

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ЗАГАЛЬНОЇ ТА МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ ПРЕПУБЕРТАНТНОГО ТА ПУБЕРТАНТНОГО ПЕРІОДУ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

*За даними МОЗ України у загальній структурі алергічних захворювань, які реєструються в Україні, алергодерматози складають 20%, а у структурі алергопатологій дитячого віку займають від 50 до 66,4% та представлені в основному атопічним дерматитом. Мета дослідження: виявити частоту захворюваності на алергодерматози серед дітей, особливості перебігу даних дерматозів, оцінити ефективність застосування мометазона фуорату. Матеріали та методи: для лікування використовувався препарат, який містить синтетичний топічний глюкокортикостероїд – мометазона фуорат 1мг. («Елоком» крем 0,1%, туба 15г. Schering-Plough, Бельгія). Серед обстеженої групи хворих віком від 5-ти до 13 років більшість хворих були жіночої статі та найбільшу групу складають діти віком від 8-ми до 10-ти років, що ймовірно пов'язано з особливістю кислотно – лужної мантії та мікробіоценозом шкіри; активна зовнішня терапія з використанням поряд з традиційним лікуванням протягом двох тижнів мометазона фуорату («Елоком») з наступним адекватним доглядом за шкірою в комплексі з відповідною системною патогенетичною терапією здатні забезпечити як купірування загострень самого захворювання, так і профілактику його ускладнень.*

Ключові слова: алергія, алергодерматоз, діти, підлітки, місцеве лікування

*Апробовано ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» в межах НДР «Роль імунологічних та психоемоційних порушень при хронічних дерматозах та захворюваннях, що передаються статевим шляхом, та їх корекція в ході наступної терапії» (номер державної реєстрації 0109U008800).*

В останні десятиріччя хронічні захворювання шкіри стали однією з найбільш актуальних проблем у зв'язку з їх глобальною розповсюдженістю та інтенсивним зростом [1].

За даними МОЗ України у загальній структурі алергічних захворювань, які реєструються в Україні, алергодерматози складають 20%, а у структурі алергопатологій дитячого віку займають від 50 до 66,4% та представлені в основному атопічним дерматитом. Неблагоприятна динаміка зросту цієї групи захворювань зумовлена впливом різних факторів. До зовнішніх факторів насамперед слід віднести забруднення оточуючого середовища, особливо у промислово розвинутих районах, а також постійний контакт у побуті та на підприємствах з різноманітними хімічними речовинами (продукти побутової хімії, косметичні засоби, будівельні матеріали, метали, синтетичні матеріали одягу і взуття). Зростання захворюваності на алергодерматози безсумнівно сприяє вживання великої кількості лікарських речовин, в тому числі вітамінів, харчових добавок, консервів, продуктів швидкого харчування.

За даними епідеміологічних досліджень збільшення рівня алергодерматозів можливо пов'язати з зростанням кількості людей, які мають «алергенні» професії (будівельники, хіміки, харчовики та ін.).

Відомо, що значущість алергічних захворювань в структурі смертності та інвалідності невелика [2]. Разом з тим, порушення якості життя, зміни життєвих

стереотипів дитини та її батьків, обмеження соціальної активності, які зумовлені алергічним захворюванням, зумовлюють суттєвий вплив на здатність до навчання і обирання професії [3] а також є значним фінансовим тягарем для родини і суспільства в цілому, що зумовлює значущість алергопатології в дитячому віці [4].

Таким чином значна розповсюдженість алергодерматозів, сполучність уражень, вплив на якість життя дитини визначають проблему алергодерматозів не тільки для клінічної практики, а й потребує вдосконалення організації спеціалізованої медичної допомоги для даної категорії пацієнтів [5].

