

2. Ганнушкина, И. В. Функциональная ангиоархитектоника головного мозга / И. В. Ганнушкина, В. П. Шафранова, Т. В. Рясина. – М. «Медицина», 1977. – 238 с.
3. Кириллова, И. В. Математическое моделирование бифуркации сонной артерии в норме, при патологии и после реконструктивной операции / И. В. Кириллова // Биомеханика – 2008. : тез. докл. IX Всерос. конф. по биомеханике. – Н. Новгород, 2008. – С. 23–26.

©ГрГМУ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Е.М. СОРОКОПЫТ, А.А. ЯЦЕВИЧ, З.В. СОРОКОПЫТ

The research covered 110 patients, of the allergological department of the Regional Children's Clinical Hospital in Grodno, with atopic dermatitis, from 1 month to 18 years old (46 boys and 64 girls). According to the clinical stage of atopic dermatitis, patients has been divided into three representative groups: group I (infant stage) – 46 patients, group II (children's stage) – 50 patients, group III (juvenile stage) – 14 patients. Has been found that a statistically significant majority of patients during the first year of life were bottle feeded – (80%). Allergic history and pathology of pregnancy has been noticed in most families. Allergic reactions during the first year of life occurred 50% of the patients with child and juvenile stages of the disease and the absolute majority - (40 of 46) in the infant. Atopic dermatitis had IgE-dependent mechanism concerning almost all patients. Total serum IgE was significantly higher in children with infantile form of atopic dermatitis

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, клинические стадии

1. ВВЕДЕНИЕ

Атопический дерматит (АтД) является, как правило, самым ранним и наиболее часто встречающимся аллергическим заболеванием у детей первых лет жизни. Кожные покровы ребенка раннего возраста не случайно становятся «органом-мишенью» аллергической реакции. Это связано с анатомо-гистологическими особенностями, а также характером иммунного ответа кожи на воздействие антигенов внешней среды у новорожденного и грудного ребенка [1, 2]. По данным экспертов ВОЗ, АтД страдают около 10-15% детей в возрасте до 5 лет и около 15-20% школьников. Эпидемиологические показатели атопического дерматита отличаются неоднородностью. В развитых странах установлены колебания от 1 до 30% [2, 5, 6, 8]. Рост заболеваемости детского и взрослого населения этой патологией, в первую очередь, связан с бурным развитием химической и многих других отраслей промышленности, выбросом отходов производства и выхлопных газов автотранспорта в атмосферу, широким использованием химических соединений в быту, употреблением в пищу генетически модифицированных продуктов питания. Весь этот комплекс приводит к изменению биосферы, что создает экологическую напряженность в обществе и в какой-то степени способствует снижению иммунологической защиты организма человека [2, 6].

В настоящее время не имеется окончательной общепринятой классификации атопического дерматита. В МКБ-10 диагноз АтД обозначается шифром L-20 [3, 7, 8]. Для практической деятельности рекомендуется выделять возрастные стадии атопического дерматита: младенческая – в возрасте от рождения до 2-х лет; детская – в возрасте от 2-х до 10-12 лет; подростковая (взрослая) – в возрасте от 10-12 лет и старше. Клинические проявления АтД имеют эволюционные различия в соответствующие возрастные периоды, что характерно только для этого заболевания. В то же время, возрастные стадии (периоды) атопического дерматита, хотя и являются клинически обоснованными, но в какой-то мере условны [2, 7].

Актуальность работы определяется значительной распространенностью атопического дерматита у детей, ростом тяжелых случаев заболевания, в том числе и среди детей раннего возраста, приводящих к нарушению общего состояния, снижению качества жизни, психосоциальной адаптации. Снижение адаптационных возможностей организма ребенка с нарушением функции нейроэндокринной системы, развитие синдрома иммунодефицита делает необходимым внедрение методик, способствующих выделению медицинских критериев, на основании которых из потенциального контингента населения следует формировать выборку детей, для которых особенно высок риск развития данной патологии, что, в конечном итоге, приведет к эффективной профилактике и улучшению качества жизни детей из групп риска.

2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление особенностей клинических, анамнестических и лабораторных показателей у детей с атопическим дерматитом в различные возрастные стадии заболевания, позволяющих предложить меры дальнейшего наблюдения за данными пациентами для улучшения качества их жизни.

