

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Мамаризаев Иброхим Комилжонович

Ассистент кафедры №1 педиатрии и неонатологии

Самаркандского государственного медицинского университета

Самарканд. Узбекистан

Аннотация. Пыльцевая аллергия часто встречается в регионах с пышным растительным покровом, сухим и жарким климатом. В этих условиях создаются предпосылки для образования большого количества пыльца в сезон цветения и тесного контакта с ней детей. (1,2,3,5). Сравнительно редко регистрируется заболевание в районах крайнего севера суровый климат и скудный растительный покров является причиной рассеивания в окружающей среде сравнительно малого количества пыльца растений, что и обуславливает редкое развитие сенсibilизации.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, болезнь, аллергия, ринит, бронхит.

Актуальность.

Особое место среди аллергических заболеваний занимает контактный дерматит. В структуре аллергических заболеваний контактный дерматит среди всего населения занимает первое место и составляет 44,9 %, среди взрослого населения – 44,52%, у подростков 40,57%, детского населения – 45,19%. Аллергическим ринитом в России страдают от 12 до 24 % населения.

В настоящее время проблема аллергии чрезвычайно актуально во всем мире отмечает в диссертационной работе Глушко Е.В. Диссертант указывает что до 40 % населения в целом и 10-12% детской популяции страдают различными аллергическими заболеваниями. Распространенность астмы варьируют от 5 до 10 % в России эти показатели достигают до 14 %.

По данным эпидемиологических разных стран атопический дерматит страдают от 10 до 25 % детей, в России от 5,2 до 15,3% аллергический ринит до 35 %.

Небезинтересным были исследования Тураевой Д.М., Холматовой Б.Т. (2015) из Узбекистана посвященное распространенности аллергических заболеваний у детей проживающих в промышленных городах. Авторами до проведения анкетирования были изучены статистические данные поликлиник. Авторами до проведения анкетирования были изучены статистические данные поликлиник. Официальные данные за период 2012-2014 г.г. показали что в течении 3-х лет количество детей с заболеваниями органов дыхания и аллергической патологией возросло в 1,5 раза. По данным статистических отчетов количество детей состоящих на диспансерном учете с аллергическим ринитом – 12,39, а подростков – 20,09%, с бронхиальной астмой дети – 12,9 %, подростки – 20,69%.

Распространенность бронхиальной астмы среди детей 6-7 лет в разных странах колеблется от 4,1 % в Индонезии до 32,1 % в Новой Зеландии а в группе детей 13-14 лет от 2,1% в колебании до 32,2 % в Великобритании.

Очень интересным является сообщение Нурмаматовой Я.Ч. (2020). В Узбекистане в течении года на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы ежегодно находятся 12,9% детей до 14 лет.

Проведенные работы за последнее пять лет показала наиболее высокие показатели. Отмечены в Хорезмской (в 3,1), Джизакской (в 2,95), и Навоинской (в 2,95) областях. Они

неблагоприятные экологические зоны. Джизак и Хорезмская область – зона промышленного производства, Навоинская область отличается концентрацией химических и добывающих промышленных производств. Имеется достаточно работ посвященное распространению поллиноза в зависимости от климатических факторов. Пыльцевая аллергия часто встречается в регионах с пышным растительным покровом, сухим и жарким климатом. В этих условиях создаются предпосылки для образования большого количества пыльца в сезон цветения и тесного контакта с ней детей. (1,2,3,5). Сравнительно редко регистрируется заболевание в районах крайнего севера суровый климат и скудный растительный покров является причиной рассеивания в окружающей среде сравнительно малого количества пыльца растений, что и обуславливает редкое развитие сенсibilизации.

По данным эпидемиологических обследований, пыльцевая аллергия регистрируется у 15-40% детей.(33, 130, 257 Умаров). Причем наибольшая распространенность пыльцевой аллергии отмечается у детей до 2-х лет, составляя от 6 до 8 %. В старшем возрастной группе пыльцевая аллергия уменьшается (423, 425, 473)

Цель исследования: Оценит эффективность комплексной терапии у детей с атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования.

С целью изучения частоты встречаемости аллергических заболеваний у детей был проведен ретроспективный анализ истории болезней больных детей с аллергическими заболеваниями находящихся в аллергологическом отделении и карты больных с аллергическими заболеваниями в приемном павильоне областной многопрофильной больницы за 2017, 2018, 2019 годы.

В стационаре под наблюдением находились 126 больных находящихся с атопическим дерматитом в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, мальчиков было 65, девочек 61.

