
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Н. В. Малюжинская, И. В. Петрова, О. В. Большакова

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских болезней педиатрического факультета

СОВРЕМЕННЫЙ ПАТОМОРФОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

УДК: 616.5-002: 616-056.3:616-036.12

Атопический дерматит (АтД) является серьезной медико-социальной проблемой, в Российской Федерации частота данной патологии составляет 6,2–15,5 % (международное исследование астмы и аллергии у детей). Заболевание преимущественно проявляется в раннем возрасте и может быть аллергической манифестацией в «атопическом марше», с последующим проявлением таких заболеваний, как аллергический ринит и бронхиальная астма. В ходе проведенного исследования доказано, что наибольшее влияние из факторов риска развития АтД в детском возрасте оказывает перинатальное поражение центральной нервной системы и наличиеотягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям. Выявлена самая частая клиническая форма заболевания в детском возрастном периоде. Проведенный анализ показал, что АтД в детском возрасте часто сочетается с патологией желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: дерматит, аллергия, сенсibilизация, фактор риска.

N. V. Malyuzhinskaya, I. V. Petrova, O. V. Bolshakova

MODERN PATHOMORPHOSIS OF ATOPIC DERMATITIS

Atopic dermatitis (ATD) is a serious medical and social problem, in the Russian Federation the incidence of this pathology is 6.2-15.5 % (international study of asthma and allergies in children). The disease mainly manifests itself at an early age and can be an allergic manifestation in the "atopic March", followed by the manifestation of diseases such as allergic rhinitis and bronchial asthma. In the course of the study proved that the greatest influence of risk factors for the development of ATD in childhood has perinatal Central nervous system damage and the presence of burdened heredity for allergic diseases. Revealed the most common clinical form of the disease in childhood. The analysis showed that ATD in childhood is often combined with pathology of the gastrointestinal tract.

Key words: dermatitis, allergy, sensitization, risk factor.

Атопический дерматит (АтД) является серьезной медико-социальной проблемой, в Российской Федерации частота данной патологии составляет 6,2–15,5 % (международное исследование астмы и аллергии у детей). АтД преимущественно проявляется в раннем возрасте и может быть аллергической манифестацией в «атопическом марше», с последующим проявлением таких заболеваний, как аллергический ринит и бронхиальная астма. Изучение развития и течения АтД у детей, с целью минимизировать развитие других аллергических заболеваний, является актуальной проблемой [1; 2, с. 115–118;12].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Установить факторы риска развития атопического дерматита и влияние сопутствующих

патологий на течение заболевания у детей. Выявить факторы риска развития атопического дерматита; определить значимость сопутствующих патологий в формировании и тяжести течения заболевания; установить преобладающий вид сенсibilизации в детском возрасте.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено исследование характера течения атопического дерматита в детском возрасте у пациентов от 2 до 11 лет 11 месяцев. Всего обследовано 90 детей. Из них 54 человека – девочки [(60,0 ± 4,5) %], 36 человек – мальчики [(40,0 ± 4,5) %].

Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 5.5». Па-

циенты в зависимости от степени тяжести атопического дерматита, которая определялась по шкале балльной оценки атопического дермати-

та (SCORAD), были распределены на три группы (табл. 1). Для контроля были обследованы дети I и II группы здоровья (30 человек).

Таблица 1

Разделение пациентов на группы исследования

Группа исследуемых	Тяжесть заболевания (kS)	Среднее значение kS	Мальчики, %		Девочки, %		Количество исследуемых в группе, %	
			n	M ± m	n	M ± m	n	M ± m
I	Легкая (0–20)	17	16	17,8 ± 3,5	15	16,7 ± 3,3	31	34,4 ± 4,2
II	Средняя (20–40)	37	12	13,3 ± 3,0	29	32,2 ± 4,0	41	45,6 ± 4,4
III	Тяжелая (более 40)	71	8	8,9 ± 2,5	10	11,1 ± 2,5	18	20 ± 3,8

