

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И КРАПИВНИЦЫ ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ У ДЕТЕЙ

АСИРЯН Е. Г.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Резюме. Цель работы – выявление особенностей диагностики, клинической картины атопического дерматита и крапивницы при лямблиозе у детей. Обследовано 148 детей с атопическим дерматитом и крапивницей, дети обследованы клинически и лабораторно.

Для выявления лямблиоза использовалось исследование кала на цисты лямблий, а также выявление специфических антител класса М и G в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. В результате проведенного обследования были выявлены особенности клинической картины атопического дерматита и крапивницы при лямблиозе у детей. В данной статье показана необходимость обследования детей с аллергопатологией на лямблиоз.

Ключевые слова: атопический дерматит, крапивница, дети, лямблиоз.

Abstract. The aim of the present research work was to reveal the peculiarities of diagnosing and clinical picture of atopic dermatitis and nettle rash in children suffering from lambliosis. We examined 148 children with atopic dermatitis and nettle rash by means of clinical and laboratory methods. To reveal lambliosis we used the feces examination for cysts of lamblia and also immunofermental analysis for detection of specific antibodies of IgM and IgG in blood serum. As a result of the conducted examination we found some peculiarities of clinical manifestations of atopic dermatitis and nettle rash in children with lambliosis. The importance of examining the children with allergic diseases for lambliosis is shown in this article.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210023, г.Витебск, пр. Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». - Асирян Е. Г.

Лямблиоз – это протозойная инвазия, которая протекает преимущественно с поражением тонкой кишки и сопровождается у части больных аллергическими и неврологическими симптомами. Возбудитель лямблиоза, *Lambliа intestinalis*, является одним из самых распространенных в мире кишечных патогенов человека [1]. Чаще всего встречается бессимптомное и латентное течение лямблиоза, что при неспецифичности симптомов создает трудности в клинической диагностике [2].

Выделяют следующие варианты клинического течения лямблиоза:

Синдром интоксикации и вегетативных нарушений, который включает утомляемость, недомогание, раздражительность, плаксивость, головные боли, головокружение, боли в области сердца, субфебрилитет.

Симптом поражения желудочно-кишечного тракта. Этот симптом характеризуется частым жидким стулом, метеоризмом, болями в животе различной интенсивности, налетом на языке, снижением аппетита, тошнотой, рвотой, нередко может выявляться гепатомегалия.

Рецидивирующие проявления дерматита, которые сопровождаются в ряде случаев кожным зудом, упорным блефаритом, приступами бронхиальной астмы. В анализах крови нередко выявляется эозинофилия. Нарушение питания вследствие мальдигестии и мальабсорбции [3].

Среди аллергической патологии лямблиоз наиболее часто выявляется при атопическом дерматите (78,5%) [4].

Атопический дерматит в настоящее время рассматривается как мультифакториальное заболевание, в основе которого лежат различные типы и механизмы аллергии, которые приводят к вовлечению в процесс ряда органов и систем [5]. Его распространенность среди детского населения значительно увеличилась в течение последних десятилетий.

При развитии противогельминтного иммунитета и аллергических реакций немедленного типа имеется ряд общих механизмов. Как при аллергических реакциях гиперчувствительности немедленного типа, так и при паразитарных инвазиях иммунный ответ развивается по Th2-типу. Образующиеся Th2-лимфоцитами интерлейкины (ИЛ-3, 4, 5) вызывают активацию и увеличение количества эозинофилов, тучных клеток и образование реактивных антител – IgE и IgG4 [6, 7].

По данным литературы, у детей АД имеет стадийное течение – от острых форм у детей раннего возраста до подострых и хронических у старших детей и подростков.

Особенностью клинического течения атопического дерматита в настоящее время является учащение перехода острых форм в хронические, нередко тяжелые формы [5].

Один из факторов, способствующих хронизации процесса – это сочетание атопического дерматита с различными паразитарными инвазиями, что также способствует затяжному течению данного заболевания.

Клиническая картина атопического дерматита при лямблиозе у детей имеет следующие особенности:

1. Бледность, особенно лица и носогубного треугольника.
2. Неравномерная окраска кожи в сочетании с ее субиктеричным оттенком.
3. Буровато-иктеричная окраска кожи шеи, груди и живота, особенно на переднебоковых поверхностях, подмышечных складках.
4. На передней поверхности живота выявляются параллельные буроватые линии, напоминающие стрии у беременных.
5. Фолликулярный точечный гиперкератоз, который является наиболее постоянным симптом при лямблиозе.

Он проявляется фолликулярными папулами и создает впечатление «гусиной кожи» или «терки», с преимущественной локализацией на разгибательной поверхности рук, ног, боковых поверхностях груди, живота.

6. Изменения на коже шеи у больных проявляются мельчайшей папулезной сыпью, которая располагается в виде прерывистых цепочек, слегка пигментированных, что создает впечатление «волнистой» пигментации.