Проведено ретроспективный анализ истории болезни детей с атопическим дерматитом поступивших в аллергологическое отделение Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра и отделения педиатрии №1 и №2 Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 2017, 2018, 2019 годы.

Диагноз устанавливался на основании тщательно собранного аллергического анамнеза, лабораторно - инструментальных исследований, выявлять факторы риска которые имели значение в формировании заболевания, жилищно-бытовые факторы, наследственная отягощенность, характер питания, сезоны года, экономические факторы, сопутствующие заболевания, которые имели не маловажное значение в развитии заболевания.

Результаты исследования и их обсуждения.

На основании полученных данных нами условно выделены среди детей три группы риска по заболеванию:

1 – группа – низкого (маловероятного) риска при сложении диагностических коэффициентов он будет равен – 3,60 и ниже

2-группа – среднего (вероятного) риска при сложении диагностический коэффициент будет равен от – 3,60 до + 3,60.

3-группа – высокого (неизбежного) риска при сложении диагностический коэффициент будет равен +3,60 и выше.

Анализ показал, что из вышеперечисленных факторов наиболее значимыми оказались такие факторы как наследственная отягощенность (ДК+) больше со стороны матери, у которых родственники страдали различными аллергическими заболеваниями. Немаловажное значение значений имел вид вскармливания, в частности искусственное вскармливание, использование неадаптированных молочных смесей, избыток в рационе

белка, углеводов, коровьего молока, куриного яйца (ДК+). Большое значение имела место проживание пациентов. Дети проживающие в городе имели высокий ДК+ что связано загрязнением атмосферного воздуха в отличии от сельской местности. Частый контакт моющими средствами матери выявил также высокий диагностический коэффициент (ДК+). Немаловажное значение имел сезон года. В периоды цветения растений имел ДК+.

Все это диктует необходимость акцентировать внимание на значимые факторы риска для проведения профилактических работ среди детей.

При ведении больных нами были выделены 3 степени тяжести заболевания. Легкая степень констатирована у 37 (29,3%) больных, средней тяжести у 78 (61,9%) и тяжелая степень у 11 (8,73%) больных.

Проведенная работа также показала нарушение микробиоты кишечника. Анализированы результаты обследования 40 больных от 1 месяца до 3 лет с пищевой аллергией, находившихся на стационарном лечении в отделениях детской реанимации и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. Больные разделены на II группы: I группа - 20 больных детей с пищевой аллергией, находившиеся на традиционной терапии и II группа - 20 пациентов, получавшие традиционную терапию и эубиотик. Основанием для назначения эубиотика явились его безопасность и восстанавливающее дисбаланс кишечной микрофлоры свойство. Результаты. Пищевая аллергия в виде атопического дерматита отмечалась у 50,0% больных, в 50,0% случаях была диагностирована крапивница, причем у каждого пятого больного сопровождавшаяся с отеком Квинке. Мальчиков было 62,5%, девочек -37,5%. 67,5% больных составили дети 3-12 месяцев, что связано с введением прикорма и докорма. 30% детей находились на естественном и 70,0% – на смешанном или искусственном вскармливании. У больных, получавших искусственное и смешанное вскармливание, заболевание протекало тяжелее. Частым проявлением расстройств деятельности желудочно-кишечного тракта были диарея (у каждого второго больного ребенка), метеоризм (у каждого третьего больного) и рвота (у 25,0% пациентов). В связи с этим вопрос нормализации кишечного биоценоза у детей при атопии нами был решен назначением эубиотиков. Сравнительный анализ изучения динамики заболевания имел существенные отличия в зависимости от метода проводимой терапии. Так, у детей I группы общее состояние больных улучшалось на $4,9 \pm 0,2$ сутки, кожный зуд исчезал к 5 дню, купирование симптомов аллергии происходило на 6 день ($6,1 \pm 0,4$). Симптомы дисбиоза: срыгивание и рвота исчезали на $3,3 \pm 0,7$; и $3,8 \pm 0,4$ день, жидкий стул нормализовался на $5,1 \pm 0,5$ сутки, длительность пребывания больных в стационаре составила $6,1 \pm 0,5$ койко-дней. У детей, получавших грудное молоко, по сравнению с детьми, находившимися на смешанном или искусственном вскармливании, зуд кожи исчезал быстрее на сутки. Дисбиоз, который наступает задолго до клинических проявлений болезни и служит предвестником в клинико-физиологическом статусе ребенка, имеет перспективы в плане лечения основного заболевания. В связи с этим, II группе больных с пищевой аллергией на фоне дисбиоза помимо традиционного лечения назначены эубиотики в возрастной дозировке. Динамика исчезновения клинических симптомов аллергии II группы больных показала, что общее состояние больных, получавших эубиотики, улучшалось на $4,1 \pm 0,5$ сутки, зуд кожи исчезал к концу 4-го дня, купирование

