



ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования Сравнительный анализ клинико-иммунологических показателей 50 детей с коморбидным течением атопического дерматита, которых мы наблюдали в 2017-2019 годы, с показателями детей с атопическим дерматитом (N=30).

Материал и методы. В научной работе представлены результаты анамнестических, клинико-аллергологических и иммунологических исследований.

Результаты. Анализ полученных данных у детей с подозрением на атопический дерматит, сопутствующий бронхиальной астме, показал, что за последний год на аллергические высыпания жаловались 61,8% наблюдаемых больных, причем эти высыпания чаще встречались у детей в возрасте до трех лет. Коморбидный атопический дерматит с БА выявлялся у детей в возрасте до 5 лет в 2,1 раза чаще, чем у детей любого другого возраста.

Высокая распространенность аллергических заболеваний, непрерывное нарастание клинических проявлений болезни, ухудшение качества жизни детей, инвалидизация, в некоторых случаях приводят даже к смерти больных детей [1,3,9]. В мире насчитывается около 300 миллионов пациентов с аллергическими заболеваниями, из которых около 30% страдают аллергическим ринитом, 20% - бронхиальной астмой и 5-15% - атопическим дерматитом, причем у 20% этих пациентов наблюдаются тяжелые, угрожающие жизни проявления заболевания [2,4,5,7,10]. Атопический дерматит является актуальной проблемой не только в дерматологии, аллергологии но и в педиатрии из-за его большого распространения и частых рецидивов. Атопический дерматит считается первым проявлением атопического марша и является одним из важных факторов развития бронхиальной астмы у детей [1,4,6,8,11]. Проблема сравнительной диагностики комбинированных форм аллергических заболеваний до сих пор остается актуальной и недостаточно изученной. Полное изучение причин их возникновения позволяет разработать индивидуальные и эффективные программы профилактики и лечения заболевания [10].

Цель работы - сравнительный анализ клинико-иммунологических показателей 50 детей с коморбидным течением атопического дерматита, которых мы наблюдали в 2017-2019 годы, с показателями детей с атопическим дерматитом (N=30).

Материал и методы

В научной работе представлены результаты анамнестических, клинико-аллергологических и иммунологических исследований. Использовали: иммунохемилюминесцентный метод определения общего IgE (МЕ/мл) в крови (Cobas e 411, Россия), специфического IgE (МЕ / мл) в сыворотке крови методом твердофазного IFA (C.A.R. L.A., System,

Россия) исследования проводились в научной лаборатории ТТА. Мы определяли индекс SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) (измерение тяжести течения АД). Этот индекс рассчитывается по формуле:

$$SCORAD = A/5 + 7 \cdot B/2 + C, \text{ где}$$

A - площадь поражения кожи (%); б - сумма объективных признаков в баллах (эритема, отек, влажность, эксфолиация, лихенификация, сухость); с - сумма субъективных признаков в баллах (зуд, нарушения сна); легкая степень БА-до 20 баллов (1-2 обострения в год, длительная ремиссия, хорошо поддается терапии). БА средней тяжести - 20-40 баллов (рецидивы 3-4 раза в год, ремиссия не более 4 месяцев, нет четкого ответа на терапию); БА тяжелой степени-более 40 баллов (длительное течение симптомов, ремиссия не более 2 месяцев, терапия неэффективна). Каждый субъективный признак оценивается в диапазоне от 0 до 10 баллов; затем баллы суммируются. Общий балл по субъективным признакам может варьироваться от 0 до 20.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием прикладных программ математико-статистического анализа Microsoft Excell версии 7.0.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных данных у детей с подозрением на атопический дерматит, сопутствующий бронхиальной астме, показал, что за последний год на аллергические высыпания жаловались 61,8% наблюдаемых больных, причем эти высыпания чаще встречались у детей в возрасте до трех лет. Коморбидный атопический дерматит с БА выявлялся у детей в возрасте до 5 лет в 2,1 раза чаще, чем у детей любого другого возраста. Типичное расположение сыпи, то есть на коже локтей, лодыжек, в области шеи, вокруг глаз и ушей, было более распространенным в возрасте 5 лет. При сопутствующем течении атопического

