

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бакалец, Н. Ф. Метаболический синдром как фактор риска кожной патологии / Н. Ф. Бакалец, Л. А. Порошина // Проблемы здоровья и экологии. – 2018. – № 4 (58). – С. 9–15.
2. Довжанский, С. И. Клиника, иммунопатогенез и терапия плоского лишая / С. И. Довжанский, Н. А. Слесаренко // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 6 – С. 348–350.

**УДК 616.5-002-08**

**И. А. Баранов, Ю. Д. Щербина**

*Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

### ***Введение***

Атопический дерматит (АД) – повсеместно распространенное наследственное аллергическое заболевание мультифакториальной природы, которое характеризуется рецидивирующим хроническим течением, воспалительными зудящими повреждениями кожи с истинным полиморфизмом, лихенификацией [2]. Топография высыпаний, как правило, симметрична. Течение заболевания берет начало в детском возрасте, рецидивируя с ухудшением состояния в холодное время и улучшением в теплое [1].

### ***Цель***

Изучить особенности течения атопического дерматита.

### ***Материал и методы исследования***

Ретроспективный анализ историй болезней 60 пациентов с атопическим дерматитом, находящихся на стационарном лечении в У «ГОККВД». Основные критерии: пол, возраст, возраст начала заболевания, место проживания (город/сельская местность), индекс массы тела, клиническая форма, аллергологический и наследственный анамнез, наличие сопутствующих заболеваний, локализация поражений, наличие сухости, сезонность обострений, лечение. Кроме того, были проанализированы результаты лабораторных исследований.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Все 60 пациентов – дети от 2 до 16 лет (средний возраст – 11,7 лет), из которых 22 – девочки, 38 – мальчики. Большинство из них, 86,6 % (52), проживает в городе.

У 99 % (59) пациентов выявлена эритематозно-сквамозная форма атопического дерматита, у одной пациентки – пруригинозная. Лишь в 5 случаях поражения носили ограниченный характер, в остальных 55 – распространенный.

Наиболее частая локализация сыпи:

- кожа лица – 60 % (36);
- локтевые, коленные сгибы – 58,3 % (35);
- кожа туловища – 43 % (26);
- поверхность кистей, стоп – 38,3 % (23).

В 100 % случаев основной жалобой пациентов выступал кожный зуд. Сухость кожи отмечалась у 41,6 % (25) детей.

Более половины (53,3 % (32)) пациентов страдают атопическим дерматитом с раннего детства (6 месяцев – 5 лет). Медиана начала возраста заболевания – 5 (2;7,5) лет.

98,3 % (59) и 95 % (57) после постановки диагноза принимали глюкокортикостероидные и антигистаминные препараты соответственно в периоды обострений заболевания.

В 85 % (51) случаев обострения носили внесезонный характер, остальные 15 % (9) – в холодное время года.

В 45 % (27) историй болезней был указанотягощенный аллергологический анамнез. Наиболее распространенные аллергии:

1) пищевая – 36,6 % (22): а) шоколад – 16,6 % (10); б) цитрусовые – 16,6 % (10); в) красители – 10 % (6); г) орехи – 6,6 % (4); д) молоко – 5 % (3).

2) аллергия на шерсть, пыль – 8 % (5);

3) аллергия на цветение – 6,6 % (4).

Отягощение наследственного анамнеза наблюдалось у 23,3 % (14) пациентов. Родители 7 из них имеют атопический дерматит в анамнезе. В оставшихся 7 случаях у близких родственников отмечались другие кожные и аллергические заболевания (бронхиальная астма – 4, хронический аллергический ринит – 3, себорейный дерматит – 2).

Средний индекс массы тела пациентов составил  $19,3 \pm 4$  кг/м<sup>2</sup>. У 47 % (28) пациентов наблюдается отклонение от нормы индекса массы тела: 25 % (15) имеют сниженную массу тела, 21 % (13) – лишний вес.

У 41,6 % (25) пациентов имеются сопутствующие патологии. Поскольку обострение заболевания сопровождается интенсивным зудом, повреждение кожных барьеров может приводить к присоединению возбудителей инфекционных заболеваний. Соответственно, в 26,6 % (16) случаев сопутствующие патологии составляли другие кожные заболевания:

– инфекционный и контактный дерматиты – 3;

– микоз гладкой кожи – 4;

– вульгарные угри – 4;

– витилиго, себорейный дерматит, фолликулярный кератоз, ксероз кожи – по 1.

8,3 % (5) пациентов имеют в анамнезе другие аллергические заболевания (бронхиальная астма – 4, поллиноз – 2, аллергический контактный дерматит – 2).

*Результаты исследования лабораторных данных (ОАК, БАК) следующие:* отклонения значений гемоглобина (Hb) от нормы наблюдались у 12 (20 %) человек, эритроцитов (RWC) у 14 (23,3 %), лейкоцитов (WBC) у 7 (11,7 %), скорости оседания эритроцитов (СОЭ) у 17 (28,3 %), эозинофилов (EOS) у 8 (13,3 %), палочкоядерных нейтрофилов у 4 (6,7 %), сегментоядерных у 22 (36,7 %), моноцитов (MONO) у 6 (10 %), лимфоцитов (LYMPH) у 14 (23,3 %) человек (таблица 1).

