

рий, то в отношении взрослых данные жалобы в большинстве случаев сопряжены со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий.

Учитывая похожую клиническую картину гемодинамических нарушений при синдроме ALCAPA и ишемической болезни сердца, правильная диагностика в этих ситуациях влияет на тактику лечения пациента и значительно отличается. Если в случае наличия ишемической болезни сердца по результатам обследования пациента решается вопрос о предпочтении консервативного или оперативного лечения, то у лиц с синдромом ALCAPA рассматриваются только варианты хирургической коррекции порока в ближайшее время после его установления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Синдром ALCAPA у взрослых / О. Я. Васильцева [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 2. – С. 107–114.
2. Аномальное отхождение левой коронарной артерии от ствола легочной артерии: оценка роли КТ-ангиографии сердца (клиническое наблюдение) / Н. В. Джураева Н. М. [и др.] // Медицинская визуализация. – 2016. – № 5. – С. 36–42.
3. Белозеров, Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозеров. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 324 с.

УДК 616.5-002-056.43-06-053.2

П. С. Садченко¹, Д. С. Ильющенко¹, Л. А. Порошина¹, Т. А. Пивоварова²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Общество с ограниченной ответственностью «Расаяна»

г. Минск, Республика Беларусь

МОРБИДНЫЙ ФОН АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Введение

На сегодняшний день множество исследователей сходятся во мнении, что верхняя граница показателя распространенности атопического дерматита (АтД) составляет до 20% у детей и до 10% у взрослых [1]. Превалирование показателя распространенности АтД в детском возрасте и новейшие данные побуждают исследователей глубже изучать причины возникновения той или иной симптоматики, искать новые схемы и подходы к лечению этого заболевания.

Установлено, что гельминтно-протозойная инфекция в 24,1% случаев сочетается с АтД и способствует усилению клинических проявлений заболевания и подавлению иммунного ответа [2]. Также определенное негативное влияние на течение АтД может оказывать дисбаланс кишечной микрофлоры [3] и наличие метаболического синдрома [4], причем коварство многогранности проявления коморбидности заключается в специфике отпечатка сопутствующего заболевания на клинике основного.

Очевидна взаимосвязь между тяжестью течения АтД и сопутствующей аллергической патологией (например, в составе атопического марша) в сторону ухудшения симптоматики. Явление атопического марша складывается из таких заболеваний, как АтД, бронхиальная астма и аллергический ринит с последовательным развитием этих составляющих соответственно. Давно изученное явление синтропии этих заболеваний не дает оснований утверждать неминуемого развития всех трех компонентов при наличии должной генетической основы и не открывает возможности по прогнозированию возраста предполагаемой манифестации, что свидетельствует о недостатке имеющихся научных данных в области патогенеза. Однако уже сегодня ясно, что несколько атопических заболеваний имеют тенденцию к взаимному усилению клинической картины.

Также общеизвестно, что при избыточной массе тела в местах соприкосновения компонентов кожных складок, подверженных мацерации ввиду чрезмерного потоотделения, находятся зоны повышенной уязвимости к появлению высыпаний; общая истощенность организма и условия повышенного стресса, что увеличивает выработку кортизола, снижают резерв возможностей противостояния гиперсенсibilизации и предрасполагают к скорейшим проявлениям АтД на коже; при СД восстановительные способности кожи снижены, что ведет к длительной персистенции элементов сыпи, а зуд, характерный для данной эндокринной патологии, обусловленный постоянными колебаниями уровня глюкозы в крови и нарушениями осмотического равновесия, сочетается с атопическим. Кроме того, существующая при СД склонность к сухости кожи комбинируется с таковой генетической природы при АтД, что обуславливает синергию двух происхождений одного и того же явления.

Нельзя оставить в стороне и вариабельность состава кишечной микрофлоры, колебания содержания которой в организме отражаются на состоянии различных органов и систем и, в частности, кожи. Функциональный актив кожи и кишечника преимущественно реализуется в роли барьера, предотвращающего попадание во внутреннюю среду организма чужеродных агентов. Однако невозможно переоценить вклад симбиотической флоры в оптимизацию общей жизнедеятельности организма в рамках пищеварительного тракта. Выполняя иммунологическую, пищеварительную, моторную, синтетическую, детоксикационную, сорбционную функции, микробиом кишечника является существенной опорой его работы. Учитывая такой порядок вещей, становится ясно, по какой причине даже незначительные изменения содержания тех или иных симбионтов неминуемо отражаются на жизни целого организма. По такому же механизму реализуется и возникновение явления атопии. В условиях повышенной сенсibilизации деятельность кишечной микробиоты становится первым препятствием на