дерматита у 9,2% детей наступал период полной клинической ремиссии с полным исчезновением высыпаний и отсутствием ночных пробуждений, вызванных зудом и одышкой, и он был выше у детей в возрасте 5-12 лет (43,5%). Нарушения ночного сна из-за зуда и одышки наблюдались менее одного дня в неделю у 35,7% детей и более одного раза в неделю у 49,2% детей, причем эти данные были выше у детей в возрасте до 5 лет.

Из полученных данных видно, что распространенность АД с сопутствующей бронхиальной астмой в 60,9% случаев наблюдалась у мальчиков в возрасте до 5 лет ($R < 0,001$). Чувствительность к атопическому дерматиту в первые 2 года жизни - это чувствительность к пищевым белкам [5], в то время как в нашем исследовании симптомы атопического дерматита наблюдались у детей в возрасте до 5 лет в основном из-за пищевых белков. В нашем обзоре исследование данных детей с подозрением на сопутствующий атопический дерматит с БА показало, что на вопрос: "Наблюдалась ли у вашего ребенка сыпь на коже, сопровождающаяся одышкой при приеме большого количества сладостей и ярко окрашенных пищевых продуктов"- 49,4% матерей ответили положительно. В нашем исследовании этиологически значимые аллергены при атопическом дерматите с сопутствующей БА у детей до 5 лет составили: коровье молоко - 67,2%, яйца - 31,9%, крупы - 30,5%, соя - 15,4%, рыба - 29,4%, овощи и фрукты - 41,3%. Изучение анамнеза показало, что большинство детей имели отягощенную наследственность в отношении аллергических заболеваний, что в целом соответствовало результатам исследований многих авторов [2]. Так, у одного из родителей наблюдаемых нами пациентов в 39,6% случаев была обнаружена бронхиальная астма, в 29,5% - аллергический ринит, в 18,3% - поллиноз, в 19,5% - пищевая аллергия, в 18,3% - атопический дерматит и в 12,2% - лекарственная аллергия. Во всех группах преобладали матери в возрасте от 20 до 30 лет (70,3%). В основном дети родились от второй беременности (51,8%). Исследование беременности показало, что во второй половине беременности у матерей преобладали: гестоз (49,5%), анемия (63,5%) и аллергия (69,8%). Было отмечено, что у большинства матерей аллергические и соматические заболевания, наблюдавшиеся во время беременности, приводили к тому, что их дети страдали АД с БА.

Нарушения психоэмоционального состояния выражались в виде нарушений сна, беспокойства и эмоциональной лабильности, особенно у детей перед походом в детский сад и школу, во время школьных экзаменов, и эти

показатели были очевидны при коморбидном течении АД с БА.

В результате применения антибактериальных препаратов при лечении острого респираторного заболевания или нарушений гипоаллергенной диеты у 42% детей раннего возраста наблюдался кожный синдром с появлением эритематозных высыпаний, одышки, рецидивов кашля. В последующем 19,8% случаев рецидива кожных высыпаний и одышки у ребенка наблюдались в результате нарушения гипоаллергенной диеты.

