


**Союз медицинских
работников**
Санкт-Петербурга
и Северо-Западного региона


СООЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ


СООЗ ПЕДИАТРОВ
РОССИИ


КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА


КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ



МАТЕРИАЛЫ

Х РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
**«АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ – ПРОБЛЕМА ХХІ ВЕКА»**

14–15 ДЕКАБРЯ 2018

Сборник материалов X РОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ –
ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА»

Санкт-Петербург, 14–15 декабря 2018 года – СПб., 2018. – 44 с.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОРГАНИЗАТОР:

- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России» (Правопреемник Общества детских врачей Санкт-Петербурга, осн. в 1885 г.)

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

- Правительства Санкт-Петербурга
- Законодательного собрания Санкт-Петербурга
- Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитета по здравоохранению Ленинградской области
- Общественной организации «Союз педиатров России»
- Союза медицинских работников Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона

ПРИ УЧАСТИИ:

- ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ
- ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ:

д.м.н. проф. Булатова Е. М., д.м.н. проф. Кельмансон И. А.

Материалы, опубликованные в данном сборнике, представлены в авторской редакции. Оргкомитет конференции не несет ответственности за содержание тезисов.

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», www.pediatrica-spbg.ru

Типография ООО «ИТЦ «Символ»,
Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, д. 199

ISBN 978-5-9500353-7-1



9 785950 035371

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

X РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ
И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ – ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА»

КОНФЕРЕНЦИЯ ВКЛЮЧЕНА В ПЛАН НАУЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ»

14–15 ДЕКАБРЯ 2018

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Клинические и анамнестические особенности эозинофильного фенотипа atopической бронхиальной астмы у детей <i>Асирян Е. Г., Новиков П. Д., Титова Н. Д.</i>	7
Показатели иммунного статуса у детей при сочетании бронхиальной астмы с аллергическим ринитом <i>Асирян Е. Г., Соболевская Я. В.</i>	8
Генетические маркеры тяжелого течения atopического дерматита <i>Бражникова А. П., Горланов И. А., Гурина О. П., Дементьева Е. А., Чухловин А. Б.</i>	10
Профилактика или терапия? Угревая болезнь как модель превентивной медицины <i>Васильев Ю. В., Васильева И. В., Агафонова А. С., Парсян С. Р.</i>	11
О влиянии дополнительного образования на здоровье школьников <i>Васильев Ю. В., Васильева И. В., Сигунова Д. А., Кузнецова У. Е., Сляпцова Т. Н., Паламарчук М. О., Алампиева Е. В.</i>	13
Обоснование приема витамина Д для профилактики аллергических проявлений у детей <i>Гармаева С. Б., Ильюшина Т. С., Дубчинова С. Б., Имеева М. А.</i>	16
Психосоматические дерматологические расстройства у детей <i>Гречаный С. В., Тихонова А. А.</i>	17
Эффективность средств ухода за кожей при atopическом дерматите у детей <i>Кдырбаева Ф. Р.</i>	18
Эффективность профилактики респираторных заболеваний у спортсменов-подростков <i>Маринич В. В., Мизерницкий Ю. Л.</i>	28
Сопоставление результатов провокационных тестов и лабораторных методов при диагностике аллергии к коровьему молоку у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i>	30
Уровень знаний участковых врачей о критериях диагностики и методах лечения синдрома анафилаксии у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i>	31
К вопросу о механизмах лечебного действия адреномиметиков при аллергических заболеваниях — стимуляция макрофагов <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Хоан Суан Б.</i>	32
К вопросу об эндотипах бронхиальной астмы у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Хоан Суан Б.</i>	33

Некоторые генетические характеристики макрофагов у детей с аллергическими заболеваниями <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Майхуб М., Ханг-Суан Ба.</i>	35
Предикторы эффективной коррекции дефицита витамина D у детей с муковисцидозом <i>Пашкевич А. А., Пашкевич М. А.</i>	36
Аутоиммунный тиреоидит Хасимото в клинической практике <i>Строев Ю. И.</i>	37
Взгляд педиатра на синдром Пляттера у младенцев с острой пневмонией <i>Цуркану Т.</i>	41
Современная организация медицинской помощи детям по профилю «аллергология и иммунология» <i>Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Трикоменас Н. Н.</i>	42

КЛИНИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ФЕНОТИПА АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Асирян Е. Г.¹, Новиков П. Д.¹, Титова Н. Д.²

¹УО «Витебский государственный ордена медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Витебск, Беларусь

С atopической формой бронхиальной астмы связывают эозинофильный фенотип, при котором наблюдается эозинофильная клеточная инфильтрация. В основе патогенеза при этом лежит активация эозинофилов в очаге воспаления и выброс агрессивных медиаторов, которые являются биологическими маркерами воспалительного процесса.

Цель. Изучение клинических и анамнестических показателей у детей с atopической бронхиальной астмой, имеющих эозинофильный фенотип.

Материалы и методы. Обследован 71 ребенок с эозинофильным фенотипом atopической бронхиальной астмы в возрасте от 6 до 18 лет. Изучали данные анамнеза, наследственность, время возникновения симптомов заболевания.

Результаты. При цитологическом исследовании мазков из носа количество эозинофилов более 5%, наблюдалось у всех детей с эозинофилией в общем анализе крови, что подтверждает эозинофильный фенотип заболевания. При изучении семейного анамнеза наследственный характер заболевания установлен у 56 (78,87%) пациентов ($p < 0,001$). 24 (33,80%) ребенка имели близких родственников, страдающих бронхиальной астмой. У 17 (23,94%) детей близкие родственники наблюдались по поводу аллергического ринита. Первые проявления аллергии наблюдались у 45 (63,38%) детей на первом году жизни ($p < 0,05$). 19 (26,76%) детей высыпания на коже отмечают в возрасте до трех месяцев, 12 (16,90%) пациентов — в возрасте до полугода, у 14 (19,72%) детей установлены первые кожные проявления после 6 месяцев. У 50 (70,43%) детей с бронхиальной астмой, имеющих повышенный уровень эозинофилов в общем анализе крови, выявлена сопутствующая патология аллергической природы ($p < 0,01$). Аллергический ринит

установлен у 34 (47,89%) детей. 10 (14,09%) пациентов имели атопический дерматит, у 4 (5,63%) детей в анамнезе установлена лекарственная аллергия, 2 (2,82%) ребенка страдали хронической крапивницей. Первые эпизоды бронхообструкции у детей с бронхиальной астмой с эозинофилией наблюдались в возрасте двух-трех лет, характерно для 38 (53,52%) детей. У 8 (11,27%) пациентов первые эпизоды бронхообструкции установлены на первом году жизни. 17 (23,94%) детей первые случаи бронхообструкции отмечали в возрасте 4-6 лет. В школьном возрасте, после 6 лет, впервые одышка наблюдалась у 8 (11,27%) детей. Диагноз бронхиальной астмы в возрасте до 3-х лет установлен у 45 (63,38%) пациентов, у 26 (36,62%) детей в дошкольном или школьном возрасте.

Заключение. Дети с эозинофильным фенотипом атопической бронхиальной астмы имеют анамнестические и клинические особенности, что следует учитывать при постановке диагноза.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Асирян Е. Г.¹, Соболевская Я. В.²

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»,

г. Витебск, Республика Беларусь

²УЗ «Витебская областная детская клиническая больница»,

г. Витебск, Республика Беларусь

Одной из причин тяжелого течения бронхиальной астмы, неэффективности противовоспалительной терапии является наличие у ребенка сопутствующей патологии. Аллергический ринит выявляется более чем у 80% пациентов с этим заболеванием. С другой стороны, аллергический ринит является тем заболеванием, которое увеличивает риск развития бронхиальной астмы более, чем в 3 раза.

Цель исследования: изучение показателей иммунного статуса у детей с сочетанием атопической бронхиальной астмы и аллергического ринита.

Материалы и методы. Обследовано 96 детей в возрасте от 6 до 18 лет, группа А (34 ребенка) наблюдалась по поводу бронхиальной

астмы, пациенты группы В (32 ребенка) имели сочетание бронхиальной астмы с аллергическим ринитом, контрольная группа С, 30 детей, без аллергических заболеваний. В оценке иммунного статуса определяли уровень CD3+, CD4+, CD4+CD25+ Т-лимфоцитов, CD19+ В-лимфоцитов.

Результаты. При определении относительных уровней CD3+ и CD4+ Т-лимфоцитов, а также абсолютного уровня CD4+CD25+ Т-лимфоцитов статистически значимых различий между группами установлено не было ($p > 0,05$). В группе А абсолютное содержание CD3+ Т-лимфоцитов равно 2,33 кл/мл [1,98; 3,08], в группе В этот показатель составил 2,03 кл/мл [1,69; 2,55], уровень контрольной группы — 1,94 кл/мл [1,66; 2,39], при этом установлены статистически значимые отличия между группами ($p_{A-B} < 0,01$; $p_{A-C} < 0,01$). Абсолютный уровень CD4+ Т-лимфоцитов в группе А равен 1,28 кл/мл [1,01; 1,63], тогда как в группе В — 1,08 кл/мл [0,92; 1,44], уровень этого показателя в контрольной группе — 1,10 кл/мл [0,97; 1,38], достоверные отличия установлены между группой А и В ($p_{A-B} < 0,05$). Относительный уровень CD4+CD25+ Т-лимфоцитов в группе А равен 0,40% [0,20; 0,95], в группе В — 0,70% [0,30; 1,10], в контрольной группе показатель равен 0,55% [0,30; 0,80]. Статистически значимые отличия установлены между группой А и В ($p_{A-B} < 0,05$). Относительное содержание CD19+ В-лимфоцитов в группе А равно 13,80% [12,45; 15,85], в группе В — 14,50% [12,80; 17,50], в группе С — 13,20% [12,20; 14,60], достоверные отличия выявлены между группами В и С ($p_{B-C} < 0,05$). Абсолютное содержание CD19+ В-лимфоцитов в группе А составило 462,67 кл/мкл [362,65; 594,12], в группе В — 412,01 кл/мкл [323,67; 543,70], в группе С — 379,44 кл/мкл [297,65; 500,08] ($p_{A-C} < 0,05$).

