

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ, ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ



Ганиев Абдурашид Ганиевич¹, Санакулов Абдулатиф Бурхонович²

1 - Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан;

2 – Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ РИВОЖЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ, КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ганиев Абдурашид Ганиевич¹, Санакулов Абдулатиф Бурхонович²

1 - Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.;

2 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

FEATURES OF DEVELOPMENT, COURSE AND PREVENTION OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

Ganiev Abdurashid Ganievich¹, Ganiev Abdurashid Ganievich²

1 - Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Андижон ва Самарқанд ВБКТТМда атопик дерматит билан оғриган болаларнинг амбулатория ҳужжатлари ретроспектив таҳлил қилинди. 2019-2021-йилларда ушбу таъхис билан жами 796 нафар бола ётқизилган бўлиб, улардан 510 нафари ўғил болалар ва 286 нафари қизлардир, бу эса ўғил болалар орасида атопик дерматитнинг кенг тарқалганлигидан далолат беради. Атопик дерматитни олдини олиш чақалоқ туғилишидан олдин бошланиши керак. Ҳомиладор ва эмизикли аёлларга, айниқса, аллергия касалликларга чалинганларга гипоаллергеник парҳез буюрилади. Атопик дерматит билан оғриган болаларга имкон қадар кўпроқ эмизиш тавсия этилади.

Калим сўзлар: атопик дерматит, таснифи, кечиши, олдини олиш ва ирсий мойиллик.

Abstract. In Andijan and Samarkand RCMMS, a retrospective analysis of outpatient records of children with atopic dermatitis was carried out. In total, 796 children were admitted with this diagnosis in 2019-2021, of which 510 were boys and 286 were girls, which indicates a high prevalence of atopic dermatitis among male children. Prevention of AD should begin before the baby is born. A hypoallergenic diet is prescribed for pregnant and lactating women, especially those who suffer from allergic diseases. Children with AD are recommended to breastfeed as long as possible.

Key words: atopic dermatitis, classification, course, prevention and hereditary predisposition.

Актуальность исследования. За последнее десятилетие распространенность аллергических заболеваний среди детского населения Узбекистане выросла в несколько раз. В структуре аллергических заболеваний у детей в Узбекистане одно из основных мест принадлежит атопическому дерматиту. Атопический дерматит (АД) в настоящее время является одной из ведущих проблем современной педиатрии. Это обусловлено его распространённостью среди детского населения, сложностью диагностики и недостаточно эффективными методами терапии [2, 3, 7]. В последние годы отмечен неуклонный рост заболе-

ваемости АД и тенденции к его более тяжёлому течению [1, 2, 3]. АД - хроническое, часто встречающееся у детей аллергическое заболевание кожных покровов. Чаще страдают дети с генетической предрасположенностью к атопии, для нее характерно рецидивирующее течение с возрастными особенностями. АД развивается на первично измененных кожных покровах, он нарушает привычный для детей образ жизни [2, 6]. Главная характеристика обусловлена сухостью кожи и снижением порога восприимчивости зуда. Сыпь, зуд, нарушение сна, ограничения в питании, трудности возникающие в общении, приводят к

формированию психосоматических нарушений, снижающие качество жизни ребенка. Причина АД-повышение трансэпидермальной потери жидкости кожей, из-за невозможности удерживать ее роговым слоем, нарушение секреции сальных желез и закупорка их пор, в результате происходит снижение трансудации пота через дерму, что усиливает кожный зуд [1, 5]. В основе АД лежат иммунологические нарушения с вовлечением в патологический процесс Т-Лимфоцитов, фиброцитов, тучных клеток и эпидермальных кератиноцитов. Активация клеточного иммунитета, индукция апоптоз акератиноцитов, синтез IgE, вовлечение в процесс эозинофилов является основой воспаления при АД [4].

