СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……...…….3

ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ.

1.1. Этиология и патогенез атопического дерматита……..…..…….6

1.2. Анатомо-физиологические особенности кожи у детей…….....….8

1.3. Клинические проявления и осложнения атопического дерматита у детей……...….11

1.4. Факторы риска развития атопического дерматита…… ……..….14

1.5. Основные подходы к лечению атопического дерматита……....16

1.6. Профилактика атопического дерматита, прогноз…….…...…24

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1. Частота встречаемости атопического дерматита у детей на базе Нытвенской детской поликлиники за 2017-2019 гг……..……28

2.2. Результаты исследования…….....……37

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……..…..…….51

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ…….54

ПРИЛОЖЕНИЯ……..56

ВВЕДЕНИЕ

Атопический дерматит – аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующиеся интенсивным, постоянным или приступообразным кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям.

Проявлению заболевания у детей способствуют интоксикации, токсикозы и погрешности питания матери во время беременности и периода лактации, искусственное вскармливание ребенка [28].

Неблагоприятными факторами, усиливающими проявления заболевания у детей, провоцирующими его обострения, являются бактериальные, вирусные или грибковые инфекции, пищевые, бытовые и производственные аллергены, психоэмоциональные нагрузки, в том числе связанные с различными социально-экономическими факторами (урбанизация, изменения характера питания, жилищных условий, труда и отдыха и др.).

Также имеют значение метеорологические факторы (резкие перепады температуры, недостаточная инсоляция, влажность воздуха, химический состав воды, почвы, воздуха и др.) [24, с. 309].

Атопический дерматит является наиболее распространенным дерматозом (заболеванием кожи), развивающимся в раннем детстве и сохраняющим те или иные свои проявления в течение всей жизни.

В настоящее время под термином «атопический дерматит» понимается наследственно обусловленное, незаразное, аллергическое заболевание кожи хронического рецидивирующего течения.

Синонимами атопического дерматита, также встречающимися в литературе, служат понятия «атопическая» или «конституциональная экзема», «экссудативно-катаральный диатез», «нейродермит» и др.

Понятие «атопия», впервые предложенное американскими исследователями A. Coca и R. Cooke в 1923 г., подразумевает наследственную склонность к аллергическим проявлениям в ответ на тот или иной раздражитель [21, с. 106].

В 1933 г. для обозначения наследственных аллергических реакций кожи Wiese и Sulzberg ввели термин "атопический дерматит", который в настоящее время считается общепринятым.

1. **Актуальность темы.**

Актуальность данной темы обусловлена тем, что медицинским сестрам необходимо уметь оказывать качественную квалифицированную сестринскую помощь пациентам с атопическим дерматитом. Поэтому исключительно важно, чтобы медицинская сестра имела достаточный уровень навыков и опыта с атопическим дерматитом, а также предоставление пациентам соответствующих обучающих программам по питанию.

2. **Объект и предмет исследования**

Объект: существующая система сестринской помощи больным атопический дерматитом.

Предмет: сестринский процесс при атопическом дерматите.

3. **Цели курсовой:**

Изучение сестринского ухода за детьми с атопическим дерматитом.

Для достижения цели, поставленной в курсовой работе, были определены следующие задачи:

- ознакомиться с этиологией и патогенезом при атопическом дерматите;

- изучить литературу по проблеме организации сестринской помощи больным атопическим дерматитом;

- рассмотреть клинические проявление и осложнения атопического дерматита;

- проанализировать факторы риска, влияющие на заболеваемость атопическим дерматитом;

- выявить основные подходы к лечению атопического дерматита;

- разработать индивидуальную диету для пациентов с атопическим дерматитом;

- составить рекомендации по профилактике атопического дерматита.

- исследовать статистические данные по заболеваемости атопическим дерматитом среди детей за 2017-2019 года на базе ГБУЗ ПК НРБ – Нытвенская районая детская поликлиника.

Объектом исследования – является заболевание детей атопическим дерматитом

Предметом – причины и проблемы детей с атопическим дерматитом

Для написания работы была использована специальная литература по исследуемой теме.

Структура работы: введение, основная часть, заключение, список использованной литературы, приложения.

ГЛАВА 1. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ЛЕЧЕНИЕ

1.1. Этиология и патогенез атопического дерматита

Факторами, вызывающими атопический дерматит, могут быть различные вещества:

эпидермальные;

бытовые;

пищевые;

пыльцевые;

грибковые и другие [15, с. 102].

У детей различного возраста наблюдается тесная взаимосвязь заболевания с реакцией на пищевые продукты и патологиями системы пищеварения. Наследуется не само заболевание, а совокупность генетических факторов, связанных с возможной аллергической реакцией. Симптомы проявятся только при совпадении нескольких внешних или внутренних условий.

Факторы риска очень разнообразны, вот основные из них:

- раннее отлучение от груди и неправильный режим питания;

- инфекционные заболевания матери еще во время беременности;

- неблагоприятные социальные и экологические факторы;

- прием антибиотиков во время беременности или в младенческом возрасте у детей;

- нарушения функции пищеварения;

- хронические инфекционные заболевания и глистные инвазии;

- расстройство деятельности нервной системы [4, с. 89].

Наследственно обусловленный характер атопического дерматита определяет широкую распространенность заболевания среди родственных членов семьи. Наличие у родителей или ближайших родственников атопической гиперчувствительности (аллергического ринита, дерматита, бронхиальной астмы и

т. д.) определяет вероятность возникновения атопического дерматита у детей в 50% случаев. Атопический дерматит в анамнезе обоих родителей повышает риск передачи заболевания ребенку до 80%. Подавляющее большинство начальных проявлений атопического дерматита приходится на первые пять лет жизни (90%) детей, из них 60% отмечается в период грудного возраста [6, с. 159].

По мере дальнейшего роста и развития ребенка симптомы заболевания могут не беспокоить или ослабевать, однако, большинство людей живут с диагнозом «атопический дерматит» всю жизнь. Нередко атопический дерматит сопровождается развитием бронхиальной астмы или аллергии.

Широкое распространение заболевания во всем мире связано с общими для большинства людей проблемами: неблагоприятными экологическими и климатическими факторами, погрешностями в питании, нервно-психическими перегрузками, ростом инфекционных заболеваний и количества аллергических агентов.

Определенную роль в развитии атопического дерматита играют нарушения в иммунной системе детей, обусловленные укорочением сроков грудного вскармливания, ранним переводом на искусственное вскармливание, токсикозом матери во время беременности, неправильным питанием женщины во время беременности и лактации [12, с. 146].

Механизм возникновения заболевания достаточно изучен. Его симптомы возникают как ответная реакция на попадание аллергена в организм человека, склонного к атопическому дерматиту, при этом резко повышается выработка антител IgE. Они скапливаются на тучных клетках, которые являются важной составляющей гуморального иммунитета благодаря их активной работе по выработке гистамина.

В свою очередь, отек – это защитная реакция, которая затрудняет распространение чужеродных веществ и ограничивает воспаления. У детей, склонных к атопическому дерматиту, повторное попадание в организм аллергенных веществ вызывает активизацию большого числа IgE-антител, что

приводит к гибели тучных клеток и повышению гистамина в крови, образованию покраснений и отеку тканей [29].

1.2. Анатомо-физиологические особенности кожи у детей

Толщина различных слоёв кожи у детей до 3 лет в 1,5-3 раза меньше, чем у взрослых, и лишь к 7 годам она достигает показателей взрослого человека.

Клетки эпидермиса у детей относительно далеко отстоят друг от друга, структура его рыхлая. Роговой слой у новорождённых тонок и состоит из 2-3 слоёв легко слущивающихся клеток. Зернистый слой развит слабо, что определяет значительную прозрачность кожи новорождённых и её розовый цвет. Базальный слой развит хорошо, однако в связи с недостаточной продукцией меланокортина в первые месяцы (иногда - годы) жизни функция меланоцитов снижена, и они вырабатывают относительно мало меланина, что определяет более светлый цвет кожи.

Кожа у новорождённых и детей раннего возраста имеет ряд особенностей. С 4-месячного возраста в коже ребёнка появляются первые элементы эластических волокон. Только к 6 годам гистологическое строение дермы приближается такому как у взрослых.

Отличительная особенность кожи детей, особенно новорожденных - слабая связь эпидермиса с дермой, что в первую очередь вызвано недостаточностью количества и слабым развитием якорных волокон. При различных заболеваниях эпидермис легко отслаивается от дермы, что приводит к образованию пузырей.

Поверхность кожи новорождённого покрыта секретом, близким к нейтральному, что определяет его слабую бактерицидную активность, но уже к концу первого месяца жизни ph.

Кожа новорождённых и детей первого года жизни имеет хорошо развитую сеть капилляров. После года сеть широких капилляров постепенно уменьшается, а количество длинных узких - увеличивается.

Кожа ребёнка первого года жизни в силу особенностей морфологической структуры, биохимического состава, богатой васкуляризации отличается

нежностью, бархатистостью, эластичностью. В целом она тонкая, гладкая, поверхность её суше, чем у взрослых, отмечается склонность к шелушению. Вся поверхность кожи и волос покрыта водно-липидным слоем, или мантией, состоящей из водной и жировой субстанций. Мантия предохраняет кожу от влияния факторов окружающей среды, замедляет и предупреждает всасывание и воздействие химических веществ, служит носителем провитамина D, обладает антибактериальным действием.

Особенности основных функций кожи.

У детей, особенно раннего возраста, защитная функция кожи низкая в связи с тем, что эпидермис имеет тонкий роговой слой. Кератинизация выражена слабо, связь эпидермиса с дермой недостаточно прочна, в дерме слабо развита соединительная ткань, из-за недостаточного развития желёз поверхность кожи более сухая и её реакция близка к нейтральной, местный иммунитет недостаточно зрел. Состояние водно-липидной мантии отличается от ее состояния у взрослых.

Пигментообразующая функция кожи снижена, несмотря на большое количество меланоцитов, из-за их слабой стимуляции. Резорбционная функция кожи у детей повышена благодаря тонкости рогового слоя и, возможно, из-за недостаточного развития блестящего слоя, а также обильной васкуляризации. Поэтому при местном лечении токсические или гормональные мази могут оказывать выраженное системное действие. Выделительная функция кожи, связанная с потоотделением, несовершенна. Терморегулирующая функция кожи у детей снижена. В течение первых месяцев дыхательная функция кожи у детей выражена в восемь раз сильнее, чем у взрослых, благодаря тонкому слою эпидермиса и богатой кровеносной капиллярной сети. Загрязнение кожи и смазывание обширных её участков различными мазями и кремами нарушает процесс кожного дыхания, что отрицательно сказывается на самочувствии ребёнка.

Синтетическая функция кожи в детском возрасте осуществляется полноценно уже с возраста 3-4 недели. Под влиянием естественного или искусственного УФО в

коже синтезируется витамин D3, недостаток которого приводи к развитию рахита.

Кожа как орган чувств хорошо функционирует уже с рождения. С раздражением кожных покровов связано выявление почти всех рефлексов новорождённого. В связи с недостаточной дифференцировкой органов зрения и слуха в первый месяц жизни ребёнок узнаёт мать с помощью тактильного восприятия. В то же время чрезмерное раздражение кожи (например, мокрыми и грязными пелёнками) может вызвать беспокойство новорождённого, нарушение его сна и аппетита.

В целом кожа детей, особенно в течение первого года жизни, очень чувствительна к инфекции, химическим и физическим раздражителям, влиянию атмосферных факторов, перегреванию и переохлаждению, слабее защищена от проникновения в неё химических субстанций, легко мацерируется.