Заключение. В иммунологическом статусе детей, имеющих сочетание бронхиальной астмы с аллергическим ринитом, установлены статистически значимые отличия с пациентами, страдающими бронхиальной астмой, а также с детьми контрольной группы.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Бражникова А. П.¹, Горланов И. А.¹, Гурина О. П.¹, Дементьева Е. А.¹, Чухловин А. Б.²

¹ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России

Цель исследования: выявление ассоциации полиморфных вариантов гена IL-4 (rs2243250 и rs79071878) с развитием atopического дерматита (АД) у детей, а также оценка роли наследственных факторов в развитии тяжелых форм заболевания.

Материалы и методы: обследованы 52 ребенка от 6 до 17 лет ($12,46 \pm 0,41$; 25 девочек и 27 мальчиков), страдающие АД, поступившие для лечения в кожное отделение на базе кафедры дерматовенерологии СПбГПМУ. Тяжесть течения заболевания оценивали по шкале SCORAD: среднетяжелое течение (SCORAD < 40, n = 14) и тяжелый вариант течения (SCORAD > 40, n = 38). Группа контроля состояла из 62 девочек от 12 до 17 лет ($15,42 \pm 0,16$), практически здоровых, сопоставимых по возрасту и этнической принадлежности, не имевших отягощенной наследственности по исследуемому заболеванию. В ходе лабораторной части определяли: полиморфные варианты гена IL-4 с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР); концентрацию IL-4 (пг/мл) в плазме крови методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты: изучение распределения частот аллелей показало статистически достоверные различия за счет преобладания у пациентов с АД аллеля rs2243250 * T в сравнении с контролем (51,97% и 29,04% p = 0,013; OR = 2,97; 95%CI = 1,349–6,541), а также аллеля rs79071878 * RP2 в сравнении с контролем (46,15% и 27,41% p = 0,038; OR = 2,269; 95%CI = 1,04–4,95). Маркерную роль в развитии тяжелой формы АД продемонстрировали гомозиготный генотип rs2243250 * T/T (p < 0,001; OR = 4,831; 95% CI = 1,332–17,522) и аллель rs79071878 * RP2 (63,16% у больных с тяжелой формой течения АД против 27,41% у здоровых детей; p = 0,001; OR = 5,294; 95% CI = 2,262–12,390). При сопоставлении данных молекулярно-генетического исследования и иммуноферментного анализа во всех группах наличие аллеля rs2243250 * T и аллеля

rs79071878 * RP2 приводило к увеличению концентрации IL-4 в плазме, а максимальные концентрации наблюдались у детей с гомозиготными генотипами rs2243250 * T/T и rs79071878 RP2/RP2.

Выводы: выявлен функциональный полиморфизм промоторного региона гена IL-4 (локус rs2243250) в позиции –590 C→T и показана ассоциация увеличения продукции белка с *T-аллельным вариантом гена, а также развитием тяжелой формы АД. Прогностически значимым является полиморфизм локуса rs79071878 в 3 интроне, вариативный по 70 п.о., для которого показана ассоциация аллеля *RP2 (253 п. о.) с повышением концентрации цитокина и тяжелой формой течения заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ИЛИ ТЕРАПИЯ? УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ КАК МОДЕЛЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Васильев Ю. В., Васильева И. В., Агафонова А. С., Парсян С. Р.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

С древних времен постулатом медицины является принцип профилактики: «Болезнь легче предупредить, чем лечить». На примере течения угревой болезни нам представлялось важным изучить, насколько пациенты готовы реализовать принципы здорового образа жизни и профилактики обострений течения заболевания, или же они нацелены в большей мере на проведение терапии. Как известно, акне является заболеванием, на течение которого оказывают влияние факторы различной природы. Одни из них подлежат коррекции средствами профилактики. Это, так называемые, управляемые факторы. К ним относится питание, режим дня, двигательная активность, психо-эмоциональный статус, личная гигиена и т. д. Другие факторы не доступны профилактическому воздействию (неуправляемые факторы): наследственность, сопутствующие хронические заболевания, в том числе синдром дисбиоза, эндокринный статус и т. д. В отношении неуправляемых факторов профилактическое медицинское вмешательство практически невозможно.

Цель исследования. Изучить факторы возникновения и обострения течения угревой болезни и возможности профилактического воздействия на них.

Материалы и методы. Методом анкетирования было обследовано 474 студента и абитуриента СПбГПМУ в возрасте от 17 до 19 лет. Конфиденциальное анкетирование проводили с использованием социальной сети «ВКонтакте». Анкета включала общую информацию о пациенте, болезнях родственников, клинические сведения о дебюте заболевания, обстоятельствах его течения и обострений, о наличии хронических заболеваний, а также сведения о характере питания, режима дня, двигательной активности.

Результаты. Угревая болезнь встречалась в 5 раз чаще у лиц женского пола, по сравнению с лицами мужского пола. Первые высыпания у 74,5% опрошенных появлялись в 12–15 лет. Семейный анамнез у 43% был отягощен угревой болезнью. Хронические заболевания пищеварительного тракта были диагностированы у 28,6% пациентов. Обострение акне связывали с фазами менструального цикла 61,4% опрошенных девушек, причем у 32,9% увеличение интенсивности высыпаний наблюдалось в начале и у 25,5% в конце менструаций. Акне страдали в основном люди с комбинированным (51,6%) и жирным (21,8%) типом кожи. Важно отметить высокую степень готовности обследуемых (69,8%) постоянно использовать методы топической и системной терапии акне.

Среди контролируемых факторов наиболее значимыми оказались нарушения питания. Так 22,8% опрошенных принимали пищу 1–2 раза в день, 31,9% респондентов чаще 3 раз в сутки, 45% обследованных 2–3 раза в день. Свое питание не вполне правильным считали 60,8% пациентов. Свыше одной трети респондентов имели значимые нарушения состава рациона питания: предпочтение кондитерским изделиям и жирной пищи отдавали 67,7% и 32,9% пациентов, соответственно, что вызывало у 27,4% обострение течения угревой болезни, однако они продолжали употреблять в пищу непереносимые продукты. Режим сна отвечал рекомендуемой продолжительности лишь у 64,1%. Жалобы на переутомление и сильные эмоциональные переживания предъявляли 70,1% опрошенных. Половина респондентов не занималась физкультурой и спортом. При этом 73,8% респондентов заявляли, что готовы изменить характер питания, 84,1% были готовы соблюдать принципы здорового образа жизни, 52,4% планировали заняться

фитнесом и спортом. Между тем, реализации этих планов постоянно мешали какие-либо непредвиденные объективные обстоятельства.

Заключение. Было установлено, что больший вклад в развитие и обострение течения акне, наряду с наследственностью, вносят, так называемые, управляемые факторы заболевания: питание, режим дня, двигательная активность, психо-эмоциональный статус, личная гигиена, то есть образ жизни. Но, к сожалению, реализация принципов здорового образа жизни представлялась весьма затруднительным делом. Пациенту и врачу гораздо легче лечить угревую болезнь, применяя местные и системные фармакологические средства. Для эффективной профилактики требуется серьезная мотивация, воля, изменение привычек, поведения, в том числе пищевого. Предупреждать обострения, регулируя контролируемые факторы не легче, а труднее, но, вместе с тем, гораздо эффективнее и безопаснее. Врач должен доносить до пациента мысль о необходимости соблюдения основных принципов здорового образа жизни, таких как режим дня, полноценный сон, управление эмоциями, оптимальная двигательная активность, рациональное питание, контроль веса, отказ от вредных привычек, соблюдение личной гигиены и закаливание. Принципы здорового образа жизни играют важнейшую роль в гармоничном развитии личности и профилактике заболеваний. Медикаментозное лечение, на наш взгляд, требуется только при тяжелых формах акне. Легкие и среднетяжелые формы угревой болезни вполне достаточно корректировать тщательным соблюдением принципов здорового образа жизни.

О ВЛИЯНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

*Васильев Ю. В., Васильева И. В., Сигунова Д. А., Кузнецова У. Е.,
Сляпцова Т. Н., Паламарчук М. О., Алампиева Е. В.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет*

Качественное образование создает предпосылки успешности человека в конкурентном, высокотехнологичном постиндустриальном обществе, позволяет ему планировать свой профессиональный путь. Особая роль в подготовке детей принадлежит организациям дополнительного образования (ОДО), которые внедряются в систему

отечественного образования весьма активно, последовательно и повсеместно. Согласно аналитическим отчетам в 2016/2017 учебном году в Санкт-Петербурге насчитывалось 59 самостоятельных организаций дополнительного образования и 431 организация на базе общеобразовательных учреждений. Программы обучения в подобных образовательных организациях учитывают, прежде всего, интересы обучающихся и родителей в достижении профессионального успеха, но в существенно меньшей степени ориентированы на поддержание здоровья и развитие адаптационных возможностей организма ребенка.

Цель исследования. Оценить факторы риска для здоровья обучающихся в школе с программой дополнительного образования.