7. В большинстве случаев у детей и подростков выявляются симптомы поражения красной каймы губ: сухость, шелушение, трещины («заеды») в углах рта [4].

Известно также, что частым симптомом паразитарной инфекции, в том числе и лямблиоза является крапивница. Крапивница – это гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся появлением кожной сыпи, первичным элементом которой является волдырь и/или реже – папула. Частота данной патологии у детей по данным разных авторов 15-22%.

По характеру течения крапивница подразделяется на острую, которая продолжается не более 6 недель, и хроническую, при которой уртикарные элементы многократно повторяются в течение длительного времени – более 6 недель. Выделяют также два клинико-патогенетических варианта крапивницы: аллергическая крапивница, псевдоаллергическая крапивница, которая может быть обусловлена различными факторами, среди которых и паразитарные заболевания [8].

Основную роль в патогенезе крапивницы играют медиаторы, выделяющиеся при дегрануляции тканевых базофилов и базофилов крови. Существует большое количество причин, способных вызвать этот процесс, в том числе и паразитарные инвазии. В ее основе лежит третий тип аллергических реакций по Джеллу и Кумбсу.

При данном типе реакций происходит формирование комплекса антиген-антитело с последующей активацией системы комплемента, образованием C3а и C5а, связыванием последних с тканевыми базофилами (тучными клетками) и их дегрануляцией [9].

Целью нашего исследования явилось выявление лямблиоза у детей при atopическом дерматите, крапивнице, а также изучение особенностей клинической картины и лечения atopического дерматита и крапивницы при лямблиозе у детей.

Методы

В течение 2008 года на базе аллергологического отделения Витебской детской областной клинической больницы были обследованы дети с atopическим дерматитом и крапивницей в возрасте от 1 года до 15 лет. Дети были обследованы клинически и лабораторно. Клиническое обследование включало анализ истории развития заболевания, истории развития ребенка, клиническое обследование по органам и системам.

Лабораторные методы включали общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, кал на яйца гельминтов. Для диагностики лямблиоза использовали микроскопический метод выявления цист в мазках кала, а также иммунологические методы. ИФА использовали для выявления противолямблиозных антител различных классов в сыворотке крови. Интерпретация полученных результатов следующая: титр специфических антител класса М менее 1:20 – отрицательный, 1:20 – сомнительный, более 1:20 – положительный; титр специфических антител класса G менее 1:100 – отрицательный, 1:100 – сомнительный, более 1:100 – положительный. При обработке полученных данных мы использовали общепринятые методы статистики с использованием компьютерной программы (STATISTIKA 6.0).

Результаты и обсуждения

За весь период наблюдения было обследовано 148 детей с atopическим дерматитом и крапивницей. Из всей группы обследуемых у 53 (35,8%) детей были получены положительные результаты. 32 (60,4%) детей лечилось по поводу atopического дерматита, 21 (39,6%) находилось на лечении по поводу острой и хронической крапивницы.

Анализируя результаты обследования детей с atopическим дерматитом на лямблиоз, выявлены следующие особенности. У большинства детей, 19 (59,4%), наблюдалось выявление специфических антител класса G в сыворотке крови в титре 1:200 и более, у 4 (12,5%) пациентов одновременно выявлялись специфические антитела класса М и G в диагностических титрах. У 5 (15,6%)

детей выявлялись цисты лямблий в кале, однако одновременное выявление цист и специфических антител в диагностических титрах у детей с атопическим дерматитом не выявлялось.

При изучении клинических проявлений атопического дерматита у данной группы пациентов, следует отметить, что все дети поступили с выраженными клиническими проявлениями дерматита. У 11 (34,4%) детей наблюдалось тяжелое течение, у 14 (43,8%) средней степени тяжести, лишь 7 (21,8%) ребенка в данной группе имели легкое течение.

Все дети имели выраженные кожные проявления, у 13 (40,6%) пациентов наблюдалось поражение красной каймы губ: от легкой сухости и шелушения до выраженного хейлита с трещинами в углах рта. В общем анализе крови у 11 (34,4%) детей имела эозинофилия. По результатам фиброгастроуденоскопии у 14 (43,8%) детей выявлялась патология со стороны желудочно-кишечного тракта (таблица 1).

Таблица 1

Выявление цист лямблий и специфических антител у детей с атопическим дерматитом и крапивницей.