Анатомо-физиологические особенности кожи диктуют необходимость тщательного соблюдения гигиены, щадящего температурного режима, запрета применения раздражающих и токсических веществ [3].

1.3. Клинические проявления и осложнения атопического дерматита у детей

Начальные признаки атопического дерматита обычно наблюдаются в первые полгода жизни. Это может быть спровоцировано введением прикормов или переводом на искусственные смеси.

К 14-17 годам у почти 70% людей заболевание самостоятельно проходит, а у остальных 30% переходит во взрослую форму. Заболевание может протекать долгие годы, обостряясь в осенне-весенний период и затихая летом (Приложение 1).

По характеру течения различают острую и хроническую стадии атопического дерматита.

Острая стадия проявляется красными пятнами (эритемой), узелковыми высыпаниями (папулами), шелушением и припухлостью кожи, образованием участков эрозий, мокнутия и корочек. Присоединение вторичной инфекции ведет к развитию гнойничковых поражений [5, с. 374].

Для хронической стадии атопического дерматита характерны утолщение кожи (лихенизация), выраженность кожного рисунка, трещины на подошвах и ладонях, расчесы, усиление пигментации кожи век. В хронической стадии развиваются типичные для атопического дерматита симптомы:

В развитии атопического дерматита выделяют несколько фаз: младенческую (первые 1,5 года жизни), детскую (от 1,5 лет до периода полового созревания) и взрослую. В зависимости от возрастной динамики отмечаются особенности клинических симптомов и локализации кожных проявлений, однако ведущим симптомам во всех фазах остается сильнейший, постоянный или периодически возникающий кожный зуд [23].

Младенческая и детская фазы атопического дерматита характеризуются появлением на коже лица, конечностей, ягодиц участков эритемы ярко-розового цвета, на фоне которых возникают пузырьки (везикулы) и участки мокнутия с последующим образованием корочек и чешуек.

Во взрослой фазе очаги эритемы бледно-розового цвета с выраженным кожным рисунком и папулезными высыпаниями. Локализуются преимущественно в локтевых и подколенных сгибах, на лице и шее. Кожа сухая, грубая, с трещинами и участками шелушения [20, с. 82].

При атопическом дерматите встречаются очаговые, распространенные или универсальные поражения кожи. Зонами типичной локализации высыпаний

являются лицо (лоб, область вокруг рта, около глаз), кожа шеи, груди, спины, сгибательные поверхности конечностей, паховые складки, ягодицы. Обострять течение атопического дерматита могут растения, домашняя пыль, шерсть животных, плесень, сухие корма для рыбок. Часто атопический дерматит осложняется вирусной, грибковой или пиококковой инфекцией, является фоном для развития бронхиальной астмы, поллиноза и других аллергических заболеваний [13, с. 270].

Согласно последним данным, если раньше дерматит на лице был уделом маленьких деток, то сегодня 12 взрослых людей из 100 страдают от этого заболевания.

В случае проведения адекватного лечения, устранения факторов риска у большинства больных наступает стойкая ремиссия и впоследствии диагноз может быть снят. Но так как диагноз атопический дерматит является отражением общей аллергической настроенности (атопической конституции) у большой части этих больных (больше 40%) возможно развитие в будущем других аллергических заболеваний, чаще всего связанных с поражением дыхательных путей (аллергический ринит, атопическая бронхиальная астма). Такое прогрессирование аллергической настроенности и смена аллергических заболеваний от менее тяжелых к более серьезным в медицинской литературе получила название атопический марш.

При тяжелом течении заболевания и/или неадекватном лечении, несоблюдении особого образа жизни – заболевание продолжается и в подростковом возрасте и у взрослых [19, с. 144].

Постоянное расчесывание кожи при атопическом дерматите приводит к нарушению ее защитных, барьерных свойств, что способствует присоединению инфекции, обусловленной микробной и грибковой флорой.

Наиболее частым осложнением атопического дерматита являются бактериальные инфекции кожи – пиодермии. Пиодермии характеризуются появлением гнойничков на коже, которые постепенно подсыхают и образуются корочки. Высыпания могут располагаться и на теле, и руках, и ногах, и на

волосистой части головы. Это может сопровождаться нарушением общего состояния человека, может повышаться температура.

Вторыми по частоте возникновения осложнением атопического дерматита служат вирусные инфекции кожи. Их течение характеризуется образованием на коже пузырьков (везикул), заполненных прозрачной жидкостью. Возбудителем вирусных инфекций кожи является вирус простого герпеса. Наиболее часто поражается лицо (кожа вокруг губ, носа, ушных раковинах, на веках, щеках), слизистые оболочки (конъюнктива глаз, полость рта, горло, половые органы).

Осложнениями атопического дерматита нередко служат грибковые инфекции, вызываемые дрожжеподобными грибками. Зонами поражения у взрослых чаще являются складки кожи, ногти, кисти, стопы, волосистая часть головы, у детей - слизистая полости рта (молочница). Часто грибковое и бактериальное поражение наблюдаются вместе [14, с. 423].

1.4. Факторы риска развития атопического дерматита

Аллергию у ребёнка провоцируют факторы риска. Не все из них можно устранить и воспрепятствовать заболеванию. В некоторых случаях нужно изменить питание и образ жизни, чтобы на длительное время забыть о рецидивах (обострениях) атопического дерматита.

Факторы риска:

Эндогенные (предрасполагающие):

Наследственность: если оба родителя страдают аллергией, то ребёнок заболевает в 80 % случаев; если только мама или папа, то – в 50 %; если все здоровы, то вероятность развития атопического дерматита у малыша всего 10 %. Атопия: повышенная чувствительность организма к действию различного рода

аллергенов (шерсть животных, пыльца, домашняя пыль, некоторые продукты питания).

Повышенная кожная чувствительность (реактивность):

- у ребёнка увеличено содержание в крови иммуноглобулина Е, отвечающего за развитие аллергического процесса (передаётся чаще по материнской линии – в 80 % случаев, реже по отцовской – в 20 %).

Экзогенные (зависят от внешних факторов):

Триггерные (вызывают развитие заболевания):

- нарушение диеты ребёнка или мамы (при естественном вскармливании);

- нерациональные кормления, неправильное введение прикорма;

- плохой уход за кожей малыша (низкая или высокая влажность в помещении, перегревания или переохлаждения, редкие купания и нечастая смена подгузников, неиспользование защитных кремов, развитие потницы, мацерации – дерматита вследствие раздражения мочой, испражнениями и кожными выделениями).

Причинные (способствующие развитию заболевания):

- стресс;

- загрязнение еды пищевыми добавками (консерванты, красители и ароматизаторы);

- курение родителей;

- хронические инфекции и проблемы желудочно-кишечного тракта у малыша;

- длительное пребывание ребёнка в неблагоприятных метеоусловиях (порывистые ветра, сырой климат, жара, сильные морозы) [9].

Если у детей первых лет жизни пищевая аллергия является ведущей причиной развития АД, то с возрастом она теряет свою доминирующую роль. Так, у детей от 3 до 7 лет этиологическое значение пищевой аллергии в целом сохраняется, но сенсибилизация к некоторым аллергенам (белок коровьего молока, куриного яйца и др.) снижается. В этом периоде увеличивается этиологическая значимость бытовых, клещевых, пыльцевых аллергенов, причем характерно как постепенное возрастание частоты моновалентной аллергии, так и расширение спектра аллергенов, переход в поливалентную аллергию.

1.5. Основные подходы к лечению атопического дерматита

Лечение атопического дерматита проводится с учетом возрастной фазы, выраженности клиники, сопутствующих заболеваний и направлено на:

- исключение аллергического фактора
- десенсибилизацию (снижение чувствительности к аллергену) организма
- снятие зуда
- детоксикацию (очищение) организма
- снятие воспалительных процессов
- коррекцию выявленной сопутствующей патологии
- профилактику рецидивов атопического дерматита
- борьбу с осложнениями (при присоединении инфекции)

Терапия заболевания направлена на следующие цели:

- устранение или уменьшение зуда и воспалительных изменений на коже;
- предотвращение развития тяжёлых форм;
- восстановление структуры и функции кожи;

- лечение сопутствующих патологий.

Все мероприятия, необходимые для успешного лечения атопического дерматита, можно разделить на 3 группы:

Мероприятия общего характера:

Диетотерапия:

Особенности питания детей при атопическом дерматите:

- исключение из рациона продуктов, содержащих экстрактивные вещества (раздражают слизистую желудочно-кишечного тракта и повышают выработку желудочного сока): крепкие бульоны на основе мяса и рыбы, колбасные изделия, консервы, маринады и соленья, копчёная рыба;

- отсутствие в меню сильных аллергенов: шоколад и какао, натуральный кофе, цитрусовые, грибы, орехи, мёд, рыбные продукты, различные приправы;

- при аллергии на коровий белок необходимо применять для малышей смеси на основе сои или белка козьего молока, а также гипоаллергенные частично и высоко гидролизованные;

- при лёгких и среднетяжёлых формах заболевания полезны кисломолочные продукты (улучшают процесс пищеварения за счёт полезной микрофлоры);

- прикормы на первом году жизни ребёнка необходимо вводить с большой осторожностью, но в те же сроки, что и у здоровых детей: продукты должны быть с наименьшей аллергенной активностью и состоять сначала из одного компонента (только один вид фруктов или овощей – монопродукт);

- расширять меню грудного ребёнка можно постепенно: через 3–4 дня добавлять новый ингредиент в рацион;

- овощные пюре лучше готовить на воде с предварительным вымачиванием мелко нарезанных овощей в течение 2 часов (картофель – 12 часов), рекомендуется использовать следующие продукты: кабачок, цветная и белокочанная капуста, светлые сорта тыквы, картофель (не более 20 % от общего блюда);

- каши варятся без молока с применением безглютеновых круп (кукуруза, гречка, рис), т. к. глютен – белок злаковых культур, содержащийся преимущественно в манной и овсяной каше, провоцирует развитие аллергии;

- мясо (конина, крольчатина, индейка, нежирная свинина, говядина, кроме телятины) для прикорма готовится дважды (первая вода после закипания сливается и мясо заново заливается чистой водой, после чего варится в течение 1,5–2 часов), бульон не используется;

- при появлении незначительной аллергии на продукт необходимо исключить его из рациона на некоторое время и ввести позже: если реакции нет – можно использовать в питании, если есть – исключить на длительный срок; при выраженной аллергии продукт заменяется другим, равноценным по пищевой ценности.

Контроль за окружающей средой:

- частая смена постельного белья у ребёнка (2 раза в неделю), исключение подушек и одеял из натуральных материалов (пух, перо, шерсть животных);

- ликвидация ковров, мягкой мебели из жилища для ограничения контакта с пылью;

- желательна уборка квартиры с увлажнением воздуха (моющий пылесос или пылесос с аквафильтром);

- снижение воздействия электромагнитного излучения от компьютера и телевизора;

- кондиционирование и увлажнение помещения с помощью климатических систем (уровень влажности 40 %);

- на кухне желательно присутствие вытяжки, насухо протирать все сырые поверхности;

- отсутствие животных в доме;

- в период активного цветения растений на улице необходимо закрывать все окна в помещении (во избежание попадания пыльцы и семян);

- нельзя использовать детскую одежду из натурального меха.

Системная фармакотерапия:

Антигистаминные препараты.

