

# ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

С.В. Казарин\*, Ю.А. Тюков, В.А. Изликов\*

Челябинская государственная медицинская академия;

\*Областной кожно-венерологический диспансер № 3, г. Челябинск

**Проанализированы уровень и тенденции распространенности атопического дерматита в современных условиях, представлены результаты клинических наблюдений развития и течения атопического дерматита у детей и подростков в разные возрастные периоды развития. Проведен анализ результатов диспансерного наблюдения и участия в диспансеризации педиатров и аллергологов. Полученные данные использованы для повышения эффективности и качества медицинской помощи детям – больным атопическим дерматитом.**

*Ключевые слова:* распространенность атопического дерматита, дети, больные атопическим дерматитом, клинические проявления заболевания, диспансерное наблюдение, выявляемость, своевременность диагностики и постановки на диспансерный учет.

В изменяющихся социально-экономических условиях современного общества особое значение приобретают процессы формирования здоровья возрастных и социальных групп населения, вопросы организации специализированной медицинской помощи.

Особую актуальность в организации специализированной медицинской помощи приобретает поиск оптимальных путей и методов решения этих проблем на уровне субъекта Российской Федерации и муниципального образования, прежде всего крупного промышленного города.

Одной из ведущих проблем современной медицинской науки является рост иммунопатологических состояний, в частности аллергических заболеваний кожи. Не вызывает сомнений тот факт, что рост распространенности детских аллергических дерматозов приводит к значительному увеличению социально дезадаптированных детей, повышает детскую инвалидность по кожной патологии и количество детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Среди аллергических заболеваний наибольшее медико-социальное значение имеют бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит.

Атопический дерматит существенно нарушает привычный для детей образ жизни. Высыпания на коже, зуд, нарушение сна, множественные ограничения в питании, выборе любимого занятия, трудности, возникающие в общении со сверстниками, способствуют формированию психосоматических нарушений, снижающих качество жизни ребенка. По степени влияния на качество жизни атопический дерматит превосходит псориаз и сравним с такими серьезными состояниями, как при раннем дебюте сахарного диабета.

Таким образом, актуальность темы определяется социальными аспектами заболеваемости атопическим дерматитом детей и подростков, необходимостью совершенствования системы организации медицинской помощи в условиях крупного города.

Цель исследования: изучить и проанализировать особенности течения атопического дерматита у детей в различные возрастные периоды. В зависимости от этого акцентировать внимание на наиболее значимых мероприятиях, необходимых для оптимальной реализации лечебного процесса в зависимости от возраста.

Общая заболеваемость детей и подростков атопическим дерматитом за пятилетний период увеличилась с 838,7 случаев на 100 тыс. населения в 2006 году до 954,4 случаев на 100 тыс. населения в 2010 году. Рост составил 13,7 %.

В 2006 году первичных обращений детей и подростков с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в целом было 17 123 случая, из них с диагнозом – атопический дерматит 1317 случаев – 7,7 %. Аналогичное соотношение с незначительными колебаниями наблюдалось и в последующие годы.

В гендерной структуре больных атопическим дерматитом детей и подростков преобладают мальчики и юноши, составляя в среднем за изучаемый период 57,3 %, девочки и девушки соответственно 42,7 %.

В течение изучаемого периода удельный вес заболевших детей до 1 года, которым впервые был установлен диагноз атопический дерматит, существенно не изменился, составляя от 10,7 до 11,7 %. Вместе с тем снизился удельный вес среди больных детей в возрасте 1–3 года с 22,6 % в 2008 году

до 16,7 % в 2010 году и в возрасте 3–7 лет с 27,1 до 21,7 % соответственно.

Закономерно, что в 2010 году значительно возрос удельный вес пациентов, у которых диагноз атопического дерматита был выставлен в возрасте 7–14 лет. Этот показатель составил 39,7 %, что значительно превышает показатели данной возрастной группы в 2006–2008 годах. Удельный вес больных детей старше 14 лет последовательно сокращался и снизился в два раза с 20,0 % в 2006 году до 10,2 % в 2010 году ( $p < 0,05$ ).