В наш час це можливо лише при наявності достовірних даних про розповсюдженість алергодерматозів. Слід зазначити, що захворюваність по частоті звернень, маючи тенденцію до повсюдного щорічного росту, не відбиває справжньої картини поширеності алергійної патології. Про це свідчать дані епідеміологічних досліджень. На сьогодні є загальноприйнятим, що алергодерматози являють собою мультифакторне захворювання, яке розвивається на тлі генетичної упередженості, змінах у структурі шкіри, імунологічних девіацій та при участі ендогенних ті екзогенних тригерів. Вже давно встановлено, що Т – лімфоцити, і, насамперед, Т – хелпери II типу грають домінуючу роль у розвитку алергічного (атопічного) шкірного запалення [6].

Шкіра – один з природних факторів захисту організму від різноманітного ушкодження чого впливу зовнішнього середовища, в тому числі

вірусів й патогенних бактерій. Ця властивість шкіри визначається її анатомо – фізіологічними особливостями. Вона вкрита біологічно активним шаром, який являє собою водно – жирову плівку, так звану мантію, яка містить молочну кислоту, низькомолекулярні ненасичені жирні кислоти, які забезпечують кисле середовище, пригнічує зріст патогенної флори, гальмує внутрішньоклітинне проникнення вірусів [7]. У шкірі виявлені антигени, які розділяються на власні незмінні, власні змінені (які з'являються при розвитку патології) й чужерідні (насамперед, антигени мікробів симбіонтів). У шкірі практично здорових осіб виявлені також антигени гістосумісності HLA II класу, які знаходяться, здебільшого, в клітинах Ларгенганса базального шару епідермісу. В структурних елементах шкіри виявлені й антитіля, які відносяться до різних класів імуноглобулінів. Вони локалізуються, головним чином, в дермоепідермальному сполученні.

У дітей захисна функція шкіри не досконала в силу тендітності епідермісу, морфологічної незрілості ряду її структур, а саме еластичних і колагенових волокон. Аморфна міжклітинна речовина дерми містить велику кількість ферментів, у тому числі гістаміназу і фосфоліпази, що, у сполученні з підвищеною активністю тучних клітин, зумовлює у дітей схильність до гіперергічних реакцій. Лабільність лімфатичних судин, рясна капілярна сітка з недорозвиненим ендотелієм є факторами, які сприяють утворенню набряків. Усі ці особливості структурних компонентів шкіри знаходяться у прямій залежності від віку дитини: чим менше дитина, тим у більшій мірі виразніша недосконалість її функцій. В клінічному плані підтвердженням даного положення є той факт, що у дітей раннього віку частіше розвиваються мікробно – запальні і алергічні ураження шкіри.

Прояви алергодерматозів у значній мірі залежать від генетичної упередженості, екологічних і клімато – географічних факторів в регіоні, супутніх захворювань. До алергодерматозів відносяться: atopічний дерматит; гостра та рецидивуюча кропив'янка; набряк Квінке; строфулюс; ексфолюативні токсичні дерматити.

В наш час розповсюдженість дитячих алергодерматозів у ланці алергічних захворювань займає друге місце після бронхіальної астми та характеризується наступним чином: atopічний дерматит – 71%, гостра та рецидивуюча кропив'янка – 15%, набряк Квінке – 2%, строфулюс – 2%, ексфолюативні гострі токсичні дерматити – 0,5%.

Поряд із загальною терапією при лікуванні алергодерматозів застосовують місцеву або зовнішню терапію, котра грає важливу роль у ліквідації шкірних проявів і покращення психоемоціонального стану хворого (особливо дитини). При цьому лікарські речовини

потрапляють у організм крізь кератиновий шар шкіри, частково крізь волосяні фолікули, сальні залози, розчиняючись у воді, жирах і піддаючись впливу складних фізико – хімічних змін. Кератиновий шар шкіри грає роль депо, з якого лікарські препарати потрапляють глибше, утворюючи повільний терапевтичний ефект. Швидкість всмоктування лікарського препарату залежить цілком від цілісності кератинового шару й, зрозуміло, що при алергодерматозах вона може бути значно підвищена. Тому для попередження небажаних бічних ефектів від зовнішньої терапії при алергодерматозах надзвичайно важливими є вибір лікарської форми. В залежності від форми ефективність лікарського препарату збільшується у ланці: лосйон – гель – крем – мазь, особливо при використанні підоклюзійної пов'язки.

