

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 31.08.26

© Р.М. Файзуллина, Л.Ф. Ганиева, З.А. Шангареева, 2020

## Р.М. Файзуллина, Л.Ф. Ганиева, З.А. Шангареева СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Уфа*

**Цель исследования:** изучить факторы риска формирования и течения atopического дерматита у детей, проживающих в сельской местности.

**Материал и методы:** пациенты с atopическим дерматитом в возрасте от 6 месяцев до 12 лет находились под амбулаторным наблюдением в ГБУЗ РБ Караидельская ЦРБ. Диагноз выставлялся в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с atopическим дерматитом (Москва, 2016). Степень тяжести atopического дерматита была определена по индексу SCORAD (scoring of atopic dermatitis). Всем детям были проведены: общеклиническое обследование, включающее сбор жалоб и анамнеза заболевания в ходе личной беседы с ребенком и его родителями, выкопировка данных из амбулаторных карт и лабораторно-инструментальное исследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), кал на яйца глист, копрология.

**Результаты и выводы:** для пациентов с тяжелым течением atopического дерматита, проживающих в сельской местности, в сравнении с пациентами с легкой/среднетяжелой степенью течения болезни характерно следующее: каждый 3-ий ребенок был рожден методом кесарева сечения, у матерей в 3 раза чаще наблюдался вагинальный кандидоз, в 4 раза чаще ребенок получал искусственное вскармливание, в 6 и 2 раза чаще atopический дерматит сочетался с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, а также достоверно чаще дети имели хроническую носоглоточную патологию, гастриты и дискинезию желчевыводящих путей. Риск реализации тяжелого течения atopического дерматита возрастал при раннем искусственном вскармливании в 4 раза; в 31 раз при вагинальном кандидозе у матерей во время беременности, в 7 раз при заболевании ребенка хроническим гастритом, в 5 раз при развитии вегетососудистой дисфункции и в 4,5 раза при наличии хронического тонзиллита.

**Ключевые слова:** дети, atopический дерматит, фактор риска, степени тяжести.

## R.M. Fayzullina, L.F. Ganieva, Z.A. Shangareeva COMPARATIVE ANALYSIS OF FACTORS FOR ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN LIVING IN COUNTRYSIDE

This article examines the risk factors for the formation and course of atopic dermatitis in children living in countryside.

**Material and methods:** patients with atopic dermatitis aged 6 months to 12 years were under outpatient supervision in the state medical INSTITUTION of the Republic of Bashkortostan Karaidelskaya CRH.. The diagnosis was made in accordance with the Federal clinical guidelines for providing medical care to children with atopic dermatitis (Moscow, 2016). The severity of atopic dermatitis was determined by the SCORAD index (scoring of atopic dermatitis). All children had a General clinical examination, including collecting complaints and anamnesis of the disease during a personal conversation with the child and his parents, copying data from outpatient records, and laboratory and instrumental research: General blood analysis, General urine analysis, biochemical blood analysis, ultrasound examination of the abdominal organs, fibrogastroduodenoscopy (FGDs), feces on eggs worm, coprology.

**Results and conclusions:** a patient with severe atopic dermatitis living in rural areas was characterized by the following: every 3rd child was born by cesarean section, mothers were 3 times more likely to have vaginal candidiasis, 4 times more likely to receive artificial feeding, 6 and 2 times more likely to have atopic dermatitis combined with bronchial asthma and allergic rhinitis, and also significantly more likely to have chronic nasopharyngeal pathology, gastritis and dyskinesia biliary tract. The risk of severe atopic dermatitis increased with early artificial feeding by 4 times; 31 times with vaginal candidiasis in mothers during pregnancy, 7 times with chronic gastritis, 5 times with the development of vegetative vascular dysfunction and 4.5 times in the presence of chronic tonsillitis.

**Key words:** children, atopic dermatitis, a risk factor, severity.

В настоящее время atopический дерматит (atopическая экзема, синдром atopической экземы (дерматита) (АД) понимается как хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, возрастной морфологией высыпаний и стабильностью [1,2].

