

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

О.В. Логунов¹, О.А. Башкина², Е.В. Красиловa³

¹ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора

²ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

³ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой», г. Астрахань

Рост распространенности аллергических болезней, тенденция к учащению тяжелых клинических форм аллергической патологии выдвигают проблему аллергии на одно из первых мест в современной клинической медицине. Среди аллергических заболеваний преобладает аллергическая патология кожи, которая у детей в основном представлена атопическим дерматитом, острой и рецидивирующей крапивницей, имеющими постоянную тенденцию к росту распространенности.

Ключевые слова: дети, аллергические заболевания, атопический дерматит, факторы риска.

O.V. Logunov, O.A. Bashkina, E.V. Krasilova

THE ESTIMATION OF RISK FACTORS OF COMPLICATED COURSE OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

The growth of distribution of allergic diseases, tendency to frequency of severe clinical forms with allergic pathology are connected with the problem of allergy to be on the first place in contemporary clinical medicine. Among allergic diseases the most widespread are allergic pathology of skin which may be represented by atopic dermatitis in children as acute and recurring urticaria having the tendency to the growth of distribution.

Key words: children, allergic diseases, atopic dermatitis, risk factors.

Масштабность распространения сексуально-трансмиссивных инфекций продолжает оставаться актуальной во всем мире [2, 7, 8]. Инфекционно-воспалительные заболевания репродуктивной сферы, несмотря на достижения современной медицины, лидируют в структуре гинекологической заболеваемости и остаются традиционно значимыми на протяжении последних лет. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 330 млн урогенитальных инфекций, среди которых число заражений хламидиозом достигает 100 млн человек. Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн новых случаев хламидийной инфекции. *Ureaplasma urealyticum* также является одним из ведущих этиологических агентов воспалительных заболеваний женской половой сферы и неонатальных инфекций. Частота выявления *U. urealyticum* у женщин репродуктивного возраста достигает 46%, а при наличии хронического воспалительного процесса в различных отделах половой системы - 70%. Наблюдается широкое распространение уреоплазм среди клинически здоровых женщин. Патогенный потенциал хламидий и уреоплазм определяется их концентрацией в организме, наличием других, в том числе патогенных бактерий и вирусов, изменением физиологического и иммунного статуса, соматическими заболеваниями и другими факторами.

Заболевание, диагностируемое сегодня как атопический дерматит, было известно с давних времен. Как отмечал J. Ring [10], клиническая симптоматика, напоминающая проявления этой болезни, была описана еще в древнем Китае. Много позднее император Октавиан Август стал одним из первых пациентов, у которого были отмечены и описаны Светонием признаки атопии в виде сильного зуда, сезонных ринитов, покраснения и напухания кожи в зонах ее поражения [11].

Атопический дерматит (АД) остается чрезвычайно актуальной проблемой для современной педиатрии, поскольку первые проявления заболевания у большинства больных появляются уже в раннем детском возрасте, и болезнь, приобретая хроническое, рецидивирующее течение, сохраняет свои клинические признаки на протяжении многих лет [1, 2, 8, 9, 11]. Несмотря на консолидацию усилий аллергологов, дерматологов, педиатров по разработке новых методов диагностики и лечения данной патологии, частота и распространенность АД в детской популяции неуклонно растет. Заболевание нередко носит упорный характер, а косметические дефекты и зуд, сопровождающие его, часто приводят к развитию депрессивных состояний, что значительно снижает качество жизни, как ребенка, так и родителей [4, 6, 7, 10].

Тяжесть заболевания обусловлена как объемом поражения кожных покровов, так и частотой присоединения вторичной инфекции (бактериальной, грибковой и другой этиологии) [3, 10]. Среди детей, особенно раннего и дошкольного возраста, в последние годы наблюдается повышение удельного веса осложненных вторичным инфицированием форм АД. Вторичная пиодермия не только усугубляет течение атопического дерматита, снижает эффективность базисной терапии, но и требует проведения дополнительного лечения (в том числе антибактериальными, противовирусными и другими препаратами), что увеличивает антигенную нагрузку на аллергологического больного [12].

Распространенность аллергических болезней кожи у детей достоверно выше в экологически неблагоприятных районах, что подтверждается работами многих авторов. Атопический дерматит у детей, проживающих в регионе с множеством предприятий электронной и химической промышленности, где экологическое неблагополучие обусловлено высокими концентрациями химических элементов (титана, мышьяка, селена, свинца, рубидия, хрома) в атмосферном воздухе, протекает с частыми рецидивами, плохо поддается лечению, чаще осложняется вторичной инфекцией [1, 5].