Материалы и методы. Были обследованы 2 группы школьников в возрасте 11–17 лет в количестве 188 человек. Первая группа — обучающиеся, посещающие ОДО (99 школьников в возрасте 11–17 лет), вторая группа контрольная (89 школьников в возрасте 11–17 лет) — учащиеся средней общеобразовательной школы. Дети обучались на разных этажах в одном здании. Различия касались только программ образования. Исследовали параметры микроклимата, фактическое питание, организацию рабочих мест обучающихся, учебный процесс, режим дня. Проводили анкетирование учащихся по разработанным нами анкетам для оценки работоспособности, переутомления и мотивации к обучению. По данным индивидуальных медицинских карт учащихся (форма №026/у) анализировали состояния здоровья детей. Для выявления носителей β -гемолитического стрептококка группы А детей основной и контрольной группы обследовали с помощью экспресс-теста «Стрептатест» (Дектра Фарм, Франция). Данная методика позволяет идентифицировать маркер хронического инфекционного процесса, выступает в качестве средства контроля за распространением возбудителя инфекции в детском коллективе, а также служит критерием оценки резистентности организма ребенка.

Результаты. Дети, посещающие ОДО и контрольной группы, находились в одинаковых условиях обитаемости в школе. Параметры микроклимата, организация рабочих мест, а также фактическое питание соответствовали рекомендуемым нормативам. Существенные отличия наблюдались в организации учебного процесса. В группе ОДО было установлено значительное превышение величины академической нагрузки в неделю на 23–27%, нерациональное чередование предметов, в том числе регулярное сдаивание. Отличительной особенностью обучения в ОДО было присутствие в расписании 5–11 классов

4–5 дополнительных предметов. В контрольной общеобразовательной школе организация учебного процесса соответствовала гигиеническим нормативам.

Признаки переутомления наблюдались в ОДО у 49,7% учащихся, в общеобразовательной школе — у 34,4%. Режим дня обучающихся в ОДО не отвечал гигиеническим требованиям, в том числе время сна сокращалось на 2–5 часов.

Частота случаев острых инфекционных заболеваний среди детей, посещающих ОДО, была выше на 14% по сравнению с контрольной группой. Распределение детей по группам здоровья в ОДО было следующим: I группа здоровья — 5,3%, II — 70,2%, III — 22,8%, IV — 0,87%, V — 0,83%. В контрольной группе: I группа здоровья — 4,3%, II — 81,03%, III — 12,08%, IV — 2,59%. Эти данные указывали на увеличение в группе детей, посещающих ОДО, числа хронически больных. Носительство β -гемолитического стрептококка группы А было выявлено у 2 школьников, обучающихся в ОДО. Результаты экспресс-диагностики были подтверждены данными бактериологического и серологического исследования.

Заключение. Дополнительное школьное образование включает многочисленные риски для здоровья, главным из которых является катастрофическое превышение учебной нагрузки. Такая сверхнормативная нагрузка, безусловно, оказывает негативное влияние на здоровье подрастающего поколения и способствует росту числа острых и хронических заболеваний. На наш взгляд для оценки подобных факторов риска здоровья детей в условиях современного конкурентного общества весьма целесообразно ввести медико-социальный критерий «ВРЕМЯ УСПЕХА», как интегративный показатель состояния организма при достижении поставленной жизненной цели. Неотъемлемым требованием обучения детей в организациях дополнительного образования является активный медицинский контроль, а также медицинское сопровождение процесса обучения, по аналогии с медицинским обеспечением работников, занятых на вредных производствах. Весьма целесообразной для обучающихся в ОДО профилактической мерой, может стать разработка и внедрение рационов специализированного питания с включением БАД к пище, повышающих резистентность организма к сверхнормативным учебным нагрузкам. Существенную помощь в поддержании адекватной реактивности детского организма может оказать внедрение таких методов профилактики переутомления, как аутогенные тренировки, а также курсы галотерапии, ароматерапии

в течение учебного дня, занятия йогой и другими формами активации неспецифической резистентности организма.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИЕМА ВИТАМИНА Д ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ

*Гармаева С. Б., Ильюшина Т. С., Дубчинова С. Б., Имеева М. А.
ФГБОУ ВО ИГМУ, кафедра детских болезней и детских инфекций
МАУЗ детская городская поликлиника №1, г. Иркутск*

Цель работы: Определить влияние витамина Д на проявление кожных аллергических реакций.

Материалы и методы: Исследование было проведено на базе городской детской поликлиники №1. г. Иркутска. Было проведено анкетирование 60 мам детей в возрасте от 0 до 3 лет. После обработки данных было выделено 2 группы: Группа А, куда вошли 36 детей, не имевшие кожных аллергических реакций, из них мальчиков — 19, девочек — 17, средний возраст (М) = 24 мес. Группа Б — 24 ребенка, с различными кожными проявлениями, из них мальчиков — 10, девочек — 14, средний возраст (М) = 18 мес. Обе группы сравнивались по одинаковым параметрам, были выделены наиболее значимые факторы: токсикоз в I триместре, генетическая предрасположенность, вскармливание, постнатальная профилактика рахита. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office XP и пакетов статистического анализа Statistica 6.0. Рассчитывали средние значения (М) и коэффициент достоверности (Р).

Результаты исследования: В ходе исследования выяснено, что значимые различия получены по следующим критериям: генетическая предрасположенность к аллергическим реакциям, $p < 0,05$, искусственное вскармливание, $p < 0,05$. При анализе других факторов (токсикоз 1 половины беременности и прием витамина Д) значимые различия в группах не получены.

Заключение: По полученным результатам значимыми факторами, влияющими на развитие аллергического диатеза, являются: генетическая предрасположенность — дети, родители которых имеют

отягощенный аллергоанамнез (в анамнезе аллергические заболевания, кожные проявления). Вторым значимым фактор: перевод детей на искусственное вскармливание раньше 1 года. Влияние приема витамина Д в постнатальном периоде на проявления аллергических реакций у детей не было установлено. Необходимо проведение углубленного многофакторального анализа влияния витамина Д на развитие аллергии у детей с определением его метаболитов.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

*Гречаный С. В., Тихонова А. А.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

Актуальность исследования связана с высокой распространенностью психических расстройств у пациентов с кожными заболеваниями, которая по некоторым данным достигает 20–40%. Показано, что психогенные факторы служат причиной возникновения таких кожных болезней, как атопический дерматит, экзема, крапивница, псориаз, алоpecia, розацеа и др. Целью исследования было изучение некоторых психосоматических аспектов при кожных заболеваниях у подростков: психических расстройств депрессивного и обсессивно-компульсивного спектра, семейного фактора, оценки образа тела. Обследовано 20 подростков (средний возраст $14,95 \pm 0,420$ лет), 11 мальчиков, 9 девочек — пациентов кожной клиники СПбГПМУ с диагнозами псориаз (6 чел.), атопический дерматит (4 чел.), склеродермия (2 чел.), алоpecia (3 чел.), акне (5 чел.).

Методами исследования явились: 1) шкалы депрессии Бека (версия для подростков); 2) шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна; 3) методика изучения адаптивности и сплоченности семьи (FACES-3); 4) методики «Опросник образа собственного тела» (ООСТ) и «Шкалы удовлетворенности собственным телом» (ШУСТ).

Результаты: согласно данным по шкале Бэка у пациентов было установлено удовлетворительное эмоциональное состояние (медиана — 6,50). Данные шкалы Йеля-Брауна свидетельствуют о субклиническом

уровне обсессивно-компульсивных переживаний (медиана — 3,50). Данные шкалы семейной сплоченности (медиана — 31,5) соответствуют разделенному типу семейных отношений, что укладывается в представление об условно нормативном семейном функционировании. Численные значения семейной адаптации соответствовали хаотичному уровню (медиана — 34,0), относящемуся к дезадаптивным формам семейного функционирования. Среднее медианное значение (сырые баллы) шкалы ООСТ равна 12,0, или 6-му ступеньку, что говорит лишь о тенденции к негативной оценке собственного тела. Однако указанные численные значения не являются критическими и диагностически значимыми. Высокие медианные значения, свидетельствующие о высокой степени неудовлетворенности собственным телом (сырые баллы выше 13,0), отмечены при алопеции (17,0) и склеродермии (22,0). Таким образом, у обследованных подростков с кожной патологией в целом не имеется существенных тенденция к дисморфофобической/дисморфоманической оценке своей внешности. Среднее значение ШУСТ (80,5%) соответствует высокому показателю, свидетельствующему о достаточной степени удовлетворенности собственным телом. Низкие оценочные баллы соответствовал сегменту «кожа», что вполне очевидно, учитывая профиль патологии обследованных пациентов. Результаты корреляционного анализа (метод Спирмена) свидетельствуют о патогенном влиянии уровня семейного сплочения с типичными для него «тесными», запутанными отношениями, высоком уровне участия отдельных членов семьи в жизни других членов на формирование психосоматических дерматологических расстройств у подростков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ УХОДА ЗА КОЖЕЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Кдырбаева Ф. Р.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей,
г. Ташкент, Узбекистан*

Атопический дерматит (АтД), являясь самым распространенным заболеванием среди хронических дерматозов, представляет одну из наиболее актуальных проблем педиатрии. Несмотря на выдающиеся достижения современной науки, поскольку занимает лидирующее положение в структуре детской аллергопатологии и составляет до 70%

всех обращений к педиатрам по поводу аллергических заболеваний [1, 2]. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости АтД, что, наряду с хроническим течением и значительным нарушением качества жизни маленьких пациентов и членов их семей, продолжает поддерживать неизменный интерес ученых и практикующих врачей к решению проблемы [3]. Педиатры ведут примерно 30% пациентов с АтД, поэтому они нуждаются в информации об особенностях таких детей и, в первую очередь, о современных средствах базового ухода за кожей своих маленьких пациентов.

Точные механизмы патогенеза АтД до настоящего времени остаются невыясненными. Принято считать, что возникновение АтД связано с генетически обусловленным нарушением защитного барьера кожи, нарушением работы иммунной системы, инфекцией и условиями окружающей среды. По данным многих исследований ведущим механизмом в патогенезе развития АтД является дисфункция эпидермального барьера [4].

