



Э.В. Дудникова, Н.Н. Кобзева, Е.С. Приходская, Е.А. Беседина, Е.Г. Педченко

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра детских болезней №1,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29.
E-mail: elena.slyusarewa@yandex.ru*

Цель: изучение особенностей клинического течения атопического дерматита у детей раннего возраста.

Материалы и методы: проведено обследование 30 детей раннего возраста с клиническими проявлениями атопического дерматита в стадии обострения.

Результаты и выводы: Ранний дебют атопического дерматита является прогностическим критерием тяжелого течения заболевания. Наследственная предрасположенность (преимущественно по материнской линии) является достоверным эндогенным фактором в генезе атопического дерматита. Основным триггером дебюта и обострения атопического дерматита у детей является нарушение гипоаллергенной диеты кормящей матерью. Тяжесть заболевания коррелирует с поражением желудочно-кишечного тракта, что объясняет необходимость комплексной терапии данной патологии. Детям со среднетяжелым и тяжелым течением атопического дерматита не проводится адекватная вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок в связи с частыми обострениями заболевания.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, анамнез, вскармливание.

E.V. Dudnikova, N.N. Kobzeva, E.S. Prihodskaja, E.A. Besedina, E.G. Pedchenko

CERTAIN PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN'S EARLY AGE

*Rostov State Medical University,
Department of Children Diseases №1
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia.
E-mail: elena.slyusarewa@yandex.ru*

Purpose: Research of certain peculiarities of the clinical course of atopic dermatitis in children's early age.

Materials and Methods: A total of 30 children in early age with the clinical manifestations of atopic dermatitis were involved in the investigation.

Results and Summary: It was found that clinical manifestations of atopic dermatitis in early infancy is a predictor of severe disease. In the genesis of atopic authentic dermatitis endogenous factor is inherited predisposition. The violation of a hypoallergenic diet of nursing mothers is the main trigger and exacerbations predisposing factors of Atopic Dermatitis. The severity of the disease correlate with the gastrointestinal tract lesions, which explains a comprehensive treatment of this pathology. Due to frequent exacerbations of the disease, children with moderate to severe forms of atopic dermatitis are not carried out an adequate vaccination in accordance with the National Immunization Calendar.

Keywords: atopic dermatitis, children, anamnesis, breastfeeding.



Введение

В последнее десятилетие наблюдается неуклонный рост аллергических заболеваний кожи.

В Российской Федерации распространенность атопического дерматита у детей варьирует от 10 до 28% [1]. В структуре аллергических заболеваний доля атопического дерматита составляет 50-75% [2]. По данным эпидемиологических исследований наибольшая частота атопического дерматита регистрируется у детей раннего возраста (32,4%), а наименьшая - у подростков (15,2%) [3].

Актуальность проблемы атопического дерматита связана не только с его высокой распространенностью среди населения, но и ранним началом, длительным рецидивирующим течением, быстрой переходом острых форм в хронические, учащением за последние годы тяжелых вариантов заболевания, торпидных к традиционному лечению [4]. Сочетание в 40-60% случаев с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, конъюнктивитом, формирование к подростковому возрасту у 50-70 % больных резистентности к лечению и у 5-10% инвалидизирующих форм, придает еще большую значимость изучаемой проблеме [5]. Атопический дерматит признан значимым фактором риска развития аллергического ринита и бронхиальной астмы [6].

Атопический дерматит рассматривается как мультифакториальное заболевание с полигенным типом наследования. В его развитии ведущая роль отводится эндогенным факторам - наследственной предрасположенности, атопии, гиперреактивности кожи [7]. Реализации генетической предрасположенности к формированию атопического дерматита способствуют воздействия различных факторов внешней среды.

Дебют атопического дерматита у детей первого года жизни связан чаще всего с пищевой аллергией [7,8], но в последующих обострениях заболевания этиологическую значимость также приобретают бытовые, клещевые, эпидермальные, пылевые, грибковые, бактериальные и вирусные аллергены [7].