Назначаются при выраженном зуде и обострении атопического дерматита, а также в экстренных случаях (крапивница, отек Квинке). Обладают снотворным

действием, могут вызывать сухость слизистых оболочек (во рту, в носоглотке), тошноту, рвоту, запоры. Это препараты I поколения: Тавегил, Димедрол, Супрастин, Пипольфен, Фенкарол, Перитол, Диазолин и т. д. Они характеризуются быстрым, но кратковременным лечебным эффектом (4–6 часов). Длительный приём вызывает привыкание, необходимо менять препарат через 2 недели от начала приёма.

Лекарственные средства II поколения не обладают снотворным действием и не вызывают побочных явлений, в отличие от I поколения. Часто используются у детей. Среди них: Кестин, Кларитин, Ломилан, Лорагексал, Кларидол, Кларотадин, Астемизол, Фенистил (разрешен с 1 месяца жизни малыша) и др. Действие у этих препаратов длительное (до 24 часов), принимают 1–3 раза в сутки. Они не вызывают привыкания и могут использоваться достаточно долго – от 3–12 месяцев. После отмены препарата лечебный эффект длится ещё неделю. Но есть и минус у этой группы лекарственных средств: они обладают кардио- и гепатотоксичным действием, не рекомендуются людям с отклонениями в работе сердечно-сосудистой системы и печени.

Антигистаминные препараты III поколения являются наиболее благоприятными для применения, особенно в детском возрасте. У них отсутствуют нежелательные эффекты, описанные в предыдущих группах. Кроме того, эти препараты превращаются в активное химическое соединение лишь при попадании в организм (снижается негативное воздействие). Антигистаминные средства III поколения можно использовать для длительного лечения любых аллергических проявлений и применять с самого раннего возраста у детей. Среди них следующие препараты: Зиртек, Зодак, Цетрин, Эриус, Телфаст, Ксизал и т. д.

Мембраностабилизаторы:

Эти препараты тормозят аллергическую реакцию за счет снижения выработки продуктов воспаления. Обладают профилактическим действием. Назначаются с целью предотвращения рецидива атопического дерматита. Среди них следующие препараты: Налкром (применяют с 1 года) и Кетотифен (с 6-месячного возраста).

Препараты, восстанавливающие функцию желудочно-кишечного тракта:

Эта группа лекарственных средств улучшает работу пищеварительного тракта и корректирует биоценоз кишечника. При нормальной работе органов желудочно-кишечного тракта уменьшается действие аллергенов на организм и снижается частота атопических реакций. К данным препаратам относятся ферменты: Фестал, Дигестал, Мезим форте, Панкреатин, Панзинорм, Энзистал и др. С целью нормализации состояния кишечной микрофлоры назначаются пребиотики (Лактусан, Лактофильтрум, Прелакс и т. д.) и пробиотики (Линекс, Бифиформ, Бифидумбактерин, Ацилол и т. д.). Все препараты принимаются курсами по 10–14 дней.

Лекарственные средства, регулирующие состояние центральной нервной системы:

Повышенная утомляемость и чрезмерные умственные нагрузки, нервозность и раздражительность, стресс, длительная депрессия, бессонница у детей могут провоцировать рецидивы атопического дерматита. Чтобы снизить риск возникновения нежелательных обострений, назначаются препараты для нормализации работы головного мозга. Среди них следующие: ноотропы – вещества, стимулирующие умственную деятельность (Глицин, Пантогам, Глутаминовая кислота и т. д.), антидепрессанты – вещества, борющиеся с чувством угнетённости (назначаются только под контролем психиатра), седативные средства – успокаивающие (Тенотен детский, Ново-Пассит, Персен, детские успокоительные чаи с мятой, мелиссой, валерианой и т. д.), снотворные – средства для борьбы с бессонницей (Фенибут, капли «Баю-бай», чай «Вечерняя сказка», капли «Морфей»)

Иммунотропные вещества:

Назначаются для повышения и активации иммунитета, если есть хотя бы 3 симптома из списка:

- наличие множественных очагов хронического воспаления у ребёнка (кариес, молочница (кандидоз), аденоиды, гипертрофия миндалин и т. д.);
- частые обострения в хронических очагах;
- вялое или скрытое течение обострений;
- частые острые респираторные заболевания (ОРВИ, ОРЗ, грипп,

аденовирусная инфекция и т. д.) – 4 и более раз в год;

- частые повышения температуры до субфебрильных цифр (37,–38,5 °С) неизвестного генеза;

- увеличение разных групп лимфатических узлов (подчелюстные, околоушные, затылочные, подмышечные, паховые и т. д.) – лимфаденопатия;

- отсутствие адекватного ответа на проводимое лечение воспалительных заболеваний.

В случаях имеющейся иммунологической (вторичной) недостаточности назначаются следующие препараты: Тактивин, Тималин, Тимоген.

Витамины:

Наиболее благоприятным действием на организм ребёнка-атопика обладают ß-каротин, пиридоксин (В6), пангамовая кислота (В15), противопоказан тиамин (В1) – усиливает аллергию. Все витамины назначаются в возрастных дозировках.

Антибактериальные препараты:

Назначаются при наличии бактериального воспаления на коже (сыпь с признаками гнойного отделяемого) и повышения температуры более 5 дней. Препаратами выбора становятся: макролиды (Сумамед, Фромилид, Клацид, Рулид, Вильпрафен и т. д.) и цефалоспорины I, II поколения (Цефазолин, Цефуроксим и т. д.).

Противоглистные препараты:

Применяются при выявлении очагов паразитарной инвазии (аскаридоз, энтеробиоз, лямблиоз и т. д.). Любые глисты не только отравляют организм ребёнка продуктами своего обмена, но и вызывают витаминодефицит. Кроме того, повышается аллергический фон. Важно своевременно выявить источник глистной инвазии и ликвидировать его. Наиболее эффективными препаратами являются: Немозол, Пирантел, Фуразолидон, Тиберал, Трихопол, Макмирор, Вермокс, Пиперазин и др.

Кортикостероиды:

Назначаются по строгим показаниям только в условиях стационара. Как правило, кортикостероиды применяются короткими курсами (5–7 дней в дозе 1

мг/кг массы в сутки) в тяжёлых случаях течения атопического дерматита. Препаратом выбора является преднизолон.

Местное лечение:

Часто занимает ведущее место в терапии атопического дерматита. Главные цели:

- подавление аллергических проявлений (зуд, покраснение, отёк) в очаге воспаления;

- устранение сухости и шелушения;

- профилактика или лечение инфицирования кожи (присоединение бактериальной или грибковой флоры);

- восстановление защитной функции со стороны дермы – поверхностного слоя кожи.

Основные средства для местного применения:

- Примочки и влажно высыхающие повязки с лечебными растворами

Используются, как правило, в острую фазу заболевания. К применяемым растворам относятся следующие: настой крепкого чая, коры дуба, лаврового листа, жидкость Бурова (алюминия ацетат 8 %), раствор риванола 1:1000 (этакридина лактат), 1%-ный раствор танина и т. д. Примочки или повязки с лечебными жидкостями оказывают вяжущее и противовоспалительное действие, назначаются наружно на воспалительные очаги (в разведённом виде).

Красители:

Также назначаются в острую фазу атопического дерматита. Среди часто используемых следующие: Фукорцин (краска Кастеллани), 1–2%-ный раствор метиленового синего. Красители обладают антисептическим (прижигают) действием, наносятся на поражённые участки кожи 2–4 раза в день с помощью ватного тампона или ватной палочки.

Противовоспалительные средства (крем, мазь, гель, эмульсия, лосьон):

Применяются, как правило, при хронической фазе заболевания. По силе гормонального воздействия на организм выделяют 4 класса противовоспалительных средств:

-слабые – Гидрокортизон (мазь);

- средние – Бетновейт (крем – лекарственная форма, содержащая масло и воду, проникает на небольшую глубину, используется при острых воспалениях кожи и умеренном мокнущем процессе; мазь – лекарственная форма, содержащая наибольшее количество жиров, проникает глубоко в кожу, применяется при сухих поражениях и уплотнениях);

- сильные – Белодерм (крем, мазь), Целестодерм (крем, мазь), Синафлан (мазь, линимент – густая лекарственная форма, втирающаяся в кожу при наружных воспалениях), Локоид (мазь), Адвантан (крем, мазь, эмульсия – лекарственная форма, содержащая несмешивающиеся жидкости, применяется как нежирная мазь, а также при солнечных ожогах и себорейном дерматите), Элоком (крем, мазь, лосьон – жидкая лекарственная форма, содержащая спирт и воду, применяется для лечения волосистой части головы), Фторокорт (мазь);

- очень сильные – Дермовейт (крем, мазь). (Приложение 4)

Все средства используются наружно 1–2 раза в день, наносятся тонким слоем на пораженные участки кожи (слегка втирая), курс лечения определяется врачом и возрастом ребёнка. Детям грудного и раннего периода рекомендуется использовать Адвантан (с 6 месяцев) и Элоком (с 2 лет). Они считаются наиболее безопасными и эффективными в лечении малышей. Для старших возрастных групп могут назначаться любые другие противовоспалительные средства.

Если на коже ребёнка имеется бактериальное воспаление, то используются мази с эритромицином, линкомицином, гель (мягкая лекарственная форма, легко распределяющаяся по поверхности кожи и не закупоривающая поры, в отличие от мази) Далацин, мазь Бактробан и любые гормональные мази, имеющие в составе антибиотик.

При грибковом поражении кожи применяются Низорал (крем), Клотримазол (мазь).

Существуют также негормональные противовоспалительные средства. Они снимают зуд и воспаление, являются местными антисептиками. Лечение будет более длительным и менее эффективным. Тем не менее нужно знать и применять

эти средства, если атопический дерматит протекает в лёгкой форме, высыпания поддаются терапии, ребёнок грудного и раннего возраста и т. д. Среди них можно выделить следующие: гель Фенистил, мазь ихтиоловая, паста и мазь цинковая, крем Бепантен плюс и т. д.. Кератопластические средства (улучшают регенерацию – заживление) Используются в хроническую фазу атопического дерматита: мазь Солкосерил, Актовегин, Бепантен и другие средства с витамином А (ретинола ацетат), Радевит. Мази наносятся тонким слоем на поражённые участки 1–2 раза в день до заживления.

1.6. Профилактика атопического дерматита, прогноз

Различают два вида профилактики атопического дерматита: первичную, направленную на предотвращение его возникновения, и вторичную – противорецидивную профилактику.

Первичная профилактика.

Проведение мероприятий по первичной профилактике атопического дерматита должно начинаться еще в период внутриутробного развития ребенка, задолго до его рождения. Особую роль в этот период играют токсикозы беременной, прием медикаментов, профессиональные и пищевые аллергены.

Назначение гипоаллергенной диеты (исключение из рациона питания коровьего молока, яиц или других потенциально аллергенных продуктов) беременным из группы риска по рождению ребенка с аллергической патологией не снижает риска развития атопических заболеваний у ребенка, более того, назначение подобной диеты может негативно сказаться на нутритивном статусе, как беременной, так и плода.

Соблюдение гипоаллергенной диеты женщиной из группы риска по рождению ребенка с аллергическими заболеваниями в период грудного вскармливания может снизить риск развития атопического дерматита у ребенка. Прием матерью во время беременности и лактации, а также обогащение рациона

ребенка 1-го полугодия жизни Lactobacillus sp. снижает риск раннего развития атопических болезней у предрасположенных детей.