Развитие осложненных форм заболевания обусловлено снижением барьерной функции кожи по отношению к микроорганизмам, нарушением процессов кератизации, изменением pH кожи, истончением водно-липидного слоя, наличием входных ворот для инфекции вследствие расчесов и мацерации, местным и/или системным иммунодефицитом. При этом возможно развитие инфекционных осложнений, ассоциированных с бактериальной, грибковой и вирусной инфекцией. Однако, по мнению некоторых исследователей, наличие хронического аллергического воспаления кожи способствует возникновению чаще всего микст-инфекции.

Целью нашего исследования явилось выявление значимых факторов риска формирования осложненных форм атопического дерматита у детей.

Для решения поставленной цели нами была проведена оценка особенностей клинического течения АД у детей в возрасте от четырех месяцев до 17 лет, находившихся на лечении в отделении аллергологии ГУЗ «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» с 2007 по 2010 год (табл.), с проведением статистического анализа и выявлением корреляции (r) между факторами риска и формированием осложненных вторичной инфекцией форм заболевания.

Проведенный анализ показал, что в течение 2007-2010 гг. возросла частота госпитализации детей, больных атопическим дерматитом, преимущественно за счет пациентов раннего и дошкольного возраста. По нашему мнению, данная тенденция обусловлена рядом причин, в том числе отсутствием или нестойким эффектом от проводимой стандартизированной терапии в амбулаторных условиях, значительной частотой искусственного вскармливания и пищевой аллергии, наличием множественных факторов семейной отягощенности. Проведенный комплекс бактериологических исследований, ИФА и ПЦР-диагностики у 45 из 79 обследованных больных раннего и дошкольного возраста подтвердил наличие бактериальной или вирусно-бактериальной инфекции (56,9%).

Таблица

Возрастная структура больных атопическим дерматитом за 2007-2010 гг.

Годы	Возраст (лет)				Всего
	0-3	4-7	8-12	13-17	
2007	75	31	19	7	132
2008	90	42	30	26	188
2009	110	49	43	32	234
2010	98	77	64	27	266
Всего	373	199	156	92	820

По литературным данным, среди значимых факторов развития хронического аллергического воспалительного поражения кожных покровов у детей при АД рассматриваются: генетическая предрасположенность, изменение иммунной реактивности организма, гиперсенситизация с гиперпродукцией общих и специфических IgE, нерациональное питание, повторные вирусные и бактериальные инфекции, функциональные нарушения нервной системы и другие факторы. По нашему мнению, необходима комплексная оценка триггерных и предрасполагающих факторов как для оценки риска возникновения АД, так и для уточнения вероятности развития осложненных вторичной инфекцией форм заболевания.

Углубленное изучение данных анамнеза позволило выявить ведущие факторы риска развития вторичного инфицирования при атопическом дерматите у детей. Выявлена корреляция с факторами семейной отягощенности: у матери – с очагами хронической инфекции со стороны ЛОР-органов ($r=0,38$, $p<0,001$), повторными ОРВИ во второй половине беременности ($r=0,34$, $p<0,001$), хроническими урогенитальными заболеваниями ($r=0,51$, $p<0,001$). Отягощенный аллергоанамнез имел существенное значение со стороны обоих родителей, однако наличие аллергических заболеваний и реакций у матери имело более выраженную прямую коррелятивную связь, чем у отца ($r=0,48$, $p<0,001$ и $r=0,34$, $p<0,05$ соответственно). Вместе с тем, выявлена корреляция умеренной силы с наличием фурункулеза у отца в анамнезе ($r=0,52$, $p<0,001$), в то время как со стороны матери данная взаимосвязь не прослеживалась.

Установлено наличие корреляций с антенатальными и неонатальными факторами, способствующими нарушению адаптации ребенка, ранней сенситизации организма к неинфекционным и инфекционным аллергенам. Выявлена связь с наличием гестоза I и II половины беременности ($r=0,32$, $p<0,01$), постоянной угрозой прерывания ($r=0,49$, $p<0,001$). У большинства матерей с отягощенным акушерским анамнезом во время беременности выявлялись микробиологические или серологические маркеры инфекций (в том числе хламидийной, уреаплазменной в виде моно- или микст-инфекции), однако достоверная корреляция установлена только с наличием ультразвуковых признаков внутриутробного инфицирования плода ($r=0,35$, $p<0,01$). Несоблюдение бу-

дущей матерью диеты во время беременности, а также злоупотребление продуктами, содержащими облигатные аллергены, хотя и имело прямую средней силы коррелятивную связь с осложненным течением АД у их детей ($r=0,38$ и $r=0,42$ соответственно), однако различия были недостоверны ($p>0,05$).