Вовлечение в патологический процесс наряду с кожей многих органов и систем позволяет рассматривать атопический дерматит как системный процесс [9].

У детей с атопическим дерматитом выявляются изменения иммунологической реактивности, нейро-эндокринные нарушения, расстройство обмена веществ и дисфункция органов пищеварения, которые поддерживают хроническое течение заболевания [10].

Цель работы - изучение особенностей клинического течения атопического дерматита у детей раннего возраста.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели обследованы 30 детей (21 мальчик и 9 девочек) раннего возраста с клиническими проявлениями атопического дерматита в стадии обострения.

Обследование включало сбор аллергологического анамнеза, осмотр с определением степени тяжести атопического дерматита с помощью дерматологического индекса SCORAD-TIS (Scoring of Atopic Dermatitis - The Item Severity). Проводилась оценка только объективных данных с определением индекса по формуле: $SCORAD-TIS = A/5 + 7B/2$, где: А - распространенность кожных по-

ражений, В - интенсивность клинических проявлений. При этом учитывались 6 признаков интенсивности поражений в виде эритемы, отека/папул, мокнутий/корок, эксфолиации, лихенификации, сухости (невоспаленной кожи) по шкале от 0 до 3 баллов: 0 — отсутствие, 1 — слабое выражение, 2 — умеренное выражение, 3 — резкое выражение. Распространенность оценивали по правилу "девятки", где за единицу принята площадь ладонной поверхности кисти. Полученные данные обработаны с использованием методов математической статистики.

Результаты и обсуждение

Среди наблюдаемых нами больных младенческой формой атопического дерматита преобладали мальчики - 70 %.

По степени тяжести атопического дерматита дети раннего возраста были распределены на три группы. 1 группу составили 7 пациентов с легким течением атопического дерматита (SCORAD-TIS = $15,4 \pm 0,52$ баллов), во 2 группу вошли 19 детей с заболеванием средней тяжести (SCORAD-TIS = $25,4 \pm 5,02$ баллов), 3 группа представлена 4 пациентами с тяжелым течением заболевания (SCORAD-TIS = $38,2 \pm 6,9$ баллов).

Следует отметить, чтоотягощенный наследственный аллергоанамнез у пациентов 1 группы был выявлен в 100% наблюдений, при этом преобладали аллергические заболевания у родственников по материнской линии, у 1 ребенка аллергопатологией страдали оба родителя. 28,6% пациентов имели сибсов, у половины из которых наблюдались аллергические заболевания. Средний возраст родителей на момент рождения ребенка составил: матерей $29,7 \pm 6,8$ лет, отцов - $34,8 \pm 12,3$ лет. Вредные привычки имели 28,6% отцов.

При изучении антенатального периода установлено патологическое течение беременности у 100% матерей обследованных пациентов. Структура патологии представлена в 57,1% угрозой невынашивания беременности, в 42,9% - гестозом первой половины беременности, у 2 матерей наблюдалась сочетанная патология. Анемия беременных диагностирована у 14,3% матерей.

Большинство беременных женщин (71,4%) не соблюдали гипоаллергенную диету. Физиологическое течение родов отмечалось в 57,1% наблюдений.

Наблюдаемые дети родились при сроке гестации $39,4 \pm 1,39$ недель, с массой $335,7 \pm 301$ граммов и длиной тела $51,4 \pm 3,0$ см, оценка по шкале Апгар составила 7/8 баллов у 71% детей.

Большинство детей (71%) были впервые приложены к груди на 1-2 сутки после рождения; 14,3% - в родильном зале, 1 ребенок - на 7 сутки.

Представляло интерес изучение продолжительности грудного вскармливания у пациентов, вошедших в исследование. По полученным данным на грудном вскармливании находились 57% обследованных детей данной группы, половина из них до 6 месяцев, половина - до 2-х лет.

На смешанном вскармливании находился один ребенок. Адаптированные молочные смеси с рождения получали 28,6% детей. Возникновение атопического дерматита у 71% обследованных детей регистрировалось в период до 6 месячного возраста.

