



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Мамаризаев Иброхим Комилжонович

Ассистент кафедры Педиатрии №1 и неонатологии

Самаркандского медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Аннотация. Аллергические заболевания приводит к ухудшению самочувствия человека, снижению работоспособности, успеваемости у детей. Аллергические заболевания являются одной из частых причин нарушения социальной активности, ранней инвалидизации детей и молодого трудоспособного населения, что приносит огромный экономический ущерб и определяет ее медико-социальную значимость. На данной работе приведены особенности клинического течения атопического дерматита по данным Самаркандской области.

Ключевые слова: атопия, дерматит, дети, аллергия, микрофлора

Актуальность. Как справедливо отмечают за последние два десятилетия частота аллергических заболеваний существенно возросло. По прогнозам некоторых ученых XXI век станет веком аллергических заболеваний и в настоящее время детская аллергия является одной из актуальных проблем современной педиатрии (2). Отмечают, что в последнее десятилетие больше привлекает внимание из-за нарастающей распространенности среди населения, что связано с загрязнением окружающей среды, атмосферного воздуха, питьевой воды, продуктов питания и почвы, химическими веществами которых все упаковано аллергенами (3,4).

Цель работы: изучить особенностей клинического течения атопического дерматита у детей по данным Самаркандской области.

Материалы и методы обследования.

Анализированы результаты обследования 126 больных от 1 месяца до 3 лет с пищевой аллергией, находившихся на стационарном лечении в отделениях детской реанимации и I экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. Мальчиков было 62,5%, девочек - 37,5%. 67,5% больных составили дети 3-12 месяцев, что связано с введением прикорма и докорма.

При ведении больных нами были выделены 3 степени тяжести заболевания. Легкая степень констатирована у 37 (29,3%) больных, средней тяжести у 78 (61,9%) и тяжелая степень у 11 (8,73%) больных.

Результаты исследования. Пищевая аллергия в виде атопического дерматита отмечалась у 50,0% больных, в 50,0% случаях была диагностирована крапивница, причем у каждого пятого больного сопровождавшаяся с отеком Квинке. 30% детей находились на естественном и 70,0% – на смешанном или искусственном вскармливании. У больных,



получавших искусственное и смешанное вскармливание, заболевание протекало тяжелее. Частым проявлением расстройств деятельности желудочно-кишечного тракта были диарея (у каждого второго больного ребенка), метеоризм (у каждого третьего больного) и рвота (у 25,0% пациентов). В связи с этим вопрос нормализации кишечного биоценоза у детей при атопии нами был решен назначением эубиотиков. Сравнительный анализ изучения динамики заболевания имел существенные отличия в зависимости от метода проводимой терапии. Так, у детей I группы общее состояние больных улучшалось на $4,9 \pm 0,2$ сутки, кожный зуд исчезал к 5 дню, купирование симптомов аллергии происходило на 6 день ($6,1 \pm 0,4$). Симптомы дисбиоза: срыгивание и рвота исчезали на $3,3 \pm 0,7$; и $3,8 \pm 0,4$ день, жидкий стул нормализовался на $5,1 \pm 0,5$ сутки, длительность пребывания больных в стационаре составила $6,1 \pm 0,5$ койко-дней. У детей, получавших грудное молоко, по сравнению с детьми, находившимися на смешанном или искусственном вскармливании, зуд кожи исчезал быстрее на сутки. Дисбиоз, который наступает задолго до клинических проявлений болезни и служит предвестником в клинко-физиологическом статусе ребенка, имеет перспективы в плане лечения основного заболевания. В связи с этим, II группе больных с пищевой аллергией на фоне дисбиоза помимо традиционного лечения назначены эубиотики в возрастной дозировке. Динамика исчезновения клинических симптомов аллергии II группы больных показала, что общее состояние больных, получавших эубиотики, улучшалось на $4,1 \pm 0,5$ сутки, зуд кожи исчезал к концу 4-го дня, купирование симптомов аллергии происходило на 5 день ($5,5 \pm 0,8$). Симптомы дисбактериоза: срыгивание и рвота исчезли на $2,7 \pm 0,4$; $3,1 \pm 0,2$ день, жидкий стул нормализовался на $4,4 \pm 0,4$ сутки, что оказалось быстрее, чем в группе больных, получавших традиционное лечение. Эффективность проводимого лечения проявилась длительностью пребывания больных в стационаре, составив при этом $5,4 \pm 0,3$ койко-дня. Сокращение сроков лечения больных II группы, получавших эубиотики несомненно является отражением ускоренной нормализации состояния больного ребенка по сравнению с больными I группы, что является результатом их применения. Положительная динамика клинических симптомов при назначении эубиотиков указывает на эффективность и целесообразность их назначения в лечебный протокол детей с пищевой аллергией с признаками дисбиоза как залог предупреждения развития аллергических реакций у детей. Что доказала необходимость назначения эубиотиков у этих больных.

Сопутствующая патология со стороны пищеварительного тракта нарушает процессы пищеварения веществ антигенных свойств и обуславливает развитие сенсibilизации и прогрессирование болезни.

У обследованных больных хронический тонзиллит диагностирован у 29,5 %, вегетососудистая дистония у 22,9% случаев.



У детей раннего возраста нами выявлены такие сопутствующие заболевания - как рахит (12,7%), анемия (78,7%), нарушения белково-энергетического обмена (29,6%).

Общий анализ крови выявила увеличение содержания эозинофилов, а также отмечено высокий уровень IgE в период обострения заболевания.

