

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Булат Альфредович Шамов^{1*}, Ирина Геннадьевна Сафиуллина¹, Асия Булатовна Бешимова²

¹Казанский государственный медицинский университет,

²Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер, г. Казань

Реферат

Цель. Изучение распространённости симптомов атопического дерматита в динамике и их взаимосвязи с симптомами бронхиальной астмы у детей 7–8 лет.

Методы. Обследованы 8880 детей в возрасте 7–8 лет: в 2002 г. — 3000 детей, в 2006 г. — 2865 детей, в 2010 г. — 3015 детей. Проведено сплошное анкетирование детей на основании опроса о кардинальных симптомах заболевания в соответствии с правилами международной унифицированной программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood — Международное исследование астмы и аллергии у детей).

Результаты. Установлены значительные расхождения показателей распространённости симптомов атопического дерматита и данных по установленным диагнозам у больных в лечебно-профилактических учреждениях. Распространённость симптомов атопического дерматита у школьников за период 2002–2010 гг. увеличилась с 12,5±0,4 до 20,4±1,5% (p < 0,001). Частота появления первых симптомов атопического дерматита в возрасте до 2 лет снизилась с 7,6±1,0 до 4,9±0,8% (p < 0,05). Частота выявления сыпи за последний год увеличились с 3,2±0,6 до 4,8±0,8% (p < 0,05). При этом диагноз «атопический дерматит» в лечебно-профилактических учреждениях школьникам в возрасте 7–8 лет стали выставлять чаще: в 2002 г. — 4,0±0,7%, в 2006 г. — 5,4±0,4%, в 2010 г. — 13,8±1,3% детей (p < 0,001). Распространённость симптомов сочетанных форм атопического дерматита и бронхиальной астмы выросла с 3,4±0,4 до 7,8±1,0% (p < 0,001). Установлено наличие сильной корреляции между наличием симптомов атопического дерматита и бронхиальной астмы (от r=0,76 до r=1,00, p < 0,05).

Вывод. Среди школьников в возрасте 7–8 лет продолжается рост частоты симптомов атопического дерматита и бронхиальной астмы, установлено наличие корреляционных взаимосвязей между симптомами этих заболеваний.

Ключевые слова: атопический дерматит, бронхиальная астма, дети младшего школьного возраста, ISAAC.

PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS SYMPTOMS AND ITS RELATION TO RESPIRATORY ALLERGY IN PREADOLESCENT CHILDREN B.A. Shamov¹, I.G. Safiullina¹, A.B. Beshimova². ¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia, ²Republican clinical dispensary of dermatology and sexually transmitted diseases, Kazan, Russia. **Aim.** To study the prevalence of atopic dermatitis symptoms and its relation to bronchial asthma symptoms in children of 7–8 years of age. **Methods.** 8880 children aged 7–8 years were examined (3000 children — in 2002, 2865 children — in 2006, 3015 children — in 2010). A questionnaire survey for atopic dermatitis symptoms was conducted as a part of international unified program «International Study of Asthma and Allergy in childhood». **Results.** Significant differences in prevalence of atopic dermatitis symptoms according to the questionnaire survey and as documented in medical charts were determined. The prevalence of atopic dermatitis symptoms has raised from 12.5±0.4% in 2002 to 20.4±1.5% in 2010 (p < 0.001). The prevalence of atopic dermatitis symptoms early onset (younger than 2 years of age) decreased from 7.6±1.0 to 4.9±0.8% (p < 0.05). The prevalence of atopic dermatitis relapses during the past calendar year increased from 3.2±0.6 to 4.8±0.8% (p < 0.05). Meanwhile, the diagnosis of atopic dermatitis was set up in preadolescent children 7–8 years of age more frequently: to 4.0±0.7% in 2002 compared to 13.8±1.3% in 2010 (p < 0.001). The prevalence of atopic dermatitis and bronchial asthma combination increased from 3.4±0.4 to 7.8±1.0% (p < 0.001). A strong relation between presence of atopic dermatitis symptoms and bronchial asthma symptoms was discovered (from 0.76 to 1.00, p < 0.05). **Conclusion.** The prevalence of atopic dermatitis symptoms and bronchial asthma symptoms is still growing in preadolescent children 7–8 years of age, a relation between presence of abovementioned diseases symptoms was discovered. **Keywords:** atopic dermatitis, bronchial asthma, preadolescent children, ISAAC.

