

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ольга Александровна Башкина, Наида Адалат кызы Иманвердиева

Астраханский государственный медицинский университет. 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

E-mail: doc_naida@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: атопический дерматит; дети; аллергия; клиническая картина; анамнестические данные.

Введение. Атопический дерматит (АтД) — актуальная проблема педиатрии, поскольку его дебют в большинстве случаев приходится на ранний детский возраст и у 60–70% детей отмечается на первом году жизни. В настоящее время изучение различных аспектов формирования атопического дерматита и прогностической значимости факторов риска у детей является актуальным, своевременным и перспективным в плане дальнейшего совершенствования диагностики, лечения и профилактики данной патологии.

Цель исследования: оценка анамнестических данных, клинической картины атопического дерматита у детей.

Материалы и методы. Изучались клинические особенности АтД по историям болезни 80 детей раннего и дошкольного возраста, получавших стационарное лечение и обследование в отделении аллергологии ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой.

Критерии включения больных в исследование: возраст от 1 до 6 лет, дети, атопический дерматит. Критерии исключения: терапия системными и (или) топическими кортикостероидами в течение 14 дней до даты включения в исследование; наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации или неполной ремиссии; перенесенные в последний месяц инфекционно-воспалительные заболевания.

Статистическую обработку результатов выполнили с использованием пакета прикладных статистических программ Microsoft Excel и Statistica 6.0. В каждой группе однородных данных рассчитаны среднее значение (M) и ошибка среднего значения (m). Степень достоверности различия показателей определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Изучение взаимосвязей между признаками проводили путем расчета коэффициента ранговой корреляции по Спирмену (r). Различия средних величин и корреляционные связи считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ перинатальных факторов детей показал, что беременность у матерей протекала на фоне гестозов (59 детей — 73,7%), угрозы прерывания беременности (62 — 77,5%), ОРВИ (28 — 35%), применения антибиотиков (12 — 15%). У матерей в период беременности и после нее наблюдался вагинальный кандидоз, в лечении которого применялась местная противогрибковая терапия.

Распространенный АтД отмечался у 45% детей, ограниченный — у 55% детей. По степени тяжести АтД: легкая степень — 12,5% детей, средняя степень тяжести — 77,5% детей, тяжелое течение — у 10% детей.

В анамнезе у обследованных детей довольно часто отмечалась лекарственная аллергия — 77,5% в виде пятен, папул, уртикарий, эритем кожи на: пенициллины — 18,7%, цефалоспорины — 10%; витамины — 15%; антигистаминные препараты — 5%. У 35% детей выявлена пищевая аллергия, у 25% детей: бронхиальная астма — 7% детей, аллергический ринит — 12%, аллергический риноконъюнктивит — 1% детей. У 35% детей наблюдались различной степени выраженности дисфункции желудочно-кишечного тракта, которые были расценены как «синдром раздраженного кишечника», у 15% детей — дискинезия желчевыводящих путей, у 15% — гастрит, гастродуоденит, у 3,7% — реактивный панкреатит, 2,5% — реактивная гепатомегалия, у 2,5% — гепатоспленомегалия, лямблиоз — у 3,7% детей, амебиаз — у 6,2% детей, глистные инвазии у 31,2% детей.

Частой жалобой больных АтД были: зуд и сыпь на коже различной степени выраженности. Высыпания характеризовались сухостью кожи, гиперемией кожи, чаще на щеках — у 80% детей, шелушением — 95%, мокнутием — 5%, трещинами и расчесами на коже — у 97,5%

детей, незначительными отеками на лице — 80% и кистях рук — 20% соответственно. Частой локализацией изменений на коже были: лицо (60%), конечности (12,5 и 10%), реже отмечались изменения кожи туловища и всего тела (9 и 8,5%).

У 80% обследованных детей выявлена абсолютная эозинофилия, причем, чем младше был ребенок, тем чаще она определялась. Проведенный анализ содержания общего IgE в сыворотке крови детей с АтД показал, что он значительно повышен с АД ($110,7 \pm 111,2$ МЕ/мл), в то время как у здоровых детей — $34,1 \pm 27,6$ МЕ/мл ($p < 0,001$). Для подтверждения Th2-зависимого иммунного ответа были изучены уровни отдельных цитокинов: интерлейкин (ИЛ)-4 и интерферон гамма (γ -ИФН). Так, у детей с АтД установлено достоверное повышение содержания ИЛ-4 в сыворотке крови ($10,8 \pm 5,9$ пг/мл, $p < 0,05$) на фоне снижения γ -ИФН ($14,6 \pm 3,4$ пг/мл, $p < 0,01$) по сравнению со здоровыми детьми (содержание ИЛ-4 в сыворотке — $6,9 \pm 1,27$ пг/мл; γ -ИФН — $17,9 \pm 2,6$ пг/мл).

Выводы. Одной из клинических особенностей пациентов с АтД является выявление сопутствующих поражений желудочно-кишечного тракта, чаще всего функциональных расстройств кишечника и желчевыводящих путей. Клинико-anamnestические данные пациентов с АтД требуют дальнейшего изучения. Это позволит оптимизировать критерии прогнозирования риска возникновения АтД и продолжить поиск оптимальных лечебно-реабилитационных технологий для данной категории больных.