Особое внимание вопросам профилактики атопического дерматита следует уделять на первом году жизни ребенка. В этот период важно избежать излишнего приема медикаментов, искусственного вскармливания, чтобы не создавать благоприятного фона для гиперчувствительности организма к различным аллергическим агентам. Соблюдение диеты в этот период не менее важно и для кормящей женщины.

Вторичная профилактика.

Имеет своей целью предотвращение обострений атопического дерматита, а, в случае возникновения, - облегчение их протекания.

Вторичная профилактика атопического дерматита включает в себя коррекцию выявленных хронических заболеваний, исключение воздействия провоцирующих заболевание факторов (биологических, химических, физических, психических), соблюдении гипоаллергенной и элиминационной диет и т.д. Профилактический прием десенсибилизирующих препаратов (кетотифен, задитен, интал) в периоды вероятных обострений (осень, весна) позволяет избежать рецидивов. В качестве противорецидивных мер при атопическом дерматите показано лечение на курортах Крыма, Черноморского побережья Кавказа и Средиземноморья.

Соблюдение гипоаллергенной диеты во время лактации матерью ребенка, страдающего атопическим дерматитом, может уменьшить тяжесть течения заболевания.

Элиминационные мероприятия (использование специальных постельных принадлежностей и чехлов для матрасов, вакуумных пылесосов для уборки, акарицидов) - уменьшают тяжесть течения атопического дерматита у детей с сенсибилизацией к клещам домашней пыли и снижают концентрацию клещей в окружающей среде [6].

Особое внимание следует уделять вопросам ежедневного ухода за кожей и правильному выбору белья и одежды. При ежедневном душе не следует мыться горячей водой с мочалкой. Желательно применять нежные гипоаллергенные сорта

мыла и теплый душ, а затем аккуратно промокнуть кожу мягким полотенцем, не растирая и не травмируя ее. Кожу следует постоянно увлажнять, питать и защищать от неблагоприятных факторов (солнца, ветра, мороза). Средства по уходу за кожей должны быть нейтральными не содержащими ароматизаторов и красителей. В белье и одежде следует отдавать предпочтение мягким натуральным тканям, не вызывающим зуд и раздражение, а также использовать постельные принадлежности с гипоаллергенными наполнителями [25, с. 17].

Наиболее тяжелыми проявлениями атопического дерматита страдают дети, с возрастом частота обострений, их длительность и тяжесть становятся менее выраженными. Почти половина пациентов выздоравливает в возрасте 13-14 лет. Клиническим выздоровлением считается состояние, при котором симптомы атопического дерматита отсутствуют в течение 3–7 лет.

Периоды ремиссии при атопическом дерматите сопровождаются стиханием или исчезновением симптомов болезни. Промежуток времени между двумя обострениями может колебаться от нескольких недель до месяцев и даже лет. Тяжелые случаи атопического дерматита протекают практически без светлых промежутков, постоянно рецидивируя.

Прогрессирование атопического дерматита значительно повышает риск развития бронхиальной астмы, респираторной аллергии и др. заболеваний.

К сожалению, невозможно полностью оградить детей от влияния окружающей среды, стрессов, болезней и т. д., а это значит, что всегда будут присутствовать факторы, обостряющие атопический дерматит. Однако, внимательное отношение к их организму, знание особенностей течения заболевания, своевременная и активная профилактика позволяют значительно уменьшить проявления заболевания, продлить периоды ремиссии на многие годы и повысить качество жизни. И ни в коем случае не следует пытаться лечить атопический дерматит самостоятельно. Это может вызвать осложненные варианты течения заболевания и тяжелые последствия. Лечение атопического дерматита должны осуществлять врачи аллергологи и дерматологи [26, с. 251].

Прогноз.

Полное клиническое выздоровление наступает у 17- 30 % больных детей. Неблагоприятный прогноз на выздоровление имеют дети, у которых АД развился в возрасте 1 -3 мес. жизни; дети с атопическим дерматитом в сочетании с бронхиальной астмой.

Показания к госпитализации:

- обострение заболевания с нарушением общего состояния;
- распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием;
- рецидивирующие кожные инфекции;
- неэффективность стандартной противовоспалительной терапии.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1. Частота встречаемости атопического дерматита у детей на базе Нытвенской районной больницы за 2017–2019 гг.

Для изучения заболеваемости атопическим дерматитом у детей за 2017-2019 года в городе Нытва было проведено исследование на базе ГБУЗ ПК НРБ Детская поликлиника.

Для получения данных по атопическому дерматиту за последние три года были обработаны медицинские карты пациентов за 2017, 2018, 2019 гг.

За последние десятилетия аллергические заболевания получили необычайно широкое распространение: по данным официальной статистики, сегодня 30-40% населения земного шара страдает аллергией.

Особую тревогу вызывает рост заболеваемости аллергией среди детей, а также появление тяжелых, нетипичных форм аллергических заболеваний, торпидных к

традиционным видам терапии, что сопровождается увеличением потребления противоаллергенных препаратов. В мире на их приобретение ежегодно затрачивается около 12 млрд. долларов, и, несмотря на это, заболеваемость, например, атопическим дерматитом за последние 20 лет выросла вдвое.

Эпидемиология атопического дерматита в мире, и в особенности в России, изучена недостаточно. Согласно данным официальной статистики в России атопический дерматит диагностирован у 1300 человек на 100 тысяч обследованного населения [16, с. 58].

С 2017 года число зарегистрированных больных возросло на 9% и составило в 2018 году 9 096 106 человек (6 371 на 100 тыс. населения), что составляет около 6% от всего населения Российской Федерации. Динамика заболеваемости детей от 0 до 14 лет по сравнению с 2017 годом возросла на 18% и составляет на 2019 год в целом по РФ 9 482,7 на 100 тыс. соответствующего населения.

У половины больных первые признаки атопического дерматита возникают уже на первом году жизни. Из них у 75% первые симптомы можно обнаружить в возрасте от 2 до 6 месяцев. Более редкими являются случаи, когда у пациентов обнаруживают дерматит в период от года до 5 лет жизни.

Показано, что атопический дерматит развивается у 81% детей, если оба родителя страдают этим заболеванием, и у 56% — когда болен только один родитель, причем риск увеличивается, если больна мать. У больных атопическим дерматитом до 28% родственников страдают атопией дыхательных путей. При исследовании близнецовых пар было установлено, что частота атопического дерматита у гомозиготных близнецов составляет 80%, а у гетерозиготных — 20% [2, с. 83].

Можно предположить, что есть главный (ведущий) ген, который участвует в реализации наследственной предрасположенности, приводя к манифестации процесса под воздействием неблагоприятных внешних воздействий — средовых факторов риска.

Для проведения исследования были использованы социологические и статистические методы.

Статистическое исследование – процесс изучения явлений на основе статистических методов. Статистические методы – это совокупность приемов, принимаемых в процессе статистического исследования.

Обычно в статистическом исследовании выделяют три этапа:

1) сбор статистической информации. На этой стадии используется метод статистического наблюдения;

2) статистическая сводка и обработка информации. Используют метод группировки и статистические таблицы.

3) обобщение к интерпретации статистической информации. Проявляется анализ статистической информации с помощью обобщенных статистических показателей.

Проведение анализа позволяет проверить причинно-следственную связь изучаемых явлений, определить влияние различных решений и оценить возможные последствия.

Социологический опрос – это специфический социологический метод исследования. Он используется во всех социологических исследованиях. Данный метод незаменим при сборе ограниченного объема информации. Социологический опрос включает анкетирование и интервьюирование [1].

В рамках данного исследования на базе ПК Нытвенская районная поликлиника был использован метод анкетирования.

Анкетирование предполагает, что опрашиваемый заполняет вопросник в присутствии анкетера или без него, реже анкетер заполняет вопросник со слов опрашиваемого.

По форме проведения анкетирование может быть индивидуальным или групповым, когда за относительно короткое время можно опросить значительное число людей. Анкетирование бывает также очным и заочным - в виде почтового опроса; опроса через газету, журнал, компьютерную сеть.

Данный метод обладает следующими достоинствами:

- высокой оперативностью получения информации;
- возможностью организации массовых обследований;

– сравнительно малой трудоемкостью процедур подготовки и проведения исследований, обработки их результатов;

– отсутствием влияния личности и поведения опрашивающего на работу респондентов;

– не выраженностью у исследователя отношений субъективного пристрастия к кому-либо из отвечающих.

Анкета является основным инструментом опроса и представляет собой социологический документ, содержащий структурно-организованный набор вопросов, каждый из которых связан с задачами проводимого исследования. Эта связь выражается в необходимости получения информации, отражающей характеристики изучаемого объекта [10].

Для получения данных по атопическому дерматиту за последние три года были обработаны медицинские карты пациентов за 2017, 2018, 2019 гг.

Общее количество пролеченных больных детей в ГБУЗ ПК НРБ с атопическим дерматитом за период 2017 – 2019 гг.

Анализ историй болезней показал, что на фоне общих статистических данных по России (заболеваемость атопическим дерматитом возрастает из года в год) данные, полученные на ГБУЗ ПК НРБ, имеют отрицательную динамику (Диаграмма 1).

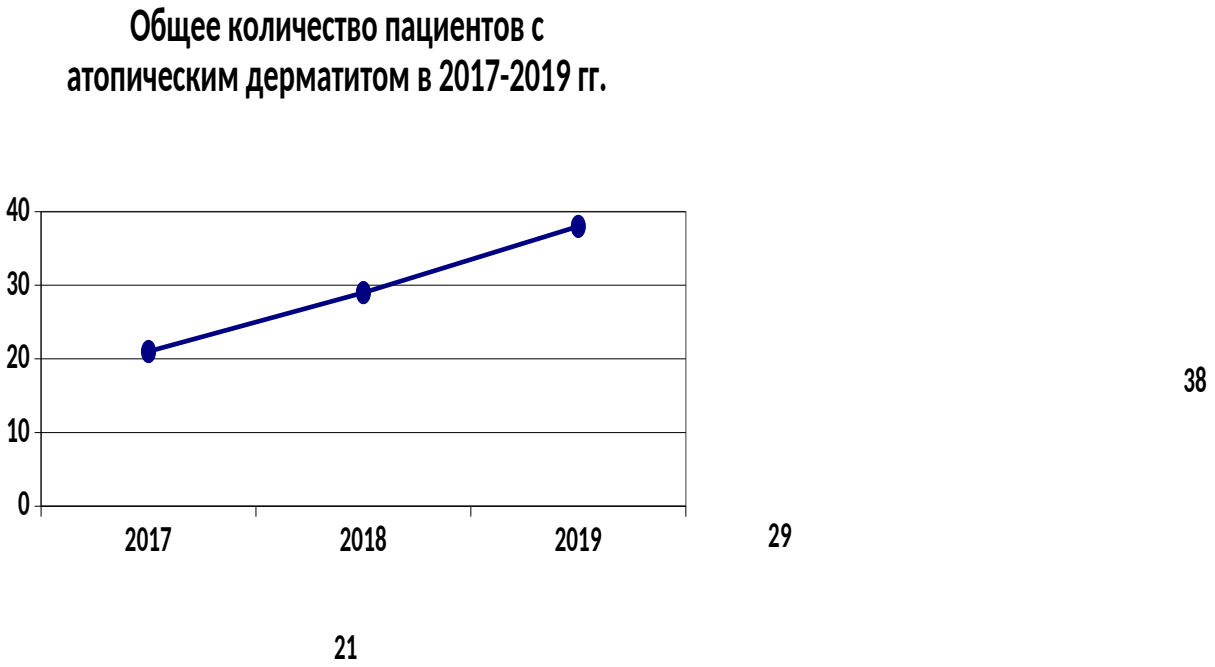


Диаграмма 1. Тенденция заболеваемости атопическим дерматитом

Обработка историй болезни показала, что среди болеющих атопическим дерматитом детей от 0 до 17 лет примерно в равной степени встречаются и мальчики и девочки (Диаграмма 2).