### Мета дослідження

Виявити частоту захворюваності на алергодерматози серед дітей, особливості перебігу даних дерматозів, оцінити ефективність застосування мометазона фуорату.

### Матеріали та методи

Для лікування використовувався препарат, який містить синтетичний топічний глюкокортикостероїд – мометазона фуорат 1мг. («Елоком» крем 0,1%, туба 15г. Schering-Plough, Бельгія).

### Результати дослідження

Під спостереженням знаходилися 62 пацієнти віком від 5-ти до 13 років, які на час обстеження перебували на амбулаторному лікуванні в Полтавському обласному шкірно – венерологічному диспансері.

Таблиця.1.  
Розподіл пацієнтів за віком

Вік	Кількість обстежених	Частота зустрічаємості, %
5 -7років	16	25,8%
8-10 років	29	46,8%
11-13 років	17	27,4%
Всього	62	100%

Група хворих віком від 5-ти до 7-ми років складала 25,8%, від 8-ми до 10-ти років – 46%, та від 11 до 12 років – 28% (таб.1.).

Таблиця.2.  
Розподіл пацієнтів за статтю

Стать	Кількість обстежених	Частота зустрічаємості, %
чоловіча	23	37,1%
жіноча	39	62,9%
Всього	62	100%

Із загальної групи хворих 62,9% (39 осіб) склали дівчата та, відповідно, 37,1% (23 особи) склали хлопці (таб.2.).

Таблиця.3.  
Розподіл пацієнтів за діагнозом

Діагноз	Кількість хворих	Частота зустрічаємості, %
атопічний дерматит	29	46,8%

аллергічний контактний дерматит	17	27,4%
простий контактний дерматит	16	25,8%
Всього	62	100%

Також із загальної групи хворих 47% склали пацієнти з діагнозом atopічний дерматит, 28% хворі з діагнозом алергічний контактний дерматит та 25% складала група хворих з встановленим діагнозом простий контактний дерматит (таб.3.). При аналізі симптомів, які спостерігалися у даної групи хворих еритема виявлена у 95,2% обстежених хворих, набряк спостерігався у 43,5%, ексудація встановлена в 37,1% випадків, екскоріація у 43,5% хворих та ліхеніфікація у 56,4% із загальної групи хворих, що знаходилися під спостереженням. Найбільш частим суб'єктивним симптомом, який відмічали пацієнти та їх батьки, виявлено свербіж у вогнищах ураження (53,2%) та 25% хворих відмічали порушення сну.

Після призначення хворим, поряд з традиційним лікуванням, протягом двох тижнів мометазону фуорату («Елоком») в умовах нанесення на уражені ділянки шкіри один раз на добу, тонким шаром, при повторному обстеженні були отримані наступні результати: покращення клінічної картини захворювання на 4-5 добу спостерігалось у 37% хворих, покращення клінічної картини захворювання на 6-7 добу після прийому препарату спостерігалось у 65% хворих. Скорочення строку лікування до 10-12 днів спостерігалось у 32% хворих із загальної групи хворих. Більшість пацієнтів відвідували диспансер не більше 3-х разів (79% з загальної групи хворих), тому що за цей період було досягнуто значне та стійке покращення стану пацієнтів, а у частини хворих повне зникнення симптомів захворювання.