Актуальность проблемы АД обусловлена ранним началом болезни и быстрым развитием ее хронических форм, увеличением распространенности данной патологии в детской популяции. В результате изучения распространенности АД, проведенного методом ISAAC, выявлено, что у детей в США

это заболевание достигало 17%, в Европе – 15,6%, в РФ – от 6,2 до 15,5%. Кроме того, отмечается неуклонный рост числа больных детей, страдающих этим заболеванием во всем мире [3]. Повреждение кожи, непрерывный зуд, полиморфность проявлений ухудшают качество жизни больного ребенка. Ограничение в виде диет, прием лекарственных средств ведут к изменению стереотипов жизни всей семьи [4,5].

В большинстве случаев АД протекает в легкой и среднетяжелой формах, однако с годами увеличивается число тяжелых, инвалидизирующих случаев, сопровождающихся

недостаточной эффективностью лечения. Частота осложнённых форм АД у детей в настоящее время составляет 25-34% [9].

АД у детей является первым проявлением «атопического марша» и значимым фактором риска развития бронхиальной астмы или аллергического ринита [6]. Рост заболеваемости аллергическими заболеваниями связан и с изменением окружающей среды. Некоторые авторы отмечают, что заболеваемость АД у жителей больших городов выше, чем у жителей сельской местности [7,8]. Несмотря на более благоприятную экологическую обстановку в сельской местности, сложное современное состояние социальной сферы (низкие доходы, однообразное питание, малодоступность медицинских услуг) оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье детей.

Цель исследования: изучить факторы риска формирования и течения АД у детей, проживающих в сельской местности.

#### Материал и методы

Пациенты с АД в возрасте от 6 месяцев до 12 лет (n=107) находились под амбулаторным наблюдением в ГБУЗ РБ Караидельская ЦРБ. Диагноз выставлялся в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с АД (Москва, 2016).

Критерием включения детей в группы исследования являлся диагноз, установленный на основании анамнеза и клинической картины болезни. Степень тяжести АД была определена по индексу SCORAD (scoring of atopic dermatitis – шкала АД). Всем детям были проведены: общеклиническое обследование, включающее сбор жалоб и анамнеза заболевания в ходе личной беседы с ребенком и его родителями, выкипировка данных из амбулаторных карт (форма №112/у), и лабораторно-инструментальное исследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), кал на яйца глист, копрология. Наблюдаемые пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от степени тяжести болезни. Первую группу (I) составили 46 (43%) детей с тяжелым течением АД, вторую (II) – 61 (57%) ребенок с легким и среднетяжелым течением.

**Статистический анализ** осуществлялся с помощью статистического пакета Statistica 10,0 (StatSoft, США). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Сравнение параметров исследуемых групп осуществлялось с помощью критерия  $\chi^2$  Пир-

сона с коррекцией Ийтса с составлением таблиц сопряженности и вычислением отношения шансов (ОШ).

#### Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что в обеих группах число мальчиков и девочек примерно одинаково. Среди детей I группы мальчики составили 58,7% (n=27), девочки – 41,3% (n=19), во II группе на долю мальчиков приходилось 55,7% (n=34), на долю девочек – 44,3% (n=27). Средний возраст пациентов составил  $7,25 \pm 4,68$  года.

В исследуемых группах большинство детей имели средние показатели массы и длины тела при рождении (в I группе – 80% (n=37), во II группе – 94% (n=57)). Показатели массы и длины тела оценивались по таблице Деметьевой Г.М. Так, для доношенного новорожденного, рожденного на сроке 38-40 недель, средние показатели массы тела составили 3145-4003 г, длины тела – 49,6-53,8 см. Задержка внутриутробного развития – это когда показатели массы и длины тела у новорожденного ниже 10-го центиля для данного гестационного возраста у 13% и 3% детей, а рождение крупного плода – это когда показатели более 90-го центиля у 7% и 3% детей I и II групп соответственно.

В обеих группах более половины детей перенесли перинатальное повреждение центральной нервной системы.

Ранний дебют АД на первом году жизни был выявлен с одинаковой частотой в обеих группах и составил 61% (n=28) и 59% (n=36) соответственно (рис. 1).

