

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.3/4:616.5-001/-002]:159.9-053.2/6

**МАНКЕВИЧ**  
Римма Николаевна

**СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА,  
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
И ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ  
И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ  
АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

по специальности 14.00.09 – педиатрия

Минск 2008

Работа выполнена в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Научный руководитель:** **Беляева Людмила Михайловна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Официальные оппоненты:** **Кувшинников Владимир Александрович**, доктор медицинских наук, профессор 2-й кафедры детских болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Деркач Юрий Николаевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической медицины, проректор по научной работе УО «Полесский государственный университет»

**Опонирующая организация:** УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится 21 мая 2008 г. в 12:00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.01 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» (220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, тел. 272-55-98).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «19» апреля 2008 г.

Ученый секретарь совета  
по защите диссертаций  
кандидат медицинских наук, доцент



А. В. Сикорский

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### *Актуальность темы диссертации*

В связи с высокой распространенностью у детей и взрослых аллергические заболевания все чаще называют «глобальной проблемой человечества». Атопический дерматит тяжелое, хроническое и распространенное заболевание, в возникновении и развитии которого участвуют многие органы и системы организма. Функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, в том числе, нарушения биоценоза кишечника, дисфункция шитовидной железы, иммунной системы и психологические особенности детей, страдающих АД, имеют важное диагностическое и прогностическое значение. Они влияют на течение АД и способствуют формированию особенностей психоциальной дезадаптации. Это требует разработки дополнительных, более адекватных лечебно-оздоровительных мероприятий.

Ранняя диагностика сопутствующей патологии и своевременная ее коррекция у детей и подростков, страдающих АД, позволит замедлить процесс хронизации болезни и улучшить социальную адаптацию пациентов. Количество публикаций по данной теме в отечественной литературе невелико, нет четких сведений о выявляемости и характере функциональных расстройств, особенно со стороны ЖКТ и ЦЖ, у данной категории пациентов. В Республике Беларусь комплекс оказания лечебно-профилактической помощи детям, страдающим АД, до настоящего времени разработан недостаточно, а имеющиеся исследования по этому вопросу имеют разрозненный и достаточно противоречивый характер.

Таким образом, распространенность АД, высокие экономические затраты, связанные прежде всего с симптоматическим лечением пациентов без учета системности процесса, а также снижение качества их жизни, свидетельствуют об актуальности данной проблемы в современных условиях и обосновывают необходимость более глубокого изучения причин, структурных ведущих звеньев патогенеза и клинических проявлений особенно со стороны ЖКТ и ЦЖ у детей с АД. Полученные в результате проведенных исследований данные позволят оптимизировать комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий детям школьного возраста и, что очень актуально – подросткам, с АД.

### *Связь работы с крупными научными программами и темами*

Работа выполнена на кафедре педиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования и является фрагментом НИР кафедры микробиологии и вирусологии Белорусского государственного медицинского университета «Разработать прик-тесты для диагностики аллергических заболеваний» (номер государственной регистрации 20001199).

### *Цель и задачи исследования*

*Цель:* для оптимизации диагностики и терапии оценить состояние желудочно-кишечного тракта и биоценоза кишечника, взаимосвязь психологического статуса и функционального состояния шитовидной железы у детей и подростков, страдающих atopическим дерматитом.

### *Задачи исследования:*

1. Определить ведущие факторы сенсibilизации и роль иммунологической дисфункции в развитии и поддержании системного хронического аллергического воспаления у пациентов с АД в различные возрастные периоды.
  2. Оценить функциональное состояние верхних отделов ЖКТ у детей и подростков, страдающих различными формами АД, и характер связи между состоянием ЖКТ и уровнями общего и секреторного иммуноглобулина А в слюне пациентов.
  3. Определить влияние пилорического хеликобактериоза на течение АД.
  4. Провести анализ функционального состояния биоценоза кишечника у детей и подростков с различными формами АД и определить влияние лактазной недостаточности на развитие и поддержание АД.
  5. Оценить взаимосвязь уровней гипоталамико-гипофизарно-тиреоидных гормонов и особенностей психологического портрета школьников, страдающих различными формами АД.
- Объект исследования:* дети и подростки, страдающие atopическим дерматитом (7-17 лет).
- Положения, выносимые на защиту:*
1. АД чаще возникает у детей, имеющих генетическую предрасположенность к аллергическим заболеваниям, особенно по материнской линии; его развитию способствуют злоупотребление матерями в период беременности прогормонами, обладающими аллергенными свойствами, ранний перевод детей на искусственное вскармливание и пищевая сенсibilизация в старшем возрасте. В поддержании воспалительного процесса существенно роль играет системное нарушение колонизационной резистентности слизистых ЖКТ и кожи.
  2. Дети и подростки, страдающие АД, имеют высокий риск возникновения сопутствующих расстройств со стороны верхних отделов ЖКТ с преобладанием воспалительного аллергического процесса легкой степени выраженности, низкой степени активности и невысокой степени обсемененности *Helicobacter rufoji*, нарушений биоценоза кишечника, признаков лактазной недостаточности, что значительно усугубляет течение АД.
  3. Для детей и подростков с АД характерны нарушения ряда иммунологических показателей, тесно связанные с характером нарушений ЖКТ

и проявляющиеся дисбалансом Т- и В-клеточного звена иммунитета. Снижение уровня *sIgA* в слюне служит маркером инфицированности хеликобактерной инфекции.