3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа проведена в период с 01.09.2012 г. по 30.09.2013 г. на базе аллергологического отделения УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» путем изучения 110 медицинских карт стационарного пациента от 1 месяца до 18 лет (46 мальчиков и 64 девочки) с atopическим дерматитом. Для сопоставления информации, полученной при интерпретации данных, были использованы непараметрические и параметрические методы, реализованные в пакете прикладных статистических программ Statistica 6.0.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ

В соответствии с клиническими стадиями заболевания обследованные пациенты были разделены на 3 репрезентативные группы: I группа (младенческая стадия) – 46 детей, II группа (детская стадия) – 50 детей, III группа (подростковая стадия) – 14 детей. Дети I группы были госпитализированы чаще в период обострения основного заболевания, во II и III группах такой закономерности не выявлено. Установлено, что статистически значимое большинство пациентов на первом году жизни находились на искусственном вскармливании – 79 (71,8%) и лишь 31 (28,2%) – на естественном ($p < 0,01$). Отягощенный аллергологический анамнез и патология беременности матери отмечалась в большинстве семей. Аллергические реакции на первом году жизни имели место у половины детей с детской и подростковой стадией заболевания и у абсолютного большинства – (40 из 46) с младенческой.

Нами проведен анализ анамнеза и клинических проявлений обследованных пациентов детского возраста, который показал, что одинаково часто болели atopическим дерматитом дети в семьях рабочих 58 (52,8%) и служащих 52 (47,2%). Почти 1/3 родителей – 32 (29%) обследованных пациентов работали на вредном производстве (химические, строительные, переработка вторичного сырья и т. д.). Дома большинства – 59 (53,6%) располагались вблизи автомагистралей. В жилых помещениях, в том числе и спальнях, на значительных площадях имелись синтетические ковровые покрытия – у 92 (83,6%) и практически во всех квартирах – 101 (91,8%) присутствовали потенциальные аллергены. Отягощенный аллергологический анамнез и патология беременности отмечалась в большинстве семей. Аллергические реакции на первом году жизни имели место у половины детей с детской (26 из 50) и подростковой (6 из 14) стадией заболевания и у абсолютного большинства – (40 из 46) с младенческой. Клинические проявления АтД у 1/3 – 34 (30,9%) больных начались в течение первого года жизни.

Основная масса детей – 75 (68%) отмечала ухудшение кожного процесса после приема в пищу продуктов из группы аллергенов (шоколад, цитрусовые, яйца, рыба, молоко и др.). Отягощенная наследственность имела место у 34 (73,9%) пациентов I группы, 36 (72%) II группы и у 10 (71,4%) III группы. Дети I группы были госпитализированы чаще в период обострения основного заболевания – 32 (69,6%), чем в ремиссии – 14 (30,4%), $p < 0,05$. Во II – 24 (48%) и 26 (52%) и в III 6 (42,9%) и 8 (57,1%) группах статистически значимой разницы не установлено.

Все дети родились доношенными, 57 (51,8%) из них от 1-ой, 41 (37,3%) от 2-ой и 12 (10,9%) от 3-ей и более беременностей. У 67 (60,9%) матерей наблюдались осложнения течения беременности. Антропометрические показатели при рождении составили: масса $3451,4 \pm 305,9$ г и рост $52,7 \pm 1,4$ см без значимых половых и групповых различий.

Анализ характера вскармливания пациентов с АтД установил, что менее половины из них – 31 (28,2%) на первом году жизни находились на естественном вскармливании, 57 (51,8%) были переведены на искусственное вскармливание до 4 месяцев жизни и 22 (20,0%) после 4 месяцев (*таблица 1*).

Проводя анализ лабораторных данных, мы отметили, что состав периферической крови у обследованных детей различных групп с atopическим дерматитом имел статистически незначимые различия (*таблица 2*).

Таблица 1 – Клинико-анамнестические показатели у детей различных групп

Показатели / группы	I (n=46)	II (n=50)	III (n=14)	p
Рост при рождении см	51,2±2,4	52,7±4,3	52,1±1,9	> 0,05
Вес при рождении г	3296,8±201,9	3451,4±317,1	3372,2±213,4	> 0,05
Осложненное течение беременности	24 (52,2%)	32 (64,0%)	11 (78,6%)	> 0,05
Неосложненное течение беременности	22 (47,8%)	18 (36,0%)	3 (21,4%)	> 0,05
Естественное вскармливание до 1 года	11 (23,9%)	14 (28,0%)	6 (42,9%)	> 0,05
Искусственное вскармливание до 4 мес.	22 (47,8%)	31 (62,0%)	4 (28,6%)	> 0,05
Искусственное вскармливание после 4 мес.	13 (28,3%)	5 (10,0%)	4 (28,6%)	> 0,05