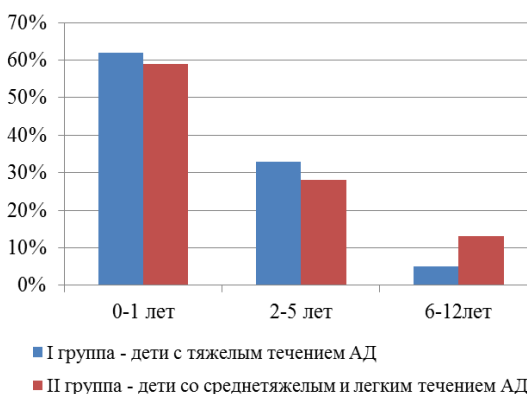


Рис. 1. Дебют АД у детей в зависимости от возраста

Более половины случаев раннего дебюта АД на первом году жизни в обеих группах приходится на возраст 5-7 месяцев, у остальных в течение первого года жизни. Наиболее часто появление первых признаков заболевания совпадало с введением прикорма, переходом на искусственное вскармливание и применением антибиотикотерапии.

Характер вскармливания детей на первом году жизни у обследуемых нами представлен на рис. 2. Дети I группы достоверно в три раза чаще получали искусственное вскармливание ( $\chi^2=8,2820$ ;  $p=0,0049$ ), что в 4,2 раза чаще (ОШ=4,2594 (1,3076-12,3387)) влияло на реализацию тяжелого течения АД. При этом естественное вскармливание носило протективный характер (ОШ=0,2417 (0,0985-0,5866)), поскольку достоверно чаще было у детей II группы ( $\chi^2=10,9291$ ;  $p=0,0018$ ).

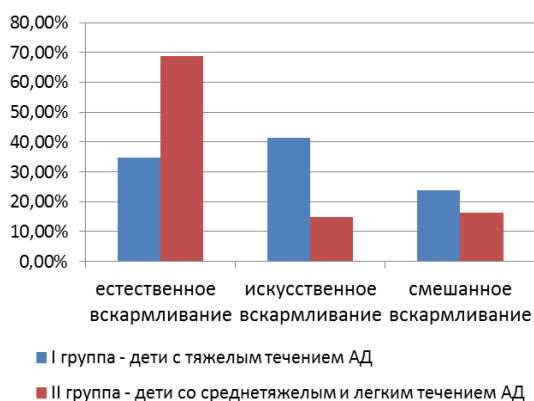


Рис. 2. Характер вскармливания детей с АД на первом году жизни

Анализ перинатальных факторов показал, что беременность у матерей протекала на фоне гестозов (в I группе – 89%, во II группе – 80%), угрозы прерывания беременности (в I группе – 43,5%, во II группе – 39,3%), ОРВИ (в I группе – 24,4%, во II группе – 18%), нефропатии (в I группе – 19,6%, во II группе – 13,1%), инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) (в I группе – 13%, во II группе – 8,2%).

В I группе в два раза больше было матерей, получавших антибиотикотерапию во время беременности (6,5% и 3,2% соответственно). В I группе было в три раза больше матерей с проявлениями вагинального кандидоза во время беременности (93,4% и 31,1%, соответственно) ( $\chi^2=39,2909$ ;  $p=0,0005$ ), что в 31 раз чаще приводило к тяжелому течению АД у детей (ОШ=31,6847 (7,9737-147,082)).

Более половины матерей были первородящими, детей от 4-х и более родов в наблюдаемых группах не было.

Родоразрешение путем кесарева сечения было у 34,7% матерей из I группы и 19,6% – II группы, преждевременные роды на сроке ранее 38 недель отмечались у 14,8% и 4,9% матерей соответственно.

Результаты анализа семейной отягощенности по аллергическим заболеваниям у всех обследованных детей ( $n=107$ ) представлена на рис. 3. При этом наличие отягощенного анамнеза со стороны обоих родителей достоверно чаще было у детей II группы ( $\chi^2=9,3310$ ;  $p=0,0032$ ).

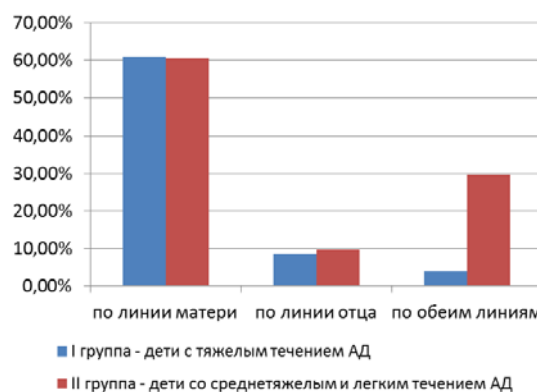


Рис. 3. Наследственная отягощенность по аллергии

Анализ коморбидной аллергической патологии показал, что в I группе АД чаще сочетается с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой (в 6 и 2 раза соответственно), чем у детей II группы (рис. 4).