Процесс формирования эпидермального барьера начинается на границе между зернистым слоем и роговым слоем: из кератиносом (ламеллярных телец) секретируются липидные предшественники вместе с ферментами. Липидный матрикс имеет решающее значение в выполнении роговым слоем своей защитной функции. Основное назначение этого матрикса — предотвратить чрезмерное испарение воды через эпидермис и развитие ксероза. С одной стороны, он обеспечивает целостность и эластичность кожи, а с другой — препятствует проникновению водорастворимых веществ в глубокие слои эпидермиса. В состав липидного матрикса входят 3 вида соединений: церамиды (сфинголипиды), холестерин и жирные кислоты в приблизительно равных молярных количествах. Церамиды представляют собой полярные липиды, именно благодаря этому они способны образовывать упорядоченные, плотно упакованные слои — ламеллы. Установлено, что в липидном матриксе присутствуют как трехмерные структурированные участки (называемые кристаллической фазой), так и неструктурированные (жидкокристаллическая фаза), причем для выполнения барьерной функции кожи одинаково важны состав этих ламеллярных слоев и их взаимное расположение. Этот матрикс устойчив к факторам обезвоживания, к изменению температуры и давлению благодаря гетерогенному составу полярных липидов и высокой концентрации холестерина, стабилизирующего жидкокристаллическую фазу. По мере упорядочения структуры рогового слоя от нижней границы

к поверхности кожи уменьшается и содержание воды, в верхних слоях рогового слоя ее остается всего лишь 10%.

Роговой слой — это единственная структура в организме, где межклеточное пространство заполнено в основном липидами, а не водой! Химические соединения, входящие в состав межклеточного матрикса и обеспечивающие его гидратацию, образуются путем сложных биохимических процессов из особого белка — филаггрина, который, в свою очередь, формируется из профилаггрина в зернистом слое эпидермиса.

Следует отметить, что функции этого белка неодинаковы в нижних и верхних уровнях рогового слоя. Ближе к границе с зернистым слоем он способствует механической прочности барьера путем вовлечения в формирование корнеоцитов. А в верхних участках рогового слоя филаггрин распадается на свободные аминокислоты, мочевины, пироглутамат натрия, которые известны под названием Натуральный Увлажняющий Фактор (Natural Moisturizing Factor, NMF). Эти соединения находятся в непосредственной близости от корнеоцитов и играют важнейшую роль в обеспечении нормального уровня гидратации кожи. Также они формируют кислую среду, необходимую для баланса между скоростью созревания кератиноцитов и скоростью десквамации корнеоцитов, а также для уменьшения вероятности колонизации поверхности кожи патогенными микроорганизмами [6]. Изменение барьерных функций кожи при АтД связано с увеличением проницаемости эпидермального барьера и характеризуется изменением структуры и состава липидного матрикса рогового слоя, а также снижением концентрации компонентов NMF. Степень нарушения целостности барьера определяют повышение трансэпидермальной потери воды (transepidermal water loss, TEWL) и заметное снижение уровня гидратации кожи.

Проведенные за последние десятилетия исследования роли эпидермального барьера в патогенезе АтД заставили обратиться к разработке методов его восстановления и поддержания нормального уровня. Термин «коррекция эпидермального барьера» приобрел большую значимость среди врачей и пациентов. Под ним подразумевают, во-первых, уменьшение сухости кожи — основного признака нарушения барьера, и, во-вторых, воздействие на более глубокие слои эпидермиса с целью нормализации состояния липидного матрикса [7]. Более того, в комплекс ухода включаются очищение кожи и мероприятия по предупреждению запуска цикла «зуд — расчесывание». В методических рекомендациях по ведению пациентов с АтД базовый уход

(базовая терапия) с применением увлажняющих и смягчающих средств давно занимает ведущее место [8]. Интересно, что в настоящее время не существует официального консенсуса в отношении определения увлажняющих и смягчающих средств ухода за кожей, так же как нет доказательств преимуществ использования конкретных их классов при определенных фенотипах АтД. Термин «увлажнители» (“moisturizers”) впервые был предложен в конце прошлого века американскими маркетологами, хотя желание нанести на сухую кожу смягчающие маслянистые вещества можно считать столь же старым, как само человечество. В зависимости от механизма действия все увлажняющие и смягчающие косметические средства можно разделить на 4 основных класса [9]: эмоленты, хумектанты, окклюзивные вещества и восстановители белка. При этом у пациентов с АтД используются преимущественно продукты первых 3 классов.

При обсуждении вопросов, связанных с базовой терапией АтД, все средства ухода за кожей часто объединяют термином «эмоленты». Это, действительно, один из самых необходимых для пациентов с АтД классов косметических средств, включающий компоненты (чаще всего липиды и масла), подобные натуральным липидам рогового слоя и себума, способные придавать коже мягкость и эластичность. Холестерин, церамиды или псевдоцерамиды, длинноцепочечные насыщенные жирные кислоты (линолевая, линоленовая, олеиновая и др.) восстанавливают эпидермальный барьер, встраиваясь в естественную архитектуру липидного матрикса кожи. Так, было показано, что использование крема на основе псевдоцерамидов у пациентов с АтД хотя и не влияло на тяжесть течения заболевания, однако значительно улучшало влажность кожи, а также снижало потребность пациентов в применении топических кортикостероидов [10]. Сквален, являясь одним из важных липидов, продуцируемых клетками кожи человека, и компонентом кожного сала, также широко используется в составе эмолентов, обладая дополнительной способностью защищать поверхность кожи от перекисного окисления липидов в результате воздействия ультрафиолетового и других источников ионизирующего излучения.

Хумектанты (собственно увлажняющие средства) — гигроскопические соединения, способные привлекать молекулы воды в эпидермис как из дермы, так и из окружающей среды при соответствующих условиях. Многие хумектанты обладают одновременно и качествами эмолентов. Так, натуральный увлажняющий фактор, состоящий из смеси низкомолекулярных гигроскопических соединений (молочная

кислота, пирролидон карбоновой кислоты, аминокислоты), является «важнейшим игроком на арене поддержания высокой влажности кожи». Наиболее часто используемыми ингредиентами из этой группы являются глицерин, мочевины, пропиленгликоль. Однако в связи с возможностью раздражающего действия средства, содержащие мочевины и пропиленгликоль, не рекомендуются для применения у детей раннего возраста. В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании был показан положительный эффект увлажняющего средства на основе глицерина на состояние кожи у пациентов с АД, сопровождавшийся значительным повышением влажности рогового слоя.

Окклюзивные компоненты, среди которых наиболее часто используются вазелин, ланолин, минеральное масло и силиконы, представляют собой вещества, физически блокирующие трансэпидермальную потерю влаги за счет создания на поверхности кожи гидрофобного барьера. Показано, что вазелин обладает наиболее мощным влагосберегающим эффектом, в минимальной концентрации 5% снижая показатель TEWL более чем на 98%. Тем не менее применение средств этой группы может быть несколько ограничено в связи с наличием запаха, ощущения жирности кожи после их использования и потенциальной аллергенности.

Современные средства ухода за кожей пациентов с АД содержат, как правило, комплекс ингредиентов, обладающих различными механизмами действия, что значительно повышает их эффективность. Кроме того, в последние годы появляется все больше продуктов для ухода, содержащих в своем составе дополнительные компоненты, к которым относятся различные растительные субстанции (алоэ, аллантоин, бисабол, экстракты овса, ячменя, масла ши и др.), витамины (Д-пантенол, ниацинамид, альфа-токоферол и пр.), соли магния и цинка, а также лизаты бактерий и пребиотики [7]. Помимо дополнительного смягчающего, увлажняющего и антиоксидантного действия такие ингредиенты способны оказывать противовоспалительный, противозудный и антимикробный эффект. Так, в клинических исследованиях подтверждены более высокая эффективность у пациентов с АД средств ухода за кожей, содержащих масла ши, по сравнению с обычным эмолентом на основе церамидов, а также значительное улучшение кожной гидратации при использовании увлажняющих средств с аргановым маслом.

Одним из таких примеров является новая разработка российской компании «Аванта» (Краснодар) — линия специализированных

косметических средств atopic® для детей с АД, которые в качестве основного ингредиента содержат патентованную формулу на основе масла ши, арганового масла и воска ячменного зерна (торговая марка Stimu-Tex® AS, Pentapharm, Швейцария). Открытое несравнительное наблюдение пациентов с АД, получавших в качестве средств ухода за кожей atopic®, подтвердило клиническую эффективность продуктов серии [12]. Показано, что они достоверно улучшают состояние кожи у детей с АД, не оказывают раздражающего и сенсибилизирующего действия. При регулярном использовании Крем для ежедневного ухода atopic® улучшает показатель увлажненности кожи и снижает значение показателя трансэпидермальной потери влаги. Среди данной группы средств можно отметить крем-эмульсию Stelatoria, эффективность которой доказана в ходе клинических исследований.

Рекомендации по использованию водных процедур Американской академии дерматологии:

- Для пациентов с АД ванны — часть терапии и ухода.
- После принятия ванны пациентам рекомендуется наносить на кожу увлажнители.

Теплые ванны длительностью до 20 мин (с маслом Липобейз беби), с последующим нанесением окклюзионных смягчающих средств (Липобейз беби крем и эмульсия) для удержания влаги в коже дают хороший симптоматический эффект [13].

Результаты других исследований продемонстрировали, что пребиотик Биолин в составе эмолентов способствует повышению влажности кожи, увеличивает продукцию кожного сала и снижает TEWL, а эмолент на основе термальной воды с входящим в состав крема экстрактом *Aquaphilus dolomiae* обладает положительным действием на состав кожной микрофлоры. Наконец, доказано, что некоторые дополнительные компоненты увлажняющих средств (флавоноиды, агонисты PPARs) способны подавлять продукцию провоспалительных цитокинов и оказывать значительный клинический эффект в отношении признаков воспаления и сухости кожи и интенсивности зуда.

