

Музыченко Д. А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Качук М. В.

Кафедра кожных и венерических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. В последние годы наблюдается значительное увеличение числа пациентов со склеродермией, особенно с ограниченными формами и преобладанием аногенитальной локализации у девочек, что нельзя объяснить только улучшением качества диагностики. Одной из причин может быть изменение иммунной реактивности организма в виде повышенной чувствительности к различным раздражителям, обусловленное увеличением контакта с многочисленными бытовыми аллергенами, широким применением медикаментозной терапии (в частности, витаминов, иммуномодуляторов, биологически активных добавок), массовой иммунизацией населения. В последние годы, наряду с увеличением частоты встречаемости локализованной склеродермии аногенитальной области среди пациентов детского возраста, значительно возросло количество случаев, диагностированных акушерами-гинекологами и врачами-педиатрами, что говорит об успешной учебно-просветительской работе, проводимой среди специалистов смежных специальностей.

Цель: изучить структуру заболеваемости ограниченной склеродермией у детей, распределение заболевания по полу, возрасту и наличию триггерных факторов.

Материалы и методы. В данной работе был проанализирован 61 случай ограниченной склеродермии у детей в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии».

Результаты и их обсуждение. У 39 обследованных детей была зарегистрирована склеродермия аногенитальной локализации, у 14 – бляшечная форма, у 6 – линейная, у 2 – атрофодермия Пассини-Пьерини. Локализованная склеродермия аногенитальной локализации наблюдалась у 37 девочек в возрасте от 1 до 17 лет и 2 мальчиков 4 и 5 лет. Среди девочек, находившихся на лечении с данной формой было: в возрасте до года - 0, от 1 до 3 лет - 4, от 4 до 6 лет - 16, от 7 до 9 - 12; от 10 до 13 лет - 7 и от 14 до 17 лет - 0. Отмечено, что городские девочки болели гораздо чаще; чем девочки, проживающие в сельской местности; что может быть связано с действием неблагоприятных триггерных факторов. Установлено, что от первых проявлений заболевания до постановки диагноза у 48 (78,7%) детей прошло в среднем 9-12 месяцев, у 9 (14,8%) – от 1 года до 2 лет, и в 3,3% случаев – более 2 лет. Сопутствующие заболевания были выявлены у 67,2% детей: хронический тонзиллит (41,5%), хронический аденоидит (26,8%), атопический дерматит (19,5%), воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (7,3%), ювенильный ревматоидный артрит (4,9%). У всех детей брались мазки из зева на флору и чувствительность к антибиотикам. У 76,7% детей (47 случаев) был выделен *Staphylococcus aureus*. При распределении на подгруппы (локализованная склеродермия аногенитальной локализации (39 человек) и локализованная склеродермия других областей (22 человека)) отмечается следующая зависимость: золотистый стафилококк был выделен в 83,3% случаев в первой подгруппе и в 66,6% случаев во второй. Особое значение имеет факт, что в 100% случаев, высеянный из зева золотистый стафилококк, был резистентен к антибиотикам пенициллинового ряда. А в 3 случаях была выявлена резистентность и к макролидам.

Выводы. Преобладающими клиническими формами ограниченной склеродермии у детей являются бляшечная и локализованная склеродермия аногенитальной локализации. Пик заболеваемости ограниченной склеродермии аногенитальной локализации приходится на возраст от 4 до 9 лет, при этом девочки болеют в 9 раз чаще мальчиков. В 76,7% случаев отмечается ассоциация с *Staphylococcus aureus*, что необходимо учитывать при планировании протокола лечения.