4. Пациенты с АД имеют особенности психологического портрета, что характеризуется повышенными уровнями ситуационной и личностной тревожности и затрудняет социальную адаптацию пациентов. Установлена зависимость между характером психологических нарушений и уровнями гипоталамико-тиреоидных гормонов в сыворотке крови в зависимости от возраста пациента.

### *Новичина и значимость полученных результатов*

1. Изучено функциональное состояние желудочно-кишечного тракта и биоценоза кишечника у детей и подростков, страдающих АД. Установлено, что:

— у большинства больных с АД выявляются нарушения в слизистой оболочке верхних отделов пищеварительного тракта воспалительного характера, чаще легкой степени выраженности, низкой степени активности и высокой степени обсемененности *Helicobacter rufoji*;

— снижение уровня *sIgA* в слюне следует рассматривать в качестве маркера инфицированности хеликобактерной инфекцией;

— степень инфицированности *Helicobacter rufoji* усугубляет течение АД; — у половинны пациентов, особенно у младших школьников, с АД установлены признаки лактазной недостаточности, что можно рассматривать в качестве биологического маркера поддержания дисфункции кишечника и соответственно аллергического воспаления;

— для большинства пациентов с АД характерны нарушения биоценоза кишечника, проявляющиеся снижением облигатной аэробной микрофлоры, а для подростков — и в сочетании с ростом условно-патогенной микрофлоры.

2. Впервые в результате проведенного комплексного обследования детей и подростков с АД установлена взаимосвязь между признаками, свидетельствующими о дисфункции шитовидной железы и наличием психологических нарушений, проявляющихся признаками ситуационной и личностной тревожности.

На основании полученных результатов обследования детей и подростков, страдающих АД, для оптимизации диагностики и лечения дополнен комплекс дифференциально-диагностических критериев различных форм АД с учетом выявленных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, шитовидной железы и психологического статуса пациентов.

### *Личный вклад соискателя*

Автором проведено клиническое обследование 102 пациентов с АД в возрасте 7–17 лет, их динамическое обследование в условиях стационара (Республиканский центр детской алергологии, 4-я городская детская клиническая больница г. Минска), сбор и обработка полученных данных. Автором самостоятельно проводился забор материала для лабораторных исследований, тестирование по шкалам самооценки Спилберга у пациентов с АД и у детей контрольной группы. Диссертантом освоены все методики выполненных для научных целей лабораторных и функциональных исследований, осуществлялась вся статистическая и графическая обработка полученных данных, а также их интерпретация, написание работы и научных статей. На основе полученных результатов автором запатентован способ диагностики инфицированности *Helicobacter pylori* антрального отдела желудка у детей, страдающих АД.

### *Апробация результатов исследования*

Результаты исследования доложены на Городской научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской алергологии» (Минск, 2001); Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы детской алергологии» (Минск, 2002); Городской научно-практической конференции «Проблемы детской ревматологии и алергологии» (Минск, 2002); Ежегодной научной сессии Белорусского государственного медицинского университета (Минск, 2003); Республиканском белорусско-голландском научно-практическом семинаре «Актуальные проблемы бронхиальной астмы у детей» (Минск, 2003); научно-практическом семинаре для клинических ординаторов кафедры педиатрии Белорусской медицинской академии последилового образования «Актуальные проблемы подросткового возраста» (Минск, 2003); Республиканском научно-практическом семинаре «Наследственные и врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей и подростков» (Минск, 2003); Республиканской научно-практической конференции «Экологические проблемы профилактики, иммунологии и алергологии» (Минск, 2004); Городском научно-практическом семинаре «Актуальные проблемы педиатрии и детской гастроэнтерологии» (Минск, 2007); Республиканской научно-практической конференции «Иммунология в практике врача» (Минск, 2007).

### *Опубликованность результатов*

По теме диссертации опубликовано 17 работ, в том числе: 1 глава в монографии в соавторстве, 4 статьи в рецензируемых научных журналах, 6 статей в рецензируемых сборниках научных работ и 6 – в материалах научных конференций, съездов и международных конгрессов. Без соавторов опубли-

кованы 3 научные работы. Общий объем публикаций составляет 158721 печатных знака или 3,97 авторского листа.

### *Структура и объем диссертации*

Диссертация изложена на 94 страницах машинописного текста. Составит из введения, общей характеристики работы, шести глав (обзор литературных данных, материалов и методов, четырех глав, содержащих результаты собственных исследований), заключения, библиографического списка и приложений. В диссертации содержится 46 таблиц и 19 рисунков. Библиография включает 251 наименование печатных работ отечественных и зарубежных авторов (из них 134 отечественных и стран СНГ, 117 зарубежных).