Таблиця 4.  
Наслідки лікування

Назва патології	Кількість випадків (особи)	Покращення, день	Зникнення симптомів, день
Еритема	59	2-4	6-8
Набряк	27	3-5	7-9
Ексудація	23	2-4	6-8
Екскоріація	27	5	12-14
Ліхеніфікація	35	12	зменшилась
Свербіж	33	2	3-5
Порушення сну	16		

У пацієнтів раннього віку послаблення симптомів спостерігалось швидше, ніж у групи хворих старшого віку. На протязі всього періоду дослідження стан жодного з пацієнтів не вимагав додаткових лікарських препаратів місцевого застосування для послаблення симптомів захворювання.

Отримані результати свідчать, що застосування мометазону фуорату («Елоком»), що призначається у рекомендованих дозах і режимах, як правило, не призводить до

системних ефектів. Однак коли йдеться про маленьких дітей, не можна виключити і такої можливості. Невипадково коло топічних стероїдів (ТС), дозволених для лікування дітей до 12 років, вельми обмежене: це препарати, що містять нефторовані кортикостероїди: мометазону фуорат (Елоком), метилпреднізолону ацепонат (Адвантан), гідрокортизону 17 - бутират (Локоід, Латікорт). До останнього часу практично були відсутні засоби для довготривалого контролю перебігу алергодерматозів. У зв'язку з цим був необхідний принципово новий підхід до лікування цих захворювань, а також засоби, що дозволяють боротися із загостренням в ранній стадії і безпечні в такій мірі, щоб забезпечити тривале ефективне підтримуюче протирецидивне лікування без розвитку побічних ефектів.

З метою забезпечити тривалий контроль над перебігом захворювання, що включає зняття свербіжу, зменшення клінічних проявів на шкірі, подовження періоду клінічної ремісії, застосовувався препарат «Елоком», застосування якого вже на 2 - 3-й день дозволяє досягти бажаних результатів. Препарат особливо ефективний у проблемних зонах, до яких відносять обличчя, шию, великі складки. Він дозволений до застосування з двох років. Висока безпека даного засобу дає можливість застосовувати його досить тривалий час, що дозволяє здійснювати тривалий контроль над перебігом захворювання.

Однак не слід забувати, що для забезпечення стійкого терапевтичного ефекту необхідний повсякденний догляд за шкірою [8]. При цьому обов'язковою умовою є гідратація шкіри, особливо після миття. При купанні слід уникати гарячих ванн, а також застосування миючих засобів, які схиляють кислотно - лужний баланс шкіри в лужну сторону. Однак раціональний догляд за шкірою хворих на алергодерматози вимагає подальшого вивчення, а в перспективі - розробки та вдосконалення засобів догляду за шкірою таких пацієнтів.

## Висновки

Серед обстеженої групи хворих віком від 5-ти до 13 років, більшість хворих були жіночої статі та найбільшу групу складають діти віком від 8-ми до 10-ти років, що ймовірно пов'язано з особливістю кислотно - лужної мантії та мікробіоценозом шкіри. Активна зовнішня терапія з використанням поряд з традиційним лікуванням протягом двох тижнів мометазону фуорату («Елоком») з наступним адекватним доглядом за шкірою в комплексі з відповідною системною патогенетичною терапією здатні забезпечити як купірування загострень самого захворювання, так і профілактику його ускладнень.

