

***И.А. Баранов, Ю.Д. Щербина***  
**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

***Научный руководитель: ст. преп. Л.А. Порошина***  
*Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ФПКиП, курс дерматовенерологии*  
*Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель*  
*Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер, г. Гомель*

***I.A. Baranov, Yu.D. Shcherbina***  
**FEATURES OF THESE LABORATORY STUDIES IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS**

***Tutor: senior teacher L.A. Poroshina***  
*Department of Internal Diseases No. 2 with the course of FАTаR, course of dermatovenereology*  
*Gomel State Medical University, Gomel*  
*Gomel Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Gomel*

**Резюме.** В статье приведены данные исследования, проводимого среди пациентов различного пола, в возрасте от 2 до 16 лет, с целью выявления особенностей клиники atopического дерматита.

**Ключевые слова:** atopический дерматит, клинические особенности.

**Resume.** The article presents data from a study conducted among patients of different sexes, aged 2 to 16 years, in order to identify the features of the clinic of atopic dermatitis.

**Keywords:** atopic dermatitis, clinical features.

**Актуальность.** Атопический дерматит — распространенное аллергическое наследственное заболевание, характеризующееся возрастной вариабельностью, хроническим рецидивирующим течением, зудящими воспалительными поражениями кожи с истинным полиморфизмом, лихенификацией, симметричной топографией высыпаний. Заболевание имеет хроническое рецидивирующее течение с ухудшением в холодное время года и улучшением летом. Одним из критериев данного заболевания является пищевая непереносимость, а так же непереносимость липидных растворителей и шерсти [2].

Распространённость atopического дерматита среди развитых стран 10-20 %. Манифестация симптомов atopического дерматита у детей отмечается в возрасте 6 месяцев в 60 % случаев, до 1 года в 75 %, до 7 лет в 80-90 %. В течение последних десятилетий наблюдается существенный рост заболеваемости atopическим дерматитом, усложняется его течение, отягощается исход. В XX веке была подтверждена связь atopического дерматита, поллиноза и бронхиальной астмы, которую обозначили термином «атопическая триада». Сочетание atopического дерматита с бронхиальной астмой наблюдается в 34 % случаев, с аллергическим ринитом — в 25 %, с поллинозом — в 8 % [1].

Изменения на коже, зуд, хроническое течение заболевания как и при других заболеваниях кожи оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов, могут способствовать развитию психосоматической патологии [3-5].

**Цель:** изучение клинических особенностей течения атопического дерматита.

**Задачи:**

1. Изучение историй болезней стационарных пациентов с атопическим дерматитом дерматовенерологического отделения №1 Гомельского областного клинического кожно-венерологического диспансера.

2. Статистический анализ полученных данных и выявление зависимостей.

**Материалы и методы.** Посредством ретроспективного анализа были изучены истории болезней 60 пациентов, страдающих атопическим дерматитом и находящихся на стационарном лечении. Мы оценивали следующие данные: пол, возраст, возраст начала заболевания, место проживания (город/сельская местность), индекс массы тела, клиническая форма, аллергологический и наследственный анамнез, наличие сопутствующих заболеваний, локализация поражений, наличие сухости, сезонность обострений, проводимое лечение.

**Результаты и их обсуждение.** В исследование были включены дети от 2 до 16 лет из которых 22 – девочки, 38 – мальчики. Средний возраст пациентов составил –  $11,7 \pm 4,11$  лет. Большинство из них, 86,6% (52), проживает в городе.

У 59 (99%) пациентов была эритематозно-сквамозная формой атопического дерматита, у одной пациентки – пруригинозная. Лишь в 5 случаях поражения носили ограниченный характер, остальные 55 – распространённый.

Наиболее частая локализация сыпи:

- кожа лица – 60% (36);
- локтевые, коленные сгибы – 58,3% (35);
- кожа туловища – 43% (26);
- поверхность кистей, стоп – 38,3% (23).

