

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

© Сароян А.С., Силина Л.В.

Кафедра дерматовенерологии Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: aneurisma@mail.ru

Под наблюдением находились 96 детей (в возрасте от 3 до 6 лет), больных atopическим дерматитом (АД). Проанализированы особенности течения и сопутствующая патология при АД у детей дошкольного возраста. Период обострения АД сочетался с симптомами дисфункции желудочно-кишечного тракта в 81% случаев, а с иммунными расстройствами в 91% случаев. Установлено достоверное повышение уровня Ig E в среднем в 3 раза, снижение числа CD3-лимфоцитов на 41% в сочетании с повышением числа CD22-лимфоцитов на 39%, снижение уровня Ig A в 1,6 раза и уменьшение ФП в 1,5 раза в сравнении с показателями возрастной нормы. Полученные результаты позволяют лучше ориентироваться в иммунном статусе детей дошкольного возраста, страдающих atopическим дерматитом, и могут быть использованы для адекватной терапии.

Ключевые слова: atopический дерматит, дети, иммунная система, желудочно-кишечный тракт.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF THE ATOPIC DERMATITIS AT CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

Saroyan A.S., Silina L.V.

Dermatovenerology Department of the Kursk State Medical University, Kursk

The study included 96 children aged from 3 to 6 years with atopic dermatitis (AD). Features of a current and an accompanying pathology are analysed at AD at children of preschool age. Authentic increase of level Ig E on the average in 3 times, decrease in number CD3-lymphocytes on 41% in a combination to increase of number CD22-lymphocytes on 39%, decrease in level Ig A in 1,6 times and reduction PC in 1,5 times in comparison with indicators of age norm is established. This findings may be useful to more accurately interpret of immune status of preschool children with atopic dermatitis, can be used for an adequate therapy.

Keywords: atopic dermatitis, immune system, children, gastrointestinal system.

Все проведенные эпидемиологические исследования свидетельствуют о заметном росте распространенности АД в разных регионах страны. Кардинальный признак АД – зуд кожных покровов – негативно влияет на все аспекты качества жизни, как самих больных, так и ухаживающих за ними лиц. Установлено, что стресс для семьи, связанный с уходом за ребенком, страдающим АД, значительно превышает стресс, вызванный уходом за больным с инсулинзависимым сахарным диабетом. Кроме того, материальный ущерб от этого заболевания значителен, поскольку лечение АД является серьезной финансовой проблемой для семьи и здравоохранения в целом. Одной из особенностей течения патологического процесса на современном этапе является сочетанный характер поражения органов и систем [2, 4].

Наличие сопутствующей патологии пищеварительного тракта усугубляет течение atopического дерматита, приводя к формированию торпидных к терапии форм, а иногда и к инвалидизации больных. По данным эпидемиологического исследования, наиболее часто проявления пищевой аллергии сочетается с дискинезией желчевыводящих путей (39,1%). Очевидно, что сочетание аллергического процесса с имеющимся хрониче-

ским воспалением желудочно-кишечного тракта у детей раннего и дошкольного возраста в еще большей мере способствует пищевой сенсибилизации и тем самым усугубляет течение гастроэнтерологической патологии. Возрастной период 5-6 лет следует считать критическим, с точки зрения формирования заболеваний желудочно-кишечного тракта на фоне пищевой аллергии [6, 14].

Согласно современным данным, патогенетическую основу atopического дерматита составляют аллергическое воспаление и гиперреактивность кожи, нарушающие естественную реакцию кожи на воздействие различных внешних и внутренних факторов. Ключевую роль в механизмах развития atopического дерматита играют Ig E - опосредуемые реакции, обусловленные генетически детерминированной дисфункцией TH2-лимфоцитов и рядом цитокинов, являющихся основными регуляторами синтеза Ig E [1, 9, 12, 13]. Изучение особенностей течения atopического дерматита, особенностей сопутствующей патологии, а также показателей состояния иммунитета у детей, страдающих atopическим дерматитом позволит более дифференцированно подходить к выбору метода терапии.

Цель исследования: изучить особенности течения, состояние желудочно-кишечного тракта и иммунной системы у детей дошкольного возраста, страдающих атопическим дерматитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 96 человек в возрасте $4,5 \pm 1,2$ года, среди которых было 50 мальчиков (52,1%) и 46 девочек (47,9%). Наследственность по атопическому дерматиту была отягощена у 14 пациентов (46,7%), по заболеваниям ЖКТ – у 10 (33,3%) пациентов. Дисбактериоз встречался у 41 (42,7%) пациентов.