В основе АД лежат иммунологические нарушения с вовлечением в патологический процесс Т-Лимфоцитов, фиброцитов, тучных клеток и эпидермальных кератиноцитов. Активация клеточного иммунитета, индукция апоптоз акератиноцитов, синтез IgE, вовлечение в процесс эозинофилов является основой воспаления при АД. Согласно рабочей классификации от 2016 года предложенная Российской ассоциацией алерго-

логов и клинических иммунологов АД делят на (табл. 1,2,3):

Стадии АД:

1) Начальная стадия: гиперемия и отечность кожи щек, сопровождается шелушением.

2) Стадия выраженных изменений - к этой стадии приводят несвоевременное лечение.

3) Период ремиссии- значительное уменьшение симптомов.

4) Клиническое выздоровление- симптомы отсутствуют в течении 7 лет.

При оценке степени тяжести заболевания следует учитывать (табл. 3): длительность и частоту обострений;

- длительность ремиссий;
- распространенность кожного процесса;
- морфологические особенности кожного процесса;
- интенсивность кожного зуда;
- нарушение сна;
- эффективность проводимой терапии.

Диагностика АД основывается преимущественно на клинических данных. Объективных диагностических тестов, позволяющих подтвердить диагноз, в настоящее время не существует.

Таблица 1. Возрастные периоды

Возраст	Характер процесса	Локализация
Младенческий (с 1 мес. до 1 года 11 мес)	Преобладание экссудативной формы АД. Воспаление носит острый или подострый характер. Присутствуют гиперемия, отечность, мокнутие, корки	Лицо, наружная поверхность голени, сгибательные и разгибательные поверхности конечностей. К концу периода очаги локализуются преимущественно в области локтевых сгибов и подколенных ямок, в области запястий и шеи
Детский (с 2 лет до 11 лет 11 мес.)	Процесс носит характер хронического воспаления: эритема, папулы, шелушение, утолщение кожи (инфильтрация), усиление кожного рисунка (лихенизация), множественные экскориации (расчесы), трещины. На местах разрешения высыпаний участки гипопигментации. У некоторых детей в этом периоде формируется дополнительная складка нижнего века (симптом Денни–Моргана)	Локтевые и подколенные складки, задняя поверхность шеи, сгибательные поверхности голеностопных и лучезапястных суставов, заушные области
Подростковый (старше 12 лет)	Преобладают явления инфильтрации с лихенизацией; эритема имеет синюшный оттенок. Папулы сливаются в очаги сплошной папулезной инфильтрации	Верхняя половина туловища, лицо, шея, верхние конечности

Таблица 2. Клинические формы АД

Распространенность процесса	Площадь поражения кожи	Локализация
Ограниченно локализованный	<10%	Локтевые и/или подколенные складки, кожа кистей рук, кожа шеи и/или лица
Распространенный	10–50%	Частично поражена кожа груди, спины; помимо локтевых и подколенных складок, в процесс вовлекаются другие участки кожи конечностей (плечи, предплечья, голени, бедра)
Диффузный	>50%	Кожа всего тела, волосистая часть головы

Таблица 3. Степени тяжести АД

Степень тяжести	Характеристика
Легкая	Ограниченно локализованное поражение кожи. Редкие обострения (1–2 раза в год), преимущественно в холодное время года продолжительностью до месяца. Продолжительность ремиссии 6–8 мес. Хороший эффект проводимой терапии
Среднетяжелая	Распространенное поражение кожи. Обострения более частые (3–4 раза в год), до нескольких месяцев. Продолжительность ремиссии менее 4 мес. Упорное течение с невыраженным эффектом проводимой терапии
Тяжелая	Распространенное или диффузное поражение кожи. Частые (более шести раз в год) и длительные (несколько месяцев или постоянные) обострения. Редкие и непродолжительные (менее 2 мес) ремиссии. Лечение приносит кратковременное и незначительное улучшение

Таблица 4. Общее количество обратившихся детей 2019-2021 гг.

Форма	Младенческая		Детская		Подростковая	
	Мальчиков	Девочек	Мальчиков	Девочек	Мальчиков	Девочек
1919	93	49	31	17	18	12
2020	114	57	24	16	29	13
2021	136	52	60	38	35	28
Итого	317	158	115	71	82	53

Обследование включает тщательный сбор анамнеза, оценку распространенности и тяжести кожного процесса, оценку степени психологической и социальной дизадаптации и влияния заболевания на семью пациента.