Обсуждая роль современных средств ухода за кожей в программах лечения пациентов с АД, можно выделить их основные эффекты, к которым относятся:

- Увлажняющее и смягчающее действие — гидратация, обеспечивающая повышение содержания влаги в роговом слое, и восстановление липидного матрикса кожи [7].
- Противовоспалительное действие: некоторые ингредиенты современных увлажняющих средств подавляют выработку провоспалительных цитокинов путем блокирования активности циклооксигеназы, оказывая таким образом успокаивающее действие на воспаленную кожу.
- Противозудное действие: многие из эмоленов способны подавлять зуд за счет торможения продукции цитокинов. Кроме того, использование увлажняющих средств на водной основе сопровождается испарением воды с поверхности кожи, что приводит к развитию охлаждающего эффекта.
- Антимикробное действие: подавляют активность микроорганизмов на поверхности кожи, что имеет большое значение в поддержании контроля за бактериальной и грибковой контаминацией у пациентов с АтД.
- Репаративное действие: гиалуроновая кислота и некоторые другие компоненты могут оказывать положительный эффект на процесс заживления ран, расчесов и трещин кожи.

В совокупности все перечисленные эффекты приводят к улучшению клинического течения АтД: уменьшению частоты обострений и их выраженности, снижению потребности в ТКС [10], положительно влияют на микробиоту кожи больных, что способствует снижению риска вторичного инфицирования, а также улучшают качество жизни пациентов и их семей.

Немаловажную роль в выборе средств за уходом за кожей играет форма выпуска. При этом необходимо принимать во внимание, что жидкие формы (лосьоны и эмульсии) и гели рекомендуются для использования в острый период заболевания, при процессах, сопровождающихся мокнутием, а также в кожных складках и волосистых частях тела. Легкие кремы с высоким содержанием воды применяются преимущественно у детей раннего возраста, а также у пациентов с сухой кожей в области лица, особенно в летний период. Наконец, мази (особенно жирная мазь, не содержащая в своем составе воды) обладают наиболее выраженным окклюзионным эффектом, что обеспечивает их высокую эффективность у пациентов с более тяжелым течением заболевания, выраженным ксерозом, преимущественно в холодное время

года, но делает неприемлемым их нанесение на участки мокнутия и кожные складки [14].

Раннее начало применения эмоленов в виде кремов или масляных ванн у здоровых малышей приводит к значительному улучшению состояния их кожи, повышению ее увлажненности и с большой долей вероятности уменьшает частоту развития у них АтД.

Так, в международном рандомизированном контролируемом исследовании, проведенном в США и Великобритании, определялась кумулятивная частота АтД в 6 мес. у 124 детей из группы высокого риска по развитию аллергических заболеваний, часть которых получала уход за кожей с применением эмоленов с первого месяца жизни [15]. Было показано, что ежедневное использование специальных увлажняющих средств у детей раннего возраста снижает частоту развития АтД на 50% по сравнению с детьми, не получавшими специального ухода за кожей (ОР 0,50; 95% ДИ, 0,28–0,9; $p = 0,017$).

Другое аналогичное исследование было проведено в Японии и также изучало эффективность ежедневного использования специальных средств ухода за кожей в виде эмульсии с точки зрения профилактики АтД [16]. 116 новорожденных из группы высокого риска по развитию аллергии наблюдались до 32 нед. Помимо общего клинического обследования у детей проводились изучение состояния эпидермального барьера (TEWL, влажность рогового слоя и pH кожи), а также исследование аллергической сенсibilизации. В результате наблюдения оказалось, что у детей, получавших эмоленов, риск развития АтД снижался на 32% по сравнению с контрольной группой ($p = 0,012$). Кроме того, была показана более высокая частота реализации АтД и сенсibilизации к овомукоиду у детей с исходно повышенными показателями TEWL ($p < 0,05$). Интересно, что достоверное снижение частоты развития АтД на фоне использования эмоленов подтвердилось только у детей с исходно высокой трансэпидермальной потерей влаги, что дает возможность рассматривать этот показатель в качестве не только предиктора реализации АтД, но и возможного предиктора эффективности профилактического применения увлажняющих средств.

Таким образом, имеющиеся на сегодняшний день данные дают серьезные основания полагать, что применение специальных средств ухода за кожей здоровых малышей с самого раннего возраста является эффективным и безопасным способом решения проблемы первичной профилактики АтД, что уже находит свое отражение и в рекомендациях

профессиональных сообществ [17]. Представленный обзор является попыткой осветить современное состояние проблемы АТД, роли дисфункции эпидермального барьера в его развитии и поддержании хронического воспаления в коже, а также определить место современных средств ухода за кожей в программах лечения и профилактики этого заболевания.

Список литературы.

1. Drucker A. M., Wang A. R., Li W. Q. et al. The Burden of Atopic Dermatitis: Summary of a Report for the National Eczema Association // *J Invest Dermatol*. 2017. Vol. 137(1). P. 26–30.
2. Аллергия у детей: от теории — к практике [монография] / под ред. Л. С. Намазовой-Барановой. М.: Союз педиатров России. 2010–2011. 668 с. [Allergija u detej: ot teorii — k praktike [monografija] / pod red. L. S. Namazovoj-Baranovoj. M.: Sojuz pediatrov Rossii. 2010–2011. 668 s. (in Russian)].
3. Шамов Б. А., Маланичева Т. Г., Денисова С. Н. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей: монография / под ред. А. Г. Шамовой. Казань: Медицина. 2010. 328 с. [Shamov B. A., Malanicheva T. G., Denisova S. N. Sovremennye osobennosti atopicheskogo dermatita i bronhial'noj astmy u detej: monografija / pod red. A. G. Shamovoj. Kazan': Medicina. 2010. 328 s. (in Russian)].
4. Cork M. J. et al. Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis // *J of Investigative Dermatology*. 2009. Vol. 129(8). P. 1892–1908.
5. Elias P. M., Schmuth M. Abnormal skin barrier in the etiopathogenesis of atopic dermatitis // *Current Allergy and Asthma Reports*. 2009. Vol. 9 (4). P. 265–272.
6. Levin J., Friedlander S. F., Del Rosso J. Q. Atopic Dermatitis and the Stratum Corneum Part 1: The Role of Filaggrin in the Stratum Corneum Barrier and Atopic Skin // *J of Clinical & Aesthetic Dermatology*. 2013. Vol. 6 (10). P. 16–22.
7. Lodén M. Treatments improving skin barrier function // *Skin Barrier Function*. Basel. Karger Publishers. 2016. Vol. 49. P. 112–122. doi: 10.1159/000441586.
8. Eichenfield L. F. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis

with topical therapies // *J of the American Academy of Dermatology*. 2014. Vol. 71 (1). P. 116–132.

9. Sethi A., Kaur T., Malhotra S. K. Moisturizers: The Slippery Road // *Indian J Dermatol*. 2016. Vol. 61 (3). P. 279–287.
10. Hon K. L., Wang S. S., Lau Z. et al. Pseudoceramides for childhood eczema: does it work? // *Hong Kong Med J*. 2011. Vol. 17 (2). P. 132–136.
11. Sathishkumar D., Moss C. Topical Therapy in Atopic Dermatitis in Children // *Indian J Dermatol*. 2016. Vol. 61(6). P. 656–661.
12. Тлиш М. М., Глузмин Н. И., Карташевская М. И., Псавок Ф. А. Атопический дерматит у детей: перспективы применения инновационных средств в наружной терапии // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2016. №2. С. 96–102.
13. Родионов А. Н., Заславский Д. В., Сыдилов А. А. Атопический дерматит. 2018 г. стр 24–25.
14. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология, 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с..
15. Simpson E. L., Chalmers J. R., Hanifin J. M. et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention // *J Allergy Clin Immunol*. 2014. Vol. 134 (4). P. 818–823
16. Horimukai K., Morita K., Narita M. et al. Application of moisturizer to neonates prevents development of atopic dermatitis // *J Allergy Clin Immunol*. 2014. Vol. 134 (4). P. 824–830.
17. Blume-Peytavi U., Lavender T., Jenerowicz D. et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care // *Pediatr Dermatol*. 2016. Vol. 33 (3). P. 311–321.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ-ПОДРОСТКОВ

Маринич В. В.¹, Мизерницкий Ю. Л.²

¹Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь

²НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ

им. Н.И. Пирогова, МЗ РФ, г. Москва

В исследовании приняли участие 40 спортсменов сборной команды Республики Беларусь (25 юношей и 15 девушек) в возрасте 16–18 лет, представителей скоростно-силового (гребля) вида спорта. Наблюдение осуществлялось в течение 2 макроциклов (за год, предшествующий исследованию, а также на фоне и после профилактического лечения, в катамнезе 1 год).

Все спортсмены получали Кагоцел с профилактической целью 7-дневными циклами в течение 12 недель: 2 таблетки 1 раз в день, 5 дней перерыв и повторение цикла в течение последующих 12 недель. Период наблюдения после окончания 12-недельного профилактического лечения составил 1 год. Оценивали уровни гамма-интерферона и интерлейкинов 4,6.

До исследования частота эпизодов острых респираторных инфекций за год составила в среднем $4,2 \pm 0,19$, после курса Кагоцела — $2,2 \pm 0,28$ (тэкс. = 7,27 ($p < 0,05$)). В результате использования со второй половины базового периода Кагоцела наблюдалось снижение частоты острых респираторных инфекций у спортсменов. До исследования 40% спортсменов болели более 3 раз в год, после терапии Кагоцелом спортсменов, болеющих более 3 раз в год, выявлено не было. Отмечалось достоверное сокращение средней длительности эпизода острой респираторной инфекции с $6,3 \pm 0,31$ до $4,6 \pm 0,25$ (тэкс. = 2,63 ($p < 0,05$)).