Таблица 2 – Показатели гемограммы (M±m) у детей различных групп

Показатели / группы	I (n=46)	II (n=50)	III (n=14)	p
Эритроциты×10 ¹² /л	4,45±0,52	4,36±0,28	4,58±0,49	> 0,05
Гемоглобин г/л	120,70±7,74	119,86±8,42	134,44±11,6	> 0,05
Тромбоциты×10 ⁹ /л	389,61±51,2	470,14±82,2	303,00±88,2	> 0,05
Лейкоциты×10 ⁹ /л	13,79±0,82	10,48±2,48	7,22±4,67	> 0,05
Эозинофилы %	4,56±2,11	5,83±1,58	3,44±4,65	> 0,05
Нейтрофилы %	36,21±13,02	25,14±15,00	48,11±17,04	> 0,05
Лимфоциты %	52,53±12,29	64,00±16,44	41,56±17,32	> 0,05
Моноциты %	6,68±3,45	5,86±3,17	5,89±1,46	> 0,05
СОЭ мм/час	7,40±3,13	7,00±4,74	6,08±3,95	> 0,05

Как видно из представленных данных, более низкие цифры эритроцитов и гемоглобина и высокие – эозинофилов и тромбоцитов – констатированы во второй группе. Отличались в анализируемых группах и соотношение лимфоцитов и нейтрофилов, хотя это может быть связано с возрастными особенностями состава периферической крови.

Из анализируемых биохимических показателей у детей II группы были ниже уровень общего белка, мочевины, амилазы, глюкозы и сывороточного железа и выше – трансаминаз (АлАТ, АсАТ). Аллергическое воспаление в коже имело IgE – зависимый механизм практически у всех пациентов, что совпадает с литературными данными [1, 2, 7, 9]. Общий IgE имел максимальное значение у детей с младенческой формой атопического дерматита и достоверно отличался от пациентов других групп (*таблица 3*).

Большинство авторов указывает на множественные сопутствующие атопическому дерматиту поражения органов и систем у детей, что позволяет говорить о системном заболевании с поражением не только кожи, но и органов и систем всего организма. Наиболее часто в процесс вовлекаются пищеварительная, нервная, легочная, мочевая, иммунная системы, ЛОР-органы [1, 2, 5, 7].

Таблица 3 – Биохимические показатели (M±σ) у детей различных групп

Показатели / группы	I (n=46)	II (n=50)	III (n=14)	P _{I-II}	P _{II-III}
Общий белок г/л	60,33±4,63	56,20±5,71	70,33±3,44	> 0,05	> 0,05
Мочевина ммоль/л	3,67±0,90	2,75±3,15	5,85±1,90	> 0,05	> 0,05
Креатинин ммоль/л	21,53±15,53	39,76±11,62	50,50±9,19	> 0,05	> 0,05
Холестерин ммоль/л	4,10±1,36	4,55±1,06	4,73±0,76	> 0,05	> 0,05
Мочевая кислота ммоль/л	195,0±70,63	208,32±1,06	288,50±94,04	> 0,05	> 0,05
СРБ IU/ml	1,00±0,34	0,60±0,11	1,23±0,73	> 0,05	> 0,05
Глюкоза моль /л	4,74±1,63	3,93±0,17	4,58±0,84	> 0,05	> 0,05
АсАТ Ед /л	37,41±14,96	37,80±3,34	25,89±6,88	> 0,05	> 0,05
АлАТ Ед /л	32,65±14,47	38,20±12,77	19,44±9,09	> 0,05	> 0,05
Амилаза Ед /л	36,09±20,60	29,00±12,03	50,44±18,62	< 0,05	< 0,05
Fe-сыв мкмоль/л	11,69±4,44	10,50±2,42	16,10±10,82	> 0,05	> 0,05
Общий IgE IU/ml	83,42±13,17	19,33±7,06	74,59±9,16	< 0,05	> 0,05

Сопутствующая патология у большинства обследованных детей была представлена заболеваниями органов пищеварения (хронический гастрит, панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей) – 66 (51,1%) и другими аллергическими заболеваниями (аллергический ринит, бронхиальная астма) – 34 (33,3%) пациентов. Реже имели место сочетанная аллергическая и пищеварительная патология – 16 (15,6%), заболевания сердечно-сосудистой системы – 22 (20%) и анемия у 12 (13,3%).