У многих пациентов отмечено негладкое течение периода новорожденности ($r=0,32$, $p<0,01$), осложненное омфалитом ($r=0,37$, $p<0,05$), на фоне признаков перинатального поражения центральной нервной системы ($r=0,42$, $p<0,001$). На первом году жизни у детей отмечались повторные ОРВИ, бронхиты ($r=0,49$, $p<0,01$), признаки дисбактериоза кишечника ($r=0,52$, $p<0,001$), в том числе маскирующиеся диагнозом «кишечная инфекция неясной этиологии». Выявлена связь между развитием атопического дерматита и ранним смешанным ($r=0,35$, $p<0,01$) и искусственным вскармливанием ($r=0,49$, $p<0,001$), однако для развития осложненного течения АД данные коррелятивные связи не преобладали.

Таким образом, проведенный нами анализ показал устойчивый рост частоты госпитализаций детей по поводу атопического дерматита с ранней клинической манифестацией. Отсутствие положительной клинической динамики на фоне базисной терапии в большинстве случаев связано с наличием вторичного инфицирования бактериальной или вирусно-бактериальной этиологии, что подтверждается в (56,9% случаев) бактериологическими, серологическими исследованиями и ПЦР. Установлено, что формирование осложненных форм атопического дерматита обусловлено комплексом факторов риска, среди которых имеют место семейная отягощенность по аллергическим и неаллергическим заболеваниям, осложненное течение беременности и перинатального периода, повторные инфекционные заболевания и дисбактериоз кишечника на первом году жизни ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллергология и иммунология / под ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. – М.: М-Студио, 2008 – С. 9-75.
2. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. – М.: Медицина, 1999. – 238 с.
3. Гущин И.С. Антигистаминные препараты (пособие для врачей). – М.: Алмаз-пресс, 2000. – 55 с.
4. Детская аллергология / под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 688 с.
5. Дрынов Г.И. Актуальные проблемы современной аллергологии. – М.: Пробел-2000, 2003. – 208 с.
6. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Белова А.В. Особенности развития инфекционных процессов и роль бактериальных суперантигенов в формировании различных клинко-патогенетических вариантов атопического дерматита у детей // Педиатрия. – 2003. – № 2. – С. 27-32.
7. Кунгуров Н.В. Иммунологические аспекты атопического дерматита // Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. – № 3. – С. 14-17.
8. Сергеев Ю.В., Новиков Д.К., Караулов А.В., Сергеев А.Ю. Атопический дерматит: гетерогенность клинических форм и разнообразие механизмов патогенеза // Иммунология, аллергология, инфектология. – 2001. – № 3. – С. 61-73.
9. Шамов Б.А., Маланичева Т.Г., Денисова С.Н. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей. – Казань, 2010. – С. 7-201.
10. Ring J., Przybilla B., Ruzicka T. (eds). Handbook of atopic Eczema. – Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 2006. – P. 3-9.
11. Sugiura H., Ebise H., Tazawa T. [et al.]. Large-scale DNA microarray analysis of atopic skin lesions shows overexpression of an epidermal differentiation gene cluster in the alternative pathway and lack of protective gene expression in the cornified envelope // Br. J. Dermatol. – 2005. – Vol. 152, № 1. – P. 146-149.
12. Sidbury R., Hanifin J.M. Systemic therapy of atopic dermatitis // Clin. Exp. Dermatol. – 2000. – Vol. 25, № 7. – P. 559-566.

Логунов Олег Владимирович, руководитель поликлиники ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Россия, 125212, Москва, ул. Адмирала Макарова, 10, тел. (495) 380-20-19, e-mail: info@gabrich.com

Башкина Ольга Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской педиатрии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. 89275709931, e-mail: bashkina1@mail.ru

Красилова Елена Владимировна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением аллергологии ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой», Россия, 414011, Астрахань, ул. Медиков, 6, тел. (8512) 61-02-71