Атопический дерматит (АД) относят к наиболее распространённым дерматологическим заболеваниям, приводящим к значительным персональным, социальным и финансовым последствиям для семьи больного и общества в целом [3–5]. Изучение АД у детей на кафедре дерматовенерологии Казанского государственного медицинского университета проводится уже более 20 лет. Нами установлены территориальные особенности распространённости и факторы, способствующие хроническому течению, предложены пути совершенствования диаг-

ностики, терапии и реабилитации при АД у детей [6–8].

В настоящее время в связи с разнообразием клинических терминов и регистрацией первичных больных разными специалистами (дерматологами, педиатрами, аллергологами) существуют значительные расхождения показателей распространённости АД у детей. Данные официальной статистики, основанные на показателях обращаемости за медицинской помощью, как правило, занижены в 10–20 раз и не дают истинного представления о распространённости АД [1, 2].

Целью проведённого исследования было

Адрес для переписки: shamovba@mail.ru

Распространённость симптомов атопического дерматита (%) у детей в возрасте 7-8 лет по программе ISAAC за период 2002-2010 гг.

Вопросы анкеты	Все дети			Мальчики			Девочки		
	2002 г. (n=3000)	2006 г. (n=2865)	2010 г. (n=3015)	2002 г. (n=1525)	2006 г. (n=1515)	2010 г. (n=1502)	2002 г. (n=1475)	2006 г. (n=1350)	2010 г. (n=1513)
Зудящая сыпь когда-либо в течение 6 мес	11,9±1,2	13,4±0,6	12,4±1,2	11,5±1,6	12,9±0,9	11,7±1,7	12,2±1,7	13,9±0,9	13,2±1,7
Зудящая сыпь за последние 12 мес	6,5±0,9	7,3±0,4	7,5±1,0	6,5±1,2	7,4±0,7	6,9±1,3	6,5±1,3	7,2±0,7	8,2±1,4
Зудящая сыпь локализовалась на ступнях конечностей, лице и т.п.	6,4±0,9	6,4±0,5	6,3±0,9	6,6±1,2	5,8±0,6	6,1±1,2	6,2±1,2	6,9±0,7	6,6±1,3
Зудящая сыпь впервые появилась в возрасте до 2 лет	7,6±1,0*	4,4±0,4	4,9±0,8	8,1±1,4	4,1±0,3	5,1±1,1	7,1±1,3	4,7±0,6	4,8±1,1
Зудящая сыпь впервые появилась в возрасте 2-4 лет	2,7±0,6	2,0±0,3	2,6±0,6	2,5±0,8	2,2±0,4	2,6±0,8	3,0±0,9	1,9±0,3	2,6±0,8
Зудящая сыпь впервые появилась в возрасте 5 лет и старше	1,5±0,4	0,9±0,2	2,8±0,6*	0,9±0,5	1,1±0,3	2,3±0,8	2,1±0,7#	0,6±0,2	3,2±0,9
За последние 12 мес сыпь полностью не исчезала	3,2±0,6	2,9±0,3	4,8±0,8*	3,0±0,9	2,0±0,4	4,8±1,1	3,5±0,9	3,7±0,5##	4,9±1,1
За последние 12 мес ребёнок просыпался ночью от зудящей сыпи менее чем одну ночь в неделю	6,6±0,9**	1,5±0,3	1,5±0,4	4,5±1,0	1,4±0,3	1,6±0,7	4,1±1,0	1,5±0,3	1,4±0,6
За последние 12 мес ребёнок просыпался ночью от зудящей сыпи 1 раз в неделю и чаще	0,9±0,3	0,4±0,1	0,4±0,2	0,7±0,4	0,3±0,1	0,3±0,3	1,2±0,5	0,6±0,2	0,5±0,4
Ребёнку когда-либо был выставлен диагноз «атопический дерматит»	4,0±0,7	5,4±0,4	13,8±1,3**	3,7±1,0	4,6±0,5	13,7±1,8	4,2±1,0	6,2±0,6#	14,0±1,8

Примечание: различие между общими показателями по годам — *p < 0,05, **p < 0,001; различие показателей у мальчиков и девочек и по годам — #p < 0,05, ##p < 0,01.

изучение распространённости симптомов АД в динамике и их взаимосвязи с симптомами бронхиальной астмы (БА) у детей школьного возраста (7–8 лет).

Использованы международная стандартизированная унифицированная программа ISAAC (Международное исследование астмы и аллергии у детей – International Study of Asthma and Allergy in Childhood) и методы математической статистики, расчёты произведены с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Программа ISAAC была создана с целью определения распространённости и тяжести аллергических заболеваний у детей разных стран мира. Стандартизированные данные позволяют оценить динамику распространённости и тяжести заболевания, провести анализ факторов, способствующих заболеваемости, и оценить качество медицинской помощи в различных странах и регионах. Стандартный протокол ISAAC был принят в декабре 1991 г. и одобрен Всемирной Организацией Здравоохранения. Исследования по этой программе были проведены в 155 клинических центрах 35 стран мира, которые установили колебания распространённости АД от 1 до 46% [9–11].