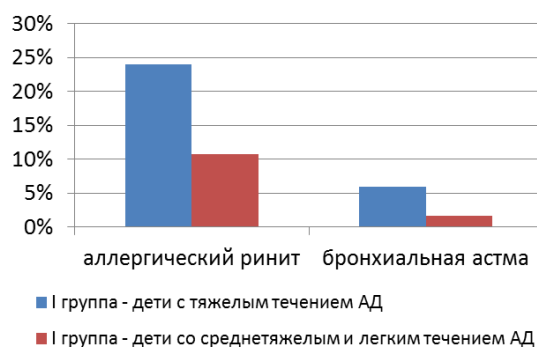


Рис. 4. Сопутствующая аллергическая патология у детей с АД

Среди сопутствующих неаллергических заболеваний вегетососудистая дистония у 41,3% детей I группы в сравнении с 11,4% детей II группы ( $\chi^2=11,1156$ ;  $p=0,0017$ ) проявлялась повышенной утомляемостью, склонностью к застенчивости, тревожностью, психической ранимостью, повышенной потливостью, головными болями и обморочным состояниями. Хронический тонзиллит (частые ангины в анамнезе, застойная гиперемия краев небных дужек, пробки в лакунах, увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов) у детей I группы встречался в 6 раз чаще ( $\chi^2=5,1932$ ;  $p=0,0231$ ), что 4,5 раза чаще приводило к тяжелому АтД (ОШ=4,4790 (1,1873-18,2651)).

Дети I группы в 4 раза чаще болели ОРВИ и имели гнойные заболевания в анамнезе, у 6,5% детей этой группы отмечались аденоидные вегетации II–III степеней. Практически у всех детей отмечалась дефицитная анемия, при этом в I группе в 8,7% случаев – тяжелой степени. Практически у всех детей с АД в грудном возрасте наблюдались диспептические явления, срыгивания, запоры. В старшем возрасте диагностирован хронический первичный эритематозный га-

строудоденит, подтвержденный ФГДС, у 19,6% детей I группы и у 3,2% детей II группы ( $\chi^2=5,8797$ ;  $p=0,0159$ ), что в 7 раз чаще приводило к тяжелому течению АД (ОШ=7,1761 (1,3300-51,2169). Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) отмечалась у 15,2% и 5% детей обеих групп соответственно. У всех обследуемых детей отмечался отрицательный анализ кала на яйца глист, при этом у 2 детей I группы ранее было проведено лечение лямблиоза.

Анализ результатов лабораторных методов исследования показал, что в крови больных АД наиболее часто выявляется эозинофилия. Показатели биохимического анализа крови, общего анализа мочи в пределах нормы.

### Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало существенные различия в развитии АД у детей с тяжелым и легким/средне-тяжелым течением болезни, проживающих в сельской местности. Анализ результатов работы показал, что каждый 3-ий ребенок с тяжелым течением АД был рожден методом кесарева сечения и у их матерей в 3 раза чаще наблюдался

вагинальный кандидоз, в 4 раза чаще ребенок получал искусственное вскармливание, в 6 и 2 раза чаще АД сочетался с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, а также достоверно чаще имели хроническую носоглоточную патологию, гастриты и ДЖВП.

Риск реализации тяжелого течения АД возрастал при раннем искусственном вскармливании в 4 раза (ОШ=4,2594 (1,3076-12,3387); в 31 раз (ОШ=31,6847 (7,9737-147,082) при вагинальном кандидозе у матерей во время беременности, в 7 раз при заболевании детей хроническим гастритом (ОШ=7,1761 (1,3300-51,2169), в 5 раз (ОШ=5,4290 (1,894-16,3846) при развитии вегетососудистой дисфункции и в 4,5 раза при наличии хронического тонзиллита (ОШ=4,4790 (1,1873-18,2651). При этом естественное вскармливание носило протективный характер (ОШ=0,2417 (0,0985-0,5866), поскольку достоверно чаще было у детей II группы ( $\chi^2=10,9291$ ;  $p=0,0018$ ).

