

С.Ю. НОСЫРЕВА, Л.А. ЛИТЯЕВА

Оренбургская государственная медицинская академия

Характеристика кишечного синдрома у детей с атопическим дерматитом

Проблема аллергических поражений кожи в настоящее время в условиях роста контингента детей со сниженными адаптационными возможностями является одной из наиболее остро стоящих в практике врача-педиатра. Защитные свойства экосистемы кишечника у таких детей снижены и перестают выполнять роль барьера, препятствующего колонизации слизистой оболочки патогенными микроорганизмами и регулирующей функции эпителия и иммунной системы. Это приводит к усилению кишечного брожения, выработке токсинов, канцерогенов, фенолов, аминов, высокий уровень которых способствует развитию аллергических заболеваний, особенно атопического дерматита, с первых месяцев жизни ребенка.

Проведено клинко-микробиологическое наблюдение 50 детей в возрасте от 2 месяцев до 1 года (31 мальчик и 19 девочек) с атопическим дерматитом (АД). У большинства из них (78%) была выявлена наследственная отягощенность по аллергии (наиболее часто по материнской линии). На естественном вскармливании до 3 месяцев находилось 44% детей, до 6 мес. — 34%, более 6 месяцев — 22%. Большинство детей было рождено женщинами с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (предшествующие аборт, выкидыши, аднексит, эрозия шейки матки), с осложненным течением беременности (кольпиты, гестационный пиелонефрит, признаки ОРВИ, угроза прерывания беременности), родов (оперативное родоразрешение 16%) и послеродового периода (мастит, эндометрит 4%) — показателями высокого риска по возникновению инфекционно-воспалительных заболеваний.

У большинства детей (72%) клинические проявления АД были отмечены в первом полугодии жизни, из них в 2-3 месяца — 32%, 3-6 месяцев — 40% и только у одной трети (28%) — во втором полугодии. У всех них на коже на фоне общей ее сухости были обнаружены эритематозные и эритематозно-сквамозные очаги поражения, сопровождаемые зудом и появлением белого дермографизма. По интенсивности и распространенности кожного процесса (система SCORAD) легкая степень тяжести заболевания (до 20 баллов) была установлена у 16 детей, средняя степень — у 25 (от 20 до 40 баллов) и тяжелая (выше 40 баллов) — у 9. Следует отметить, что в большинстве случаев манифестация АД коррелировала с изменением характера питания: ранним введением в рацион питания детей коровьего молока, соков, злаков, яиц, переводом на искусственное вскармливание. Важно также, что появление кожных изменений у детей, находящихся на грудном

вскармливании, было связано с употреблением аллергенных продуктов их матерями.

Помимо кожного синдрома, у всех наблюдаемых детей были клинические проявления поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые у большинства из них (76%) отмечались уже в первые месяцы жизни: обильные срыгивания (24%), нарушения моторики кишечника (89%), метеоризм (48%), боли в животе (56%). Причем у детей до 3 месяцев жизни превалировал диарейный синдром (стул учащен до 6-7 раз в сутки, жидкий, с неперевавшими комочками, кислым запахом, примесью прозрачной слизи), старше 3 месяцев — склонность к запорам. Важно отметить, что первые симптомы поражения ЖКТ почти у половины больных (44%) предшествовали появлению кожного синдрома.

Изменения в составе микрофлоры кишечника были обнаружены почти у всех (92%) детей с АД в виде снижения количественного содержания бифидобактерий у большинства из них (98%), синдрома атипичных эшерихий у более половины (68%) и пролиферации в диагностических концентрациях различных видов аэробных грамположительных и грамотрицательных УПБ у 86% детей (клебсиелла, протей золотистый, эпидермальный стафилококк, стрептококк, дрожжевые грибы). При бактериологическом посеве с кожи были выделены *Staphylococcus* spp. (16%), грибы рода *Candida* (6%).

По результатам копроцитологического исследования у более половины детей (62%) были обнаружены синдромы нарушения внешней секреции поджелудочной железы (нейтральный жир, крахмал), нарушения пищеварения (58%), у части (8%) — воспалительные изменения (лейкоциты, слизь), сдвиг показателей pH кала в щелочную сторону (46%).

ИФА исследованием были обнаружены антитела к антигенам лямблий (12%), повышение уровня общего IgE (52%), в гемограмме — эозинофилия (58%). УЗИ органов пищеварения выявило диффузные изменения различных отделов поджелудочной железы (38%), эхопризнаки дискинезии желчевыводящих путей (10%), гепатомегалию (6%).

Таким образом, у большинства детей со сниженными адаптационными возможностями АД регистрируется в первые 6 месяцев жизни, чему во многом способствуют функциональные нарушения кишечника, обусловленные микробиологическими изменениями, почти половина которых предшествует появлению кожного синдрома, а степень выраженности дисбиотических нарушений коррелирует со степенью тяжести АД.