симптомов аллергии происходило на 5 день ($5,5 \pm 0,8$). Симптомы дисбактериоза: срыгивание и рвота исчезли на

$2,7 \pm 0,4$; $3,1 \pm 0,2$ день, жидкий стул нормализовался на $4,4 \pm 0,4$ сутки, что оказалось быстрее, чем в группе больных, получавших традиционное лечение. Эффективность проводимого лечения проявилась длительностью пребывания больных в стационаре, составив при этом $5,4 \pm 0,3$ койко-дня. Сокращение сроков лечения больных II группы, получавших эубиотики несомненно является отражением ускоренной нормализации состояния больного ребенка по сравнению с больными I группы, что является результатом их применения. Положительная динамика клинических симптомов при назначении эубиотиков указывает на эффективность и целесообразность их назначения в лечебный протокол детей с пищевой аллергией с признаками дисбиоза как залог предупреждения развития аллергических реакций у детей. Что доказала необходимость назначения эубиотиков у этих больных.

У детей раннего возраста нами выявлены такие сопутствующие заболевания - как рахит (12,7%), анемия (78,7%), нарушения белково-энергетического обмена (29,6).

Общий анализ крови выявила увеличение содержания эозинофилов, а также отмечено высокий уровень IgE в период обострения заболевания.

Таким образом изучение течения заболевания показала, что средне тяжелые формы (61,9%) преобладают над легкими формами (29,3%) и низкие цифры получены при тяжелой форме заболевания.

Тяжелое течение атопического дерматита преобладали у детей раннего возраста. в период обострения и ремиссии АД всем детям проведены

бактериологические посевы из носа, зева, с кожи, кала. Почти у 1/2 (44,9%) детей раннего возраста и 1/3 (26,7%) - школьного при обострении АД легкой степени обнаружен рост различных видов условно-патогенных

микроорганизмов со слизистой носа и зева. В группе сравнения условно патогенная флора выделялась значительно реже и не превышала 8,0%) по отдельным нозологическим формам (*S.aureus*, *S.pneumoniae*) (табл.44).

В группе детей раннего возраста при обострении АД легкой степени чаще выделялся *S.aureus* (17,9%), в сравнении с *S.pneumoniae* (12,8%), *Candida albicans* (5,1%), *C.pseudodiphtheriticum* (5,1%). У детей школьного возраста преобладало выделение грибов рода *Candida* (16,7%). Вместе с тем, достоверных различий по частоте выделения различной микрофлоры между двумя группами детей с легким обострением АД не получено.

При второй степени тяжести обострения АД у 75,2%) детей I группы был выделен один вид условно-патогенной микрофлоры и у 24,8% - сочетание двух видов. В группе детей школьного возраста с обострением АД средней тяжести из носоглотки выделялся один вид микроорганизмов - у 79,5%. По прежнему доминирующей условно-патогенной флорой в обеих группах был *S.aureus* (39,3% и 29,5%, соответственно, $p > 0,05$), увеличились частота обнаружения *St. pneumoniae* (38,5% и 15,9%, соответственно, $p < 0,01$) и *C.*

Pseudodiphtheriticum (14,5% и 6,8%, соответственно, $p > 0,05$) у детей раннего возраста, а грибов рода *Candida* - школьного (14,5% и 27,3%, соответственно, $p < 0,05$).

В период тяжелого обострения АД у всех детей выделялась условно-патогенная микрофлора из носоглотки. Ассоциация двух видов микроорганизмов наблюдалась у 74,1% детей первой группы и 25,8% - второй ($p < 0,001$). Частота выявления *S. aureus* (75,0% и 38,7%, соответственно, $p < 0,02$) и *S. pneumoniae* (51,7% и 25,8%, соответственно, $p < 0,01$) была достоверно выше у детей раннего возраста, а грибов рода *Candida* (25,0% и 45,2%, соответственно, $p < 0,05$) - школьного. Достоверных различий по частоте выявления *S. pseudodiphtheriticum* не обнаружено.

Таким образом, проведенный анализ показал, что частота выявления условно-патогенной микрофлоры носоглотки увеличивается в зависимости от степени тяжести обострения АД у детей. Колонизация носоглотки несколькими видами условно-патогенной флоры также возрастает при средне-тяжелом и тяжелом обострении АД.