Исследование по программе ISAAC состоит из трёх фаз: в первой оценивают распространённость и тяжесть АД у детей определённой популяции, во второй – этиологические территориальные факторы, в третьей после 3-летнего перерыва вновь оценивают распространённость и тяжесть заболевания. Сплошное анкетирование детей проводят на основании опроса о кардинальных симптомах заболевания, а не на основании установленных ранее диагнозов. Принципиально важным считают исключение использования терминов «атопический дерматит», «нейродермит», «экзема» и «ISAAC» при информировании сотрудников школ, учеников, их родителей и предоставлении им письменных материалов об исследовании. У первоклассников анкеты заполняют родители, при заполнении анкеты им не дают каких-либо объяснений. Необходимо участие не менее 90% школьников в исследовании. Рекомендовано сохранение установленного дизайна анкеты с ведением строгого учёта документации. Анкета состоит из идентификационного раздела и трёх разделов, содержащих отборочные вопросы по АД, БА, аллергическому риниту. Раздел АД начинается с отборочного вопроса, дифференцирующего аллергические заболева-

ния кожи от неаллергических дерматозов, и вопроса, детально отбирающего детей с проявлениями заболевания в течение года. Затем следуют высокоспецифичные и точные вопросы о локализации и возрасте, в котором появились первые кожные проявления. Последующие ответы на два вопроса дают представление о тяжести заболевания и его хроническом течении. Последний вопрос уточняет диагноз, выставленный ребёнку. Аналогично построены разделы опроса по БА и аллергическому риниту.

В соответствии с правилами и требованиями программы ISAAC за период с 2002 по 2010 гг. в г. Казани проводилось анкетирование 8880 школьников младших классов в возрасте 7–8 лет: в 2002 г. – 3000 человек (три района города, 22 школы, 1525 мальчиков и 1475 девочек), в 2006 г. – 2865 человек (три района, 37 школ, 1515 мальчиков и 1350 девочек), в 2010 г. – 3015 человек (пять районов, 52 школы, 1502 мальчика, 1513 девочек).

Полученные усреднённые результаты приведены в табл. 1. За 2002–2010 гг. отмечено увеличение количества детей, имевших зудящую сыпь, которая не исчезала в течение последнего года, и появление сыпи впервые в возрасте старше 5 лет. При этом уменьшилось число детей, у которых сыпь впервые появилась в возрасте до 2 лет и которые просыпались ночью от зуда реже одной ночи в неделю.

Менялось количество школьников, имевших в течение года выраженные клинические проявления хронического течения болезни. В 2002 г. таких детей было 3,2% (34,4% общего числа детей с симптомами АД), в 2006 г. – 2,9% (41,7% детей с симптомами АД), а в 2010 г. цифры превысили предыдущие показатели и составили 4,8% (68,1% детей с симптомами АД) ($p < 0,05$).

При этом за исследованный период в лечебно-профилактических учреждениях у школьников 7–8 лет стали чаще диагностировать АД: 2002 г. – $4,0 \pm 0,7\%$, 2006 г. – $5,4 \pm 0,4\%$, 2010 г. – $13,8 \pm 1,3\%$ детей ($p < 0,001$). Значительный рост числа детей с установленным диагнозом за последние годы может быть связан как с высокой информированностью и настороженностью специалистов, так и с некоторой гипердиагностикой.

Дополнительно проведён анализ показателей детей, у которых одновременно присутствовали признаки поражения кожи и органов дыхания (далее – сочетанная форма АД).

Распространённость симптомов сочетан-

ной формы АД в 2002 г. составила $3,6 \pm 0,6\%$, при этом диагноз только АД был выставлен у $1,2 \pm 0,4\%$ детей (в 3 раза ниже частоты выявления симптомов), только БА — у $0,4 \pm 0,2\%$ детей (в 9 раз ниже частоты сочетанных симптомов).

В 2006 г. (второе исследование) распространённость симптомов сочетанных форм выросла до $6,8 \pm 0,9\%$, а диагноз только АД был выставлен у $3,6 \pm 0,9\%$ детей (почти в 2 раза ниже данных о распространённости сочетанных симптомов), диагноз БА — у $1,1 \pm 0,4\%$ детей (почти в 3,4 раза ниже частоты выявления сочетанных симптомов).