пути следования аллергена из внешней во внутреннюю среду организма и, изменяя его антигенный состав, амортизирует тяжесть гипертрофированного иммунного ответа, часто до такой степени, что внешние клинические проявления АтД в виде сыпи не дают о себе знать довольно продолжительное время. По этой причине прием антибиотиков, направленный на устранение патогенных микроорганизмов в случае возникновения преходящих заболеваний бактериальной природы и действующий на нормальную кишечную микрофлору, нередко вызывает обострение основного заболевания, коим предстает АтД. Кроме того, изменения содержания тех или иных бактерий-симбионтов в кишечнике наблюдаются при совершенно различной этиологии заболеваний желудочно-кишечного тракта, само наличие которых может почти целиком нивелировать положительное влияние жизнедеятельности симбионтов.

Кроме того, неоднократно была доказана взаимосвязь между персистенцией хеликобактерной инфекции в желудке и тяжестью кожных проявлений хронических дерматозов и, в частности, АтД. Паразитизм *H.pylori* создает условия повышенной иммунизации организма, обуславливая гиперреактивный ответ на проникновение иммуногенов в слизистую оболочку кишечника и во многих случаях является пусковым фактором манифестации кожных проявлений заболевания. Выявлено, что при успешном проведении эрадикационной терапии хеликобактера гораздо эффективнее проходит лечение основного заболевания в виде АтД, стихает зуд, разрешаются многочисленные высыпания, быстрее восстанавливается кожный барьер [3].

Имея в виду вышеперечисленные нюансы и иммунологическую восприимчивость детского организма, становится очевидным определение направления исследования сопутствующей АтД патологии у детей в сторону изучения их взаимного влияния.

Цель

Изучение частоты встречаемости и распространенности коморбидной патологии пациентов с АтД детского возраста.

Материал и методы исследования

Для исследования была набрана группа из 70 детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 3 У «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2023 г. с диагнозом по МКБ-10 «L20 – L20.9». Средний возраст пациентов составил 9 лет. Девочек во взятой когорте 41 человек (58,5%), мальчиков – 29 (41,5%).

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам ретроспективного анализа данных историй болезни во взятой группе детей помимо АтД определяется патология следующих органов и систем: кожи, желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов, зрительной, дыхательной, сердечно-сосудистой, репродуктивной систем.

Патология атопической основы в анализируемой группе пациентов представлена бронхиальной астмой, аллергическим риноконъюнктивитом, поллинозом, холодовой крапивницей, пищевой аллергией, лекарственной аллергией, отеком Квинке. Диагноз бронхиальной астмы выставлен 20 пациентам (28,6%), 46 (65,7%) имеют аллергический риноконъюнктивит, 9 (12,9%) с АтД страдают поллинозом, у 5 (7,1%) детей отмечалась холодовая крапивница, у 47 (67,1%) – пищевая аллергия, у 6 (8,6%) – лекарственная аллергия, у 2 (2,9%) детей ранее наблюдался отек Квинке.

Наиболее часто пищевая аллергия определялась на шоколад, фрукты рода цитрусовых, мед, молочные продукты, белки мяса рыбы и курицы, на говядину, орехи, на белки куриного яйца. Проявления аллергии характеризовались полиморфизмом, в 20 (42,6%) случаев возникая в виде участков гиперемии и шелушения на разгибательных поверхностях рук и ног, в 17 (36,2%) – в виде крапивницы, в 9 (19,1%) – в виде пузырьков, гиперемии и узелков, в 1 (2,1%) – в виде шелушения, гиперемии и отека периорбитальной зоны. Во всех случаях проявления сопровождалось интенсивным зудом. Интересно, что в одном ряде случаев после употребления аллергенного продукта пациенты ощущают повышение температуры кожи, предшествующее появлению высыпаний, в обычных для этого местах, в другом – начинают ощущать зуд до возникновения элементов на коже, в третьем – зуд появляется вкуче с кожной клиникой.

