

биотикам и назначении терапии пациентам с синегнойной инфекцией.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Сорокопыт З.В., Спиридович О.А., Яцевич А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Атопическим дерматитом (АД) страдают около 20% детей из экономически развитых стран, и на протяжении ряда лет заболеваемость АД демонстрирует неуклонный рост как в Республике Беларусь, так и во всем мире. Затраты на лечение детей с атопическим дерматитом выше, чем на лечение детей с инсулинозависимым сахарным диабетом или бронхиальной астмой [1]. АД у детей часто сочетается с патологией других органов и систем, склонен к затяжному и рецидивирующему течению с нарушением психо-социальной адаптации, что делает необходимым совершенствование диагностических и лечебных мероприятий для улучшения качества жизни пациентов, страдающих данным заболеванием [2].

Целью исследования явилось изучение некоторых клинических и лабораторных показателей у детей с атопическим дерматитом.

Материал и методы. Обследовано 46 детей, находившихся на лечении в аллергологическом отделении областной детской клинической больницы г. Гродно. Девочек было больше – 28 (60,9%), чем мальчиков – 18 (39,1%), $p < 0,05$. Все дети родились доношенными. Показатели физического развития при рождении практически не отличались внутри групп и составили по массе $3451,4 \pm 305,9$ г и длине тела $52,7 \pm 1,4$ см. По территориальному принципу дети распределились следующим образом: г. Гродно 21 (45,7%), районные центры 15 (32,6%), из сельской местности 10 (21,7%). В зависимости от клинической формы заболевания и распространенности процесса пациенты были распределены в 4 репрезентативные группы: первую (I) составили 19 (41,3%) детей с младенческой распространенной, вто-

рую (II) – 7 (15,2%) с младенческой ограниченной, третью (III) – 10 (21,7%) с детской распространенной и четвертую (IV) – 10 (21,7%) с детской ограниченной формой. Пациенты II группы (средний возраст 0,47 лет) были моложе, чем остальные (I – 1,43, III – 8,04, IV – 3,99 лет), $p < 0,05$. Осложненное течение заболевания наблюдалось значительно реже – у 4 (8,7%) детей, чем неосложненное – 42 (91,3%), $p < 0,05$. На момент госпитализации 22 (47,8%) пациента находились в состоянии обострения заболевания и 24 (52,2%) – в ремиссии.

Результаты. Анализируя характер вскармливания пациентов с АД на первом году жизни, установлено, что только менее половины из них – 21 (45,7%) находились на естественном вскармливании. 17 (37%) были переведены на искусственное вскармливание до 4 месяцев жизни и 8 (17,4%) после 4 месяцев. Аналогичное распределение наблюдалось и внутри групп, причем детей с распространенной формой заболевания среди переведенных на раннее искусственное вскармливание было больше: с младенческой 52,7% и детской 60%.

Проводя анализ лабораторных данных, мы отметили, что состав периферической крови и биохимические показатели у обследованных детей с атопическим дерматитом имели статистически незначимые различия. К примеру, уровень общего белка, мочевины, амилазы, глюкозы и сывороточного железа был ниже, а трансаминаз (АлАТ, АсАТ) – выше у детей II группы. Более низкие цифры эритроцитов и гемоглобина и высокие – тромбоцитов также констатированы в этой группе. Отличались в анализируемых группах и соотношение лимфоцитов и нейтрофилов, хотя это может быть связано с возрастными особенностями.

Из всех лабораторных данных статистически значимые различия выявлены только по уровню общего IgE. В группе пациентов с младенческой ограниченной формой атопического дерматита содержание IgE оказалось наиболее высоким. Причем возраст детей этой группы был наименьшим, поэтому полученные результаты нельзя объяснить возрастными особенностями. Данные представлены в таблице.

Таблица – Показатели гемограммы и общего IgE ($M \pm \sigma$) у детей различных групп

Показатели	I (n=17)	II (n=7)	III (n=10)	IV(n=10)
Эритроциты×10 ¹² /л	4,45±0,52	4,36±0,28	4,58±0,49	4,85±0,44
Гемоглобин г/л	120,70±7,74	119,86±8,42	134,44±11,6	133,57±10,8
Тромбоциты×10 ⁹ /л	389,61±51,2	470,14±82,2	303,00±88,2	319,71±58,4
Лейкоциты×10 ⁹ /л	13,79±0,82	10,48±2,48	7,22±4,67	7,11±17,23
Эозинофилы %	4,56±2,11	5,83±1,58	3,44±4,65	2,86±6,08
Нейтрофилы %	36,21±13,02	25,14±15,00	48,11±17,04	45,57±17,10
Лимфоциты %	52,53±12,29	64,00±16,44	41,56±17,32	46,14±19,60
Моноциты %	6,68±3,45	5,86±3,17	5,89±1,46	5,29±3,8370
СОЭ мм/ч	7,40±3,13	7,00±4,74	6,08±3,95	4,88±0,49
Общий IgE	19,33±7,06	83,42±13,17	74,59±9,16	60,57±12,6

На основании полученных результатов обследования 46 пациентов детского возраста с различными формами атопического дерматита можно сделать следующие выводы:

С диагнозом атопический дерматит чаще госпитализированы городские дети (78,3%).

Большее половины обследованных пациентов на первом году жизни были переведены на искусственное вскармливание.

Абсолютное большинство обследованных детей (91%) имели неосложненное течение заболевания.

Аллергическое воспаление в коже имело IgE – зависимый механизм практически у всех пациентов.

Общий IgE имел максимальное значение у детей с младенческой ограниченной формой атопического дерматита.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жерносек, В.Ф. Аллергические заболевания у детей : рук. для врачей / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова. – Минск: Новое знание. – 2003. – 335 с.
2. Торопова, Н.П. Атопический дерматит у детей / Н.П. Торопова // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2003. – № 6. – С. 103-107.