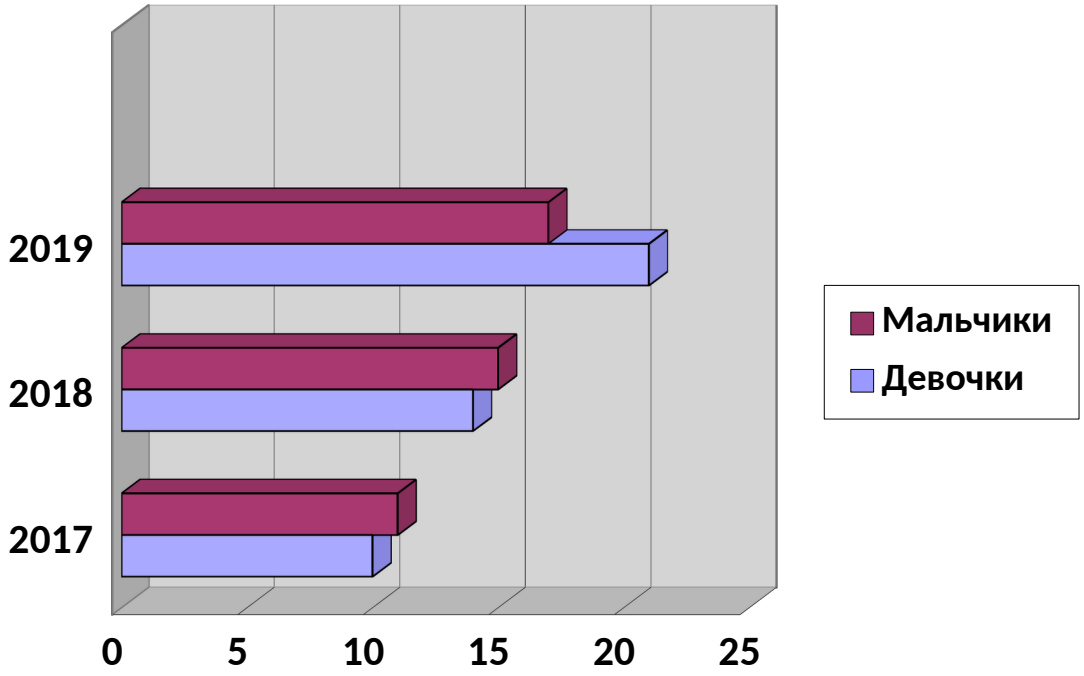


Диаграмма 2. Распределение детей с атопическим дерматитом в зависимости от пола в период 2017-2019 гг.

В 2017 году в ГБУЗ ПК НРБ пролечилось 21 ребенок с атопическим дерматитом. Из них **11** мальчиков (53 %) и **10** девочек (47 %). В 2018 году количество мальчиков составило **15** из 29 (51 %), а девочек – **14** (49 %). В 2019 году мальчиков было **17** (48 %), девочек – **21** (52 %).

Как видим, атопическим дерматитом в равной степени болеют как мальчики, так и девочки, количество болеющих колеблются.

Наиболее частым осложнением атопического дерматита являются бактериальные инфекции кожи (пиодермии), вирусные инфекции кожи, грибковые инфекции [11, с. 102]. Среди общего количества пролеченных больных детей в ГБУЗ ПК НРБ с атопическим дерматитом за период 2017 – 2019 гг. оказалось, что наибольший процент осложнений приходится на бактериальные инфекции, на втором месте вирусные инфекции, далее – грибковые инфекции.

Из 24 детей с осложнениями атопического дерматита в 2017 году у 15 человек наблюдалась пиодермия, у 4 – вирусная инфекция, у 2 – грибковая инфекция (Диаграмма 3).

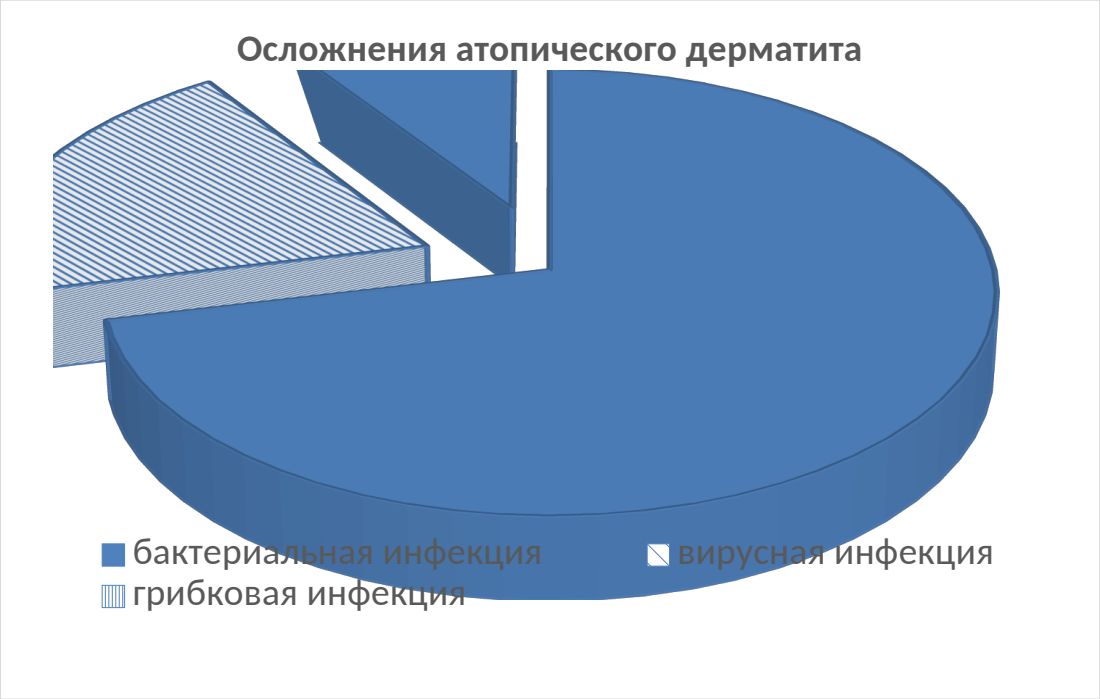


Диаграмма 3. Осложнения атопического дерматита в 2017 году

Из 20 детей с осложнениями атопического дерматита в 2018 году у 12 человек наблюдалась пиодермия, у 4 – вирусная инфекция, у 4 – грибковая инфекция (Диаграмма 4).

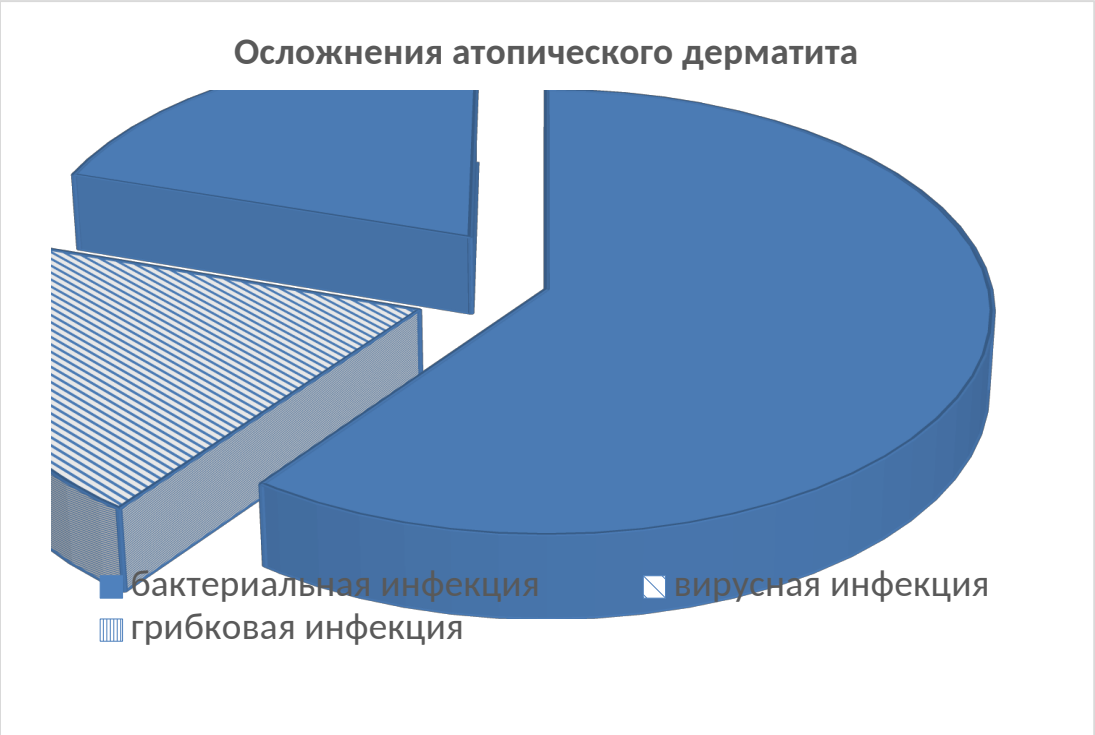


Диаграмма 4. Осложнения атопического дерматита в 2018 году

Из 17 детей с осложнениями атопического дерматита в 2019 году у 10 человек наблюдалась пиодермия, у 4 – вирусная инфекция, у 3 – грибковая инфекция (Диаграмма 5).

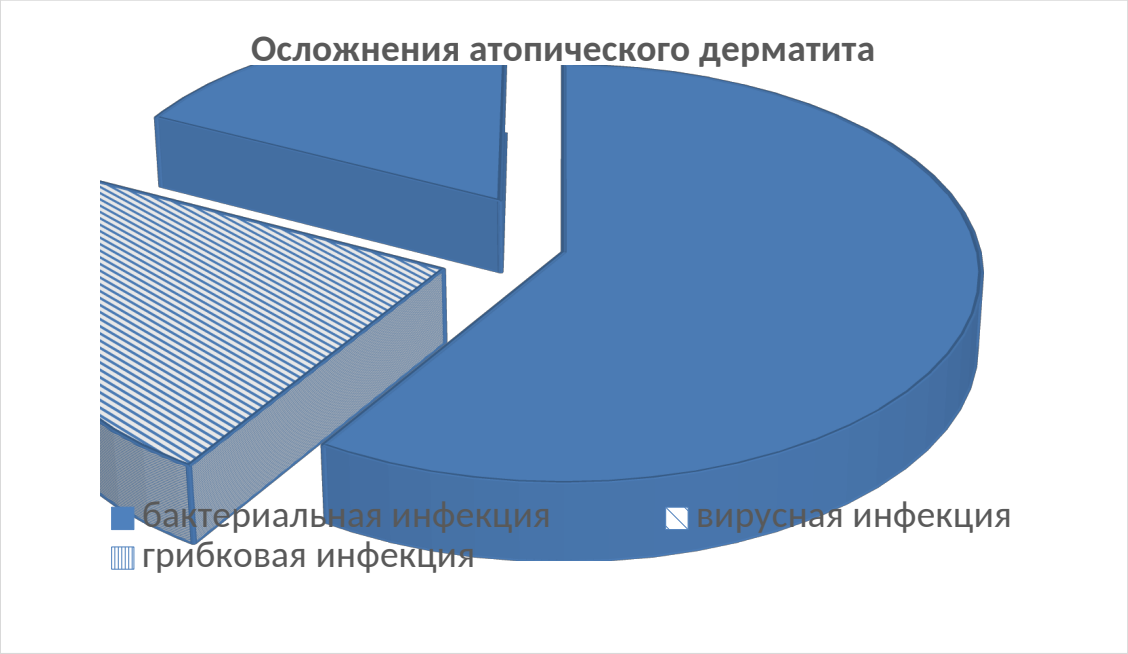


Диаграмма 5. Осложнения атопического дерматита в 2019 году

У пациентов ГБУЗ ПК НРБ, проходивших лечение по поводу атопического дерматита за период 2017-2019 гг. проявление заболевания в виде поражения кожи лица наблюдалось достаточно часто. Если принять во внимание, что атопический дерматит на лице есть следствие аллергических реакций, то это закономерно, особенно у детей.