Основные (должны присутствовать):

- зуд
- экзема (острая, подострая, хроническая): с типичными морфологическими элементами и локализацией, характерной для определенного возраста (лицо, шея и разгибательные поверхности у детей 1 -го года жизни и старшего возраста; сгибательные поверхности, пах и подмышечные области - для всех возрастных групп); с хроническим или рецидивирующим течением.

Второстепенные (наблюдаются в большинстве случаев):

- дебют в раннем возрасте;
- наличие атопии: отягощенный семейный анамнез по атопии или наличие атопических болезней у пациента;
- наличие специфических IgE-АТ;
- ксероз.

Добавочные (помогают заподозрить атопический дерматит, но являются неспецифическими и не могут быть использованы для установления диагноза в научных или эпидемиологических исследованиях):

- атипичный сосудистый ответ (в том числе бледность лица, белый дермографизм);
- фолликулярный кератоз, усиление кожного рисунка ладоней, ихтиоз;
- изменения со стороны глаз, периорбитальной области;
- другие очаговые изменения (в том числе периоральный, периаурикулярный дерматит);
- лихенификация, пруриго.

Аллергологическое обследование. Включает сбор аллергологического анамнеза, обследование *in vivo* (кожные тесты, провокационные тесты), а также лабораторную диагностику *in vitro*.

Аллергологический анамнез – обязательный этап, помогающий выявить причинно значимый аллерген и другие провоцирующие факторы. Семейный анамнез – история развития кожного процесса у больного АД (включая выявление бактериальной, вирусной и грибковой инфекции), установление сезонности обострений, связи с воздействием аллергенов. Наличие респираторных симптомов.

Цель. Повысить знания о возрастнополовых особенностях атопического дерматита, проанализировать результаты подсчета по полу и возрасту.

Материалы и методы. Данное ретроспективное когортное исследование проводилось на базе ОДММЦ г.Самарканде и Андижане. Нами был проведен подсчет обращаемости пациентов детского возраста с АД с 2019-2021года, всего было принято 796 детей.

Результаты и обсуждения. Опираясь на результаты подсчета, мы видим, что за 2021 год обращаемость выше, чем за 2 предыдущих года, что говорит о росте АД с каждым годом. Оценка динамики выявления АД впервые устанавливается в младенческом периоде.

Установлено, что из 796 (100%) пациентов 510 мальчики (64,1%), 286 девочки (35,9%) смотрите рисунок 1. Мальчики преобладают над девочками за 2019 год на 27,7%, за 2020год на 43,9%, за 2021 год на 28,4%. Половозрастная выявляемость. АД у детей и подростков свидетельствует, что пиковые показатели приходятся на младенчество с преобладанием мальчиков с 2016

год на 24,01%. Согласно проведенному подсчету, приходим к выводу, что распространенность АД зависит от пола и возраста ребенка. Многие исследователи связывают это с анатомо-физиологическими особенностями. Мальчики рожденные преждевременно имеют большой риск заболеть АД чем девочки. На сегодняшний день половозрастные различия дебюта АД до сих пор изучаются. Среди предполагаемых факторов обостряющих АД у детей раннего возраста, являются продукты питания. Чем меньше ребенок, тем больше риск возникновения пищевой аллергии. Опираясь на анамнестические данные, чаще наблюдается аллергия на белок коровьего молока, куриным яйцам, консервантам, а у подростков наблюдается далее перекрест с другими продуктами. Клиническая картина АД по возрастным периодам: [3]. Основные симптомы: зуд кожи, высыпания на открытых участках тела, наследственная предрасположенность, сухость кожи, трещины за ушами, дерматиты кистей, начало в раннем возрасте. Кожа при младенческой форме красная и отечная, покрыта крошечными пузырьками (везикулы) которые лопаются и выделяется кровянистая жидкость подсыхая, превращается в желтые корочки. Зуд усиливается в ночное время, остаются следы расчесов.