Двухфакторный анализ половозрастной выявляемости атопического дерматита у детей и подростков свидетельствует, что пиковые показатели приходится на лиц мужского пола в возрасте от 3 до 6 лет. В возрасте 3–14 лет удельный вес пациентов мужского пола варьирует от 25,8 до 33,0 % в разные годы. Аналогичный показатель для лиц женского пола колеблется от 18,1 до 28,4 %.

Таким образом, оценка динамики выявления атопического дерматита по возрастному фактору позволяет говорить о том, что данный диагноз в большинстве случаев впервые устанавливается в возрасте от 3 до 14 лет, а удельный вес данной возрастной группы от общей возрастной структуры колеблется от 48,9 до 61,4 %, что представлено в таблице.

При этом установлено, что количество девочек в возрастной группе от 3 до 14 лет достоверно ( $p < 0,05$ ) выше в 2010 году по сравнению с 2006 годом, рост – в 1,6 раза.

Таким образом, максимальная выявляемость атопического дерматита среди детей приходится на возрастную группу от 3 до 14 лет, с преобладанием лиц мужского пола по сравнению с женским в 1,36 раза.

Необходимо отметить, что лечение больных атопическим дерматитом требует индивидуально-подхода, учитывающего не только клиническую форму, степень активности процесса, фоновые

заболевания, но и возраст пациента. Основные цели терапии атопического дерматита у детей – патогенетическое воздействие, направленное на устранение или уменьшение воспалительных изменений кожи и кожного зуда, предотвращение развития тяжелых форм заболевания. Успешное лечение заболевания у детей невозможно без создания условий, обеспечивающих уменьшение воздействия экзогенных и эндогенных факторов, вызывающих воспроизводство механизмов аллергического воспаления. Комплекс этих условий в значительной степени отличается в зависимости от принадлежности пациента к той или иной возрастной группе.

По данным Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунологии, полученным в результате изучения и особенностей манифестации и течения дерматоза у детей, заболевание дебютировало в течение первого года жизни: у 54,7 % пациентов первые клинические проявления отмечались в возрасте 3–6 месяцев, у 24,4 % больных – во второй половине первого года жизни (7–12 месяцев). Дебют заболевания в более поздние сроки (на 2-м году жизни, в 3–4 года) отмечался только у 20,9 % пациентов.

Анализ данных, полученных в результате проведенного исследования, свидетельствует о своеобразной активности проявления воспалительного процесса в коже в определенные возрастные периоды. На первом году жизни наличие выраженных кожных проявлений отмечалось у подавляющего числа пациентов – в 64,3–100 % случаев. «Пиковыми» периодами активности, как показали данные анамнеза, для пациентов с локализованными формами становились также 3–5-й и 7–8-й годы жизни, когда у 62,2–75,9 % больных наблюдались активные проявления процесса. У пациентов в возрасте от 12 до 15 лет вновь нарастала частота активных проявлений болезни (56,1–70,2 % случаев).

Половозрастная структура больных атопическим дерматитом с впервые установленным диагнозом (абсолютное число, %) по годам

Пол, возраст	2006		2007		2008		2009		2010	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Мужчины</b>										
До года	58	6,7	41	5,6	48	5,9	52	6,9	76	7,8
1–2 года	79	9,1	82	11,2	86	10,6	92	12,2	94	9,6
3–6 лет	160	18,5	110	15,0	115	14,2	126	16,7	113	11,6
7–14 лет	117	13,5	79	10,8	136	16,8	95	12,6	209	21,4
15–18 лет	92	10,7	80	10,9	76	9,4	69	9,2	53	5,4
<b>Женщины</b>										
До года	37	4,3	33	4,5	34	4,2	29	3,8	38	3,9
1–2 года	84	9,7	74	10,1	72	8,9	78	10,3	69	7,1
3–6 лет	75	8,7	103	14,1	84	10,3	78	10,3	99	10,1
7–14 лет	81	9,4	66	9,0	98	12,1	81	10,7	179	18,3
15–18 лет	81	9,4	64	8,7	62	7,6	54	7,2	47	4,8
Всего	864	100	732	100	811	100	754	100	977	100