Были изучены: карты развития, диспансерные карты, собран анамнез, включая аллергологический, проведен анализ данных клинико-парадоклинического обследования, целенаправленное анкетирование детей и родителей. Критериями исключения были: местная терапия глюкокортикоидными препаратами в течение предыдущей недели; выраженное обострение дерматита с мокнутием; клинические признаки вторичного бактериального инфицирования кожи; признаки герпетической инфекции, острые интеркуррентные заболевания, врожденные заболевания. Родители всех детей заполняли информационное согласие на исследование детей. Выраженность кожных проявлений оценивали по шкале SCORAD, для оценки качества жизни у детей использовали Детский дерматологический индекс качества жизни (ДДИКЖ) [4, 7]. У всех наблюдаемых детей изучали показатели иммунологической реактивности: CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ лимфоциты, фагоцитарный показатель (ФП), фагоцитарное число (ФЧ), ЦИК, уровень Ig A, Ig M, Ig G, Ig E, НСТ-тест, ЦИК. Достоверность различий исследованных показателей определяли с использованием парного и непарного t-критерия Стьюдента. Разность долей подтверждена использованием критерия z [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нельзя не отметить неблагоприятный перинатальный анамнез у всех обследованных, свидетельствующий о ранней сенсибилизации организма ребенка, начиная с первых недель внутриутробного развития. Патология родового периода выявлена в 60% случаев. В структуре патологии беременности и родов у матерей исследуемой группы детей на первом месте гестозы второй половины беременности (26,7%), внутриутробное инфицирование (24,9%), затем угроза прерывания беременности (20,5%), фетоплацентарная недос-

точность (16,7%), обвитое пуповиной (11,2%). У 40% беременных диагностированы возбудители инфекций, передающихся половым путем. 60% родились с избыточным весом.

Преобладание дебюта заболевания до 1 года жизни (52%) может быть связано с морфофункциональной незрелостью органов пищеварения и иммунной системы ребенка.

В 81 (84,4%) случае родители указали на факторы или причины, способствовавшие возникновению дебюта атопического дерматита, 15 (15,6%) родителей не смогли связать начало заболевания с каким-либо конкретным фактором.

У большинства пациентов начало заболевания было связано с нарушением характера питания, в том числе с переходом на искусственное вскармливание (59,6%). Данный факт говорит о том, что грудное вскармливание является защитным фактором и находится в обратной зависимости с развитием АД у младенцев. Неблагополучные бытовые условия способствовали началу заболевания в 8,3% случаев. Реже возникновение атопического дерматита было связано с последствиями вакцинации (6,2%), психологическим стрессом (6,2%), перенесенными острыми вирусными инфекциями (4,1%).

При анализе сезонности обострений атопического дерматита было установлено, что сезонная волнообразность течения (обострение преимущественно в осенне-зимний период) наблюдалась у 51 (53,1%) детей исследуемой группы.

В общей группе больных наследственность по атопическому дерматиту была отягощена у 46 детей (47,9%), наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта – у 35 (36,5%). Признаки сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта были выявлены в 81% случаев. При этом заболевания ЖКТ были представлены следующим соотношением: дискинезия билиарного тракта 41,6%, хронический гастродуоденит 24%, реактивный панкреатит 16,7%, дискинезия толстого кишечника 9,4%, инвагинация кишечника 5,2%, стоматит 3,1%. Признаки дисбактериоза кишечника выявлялись у 47,9% детей.

При проведении объективной оценки тяжести состояния больных нами было установлено, что среднее значение индекса SCORAD составило около 44 баллов, индекса IGA около 3 баллов, что свидетельствует о высокой степени активности процесса, характеризующегося распространенными кожными поражениями, подострыми изменениями.

Среднее значение ДДИКЖ составило $23,33 \pm 2,29$, что говорит о существенном влиянии атопического дерматита на психологические аспекты жизни ребенка.

Средние значения иммунологических показателей у детей, страдающих атопическим дерматитом (в сравнении с показателями здоровых детей)

№	Показатель	Здоровые дети М±м	Группа исследования М±м	Δ, %
1	лейкоциты, 10 ⁹ /л	6,6±0,16	8,46±0,46	+49*
2	лимфоциты, 10 ⁹ /л	2,72±0,31	4,39±0,18	+61*
3	лимфоциты, %	47,32±2,24	54,34±1,37	+15
4	CD3+лимфоциты, %	71,62±0,26	42,42±0,29	-41*
5	CD4+лимфоциты, %	37,94±0,31	36,64±0,46	-3
6	CD8+лимфоциты, %	29,52±0,52	22,74±0,2	-23
7	CD22+лимфоциты, %	15,18±0,39	24,64±0,24	+62*
8	Ig G, г/л	9,63±0,1	8,83±0,3	-8
9	Ig M, г/л	2,07±0,05	1,77 ±0,04	-14
10	Ig A, г/л	1,09±0,07	0,67±0,12	-39*
11	Ig E, г/л	39,72±4,33	85,6±0,88	+53*
12	ФП, %	57,32±5,77	38,05±0,82	-34
13	ФЧ	7,21±1,54	6,57±1,3	-9
14	НСТ	5,08±1,13	5,11±0,08	+1

Примечания: 1. Достоверность результатов исследования статистически значимых данных в сравнении со средними показателями здоровых детей, аналогичного возраста $p \leq 0,05$.

2. Δ, % - степень изменения показателя в %.

Для оценки состояния иммунной системы нами были проанализированы цифровые значения основных показателей иммунограммы в сравнении с аналогичными данными практически здоровых детей аналогичного возраста по данным литературы (табл. 1) [5].

