

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ, ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Пак Т.В., Осин А.Я.

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Владивосток, e-mail: paktv04@mail.ru

Проведён анализ результатов исследования факторов риска, возрастных особенностей течения и комплексной терапии у детей и подростков с atopическим дерматитом в Приморском крае с применением минеральной воды. Наиболее значимыми факторами риска развития atopического дерматита являлись отягощённая наследственность по линии матери, гестозы, искусственное вскармливание, пищевая аллергия. При детской форме atopического дерматита чаще регистрировали распространённое поражение средней тяжести течения, при подростковой форме atopического дерматита – ограниченное поражение, лёгкое течение заболевания. Дополнение минеральной воды к базисной терапии повышало эффективность лечения.

Ключевые слова: Atopический дерматит, дети, подростки

FEATURES OF DEVELOPMENT, COURSE AND THERAPY OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF PRYMORYE REGION

Park T.V., Osin A.Y.

Vladivostok state medical university, Vladivostok, e-mail: paktv04@mail.ru

The analysis of the results investigation of risk factors, age course features and complex therapy with mineral water application was carried out in children and adolescents with atopic dermatitis in Prymorye Region. The most significant risk factors of atopic dermatitis development were maternal burdened heredity, gestosis, artificial breeding, alimentary allergy. Diffused affection and middle heaviness course were recorded more often in children from, local affection and mild disease course – in adolescent form of atopic dermatitis. Mineral water addition to basic therapy raised its efficacy.

Keywords: atopic dermatitis, children, adolescents

Актуальность исследования. Atopический дерматит (АтД) в настоящее время является одной из ведущих проблем современной педиатрии. Это обусловлено его распространённостью среди детского населения, сложностью диагностики и недостаточно эффективными методами терапии. В последние годы отмечен неуклонный рост заболеваемости АтД и тенденции к его более тяжёлому течению [1, 2, 3]. Не последнюю роль в формировании, развитии и течении АтД играют региональные условия Приморского края и неблагоприятные факторы внешнесредового и эндогенного характера, что придаёт своеобразный колорит заболеванию [3]. В связи с этим подход к лечению АтД должен быть системным и комплексным, охватывающим все патогенетические звенья патологического процесса [4]. Применяемые для лечения АтД лекарственные средства не всегда обладают выраженным эффектом и могут оказывать побочное влияние на организм ребёнка. Ввиду высокого уровня алергизации детей возникают затруднения в применении медикаментозных препаратов. В связи с этим всё большее внимание уделяется поиску и внедрению в практику новых немедикаментозных и безопасных методов терапии АтД. При этом бальнеотерапия является одним из перспективных методов лечения особенно детей и подростков с АтД,

страдающих поражением желудочно-кишечного тракта [2].

Цель настоящего исследования заключалась в изучении факторов риска возникновения АтД и возрастных особенностей его течения, разработке комплексного подхода к лекарственной терапии в сочетании с применением минеральной воды курорта «Шмаковка» и оценке её эффективности у детей и подростков в Приморском крае.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 92 пациента, страдающих АтД в возрасте от 3-х до 18 лет, мальчиков было 42 (45,6 ± 5,2%), девочек 50 (54,3 ± 5,2%). Из них в возрасте от 3-х до 12 лет – 53 (58 ± 5,4%), с 12 по 18 лет – 39 (42 ± 5,2%). Группу контроля составили 80 здоровых детей того же возраста и пола. В зависимости от характера лечения пациенты были разделены на основную группу (базисная терапия и бальнеолечение) и группу сравнения (базисное лечение без бальнеотерапии). Основная группа включала 40 (43,5 ± 5,1%) пациентов, а группа сравнения – 52 (56,5 ± 5,1%).

В соответствии с современной классификацией у них были выделены детская и подростковая возрастные формы. Стадии развития заболевания включали начальную 34 (37 ± 5,1%), выраженных проявлений 22 (24 ± 4,5%), ремиссию 36 (39 ± 5,2%). По распространённости кожного процесса делили на диффузный, распространённый, ограниченный. Тяжесть течения заболевания было лёгким у 36 (39 ± 5,2%), среднетяжёлым 44 (48 ± 5,4%), тяжёлым 12 (13 ± 3,5%). По клинико-этиологическим рас-

смагивались варианты с преобладанием пищевой, клещевой, грибковой, пылевой [1].