Из сопутствующих заболеваний у детей с младенческой стадией наиболее часто диагностированы: патология пищеварительной системы (ЖКТ) – 26 (56,5%), сердечно-сосудистой (ССС) – 6 (13,1%), мочевой (МПС) – 4 (8,7%), и дыхательной системы (ДС) – 10 (21,75%) случаев. Сопутствующие заболевания у пациентов с детской стадией были представлены патологией пищеварительной – 26 (52%), сердечно-сосудистой – 6 (12%) и дыхательной систем (ДС) – 10 (20%); синдромом вегетативной дисфункции (СВД) – 14 (28%), случаев. В подростковом возрасте у детей с атопическим дерматитом более часто были диагностированы синдромом вегетативной дисфункции – 7 (50%), патология пищеварительной – у 10 (71,4%), мочеполовой – у 5 (35,7%), дыхательной систем – у 6 (%), анемия – у 8 (57,1%) и дисбактериоз – у 4 (28,6%).

С учетом наиболее значимой сочетанной патологии нами проведен анализ некоторых биохимических показателей (трансаминазы и амилаза) у пациентов с заболеваниями пищеварительной системы, аллергическими заболеваниями и их сочетанием. Статистически значимые различия в анализируемых подгруппах выявлены в показателях амилазы (p < 0,05), активность которой была выше у пациентов с сочетанной патологией (48,52±21,36 Ед/л) по сравнению с заболеваниями органов пищеварения

(33,40±18,89 Ед/л) и другими аллергическими заболеваниями (37,20±20,48 Ед/л). Уровень аланинаминотрансферазы (АлАТ) был выше у детей с патологией органов пищеварения (31,37±15,66 Ед/л) по сравнению с аллергическими (23,53±9,74 Ед/л) и сочетанными (25,97±10,05 Ед/л) заболеваниями. Активность аспартатаминотрансферазы (АсАТ) статистически значимо не различалась и составила 37,50±13,33 Ед/л в I группе; 34,00±9,74 Ед/л – во II и 32,21±8,27 Ед/л – в III группах.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании изучения 110 медицинских карт стационарных пациентов детского возраста с различными клиническими стадиями атопического дерматита можно сделать следующие выводы:

1. Большинство обследованных пациентов на первом году жизни были переведены на искусственное вскармливание.

2. Аллергические реакции на первом году жизни имели место у половины детей с детской и подростковой стадией заболевания и у большинства – (40 из 46) – с младенческой.

3. Аллергическое воспаление в коже имело IgE – зависимый механизм практически у всех пациентов, причем более высокий уровень общего IgE был у детей с младенческой стадией атопического дерматита.

4. Из лабораторных показателей у пациентов с детской стадией АТД констатированы более низкие цифры эритроцитов и гемоглобина и высокие – эозинофилов и тромбоцитов.

5. Более часто у детей с различными клиническими стадиями АТД встречалась сопутствующая патология органов пищеварения и другие аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма), а у пациентов подросткового возраста увеличивается вклад синдрома вегетативной дисфункции и анемии.

6. Наличие других аллергических заболеваний у пациентов с атопическим дерматитом и патологией ЖКТ способствует повышению активности амилазы.

Таким образом, полученные результаты исследования подтверждают необходимость выделения клинических (возрастных) стадий атопического дерматита для проведения направленной этиотропной терапии и профилактики обострений заболевания.

Литература

1. Балаболкин И.И., Денисова С.Н., Юхтина Н.В. Атопический дерматит у детей // Москва, 2012. 52 с.
2. Беляева Л.М. Атопический дерматит и аллергический ринит у детей и подростков // Минск: В.И.З.А.ГРУПП, 2006. 196 с.
3. Клинический протокол диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита: приказ МЗ РБ 25.02.2008. №142. 32 с.
4. Мазитова Л.П. Аллергические заболевания кожи в детском возрасте // Лечащий врач. 2006. №1. С. 12-14.
5. Намазова Л.С., Вознесенская Н.И., Сурков А.Г. Атопический дерматит // Лечащий врач. 2006. №4. С. 72-78.
6. Ревякина В.А., Филатова Т.А. От атопического дерматита до бронхиальной астмы у детей // Лечащий врач. 2006. №1. С. 16-20.
7. Шамов Б.А., Маланичева Т.Г., Денисова С.Н. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей // Казань: Медицина. 2010. С. 7-204.
8. Ellis C. [et al.] International Consensus on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical update and current treatment strategies // Br. J. Dermatol. 2003. N. 63. P. 3-10.
9. Saeki H. [et al.] HLA and atopic dermatitis with high serum IgE // Levels. J. Allergy. Clin. Immunol. 2003. V.94. N. 575. P. 83.