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническое и лабораторное обследование пациентов детского возраста выявило наиболее значимые факторы, вызывающие формирование атопического дерматита (табл. 2). Анализ генеалогического анамнеза позволяет сделать вывод о ведущей роли генетической обусловленности риска возникновения заболевания. Влияние наследственной отягощенности по материнской линии наиболее значимо во II и

III группах ($\chi^2 = 9,1$ и $\chi^2 = 3,7$ соответственно). Из факторов риска развития атопического дерматита в исследуемых группах преобладающее влияние принадлежит патологическому течению антенатального и интранатального периодов. Во время беременности у матерей детей из I и III группы имели место аллергические реакции ($\chi^2 = 3,8$ и $\chi^2 = 2,9$ соответственно). Во II и III группах исследуемых диагностирована интранатальная асфиксия ($\chi^2 = 4,0$ и $\chi^2 = 4,5$ соответственно) [3, 65–67].

Таблица 2

Показатели риска развития атопического дерматита в ante- и перинатальном периодах

Фактор риска	I группа		II группа		III группа	
	χ^2	p1	χ^2	p2	χ^2	p3
Наследственная отягощенность:						
по материнской линии	1,6	> 0,05	9,1	< 0,002	3,7	< 0,05
по отцовской линии	0,5	> 0,5	2,2	> 0,1	3,2	> 0,05
по обеим линиям	1,2	> 0,05	6,4	< 0,005	8,5	< 0,005
Течение беременности:						
ранний токсикоз	1,1	> 0,05	0,4	> 0,5	0,7	> 0,5
поздний токсикоз	2,7	> 0,05	10,2	> 0,05	2,2	> 0,05
угроза прерывания беременности	1,4	> 0,05	1,1	> 0,05	2,4	> 0,05
интеркуррентные заболевания	1,2	> 0,05	1,7	> 0,05	2,1	> 0,05
аллергические реакции во время беременности	3,8	< 0,05	0,2	> 0,5	2,9	< 0,05
Течение родов:						
стимуляция родов	1,6	> 0,1	2,6	> 0,05	2,1	> 0,05
асфиксия средней и тяжелой степени	2,8	< 0,1	4	< 0,05	4,5	< 0,05
родоразрешение путем Кесарева сечения	0,05	> 0,5	0,03	> 0,5	0,4	> 0,5

Примечание: p₁ – достоверность различий между I группой и контрольной; p₂ – между II группой и контрольной; p₃ – между III группой и контрольной; полужирным шрифтом выделены значимые показатели.

Анализ полученных данных показал, что период новорожденности и грудного возраста часто имели неблагоприятное течение во всех группах исследования. У преобладающего числа детей [(83,2 ± 3,2) %] первые клинические проявления заболевания отмечались в возрасте до 6 месяцев. Средний возраст появления клинической картины атопического дерматита – (0,9 ± 0,1) года, возраст постановки диагноза (3,4 ± 0,4) года, что говорит о запаздывании диагностики и отсутствии своевременной должностующей терапии заболевания. Из проведенного анализа анамнестических данных постнатального периода выявлено, что провоцирующим фактором развития атопического дерматита чаще других служило введение прикорма до 4 месяцев жизни ребенка – у (53 ± 6,2) % детей.

В I, II и III группах диагностированы сопутствующие аллергопатологии: аллергический ринит (51,2 ± 8,2 %; 66,4 ± 4,3 % и 72,1 ± 5,7 %), бронхиальная астма [(5,4 ± 6,1) %; (10,1 ± 3,2) % и (13,5 ± 6,4) % соответственно].

Комплексное обследование детей выявило преобладание нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и зависимость тяжести кожного процесса от фоновой патологии [(68,3 ± 8,4) %; (82,8 ± 6,4) % и (81,6 ± 7,6) % соответственно]. С преобладающей частотой были зарегистрированы дискинезия желчевыводящих путей, гастродуоденит, дисбиоз кишечника.

Биохимические исследования крови показали отсутствие выраженного нарушения функции печени. В III группе наблюдения отмечена повышенная продукция глобулинов и снижение альбумин-глобулинового индекса в сравнении с контрольной группой – (1,3 ± 0,05) против (1,5 ± 0,02) ($p > 0,05$), что указывает на большую выраженность как инфекционного, так и аллергического процесса, и говорит о наличии аутоиммунного компонента в патогенезе заболевания.