В нашем исследовании степень тяжести АД в соответствии с индексом SCORAD составил: легкая степень - у 50%, среднетяжелая степень - у 30%, тяжелая степень - у 20% детей, а 65% пациентов с тяжелой формой в основном были дети в возрасте до пяти лет с коморбидным течением АД. Исследование показателей периферической крови больных детей в нашем наблюдении показало ряд изменений. Как видно из полученных данных, в период обострения заболевания у всех обследованных детей не было выявлено существенных изменений в периферической крови, за исключением количества эозинофилов. Количество эозинофилов по сравнению с $1,31 \pm 0,1$ у здоровых детей было на $7,9 \pm 0,23$ и на $6,2 \pm 0,1$ выше при коморбидном течении БА с атопическим дерматитом ($p < 0,001$). Согласно литературным данным, диапазон содержания эозинофилов в периферической крови у здоровых детей составляет 1-5%. Колебания показателей при атопическом дерматите с сопутствующим БА составлял от 2 до 15%. Одним из традиционных маркеров, используемых для диагностики и сравнительного сопоставления воспалительных процессов при БА и АД, является определение общего уровня IgE в сыворотке крови. При коморбидном течении атопического дерматита с БА этот показатель составлял в среднем 890,5 ХБ/мл в интервале 140,1-1890 ХБ/мл, а при атопическом дерматите - 679,2 ХБ/мл (см.таблицу).

Разница между группами

Показатели	АД коморбидное течение n=50	АД n =30	Здоровые дети n=20
Эозинофилы,%	7,9±0,23*	6,2±0,1*	1,31±0,1*
^МЕ/мл	890,5±56,4**	679,2±34,2**	53,8±12,4**

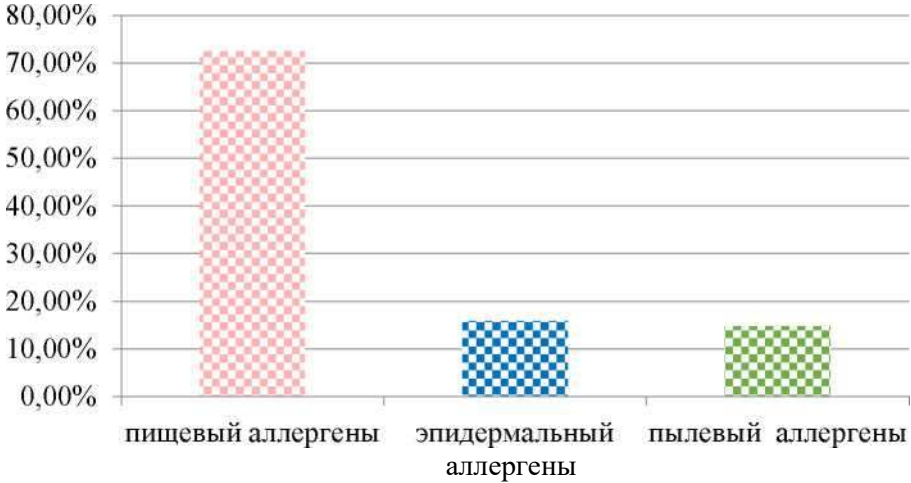
Примечание: P<0,05-0,001 по отношению к показателю здоровых детей и детей с БА.

По нашему мнению, высокие уровни эозинофилов и IgE при сопутствующем течении БА указывают на то, что течение заболевания при БА относительно тяжелое. Общее количество IgE имело достоверную разницу (p = 0,001) в группе здоровых детей (53,8 ХБ/мл) по сравнению с больными детьми. Одним из важных факторов, способствующих развитию atopического дерматита при сопутствующем течении БА, являются генетически доказанная аллергическая предрасположенность, проявляющиеся в виде аллергической реакции. Она развивается в результате чувствительности организма к аллергенам, что приводит к воспалительной реакции, специфичной для аллергенов, т.е. повреждению тканей и появлению клинических признаков аллергических заболеваний [5,9].

У 50 детей, у которых было подтверждено наличие atopического дерматита с сопутствующей БА, были проведены специальные аллергологические тесты. Сбор аллергологического анамнеза и выявление

аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови обследуемых детей выявили чувствительность к домашним, эпидермальным, пылевым и пищевым аллергенам. Диагностически значимые концентрации сывороточного аллергенспецифического IgE были обнаружены у 92,5% детей (см.рисунок).

