



## ПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ, РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

<sup>1</sup>Маннанов А.М

Профессор,

<sup>2</sup>Бердикулов Ж.З

Магистр, кафедры кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней, СПИД.

ТашПМИ. г. Ташкент.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7519347>

### ARTICLE INFO

Received: 28<sup>th</sup> December 2022

Accepted: 09<sup>th</sup> January 2023

Online: 10<sup>th</sup> January 2023

### KEY WORDS

Атопический дерматит,  
дети, возраст.

### ABSTRACT

*В нашей работе отражен анализ клинических проявлений атопического дерматита у детей в возрастном аспекте на основе литературных данных.*

Характерной чертой последних десятилетий явился неуклонный рост аллергических заболеваний во всех регионах мира. Среди которых у детей атопический дерматит (АД) занимает одно из ведущих мест по частоте регистрации .

Атопический дерматит остается важной медико-социальной проблемой, значимость которой определяется его широким распространением.

Отмечено ,что 5-20% населения страдает этим заболеванием, в экологически неблагоприятных регионах. До настоящего времени отсутствуют сведения об истинной распространенности АД как у детей, так и взрослого населения, что было обусловлено отсутствием единых критериев диагностики заболевания. Изучение распространенности АД, проведенное по стандартизованной методике «Международное исследование астмы и аллергии у детей (ISAAC)», продемонстрировало неполную выявляемость заболевания практическими врачами, о чем свидетельствуют значительные колебания частоты АД у детей в различных регионах мира.

Многочисленные авторы отмечают, что АД относят к мультифакторным заболеваниям . В формировании АД ведущую роль придают, наряду с генетическими, внешне средовым. Из всего многообразия аллергических заболеваний АД манифестирует первым. В последние годы ситуация еще более усугубилась в связи с тем, что у значительной части детей АД проявляется уже в периоде новорожденности, принимая в последующем тяжелое, хроническое течение . Среди многих причин ранней манифестации заболевания указывают на роль заболеваний матерей, осложненного течения беременности . Исследования последних лет свидетельствуют о росте заболеваемости женщин репродуктивного возраста хламидийной, микоплазменной, герпетической инфекциями . Частота и виды перинатальных инфекций, у матерей детей с АД в течение беременности, до настоящего времени не изучались, хотя они представляют высокий риск для инфицирования плода, являются фактором



внутриутробной сенсбилизации . Изучение частоты перинатальных инфекций у детей с АД также не проводилось и поэтому представляется нам чрезвычайно важным. Исследования иммунного статуса у детей с АД немногочисленные, посвящены преимущественно состоянию гуморального и клеточного звена, свидетельствуют о разнонаправленных изменениях. Последние годы сопровождаются изучением роли цитокинов в патогенезе различных заболеваний, в том числе и аллергических. Вместе с тем, следует отметить, что многие интерлейкины и интерфероны у детей с АД не изучались. В доступной литературе мы не встретили информации об уровне и роли IL-10, IL-12, IFN- $\alpha$ , IFN- $\gamma$  у детей с АД с сопутствующими перинатальными инфекциями, стафилококковой инфекцией.

Клиницистами утверждено , что состояние глюкокортикостероидной функции надпочечников у детей с АД, безусловно, имеет значение. Это связано, в первую очередь, с частым применением, многими пациентами с АД, топических глюкокортикостероидов. Однако сведения о глюкокортикостероидной функции надпочечников противоречивы и указывают как на низкие значения базального уровня кортизола, так и высокие. В условиях иммунной и гормональной дисфункции у детей с АД создаются благоприятные условия для персистенции возбудителей вирусно-бактериальных инфекций .

Тяжелые формы АД, протекающие длительное время без ремиссий, снижают качество жизни детей, являются причиной дальнейшего поиска безопасных и эффективных методов лечения . Причиной безуспешного лечения, нередко, является отсутствие патогенетической терапии, направленной на подавление сопутствующих вирусно-бактериальных инфекций . Терапия сопутствующих перинатальных инфекций, колонизации кожи *S.aureus* у детей с АД должна включать, помимо антибактериальных, противовирусных препаратов, иммунокорректирующие. Вместе с тем, следует отметить, что эти препараты пока еще не нашли широкого применения у детей с АД. Одним из перспективных препаратов, из группы иммуномодуляторов у детей с АД, является лейкинферон, представляющий комплекс цитокинов, выпускающийся в различных формах, в том числе и в виде мази, что удобно у пациентов с этим заболеванием. Ранняя манифестация, хроническое рецидивирующее течение АД у значительной части детей, являются аргументом для дальнейшего совершенствования мер профилактики и восстановительного лечения.