Ультразвуковое обследование органов брюшной полости в трех группах не выявило

значительных различий: деформация желчного пузыря в I группе отмечена в (48,2 ± 5,7) % случаев, во II группе – (51,2 ± 6,3) %, в III группе – (56,8 ± 8,6) %. Нарушение пассажа желчи выявлено в (21,3 ± 4,6), (29,4 ± 7,1) и (34,3 ± 4,2) % случаев соответственно.

В выполненных посевах с кожи и слизистых оболочек ЛОР – органов отмечено преобладание штамма *Staphylococcus aureus* (в 56 % случаев).

Атопический дерматит у большей части детей сопровождался общей сухостью кожных покровов, кожным зудом. В (67,3 ± 3,4) % случаев распространенность кожного процесса составляла от 10 до 50 % поверхности кожи [4, 31–35].

Из клинических форм атопического дерматита чаще была зафиксирована эритематозно-сквамозная (42,3 % случаев), незначительно реже встречалась эритематозно-сквамозная с лехинезацией (31,7 %), экссудативная и лихеноидная формы проявлялись редко (14,8 и 11,2 % соответственно). Период ремиссии во II группе исследуемых (58,4 ± 3,2 %) составил от 1 до 4 месяцев, при средней длительности периода обострения до 2 месяцев, периода неполной ремиссии до 4 месяцев. В III группе у 52,6 % пациентов период ремиссии длился до 1 месяца.

Изучение спектра аллергенов проводилось методом скарификационных проб детям старше 4-летнего возраста, детям до 4 лет – методом выявления специфических иммуноглобулинов E (табл. 3).

Сенсибилизация к пищевым аллергенам диагностирована у 100 % пациентов из III группы, у 85,3 % – из II группы и 93,3 % – из I группы. Чаще выявлена реакция на шоколад [(33,3 ± 9,1); (29,4 ± 6,6) и (52,9 ± 7,4) % соответственно] и цитрусовые [(40,0 ± 11,2); (35,3 ± 6,5) и (52,9 ± 7,4) % соответственно]. Сенсибилизация к аллергенам домашней пыли встречается чаще других бытовых аллергенов.

Таблица 3

Результаты специфического аллергообследования пациентов

Аллергены	I группа		II группа		III группа	
	n = 15	M ± m %	n = 34	M ± m %	n = 17	M ± m %
1	2	3	4	5	6	7
Пищевые	14	93,3 ± 4,1	29	85,3 ± 9,2	17	100 ± 0,0
Цитрусовые	6	40,0 ± 11,2	12	35,3 ± 6,5	9	52,9 ± 7,4
Коровье молоко	3	20,0 ± 5,9	4	11,8 ± 3,2	3	17,6 ± 9,8
Яйцо	4	26,7 ± 6,4	4	11,8 ± 3,2	4	23,5 ± 2,6
Рыба	4	26,7 ± 6,4	5	14,7 ± 5,1	3	17,6 ± 9,8
Телятина	3	20,0 ± 5,9	4	11,8 ± 3,2	2	11,8 ± 7,4
Свинина	2	13,3 ± 5,1	6	17,6 ± 9,7	4	23,5 ± 2,6
Кролик	1	6,7 ± 3,5	2	5,7 ± 4,2	1	5,9 ± 2,2
Куриное мясо	3	20 ± 5,9	6	17,6 ± 9,7	6	35,3 ± 8,5
Шоколад	5	33,3 ± 9,1	10	29,4 ± 6,6	9	52,9 ± 7,4

