., Chun W.H. Clinical feature of vitiligo.— 1997.— N 6.— P. 891—897.
10. Koga M. Vitiligo: a new classification and therapy // Br. J. Dermatol.— 1977.— N 97.— P. 255.
11. Lerner A.B. Pigment cells of the eyes in people with vitiligo // N. Engl. J. Med.— 1977.— Vol. 296.— P. 232.
12. Mehta N.R. Epidemiological study of vitiligo in Surat area, South Gujarat // Indian. J. Med. Res.— 1973.— Vol. 61.— P. 145—154.
13. Mosher D.B., Fitzpatrick T.B., Ortonne G.P. Dermatology in general Medicine / Ed. T.B. Fitzpatrick et al.— NY, 1979.— P. 582—626.
14. Nordlund J.J. The epidemiology and genetics of vitiligo.— 1997. — N 6.— P. 875—878.
15. Nordlund J.J., Bolssy R.E., Hearing V.G. et al. The Pigmentary system. 2nd ed.— Moldon MA: Blackwell, 2006.
16. Ortonne J.P., Mozher D.B., Fitzpatrick T.B. Vitiligo and other hypomelanoses of hair and skin.— London, 1983.— 683 p.
17. Seghal V.N. A clinical evaluation of 202 cases of vitiligo // Cutis.— 1974.— N 4.— P. 439—445.
18. Zhang Z.-J., Chan J.-J., Liu J.-B. The genetic concept of vitiligo // J. Dermatol. Sci.— 2005.— Vol. 39.— P. 137—146.

С.С. Арифов, І.Б. Шукуров

Деякі медико-соціальні аспекти вітиліго

Вивчено деякі медико-соціальні аспекти у 142 хворих на вітиліго. В більшості хворих діагностовано генералізовану форму дерматозу. Слизову форму, феномен Кебнера, лейкотрихію виявляли у прогресивній стадії.

S.S. Arifov, I.B. Shukurov

Some medico-social aspects of vitiligo

Some medico-social aspects in 142 patients with vitiligo were studied in the article. Generalized form of vitiligo was diagnosed in most patients. Kebner phenomenon, leucothria, mucous form are seen in patient with progressive stage.