

повышение этого метаболита в сыворотке крови до 116,2 нг/мл при нормальном уровне 25(ОН)D выявлено у ребёнка 4-х лет с клиникой рецидивирующего фурункулеза.

Можно предположить, что при селективной недостаточности IgA выявленный дефицит кальцидиола способствует развитию респираторных инфекций, и наряду с этим, предрасполагает к аллергическим заболеваниям органов дыхания. Избыточный уровень кальцитриола отмечен нами при бактериальных инфекциях кожи. Полученные предварительные данные требуют дальнейшего изучения.

Выводы

1. Впервые показано, что у 42,8% детей с селективной недостаточностью IgA выявлен гиповитаминоз D, тогда как в контрольной группе у 25% детей. При селективной недостаточности IgA средний уровень 25(ОН)D и 1,25(ОН)₂D был в 2 раза ниже, чем у детей группы контроля.

2. У детей с селективной недостаточностью IgA с возрастом отмечалось прогрессивное снижение уровня 25(ОН)D, причем, в группе детей 8-16 лет средний показатель был ниже нижней границы нормы. Уровень 1,25(ОН)₂D во всех возрастных группах оставался в пределах диапазона нормы.

3. Инфекционный респираторный синдром при селективной недостаточности IgA почти в половине случаев сопровождался снижением со-

держания 25(ОН)D. У каждого третьего ребёнка с селективной недостаточностью IgA и гиповитаминозом D рецидивирующие инфекции органов дыхания сочетались с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Leman Yel Selective IgA Deficiency. Clin Immunol. Jan2010 30(1): 10 –16.

2. Слабкая Е.В., Сазоненкова Л.В., Андреев Ю.С., Мешкова Р.Я. Клинические особенности селективной недостаточности IgA у детей младшего возраста. Вестник Смоленской государственной академии. 2015, Т.14, №3, С. 27-32.

3. Слабкая Е.В., Аксенова С.А., Барсукова В.В., Мешкова Р.Я. Создание регистра первичных иммунодефицитов Смоленской области. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2012, №4 (31), С. 58-61.

4. Захарова И.Н., Яблочкова С.В., Дмитриева Ю.А. Известные и неизвестные эффекты витамина D. Вопросы современной педиатрии. 2013, №2, Т.12, С. 20-25.

5. Arikoglu T., Kuyucu S., Karaismailoglu E., Batmaz S.B, Balci S. The association of vitamin D, cathelicidin, and vitamin D binding protein with acute asthma attacks in children. Allergy Asthma Proc. 2015, Jul – Aug; 36 (4): 51-58.

6. Савельев С.В., Рыболова Н.В. Витамин D и иммунитет. Практическая медицина. 2015, №1 (86), С. 114-120.

7. Lucas R.M., Gorman S., Geldenhuys S., Hart P.H. Vitamin D and immunity. F1000Prime Rep. 2014, Dec. 1;6:118. doi: 10.12703/P6-118. eCollection 2014.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В Г. САМАРА

Мигачева Н.Б., Жестков А.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Самара

PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS IN INFANTS IN SAMARA CITY

Migacheva N.B., Zhestkov A.V.

Samara State Medical University, Samara, Russia

В течение нескольких последних десятилетий атопический дерматит (АтД) – хроническое воспалительное заболевание кожи с рецидивирующим течением и серьёзным негативным влиянием на качество жизни пациентов и их семей – фокусирует на себе внимание как учёных,

так и практикующих врачей различных специальностей (дерматологов, аллергологов-иммунологов, педиатров и др.). Связано это, в первую очередь, с непрерывно растущей распространённостью заболевания, особенно характерной для детской популяции [1]. Результаты опубликован-