В свою очередь, лекарственная аллергия чаще всего встречалась на антибиотики пенициллинового ряда (амоксциллин, амокслав) и цефалоспоринового ряда 3 поколения (цефотаксим, цефтазидим), амброксол, арбидол. Для лекарственной аллергии было характерно появление красных пятен диаметром от 1 до 5 см на коже конечностей, туловища и по всему телу, исключая лицо и волосистую часть головы в 100% (47 человек) случаев.

Наиболее частой патологией со стороны желудочно-кишечного тракта был хронический гастрит, который выявлен у 30 (42,9%) пациентов, в 8 случаях (26,7%) – будучи ассоциированным с колонизацией слизистой оболочки желудка *H.pylori*. На втором месте по частоте – гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь, которой страдают 22 ребенка (31,4%). Аскаридоз выявлен у 10 (14,3%) детей, лямблиоз – у 4 (5,7%) пациентов, дуодено-гастральный рефлюкс – у 2 (2,9%), эзофагит – у 1 (1,4%), целиакия – у 1 (1,4%), функциональная диспепсия – у 1 (1,4%) пациента.

Нарушение микробиома кишечника диагностировано у 42 (60%) детей, причем первая степень тяжести дисбиоза кишечника была выявлена у 5 (7,1%) пациентов с АтД, вторая диагностирована у 16 (22,9%) человек, третья – у 21 (30%) детей. У половины детей с АтД отмечалось снижение основных представителей облигатной микрофлоры кишечника, еще у 50% отмечалось повышенное содержание кишечной палочки как с нормальной,

так и с повышенной ферментативной активностью, а также наличие гемолитической кишечной палочки. Снижение количества бифидобактерий наблюдалось у 9 (18,0%) детей, недостаточное количество лактобактерий отмечено у 18 (36,0%) пациентов. У 2 пациентов наблюдалось снижение как лактобактерий, так и бифидобактерий.

Сердечно-сосудистая патология в группе пациентов определяется различными малыми аномалиями развития сердца в 5 случаях (7,1%), нарушениями ритма сердца – в 6 случаях (8,6%).

Неврологическую патологию составили такие заболевания, как вегето-сосудистая дистония у 2 (2,9%) детей, обструктивное апноэ сна у 2 (2,9%) детей, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря у 1 (1,4%) ребенка.

Кроме того, 2 (2,9% детей) девочки страдают дисменореей, 3 (4,3%) – хроническим отитом, 1 (1,4%) ребенок имеет белково-энергетическую недостаточность, у 1 (1,4%) пациента обнаружена пигментная дегенерация сетчатки, 2 (2,9%) детей имеют себорейный дерматит, пневмофиброз обнаружен у 1 (1,4%) ребенка. У 15 человек (31,9%) кожа в обычных очагах поражения высыпаниями лихенифицирована.

Выводы

Первое место в структуре коморбидной патологии детей с АтД занимает патология атопического характера, которая встречается в 54% случаев. В 45,2% случаев встречается патология желудочно-кишечного тракта. Далее следуют патология сердечно-сосудистой системы – 4,4%, неврологическая патология – 2%, иная (офтальмологическая, гинекологическая, респираторная, кожная, патология ЛОР-органов, общие заболевания) – 2,8%.

Полученные данные позволяют подтвердить системность изменений функционирования организма, что в комплексе сопутствующих заболеваний опосредует кумулятивное ухудшение качества жизни пациентов [4], а также диктует насущность вопроса поиска более эффективных и действенных препаратов и планов лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Maurer, M. Chronic urticaria: a patient survey on quality-of-life, treatment usage and doctor-patient relation / M. Maurer, J-P. Ortonne, T. Zuberbier // *Allergy*. – 2009. – Vol. 64. – P. 581–588.
2. Шайхова, М. И. Изучение частоты встречаемости аллергических заболеваний у детей школьного возраста с гельминто-протозойной инфекцией / М. И. Шайхова, Д. И. Каримова // *FORCIPE*. – 2019. – Т. 2, № 3. – С. 64.
3. Стома, И. О. Микробиом в медицине : рук-во для врачей / И. О. Стома. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 319 с.
4. Бакалец, Н. Ф. Метаболический синдром как фактор риска кожной патологии / Н. Ф. Бакалец, Л. А. Порошина // *Проблемы здоровья и экологии*. – 2018. – № 4. – С. 9–15.
5. Бремя атопического дерматита в современных условиях / Л. Ю. Безмельницына [и др.] // *Менеджер здравоохранения*. – 2022. – № 7. – С. 52–67.