Аллергические реакции	Количество пациентов	Цисты	Ig M	Ig G	Ig M + Ig G	Цисты + антитела
Атопический дерматит	32/60,4%	5/15,6%	4/12,5%	19/59,4%	4/12,5%	-
Острая и хроническая крапивница	21/39,6%	4/19%	2/9,5%	12/57%	1/4,8%	2/9,5%

Вторая группа детей с положительными результатами обследования на лямблиоз – это дети, лечившиеся по поводу острой и хронической крапивницы. У 12 (57%) детей в данной группе наблюдалась острая генерализованная крапивница, у 9 (43%) хроническая крапивница. Наиболее часто в этой группе, также как и при атопическом дерматите, наблюдалось выявление специфических антител класса G в диагностических титрах – 12 (57%) детей. Следует отметить, что у 4 (19%) детей выявлялись цисты лямблий в кале, у 2 (9,5%) пациентов сочетание цист лямблий в кале и специфических антител класса G.

Все пациенты, у которых были выявлены цисты лямблий в кале, лечились по поводу острой генерализованной крапивницы. При хронической крапивнице во всех случаях выявлялись специфические антитела класса G в

диагностических титрах. В общем анализе крови у детей данной группы эозинофилия выявлялась у 8 (38%) детей. У 6 (28,6%) детей, лечившихся по поводу крапивницы, при фиброгастродуоденоскопии была выявлена патология со стороны желудочно-кишечного тракта.

Известно, что антитела класса IgM выявляются в крови через 10-14 дней после инфицирования. Позже появляются антитела класса IgA и IgG, содержание которых снижается через 1-2 месяца после проведенного эффективного лечения. Антитела класса IgG практически полностью исчезают в течение 3- 6, реже через 9 месяцев. Из этого можно сделать вывод, что инфицирование большинства детей лямблиями в обеих группах произошло задолго до госпитализации детей.

Таким образом, при анализе полученных данных следует отметить, что при сочетании atopического дерматита и лямблиоза, у большинства пациентов наблюдалось тяжелое или средней степени тяжести течение дерматита, при объективном обследовании часто выявлялся хейлит. Паразитарные инфекции в частности лямблиоз в ряде случаев являются причиной острой генерализованной крапивницы, а также способствуют частому обострению хронической.

В комплекс лечения детей с atopическим дерматитом и крапивницей, с положительными результатами обследования на лямблиоз, был включен противогельминтный препарат немозол. Немозол – это противогельминтный препарат, основной механизм действия которого, деструкция цитоплазматических микроканальцев клеток кишечного тракта гельминтов. Препарат назначался внутрь в дозе 10мг/кг массы тела в течение 7 дней.

При назначении данного препарата наблюдалось более быстрое купирование симптомов обострения, угасание кожных проявлений, что вероятно свидетельствует о том, что лямблии способны вызывать обострение atopического дерматита, способствовать возникновению острой генерализованной крапивницы, обострению хронической крапивницы.

Заключение

1. Дети с atopическим дерматитом, острой и хронической крапивницей должны быть обследованы на лямблиоз (ИФА, кал на цисты лямблий).

2. При выявлении лямблиоза у детей с atopическим дерматитом, необходимо включать в комплекс лечения противогельминтный препарат, что способствует более быстрому угасанию клинических проявлений данной аллергической патологии и ускоряет ремиссию.

3. Детям с острой и генерализованной крапивницей с положительными результатами обследования на лямблиоз следует включать в схему лечения противогельминтный препарат.

Литература

1. Шабалов, Н.П. Лямблиоз у детей / Н.П. Шабалов, Ю.И. Староверов // Новый медицинский журнал. – 1998. - №3. – С.22–26.

2. Dutta, A.K. A randomised multicentre study to compare the safety and efficacy of albendazole and metronidazole in the treatment of giardiasis in children / A.K.Dutta, M.A. Phadke, A.C. Bagade [et al] // Indian J.Pediatr. – 1994. – Vol. 61(6). – P. 689-93.

3. Коровина, Н.А. Лямблиоз у детей: проблема диагностики и выбора терапии / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Г.Е. Зайденварг [др.] // Русский медицинский журнал – 2008. – №8. – С.34-38.

4. Беляева, Л.М. Атопический дерматит и аллергический ринит у детей и подростков / Л.М. Беляева – Минск: ООО «В.И.З.А.ГРУПП», 2006. – 194 с.

5. Казначеева, Л.Ф. Атопический дерматит у подростков, особенности клинического течения, дифференциальная диагностика, терапия, профилактика / Л.Ф. Казначеева, А.В. Молокова // Materia Medica. 2002. – С.3-15.

6. Новиков Д.К. Клиническая аллергология / Д.К. Новиков – Мн. – 1991. – 523 с.

Levy, F. of IL-13 in CD4 T Cell-Dependent IgE Production in Atopy / F. Levy, C. Kristofic, C. Heusser // Int Arch Allergy Immunol. – 1997. – Vol. 112. – P. 49-58.

Маслова, Л.В. Крапивница, отек Квинке: учебно-методическое пособие/ Л.В. Маслова; – Минск БелМАПО, 2006. – 36с.

Дранник, Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. – Москва: «Медицинское информационное агентство», 2003. – 603 с.