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

### *Материалы и методы исследования*

В основу данной работы положены результаты по исследованию и наблюдению за 102 детьми с АД в возрасте от 7 до 17 лет (44 мальчика и 58 девочек), находящихся на стационарном лечении и обследовании в Республиканском центре детской алергологии на базе 4-й детской клинической больницы г. Минска. Для разработки нормативных иммунных и гормональных показателей нами было проведено обследование 38 здоровых детей (контрольная группа). Группы сопоставимы по полу и возрасту.

Все пациенты были разделены на две клинические группы: в первую группу – I (62 человека) вошли дети в возрасте 7–12 лет, во вторую группу – II (40 человек) – подростки в возрасте 13–17 лет. Здоровые дети также были разделены на две контрольные группы: первая контрольная группа (16 человек) – дети в возрасте 7–12 лет, вторая контрольная группа (22 человека) – подростки в возрасте 13–17 лет. Исследование проводилось до начала лечения по единой схеме и включало в себя изучение генезалогического анамнеза, анамнеза жизни и заболевания, данные клинико-лабораторных исследований (общий анализ крови, нагрузочный тест с лактозой, копрологическое исследование, микробиологическое исследование кала).

Изучение функционального состояния верхних отделов пищеварительного тракта проводили с помощью фиброэзофагогастро-дуоденоскопии (ФЭГДС) в утренние часы натощак панэндоскопией фирмы «Olympus» (74 исследования) с последующим морфологическим анализом биопсийного материала, взятого из тела и антрального отдела желудка и верхнегортального отдела 12-перстной кишки. Диагностику пилорического хеликобактериоза проводили гистологическим методом с окраской по Гимзе, следуя

Биоптаты из слизистой оболочки антрального отдела желудка. Морфологические изменения оценивали по степеням выраженности, активности воспаления, обсемененности Нр, наличию атрофии, кишечной метаплазии согласно критериям модифицированной Сиднейской системы (1996). Исследования показателями клеточного и гуморального иммунитета проводили в лаборатории иммунологии детского возраста кафедры микробиологии Белорусского государственного медицинского университета следующими методами: иммунофлюоресцентным методом с учетом результатов на цитометре FACSscan с целью иммунофенотипирования CD-антигенов лимфоцитов и мононуклеаров периферической крови; реакцией иммунопреципитации в агаре по Mancini — для определения концентрации иммуноглобулинов (Ig) G, A и M классов сыворотки крови и слюны; хемотроминисцентным методом — для определения общего IgE в сыворотке крови; определение фагоцитарной активности нейтрофилов в отношении *Staphylococcus aureus*. Все это проводилось по 109 исследованиям. Для оценки психологического состояния использовали методику, предложенную Ch.D. Spielberger (1972) и адаптированную Ю.Л. Ханниным (1976). Шкалу самооценки тревоги Спилбергера, применяемую для определения уровней ситуационной и личностной тревожности, использовали у 105 детей старше 9 лет. Ультразвуковое исследование на аппарате «Siemens Sonoline SL-250» включало оценку структуры и объема цитовидной железы. Функцию системы «типофиз — цитовидная железа» оценивали по уровням тиреотропного гормона (ТТГ), общего тироксина (Т<sub>4</sub>), общего трийодтиронина (Т<sub>3</sub>), тироксинсвязывающего глобулина (ТСГ) и значениям соотношений Т<sub>4</sub>/ТТГ, Т<sub>3</sub>/ТТГ. Содержание Т<sub>4</sub>, Т<sub>3</sub>, ТТГ, ТСГ определяли в сыворотке крови радиоиммунологическим методом (Р. Уайоу, S. Ветсон, 1960) с использованием стандартных наборов реактивов производства УП ХОП ИБОХ НАН Беларуси на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории Белорусской медицинской академии после дипломного образования.

#### Результаты исследований

У 75 обследованных детей и подростков (73,5%) кожные изменения имели распространенный характер, у 27 детей (26,5%) отмечалась очаговая форма заболевания, диффузный процесс не был выявлен ни у одного пациента. В периоде обострения были 60 человек (58,8%), у 29 человек (28,4%) была неполная ремиссия и у 13 человек (12,8%) — полная ремиссия.

При анализе клинических результатов и оценке степени тяжести кожного процесса по индексу SCORAD большие различия были на группы: с легкой степенью тяжести 50% детей (ср. показатель индекса SCORAD 17,0±1,27), со средней степенью — 50% детей (40,5±1,05). Длительность заболевания коле-

блалась от 1 до 16 лет. Достоверной коррелятивной связи между тяжестью кожного процесса и давностью заболевания не выявлено ( $t = 0,085$ ;  $P > 0,05$ ). Результаты геналогического анализа подтвердили высокую (у 62% детей) наследственную отягощенность по аллергическим заболеваниям у пациентов с АД. При этом у 55,5% из них наблюдалась отягощенность наследственности по болезням кожи. Отягощенность наследственности по атопии чаще встречалась по материнской, чем по отцовской, линии ( $P < 0,01$ ). Генетическая предрасположенность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявлена у 38,2% пациентов с АД; сочетанная отягощенность по гастроэнтерологическим и аллергологическим болезням отмечена у 27,5% обследованных.

