

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В Г. САМАРА

Мигачева Н.Б., Жестков А.В., Зонтова Е.А., Букина Т.В., Устинова С.А., Батаева С.Г.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Самара

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ATOPIC DERMATITIS IN INFANTS IN SAMARA CITY.

Migacheva N.B., Zhestkov A.V., Zontova E.A., Bukina T.V., Ustiniva S.A., Batajeva S.G.
Samara State Medical University, Samara, Russia

Эпидемиология атопического дерматита (АтД) в течение многих лет остается вопросом пристального изучения в связи с высокой распространенностью заболевания в популяции и его высокой медико-социальной значимостью. АтД является хроническим воспалительным заболеванием с разнообразными, часто тяжелыми, клиническими проявлениями, характеризующимся периодами обострения и ремиссии [1], значительно влияющим на качество жизни пациентов и их семей [2], а также представляющим собой серьезное экономическое бремя [3]. Кроме того, именно с симптомов АтД часто дебютирует т.н. аллергический марш, почти в половине случаев приводящий к последующей реализации у пациентов респираторных проявлений в виде аллергического ринита и/или бронхиальной астмы [4, 5]. В соответствии с многочисленными эпидемиологическими исследованиями и данными официальной статистики АтД является самым распространенным из хронических заболеваний кожи [6]. При этом наиболее значимой проблемой он является в детской популяции, особенно у детей раннего возраста [7]. Так, по данным масштабного международного исследования астмы и аллергии у детей (ISAAC) средняя распространенность симптомов АтД у детей дошкольного и школьного возраста составила более 7% с явной тенденцией к ее повсеместному увеличению [8]. Важно отметить, что в период с 2005 по 2009 гг. в России также установлен последовательный рост заболеваемости АтД среди детей до 14 лет,

так же как и увеличение количества детей с впервые выявленным заболеванием [9]. Данная тенденция, безусловно, стала причиной повышения интереса российских исследователей к изучению эпидемиологии АтД у детей в последнее десятилетие [10 - 13]. Тем не менее, распространенность АтД у детей раннего возраста в настоящее время изучена недостаточно, поскольку данная возрастная группа не выделена в Федеральных формах статистической отчетности и не была предусмотрена в масштабных эпидемиологических исследованиях (ISAAC). Лишь небольшое количество исследований в РФ проведены в группах детей раннего и младшего возраста [14, 15], полученные результаты часто являются противоречивыми, что может быть связано как с методологическими особенностями проводимых исследований, так и с реальными различиями эпидемиологической ситуации в различных регионах РФ. Поскольку организация высококачественной помощи детям с АтД и эффективная профилактика заболевания невозможны без знания его истинной распространенности и понимания региональных особенностей, изучение эпидемиологической ситуации по АтД является актуальной задачей, стоящей перед аллергологами-иммунологами, дерматологами и педиатрами.

Целью нашего исследования было провести анализ распространенности АтД у детей раннего возраста в г. Самара и дать его клинико-эпидемиологическую характеристику.

Материалы и методы.

В ходе перекрестного исследования было проведено скрининговое анкетирование родителей 3000 детей в возрасте от 1 до 3 лет в детских поликлиниках г. Самара с использованием стандартизированных опросников ISAAC [16]. Все дети, имевшие клинические симптомы, подозрительные в отношении наличия АтД, были приглашены на визит, в ходе которого осуществлялось заполнение информационных карт и обследование пациентов с участием врача-дерматолога и аллерголога-иммунолога, включавшее верификацию диагноза, сбор анамнеза, характеристику течения АтД, в т.ч. определение степени тяжести заболевания с использованием индекса SCORAD, а также выявление наличия клинических симптомов пищевой и респираторной аллергии.

Результаты исследования.

Из 3000 собранных анкет корректно заполненными оказались 2812, полученные из них данные были проанализированы. В изучаемой группе детей распределение по полу оказалось практически одинаковым (53,5% - мальчики и 46,5% - девочки), средний возраст составил 27 ± 7 месяцев. Почти у 30% опрошенных (828 детей) выявлялся положительный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям. Клинические признаки АтД (рецидивирующие высыпания, сухость кожи, кожный зуд) отмечались у 25,2% детей, хотя диагноз заболевания был выставлен только у 411 пациентов (14,6%). На конечном этапе исследования было проведено клиническое обследование 628 детей, из которых в 546 случаях был подтвержден диагноз АтД. Таким образом, распространенность заболевания у детей раннего возраста в г. Самара оказалась равной 19,4%, что значительно превышает данные официальной статистики.