Перед назначением Кагоцела уровень интерферона-гамма находился в диапазоне нормальных значений — $2,7 \pm 0,24$ пк/мл. Через 5 недель приема препарата отмечалось статистически значимое (тэкс. = 2,42 ($p < 0,05$)) повышение уровня содержания интерферона-гамма до $5,8 \pm 0,9$ пк/мл. При продолжении приема препарата до 12 недель отмечалось дальнейшее увеличение уровня данного параметра до $7,1 \pm 0,62$ пк/мл. Через 12 недель после окончания приема Кагоцела статистически значимое (тэкс. = 2,95 ($p < 0,05$)) повышение уровня

интерферона-гамма (по сравнению с исходным) сохранялось, захватывая наиболее значимый период годового цикла — соревновательный.

Перед назначением Кагоцела уровень интерлейкин-4 находился в диапазоне нормальных значений — $0,76 \pm 0,06$ пк/мл. Через 5 недель приема препарата отмечалось статистически значимое (тэкс. = 2,02 ($p < 0,05$)) повышение уровня содержания интерлейкин-4 до $1,4 \pm 0,18$ пк/мл. При продолжении приема препарата на 12 неделе отмечалось статистически значимое снижение ($p < 0,05$) показателя до $0,54 \pm 0,12$ пк/мл. Через 12 недель после окончания приема Кагоцела отмечался статистически значимый подъем уровня интерлейкин-4 по сравнению с исходным (тэкс. = 2,18 ($p < 0,05$)) и уровнем на 5 неделе приема.

Перед назначением Кагоцела уровень интерлейкина 6 находился в диапазоне средних значений — $2,2 \pm 0,04$ пк/мл. Через 5 недель приема препарата отмечалось статистически значимое (тэкс. = 2,01 ($p < 0,05$)) повышение уровня содержания интерлейкина 6 до $8,1 \pm 0,14$ пк/мл. При продолжении приема препарата на 12 неделе отмечалось статистически значимое снижение ($p < 0,05$) показателя до $2,2 \pm 0,24$ пк/мл по сравнению с исходным. Через 12 недель после окончания приема Кагоцела отмечался более низкий уровень данного параметра, чем исходно до начала терапии (тэкс. = 2,14 ($p < 0,05$)) и уровнем на 5 неделе приема.

Использование индуктора интерфероногенеза Кагоцела в профилактической схеме привело к статистически значимому снижению частоты возникновения острых респираторных инфекций у спортсменов, сокращению их длительности, уменьшению частоты осложнений и необходимости назначения антибактериальной терапии. Предложенная удлиненная модифицированная схема профилактической терапии Кагоцелом приводила к достоверному увеличению сывороточной концентрации интерферона-гамма по сравнению с уровнем на 5 неделе приема препарата, и сохранялась на повышенном уровне, захватывая весь соревновательный период. Проведенное клиническое наблюдение демонстрирует высокую эффективность активного вмешательства в систему профилактики респираторных инфекций у спортсменов-подростков, как контингента группы риска стрессорного иммунодефицита.

СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВОКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИИ К КОРОВЬЕМУ МОЛОКУ У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.
Детская больница №1, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург*

Коровье молоко и изготовленные из него продукты являются одной из наиболее частых причин пищевой аллергии у детей. Диагностика пищевой аллергии и выявление причинно-значимых аллергенов часто является непростой задачей, поскольку золотым стандартом является провокационная проба, а она не всегда выполнима вследствие тяжести заболевания или отсутствия необходимых условий для выполнения этой потенциально опасной для ребенка процедуры. Поэтому для выявления причинно-значимых аллергенов часто используются лабораторные пробы. Несмотря на то, что производители и торговые распространители наборов для лабораторного определения аллерген-специфических IgE декларируют их высокую чувствительность и специфичность, мы неоднократно сталкивались с тем, что в клинической практике эти показатели оказываются намного ниже декларируемых.

Целью нашего исследования было определение чувствительности и специфичности лабораторных методов определения аллерген-специфических IgE к белкам коровьего молока с помощью иммунофлюорометрического метода, считающегося оптимальным для лабораторной диагностики. Оценивался уровень аллерген-специфических IgE к коровьему молоку, альфа-лактальбумину, бета-лактоглобулину и казеину. Для исследования отобрано 29 детей в возрасте от 3 месяцев до 6 лет с ярко выраженными положительными клиническими пробами с коровьим молоком. Контрольной группой служили 26 детей аналогичного возраста без пищевой аллергии. При оценке чувствительности лабораторных методов выявления аллерген-специфических IgE оказалось, что IgE к коровьему молоку выявлены у только у 34% пациентов с положительными провокационными пробами на коровье молоко, IgE к альфа-лактальбумину, бета-лактоглобулину и казеину выявлены соответственно у 27,5%, 38% и 21% детей с положительными

провокационными тестами. Положительный тест хотя бы к одному из исследованных аллергенов коровьего молока был у 52% пациентов. Среди детей контрольной группы выявлен один положительный тест на бета-лактоглобулин и два сомнительных результата (+/-) на коровье молоко. Полученные результаты свидетельствуют о низкой чувствительности лабораторных проб на коровье молоко и белки коровьего молока. Провокационный тест остается золотым стандартом в аллергодиагностике.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ О КРИТЕРИЯХ ДИАГНОСТИКИ И МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА АНАФИЛАКСИИ У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.
Детская больница №1, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург*

Частота аллергических заболеваний с каждым годом неуклонно растет. Загрязнение окружающей среды, изменение образа жизни и характера питания способствуют не только росту частоты, но и возрастанию тяжести аллергических реакций. Тяжелые аллергические реакции представляют угрозу для жизни пациентов. Синдром анафилаксии относится к тяжелым, потенциально смертельным, аллергическим (в части случаев — псевдоаллергическим) реакциям. Своевременное распознавание симптомов, быстрая постановка диагноза и адекватная терапия являются залогом спасения жизни пациентов. В литературе имеется множество публикаций, посвященных критериям диагностики и правилам терапии синдрома анафилаксии и, тем не менее, знания практических врачей в этой области остаются на низком уровне.

Цель нашей работы состояла в оценке знаний участковых врачей о диагностике и лечении синдрома анафилаксии у детей. В исследовании приняло участие 289 участковых педиатров. Уровень знаний тестировали с помощью опросника. Первая группа врачей (178 чел.) никогда не посещала лекции аллергологов на эту тему, у второй группы врачей (111 чел.) в течение 1—5 лет, предшествующих опросу, проводились занятия (1 лекция) о синдроме анафилаксии. При оценке опросников

оказалось, что 89% врачей первой группы имеют неверные или частичные представления о клинических критериях синдрома анафилаксии и 100% имеют неверные представления о лечении синдрома анафилаксии. В то же время, врачи второй группы, прослушавшие лекции о синдроме анафилаксии в недавнем прошлом, показали гораздо более высокий уровень знаний — 98% врачей правильно назвали критерии диагностики и 100% знали о правилах оказания неотложной помощи при синдроме анафилаксии.

Проведенная нами работа демонстрирует низкий уровень знаний о синдроме анафилаксии среди участковых педиатров, а также высокую эффективность просветительской работы на эту тему. Одной двухчасовой лекции о синдроме анафилаксии было достаточно, чтобы подавляющее большинство врачей усвоило современные представления о диагностике и лечении этого синдрома.

К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ АДРЕНОМИМЕТИКОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ — СТИМУЛЯЦИЯ МАКРОФАГОВ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Хоан Суан Б.
Детская больница №1, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург
Компания Гетвелл, США*

Мы неоднократно публиковали наши работы о различных нарушениях функции макрофагов при аллергических заболеваниях у детей. Аденомиметики используются для лечения различных аллергических заболеваний, но их влияние на функции макрофагов изучено недостаточно.

Цель нашей работы состояла в исследовании влияния адреналина на способность макрофагов подавлять IgE-опосредованную активацию тучных клеток и сравнить влияние адреналина на макрофаги у здоровых детей и пациентов с аллергическими заболеваниями.

В исследование включено 18 детей в возрасте от 5 до 16 лет с сочетанием бронхиальной астмы и атопического дерматита

и повышенным уровнем общего IgE и 12 детей контрольной группы без аллергических заболеваний. Из периферической крови детей выделяли моноциты и стимулировали образование M2a — макрофагов путем добавления в культуру клеток макрофагального колониестимулирующего фактора и цитокинов (ИЛ-4 и ИЛ-13). Затем макрофаги инкубировали в течение 24 часов с адреналином, получали супернатант и определяли в нем концентрацию различных цитокинов (ИЛ-10, гамма-интерферон, ИЛ-12, ИЛ-6). Оценивали влияние супернатанта на IgE-опосредованную активацию тучных клеток. Супернатант стимулированных адреналином макрофагов оказывал подавляющее действие на IgE-опосредованную активацию тучных клеток. Подавляющее влияние в наибольшей степени коррелировало с уровнем ИЛ-10 в супернатанте. Получены достоверные различия между здоровыми детьми и пациентами с аллергией — у детей с аллергическими заболеваниями уровень подавляющего эффекта был ниже.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что аденомиметики могут стимулировать иммунодепрессивный эффект макрофагов на IgE-опосредованные аллергические реакции. У детей с аллергическими заболеваниями функции макрофагов нарушены и аденомиметики оказывают менее выраженный эффект.