Атопический дерматит дебютировал у абсолютного большинства детей (80%) на первом году жизни, причем у половины - в первые 3 месяца. Наиболее частой причиной возникновения первых кожных проявлений являлись пищевые аллергены (белок куриного яйца, злаковые каши, клубника, рыба).

По результатам исследования выяснилось, что из наблюдаемой группы большая часть больных (72%) страдала эритематозно-сквамозной формой АД, причем в эту группу входили более половины детей (78%) от 1,5 до 3 лет.

При поступлении все дети предъявляли жалобы на кожный зуд и поражение кожи. Клиническая симптоматика АД была типичной и проявлялась эритемой, папулезными высыпаниями, отечностью, мокнутием, лихенизацией, корками, шелушением.

При оценке выраженности клинических проявлений АД установлено, что при среднетяжелом АД такие симптомы, как зуд, сухость кожи, лихенификации, папулезный характер высыпаний, гиперемия, характеризовались достоверно большей интенсивностью, чем при легком АД.

По результатам проведенного аллергологического обследования выявлено, что у больных АД в возрастной группе 8 мес. - 1,5 года наиболее часто отмечалась сенсибилизация к пищевым аллергенам (60%). У детей старшего возраста преобладала сенсибилизация к ингаляционным (35%) и бытовым (40%) аллергенам.

При аллергологическом обследовании повышенный уровень IgE обнаружен у 62% пациентов. Самый высокий средний уровень общего IgE отмечен у детей от 1,5 до 3 лет. Он составил 380 МЕ/мл, что в 4 раза выше нормы. В группе детей со среднетяжелой степенью атопического дерматита отмечалось превышение показателей общего IgE в сравнении с легкой степенью тяжести заболевания, средний уровень его составил 350 МЕ/мл.

Всем пациентам назначалась комплексная терапия атопического дерматита, начиная с элиминации причинно-значимых аллергенов.

По статистике, к началу периода полового созревания у 50% детей заболевание проходит вовсе, или обострения становятся крайне редкими.

Выздоровевшим принято считать больного, у которого обострения не наблюдались на протяжении длительного времени (от трех до семи лет).

Среди пациентов с атопическим дерматитом в ГБУЗ ПК НРБ за период 2017 – 2019 гг. в результате лечения наблюдалась положительная динамика.

В 2017 году выздоровевшими оказались 12 человек из 21, в 2018 году – 9 человек из 29, в 2019 году – 11 человек из 38. В основном это дети в возрасте от 12 до 17 лет (Диаграмма 6).

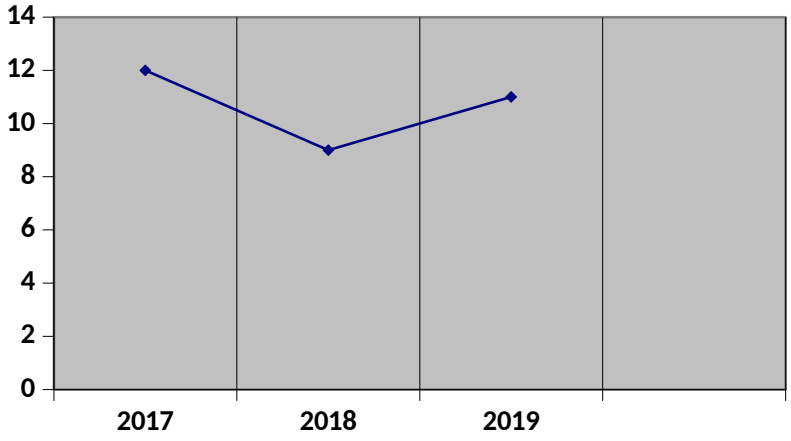


Диаграмма 6. Тенденция по выздоровлению пациентов с атопическим дерматитом

Свод данных по пациентам, обратившихся с атопическим дерматитом в ГБУЗ ПК НРБ в 2017-2019 гг. (по частоте осложнений, частоте поражения кожи лица, количеству выздоровевших)

Соотношение заболевших в зависимости от частоты осложнений, частоты поражения кожи лица, количества выздоровевших			
Общее количество пациентов с атопическим дерматитом	Из них количество осложнений	Из них с поражением кожи лица	Из них количество выздоровевших
2017			

21	4	6	12
2018			
29	5	7	9
2019			
38	7	7	11

2.2. Результаты исследования

Для того, чтобы изучить динамику атопического дерматита на базе ГБУЗ ПК НРБ было проведено дополнительное исследование, в котором приняли участие 20 человек. На вопросы анкеты отвечали родители детей 1-12 лет и сами дети – 13-17 лет. Среди пациентов было 11 мальчиков и 9 девочек.

Участие респондентов в опросе было добровольным. Пациентам (или их родителям) были предложены вопросы анкеты (Приложение 2). Полученные данные были обработаны, сделаны выводы, даны рекомендации.

Опрос показал, что большинству пациентов впервые диагноз атопического дерматита был поставлен в возрасте до года (Диаграмма 7).

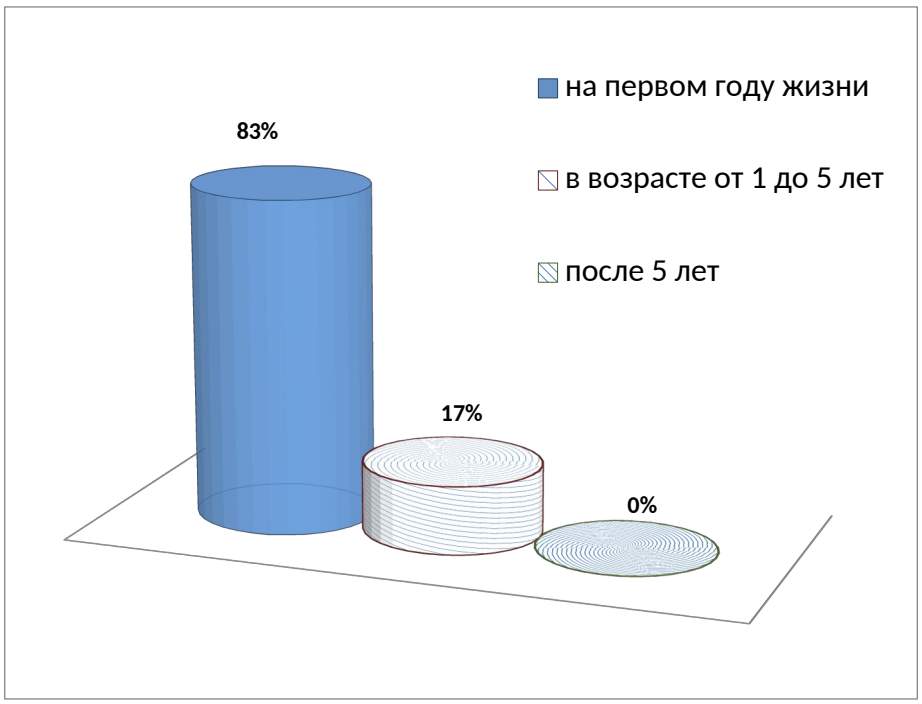


Диаграмма 7. Возраст появления атопического дерматита

Среди причин возникновения атопического дерматита пациенты называют наследственную предрасположенность (6 человек – 33 %), заболевания желудочно-кишечного тракта (5 человек – 28 %), инфекции (3 человека – 17 %) (Диаграмма 8).

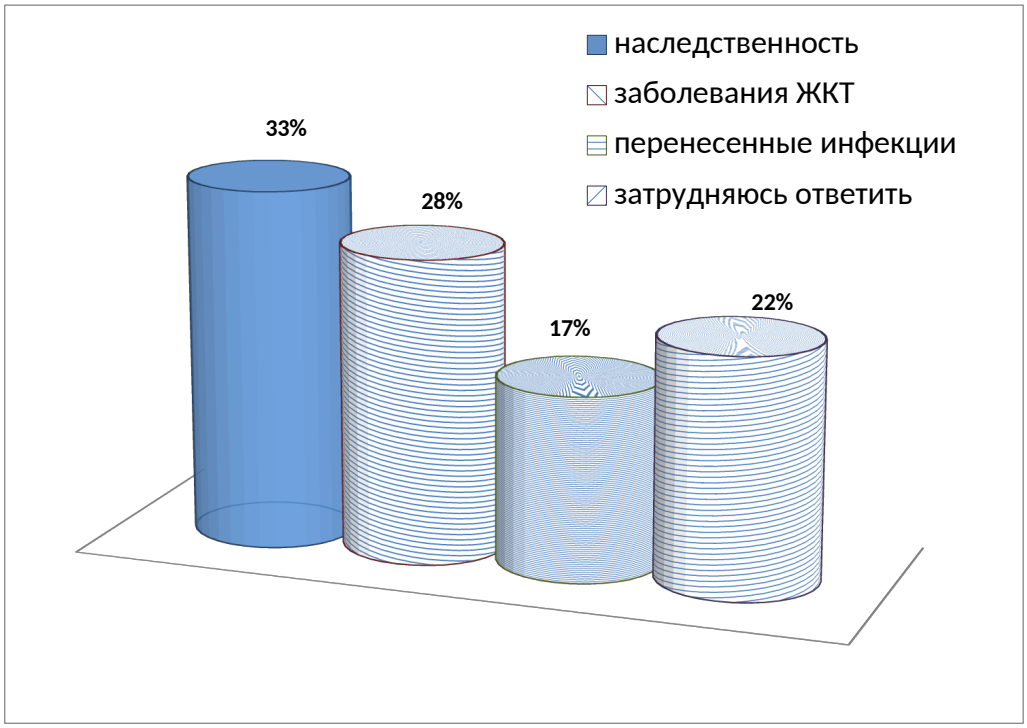


Диаграмма 8. Причины возникновения атопического дерматита

На вопрос о проявлениях атопического дерматита практически все респонденты называют зуд, изменение окраски кожных покровов, беспокойство детей, расчесы.

Опрошенные считают, что мальчики и девочки болеют атопическим дерматитом с равной частотой (наши данные также свидетельствуют об этом, перевес в сторону мальчиков не значительный) (Диаграмма 9).