Раннему началу заболевания способствовало злоупотребление матерями в период беременности продуктами, обладающими аллергенными свойствами (цитрусовые, стуженное молоко, шоколад), (в 51,3%) и ранний (до 4 месяцев) перевод детей на искусственное вскармливание (в 61,1%). Результаты опроса и аллергологических проб выявили, что ведущим фактором риска АД являлась пищевая аллергия (яйцо, молоко, цитрусовые, мясо, рыба, крупы). У пациентов с АД имела место высокая частота вегетирования золотистого стафилококка на слизистой носоглотки (у 85% пациентов) и на коже (у 75% пациентов), что способствовало сенсбилизации и усилению воспаления.

Озонофилия крови является одним из критериев диагностики степени активности процесса у пациентов с атопией. По нашим данным абсолютное количество озонофилов в периферической крови уменьшалось по мере снижения активности кожных проявлений (с  $274,2 \times 10^9/\text{л}$  в периоде обострения до  $197,4 \times 10^9/\text{л}$  в периоде полной ремиссии) и было достоверно выше, чем у здоровых детей ( $85,45 \times 10^9/\text{л}$ ,  $P < 0,05$ ).

Исследование иммунной системы у детей с АД выявило нарушение ряда иммунологических показателей: снижение относительного количества CD<sub>8</sub>, CD<sub>20</sub>-клеток, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и уровня IgA в сыворотке крови; повышение количества лимфоцитов, увеличение абсолютного количества CD<sub>3</sub>-клеток, иммунорегуляторного индекса и повышение уровня общего IgE в сыворотке крови. Для всех показателей установленная статистическая достоверность различий ( $P < 0,05$ ). Для детей I группы и пациентов с распространенной формой заболевания было характерно снижение IgG и компенсаторное повышение IgM в сыворотке крови, а для подростков (II группа) — снижение IgA и секреторного IgA в слюне ( $P < 0,05$ ).

Большинство детей с АД, предъявляли жалобы на боли в животе (в I группе — 85,5%, а во II — 80% опрошенных детей), у 1/2 пациентов отмечались тошнота, отрыжка, изжога. Нарушения стула наблюдались у полови-

ны пациентов, причем у большинства из них — запоры (у 80% детей каждой группы). При объективном осмотре болезненность при пальпации живота в проекции гастроудуоденальной зоны выявлена у 70% детей обеих групп.

По данным ФЭГДС у 92% обследованных детей наблюдались изменения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта с признаками воспаления, что свидетельствовало о более частом поражении ЖКТ, чем диагностировалось. Наиболее часто в обеих группах детей с АД выявлялось поражение слизистой оболочки желудка (в 92,3% случаев в I группе и в 80% случаев — во II). В старшей возрастной группе детей с АД по сравнению с младшей чаще диагностировался эзофагит (20% по сравнению с 5,1%) и дуоденит (77,1% по сравнению с 59%). В то же время в I группе пациентов значительно чаще, чем во II, имело место изолированное поражение слизистой оболочки ЖКТ (40,5% и 12,9% соответственно,  $P < 0,05$ ). У остальных детей с выявленными патологическими изменениями воспалительный процесс был на уровне нескольких отделов пищеварительного тракта. Из комбинированных поражений ЖКТ наиболее часто у детей обеих групп диагностировался гастродуоденит (в I группе у 86,4% детей, во II — у 74,1% детей).

Гистологическая картина биоптатов пораженных участков слизистой оболочки желудка характеризовалась нарушением поверхностного микрорельефа слизистой оболочки, усилением клеточной инфильтрации эозинофилами, что является признаком аллергического поражения слизистой оболочки. Атрофические процессы обнаружены у 2 пациентов, признаков кишечной метаплазии не отмечено ни в одном биоптате.

У большинства детей с АД аллергическое воспаление вызывает изменение слизистой верхних отделов пищеварительного тракта, имеющие легкую степень выраженности и низкую степень активности воспалительного процесса, не высокую степень обсемененности *Helicobacter pylori* (рисунок 1).

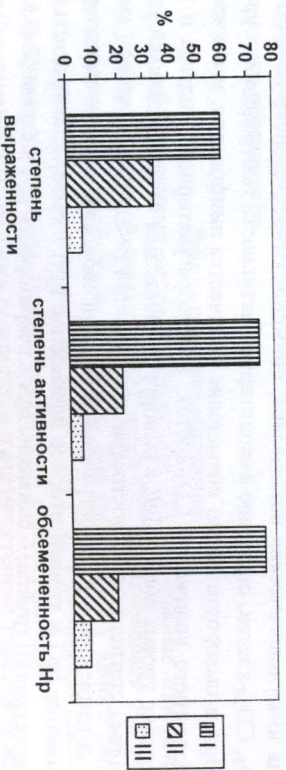


Рисунок 1 — Морфологическая характеристика воспалительного процесса слизистой оболочки антрального отдела желудка

8

В литературе дискутируется вопрос о целесообразности лечения дагентами протекающих гастритов, однако, в наших исследованиях не было зафиксировано ни одного случая «эрозивного» носительства *Helicobacter pylori*. Частота обострений кожного процесса зависела от степени обсемененности хеликобактерием ( $\chi^2 = 4,884$ ,  $P < 0,05$ ).