Последующий анализ информационных карт пациентов с верифицированным диагнозом позволил составить клинико-эпидемиологическую характеристику детей раннего возраста с АтД нашего региона. Так, в этой группе мальчиков оказалось больше, чем девочек (59,2% и 40,8%, соответственно, $p \leq 0,5$), а детей с отягощенным наследственным анамнезом больше, чем детей без такового (57,5% и 42,5%, соот-

ветственно, $p \leq 0,5$). Анализ характера вскармливания детей изучаемой группы показал, что 23 ребенка (4,2%) с рождения находились на искусственном вскармливании, 155 (28,3%) получали грудное вскармливание лишь до 3 месяцев, 124 (22,7%) - до 6 месяцев, и только 44,8% детей продолжили получать грудное молоко после 6 месяцев. Что касается продуктов докорма, то ведущее место среди них занимают обычные адаптированные молочные смеси на основе цельного белка коровьего молока (31,3%), а также смеси на основе частичного гидролизата сывороточного белка (28,4%). Кроме того, 8,6% детей получали смеси на основе козьего молока, 2,9% - безлактозные формулы, 2,9% - соевые смеси. Только 31 ребенку (5,7%) после установления диагноза АтД были назначены детские формулы на основе высокогидролизованного белка, что является необходимым условием терапии заболевания у детей, находящихся на искусственном или смешанном вскармливании. Средний возраст введения прикормов детям с АтД составил 5,5 месяцев (овощи, каши), несколько позже родители вводили в рацион мясо и молочные продукты (8,3 месяцев и 8,7 месяцев, соответственно), после 9 месяцев - яйца, после года - рыбу и морепродукты.

У подавляющего большинства детей 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% - во втором полугодии жизни, у 10% - на втором году жизни, и у 3% - старше 2 лет. В то же время, наиболее тяжелое течение заболевания отмечается в более поздние сроки: у 7% детей - в возрасте до 3 мес., у 17% - в 4-6 мес., у 27% - во втором полугодии жизни, у 23% - на втором году жизни, у 26% - старше 2 лет.

Среди 546 детей с подтвержденным АтД легкое течение заболевания отмечалось у 289 пациентов (52,9%), средне-тяжелого течение - у 180 (32,9%), тяжелое - у 77 (14,2%), в 31,9% случаев заболевание носило персистирующий характер, в 68,1% - рецидивирующий. Среди клинических проявлений АтД наиболее частыми симптомами являлись сухость кожных покровов (у 83,5% пациентов) и выраженный кожный зуд (у 69,9%). Признаки вторичного инфицирования выявлялись в 4,9% случаев.

Более 90% пациентов отмечали обострения АтД при употреблении в пищу некоторых пищевых продуктов (молочные продукты – 34,6%, яйцо – 15,2%, рыба – 15,2%, злаки – 6,9%, мясо – 5,5%). Однако чаще всего ухудшение кожного процесса возникало на фоне употребления различных продуктов – гистаминолибераторов (сладости, цитрусовые, шоколад, консервы, пищевые добавки и др.) – в 80,1% случаев. Аналогично, почти половина обследованных (48,4%) реагировали на лекарственные препараты, причем чаще всего на сиропные формы (18,5%), антибиотики (15,6%), жаропонижающие (5,7%), растительные препараты (7,1%) и др.

При анализе лекарственных препаратов, которые назначались детям раннего возраста с АтД, чаще всего наши пациенты получали антигистаминные препараты (в 94,5% случаев), средства ухода за кожей (85,9%), топические кортикостероиды (62,9%), лечение сопутствующей патологии ЖКТ (46,7%), топические ингибиторы кальциневрина (14,7%). В то же время, наибольшую эффективность в отношении подавления симптомов АтД у наших пациентов проявили топические кортикостероиды (54,0%), антигистаминные препараты (52,7%), а также систематическое использование средств ухода за кожей (39,2%).

У 47 детей обследованной группы (8,6%) были выявлены клинические симптомы респираторной аллергии (аллергический ринит и бронхиальная астма).

Заключение.

