

О.К.Колоскова

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА “ХІМІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЙНОЇ АЛОПЕЦІЇ” ТА ІНШИХ ФОРМ ОБЛИСІННЯ У ДІТЕЙ В ДЕБЮТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра дитячих хвороб № 1 (зав. каф. – проф. Л.О. Безруков)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. З метою визначення найбільш інформативних клініко-параклінічних показників “хімічної інтоксикаційної алопеції” в її дебюті для проведення диференціального діагнозу цієї патології із іншими формами облисіння у дітей в умовах екологічного неблагополуччя обстежено дві групи дітей. Вивчено 204 клініко-лабораторних ознак дебюту захворювання, тобто періоду, який передував розвитку випадіння волосся, та відібрано найбільш значимі та інформативні. На їх основі створено диференційно-діагностичну таблицю, що має значний інформаційний запас для виявлення “хімічної інтоксикаційної алопеції” та дозволяє своєчасно провести діагностичний процес і призначити відповідне лікування.

Ключові слова: діти, алопеція, диференціальна діагностика, екологія.

Вступ. Алопеція – патологічний стан, який у медичній практиці відомий давно та широко описаний в літературі. Патогенез її складний та до кінця не вивчений, з широким спектром причинних факторів: від спадкових компонентів [10] до інфекції [7, 14].

Особливостями інтоксикаційної алопеції, в тому числі і екогенного походження, є її дифузний характер, короткий термін випадіння волосся та швидке відновлення його росту [4]. Хімічними факторами, що здатні викликати гостру дифузну алопецію є талій та селен [6, 12], хоч гострому отруєнню талієм притаманний значний поліморфізм клінічних проявів.

Причину спалаху масового захворювання дітей в м.Чернівці восени 1988 р., що проявлялося тріадою симптомів - катаральним запаленням дихальних шляхів, гіперреактивними змінами з боку центральної нервової системи та гострою дифузною алопецією точно не встановлено, хоча йшлося про можливу роль сполук талію [2, 3]. Незважаючи на відсутність специфічних критеріїв отруєння сполуками талію, лікарі в умовах надзвичайної ситуації в місті використали підхід, запропонований ВООЗ, що отримав назву “орієнтований на хворобу” [11]. Це постапний підхід до вивчення захворювань можливої хімічної етіології, коли “сам по собі кожний компонент не обов’язково буде патогномонічним, але сполучення неспецифічних в інших випадках симптомів та ознак може скласти типову картину”.

Наявна тривалий час в місті психоемоційна напруга у батьків та лікарів призвела до збільшення реєстрації випадків вогнищевої алопеції в сотні разів. Саме тому вкрай необхідним є вивчення основних клініко-параклінічних ознак “хімічної інтоксикаційної алопеції” в її дебюті для проведення відповідно диференціально-діагностичного аналізу. Ознайомлення лікарів, що зіткнулися з проблемою гострої алопеції, з такою диференціально-діагнос-

тичною шкалою допомогло вчасно і безпомилково встановити діагноз “хімічної інтоксикаційної алопеції” (“ХІА”) ще на початку захворювання, до періоду розвитку власне випадіння волосся, коли в клінічній картині переважають неспецифічні симптоми та призначити відповідне лікування.

Мета дослідження. Визначити найбільш інформативні клініко-параклінічні показники захворювання на “хімічну інтоксикаційну алопецію” на її початку для проведення диференціального діагнозу цієї патології та інших форм облісіння дітей і своєчасного призначення відповідної терапії.

Матеріали і методи. Нами обстежено дві клінічні групи дітей. Першу склали 90 дітей м. Чернівці, в яких у 1988 році спостерігалися клінічні прояви “хімічної інтоксикаційної алопеції” (“ХІА”) у вигляді класичної тріади симптомів. У подальшому цей діагноз верифіковано у провідних педіатричних клініках м. Києва та Москви, де діти проходили обстеження та лікування.

До другої клінічної групи увійшли 37 дітей з вогнищевою алопецією восени 1988 р., хімічна природа якої в подальшому була виключена.