Провоцирующими экзогенными факторами развития атопического дерматита явились блюда прикорма - 57%, нарушения характера питания кормящей матери в 28%



случаев. Прием лекарственных препаратов в 14,8% случаев стал причиной манифестации atopического дерматита. У обследованных детей преобладали изменения кожи в виде сухости, шелушения, гиперемии, единичных папулезных высыпаний с локализацией в области лица, коленных и локтевых сгибов, ягодичной области, сопровождающиеся зудом в 42,8% случаев. Нарушения сна отмечались у 1/3 пациентов. Обострения заболевания у пациентов 1 группы возникали до 2-х раз в год.

Среди пациентов 2 группы со среднетяжелым течением atopического дерматита преобладали мальчики (84,2%). Средний возраст матерей на момент рождения ребенка составил $27,47 \pm 4,68$ лет, отцов - $28,1 \pm 4,41$ лет. Вредные привычки отмечены у 10% матерей пациентов и 26% отцов. 42% пациентов имеют sibсов, половина которых страдает аллергическими заболеваниями. У большинства детей (73,68%) наблюдался отягощенный алергоанамнез по материнской линии, у 31,58% - со стороны обоих родителей. У 78,95% матерей беременность протекала с патологией (угроза невынашивания (40%), гестоз 1,2 половины (36,84%), анемия -13%. Алергические проявления во время беременности наблюдались у 33,3% матерей. 47% матерей получали лечение во время беременности. Гипоаллергенную диету во время беременности соблюдала 31,6% женщин. Все дети родились в срок, путем кесарева сечения -15,8% детей, у четверых детей отмечалось обвитие пуповиной при рождении. Антропометрические показатели при рождении составили: вес - 3607 ± 350 г, рост - $51,4 \pm 2,73$ см. 89,5% детей привиты от туберкулеза и гепатита В в родильном доме.

Половина детей были приложены к груди в родильном зале, 10,5% - в первые сутки, 47,4%-на 2-3 сутки. Большинство детей (68,4%) находились на грудном вскармливании, 75% из них - до 12 месяцев. 21% детей получали искусственное вскармливание, три человека находились на смешанном вскармливании. Первый прикорм был введен с 4 до 6 месяцев в виде овощного пюре (84%) или каши (16%). Питание в виде продуктов на основе цельного коровьего молока получали 26% детей, причем у половины из них отмечалась алергическая реакция. Дебют atopического дерматита состоялся до 6 месяцев у 84,2% пациентов. Причиной дебюта у детей 2 группы явилось нарушение гипоаллергенной диеты матерью во время грудного вскармливания в 58% случаев, 16% - блюда прикорма, 10%- адаптированные молочные смеси, а в 5%- лекарственные препараты.

Нарушение стула на первом году жизни отмечалось у 31,6% обследованных, из них 83% страдали запорами, метеоризм наблюдался у 47,4% детей. Половина детей перенесли ОРВИ на первом году жизни. На момент обследования у всех детей отмечались зуд и высыпания, у 68,4% детей матери отмечали нарушение сна, у 21% детей наблюдалось снижение аппетита, эмоционально-двигательное возбуждение наблюдалось у четверти детей. У детей данной группы отмечались гиперемия кожи, папулезные высыпания, мокнутие, единичные участки лихенификации, эксфолиации в области коленных и локтевых сгибов. Период ремиссии составлял 3-4 месяца.

Тяжелое течение atopического дерматита наблюдалось у 13,3% обследованных детей; индекс SCORAD-TIS составил $38,2 \pm 6,9$ баллов. Отягощенный алергоанамнез был выявлен у всех детей данной группы, у половины из них со стороны обоих родителей. 50% детей 3 группы имеют sibсов, которые в 100% случаев страдают алергическими заболеваниями.