Таким образом изучение течения заболевания показала, что средне тяжелые формы (61,9%) преобладают над легкими формами (29,3%) и низкие цифры получены при тяжелой форме заболевания.

Тяжелое течение атопического дерматита преобладали у детей раннего возраста. в период обострения и ремиссии АД всем детям проведены

бактериологические посевы из носа, зева, с кожи, кала. Почти у 1/2 (44,9%) детей раннего возраста и 1/3 (26,7%) - школьного при обострении АД легкой степени обнаружен рост различных видов условно-патогенных

микроорганизмов со слизистой носа и зева. В группе сравнения условно

патогенная флора выделялась значительно реже и не превышала 8,0%) по отдельным нозологическим формам (*S.aureus*, *S.pneumoniae*) (табл.44).

В группе детей раннего возраста при обострении АД легкой степени чаще выделялся *S.aureus* (17,9%), в сравнении с *S.pneumoniae* (12,8%), *Candidaalbicans* (5,1%), *C.pseudodiphtheriticum* (5,1%). У детей школьного возраста преобладало выделение грибов рода *Cadida* (16,7%). Вместе с тем, достоверных различий по частоте выделения различной микрофлоры между двумя группами детей с легким обострением АД не получено.

При второй степени тяжести обострения АД у 75,2%) детей I группы был выделен один вид условно-патогенной микрофлоры и у 24,8% - сочетание двух видов. В группе детей школьного возраста с обострением АД средней тяжести из носоглотки выделялся один вид микроорганизмов -у 79,5%. По прежнему доминирующей условно-патогенной флорой в обеих группах был *S.aureus* (39,3% и 29,5%, соответственно, $p>0,05$), увеличились частота обнаружения *St. pneumoniae* (38,5% и 15,9%, соответственно, $p<0,01$) и *C.*

Pseudodiphtheriticum (14,5% и 6,8%, соответственно, $p>0,05$) у детей раннего возраста, а грибов рода *Candida* - школьного (14,5% и 27,3%, соответственно, $p<0,05$).

В период тяжелого обострения АД у всех детей выделялась условно-патогенная микрофлора из носоглотки. Ассоциация двух видов микроорганизмов наблюдалась у 74,1% детей первой группы и 25,8% - второй ($p<0,001$). Частота выявления *S. aureus* (75,0% и 38,7%, соответственно, $p<0,02$) и *S. pneumoniae* (51,7% и 25,8%, соответственно, $p<0,01$) была достоверно выше у детей раннего возраста, а грибов рода *Candida* (25,0% и 45,2%, соответственно, $p<0,05$) - школьного. Достоверных различий по частоте выявления *C. pseudodiphtheriticum* не обнаружено.



Из всего разнообразия условно-патогенной микрофлоры кожи чаще других выделялись *S. aureus*, грибы рода *Candida* и *S. epidermidis*. Частота высева *S. aureus* с пораженной кожи зависела от степени тяжести обострения АД и была достоверно выше у детей раннего возраста. Так, при легком обострении АД *S. aureus* с клинически пораженной кожи высеивался у 39,7% детей раннего возраста и 16,7% - школьного, средне-тяжелом - у 73,5% и 29,5%, соответственно, тяжелом – у 91,7% и у 48,4%, соответственно. Показатель частоты высева *S. aureus* с клинически непораженной кожи был значительно ниже при легкой степени обострения 14,1% и 3,3%, соответственно группам, а при средне-тяжелой - 69,2% и 25,0%, соответственно, и тяжелой - 90,8% и 41,9%, соответственно, степенях тяжести соответствовал показателям контаминации пораженной кожи. Следует отметить, что и с клинически непораженной кожи у детей раннего возраста при всех степенях тяжести *S. aureus* выделялся достоверно чаще. Так при I степени тяжести микроорганизм был обнаружен у 15,4% и 10,0%, соответственно группам, II степени - у 19,7% и 15,9%, соответственно и III степени у 25,0% и 16,1%, соответственно. Этот условно- патогенный микроорганизм чаще колонизировал кожу в виде моноинфекции (15,8% и 11,4%, соответственно), реже в сочетании *S.aureus* (4,8%) и 1,9%, соответственно).

Также, данная патология сопровождалась увеличением содержания эозинофилов и высоким уровнем IgE.

Выводы.

Атопический дерматит у детей сопровождается нарушением иммунного статуса, что подтверждается повышением показателя IgE высокие цифры отмечены при тяжелой степени заболевания. Изучение микробиоты у детей с атопическим дерматитом показала нарушение микробиоты которое характеризовалось ростом различных видов условно-патогенных микроорганизмов, которые увеличиваются в зависимости от степени тяжести обострения.

Список литературы:

1. Балаболкин И. И., Булгакова В. А., Елисеева Т. И. Атопический дерматит у детей. – Издательство "Медицинское информационное агентство", 2018.
2. Антонова С. Б. и др. Экспериментальные модели атопического дерматита для доклинических исследований //Уральский медицинский журнал. – 2023. – Т. 22. – №. 1. – С. 111-119.
3. Соловьёва И. Л. и др. Клинико-иммунологический мониторинг при атопическом дерматите у детей в Ульяновской области //Иммунопатология, Аллергология, Инфектология. – 2023. – №. 1. – С. 29.



4. Сагитова Г. Р. и др. Взаимосвязь пищевой аллергии и атопического дерматита у детей раннего возраста //Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – №. 6-2 (120). – С. 113-116.
5. Махмудов Ф. А., Латипов И. И. Атопический дерматит: иммунопатогенез и стратегия иммунотерапии //Новый день в медицине. – 2019. – №. 4. – С. 195-200.