Дальнейший анализ литературы показал, что дебют атопического дерматита, как правило, приходится на ранний детский возраст и у 60-70% детей диагностируется на первом году жизни. Тяжелые формы атопического дерматита резко снижают качество жизни больного и всей его семьи, способствуют формированию психо-соматических нарушений.

По наблюдениям Н.Г. Кочергина, начинаясь на первом году жизни, атопический дерматит примерно в половине случаев заканчивает свое развитие с угасанием всей клинической симптоматики в течение первых 3-х лет жизни . Такое его течение автор называет abortивным. В тех же случаях, когда имеется выраженная наследственная предрасположенность к атопическим и аллергическим реакциям, заболевание может развиваться долгие годы с формированием типичных клинических критериев Raika и



других признаков атопии, что определяют, как классическое течение атопического дерматита. Однако и при таком длительном течении кожная клиническая симптоматика может постепенно угасать и полностью исчезнуть к 40-45 годам жизни. Специалистами отмечено, что общий прогноз течения атопического дерматита основывается на закономерности ослабления и прекращения заболевания к 30 годам. Вместе с тем литературные данные о полном клиническом выздоровлении различны и колеблются от 17 до 30%. У значительной части пациентов заболевание может продолжаться всю жизнь. У половины детей с атопическим дерматитом в последующем развиваются бронхиальная астма, поллиноз, аллергический ринит. Несмотря на то, что врачи часто объясняют родителям, что их ребенок «перерастет» болезнь, клиническая практика показывает совсем иное. Так, по данным исследований, у 18% больных, леченных от атопического дерматита в раннем детском возрасте, к 11-13 годам заболевание полностью разрешилось, у 65% наблюдалось выраженное облегчение кожного процесса, но у 78% и 53% этих детей развивались аллергический ринит и бронхиальная астма, соответственно. А также авторами зарубежной и отечественной литературы отмечен тот факт, что АтД в большинстве случаев дебютирует в раннем возрасте и приобретает хроническое течение, являясь «пусковым механизмом» в развитии «ато-пического марша», с риском формирования бронхиальной астмы, аллергического ринита. Широкое распространение и тяжесть течения АтД обуславливает пристальное внимание исследователей к этой проблеме. Согласно современным представлениям в детском возрасте происходят разнообразные изменения обменных процессов, при этом обмен веществ и энергии подвергается не только количественному, но и качественному преобразованию. Липиды, глюкокортикоиды и микроэлементы имеют особое значение в поддержании гомеостаза растущего организма ребенка, так как обмен веществ и энергии находится под постоянным контролем ЦНС, причем регуляция обменных процессов на молекулярном уровне в клетках и тканях осуществляется посредством гормонов. В патогенезе многих заболеваний, в том числе и при АтД, взаимосвязь иммунной и эндокринной систем играет важную роль. Авторами также установлено, что гипофизарно-надпочечниковая система является одним из основных звеньев в системе формирования гормонального механизма. Защитная реакция организма против инфекционных агентов, обеспечение адаптации к стрессовым факторам окружающей среды обеспечивается глюкокортикоидами, ведущим из которых является кортизол. Необходимость информации о состоянии функции надпочечников у детей с АтД обусловлена также и тем, что многие пациенты длительное время получают наружную, а при тяжелом, непрерывно рецидивирующем течении и системную глюкокортикоидную терапию. Нарушение гормональных механизмов регуляции происходит на различных уровнях у детей с АтД, что приводит к дисфункции коры надпочечников и других эндокринных желез. В основе АтД лежит воспаление кожи, а кортизол подавляет элементы воспалительного процесса, уменьшает проницаемость капилляров, экссудацию и понижает восстановительные процессы.



Липиды - это не только основной источник энергии в тканях организма, они входят в состав мембран клеток и субклеточных структур, а также участвуют в регуляции метаболических процессов. Жиры являются предшественниками стероидных и половых гормонов, участвуют в синтезе белка, клеточных мембран и простагландинов, обеспечивают нормальное течение ряда процессов клеточного метаболизма, стимулируют процессы неспецифического иммунитета.

При дисбалансе элементного гомеостаза происходят изменения в иммунной системе, ответственной за устойчивость организма к неблагоприятным факторам. Возникшие иммунологические нарушения являются причиной многих тяжелых, рецидивирующих, хронических, аллергических и аутоиммунных заболеваний и патологических процессов.

Исследования последних лет свидетельствуют о росте заболеваемости женщин репродуктивного возраста хламидийной, микоплазменной, герпетической инфекциями. Частота и виды перинатальных инфекций, у матерей детей с АД в течение беременности, до настоящего времени не изучались, хотя они представляют высокий риск для инфицирования плода, являются фактором внутриутробной сенсбилизации. Изучение частоты перинатальных инфекций у детей с АД также не проводилось и поэтому представляется нам чрезвычайно важным.