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДОТИПАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Хоан Суан Б.
Детская больница №1, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург
Компания Гетвелл, США*

Бронхиальная астма относится к заболеваниям с достаточно сложным патогенезом. У разных больных различаются не только этиологические факторы, но и механизмы развития, клинические проявления, методы диагностики и терапии. В литературе имеется достаточно много данных о фенотипах бронхиальной астмы, которые распознаются с помощью изучения анамнеза, симптомов и клинических методов обследования. В последнее десятилетие постулируется наличие эндотипов бронхиальной астмы, которые различаются только

иммунологически (например, астма с гиперпродукцией IgE, эозинофильная и нейтрофильная бронхиальная астма, астма, обусловленная повышенным синтезом интерлейкина 13 и пр.). При тяжелом течении бронхиальной астмы и неэффективности традиционных методов терапии предлагается использование моноклональных антител против цитокинов, их рецепторов, против IgE и т.д. Эти методы лечения относятся к дорогостоящим и должны назначаться только после иммунологического обследования и подтверждения соответствующего эндотипа. Значение многих маркеров, имеющих значение при «эндотипировании» бронхиальной астмы у детей, изучено недостаточно. Интерлейкин 13 принимает участие в регуляции синтеза IgE (повышает синтез) и может играть патогенетическую роль при тяжелой бронхиальной астме у детей. Он также способствует повышению синтеза периостина различными клетками. Измерение уровня периостина рекомендуется для отбора пациентов для лечения моноклональными антителами против ИЛ-13, т. к. только у больных с повышенным уровнем периостина моноклональные антитела оказывают лечебный эффект.

Цель нашей работы состояла в измерении уровня периостина у здоровых детей различного возраста, а также у пациентов с atopическим дерматитом и бронхиальной астмой. Исследование уровня периостина в крови проведено у 16 здоровых детей. 38 детей с бронхиальной астмой, 16 детей с сочетанием астмы и дерматита и 28 детей с atopическим дерматитом. У детей контрольной группы концентрация сывороточного периостина зависела от возраста — у детей младше 15 лет она была выше (в среднем 96 нг/мл), чем у детей старше 15 лет (в среднем 78 нг/мл). У детей с аллергическими заболеваниями в возрасте младше 15 лет уровень периостина был достоверно выше, чем в контрольной группе только у детей с atopическим дерматитом или с сочетанием atopического дерматита и бронхиальной астмы, но не при бронхиальной астме. У детей старше 15 лет уровень периостина был выше у детей с астмой, чем при atopическом дерматите.

Полученные нами данные указывают на необходимость учитывать возрастные особенности и сопутствующие аллергические заболевания при определении эндотипов бронхиальной астмы у детей.

НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАКРОФАГОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Майхуб М., Ханг-Суан Ба.
Детская больница №1, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

На основании проведенных нами ранее работ, свидетельствующих о множественных нарушениях функции макрофагов при аллергических заболеваниях, мы сформулировали гипотезу патогенеза аллергических заболеваний, согласно которой центральным звеном патогенеза аллергии является сниженная способность макрофагов элиминировать аллергены, следствием чего является включение антителозависимой IgE-опосредованной эозинофильной цитотоксической реакции и/или антителонезависимых Т-клеточных реакций на аллергены. Главная функция макрофагов — фагоцитоз чужеродных антигенов, в том числе бактерий и эндотоксинов. На макрофагах имеется рецептор для распознавания и фагоцитоза эндотоксинов CD14, кодируемый геном, расположенным на 5 хромосоме — 5q31-32. Генетические особенности этого рецептора могут сказываться на функции макрофагов и способствовать развитию аллергии. В частности, имеются работы, свидетельствующие о роли полиморфизма C159T гена CD14 в развитии астмы.

Цель работы заключалась в исследовании полиморфизма C159T гена CD14 у детей с аллергическими заболеваниями с разным уровнем IgE. Обследовано 64 ребенка (37 с бронхиальной астмой и 27 с atopическим дерматитом) и 23 ребенка контрольной группы без аллергических заболеваний. У детей с аллергическими заболеваниями повышенный уровень IgE выявлен у 81% пациентов. При генетическом исследовании выявлено, что у пациентов с аллергией и детей контрольной группы встречались гомозиготные CC, гомозиготные TT и гетерозиготные CT аллели исследуемого гена. Выявлена повышенная частота CC-генотипа у детей с повышенным уровнем IgE, по сравнению с TT и CT-генотипом, тогда как корреляции CC генотипа с наличием именно астмы не выявлено.

Полученные нами результаты свидетельствуют, что генетически-обусловленные нарушения макрофагов в их реакции на антигены

коррелируют с повышенной продукцией IgE у детей с аллергическими заболеваниями.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Пашкевич А. А., Пашкевич М. А.

Детская городская больница «Святой Ольги», г. Санкт-Петербург

Дефицит витамина D встречается очень часто среди пациентов с муковисцидозом (МВ), что является важным моментом в развитии нарушений нормальной минерализации костной ткани.

Цель исследования: изучить эффективность и выявить факторы, влияющие на успешную коррекцию дефицита витамина D у детей с МВ в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы: включены 92 ребенка от 1 года до 17 лет (49 мальчиков, 43 девочки). До начала терапии, в зимние месяцы, всем определялся уровень 25(ОН)D в крови, после чего согласно последним рекомендациям назначался витамин D3. Включены были только те пациенты, кто не получал препараты витамина D в лечебных дозах и на регулярной основе. Доза выбирается в зависимости от возраста и полученного уровня 25 (ОН) D, и может достигать до 10 000 МЕ / сутки. После второго измерения проводилась коррекция дозы витамина D3. У всех пациентов на каждом этапе проводился сбор данных о их комплаентности. На конечном этапе, у комплаентных пациентов проводился анализ биохимических маркеров костного метаболизма, количественная ультразвуковая денситометрия, исследование функции внешнего дыхания, генотипа, наличия сопутствующих заболеваний, уровня физической активности и антропометрических показателей. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: успешно исследование завершили только 66 пациентов. Средний прирост уровня 25 (ОН) D составил 33,7%. Комплаентные пациенты, которые в принципе ответили на терапию, были более старшего возраста ($p = 0,02$) и чаще имели тенденцию к задержке роста

($p = 0,02$). Так же у «ответчиков» прослеживается тенденция к более высоким показателям ФЖЕЛ ($p = 0,059$). Факторов, определяющих пациента как потенциального ответчика на терапию, не выявлено.

Так же проводился анализ между группами пациентов, которые нормализовали уровень 25 (ОН) D в крови ≥ 30 нг/мл и теми, чей уровень остался < 30 нг/мл. Пациенты, которые смогли нормализовать уровень 25 (ОН) D, в противоречие ответчикам, были более младшего возраста ($p = 0,02$), имели более высокие стартовые показатели 25 (ОН) D и соответственно получали меньшие дозировки витамин D3 ($p = 0,03$). Предикторов объясняющих возможность нормализации уровня 25 (ОН) D не выявлено.

Выводы: Комплаенс в терапии остается большой проблемой во всех сферах медицины. Для выявления предикторов, определяющих ответ на терапию и их значимости требуются дальнейшие исследования, т. к. на настоящем этапе исследования не удалось выявить влияния вариантов основного генетического дефекта, средовых факторов так и сопутствующих состояний.

Конфликт интересов: исследование проведено при финансовой поддержке благотворительного фонда «Острова».

АУТОИММУННЫЙ ТИРОИДИТ ХАСИМОТО В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Строев Ю. И.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург*

Видным иммунологам современности И. Шёнфельду и Н. Р. Роузу принадлежит афоризм: «Все является аутоиммунным, пока не доказано обратное...». XXI век — век аутоиммунных болезней. Наиболее распространены аутоиммунные заболевания щитовидной железы. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) Хакару Хасимото, открытый им в 1912 г. в Японии и лишь в 1938 г. узаконенный в качестве новой нозологической единицы «болезнь Хасимото», ныне стал самым частым в мире эндокринным заболеванием, оставившим позади даже сахарный диабет. Это — основная причина высокой частоты гипотироза в нейрододефицитных районах мира. Частота АИТ в РФ составляет 3–45

на 1000 чел. АИТ — мультифакториальное заболевание с менделевским наследованием и пороговым эффектом по действию ряда экзогенных провоцирующих факторов. В Гомельской обл. после аварии на ЧАЭС заболеваемость АИТ среди детей и подростков возросла более чем в 600 раз! Однако самый важный экзогенный фактор, влияющий на возникновение и течение АИТ, — это поступление в организм избытка йода и йодидов в любом виде, что заставляет крайне осторожно и дифференцированно подходить к поголовному и бесконтрольному потреблению йодированной соли и содержащих йод БАДов.

Мы отметили, что подавляюще число лиц различного возраста как мужского, так и женского пола (98–99%), обратившихся к нам по поводу АИТ, имело комбинацию различных стигм системной дисплазии соединительной ткани марфаноидного фенотипа: сравнительно высокий рост, длинные руки с элементами арахнодактилии, относительно короткие ноги, способность «садиться на шпагат», обилие врождённых кист различной локализации, деформации позвоночника (сколиозы) и грудной клетки, поперечное плоскостопие, гипермобильность суставов, гиперэластоз кожи, межпальцевые сращения, пролапс митрального клапана, ложные хорды левого желудочка сердца, деформации желчного пузыря («дискинезия желчевыводящих путей»), правосторонний нефроптоз, варикоцеле, миопия, астигматизм, неправильный прикус, положительные «симптом большого пальца» Штейнберга и «симптом запястья» Валькера–Мурдоха. К марфаноидному фенотипу относятся и подростки, страдающие ожирением с розовыми стриями (синдром Симпсона–Пейджа). Поэтому все так называемые «гуттаперчевые» лица с раннего детства нуждаются в исследовании тиреоидных гормонов, ТТГ и анти tiroидных аутоантител в целях ранней диагностики АИТ, лечения и профилактики тяжелого раннего гипотироза с психическими расстройствами вплоть до кретинизма и болезни Альцгеймера (у большинства наших пациентов с АИТ мы обнаруживали маркёр болезни Альцгеймера — тау-протеин).