## Література

1. Акопян А.З. Клинико – эпидемиологическая характеристика больных страдающих алергодерматозами / А.З. Акопян // Врачебное дело – 1999. - № 7-8 – С. 125-128.
2. Alenius H. Epicutaneous sensitization with allergens as an atopic dermatitis model Ernst Schering / H. Alenius // Respiratory Found. Workshop. – 2005. – Vol. 50. – P. 167-174.
3. Ben-Gashir M. Predictors of atopic dermatitis severity over time / M. Ben-Gashir, P. Seed, R. Hay // J. Am. Acad. Dermatol. – 2011. – Vol. 50. – P. 349-356.
4. Чучалин А.Г. Влияние сопутствующих заболеваний и патологических состояний на качество жизни детей с бронхиальной астмой / А.Г. Чучалин, А.С. Белевский, Н.А. Смирнов // Аллергология. – 2009. – № 4. – С. 3-10.
5. Геппе Н.А. Эффективность лечения методом интервальной гипоксической тренировки детей с бронхиальной астмой / Н.А. Геппе // XIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания: Мат.конф. – Т. 4. – Москва, 2005 – С. 290-292.
6. Кочергин Н.Г. Наружная терапия стероидочувствительных дерматозов: врачебный выбор. / Н.Г. Кочергин, Новоселов В.С. // Врач. – 2007. – № 2. – С. 42-45.
7. Kaila M. Allergy from infancy to adolescence. A population-based 18-year follow-up cohort // M. Kaila, P. Rautava, D. Holmberg-Marttila [et al.] // BMC Pediatrics. – 2009 – № 9:46 – P. 1471–1477.
8. Humphries A.D. Subcutaneous and Sublingual Immunotherapy to Treat Allergic Rhinitis / A.D. Humphries, C. Suarez-Cuervo // Rhinocconjunctivitis and Asthma. – 2013 – № 4. – P. 186–191.

## Реферат

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ОБЩЕЙ И МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАНТНОГО И ПУБЕРТАНТНОГО ПЕРИОДА .

Попова И.Б.

Ключевые слова: аллергия, аллергодерматоз, дети, подростки, местное лечение

По данным Минздрава Украины в общей структуре аллергических заболеваний, регистрируемых в Украине, аллергодерматозы составляют 20 %, а в структуре алергопатологий детского возраста занимают от 50 до 66,4 % и представлены в основном атопическим дерматитом. Цель исследования: выявить частоту заболеваемости аллергодерматозами среди детей , особенности течения данных дерматозов , оценить эффективность применения мометазона фуорату. Материалы и методы: для лечения использовался препарат , который содержит синтетический топический глюкокортикостероид - мометазона фуорат 1мг. (« Элоком » крем 0,1 % , туба 15г. Schering - Plough , Бельгия). Среди обследованной группы больных в возрасте от 5 - ти до 13 лет большинство больных были женского пола и самую большую группу составили дети от 8 -ми до 10- ти лет, что, возможно, связано с особенностью кислотно - щелочной мантии и микробиоценозом кожи; активная внешняя терапия с использованием наряду с традиционным лечением в течении двух недель мометазона фуората ( « Элоком » ) с последующим адекватным уходом за кожей в комплексе с соответствующей системной патогенетической терапией способны обеспечить как купирование обострений самого заболевания, так и профилактику его осложнений.

## Summary

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE, GENERAL AND LOCAL THERAPY OF ALLERGIC DERMATOSES IN CHILDREN OF PUBERTY AND PREPUBERTY AGE

Popova I.B.

Key words: allergic dermatosis, mometasone furoate, children, local therapy.

According to the information of the Ministry of Health Care of Ukraine allergic dermatoses make up 20% in the overall structure of allergic diseases recorded in Ukraine and from 50 to 66.4% in the structure of childhood allergic diseases, and are mainly represented wit atopic dermatitis. This study is aimed to identify the incidence rate of allergic dermatoses among children, their clinical course, to assess the therapeutic effectiveness of Mometasone furoate. Materials and methods: we used a drug containing a synthetic topical glucocorticosteroid mometasone furoate 1mg. ("Elokom" cream 0.1%, 15g tube; Schering - Plough, Belgium). Among the observation group of patients aged 5 - 13 years, the most patients were females and the largest group consisted of the children from 8 to 10 years, that might be caused by the peculiarities of the acid - base mantle and skin microbiocenosis; active local therapy using mometasone furoate ("Elokom") along with standard treatment within two weeks with following adequate skin care in conjunction with the relevant system of pathogenetic therapy can provide relief an exacerbations of the disease and prevention of its complications as well.