Окончание табл. 3

1	2	3	4	5	6	7
Томаты	5	33,3 ± 9,1	10	29,4 ± 6,6	6	35,3 ± 8,5
Морковь	6	40 ± 11,2	8	23,5 ± 6,0	5	29,4 ± 2,8
Картофель	2	13,3 ± 5,1	6	17,6 ± 9,7	4	23,5 ± 2,6
Бытовые	10	66,7 ± 7,8	12	35,3 ± 6,5	14	82,4 ± 5,4
Домашняя пыль	5	33,3 ± 9,1	7	20,6 ± 3,1	10	58,8 ± 9,7
Dr farina, Dr pter	4	26,7 ± 6,4	4	11,8 ± 3,2	6	35,3 ± 8,5
Эпидермальные	6	40 ± 11,2	8	23,5 ± 6,0	7	41,2 ± 6,8
Шерсть собаки	2	13,3 ± 5,1	2	5,7 ± 4,2	2	11,8 ± 7,4
Шерсть кошки	2	13,3 ± 5,1	4	11,8 ± 3,2	2	11,8 ± 7,4
Перо курицы	3	20 ± 5,9	4	11,8 ± 3,2	1	5,9 ± 2,2
Пыльцевые	7	46,7 ± 12,1	17	50 ± 4,9	14	82,4 ± 5,4
Полынь	6	40 ± 11,2	10	29,4 ± 6,6	11	64,7 ± 5,6
Лебеда	6	40 ± 11,2	12	35,3 ± 6,5	11	64,7 ± 5,6
Амброзия	4	26,7 ± 6,4	8	23,5 ± 6,0	9	52,9 ± 7,4
Тополь	3	20 ± 5,9	4	11,8 ± 3,2	5	29,4 ± 2,8
Береза	2	13,3 ± 5,1	4	11,8 ± 3,2	4	23,5 ± 2,6
Подсолнечник	2	13,3 ± 5,1	4	11,8 ± 3,2	3	17,6 ± 9,8
Овсяница	4	26,7 ± 6,4	8	23,5 ± 6,0	5	29,4 ± 2,8
Тимофеевка	6	40 ± 11,2	10	29,4 ± 6,6	9	52,9 ± 7,4
Смесь луговых трав	5	33,3 ± 9,1	10	29,4 ± 6,6	7	41,2 ± 6,8

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования доказано, что наибольшее влияние из факторов риска развития атопического дерматита в детском возрасте оказывает перинатальное поражение центральной нервной системы и наличие отягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям. Самой частой клинической формой заболевания в детском возрастном периоде является распространенная в (67,3 ± 3,4) % случаев, в виде эритематозно-сквамозного поражения (42,3 %). Атопический дерматит в детском возрасте протекает с короткими периодами ремиссии – (1–4 месяцев) при средней степени тяжести – 58,4 %; при тяжелой степени (до 1 месяца) – в 52,6 % случаев. Сопутствующими аллергопатологиями в группах исследования наиболее часто являлись аллергический ринит [(51,2 ± 8,2) % в I группе; (66,4 ± 4,3) % во II группе и (72,1 ± 5,7) % в III] и бронхиальная астма [(5,4 ± 6,1) %; (10,1 ± 3,2) % и (13,5 ± 6,4) % случаев соответственно]. Наиболее частым клинико-этиологическим вариантом в детском возрастном периоде является пищевая сенсибилизация. Атопический дерматит в детском возрасте часто сочетается с патологией желудочно-кишечного тракта, а именно с дискинези-

ей желчевыводящих путей, гастродуоденитом, дисбиозом кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чуева, М. А. Эндоскопическая и морфологическая оценка эффективности эрадикационной терапии у детей с хроническим гастритом при аллергодерматозах / М. А. Чуева, Н. В. Малюжинская, Е. М. Никифорова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3.
2. Малюжинская, Н. В. Клинико-эндоскопическая и морфологическая картина нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта при атопическом дерматите и хронической крапивнице у детей / Н. В. Малюжинская, Е. М. Никифорова, М. А. Чуева // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2014. – № 52 (4).
3. Петров, В. И. Особенности аллергологического анамнеза и сенсибилизации у детей дошкольного возраста с основными фенотипами свистящих хрипов / В. И. Петров [и др.] Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013. – № 46 (2).
4. Никифорова, Е. М. Диагностика и лечение *Helicobacter pilori* – ассоциированных заболеваний у детей в рекомендациях международных и национальных согласительных документов / Е. М. Никифорова [и др.] // Лекарственный вестник. – 2015. – № 57 (1).