ного недавно систематического обзора 69 эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что АтД является в настоящее время повсеместно представленным феноменом с распространенностью до 20% во многих развитых странах [2]. По данным масштабного международного исследования астмы и аллергии у детей (ISAAC), в котором были проанализированы информационные карты более чем 1200000 пациентов из 106 стран, средняя распространенность симптомов АтД у детей в возрасте 6-7 лет составила 7,9%, а в возрасте 13-14 лет – 7,3%, с явной тенденцией к её увеличению как в развитых странах, так и в странах с низким социально-экономическим уровнем [3]. В Российской Федерации эпидемиологическая ситуация по аллергическим заболеваниям также вызывает тревогу у специалистов: только по данным официальной статистики за период с 1998 по 2003 гг. абсолютное число детей с аллергическими болезнями в возрасте до 15 лет увеличилось более чем в 2,8 раза, а подростков (15-17 лет) – в 3,6 раза [4]. Анализ заболеваемости АтД в РФ за период 2005-2009 гг. установил последовательный рост общей заболеваемости среди детей до 14 лет (в 2009 г. изменение показателя составило +9,66%), также как и выявленный рост числа детей 0-14 лет с впервые установленным диагнозом АтД (динамика интенсивного показателя составила +16,01%) [5]. Согласно данным Федерального статистического наблюдения в 2014 году в Российской Федерации распространенность АтД составила 443,3 случая на 100000 взрослого населения, 1 709,7 случаев на 100000 детского населения (в возрастной группе 0-14 лет) и 1148,3 случаев на 100000 подростков (15-17 лет). В то же время распространенность АтД у детей раннего возраста в настоящее время недостаточно изучена, поскольку данная возрастная группа не выделена в Федеральных формах статистической отчетности и не была предусмотрена в масштабных эпидемиологических исследованиях (ISAAC). При этом известно, что АтД является самым частым аллергическим заболеванием у детей первых лет жизни и часто становится первым шагом в реализации «атопического марша» с последующим развитием симптомов респираторной аллергии [6]. Очевидно, что организация высококачественной помощи пациентам, страдающим АтД, профилактика заболевания невозможна без знания его истинной

распространенности и понимания региональных особенностей.

Целью нашего исследования было изучить распространенность атопического дерматита у детей раннего возраста в г. Самара, а также оценить структуру заболевания по степени его тяжести.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был применён клинико-эпидемиологический подход с проведением перекрёстного исследования, включавшего 3 последовательных этапа. На первом этапе в период с апреля 2014 по ноябрь 2015 года мы провели скрининговое анкетирование родителей 2812 детей раннего возраста (1-3 года), проживающих в различных районах г. Самара. Анкетирование проводилось в детских поликлиниках во время плановых визитов к педиатру с использованием стандартизированных опросников ISAAC [7], дополненных и модифицированных с учётом особенностей клинической картины атопического дерматита у детей раннего возраста. Затем (второй этап исследования) мы связались со всеми респондентами, отметившими наличие рецидивирующих кожных проявлений у детей, и в ходе телефонного опроса выделили группу пациентов, имеющих клинические признаки, характерные для АтД (хронического кожного заболевания, сопровождающегося зудом). Именно эти дети были включены в третий этап исследования, заключающийся в клиническом обследовании аллергологом-иммунологом и дерматологом. Верификация диагноза осуществлялась на основании федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению АтД по специальностям «Клиническая иммунология и аллергология» и «Дерматология», а также рекомендаций научно-практической программы Союза Педиатров России «Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика». Обследование пациентов включало как общеклинические методы (сбор анамнеза, осмотр, выявление клинических симптомов пищевой и респираторной аллергии), так и определение степени тяжести заболевания с использованием индекса SCORAD, разработанного Европейской рабочей группой и рекомендованного для использования Российской Ассоциацией Аллергологов и Клинических Иммунологов, Союзом Педиатров России и Ассоциацией Детских Аллергологов и Иммунологов России. При этом лёгкое течение

АтД диагностировалось при значении показателя SCORAD до 20, средне-тяжёлое течение – при значении 20-40, тяжёлое – при значении более 40.