Всім дітям проводилося обстеження в міській дитячій лікарні та клініках НДІ педіатрії, акушерства і гінекології (м. Київ) та АМН СРСР (м. Москва). Крім загальноклінічних обстежень проводились біохімічні, вибірково – імунологічні; вивчався рівень деяких ферментів крові; проводились функціональні дослідження (ЕКГ, ЕЕГ, ехо-ЕС); проведено огляд вузькими спеціалістами - ЛОР, невропатолог, окуліст та ендокринолог.

З метою визначення клініко-параклінічних особливостей перебігу ХІА та вогнищевої алопеції на початку захворювання вивчено амбулаторні історії розвитку всіх дітей (форма №112-у), історії хвороб та 147 витягів з історій хвороб із центральних педіатричних клінік.

Отримані результати обчислювали за допомогою послідовного аналізу А.Вальда в модифікації С.Кульбака [8].

Результати дослідження та їх обговорення. Виникнення в м. Чернівці восени 1988 р. масового невідомого раніше екообумовленого [2,3] захворювання у дітей викликало стан крайньої соціальної напруги. В цій ситуації страху перед невідомим, поява у дітей клінічних ознак, які асоціювали з “хімічною інтоксикацією”, особливо у вигляді вогнищевого облісіння, супроводжувалась новою хвилею пресингу на медпрацівників та панікою серед населення.

Враховуючи, що саме в дебюті “хімічної інтоксикації”, тобто до розвитку основної верифікуючої ознаки – гострої дифузної алопеції необхідно невідкладно вирішувати відповідні лікувально-організаційні заходи, розроблено таблицю диференційно-діагностичних критеріїв “ХІА”. Розвиток власне дифузної алопеції, що спостерігався у середньому через $15,0 \pm 0,9$ днів від початку захворювання, диференційно діагностувався без труднощів, виходячи з розроблених дерматологами критеріїв [5, 13].

На підставі аналізу 204 клініко-лабораторних ознак, виявлених в дебюті захворювання у дітей із “ХІА” та неекзогенною вогнищевою алопецією, відібрано найбільш значимі та інформативні показники, наведені в таблиці.

Діагностичний процес складається з додавання діагностичних коефіцієнтів для визначення того чи іншого захворювання. Для “ХІА” сума дорівнює +13 балів ($P < 0,01$), а для вогнищевої алопеції – (-)20 балів ($P < 0,05$). Крім того, для визначення “ХІА” інформаційний запас сягає чотириразового рівня,

Диференційно-діагностична таблиця "ХІА" та нескогенного вогнищевого облісіння в дебюті захворювання

№ п/п	Критерій	ДК	ІК
1.	ВІК		
	1 - 3 роки.	+1,4	14,0
	4 – 6 років.	-1,2	2,5
	7 років та старші.	-3,5	28,9
2.	ХАРЧОВА ТА МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ		
	Так.	+3,1	35,7
	Ні.	-1,5	17,0
3.	ПІДВИЩЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА		
	Так.	-1,8	12,5
	Ні.	+0,9	6,2
4.	КАШЕЛЬ		
	Так.	+2,1	24,3
	Ні.	-2,0	23,7
5.	БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ		
	Так.	+4,3	57,8
	Ні.	-1,7	23,0
	Поєднання БОС із перинатальною патологією *.	-2,6	38,6
	Поєднання БОС із негативними аналізами біосередовищ на важкі метали *.	+4,7	57,6
	Відсутність БОС при негативних аналізах біосередовищ на важкі метали.	-1,7	25,0
	Відсутність БОС та НСТ спонт. нейтрофілів крові менше 19%.	-1,3	4,9
6.	УРАЖЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ЗА 13 ТА МЕНШЕ ДНІВ ДО ОБЛІСІННЯ	-1,0	4,9
7.	ГАЛЮЦИНАЦІЇ		
	Так.	-1,8	19,0
	Ні.	+2,1	22,5
	Поєднання галюцинацій із негативними аналізами біосередовищ на важкі метали.	-3,1	53,0
	Відсутність галюцинацій при негативних аналізах біосередовищ на важкі метали.	+2,9	46,5
	Поєднання галюцинацій із позитивними аналізами волосся та/або нігтів на важкі метали.	+1,8	14,7
	Відсутність галюцинацій при позитивних аналізах волосся та/або нігтів на важкі метали.	-1,2	10,5
8.	ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ		
	Так.	-0,5	2,6
	Ні.	+2,4	11,6
9.	ВОГНИЩЕВА НЕВРОЛОГІЧНА СИМПТОМАТИКА		
	Так.	+4,3	19,2
	Ні.	-0,4	1,9
10.	НЕВРОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ		
	Поєднання неврологічних порушень із перинатальною патологією.	+1,2	6,5
	Відсутність неврологічних порушень у дітей із перинатальною патологією.	-2,8	43,4
	Відсутність неврологічних порушень у дітей без перинатальної патології.	+2,9	45,3
	Відсутність неврологічної патології та ознак атопічної реактивності.	-1,5	7,4
	Неврологічні порушення у дітей без фонових станів***.	+2,1	28,2
	Відсутність неврологічних порушень у дітей із фоновими станами.	-3,0	56,4
	Відсутність неврологічних порушень у дітей без фонових станів.	+4,0	76,4
	Наявність неврологічних порушень за 3 та більше місяців до облісіння.	-6,9	14,8
11.	ЗБІЛЬШЕННЯ ПЕЧІНКИ		
	Так.	+3,9	38,8
	Ні.	-1,1	11,2