Младенческая форма поражает область лица за исключением носогубного треугольника, руки ноги чаще локтевые и подколенные сгибы. Кожа при детской форме красная, отечная, имеются узелки, корочки, папулы, нарушение целостности кожных покровов. Трещины на ладонях, пальцах, подошвах. Кожа при подростковой форме имеет наличие бляшек красного цвета, с расплывчатыми границами, повышенная сухость кожи, трещины на сгибательных поверхностях рук, ног, запястья, тыльная поверхность стоп и кистей. В ходе проведения подсчета детей, были сделаны выводы, что: в младенческом периоде преобладает экссудативная форма АД, воспаление носит острый или подострый характер, с образованием корок, располагающиеся чаще на лице; в детском периоде воспаление носит острый характер, но экссудация менее выражена, высыпания на локтевых, подколенных складках, на задней поверхности шеи, заушных областях, на местах разрешенных высыпаний остаются гипопигментации; в подростковом периоде-преобладает инфильтрация с лихенификацией, сыпь на верхней половине туловища, лице, шей, верхних конечностях.[4]

При обследовании ребенка необходимо собрать тщательный анамнез. Во время ремиссии проводят кожное тестирование, в условиях стационара проводят провокационные пробы с аллергеном. Терапия направлена на устранение причины АД. Лечение чаще поэтапное - режим, диета, устранить контакт кожных покровов с син-

тетическими материалами, создать гипоаллергенный быт, гигиена, наружная терапия, внутренняя терапия лечения, психоэмоциональный покой [5].

Заключение. Профилактика АД должна начинаться еще до рождения ребенка. Беременным и кормящим назначается гипоаллергенная диета, в особенности тем кто страдает аллергическими заболеваниями. Детям с АД максимально длительно рекомендуют естественное вскармливание. Проблема АД является актуальной и требует проведения дальнейших исследований с целью разработки диагностических критериев заболевания.

Литература:

1. Аллергология и клиническая иммунология (2019г.) акад. РАН Р.М. Хаитова, проф. Н.И Илыной издательство «Гэотар - Медиа» С. 300-302.
2. Клиническая аллергология В.В Скорцов, А.В Тумаренко 2015г. издательство Спец. Листы С. 120-124.
3. Патогенетика аллергических болезней М.В Фрейдин Л. М. Огородова, В.П Пузырев 2015 г. Издательство СО РАН (Сибирское отделение России, акад. наук) С. 58-61.
4. Плахотина О.В., Куандыкова Л.К., Ашимова М.Г. /Возрастно-половые особенности течения атопического дерматита у детей в РК. //Наука о жизни и здоровье №4, 2019. Ст.:50-55
5. Аллергические болезни у детей. Г.А. Самсыгина 2019г., изд-во ГЭОТАР- Медиа. С 178-185.
6. Аллергология и иммунология. (Клинические рекомендации для педиатров). Под.общ. рекомендации: А.А. Баранова и Р.М. Хаитова изд. Педиатр Б 2018г.С 65-74.
7. Рудова Т. Атопический дерматит у детей: причины, симптомы, лечение. 2013 г (<https://cyberleninka.ru/article/n/atopicheskiy-dermatit-u-detey-i-podrostkov>)

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ, ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Санакулов А.Б.

Резюме. В Андижанском и Самаркандском ОДММЦ был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт детей с атопическим дерматитом. Всего было принято с этим диагнозом за 2019-2021 года 796 детей, из них 510 мальчиков и 286 девочек, что говорит о высокой распространенности атопического дерматита среди детей мужского пола. Профилактика АД должна начинаться еще до рождения ребенка. Беременным и кормящим назначается гипоаллергенная диета, в особенности тем кто страдает аллергическими заболеваниями. Детям с АД максимально длительно рекомендуют естественное вскармливание.

Ключевые слова: атопический дерматит, классификация, течение, профилактика и наследственная предрасположенность.