Во время последнего исследования в 2010 г. распространённость симптомов сочетанных форм продолжала нарастать и составила $7,8 \pm 1,0\%$, что в 2,3 раза превышало показатели 2002 г. ($p < 0,001$). Диагноз АД был выставлен лишь у $3,7 \pm 0,7\%$ детей, что в 2 раза ниже данных о распространённости симптомов АД в сочетанных формах, а диагноз БА — у $1,8 \pm 0,6\%$ детей, что в 4,3 раза ниже частоты выявления симптомов ($p < 0,001$).

Для выявления взаимосвязи между симптомами АД и БА был проведён анализ анкет 3015 детей методом корреляционного анализа. Было установлено наличие положительной связи между ответом на вопрос «наличие затруднённого дыхания когда-либо» и ответами на следующие вопросы: «появление зудящей сыпи впервые в возрасте 5 лет и старше» ($r=1,00$, $p < 0,05$), «диагностированный АД» ($r=0,92$, $p < 0,05$), «наличие зудящей сыпи когда-либо» ($r=0,88$, $p < 0,05$), «появление зудящей сыпи в возрасте 2–4 лет» ($r=0,81$, $p < 0,05$), «типичная локализация сыпи» ($r=0,80$, $p < 0,05$), «появление зудящей сыпи впервые в возрасте до 2 лет» ($r=0,80$, $p < 0,05$), «симптомы текущего АД» ($r=0,78$, $p < 0,05$), «появление зудящей сыпи за последние 12 мес» ($r=0,76$, $p < 0,05$).

Таким образом, исследование, проведённое за период 2002–2010 гг. у 8880 школьников 7–8 лет по программе ISAAC показало, что рост распространённости симптомов АД продолжается. Мониторинг региональной распространённости АД свидетельствует об увеличении частоты его более тяжёлых и сочетанных с БА форм, низкой и поздней диагностике, увеличении детей с непрерывно рецидивирующим течением заболевания. Установлены значительные расхождения показателей распространённости симптомов АД и данных по установленным диагнозам у больных в лечебно-профилакти-

ческих учреждениях. При этом продолжает увеличиваться количество детей, у которых патологический кожный процесс сочетается с другими аллергическими заболеваниями. Гиподиагностика АД способствует хроническому течению заболевания. В свете этого необходимо активное раннее выявление больных детей для оказания им своевременной специализированной медицинской помощи.

Полученные данные свидетельствуют о продолжении «атопического марша» у детей г. Казани, что согласуется с мировой тенденцией в развитых странах. Причиной этого может быть воздействие многообразной и многофакторной совокупности различных условий (природных, социальных и других неблагоприятных факторов среды обитания человека), а также недостаточная эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Создание системы динамического комплексного наблюдения за детьми с АД и БА на определённой территории позволит оценить масштабы и характер распространённости заболеваний, выявить тенденции и динамику процесса, рационально и эффективно проводить и корректировать лечебные мероприятия, оперативно разрабатывать тактические действия и принимать стратегические решения.

Использование таких программ, как ISAAC, даст возможность проводить раннюю диагностику и мониторинг симптомов АД и БА у детей, а полученные результаты могут служить предпосылкой своевременно начатого лечения, проведения профилактических и оздоровительных мероприятий. Эффективное применение полученных данных даёт шанс изменить уровень, структуру и динамику заболеваемости АД и БА у детей, предотвратить или снизить социальные и экономические потери общества и государства.

ВЫВОД

Среди школьников в возрасте 7–8 лет продолжается рост частоты симптомов атопического дерматита и бронхиальной астмы, установлено наличие корреляционных взаимосвязей между симптомами этих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергология и иммунология / Под ред. А.А. Баранова, Р.М. Хаитова. — М.: Союз педиатров России, 2010. — 250 с.

2. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. — М.: МФОЗМиР, 2000. — 80 с.

3. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. — М.: Медицина, 1999. — 240 с.

4. Лусс Л.В. Аллергия — болезнь цивилизации: эпидемиология, факторы риска, этиология, классификация, механизм развития // *Consil. Med. Алергол.* — 2002. — Т. 2, №2. — С. 23–25.

5. Торопова Н.П., Сиявская О.А. Экзема и нейродермит у детей (современные представления о патогенезе, клинике, лечении и профилактике). — Свердловск, 1993. — 447 с.

6. Шамов Б.А. Атопический дерматит у детей: медико-социальные аспекты и новые подходы его реабилитации / В кн.: Методологические и организационные основы медико-социальной профилактики. — Казань, 2004. — С. 65–77.

7. Шамов Б.А., Маланичева Т.Г., Денисова С.Н. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей / Под ред. А.Г. Шамовой. — Казань: Медицина, 2010. — 328 с.