Средние уровни общих IgE у больных АД, имевших поражение органов пищеварения, были значительно выше по сравнению с пациентами с АД без патологии ЖКТ (516,7 ПУ/мл и 58,9 ПУ/мл соответственно,  $P < 0,05$ ), что подтверждает аллергический механизм формирования гастроудуоденальной патологии у детей с АД. Установленные в процессе анализа обратные корреляционные связи между степенью активности воспаления в слизистой оболочке антрального отдела желудка и изменениями количества СД<sub>3</sub>-клеток и показателя иммунорегуляторного индекса ( $r = -0,45$  и  $r = -0,42$  соответственно,  $r < 0,01$ ), свидетельствуют о значительной заинтересованности иммунной системы в поддержании воспалительного процесса в ЖКТ. У пациентов с АД активация воспаления в слизистой оболочке антрального отдела желудка сопровождалась снижением содержания IgA в слюне ( $P < 0,05$ ), а обсемененность хеликобактерной инфекцией — снижением уровня секреторного IgA в слюне ( $P < 0,05$ ).

При исследовании состояния тонкой кишки с помощью нагрузочного теста с лактозой нарушение пристеночного пищеварения выявлено у 56,4% всех обследованных детей, при этом лактазная недостаточность значительно чаще встречалась у детей I группы ( $\chi^2 = 6,585$ ,  $P < 0,05$ ). При изучении состояния пристеночного пищеварения в зависимости от давности заболевания АД выявлено, что в группе детей с давностью заболевания от 8 до 12 лет лактазная недостаточность встречалась достоверно чаще, чем в группе детей, более длительно болеющих АД (13–16 лет) ( $\chi^2 = 6,669$ ,  $P = 0,01$ ). Выявлены достоверные коррелятивные связи между выраженностью лактазной недостаточности и уровнем В-лимфоцитов (СД<sub>20</sub>) в сыворотке крови ( $r = +0,37$ ,  $P < 0,01$ ); между лактазной недостаточностью и уровнем IgA в слюне ( $r = -0,37$ ,  $P < 0,01$ ), что доказывает влияние иммунной системы на процессы пристеночного пищеварения. Для детей и подростков с АД (по данным копорологического исследования) было характерно наличие значительного количества растительной клетчатки в кале ( $P < 0,05$ ), что свидетельствует о дисбиотических отклонениях в кишечнике у данной группы пациентов.

Изучение микробного пейзажа кишечника подтвердило нарушения биоценоза у большинства (80%) детей с АД ( $P < 0,001$ ). Достоверных различий между показателями у детей I и II групп не получено, хотя у подростков значительно реже отмечалось изолированное повышение количества только

9

условно-патогенной флоры. Дисбиотические отклонения в обеих группах детей характеризовались, в основном, нарушениями содержания облигатной микрофлоры, среди которой в большинстве случаев (72,5%) имело место снижение общего количества кишечной палочки. Высокой оказалась частота вегетирования золотистого стафилококка (40%) и грибов рода *Candida* (60%), при этом *S. aureus* выявлялся у 25%, а грибы рода *Candida* — у 20% детей, имеющих дисбиоз, в количествах, превышающих условно принятый контроль.

Выраженность изменений состава кишечной микрофлоры у детей и подростков с АД не зависела от распространенности аллергического процесса, наличия кишечной дисфункции, но имела тенденцию к снижению в периоде отсутствия клинических проявлений, особенно уровня условно-патогенных микроорганизмов, среди которых высевался только *S. aureus*.

Частота встречаемости нарушений в структуре микрофлоры кишечника зависела от степени распространенности кожных проявлений аллергии и от активности воспалительного процесса (рисунок 2).

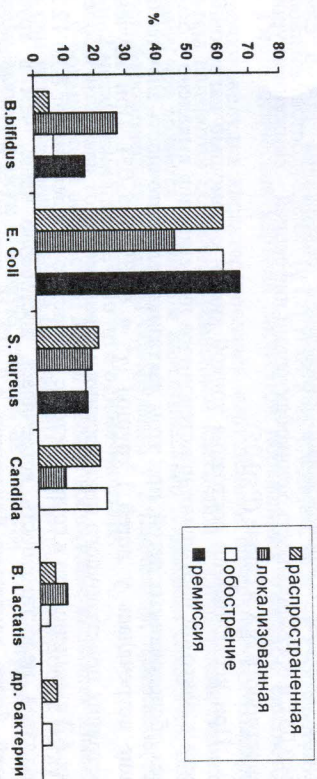


Рисунок 2 — Частота выявления измененных показателей кишечной микрофлоры в зависимости от формы и периода болезни

Как видно на рисунке 2, для детей и подростков с распространенной формой и в период обострения АД изменения биоценоза кишечника сопро-вождались повышением содержания грибов рода *Candida*, наличием ассоциации условно-патогенных микроорганизмов, при локализованной форме заболевания — снижением содержания бифидобактерий и отсутствием ассоциации условно-патогенных микроорганизмов. В период ремиссии у пациен-тов с АД из условно-патогенной флоры высевался только золотистый стафилококк, что с учетом высокой частоты обсемененности *S. aureus* слизи-стой носоглотки и кожи у этой группы пациентов свидетельствует о систем-ном нарушении колонизационной резистентности слизистых и кожи.