Проведенное исследование подтвердило высокую распространенность АтД у детей раннего возраста г. Самара. Заболевание в 1,26 раз чаще выявляется у мальчиков, чем у девочек и в 2,45 раз чаще у детей с отягощенным по аллергии наследственным анамнезом. В структуре заболевания преобладают легкие формы (более 50%), что может служить причиной гиподиагностики и позднего обращения пациентов и родителей за квалифицированной помощью. Реализация мероприятий, направленных на раннее выявление заболевания, его рациональное лечение и вторичную профилактику, позволят уменьшить выраженность клинических проявлений у каждого конкретного ребенка и снизить бремя АтД в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению атопического дерматита. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Под ред. Академика РАН Р.М. Хаитова, профессора Н.И. Ильиной. Москва, 2014. — 124 с.
2. Drucker AM, Wang AR, Li WQ, Sevetson E, Block JK, Qureshi AA. The Burden of Atopic Dermatitis: Summary of a Report for the National Eczema Association. *J Invest Dermatol.* 2017 Jan;137(1):26-30.
3. Lee BW, Detzel PR. Treatment of childhood atopic dermatitis and economic burden of illness in Asia Pacific countries. *Ann Nutr Metab.* 2015;66 Suppl 1:18-24.
4. Dharmage SC, Lowe AJ, Matheson MC, Burgess JA, Allen KJ, Abramson MJ. Atopic dermatitis and the atopic march revisited. *Allergy* 2014;69:17–27.
5. Мигачева Н.Б., Жестков А.В., Каганова Т.И., Елисютина О.Г., Бибарсова Г.И., Штырбул О.В. Нарушение эпидермального барьера у детей с атопическим дерматитом и его роль в развитии аллергической сенсибилизации и респираторной аллергии. *Российский аллергологический журнал.* 2015;5:39-48.
6. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, Szalai Z, Kunz B, Svensson A, Barbarot S, von Kobyletzki L, Taieb A, de Bruin-Weller M, Werfel T, Trzeciak M, Vestergard C.; ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and pediatric patients. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2016;30(5):729-47.
7. Flohr C, Mann J. New insights into the epidemiology of childhood atopic dermatitis. *Allergy* 2014; 69:3-16.
8. 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.
9. 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.
10. Шамов Б.А., Гомзина Е.Г., Бешимова А.Б., Репникова И.Н., Шамова А.Г. Распространенность и структура сочетанных форм атопического дерматита у детей младшего школьного возраста. *Практическая медицина.* 2009; 8(40):93-94.
11. Галлямова Ю.А., Чернышева М.П., Тихонова Ю.Б. Распространенность атопического дерма-

- тита среди детей Российской Федерации. Вопросы современной педиатрии. 2009;2:122-123.
12. Голикова О.А., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б., Приходько О.Б. Распространенность респираторной аллергии и атопического дерматита у школьников республики Саха (Якутия), проживающих в разных экологических условиях. Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2011;42:44-47.
 13. Шамов Б.А., Сафиуллина И.Г., Бешимова А.Б. Распространенность симптомов атопического дерматита и их взаимосвязь с респираторной аллергией у детей младшего школьного возраста. 2013;94(1):55-59.
 14. Тренева М.С., Муньлит Д.Б., Иванников Н.Ю., Лиханова Л.А., Пампура А.Н. Распространенность атопического дерматита и реакций на пищевые продукты у московских детей в возрасте 2 лет. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2014;93(3):11-14.
 15. Шахова Н.В., Камалтынова Е.М., Лобанов Ю.Ф., Ардатова Т.С., Николаева К.С., Суркова М.В., Невская О.В. Распространенность астмоподобных симптомов и аллергических заболеваний среди детей дошкольного возраста и факторы риска их развития. Российский аллергологический журнал. 2017;1:41-46.
 16. 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.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ *PNPLA3* (*RS738409*), *TM6SF2* (*RS58542926*), *MBOAT7* (*RS641738*), КАК СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ИММУНОПАТОЛОГИИ ПРИ ЖИРОВОМ ГЕПАТОЗЕ

Москаленко О.Л., Смирнова О.В., Каспаров Э.В., Иванова Е.Б.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера (Красноярск)

FEATURES OF GENES *PNPLA3* (*RS738409*), *TM6SF2* (*RS58542926*), *MBOAT7* (*RS641738*), AS A WAY TO DIAGNOSE IMMUNOPATHOLOGY IN FATTY LIVER DISEASE

Moskalenko O.L., Smirnova O.V., Kasparov E.V., Ivanova E.B.

Federal Research Center «Krasnoyarsk Science Center» of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Federal State Budgetary Scientific Institution «Scientific Research Institute of medical problems of the North» (Krasnoyarsk)

Неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, предраковым заболеванием печени, приводящим к ухудшению качества жизни, инвалидизации и смерти. НЖБП часто встречается у пациентов с метаболическим синдромом, не употребляющих алкоголь, характеризуется воспалительными изменениями и фиброзом структуры печени, имеет высокий риск прогресси-

рования с развитием стеатогепатита, печеночной недостаточности и гепатоцеллюлярной карциномы. Прогрессирование заболевания и развитие онкопроцесса зависит от функционирования иммунной системы и генотипа человека. Роль полиморфизма генов в развитии иммунитета при жировом гепатозе до конца не изучена. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение особенностей полиморфизма генов *PNPLA3* (*rs738409*), *TM6SF2* (*rs58542926*),