Полученные данные необходимо учитывать при организации амбулаторного наблюдения за детьми с АД и профилактике тяжелого течения болезни.

### Сведения об авторах статьи:

**Файзуллина Резеда Мансафовна** – д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Fayzullina@yandex.ru.

**Ганиева Лариса Фардатовна** – заочный аспирант кафедры факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; врач педиатр-неонатолог ГБУЗ РБ Караидельская ЦРБ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: lara.ganieva@gmail.com.

**Шангареева Зилия Асгатовна** – к.м.н., доцент кафедры факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: shangareeva2001@mail.ru.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин, И.И. Современные представления о патогенезе и терапии атопического дерматита у детей / И.И. Балаболкин, В.А. Булгакова, Т.И. Елисеева // Фарматека. – 2017. – №1. – С.53-60.
2. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии / Л.С. Намазова-Баранова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2016. – №15 (3). – С.279-294.
3. Балаболкин И.И. Современные аспекты патогенеза и терапии атопического дерматита у детей / И.И. Балаболкин // Журнал Педиатрии им. Г.Н. Сперанского. – 2014. – С.177-183.
4. Альбанова В.И. Атопический дерматит. Учебное пособие / В.И. Альбанова, В.Н. Пампура. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160с.
5. Schneider L., Tilles S., Lio Ret al/ Atopic dermatitis: A practice parameter update/ 2012. J/Allergy clin Immunol 2013; 131, 295 -9.
6. Scheimann P., Pham Thi N., Karila C. Allergic march in children, from rhinitis to asthma: management, indication of immunotherapy. ARCH. PEDIATR.2012; 19(3):330-4.
7. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. – М., 2016. – 60с.
8. Юсупова, Н.З. Комплексное изучение факторов риска формирования аллергических заболеваний у сельских детей дошкольного возраста / Н.З. Юсупова, К.Ф. Хакимова // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №1. – С.79.
9. Караулов А.А. Иммунология, микробиология и иммунопатология кожи/ А.А. Караулов.- Москва: БИНОМ, 2012. – С.328.

### REFERENCES

1. Balabolkin I.I. Sovremennye predstavleniya o patogeneze i terapii atopicheskogo dermatita u detej / Balabolkin I.I., Bulgakova V.A., Eliseeva T.I. // Farmateka.-2017.- №1.- S.53-60 (In Russ).
2. Atopicheskij dermatit u detej: sovremennye klinicheskie rekomendacii po diagnostike i terapii / Namazova -Baranova L. S. [i dr.] // Voprosy sovremennoj pediatrii. - 2016.- №15 (3).- S.279–294 (In Russ).
3. Balabolkin I.I. Sovremennye aspekty patogeneza i terapii atopicheskogo dermatita u detej / Balabolkin I.I. // Shkola mladogo pediatra. – 2014.- S.177-183(In Russ).
4. Al'banova V.I. Atopicheskij dermatit. Uchebnoe posobie / V.I.Al'banova, V.N.Pampura. – М.: GJeOTAR –Media, 2014.-S.160. (In Russ).
5. Schneider L., Tilles S., Lio Ret al/ Atopic dermatitis: A practice parameter update/ 2012. J/Allergy clin Immunol 2013; 131, 295 -9.
6. Scheimann P., Pham Thi N., Karila C. Allergic march in children, from rhinitis to asthma: management, indication of immunotherapy. ARCH. PEDIATR.2012; 19(3):330-4.
7. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po vedeniju bol'nyh atopicheskim dermatitom RODVK. - М., 2015(In Russ).
8. Jusupova N.Z. Kompleksnoe izuchenie faktorov riska formirovaniya allergicheskikh zabolevanij u sel'skih detej doshkol'nogo vozrasta / Jusupova N.Z. Hakimova K.F. // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. – 2012. - №1. – S.79.
9. Karaulov A.A. Immunologiya, mikrobiologiya i immunopatologiya kozhi./ «BINOM».-2012.-S.328.