При проведении кардиоинтервалографии у большинства (78,3%) детей с АД, определены признаки, свидетельствующие об исходной ваготонии, достоверно чаще встречающиеся у детей с распространенным кожным про-цессом по сравнению с детьми, имеющими ограниченный кожный процесс (56,5% и 21,7% соответственно,  $P < 0,05$ ). Для комплексной оценки функцио-нального состояния вегетативной нервной системы у детей с АД проведена клинико-ортогнатическая проба, позволяющая оценить вегетативную реактив-ность организма. Индивидуальный анализ типов вегетативной реактивности детей с АД показал преобладание гиперсимпатикотонического типа вегета-тивной реактивности независимо от формы заболевания. Симпатикотониче-ский тип вегетативной реактивности встречался 34,8% детей с АД. У 13% детей с распространенным кожным воспалением наблюдался асимпатикото-нический тип вегетативной реактивности, который не отмечался у пациентов с локализованной формой заболевания. Это может свидетельствовать о бо-лее глубоких нарушениях вегетативного гомеостаза у больных этой группы.

Нами проведено изучение психологического портрета детей, страдаю-щих АД, с оценкой уровня ситуационной и личностной тревожности по шкалам Спилберга (дети старше 9 лет). Выявлено статистически досто-верное ( $P < 0,05$ ) повышение ситуационной и личностной тревожности (срав-нение с контрольной группой). Умеренные и высокие показатели ситуаци-онной тревожности встречались у 84,7% детей клинической группы и у 63,6% детей контрольной группы; личностной тревожности — у 97,2% и 70,8% детей клинической и контрольной групп соответственно. Средне-статистические показатели ситуационной тревожности (39,45±1,04) и лично-стной тревожности (43,9±1,01) также оказались достоверно выше в сравне-нии со здоровыми детьми (33,15±0,83 и 35,48±0,97 соответственно,  $P < 0,001$ ). Это расценивалось нами как тенденция у детей с АД воспринимать доста-точно широкий спектр ситуаций, как угрожающий своей оценке и жизнедеятельности, снижая порог устойчивости к стрессовым ситуациям. Этот факт является убедительным показанием для включения психотерапевтической коррекции в комплексную терапию АД.

Исследование функционального состояния щитовидной железы выяви-ло снижение функциональных возможностей гипофиза и щитовидной желе-зы у детей и подростков, страдающих АД. Дисбаланс содержания в сыворот-ке крови этих гормонов характеризовался снижением уровня гормона  $T_3$  и  $T_3G$ , а также снижением коэффициента  $T_3/T_4$ , не зависел от структурных изменений щитовидной железы ( $P < 0,05$ ) и коррелировал с уровнем общего IgE в сыворотке крови ( $r = 0,34$ ,  $P < 0,01$ ). Установлена обратная корреляци-онная зависимость между  $T_3G$  и IgM ( $r = -0,31$ ,  $P < 0,01$ ), что свидетельство-вало о напряжении адаптационных механизмов организма при АД. Наблю-

далась четкая тенденция – изменение уровня тифоидно-тиреоидных гормонов в сыворотке крови в зависимости от уровня личностной тревожности.

Таким образом, для детей и подростков с АД, независимо от формы, вариантов течения болезни оказался характерным комплекс, проявляющийся:

- наличием в анамнезе генетической предрасположенности по аллель-генетическим заболеваниям и реакциям с преобладанием по материнской линии;
- повышением абсолютного количества эозинофилов в периферической крови;

– изменением иммунологических показателей: снижением относительного количества  $CD_8$ ,  $CD_{20}$ -клеток и фагоцитарной активности нейтрофилов, а также повышением количества лимфоцитов и абсолютного количества  $CD_3$ -клеток, иммунорегуляторного индекса и уровня общего IgE в сыворотке крови;

– сочетанным поражением слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, имеющим легкую степень выраженности, низкую степень активности воспалительного процесса и не высокую степень обсемененности *Helicobacter pylori*;

– нарушением биоценоза кишечника, сопровождающимся снижением обитательной микрофлоры;

– признаками вегетативной дисфункции с преобладанием ваготонии по исходному вегетативному тонусу и гиперсимпатикотоническим типом вегетативной реактивности;

– наличием высоких уровней ситуационной и личностной тревожности; – нарушением функционального состояния щитовидной железы, характеризующегося снижением уровня гормона  $T_3$  и ТСГ, а также снижением коэффициента  $T_3/T_4$ .