Больные атопическим дерматитом с диффузными проявлениями воспалительного процесса отмечали наличие активных высыпаний на коже в те же возрастные периоды. Однако число пациентов, в анамнезе которых имелись данные об активных проявлениях дерматоза с диффузным поражением кожи на 3–5-м, 7–8-м году жизни, превышает число больных с обострением в эти же периоды локализованного процесса. В группе больных с диффузной формой атопического дерматита при изучении анамнеза отмечался более резкий рост частоты активных проявлений воспалительного процесса в коже на 12–15-м году жизни: с 60,2 % в 12 лет до 83,5 % в 15-летнем возрасте.

В соответствии с полученными данными представляется наиболее целесообразным условное разделение больных с атопическим дерматитом дифференцировать по следующим возрастным периодам:

1 возрастной период – младенческий (до 2 лет) – преобладает экссудативная форма заболевания, при которой воспаление носит острый или подострый характер и протекает с проявлениями гиперемии, отечности, мокнутия и образованием корок, которые локализуются чаще на лице, а также на наружной поверхности голени. Высыпания появляются как на разгибательных, так и на сгибательных поверхностях конечностей. К концу этого периода очаги локализуются преимущественно в складках крупных суставов (коленных и локтевых) а также в области запястий и шеи;

2 возрастной период – детский (от 2 до 13 лет) характеризуется острыми воспалительными явлениями, вместе с тем экссудация менее выражена, процесс носит характер хронического воспаления. Высыпания локализуются в локтевых и подколенных складках, на задней поверхности шеи, сгибательных поверхностях голеностопных и лучезапястных суставов, в заушных областях и представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенизацией, множественными экскориациями и трещинами. На местах разрешения высыпаний в очагах поражения остаются участки гипо- или гиперпигментации;

3 возрастной период – подростковый (от 13 до 18 лет), когда преобладают явления инфильтрации с лихенизацией, эритема имеет синюшный оттенок. Папулы сливаются в очаги папулезной инфильтрации; характерна избирательность высыпаний

в области верхней половины туловища, лица, шеи, верхних конечностей.

Особого внимания заслуживает организация диспансеризации детей, страдающих аллергодерматозами с участием родителей пациентов. Данная работа должна вестись по двум основным направлениям – информирующему и обучающему.

Как показывают проведенные исследования, работа с родителями по информированию и обучению содержит очень большой потенциал в вопросах снижения рисков инвалидизации, улучшения качества жизни пациентов, удлинения сроков ремиссии процессов, сокращения количества эпизодов обострений. Кроме того, данная работа способствует адаптации детей в вопросах социальных отношений, выборе будущей профессии, создании собственной семьи в будущем.

В ходе проведенного анкетирования родителей и детей старших возрастных групп установлено, что добиться конструктивной реакции на сообщение о заболевании ребенка на первичном приеме удается лишь в 19,2 % случаев, в то время как в 72,4 % случаев выявлена реакция отрицания заболевания, а в 8,1 % случаев – паника и испуг.

По результатам клинических наблюдений установлено, что тяжесть течения заболевания у пациентов, которые состояли на диспансерном наблюдении у дерматолога, в 57,95 % случаев оценивалась по индексу SCORAD как средняя, а в 42,05 % случаев, как тяжелая. В то же время у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении у педиатра, тяжелое течение заболевания регистрировано в 92,6 % случаев, а средняя степень тяжести течения заболевания лишь в 7,4 % случаев.

В результате проведенного исследования установлено, что заболеваемость атопическим дерматитом у детей стабильно занимает основное место в структуре нозологий среди других хронических дерматозов.

Установлено, что сформировалась четкая тенденция к увеличению заболеваемости атопическим дерматитом, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи детям, результативного диспансерного наблюдения, эффективной технологии этапного организационного взаимодействия дерматовенерологов, педиатров, аллергологов на различных уровнях оказания медицинской помощи детям с данной патологией.

*Поступила в редакцию 17 сентября 2011 г.*