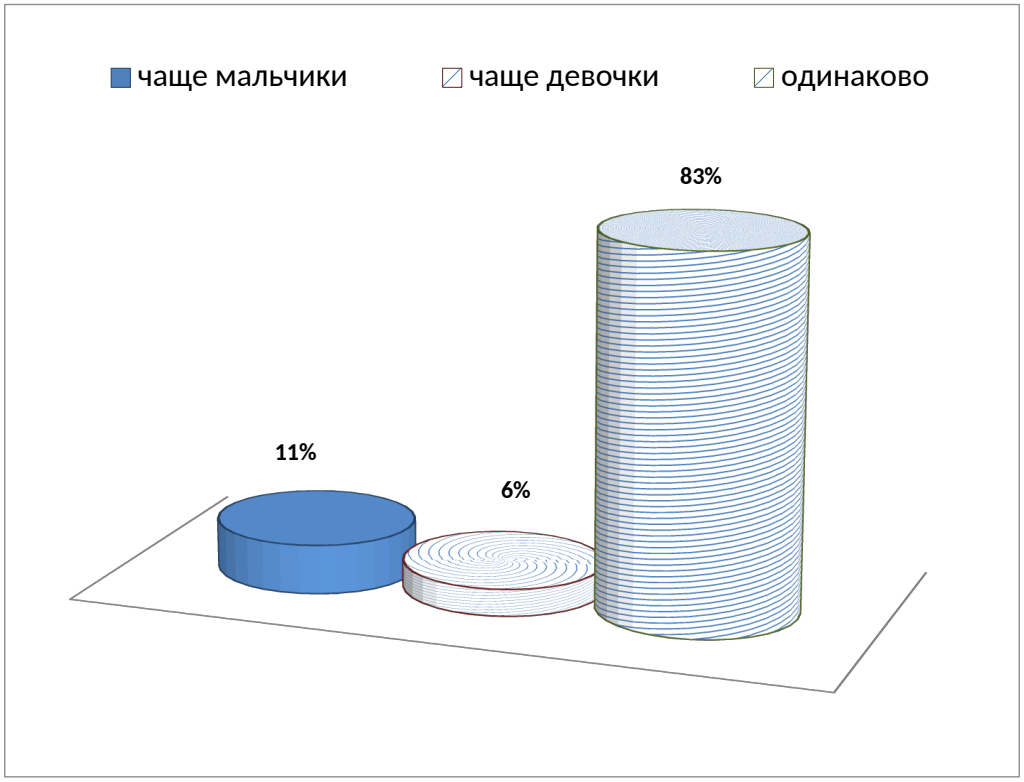


Диаграмма 9. Распространение заболевания в зависимости от пола.

Двоим детям из 20 (11 %) впервые был поставлен диагноз атопического дерматита, 11 человек (56 %) редко обращаются по поводу своего заболевания в поликлинику, 6 человек (33 %) приходят в поликлинику с атопическим дерматитом не реже 1 раза в год (Диаграмма 10).

Все опрошенные утверждают, что обязательно соблюдают рекомендации, полученные в поликлинике, т.к. знакомы с таким осложнением атопического дерматита, как присоединение инфекции [11].

Так как основное проявление атопического дерматита связано с изменениями кожи, то рекомендации будут в основном направлены на уход за ней.

При купании детей с атопическим дерматитом следует соблюдать простые правила:

– не следует пользоваться мочалками, растирать кожу;

– желательно применять высококачественные моющие средства с нейтральным pH (5,5);

– после купания кожу не вытирать досуха;

– нанести на еще влажную кожу, на участки повышенной сухости смягчающие специальные средства для ухода за кожей [17, с. 211].

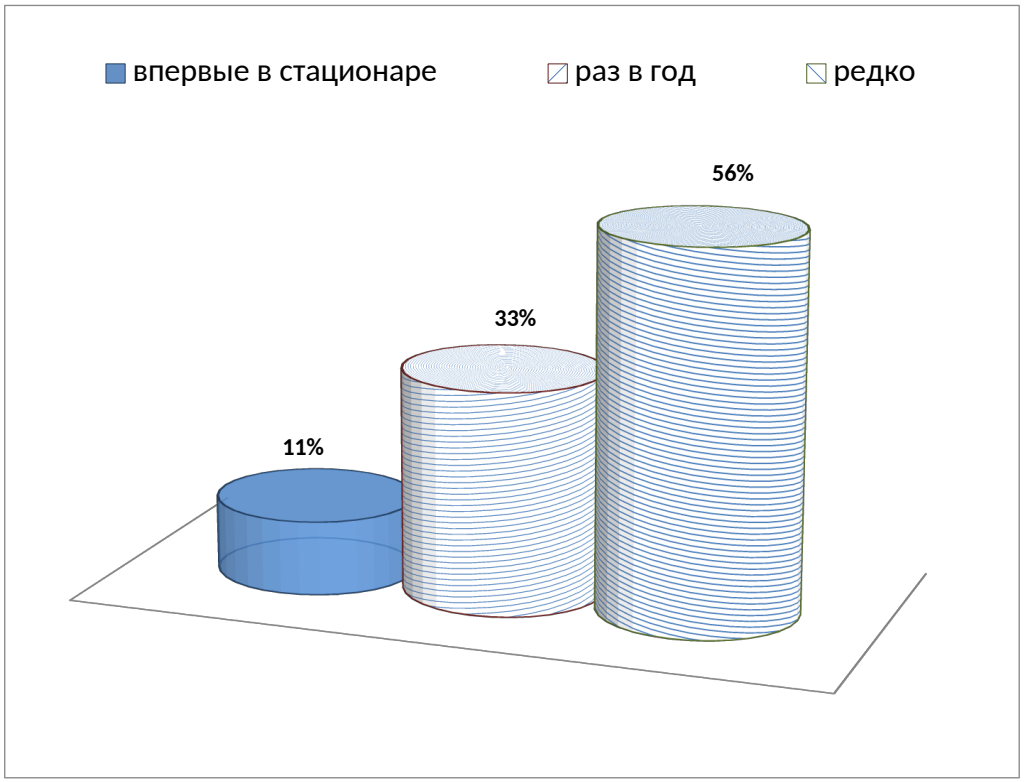


Диаграмма 10. Частота обращения в поликлинику по поводу атопического дерматита

B. Интенсивность клинических проявлений (оценивается врачом)

Оценка клинических проявлений АтД

Клинические проявления	**Оценка в баллах**
Эритема	
Отек или папулезность	
Мокнутье/корки	
Расчесы	
Лихенификация	
Сухость	
Итого	

Показатель В = _____

Способ оценки

0= отсутствие проявлений

1=легкие проявления

2=умеренные проявления

3= тяжелые проявления

C. Выраженность субъективных симптомов (оценивается пациентом)

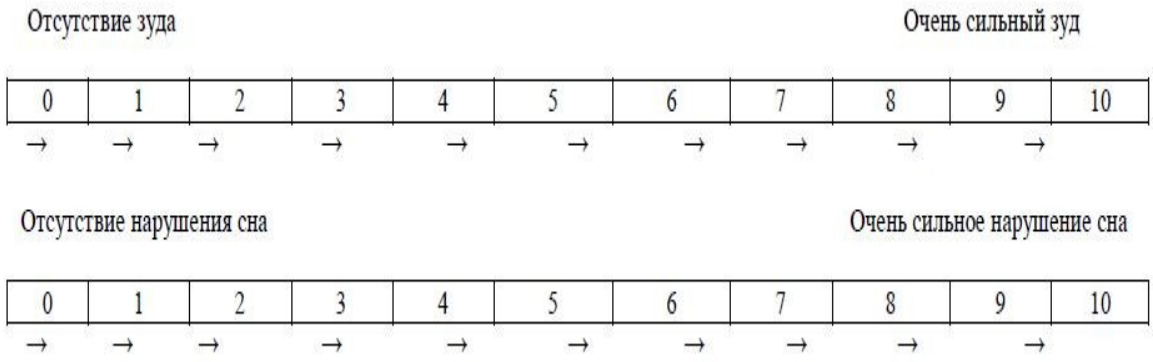


Рис. 1. Шкала оценки тяжести клинических проявлений SCORAD

Субъективные симптомы — зуд кожных покровов и нарушения сна — оценивают только у детей старше 7 лет. Пациенту или его родителям предлагается указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, соответствующую, по их мнению, степени выраженности зуда и нарушений сна, усредненную за последние 3 суток. Сумма баллов субъективных симптомов может колебаться от 0 до 20.

Как рассчитать индекс SCORAD?

Общую оценку рассчитывают по формуле: A/5 + 7B/2 + C. Общая сумма баллов по шкале SCORAD может составлять от 0 (клинические проявления поражения кожи отсутствуют) до 103 (максимально выраженные проявления атопического дерматита). При значении индекса SCORAD до 20 баллов течение АтД определяют как легкое, от 20 до 40 баллов как средней тяжести, выше 40 баллов - тяжелое.

Как оценить выраженность клинических проявлений у детей до 7 лет?

У детей до 7 лет для определения интенсивности клинических проявлений может быть использован модифицированный индекс SCORAD — TIS (The Three Item Severity score), который определяется по аналогичным SCORAD параметрам A и B и рассчитывается по формуле A/5 + 7B/2.

Оценку симптомов следует проводить на участке кожи, где они максимально выражены. Один и тот же участок пораженной кожи можно использовать для

оценки выраженности любого количества симптомов. Параметр С у детей до 7 лет не определяют, учитывая малый возраст обследуемых, а следовательно, отсутствие возможности оценить степень субъективных ощущений самим пациентом.

Принципы диетотерапии и тактика введения прикорма

Диетотерапия проводится в три этапа:

• 1 этап — диагностическая элиминационная диета, когда положительная динамика клинической симптоматики при исключении из питания подозреваемого продукта позволяет подтвердить наличие аллергии к нему.

• 2 этап — лечебная элиминационная диета с исключением всех выявленных причинно-значимых пищевых аллергенов и триггерных факторов.

• 3 этап — расширение рациона в период ремиссии.

Тактика введения прикорма

Продукты прикорма ребенку с АтД должны вводиться в рацион по одному, в небольших количествах, предпочтительно в период продолжающегося грудного вскармливания. У детей с аллергией к БКМ прикорм не должен содержать молочных продуктов. В остром периоде АтД новые продукты прикорма не назначаются.

Поскольку в настоящее время доказано, что отсроченное введение прикорма не позволяет снизить риск пищевой аллергии, оптимальным сроком для введения прикорма в питание ребенка с аллергией считается возраст от 5 до 6 месяцев. Ребенку формируется индивидуальный элиминационный рацион, максимально сбалансированный по составу макро- и микронутриентов и соответствующий возрастным физиологическим потребностям.

Гипоаллергенные продукты прикорма должны иметь монокомпонентный состав, не содержать молока, глютена, сахара, соли, бульона, а также консервантов, искусственных красителей и ароматизаторов.

При наличии таких гастроинтестинальных нарушений, как неустойчивый стул, диарея, колики, а также при сниженной массе тела первыми вводятся каши промышленного производства, при склонности к запорам или избыточной массе тела — овощное пюре.

Для организации гипоаллергенного зернового прикорма выбирают моно-компонентные безмолочные и безглютеновые каши (гречневую, рисовую, кукурузную), не содержащие сахар.

В качестве гипоаллергенного овощного прикорма используются кабачки, патиссоны, цветная, белокочанная, брюссельская капуста и др.

Следует помнить, что у детей с АтД часто встречается сенсибилизация ко многим продуктам: необходим индивидуальный подбор даже гипоаллергенных продуктов прикорма с контролем специфических IgE и/или прик-тестов и клинической переносимости.

С целью коррекции белковой части рациона в питание ребенка с 6 месяцев вводят мясное пюре. Рекомендуется использовать специализированные детские консервы из мяса кролика, индейки, конины, ягненка, тощей свинины. Говядина и телятина у детей с аллергией к БКМ не используются.