В 100% случаев основной жалобой пациентов выступал кожный зуд. Сухость кожи отмечается у 41,6% (25) детей.

Более половины (53,3%) пациентов страдают атопическим дерматитом с раннего детства (6 месяцев – 5 лет). Медиана возраста начала заболевания составила 5 (2;7,5) лет.

98,3% (59) и 95% (57) после постановки диагноза принимали глюкокортикостероидные и антигистаминные препараты соответственно в периоды обострений заболевания. У этих пациентов имело место хроническое рецидивирующее течение заболевания с обострениями несколько раз в год.

В 85% (51) случаев обострения носили внесезонный характер, у остальных 15% (9) пациентов высыпания наблюдались преимущественно в холодное время года.

У 27 пациентов (45,0%) был отягощённый аллергологический анамнез. Наиболее распространёнными аллергенами, ведущими к возникновению высыпаний, были:

1) пищевая аллергия – 36,6% (22):

- а) шоколад – 16,6% (10);
- б) цитрусовые – 16,6% (10);
- в) красители – 10% (6);
- г) орехи – 6,6% (4);
- д) молоко – 5% (3);

2) аллергия на шерсть, пыль – 8% (5);

3) аллергия на цветение – 6,6% (4).

Отягощение наследственного анамнеза наблюдалось у 23,3% (14) пациентов. Родители 7 из них имели атопический дерматит в анамнезе. В оставшихся 7 случаях у близких родственников отмечались другие аллергические заболевания (бронхиальная астма – 4, хронический аллергический ринит – 5).

Средний индекс массы тела пациентов составил  $19,3 \pm 4$  кг/м<sup>2</sup>. У 47% (28) пациентов наблюдалось отклонение от нормы индекса массы тела: 25% (15) имеют сниженную массу тела, 21% (13) – лишний вес.

У 41,6% (25) пациентов имеются сопутствующие патологии. Поскольку обострение заболевания сопровождается интенсивным зудом, повреждение кожных барьеров может приводить к присоединению возбудителей инфекционных заболеваний. Соответственно, в 26,6% (16) случаев сопутствующие патологии составляли другие кожные заболевания:

- инфекционный и контактный дерматиты – 3;
- микоз гладкой кожи – 4;
- вульгарные угри – 4;
- витилиго, себорейный дерматит, фолликулярный кератоз, ксероз кожи – по

1.

8,3% (5) пациентов имели в анамнезе другие аллергические заболевания (бронхиальная астма – 4, поллиноз – 2, аллергический контактный дерматит – 2).

**Выводы:** атопический дерматит – мультифакториальная патология, которая начинается, как правило, в детском возрасте. В некоторых случаях данная патология носит наследственный характер при наличии у близких родственников атопического дерматита или другого аллергического заболевания. Большинство обострений отмечались вне зависимости от сезона. Контакт с различными аллергенами (продукты питания, шерсть, пыльца) может быть провоцирующим фактором развития атопического дерматита.

### Литература

1. Мачарадзе Д. Ш. Атопический дерматит и пищевая аллергия. Что общего? // Лечащий врач. - 2013. - №5. - С. 24-30.
2. Порошина Л.А., Сохар С. А., Маркова К.О. Атопический дерматит // А.Н. Лызинов [и др.], Актуальные проблемы медицины. - Гомель: ГомГМУ, 2014. - С. 222-223.
3. Порошина, Л. А., Оценка психосоматической симптоматики у пациентов с заболеваниями кожи / Л. А. Порошина // Дерматовенерология Косметология. – 2021. – Т 7. - №2. - С. 182-185.
4. Порошина, Л.А. Психосоматическая симптоматика у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией / Л. А. Порошина// Проблемы здоровья и экологии. - 2021. - № 4. - С. 55-61.
5. Полын, И. В. Оценка психопатологических признаков у молодых людей с вульгарным акне / И. В. Полын, Л. А. Порошина // Дерматовенерология. Косметология. – 2019. - № 1. – Т.5. – С.30-36.