В настоящей работе были использованы классические клинические методы обследования детей и подростков по органам и системам. Для оценки тяжести использовалась система SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). Было изучено 86 факторов риска развития АтД, анализ которых проводился с подсчетом частоты признаков в основной (P_1) и контрольной (P_2) группах и вычислением коэффициентов относительного (ОР) и атрибутивного риска (АР) каждого изучаемого признака в соответствии с рекомендациями ВОЗ (г. Женева, 1984). Для диагностики уровня сенсибилизации использовался метод специфического аллергологического тестирования. Метод базисного лечения включал применение антигистаминных, мембраностабилизирующих препаратов, глюкокортикоидных средств, витаминов группы В, по показаниям – иммунологические препараты, антибиотики. Для осуществления пероральной бальнеотерапии АтД использовалась минеральная вода курорта «Шмаковка» Приморского края, которая по физико-химическим свойствам относится к числу углекислых (CO_2 растворённый 2,6–3,2 г/л, CO_2 общий 3,4–5,1 г/л), кремнистых (52–89 мг/л), слабоминерализованных (от 1,5 до 2,1 г/л), гидрокарбонатных (HCO_3^- 99 экв. %), магниевых-кальциевых (соответственно 20–35 экв. % и 52–68 экв. %), слабощелочных (рН 5,5–5,8), холодных (Т 7,5–8,0 С) минеральных вод. Собственная технология пероральной бальнеотерапии основывалась на принципе оптимального терапевтического режима. Необходимое количество минеральной воды рассчитывалась по массе тела (МТ) пациента на момент назначения и составило 2 мл/кг МТ на приём, кратность приёма составила 2–3 раза в сутки, курс лечения продолжался 10–21 день. Минеральная вода температурой 38–40 °С принималась за 30 минут до еды. Продолжительность курса лечения зависит от тяжести заболевания: 10–12 дней при лёгком течении, 12–18 дней при среднетяжёлом и 18–21 день при тяжёлом течении АтД.

Эффективность комплексной терапии определялась на основе результатов клинического обследования пациентов с акцентом на оценку кожных покровов по «SCORAD» – системе. Использовался показатель терапевтической эффективности (СПТЭ). Отдалённые результаты эффективности терапии оценивали по величине индекса соотношения продолжительности ремиссии и обострения (дни) по следующей формуле: $R/O = Tr/To$, где R – ремиссия, O – обострение, а Tr – продолжительность ремиссии в днях и To – продолжительность обострения в днях за период наблюдения в один год. Для оценки медико-социальной эффективности пероральной бальнеотерапии АтД определяли показатели обращаемости в поликлинику по поводу основного заболевания (в случаях и днях болезни), госпитализации (в случаях и днях), временной утраты трудоспособности (ВУТ) родителей по листкам временной нетрудоспособности и медицинским справкам (в случаях и днях) при наблюдении за основной группой и группой сравнения в течение 12 месяцев по окончании курса лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Из общего числа медико-социальных параметров (86), характеризующих состояние здоровья детей, больных АтД, было выбрано 9 признаков, имеющих достоверные

различия в сравниваемых группах. Наиболее значимыми факторами риска развития АтД являются отягощённый анамнез по линии матери, гестоз, искусственное вскармливание, пищевая аллергия (ОР 2,6–3,6; АР 61,5–72,2%). К факторам повышенного риска относятся отягощённый анамнез по линии отца, ранний токсикоз, асфиксия, заболевания желудочно-кишечного тракта, высокий индекс инфекционных заболеваний (относительный риск 1,6–2,2; атрибутивный риск 37,5–54,5%). Вклад таких показателей, как угроза прерывания беременности, смешанное вскармливание, был наименее значимым в развитии АтД.

Результаты изучения возрастных особенностей АтД у детей в Приморском крае показали их различия. У больных с детской формой АтД чаще регистрировали распространённое поражение (53,3%), среднетяжёлое течение (41,6%) и клинико-этиологический вариант с преобладанием пищевой аллергии (46,3%). Реже отмечалось ограниченное поражение (39,1%), тяжёлое течение (41,3%) АтД и вариант с пылевой аллергией (25,0%). В отдельных случаях определялось диффузное поражение (7%), лёгкое течение (15,5%). Поражение кожных покровов занимало наибольшую площадь в стадию выраженных поражений (85%), при диффузном поражении кожного покрова (более 60%) и тяжёлом течении (около 40%). Наибольшей интенсивностью отличались эритема, отёк/папула, экссудация/корки, а в меньшей степени проявлялись лихенификация и сухость кожных покровов. Наиболее типичной локализацией кожного процесса являлись области подколенных ямок (у 64% больных), локтевых сгибов (у 54% детей), бёдер (более 50% больных). Поражения лица, голеней, предплечий и кистей встречались реже. Величины индексов SCORAD выявлялись в стадию выраженных изменений, при диффузном процессе и тяжёлом течении, меньшие – при распространённом процессе и среднетяжёлом течении, а наименьшие величины в стадию ремиссии при ограниченном процессе и лёгком течении.

У пациентов с подростковой формой АтД чаще регистрировали ограниченное поражение (у 50%), лёгкое течение с преобладанием пищевой аллергии. Реже (у 25–30% больных) регистрировали распространённое поражение, среднетяжёлое течение и сенсибилизацию к пыцевым и другим аллергенам. В отдельных случаях отмечались диффузное поражение (76,9%), тяжёлое течение (14,5%) и сенсибилизация к клещевым аллергенам (18%). Патологическое поражение кожных покровов занимало наибольшую площадь в ста-

дию выраженных изменений (73%), при диффузном поражении (84,1%) и тяжёлом течении (72,1%). При этом наибольшей интенсивностью отличались отёк/папула, экссудация/корки, а в меньшей степени проявлялись лихенификация и сухость кожных покровов. Более выраженные жалобы на зуд и на нарушение сна также предъявлялись в период выраженных проявлений при диффузном поражении и тяжёлом течении. При распространённом процессе и среднетяжёлом течении субъективные симптомы были менее выражены. Наиболее типичной локализацией у обследованных пациентов с подростковой формой АгД кожного процесса являлись области локтевых сгибов (86,2%), подколенных ямок (78,1%), лица (68,8%), бёдер (61,2%) и голеней (54,8%). Поражение предплечий и кистей встречалось реже (32,6 и 29,1%). Индексы SCORAD отличались наибольшими значениями в стадию выраженных изменений, при диффузном процессе и тяжёлом течении, а наименьшими величинами в стадию ремиссии при ограниченном процессе и лёгком течении.