В наше время АИТ — основная причина гипотироза во всех нейоддефицитных регионах, однако он отличается неординарностью клинического течения и может протекать даже с гипертирозом (хаситоксикозом), что обусловлено его аутоиммунными парадоксами: клиника АИТ определяется тем, какие антитела — тиростимулирующие (АТ к рецепторам ТТГ) или тироблокирующие (АТ к ТПО, АТ к ТГ) — преобладают. Иногда встречаются все типы антител. Тогда симптомы гипотироза при АИТ могут сочетаться или чередоваться с симптомами базедовой

болезни. При этом нами не отмечено чёткого параллелизма уровня анти tiroидных аутоантител с клиникой. К сожалению, современные практикующие врачи (в частности, эндокринологи) из-за пресловутых временных нормативов не имеют возможности надлежащего объективного обследования больных, а в диагностике пользуются в основном анализами тиреоидных гормонов и ТТГ в крови. Поэтому явных симптомов гипотироза: сонного выражения пастозного лица, брадикардии, сухой кожи, гиперкератоза локтей и подошв, микседемной отёчности всего тела и слизистых они порой даже не замечают. А для таких больных эти симптомы весьма характерны, в частности, ранние прикусы языка и отёчных щёк (симптом Строева), большой с отпечатками зубов язык, постоянная зябкость (как правило, лица с гипотирозом надевают тёплые носки на ночь) и т.д. Однако при этом показатели их гормонов могут «укладываться в норму», хотя нормальные уровни Т3 и Т4 должны, по сути, находиться на середине их референсных значений. По-видимому, логичнее «субклинический гипотироз» именовать «сублабораторным гипотирозом». Следует обратить особое внимание на то, что исследование только одного ТТГ без Т3 и Т4 приводит к ложным выводам, так как уровень ТТГ может резко меняться (чаще падает) при употреблении йода и йодидов. Кстати, всего 1 таблетка антиаритмического препарата кордарона (амиодарона) содержит годовую потребность человека в йоде! Лечение амиодароном может спровоцировать развитие АИТ с кордароновым-хаситоксикозом или даже с гипотирозом. Наш опыт показал, что при АИТ нарушается продукция гормона-витамина холекальциферола (D3), почему клиника АИТ богата симптомами гипокальциемии: кариес, выпадение волос, плохие ногти, катаракта, различные судороги и, наконец, — обилие всевозможных фобий (чаще клаустрофобия). Гипотироз всегда сопровождается гиперпролактинемией, которая может привести к развитию аденомы гипофиза (пролактиномы) что в наше время является одной из важных причин половой дисфункции, нарушений сексуальной ориентации, женского и мужского бесплодия.

АИТ с исходом в гипотироз имеет сходные клинические проявления с метаболическим синдромом вследствие общих механизмов их патогенеза: ожирение, дислиппротеидемия, гиперурикемия, инсулинорезистентность. Нами в 51,5% случаев АИТ были выявлены признаки МС. Между прочим, до сих пор не утратила важного диагностического значение гиперхолестеринемия при гипотирозе и гипохолестеринемия — при гипертирозе. Однако следует обратить внимание на то, что даже у здоровых лиц нередко выявляются дислиппротеидемии,

в частности, гиперхолестеринемия. Это может быть обусловлено неправильным забором крови на липиды: до взятия крови нельзя, по крайней мере, в течение 18 часов употреблять в пищу животные (мясные, рыбные и молочные) продукты, которые все без исключения содержат холестерин, а употреблять только овощи, фрукты и, при потребности, — любое растительное масло, которое никогда не содержит холестерина. Иначе в анализах обнаружатся гиперхолестеринемия и дислипидемия за счёт указанных выше животных продуктов. Это даёт врачам необоснованный повод даже при умеренной гиперхолестеринемии огульно назначать пожизненную терапию весьма дорогостоящими статинами, которые далеко небезразличны для организма, особенно в преклонном возрасте.

Лечение АИТ с исходом в гипотироз должно обязательно пожизненно проводиться адекватными дозами левотироксина в сочетании с препаратами витамина D3, а при хаситоксикзе — тиростатиками (мерказолил, тирозол, пропицил). Всем лицам с АИТ, гипотирозом и гиперпролактинемией необходимо проводить МРТ-исследование гипофиза с контрастированием для ранней диагностики аутоиммунного гипофизита (неоднородная структура гипофиза) и аденом гипофиза. При их выявлении нужно применять агонисты дофамина (достинекс, циклодинон и др.) в целях нормализации половой функции и репродуктивности и профилактики роста пролактиномы.

Следует особо отметить, что даже по достижении лекарственного эутироза и нормального самочувствия пациентам с АИТ нельзя прекращать лечение левотироксином, помятуя о том, что нормальные показатели тиреоидных гормонов в крови обусловлены не «выздоровлением» от АИТ, а систематической заместительной терапией левотироксином. Во всех случаях неадекватного падения уровня ТТГ необходимо тщательно выяснять «йодный анамнез» и контакты пациента с йодосодержащими лекарствами, БАДами, поливитаминами (фембион!). Применение при АИТ таких средств, как йодомарин и его аналоги, абсолютно противопоказано. Нежелательны богатые йодом хурма и фейхоа.

Лечение левотироксином существенно улучшает и течение сопутствующего АИТ-метаболического синдрома и способствует нормализации показателей гликемии, липидограммы, урикемии, артериального давления, а также снижению массы тела.

Работа выполнена в рамках гранта Правительства РФ (договор 14.W03.31.0009, шифр темы — 15.34.3.2017).

ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА НА СИНДРОМ ПЛЯТТЕРА У МЛАДЕНЦЕВ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Цуркану Т.

*Государственный Университет Медицины и Фармации
им. Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова*

Цель работы. Определить клинические особенности острой пневмонии у детей грудного возраста в ассоциации с тимомегалией.

Материалы и методы. Группу исследованных детей составили 320 детей до года с тяжелым течением пневмонии, которые были госпитализированы в Первую детскую городскую больницу в 2013–2014 г. Пациентам было проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование. Диагноз пневмонии и синдрома Пляттера был подтвержден рентгенологически. Анализ результатов исследования проведен с помощью методов медицинской статистики.

Результаты.

1. Из общего числа младенцев с тяжелой пневмонией увеличение тимуса I степени наблюдалось у 16 детей (15,8%), II степени — у 213 детей (66,7%), III степени — у 56 детей (17,5%).

2. У 131 (41%) младенцев обнаружена сопутствующая патология: анемия, энцефалопатия, кардиомегалия, тортиколлис, внутриутробные инфекции.

3. 112 (34%) детей имели повторные поступления в отделение респираторной патологии.

Выводы.

1. Наличие тимомегалии представляет высокий риск для развития тяжелого течения пневмонии.

2. Гипертрофия тимуса вызывает дисбаланс иммунокомпетентных клеток, отличающихся функциональной гетерогенностью, что может привести к иммунопатологии.

3. Дети, у которых персистирует гиперплазия тимуса к первому году жизни, остаются уязвимы к инфекциям и нуждаются в последующем наблюдении у семейного врача.

СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПО ПРОФИЛЮ «АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ»

Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Трикоменас Н. Н.
ФБГОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга

В последние десятилетия наблюдается рост аллергических заболеваний у детей. Согласно данным эпидемиологических исследований ВОЗ, от 10 до 30% населения различных стран страдают аллергией. При этом актуальным является и индивидуальный подход при проведении иммунопрофилактики инфекционных болезней у детей. Все эти проблемы сегодня решает врач аллерголог-иммунолог.

Цель. Изучить современную организацию оказания медицинской помощи детям по профилю «аллергология и иммунология» в России.

Материалы и методы исследования. Нормативно-правовые документы (приказы Минздрава России, клинические рекомендации). Метод аналитический.

Результаты. Медицинская помощь по профилю «аллергология и иммунология» организована в соответствии с приказом Минздрава России от 07.11.2012 N 606 н оказывается в виде четырех видов: первичной медико-санитарной; скорой; специализированной. Помощь по данному профилю оказываться в следующих условиях: амбулаторно; в дневном стационаре; стационарно.

Профессиональной ассоциацией детских специалистов Союз педиатров России подготовлены клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям при аллергии к белкам коровьего молока, аллергическом рините, атопическом дерматите, крапивнице. А также по вакцинопрофилактике: гемофильной инфекции типа b у детей; заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека; пневмококковой инфекции; ротавирусной инфекции у детей. Разработаны рекомендации по иммунопрофилактике: менингококковой инфекции у детей; респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.

Действует стандарт скорой медицинской помощи детям при астме, утвержденный Приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1119н.

На сегодня отсутствуют стандарты первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям при аллергических заболеваниях. Однако в соответствии с приказом Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Критерии оценки качества медицинской помощи», разработаны критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дерматите, вызванном веществами, принятыми внутрь (код по МКБ-10: L27); при экземе (L30); при крапивнице, ангионевротическом отеке (L50; T78.3); при анафилактическом шоке (T78.0; T78.2; T80.5; T88.6); детям — при атопическом дерматите (L20.8; L20.9).

Независимая оценка условий оказания услуг детям медицинскими организациями проводится на основании приказа Минздрава России от 04.05.2018 №201н «Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка».

Выводы: Таким образом, сформирована нормативно-правовая база по оказанию медицинской помощи детям по профилю «аллергология и иммунология», однако требуется постоянное совершенствование документов в соответствии с достижениями медицинской науки.

ОТ РЕДАКТОРОВ:

В ранее опубликованном сборнике материалов XIII Российского Форума «ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ С РОЖДЕНИЯ: МЕДИЦИНА, ОБРАЗОВАНИЕ, ПИЩЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ» Санкт-Петербург, 9–10 ноября 2018 года — СПб., 2018. — 120 с. в статье «ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ» фамилия одного из соавторов работы указана с ошибкой. Вместо ошибочно указанного: Козлов А. К. следует читать: Козлова А. К. Редакторы приносят свои извинения за допущенную ошибку.

Издано по заказу
Санкт-Петербургского регионального отделения общественной организации
«Союз педиатров России»
www.pediatrica-spb.ru

Печать цифровая. Формат А5
Тираж 100 экз.
Подписано в печать 3.12.2018