Диагностически значимые концентрации сывороточного аллергенспецифического IgE к пищевым аллергенам были обнаружены у 72,5% детей. Что касается бытовых аллергенов, то у 14,8% детей была выявлена сопутствующая патология, что является диагностически значимой концентрацией сывороточного аллергенспецифического IgE. Диагностически значимая концентрация сывороточно-специфического IgE (19,7%) была обнаружена при эпидермальных аллергенах. У 15,9% детей в сыворотке крови были обнаружены диагностически значимые концентрации IgE, специфичных к пылевым аллергенам.



Распределение по видам аллергенов

Клиническими особенностями коморбидного течения atopического дерматита с БА у детей в возрасте до 5 лет являются: 65% пациентов с тяжелой степенью по индексу

SCORAD составляли в основном дети в возрасте до пяти лет с БА; у 72,5% пациентов с БА были обнаружены высокие диагностически значимые пищевые специфические концентрации IgE.

1. Ахроров Х.Х. и др. Триггерные факторы атопического дерматита у детей дошкольного возраста. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2017;(20)6:347-351.
2. Волкова Н.А. и др. Структура аллергических заболеваний и роль различных аллергенов при формировании атопической патологии у детей раннего и дошкольного возраста в г. Лесной Свердловской области. //Российский аллергологический журнал. 2015;2:59-63.
3. Муратова Ж.К. Распространенность симптомов атопического дерматита у детей школьного возраста в г. Жалал-абад. Медицинский вестник Башкортостана. 2015;(10)1:14-17.
4. Сулайманов Ш.А. и др. Атопический дерматит у детей: факторы риска и эпидемиология. Вестник Ошского государственного университета. 2015;3:24-29.
5. D.R. Kurbanova, M.K.Mirrakhimova, Improving diagnostic methods for detecting allergic diseases in children, Journal of Biomedicine and Practice. 2020:522-530.
6. Dupilumab for treatment of atopic dermatitis. Seegraber M. et al. Expert Rev Clin Pharmacology. 2018;(11)5:467-474.
7. Haiduchyk H., Shadrin O. Concentrations of cysteinyl leukotrienes in various biological fluids of children with bronchial asthma, atopic dermatitis and food protein induced enterocolitis. EUREKA: Health Sciences. 2019;4:3-8.
8. Khabibullayevna M. M., Murotkhonovna S. A. Optimization Of Allergic Rhinitis Therapy In Children. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. 2020;(2)8:119-125.
9. Lactobacillus plantarum IS-10506 supplementation reduced SCORAD in children with atopic dermatitis. Prakoeswa CRS. et al. Benef Microbes. 2017;(13)8:833-840.
10. Mirrahimova M. K. et al. Bronchial asthma: prevalence and risk factors in children living in the industrial zones of the Tashkent region. Central Asian Journal of Medicine. 2020; 1:29-35.
11. Mirrahimova M. K. et al. Antileukotriene Drugs in The Treatment of Atopic Dermatitis in Children. International Journal of Pharmaceutical Research Jan - Mar. 2021;(13)1:2117-2121.
12. Аминзода, Н. Х., Д. И. Ахмедова, and Б. Г. Гафуров. "Критерии компенсации гипертензионного синдрома у детей первого года жизни с перинатальным поражением ЦНС." Российский педиатрический журнал 4 (2003): 15-19.
13. Акрамова, Хурсаной Абдумаликовна, Дилорам Илхамовна Ахмедова, and Зарина Руслановна Хайбуллина. "АУТОАНТИТЕЛА, ПРОФИЛИ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ И ИХ СВЯЗЬ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ." Journal of cardiorespiratory research 1.1 (2022): 13-18.
14. Akcura, F., D. Ahmedova, and P. Menlikulov. "Health For All: A Key Goal for Uzbekistan in the New Millennium." Tashkent: United Nations Development Programme (2006).