12.	БОЛІ В НОГАХ	+3,9	7,9
13.	ІНТОКСИКАЦІЯ		
	Так.	+6,5	31,1
	Наявність інтоксикації в поєднанні з позитивними аналізами біосередовищ на важкі метали.	-4,2	79,3
	Відсутність інтоксикації при позитивних аналізах біосередовищ на важкі метали.	+2,9	56,6
	Наявність інтоксикації в поєднанні з позитивними результатами досліджень волосся та/або нігтів на важкі метали.	-2,5	18,0
14.	ВАЖКІ МЕТАЛИ В БІОСЕРЕДОВИЩАХ		
	Виявлення металів у біосередовищах.	+3,7	42,7
	Поєднання позитивних результатів та нормальної температури тіла.	+1,1	6,4
	Негативні аналізи біосередовищ у дітей із підвищенням температури тіла.	-6,5	74,0
15.	ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ		
	Рівень еритроцитів у периферичній крові нижче 4,0 Т/л.	+1,8	24,7
	Нейтрофільний лейкоцитоз у крові.	-1,5	8,0
	Абсолютне еозинофільне число більше 0,5 Г/л.	-1,1	5,4
	Рівень імуноглобулінів в сироватці крові:		
	IgA > 1,0 г/л	-3,2	30,7
	IgG < 8,0 г/л	-1,4	11,3
	IgM > 1,0 г/л	+2,7	21,9
	Рівень формазанпозитивних нейтрофільних лейкоцитів крові у стимульованому НСТ-тесті < 40%.	+2,1	32,8

Примітки: * токсикоз вагітності, загроза переривання вагітності, асфіксія новонародженого;
 ** сироватка крові, слина, сеча, кал;
 *** рахіт, гіпотрофія, анемія.

а для вогнищевої алопеції – 2,5-разового.

Таким чином, аналіз отриманих даних дає підстави вважати, що в дебюті розвитку захворювання “ХІА” відрізнялась від вогнищевої алопеції іншого генезу окремими інформативними клініко-лабораторними проявами, що можна використовувати для диференціального діагнозу цих станів. Такий підхід хоча не виділяє окремі патогномонічні симптоми “ХІА”, але у сумі дає можливість (згідно із рекомендаціями ВООЗ) [11] встановити діагноз “ХІА” на ранньому етапі, коли лише виникає високий ризик випадіння волосся, тобто на донозологічному рівні [1,9, 15].

Висновки.

1. У дебюті захворювання на “хімічну інтоксикаційну алопецію” у дітей визначаються певні інформативні критерії, що дозволяють провести диференційну діагностику із іншими формами облисіння.

2. Запропоновану таблицю диференційно-діагностичних ознак можна використовувати на донозологічному рівні розвитку “хімічної інтоксикаційної алопеції”.