8. Шамов Б.А., Шамова А.Г. Атопический дерматит у детей. — Казань: Новое знание, 2006. — 256 с.

9. Asher M., Keil U., Anderson H. et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood — ISAAC: rationale and methods // *Eur. Respir. J.* — 1995. — Vol. 8. — P. 483–491.

10. Bjorksten B., Dumitrescu D., Foucard T. et al. Prevalence of childhood asthma, rhinitis and eczema in Scandinavia and Eastern Europe // *Eur. Resp. J.* — 1997. — Vol. 10. — P. 743–749.

11. Stewart A.W., Mitchell E.A., Pearce N. et al. The relationship of per capita gross national product to the prevalence of symptoms of asthma and other atopic diseases in children (ISAAC) // *Intern. J. Epidemiol.* — 2001. — Vol. 30. — P. 173–179.

УДК 616.314003.8-009.6-05308: 616-036.8-072.8

T14

ВЛИЯНИЕ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА И ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

Динара Мадритовна Исламова^{1*}, Альбина Ирековна Булгакова¹, Ильдар Вакилевич Валеев¹,
Рустам Мухаметьянович Дюмеев²

¹Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа,

²Стоматологическая поликлиника №6, г. Уфа

Реферат

Цель. Изучение влияния клиновидного дефекта и гиперестезии зуба на качество жизни пациентов.

Методы. Обследованы 118 пациентов с клиновидным дефектом и гиперестезией зуба. Снижение качества жизни оценивали с использованием опросника ОНП-14 (профиль влияния стоматологического здоровья), состоящего из 14 вопросов и 7 шкал (ограничение функций, физический дискомфорт, психологический дискомфорт, физические нарушения, психологические расстройства, социальные ограничения, ущерб). Комплекс лечения в основной группе (57 больных) включал снятие симптома гиперестезии зуба с помощью препарата «Нанофлюор», пломбирование при средней и глубокой стадиях клиновидного дефекта. В группе сравнения (61 пациент) использовали препарат «Глуфторэд» (ЗАО «ВладМиВа», Белгород), проводили пломбирование при средней и глубокой стадиях клиновидного дефекта.

Результаты. Минимальное суммарное количество баллов по опроснику ОНП-14 выявлено у пациентов с поверхностным клиновидным дефектом зуба, максимальное — при глубоком клиновидном дефекте (чем больше показатели, тем ниже качество жизни). Пациенты в возрастных группах 31–40 и 41–50 лет отметили минимальное снижение качества жизни, худшие показатели были зафиксированы у пациентов 18–30 лет, а также в возрасте 51 год и старше. После лечения глубокого клиновидного дефекта оценка качества жизни по ОНП-14 пациентами группы сравнения оказалась хуже, чем в основной группе, различия были статистически значимыми по общему индексу качества жизни, а также шкалам «Ограничение функций» и «Физические ограничения». При среднем клиновидном дефекте значимо отличалась оценка качества жизни по шкалам «Ограничение функций», «Физический дискомфорт» и «Психологические расстройства». При поверхностном клиновидном дефекте зуба значимых различий между группами после лечения не обнаружено.

Вывод. Гиперестезия и нарушение эстетики значительно влияют на комфорт пациентов, что снижает качество их жизни; минимальное снижение оценки качества жизни установлено при поверхностной стадии клиновидного дефекта зубов, наибольшее — при глубоком клиновидном дефекте зуба.

Ключевые слова: качество жизни, клиновидный дефект зуба, симптом гиперестезии зуба, опросник ОНП-14.

INFLUENCE OF WEDGED CERVICAL LESIONS AND DENTINE HYPERSENSITIVITY ON QUALITY OF LIFE
D.M. Islamova¹, A.I. Bulgakova¹, I.V. Valeev¹, R.M. Dumeev². ¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia, ²Out-patient Dental Clinic №6, Ufa, Russia. **Aim.** To study the influence of wedged cervical lesions and dentin hypersensitivity on quality of life. **Methods.** 118 patients with wedged cervical lesions and dentin hypersensitivity were examined. The quality of life was assessed using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) 14-item questionnaire focusing on seven dimensions of impact (functional limitation, pain, psychological discomfort, physical disability, psychological disability, social disability and handicap). Treatment in patients of the first group (57 patients) included dentin hypersensitivity relief using the «Nano-fluor» fluoride varnish and dental restoration in patients with medium and promoted stages of wedged cervical lesions. Patients of the control group were treated with «Gluflore» fluoride liquid, dental restoration was performed in patients with medium and promoted stages of wedged cervical lesions. **Results.** Patients with superficial wedged cervical lesions had lower