Фруктовые и ягодные соки рекомендуется давать значительно позже, чем здоровым детям, — только к концу первого года жизни. Гипоаллергенный фруктовый прикорм формируется главным образом из яблок зеленой и белой окраски. Тепловая обработка фруктов улучшает их переносимость.

Куриное яйцо и рыба как высокоаллергенные продукты не вводятся в рацион детей первого года жизни с АтД.

Кисломолочные продукты и творог, как и другие продукты, содержащие коровье молоко, при наличии аллергии на БКМ полностью исключаются из рациона ребенка. Оптимальные сроки введения различных блюд прикорма детям с аллергией к БКМ представлены в табл. 5.

Таблица 5 - Сроки введения и ассортимент продуктов и блюд прикорма для детей первого года жизни: здоровых, из групп высокого риска по развитию атопии и с пищевой аллергией.

Продукты	Возраст детей (месяц)		
	Здоровые дети	Группа высокого риска по развитию атопии	Пищевая аллергия*
Каша	4 - 6	4,5 - 6	5 - 6
Овощное пюре	4 - 6	4,5 - 6	5 – 6
Фруктовое пюре	4 - 6	5,5	6,5
Фруктовый сок	4 - 6	6	после 8 мес.
Мясное пюре	6	6	6
Творог	6	6 – 7	-
Желток	7	8	-
Рыбное пюре	8	9 - 10	-
Детский кефир, йогурт	Не ранее 8	Не ранее 8	-
Сухари, печенье	7	7	7 (несдобный, без яйца
Хлеб пшеничный	8	8	9 (несдобный, без яйца
Растительное масло	4-6	5	5
Сливочное масло	4-6	5,5	5-6 мес (топленое масло)

Таблица 5

Примечание * — необходим строгий учет индивидуальной переносимости продуктов, вводимых в питание.

При достижении ремиссии АтД гипоаллергенная диета должна постепенно расширяться за счет контролируемого включения ранее непереносимых продуктов и блюд.

На этапе расширения рациона, как и на диагностическом этапе, эффективно ведение пищевого дневника.

Составление гипоаллергенного рациона детям с АтД старше года

Целевое назначение гипоаллергенной диеты — уменьшить антигенное и гистамино-либераторное воздействие пищи на организм ребенка, способствовать нормализации процессов пищеварения, что в конечном счете позволяет добиться более длительной и стойкой ремиссии заболевания.

При составлении элиминационного рациона детям в возрасте старше одного года в качестве основы используют неспецифическую гипоаллергенную диету (№ 5 ГА: при аллергии к БКМ безмолочная, при сенсибилизации к глютену — безглютеновая). Учитывая высокую частоту патологии органов пищеварения у детей с аллергическими заболеваниями, она разработана на основе диеты № 5, предназначенной для детей с заболеваниями печени и желчевыводящей системы. При сенсибилизации к нескольким пищевым белкам составляется индивидуальный гипоаллергенный рацион.

При наличии сенсибилизации к грибковым аллергенам необходимо исключить из питания продуктов, приготовленных на основе дрожжевого брожения (дрожжевой хлеб, квас), а также ферментированных сыров.

В случаях тяжелого течения АтД и множественной пищевой сенсибилизации не всегда представляется возможным создание полноценного рациона за счет только использования натуральных продуктов питания. В таких случаях для коррекции белкового и витаминно-минерального компонентов рациона и улучшения нутритивного статуса ребенка в питание могут быть включены специализированные лечебные продукты на основе высокогидролизованного белка или аминокислотные смеси. Обычно они добавляются в рацион в виде питья или в каши в объеме 200–400 мл в сутки. При отсутствии сенсибилизации к сое с этой же целью могут быть использованы смеси на основе изолята соевого белка.

В отдельных случаях — детям с множественной пищевой гиперчувствительностью, нетяжелыми клиническими реакциями на пищу при отсутствии IgE-сенсибилизации — может применяться ротационный принцип

диетотерапии, когда условно переносимые продукты используются в питании один раз в 4 дня [8].

При наличии сенсибилизации к ингаляционным аллергенам диета назначается с учетом как выявленной пищевой сенсибилизации, так и возможности перекрестной сенсибилизации между ингаляционными и пищевыми аллергенами (табл. 6). При поллинозе должен учитываться период цветения — на время цветения причинно-значимых растений следует рекомендовать более строгую элиминацию пищевых продуктов, дающих перекрестные аллергические реакции.

Таблица 6 - Перекрестные аллергические реакции на пищевые продукты и риск их развития.

Имеющаяся аллергия	**Возможное развитие перекрестной аллергии**	**% риска**
Бобы	Горох, фасоль	5
Лесной орех (грецкий орех)	Кещью, фундук, бразильский орех	37
Рыба (лосось)	Камбала, треска	50
Моллюски и ракообразные (креветки)	Краб, лобстер	75
Зерновые (пшеница)	Рожь, ячмень	20
Коровье молоко	Говядина	10
Коровье молоко	Козье молоко	92
Коровье молоко	Кумыс	4
Пыльца (береза, амброзия)	Фрукты, овощи (яблоко, персик, мускатная дыня)	55
Персик	Яблоко, слива, груша, вишня	55
Дыня (мускатная дыня)	Арбуз, банан, авокадо	92
Латекс (перчатки из латекса)	Фрукты (киви, банан, авокадо)	35
Фрукты (киви, авокадо, банан)	Латекс (перчатки из латекса)	11

При достижении ремиссии рацион должен постепенно расширяться за счет ранее исключенных продуктов и блюд.

Осуществляя уход за кожей детей с атопическим дерматитом, необходимо учитывать следующие правила:

- подбирать средства гигиены, исключая использование агрессивных средств очистки, которые удаляют с кожи не только загрязнения, но и защитную гидролипидную пленку;
- оберегать кожу от использования чрезмерно жесткой воды;
- выбирать для стирки одежды порошки с неагрессивными моющими компонентами;
- избегать соприкосновения кожи с чрезмерно жесткой тканью и шерстью;
- не использовать горячую воду для душа и ванны;
- защищать кожу от избыточного воздействия солнечных лучей;
- использование специальных средств, предназначенных для ухода за кожей при атопическом дерматите [7].

Чтобы уменьшить внешние проявления на коже, необходимо постоянно следить за питанием ребенка. Надо исключить все продукты, являющиеся сильными аллергенами. К ним относятся: мед, орехи, шоколад, кофе, какао, цитрусовые, яйца куриные, ягоды красные.

Для выявления индивидуальной непереносимости тех или иных продуктов питания нужно вести пищевой дневник, следить за реакцией организма после приема пищи, исключить все продукты, после приема которых покраснения и зуд кожи усиливаются.

Мероприятия по профилактике атопического дерматита необходимо проводить еще до рождения ребенка - в антенатальном периоде (антенатальная профилактика) и продолжить на первом году жизни (постнатальная профилактика).

Антенатальная профилактика должна осуществляться совместно с аллергологом, врачами гинекологического отделения и детской поликлиники. Существенно увеличивают риск формирования атопического дерматита массивная медикаментозная терапия беременной, воздействие на нее профессиональных

аллергенов, одностороннее углеводистое питание, злоупотребление облигатными пищевыми аллергенами и др. [18, с. 356].

В раннем постнатальном периоде необходимо постараться избежать излишнего медикаментозного лечения, раннего искусственного вскармливания, которые ведут к стимуляции синтеза иммуноглобулина. Строгая диета касается не только ребенка, но и кормящей грудью матери. При наличии фактора риска по атопическому дерматиту необходимы правильный уход за кожей новорожденного, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта.

Но полностью исключать контакт с аллергенами не стоит, нужно как бы постепенно приучать к ним организм ребенка и вне обострения атопического дерматита в минимальных количествах по одному вводить такие продукты в меню малыша [27].

По итогам второй главы можно сделать следующие выводы:

1) атопический дерматит – одно из наиболее распространенных заболеваний, встречающихся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах;

2) атопическим дерматитом одинаково болеют как мальчики, так и девочки, возраст возникновения заболевания чаще – первый год жизни;

3) большую роль в возникновении заболевания играет наследственная предрасположенность;

4) проведенное исследование выявило положительную динамику по атопическому дерматиту на базе ГБУЗ ПК НРБ за период 2017-2019 гг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Атопический дерматит – одно из самых распространенных и тяжелых аллергических заболеваний, и самое частое аллергическое поражение кожи. Не смотря на огромный шаг вперед, сделанный в этой области за последние годы, лечение атопического дерматита является достаточно сложной проблемой и требует совместной работы врача, больного и членов его семьи.

Атопический дерматит – хроническое, генетически обусловленное, аллергическое воспаление кожи, характеризующееся типичной клинической картиной (типичными симптомами). Ведущий клинический симптом атопического дерматита, встречающийся во всех возрастных группах – кожный зуд.

Атопический дерматит в подавляющем большинстве впервые проявляется у детей в возрасте от 2 до12 месяцев. Реже от 1 года до 5 лет. Впервые заболевание, соответствующее симптомам атопического дерматита, было описано в 1844 году [22].

В настоящее время атопический дерматит может прятаться под названиями экзема, нейродермит. Иногда его ошибочно называют аллергическим дерматитом или диатезом.

Точная причина, вызывающая данное заболевание, неизвестна. Медики склоняются к тому, что атопический дерматит – это полифакторное заболевание, которое может возникать при стечении определенных обстоятельств.

Генетическая предрасположенность организма – главный фактор, влияющий на развитие заболевания. На него «наслаиваются» другие причины.

Нарушение некоторых биохимических процессов в коже человека, приводящее к формированию ее гиперреактивности.

Наличие аллергии у родителей сильно увеличивает риски развития атопического дерматита у детей.

Табачный дым также отрицательно влияет на иммунитет малыша. Курение в помещении, где находится ребенок, – преступление.

Пищевые аллергены, бытовая химия, инфекционные заболевания, резкое изменение погодных условий – все эти факторы могут стать причиной обострения болезни. До 40% детей, у которых есть атопический дерматит, имеют еще и пищевую аллергию.

В данной работе на базе Нытвенская районная поликлиника нами было проведено исследование пациентов с атопическим дерматитом в возрасте от 0 до 17 лет.

При помощи статистического метода было обработано 88 историй болезни за период 2017-2019 гг. Выявлено общее количество случаев атопического дерматита за три года, а также случаи первичного обращения по поводу атопического дерматита в поликлинику.

Используя метод опроса, в частности анкетирование, мы выясняли причины заболевания, возраст возникновения, зависимость от пола, причины заболевания.

На основании проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Атопический дерматит – широко распространенное заболевание.

2. Заболевают мальчики и девочки в равной степени.

3.Большая роль в возникновении заболевания отводится наследственности.

4. При лечение атопического дерматита применяется комплексный подход, при этом большое внимание уделяется уходу за кожей.

Рекомендации пациентам с атопическим дерматитом:

1) соблюдение правил личной гигиены: использование специальных моющих средств с нейтральным уровнем pH, отказ от мочалок;

2) соблюдение диеты: исключение аллергенов, ведение пищевого дневника, наблюдение за реакцией организма после приема продуктов;

3) соблюдение профилактических мероприятий, которые включают антенатальную и постнатальную профилактику.

Нельзя забывать о том, что любые изменения кожных покровов требуют консультации специалиста. Своевременно начатая терапия снижает риск

возможных осложнений, способствует выздоровлению и восстановлению организма.