Средний возраст родителей на момент рождения ребенка составил: матерей - $25,75 \pm 3,09$ лет, отцов - $28,0 \pm 6,68$ лет. 75% отцов пациентов имели вредные привычки. У всех матерей пациентов данной группы отмечалась сочетанная патология во время беременности. 50% будущих матерей получали лекарственную терапию. Только четверть женщин соблюдали гипоаллергенную диету во время беременности. Физиологическое течение родов отмечалось в 100% случаев. Наблюдаемые дети родились при сроке гестации $40,5 \pm 0,58$ недель с массой 3487 ± 396 г, и длиной тела - $51 \pm 3,1$. Все дети родились с оценкой по шкале Апгар 7/8-8/8 баллов. Один ребенок был обвит пуповиной при рождении. Половина детей были впервые приложены к груди в первые сутки после рождения, 25% - в родильном зале, 25% - позже третьих суток. Все дети данной группы находились на естественном вскармливании до 12 месяцев. Гипоаллергенную диету во время грудного вскармливания соблюдали лишь 25% матерей. Прикормы были введены с 4 до 6 месяцев в виде овощного пюре и каш. Возникновение алергического воспаления кожи у 75% пациентов 3 группы регистрировалось в 1-2-месячном возрасте. Причиной дебюта atopического дерматита явились нарушения характера питания кормящей матери - в 75% случаев, в 25% случаев - применение лекарственных препаратов. У всех детей отмечались высыпания на коже и зуд, сопровождавшиеся нарушением сна, эмоциональной неустойчивостью, двигательным возбуждением. Нарушение стула и метеоризм отмечались в 100% случаев.

Преобладающее число детей, страдающих тяжелой формой заболевания, не были вакцинированы согласно национальному календарю профилактических прививок по причине atopического дерматита.

У детей с тяжелым течением atopического дерматита наблюдались обширные множественные участки поражения кожных покровов, выраженные экссурация и эксфолиации, участки лихенификации в области коленных, локтевых, лучезапястных сгибов.

Обострения заболевания у пациентов возникали каждые 1-1,5 месяца и чаще и были связаны, как правило, с нарушением диеты.

Выводы

1. Ранний дебют atopического дерматита является прогностическим критерием тяжелого течения заболевания.
2. Наследственная предрасположенность (преимущественно по материнской линии) является достоверным эндогенным фактором в генезе atopического дерматита.
3. Основным триггером дебюта и обострения atopического дерматита у детей является нарушение гипоаллергенной диеты кормящей матерью.
4. Тяжесть заболевания коррелирует с поражением желудочно-кишечного тракта, что объясняет необходимость комплексной терапии данной патологии.
5. Детям со среднетяжелым и тяжелым течением atopического дерматита не проводится адекватная вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок в связи с частыми обострениями заболевания.

Исследование выполнено при поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации, соглашение 8108 от 23.10.2012 г.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ревякина В.А., Огородова Л.М., Деев И.А. и др. Результаты национального многоцентрового клинико-эпидемиологического исследования атопического дерматита у детей //Аллергология. - 2006. – Т.1. – С. 3-9.
2. Ross SfC. Childhood atopic eczema //BMJ. – 2002. – 324. – P. 1376-1379.
3. Генкина Н.И. Распространенность, факторы риска и течение атопического дерматита у детей: Автореф. дисс. докт. мед. наук. - М., 2006.
4. Ревякина В.А., Агафонов А.С. Атопический дерматит у детей и инфекции, осложняющие течение болезни //Лечащий врач. - 2011. - №1. – С. 25-31.
5. Короткий Н.Г. Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей. - Тверь, 2003. – 238 с.
6. Gehring U., Bischof W., Fahlbusch B., Wichmann H., Heinrich J. House dust endotoxin and allergic sensitization in children // Am. J. Respirat. Crit. care Med. - 2002. - Vol. 166, № 7. - P. 939-944.
7. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. Руководство для врачей. - 2006. – 688 с.
8. Волкова Е.Н. Атопический дерматит //Лечащий врач. - 2006. - №9. – С. 15-18.
9. Зайцева С.В. Атопический дерматит у детей //Лечащий врач. - 2009. - №4.- С. 16-19.
10. Тарбеева О.Н. Иммунологические нарушения и их коррекция при младенческой форме атопического дерматита: Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Архангельск, 2012.

ПОСТУПИЛА 14.04.2013