Результаты исследования. На первом этапе исследования в общей группе опрошенных ($n=2812$) средний возраст детей составил 27 ± 7 месяцев, распределение по полу оказалось практически одинаковым (53,5% - мальчики и 46,5% – девочки). Отягощённый наследственный анамнез (наличие аллергических заболеваний у ближайших родственников – родителей и/или сибсов) выявлялся у 828 детей (29,4%). Лишь у 411 детей в общей группе опрошенных (14,6%) был уже выставлен диагноз АтД. При этом наличие клинических признаков рецидивирующего кожного заболевания у ребёнка отметили 709 респондентов (25,2%). На втором этапе после телефонных консультаций (удалось осуществить 697 телефонных звонков) признаки, характерные для АтД были выявлены у 641 ребёнка, все они были приглашены на последний этап исследования для клинического обследования. На третьем этапе наблюдения нами было проведено клиническое обследование 628 детей с осмотром аллергологом-иммунологом, дерматологом и заполнением углублённого опросника, в результате которого диагноз АтД был подтверждён в 546 случаях. Таким образом, показатель распространённости АтД у детей изучаемой возрастной группы составил 19,4%. Интересно, что среди детей с АтД мальчиков оказалось больше, чем девочек (59,2% и 40,8%, соответственно, $p \leq 0,5$), а детей с отягощённым наследственным анамнезом по аллергическим заболеваниям больше, чем детей без отягощённого наследственного анамнеза (57,5% и 42,5%, соответственно, $p \leq 0,5$). При оценке степени тяжести заболевания лёгкий АтД диагностирован у 289 детей (52,9%), средне-тяжёлого течения – у 180 (32,9%), тяжёлого – у 77 (14,2%).

Анализ результатов опроса родителей подтвердил данные о том, что у подавляющего большинства детей раннего возраста с АтД первые симптомы заболевания появляются очень рано: у 9% младенцев – с рождения, у 38% – в 1-3 мес., у 18% – в 4-6 мес., у 22% – на втором полугодии жизни, у 10% – на втором году жизни, и у 3% – старше 2 лет. В то же время, наиболее тяжёлое течение заболевания отмечается в более поздние сроки. Так, лишь 7% родителей отметили, что самое плохое состояние кожи у их детей наблюда-

лось в возрасте до 3 мес., 17% – в 4-6 мес., 27% – на втором полугодии жизни, 23% – на втором году жизни, 26% – старше 2 лет. Следовательно, раннее выявление первых клинических симптомов АтД, верификация диагноза и рациональная тактика ведения пациентов, включающая информационную работу с родителями, могут стабилизировать течение заболевания, предотвратить дальнейшее развитие кожного процесса и, возможно, реализацию атопического марша.

В ходе опроса участников исследования мы выясняли информацию о том, какой специалист выставил диагноз АтД и осуществлял ведение наших пациентов. Оказалось, что более чем в половине случаев (52%) диагностика и лечение детей с АтД проводились врачами первичного звена (педиатром). С участием врача-дерматолога наблюдались 14,4% пациентов, аллерголога-иммунолога – 10,4%, детского гастроэнтеролога – 8,3%, неонатолога – 0,5%. Коллегиально (с участием нескольких специалистов) велось наблюдение 14,4% детей, преимущественно с тяжёлым течением заболевания.

Итоговый анализ распространённости АтД у детей раннего возраста показал, что в общей группе включённых в проведённое нами исследование детей этот показатель составляет 19,4%. Заболевание выявляется в 1,26 раз чаще у мальчиков, чем у девочек (21,5% и 17,1% соответственно) и в 2,45 раз чаще у детей с отягощённым наследственным анамнезом по сравнению с детьми без такового (31,5% и 12,8% соответственно, $p \leq 0,5$), что подтверждает роль отягощённого семейного анамнеза в качестве важнейшего фактора риска в развитии АтД.