Таким образом, на основании литературного обзора можно прогнозировать, что клинические проявления атопического дерматита разнообразны. Во многом он зависит не только от наличия отягощенной аллергической наследственности, но и от тактики ведения детей, страдающих атопическим дерматитом.

## References:

1. Арифов С.С. Опыт применения препарата элидел (пимекролимуса) 1% крема при лечении некоторых дерматозов / С. С. Арифов, М.Х. Арифова // Клиническая дерматология и венерология. -2008. -№ 1 С. 25-27.
2. Арзумян В.Г. Оценка стафилококковой и нелипотропной микрофлоры кожи у больных с кожной патологией при контактном способе посева / В.Г. Арзумян, Е.В. Зайцева, Т.Н. Кабаева и др.П Вестник дерматологии и венерологии. 2016. - № 6. - С. 3-6.
3. Баязитова JJ.Т. Фенотипические характеристики кокковой микрофлоры кожи при атопическом дерматите / JJ.Т. Баязитова, Ю.А. Тюрин, Е.О. Сукманская II Практическая медицина. 2017. - № 4. - С. 41-43.
4. Бишарова А.С. Атопический дерматит в Забайкальском крае / А.С. Бишарова И Материалы III Всероссийской конференции. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2010. - № 3(22). - С. 41.
5. Боровик Т.Э. Кожа как орган иммунной системы / Т.Э. Боровик, С.Г, Макарова, СИ. Дарчия и др. II Педиатрия. 2019. - Т. 89. -№ 2.- С. 132136.
6. Мазитова Л.П. Современные взгляды на патогенез и подходы к наружной терапии атопической экземы у детей / Л.П. Мазитова II Consilium-medicum. 2018. - № 1. - С. 68-71.
7. Taylor A., Verhagen J., Akdis C.A. et al. Regulatory cells in allergy and health. A question of allergen specificity and balance//Int. Arch. Allergy Immunol., 2014. V.135. -P. 73-82.



8. Thomsen S.F., Ulric C.S., Kyvik K.O. et.al. Findings on the atopic triad from a Danish twin registry//Int. J. Tuberc. Lung. Dis., 2016. V.10(N11). - P. 1268-1272.
9. Olesen A. The risk of cancer among patients previously hospitalized for atopic dermatitis / A. Olesen, G. Engholm, H. Storm et al. II J. Invest. Dermatol. -2015. -№ 125. P. 445-449.
10. Paslin D. A study to determine the effect of tacrolimus on ceramide levels in the stratum corneum of patients with atopic dermatitis / D. Paslin, P. Wertz II Int. J. Dermatol. 2016. -№ 45. - P. 352-356.
11. Simon D. Benefits from the use of a pimecrolimus-based treatment in the management of atopic dermatitis in clinical practice. Analysys of a Swiss cohort / D. Simon, J. Lubbe, B. Wuthrich et al. II Dermatology. 2018. - Vol. 231.-№4.-P. 313-318.
12. Staab D. Treatment of infants with atopic eczema with pimecrolimus cream 1% improves parents' quality of life: a multicenter, randomized trial / D. Staab, R. Kaufmann, M. Brautigam et al. II Pediat Allerg Immunol. 2015. -Vol. 16.-№6.-P. 527- 533.
13. Tascapan M. Role of staphylococcal superantigens in atopic dermatitis: from colonization to inflammation / M. Tascapan, P. Kumar // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2020. -№ 84. - P. 3-10.
14. Thestrup-Pedersen K. Treatment principles of atopic dermatitis I K. Thestrup-Pedersen II Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2020. -№ 16. - P. 19.
15. XJndre N. Tacrolimus pharmacokinetics in paediatric patients with moderate to severe atopic dermatitis after single and repeated application / N. Undre, A. Green, J. Harper et al. 11 Ann. Dermatol. Venereol. 2020. -№ 129. - P. 1424.
16. Williams HC. Epidemiology of atopic dermatitis / H.C. Williams II Clin.Exp.Dermatol. 2014. - Vol. 25. - № 4. - P. 522-529.
17. Williams H. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Chldhood / H. Williams, C. Robertson, A. Stewart et al. II Ibid. 2020. -№ 103. - P. 125-138.
18. Yura A. Trends in the prevalence of atopic dermatitis in school children: a longitudinal study in Osaka Prefecture, Japan, from 1985 to 1997 / A. Yura, T. Shimizu II Dermatol. 2020. - № 145. - P. 966-973.