При анализе иммунологических показателей практически у всех детей были выявлены изменения в той или иной степени выраженности, которые характеризовались повышением содержания Ig E в среднем в 3 раза, увеличением субпопуляции CD22+ лимфоцитов в 1,6 раз, понижением уровня CD3+- лимфоцитов в 1,6 раз, незначительным повышением уровня лейкоцитов, понижением фагоцитарного показателя в 1,5 раз.

На фоне резкого повышения уровня Ig E у всех детей отмечалось незначительное снижение содержание иммуноглобулинов основных классов (Ig A, Ig M, Ig G). Уровень ЦИК находился на верхней границе нормы, что свидетельствует о подострой стадии аллергического процесса.

Резюмируя вышесказанное, необходимо отметить, что у каждого из наблюдаемых детей зарегистрировано далеко не одно заболевание, в патологический процесс вовлечен ряд органов и систем, в динамике наблюдения у них нарастает число аллергических реакций на воздействие факторов внешней среды. У 91% имелись изменения со стороны иммунной системы в той или иной степени выраженности. Все это свидетель-

ствует о сниженной иммунологической реактивности.

Данные литературы, касающиеся изменения иммунологических показателей при атопическом дерматите у детей дошкольного возраста, достаточно противоречивы. При обследовании 126 детей дошкольного возраста выявлен достаточно высокий удельный вес (56%) эозинофилии в диапазоне от 8 до 31%. Не наблюдалось значительных отклонений от нормы уровней сывороточных иммуноглобулинов (Ig G, M, A), но у многих детей (около 50%), особенно раннего возраста, в период ремиссии концентрация Ig A была несколько сниженной, а концентрации Ig G и Ig M были близки к нижней границе нормы. Высокий уровень Ig E был констатирован в сыворотке крови 35% обследованных детей, которые имели клинические проявления атопии. Уровни Т- и В- лимфоцитов в крови детей были в пределах нормы. Таким образом, только у трети больных детей дошкольного возраста с атопическим дерматитом был подтвержден реактивный механизм развития аллергической патологии [12, 13].

Согласно иммунологической классификации атопического дерматита у исследуемых нами пациентов мы наблюдали смешанный тип течения АД, включающий в себя повышение содержание Ig E, а также повышение уровня CD3+, CD4+ лимфоцитов [9].

Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта встречалась в 81% случаев и характеризовалась выраженным болевым и диспепсическим синдромом. Обращает на себя внимание тот факт, что период обострения атопического дерматита сочетался с обострением гастроинтестинальной патологии, что подтверждается данными литературы [10].

Выявленные в ходе комплексного анализа клинико-лабораторных показателей выраженные иммунные нарушения, а также сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта, отягчающая течение процесса на коже, являются основанием для включения в комплексную терапию атопического дерматита у детей дошкольного возраста препаратов, улучшающих пищеварение, и иммуномодуляторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровин Т.Э., Макарова С.Г., Гамалиева А.В. и др. Кожа как иммунный орган // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 2. – С. 76–79.
2. Гомберг М.А. Атопический дерматит // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 20. – С. 128–135.
3. Гребенюк В.Н. Атопический дерматит как термин и заболевание // Вестн. дерматол. и венерол. – 2000. – № 5. – С. 20–23.
4. Данилычева И.В. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом // Consillium Medicum. – Т. 3, № 4. – С. 184–186.
5. Дзюбинская Е.В. Основные иммунологические показатели у здоровых детей (сводные данные литературы) // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – 2004. – № 34. – С. 108–115.
6. Иллек Я.Ю. Атопический дерматит у детей раннего возраста // Вятский мед. вестн. – 2002. – № 2. – С. 18–23.
7. Коростовцев Д.С., Макарова И.В., Ревякина В.А., Горланов И.А. Индекс SCORAD – объективный и стандартизированный метод оценки поражения кожи при атопическом дерматите // Аллергология. – 2000. – № 3. – С. 39–43.
8. Ларина Т.В., Ожегов А.В. Клинико-метаболические особенности атопического дерматита у детей раннего возраста // Педиатрия. – 2003. – № 6. – С. 37–42.
9. Сергеев Ю.В. Атопический дерматит. Особенности клинического течения и состояния иммунного статуса в зависимости от исходного уровня Ig E сыворотки // Вестн. дерматол. и венерол. – 1999. – № 3. – С. 8–12.
10. Трунова М.В. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей с атопическим дерматитом // Журнал Медицинский совет. – 2007. – № 2. – С. 35–36.
11. Bacos N. Immunopathologic disorders in atopic dermatitis // Orv. Hetil. – 2001. – Vol. 138. – P. 587–592.
12. Leiferman K.M. Eosinophils in atopic dermatitis // J. All Clin. Immunol. – 1994. – Vol. 94. – P. 1310–1317.
13. Leung D.Y. Role of IgE in atopic dermatitis // Curr. Opinion Immunol. – 1993. – Vol. 5. – P. 956.
14. Vicente J.S. Food allergy and its role in gastrointestinal disease // Revista Espanola de Enfermedades Digestivas. – 1997. – Vol. 89. – P. 551–558.