Заключение. Результаты проведённого исследования подтвердили высокую распространённость АтД у детей раннего возраста в г. Самара (19,4%), что значительно превышает показатели официальной статистики. Недостаточная выявляемость заболевания в регионе в рассматриваемой возрастной группе может быть связана, в первую очередь, с преобладанием в структуре АтД лёгких форм заболевания (более 50%), что приводит к более позднему обращению пациентов за помощью. Кроме того, гиподиагностика АтД, вероятно, обусловлена и недостаточным уровнем специальных знаний у врачей первичного звена, что диктует необходимость более широкого рассмотрения вопросов аллергологии и

иммунологии, дерматологии в образовательных программах врачей-педиатров и врачей общей практики, а также более тесного взаимодействия между специалистами и врачами первичного звена.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Flohr C, Mann J. New insights into the epidemiology of childhood atopic dermatitis. *Allergy* 2014; 69:3-16.
2. Deckers IA, McLean S, Linssen S, Mommers M, van Schayck CP, Sheikh A. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990-2010: a systematic review of epidemiological studies. *PLoS ONE* 2012;7: e39803.
3. Mallol J, Crane J, von Mutius E, Odhiambo J, Keil U, Stewart A. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: a global

synthesis. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2013; 41:73-85.

4. Аллергия у детей: от теории – к практике [монография] / Под ред. Л.С. Намазовой-Барановой. – М.: Союз педиатров России, 2010–2011 – 668 с.

5. Кубанова А.А., Лесная И.Н., Кубанов А.А. и др. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2010; 5: 4-21.

6. Dharmage SC, Lowe AJ, Matheson MC, Burgess JA, Allen KJ, Abramson MJ. Atopic dermatitis and the atopic march revisited. *Allergy* 2014; 69 :17-27.

7. Стандартизованное эпидемиологическое исследование аллергических заболеваний у детей (адаптация программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей» (ISAAC) в России) / С.М. Гавалов, Е.Г. Кондюрина, Т.Н. Елкина, Т.А. Филатова, И.Б. Резник. Методическое пособие для врачей. М., 1998, 30 с.

ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫМИ КЛЕТКАМИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Барычева¹ А.Ю., Хайт² Г.Я., Эрдни-Горяева² Н.В., Минасян¹ М.М.

¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ставрополь.

² АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр», г. Ставрополь.

EXPRESSION OF MARKES OF APOPTOSIS IMMUNOCOMPETENT CELLS IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES

Barycheva¹ L.Yu., Hajt² G.Ja., Erdni-Goryaeva² N.E., Minasyan¹ M.M.

¹ FGBO VO «Stavropol state medical university» MH RF, Stavropol.

² ANMO «Stavropol Regional Clinical Consultative-diagnostic Center», Stavropol.

Сахарный диабет в XXI веке развивается по самым неутешительным прогнозам. Быстрый рост заболеваемости, серьезные осложнения, высокая инвалидность и смертность определяют его острейшую медико-социальную значимость [3,5]. По современным представлениям, сахарный диабет I типа (СД1) является результатом клеточно-опосредованной деструкции β-клеток поджелудочной железы, приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности [5]. Ведущими звеньями в патогенезе аутоиммунных поражений при сахарном диабете являются дисрегуляция иммунитета и программированной гибели клеток [1,2,4,5,6]. Контролируемый апоптоз рассматривается сегодня как главный меха-

низм поддержания оптимального баланса клеток в очаге тканевого воспаления, ограничивающий экспансию активированных клонов и препятствующий развитию аутоиммунных реакций. Основными в развитии аутоиммунных заболеваний нередко становятся нарушения процессов инициации и реализации апоптоза [5].

Цель исследования. Изучение активационных маркеров апоптоза CD95, CD95L, Vcl2 на лимфоцитах и нейтрофилах периферической крови при сахарном диабете I типа у детей.

Материалы и методы. В работе представлено клиничко-иммунологическое обследование 45 детей, страдающих сахарным диабетом, в том числе в возрасте 3-6 лет и 7-15 лет. В группу дошколь-