Література. 1. Аваліани С.Л., Андрианова М.М., Вотяков А.В. и соавт. Использование зависимости «концентрация-статус организма» для оценки воздействия комплекса атмосферных загрязнений // Гигиена и санитария. – 1992. - №2. – С. 4-6. 2. Аецын А.П., Жаворонков А.А., Ричи М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека. – М.: Медицина, 1991. – 496 с. 3. Бабенко Г.А., Остапук И.М., Максимчук Т.П. и соавт. Обмен некоторых биометаллов и активность металлопротеинов в организме детей г.Черновцы, пренесших алопецию // Педиатрия. – 1993. – №5. – С. 82-85. 4. Бухарович А.М. Особенности клиники и течения химической интоксикационной алопеции у детей // 9 Всесоюз. съезд дермато-венерологов: Тез. докл. – М., 1991. – С. 157-158. 5. Бухарович А.М., Бухарович М.Н. Дифференциальная диагностика химической интоксикационной и наследственной (или врожденной) алопеции у детей // Медико-экологические проблемы охраны здоровья матери и ребенка: Матер. Всесоюзн. науч.-практ. конф. с участием иностр. специалистов.

– Черновцы, 1991. – С. 130-131. 6. *Валевский С.Ф., Трофименко А.И., Вередченко Д.А. и соавт.* Случай острого отравления таллием // *Врачебное дело.* – 1990. – №5. – С. 97-99. 7. *Вандышев П.Р., Бурштейн Ю.Я.* Тотальное облысение при остром респираторном вирусном заболевании // *Вестн. дерматологии и венерологии.* – 1992. – №4. – С. 45-47. 8. *Гублер Е.В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – М.: Медицина, 1978. – С. 150-170. 9. *Иммунологические методы в ранней диагностике предпатологических состояний соматических заболеваний, обусловленных воздействием комплексов неблагоприятных факторов Чернобыльской аварии: Метод. рекоменд.* – К.: Чернобыль-интеринформ, 1996. – 16 с. 10. *Минев М., Тонкин Н., Мартинова Ф.* Ассоциация антигена HLA-B18 с некоторыми видами облысения // *Вестник дерматологии и венерологии.* – 1983. – №12. – С. 34-36. 11. *Принципы изучения болезней предположительно химической этиологии и их профилактика // Совместное заседание Программы ООН по окружающей среде, Международной организации труда и Всемирной организации здравоохранения.* – ВОЗ. – Женева, 1990. – 73с. 12. *Раманаускайте М.Б., Пташекас Р.С., Пташекас Ю.Р.* Алопеция у детей – синдром тяжелого металлоза? // *Педиатрия.* – 1996. – №6. – С. 91-94. 13. *Суколин Г.И., Бухарович А.М., Калюжная Л.Д. и соавт.* Дифференциально-диагностические критерии токсических и соматогенных алопеций // *Медико-экологические проблемы охраны здоровья матери и ребенка: Матер. Всесоюз. науч.-практ. конф. с участием иностр. специалистов.* – Черновцы, 1991. – С.67-68. 14. *Таточенко В.К., Кошель И.В., Самсыгина Г.А. и соавт.* Эпидемическая вспышка диффузной алопеции у детей // *Педиатрия.* – 1990. – №12. – С. 67-71. 15. *Хижняк Н.И., Некрасова А.С., Моисеенко А.Д.* Новый методический прием изучения состояния здоровья населения промышленных городов // *Врачебное дело.* – 1992. – №10. – С. 23-25.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF “CHEMICAL INTOXICATION ALOPECIA” AND OTHER FORMS OF BALDNESS IN CHILDREN IN THE DEBUT OF DISEASE

O.K.Koloskova

Abstract. With the aim of determining the most informative clinico-paraclinical indices of “chemical intoxication alopecia” in its debut we examined two groups of children in order to carry out a differential diagnosis of this pathology with other forms of baldness in children under conditions of ecologic disaster. 204 clinico-laboratory signs of the disease debut were studied, i.e., the period which had preceded the development of hair, loss the most significant and informative ones having been selected at that. We have created a differential-diagnostic table on its basis, latter possesses a considerable information reserve, in order to reveal “chemical intoxication alopecia” and makes it possible to perform a diagnostic process in time and prescribe a proper treatment.

Key words: children, alopecia, differential diagnosis, ecology .

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