На основании анализа анамнеза и специфического аллергологического тестирования была проведена оценка уровня сенсibilизации к аллергенам и выделены клинико-этиологические варианты атопического дерматита, связанные с сенсibilизацией к пищевым, пыльцевым, клещевым и прочим аллергенам. У больных детской формой АгД пищевая аллергия отмечалась в $47,2 \pm 5,9\%$ случаях. У пациентов с подростковой формой составляла в $39,3 \pm 9,2\%$ случаях. АгД, обусловленный пыльцевой сенсibilизацией, был выявлен у $25,0 \pm 5,1\%$ детей, больных детской формой АгД и у $21,4 \pm 7,8\%$ пациентов с подростковой формой. Обострения, связанные с клещевой сенсibilизацией, наблюдались у 8 ($16,7 \pm 4,4\%$) детей с детской формой АгД, и у 4 ($17,9 \pm 7,4\%$) больных с подростковой формой. АгД, связанный с другими аллергенами, был выявлен у $11,1 \pm 3,7\%$ детей с детской формой и у $21,4 \pm 7,7\%$ пациентов с подростковой формой.

У обследованных основной группы и группы сравнения сравнительный анализ индексов SCORAD до лечения показал их величины, равные $42,5 \pm 4,3$ балла и $38,6 \pm 3,9$ балла без достоверных различий ($p > 0,5$). После лечения была отмечена положительная динамика изучаемых параметров и составляла соответственно $17,41 \pm ,8$ и $36,0 \pm 3,2$ балла с различием в 2,1 раза ($p < 0,01$). Величины СПТЭ в исследуемых группах после лечения составляли $3,4 \pm 0,2$ усл. ед. и $2,1 \pm 0,1$ усл. ед., отличаясь в 1,6 раза ($p < 0,001$). Величины индекса соответствия Р/О в основной груп-

пе составили $10,2 \pm 0,9$ и в группе сравнения – $4,9 \pm 0,4$, достоверно различаясь в 2,1 раза ($p < 0,001$). Проведённые исследования медико-социальной эффективности основной группы позволили определить положительное её значение в комплексном лечении детей и подростков с АгД. В основной группе пациентов по сравнению с группой сравнения показатели обращаемости по основному заболеванию снижались на $22,4–31,0\%$ ($p < 0,001$, $p < 0,001$) в случаях и днях болезни, госпитализации на $15,8–16,9\%$ ($p < 0,01$, $p < 0,01$) в случаях и днях болезни, ВУТ по листкам временной нетрудоспособности – на $18,6–20,1\%$ ($p < 0,001$, $p < 0,001$) по числу случаев и количеству дней трудопотерь, ВУТ по медицинским справкам – на $22,4–23,6\%$ ($p < 0,01$, $p < 0,01$) по числу случаев и количеству дней трудопотерь.

Таким образом, проведённые исследования позволили выявить и разработать шкалу риска, включающую девять важнейших факторов развития АгД у детей и подростков. Установлены особенности клинического течения АгД у больных с детской и подростковой формами заболевания в Приморском крае. У больных с детской формой АгД чаще регистрировали распространённое поражение, среднетяжёлое течение, а у пациентов с подростковой формой – ограниченное поражение, лёгкое течение. Оценка уровня сенсibilизации к аллергенам показала, что наибольшей интенсивностью отличались пробы с пыльцевыми и пищевыми аллергенами. Базисную терапию АгД у детей и подростков целесообразно дополнять бальнеотерапией для повышения эффективности лечения.

Список литературы

1. Балаболкин И.И. Современная концепция патогенеза и принципы терапии аллергических заболеваний у детей // Педиатрия. – 2003. – №4. – С. 52–57.
2. Атопический дерматит у детей: Диагностика, лечение и профилактика: научно-практическая программа / Б.С. Баранов, В.А. Коганова, В.А. Ревякина и др. – М., 2001. – С. 25–30.
3. Ревякина В.А., Агафонов А.С. Атопический дерматит у детей // Российский аллергологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 57–61.
4. Смолкина Ю.Г., Чебуркин А.А., Ревякина В.А. Механизмы развития атопического дерматита у детей. Обзор литературы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – Т. 45, № 3. – С. 25–29.

Рецензенты:

Мирошниченко В.А., д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии с курсами детских инфекционных болезней и поликлинической педиатрии ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития РФ», г. Владивосток;

Ишпахтин Ю.И., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития РФ», г. Владивосток.