Для детей I группы характерно поражение слизистой ЖКТ на уровне одного отдела пищеварительного тракта легкой и средней степени активности воспалительного процесса в слизистой оболочке антрального отдела желудка ( $P < 0,05$ ), а также нарушение пристеночного пищеварения, проявляющееся лактазной недостаточностью ( $P < 0,01$ ). Дети этой группы (7–12 лет) с высоким показателем личностной тревожности имели более высокие уровни содержания в плазме крови тифоидно-тиреоидных гормонов ( $T_3$ ,  $T_4$  и ТСГ) по сравнению с показателями у детей, проявляющих умеренную личностную тревожность.

Со стороны ЖКТ для подростков (II группа) характерны были комбинарованные поражения слизистой верхних отделов пищеварительного тракта. Воспалительный процесс слизистой оболочки антрального отдела желудка у этих пациентов характеризовался более тяжелыми степенями выраженности и активности. Это сопровождалось существенным снижением IgA

и секреторного IgA в слюне, что может служить маркером обострения патологии ЖКТ. Изменения биоценоза кишечника у подростков, страдающих АД, чаще характеризовались сочетанным нарушением содержания обитательной и условно-патогенной микрофлоры и коррелировали с уровнем личностной тревожности ( $r = 0,32$ ,  $P < 0,05$ ). У пациентов этой группы с высоким уровнем личностной тревожности выявлено уменьшение уровня  $T_3$ ,  $T_4$  и ТСГ, что свидетельствует о снижении резервных возможностей нейроэндокринной системы организма при наличии хронического воспалительного процесса.

Проведенные в настоящей работе исследования позволили установить, что в основе развития АД у детей и подростков лежит многофакторность, характеризующаяся комплексом наследственных, внешнесредовых факторов, количественными и качественными нарушениями функционального состояния ЖКТ и системы местного иммунитета, а также дисфункцией щитовидной железы, что, в целом, серьезно отражается на поведенческих реакциях больных, нарушая качество их жизни. Это позволило нам для оптимизации лечения дополнить комплекс дифференциально-диагностических критериев различных форм АД (таблица).

Таблица – Дополнения к дифференциально-диагностическим критериям у детей и подростков с АД

Характеристика	Форма atopического дерматита	
	распространенная	локализованная
Фибрознофагоцитарно-дуоденоскопия	Поражение слизистой различных отделов ЖКТ	Поражение слизистой желудка и 12-перстной кишки
Морфологическое исследование биоптатов:		
1) степень выраженности воспалительного процесса	Легкая (60,8%), средняя (31,4%), тяжелая (7,8%)	Легкая (54,5%), средняя (45,5%)
2) степень активности воспалительного процесса	I (41,2%), II (19,6%), III (5,9%)	I (45,4%), II (27,3%)
Микробиологическое исследование кишечника:		
– обитательная м/флора	Снижено содержание кишечной палочки ( $< 10^7$ КОЕ/г)	Снижено содержание бифидобактерий ( $< 10^8$ КОЕ/г)
– условно-патогенная микрофлора	<i>S. aureus</i> ( $> 10^4$ КОЕ/г), <i>Candida</i> ( $> 10^4$ КОЕ/г)	<i>S. aureus</i> ( $< 10^4$ КОЕ/г), <i>Candida</i> ( $< 10^4$ КОЕ/г)
– ассоциация редких условно-патогенных микроорганизмов	Энтеробактерии, кластридии	Отсутствует
Общий анализ крови	Эозинофилия	Эозинофилия, лимфоцитоз



Характеристика	Форма атопического дерматита	
	распространенная	локализованная
Иммунограмма крови	Снижение уровня IgG ( $P < 0,05$ ); повышение уровня IgM ( $P < 0,05$ )	Повышение к-ва CD <sub>3</sub> ( $P < 0,05$ ); повышение к-ва CD <sub>4</sub> ( $P < 0,05$ )
Исходный вегетативный тонус	Ваготония (92,8%), нормотония (8,2%)	Ваготония (55,6%), нормотония (33,3%), симпатикотония (11,1%)
Тип вегетативной реактивности	Асимпатикотонический (21,4%), симпатикотонический (35,7%), гиперсимпатикотонический (42,9%)	Симпатикотонический (33,3%), гиперсимпатикотонический (66,7%)
Тревожность: 1) ситуационная	Низкий (14,8%), умеренный (60,7%), высокий (24,6%)	Низкий (15%), умеренный (60%), высокий (25%)
2) личностная	Умеренный (54,1%), высокий (45,9%)	Низкий (9,5%), умеренный (42,9%), высокий (42,9%)

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

## Основные научные результаты диссертации

1. Атопический дерматит является мультифакториальным заболеванием. Наследственную предрасположенность подтверждают высокая частота аллергических заболеваний и реакций у родственников I—III степени родства (62%), преобладание поражений среди лиц женского пола. Неблагоприятными внешнесредовыми факторами, способствующими реализации наследственного предрасположения и поддержанию хронического процесса являются: злоупотребление матерями в период беременности продуктами, обладающими аллергенными свойствами (51,3%); ранний перевод детей на искусственное вскармливание (61,1%), пищевая аллергия и высокая частота вегетирования золотистого стафилококка на слизистых и коже [4, 10].