Таблица 1 – Средние значения и стандартные отклонения данных ОАК

| Показатель                 | Группа исследования          |
|----------------------------|------------------------------|
| Hb                         | $132,7 \pm 14,4$ г/л         |
| RBC                        | $4,7 \pm 0,5 \times 10^{12}$ |
| WBC                        | $6,5 \pm 1,9 \times 10^9$    |
| СОЭ                        | $5,8 \pm 3,6$ мм/ч           |
| EOS                        | $4,4 \pm 3,9 \times 10^9$    |
| Нейтрофилы палочкоядерные  | $2,5 \pm 1,8 \times 10^9$    |
| Нейтрофилы сегментоядерные | $49,5 \pm 15,2 \times 10^9$  |
| MONO                       | $4,5 \pm 6,9 \times 10^9$    |
| LYMPH                      | $38,9 \pm 14,4 \times 10^9$  |

При исследовании результатов биохимического анализа крови (БАК) было выявлено повышение С-реактивного белка (СРБ) у 14 (23,3 %) пациентов, аспартатаминотрансфе-

разы (АсАТ) у 5 (8,3 %), антистрептолизина-О (АСЛО) у 2 (3,3 %). Понижение содержания мочевины и креатинина наблюдалось у 7 (11,6 %) и 3 (5 %) пациентов соответственно.

Процентное содержание пациентов с изменениями биохимического анализа крови отображены в рисунках 1 и 2.

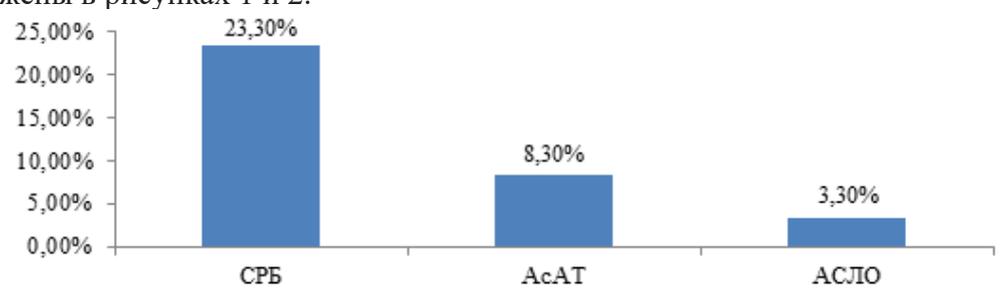


Рисунок 1 – Повышение показателей БАК у пациентов с АД

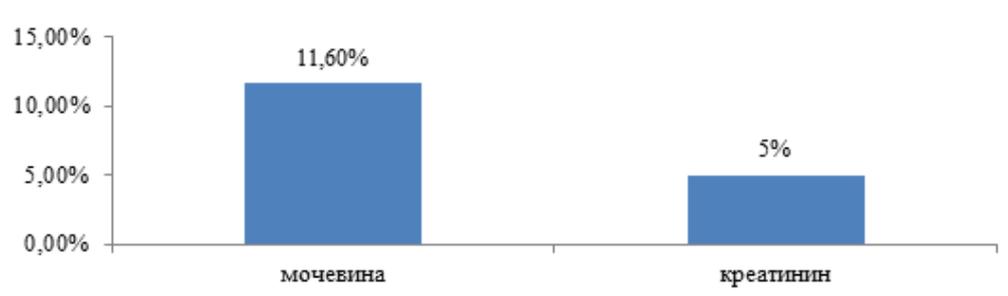


Рисунок 2 – Понижение показателей БАК у пациентов с АД

Таблица 2 – Корреляция результатов лабораторных исследований и гендерной принадлежности

| Пол     | WBC    | EOS    | СРБ  |
|---------|--------|--------|------|
| Мужчины | 83,3 % | 62,5 % | 57 % |
| Женщины | 16,7 % | 37,5 % | 43 % |

Исходя из данных таблицы 2, стоит отметить, что у лиц мужского пола лейкоцитоз, эозинофилия и повышение С-реактивного белка встречается чаще в 5,0, 1,7 и 1,3 раза соответственно.

### **Выводы**

Атопический дерматит – мультифакториальная патология, которая начинается, как правило, в детском возрасте. В некоторых случаях данная патология носит наследственный характер при наличии у близких родственников атопического дерматита или другого аллергического заболевания. Поскольку большинство обострений отмечались вне зависимости от сезона, к ним может приводить контакт с различными аллергенами (продукты питания, шерсть, пыльца).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Мачарадзе, Д. Ш. Атопический дерматит и пищевая аллергия. Что общего? / Д. Ш. Мачарадзе // Лечащий врач. – 2013. – № 5. – С. 24–30.
2. Порошина, Л. А. Атопический дерматит / Л. А. Порошина, С. А. Сохар, К. О. Маркова // Актуальные проблемы медицины : сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. и 22-й итоговой науч. сессии Гомел. гос. мед. ун-та, Гомель, 14–15 нояб. 2013 г. : в 4 т. / Гомел. гос. мед. ун-т ; редкол. : А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – Т. 3. – С. 222–223.