Из всего разнообразия условно-патогенной микрофлоры кожи чаще других выделялись *S. aureus*, грибы рода *Candida* и *S. epidermidis*. Частота высева *S. aureus* с пораженной кожи зависела от степени тяжести обострения АД и была достоверно выше у детей раннего возраста. Так, при легком обострении АД *S. aureus* с клинически пораженной кожи высеивался у 39,7% детей раннего возраста и 16,7% - школьного, средне-тяжелом - у 73,5% и 29,5%, соответственно, тяжелом – у 91,7% и у 48,4%, соответственно. Показатель частоты высева *S. aureus* с клинически непораженной кожи был значительно ниже при легкой степени обострения 14,1% и 3,3%, соответственно группам, а при средне-тяжелой - 69,2% и 25,0%, соответственно, и тяжелой - 90,8% и 41,9%, соответственно, степенях тяжести соответствовал показателям контаминации пораженной кожи. Следует отметить, что и с клинически непораженной кожи у детей раннего возраста при всех степенях тяжести *S. aureus* выделялся достоверно чаще. Так при I степени тяжести микроорганизм был обнаружен у 15,4% и 10,0%, соответственно группам, II степени - у 19,7% и 15,9%, соответственно и III степени у 25,0% и 16,1%, соответственно. Этот условно- патогенный микроорганизм чаще колонизировал кожу в виде моноинфекции (15,8% и 11,4%, соответственно), реже в сочетании *S. aureus* (4,8%) и 1,9%, соответственно).

Также, данная патология сопровождалась увеличением содержания эозинофилов и высоким уровнем IgE.

Представлял интерес изучить эффективность «Адвантана» и эубиотика. На течение atopического дерматита у детей.

Для изучения эффективности «Адвантана» и эубиотика были обследованы 66 детей. Первая группа больных получала традиционный метод терапии: диетотерапия, гипоаллергенные лечебные смечи, антигистаминные препараты.

Вторая группа больных получала комплексную терапию вместе с «Адвантан» - 0,1 % мазь + эубиотик. Препарат «Адвантан» применялся один раз в сутки в течении 2-х недель, учитывая его пролонгированное действие. Эффективность препарата оценивалась по состоянию таких клинических проявлений как зуд, гиперемия, полиморфных кожных высыпаний. Эффективность эубиотика оценивалась по улучшению состояния микробиоты у детей.

Улучшение общего состояния канстантирована на $3,25 \pm 0,23$ дни от начала лечения, тогда как у первой группы больных, которые не получали «Адвантан» и эубиотик на $5,3 \pm 0,18$.

Выраженный лечебный эффект нами выявлен у второй группы больных на $6,62 \pm 0,19$ день, а у первой группы на $8,74 \pm 0,21$ дни от начала течения.

Выводы. Таким образом, Атопический дерматит у детей сопровождается нарушением иммунного статуса, что подтверждается повышением показателя IgE высокие цифры отмечены при тяжелой степени заболевания. Применение адвантана в виде мазей в период обострения в комплексной терапии способствует более быстрому купированию клинических проявлений аллергического воспаления на коже и лабораторных показателей и снижению уровня иммуноглобулина IgE.

Список литературы:

1. Разикова И. С., Айдарова Н. П., Ишмухамедова Ш. Б. ДЕРМАТОРЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ И АТОПИЧЕСКИЙ МАРШ: ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 6. – С. 37-41.

2. РАЗИКОВА И. С., ИРСАЛИЕВА Ф. Х., АМОНОВА О. Р. СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К ПЫЛЬЦЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ //Первичные иммунодефициты и COVID-19. – 2023. – С. 78-83.
3. Гладков С. Ф., Перовщикова Н. К. Возможности и потенциал бактериофагов в лечении атопического дерматита у детей //РМЖ. – 2023. – №. 2. – С. 62-66.
4. Смирнова И. О. и др. СЕНИЛЬНЫЙ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ— СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ //ADVANCES. – 2023. – Т. 36. – №. 5. – С. 661-671.
5. Толипова Н. К. Атопический Дерматит У Детей. – 2023.
6. Рустамов М. и др. Влияние уровня витамина д на развитие аллергических заболеваний у детей //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.1. – С. 114-116.
7. Рустамов М., Мамаризаев И. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С МИОКАРДИТАМИ //Международный журнал научной педиатрии. – 2023. – Т. 2. – №. 10. – С. 353-356.
8. Шавази Н. и др. Частота встречаемости и течение атопического дерматита у детей //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 48-50.