2. Атопический дерматит у 92% детей и подростков сопровождается поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта. Преобладающими являются воспалительные заболевания с преимущественной локализацией процесса в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, чаще имеет место сочетанная патология. Воспаление в слизистой оболочке верхних отделов пищеварительного тракта носит аллергический характер, чаще имеет легкую степень выраженности, низко степень активности процесса

и не высокую степень обсемененности *Neisseria* ruлotі. Для половины пациентов с атопическим дерматитом характерно наличие хронических хеликобактерассоциированных заболеваний ЖКТ, что способствует поддержанию сенситизации, обострению и затяжному течению заболевания. Маркером обсемененности хеликобактерной инфекцией слизистой антрального отдела желудка служит снижение уровня *sIgA* в слюне [1, 2, 4, 5, 8—18].

3. Атопический дерматит у 56,4% обследованных пациентов сопровождался лактазной недостаточностью, причем значительно чаще нарушение пристеночного пищеварения встречалось у детей младшей группы. Лактазная недостаточность может служить маркером начала патологического процесса. Атопический дерматит у детей и подростков в 80% случаев сопровождается изменениями биоценоза кишечника. Выраженность нарушений микрофлоры не зависит от распространенности кожного процесса и наличия кишечной дисфункции. Для подростков с атопическим дерматитом наиболее характерны выраженные, комбинированные изменения, характеризующиеся снижением содержания облигатных анаэробных бактерий и увеличением количества условно-патогенной микрофлоры, что требует обязательной коррекции в комплексной терапии АД [1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 14, 15].

4. Установлена обратная корреляционная связь между степенью активности воспаления в слизистой желудка и изменениями количества CD<sub>3</sub>-клеток и показателя иммунорегуляторного индекса ( $P < 0,01$ ), зависимость между выраженностью лактазной недостаточности и уровнем CD<sub>20</sub> в сыровотке крови ( $P < 0,01$ ); обратная корреляционная связь между лактазной недостаточностью и уровнем IgA в слюне ( $P < 0,01$ ), что доказывает участие иммунной системы в развитии и поддержании воспалительного процесса в ЖКТ [5, 6, 7, 9, 11].

5. Для 65,2% пациентов, страдающих атопическим дерматитом, характерны признаки вегетативной дисфункции с преобладанием исходной ваготонии и гиперсимпатикотонического типа вегетативной реактивности. Для 90% пациентов с атопическим дерматитом характерны эмоционально-личностные особенности, проявляющиеся повышенными уровнями ситуационной и личностной тревожности, что требует включения в комплексную терапию методов психотерапевтической коррекции [3, 11].

6. У детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом, имеет место снижение функциональных возможностей гипофиза и щитовидной железы. Дисбаланс содержания в сыровотке крови этих гормонов не зависит от структурных изменений щитовидной железы и характеризуется снижением уровня гормонов T<sub>3</sub> и TCG, а также снижением коэффициента T<sub>3</sub>/T<sub>4</sub>. Для детей младшей группы (7—12 лет) с атопическим дерматитом и высоким показателем личностной тревожности характерны более высокие уровни

содержания в сыворотке крови гипофизарно-тиреоидных гормонов. Для подростков с атопическим дерматитом и с высоким показателем личностной тревожности в отличие от пациентов, характеризующихся умеренной личностной тревожностью, оказались характерными более низкие уровни показателей этих гормонов [3, 11, 15].

#### *Рекомендации по практическому использованию результатов*

1. Полученные данные исследования позволяют включить в протоколы обследования пациентов, страдающих атопическим дерматитом, углубленное изучение функционального состояния желудочно-кишечного тракта с целью индивидуализации мероприятий по профилактике и лечению детей школьного возраста, это включает также и их семейную реабилитацию.
2. Разработанный способ определения обсемененности хеликобактером слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ у пациентов с АД дает возможность уменьшить использование фиброгастродуоденоскопии, особенно для контроля эффективности эрадикации *Helicobacter pylori*.
3. Выявленные психологические особенности у пациентов с АД, характеризующиеся признаками ситуационной и личностной тревожности, являются показанием для включения комплекса психотерапевтической помощи в терапию АД.
4. Использование в практической работе врача-педиатра на всех уровнях оказания медицинской помощи детям (полклиника, стационар, отделение реабилитации) дополнений к комплексу дифференциально-диагностическим критериям различных форм болезни будет способствовать адекватному контролю симптомов сопутствующей патологии и оптимизации терапии АД. Это позволит снизить активность воспалительного процесса, уменьшить число случаев госпитализации по поводу обострений болезни, улучшить долгосрочный прогноз и качество жизни этой категории больных.

## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

### Монографии

1. Беляева, Л.М. Функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной и мочевой систем у детей школьного возраста с АД / Л.М. Беляева, Р.М. Манкевич // Атопический дерматит и аллергический ринит у детей и подростков. – Минск: ООО «В.И.З.А. ГРУПП», 2006. – Гл. 5.1. – С. 89–93.

### Статьи в научных журналах

2. Функциональное состояние желудочно-кишечного тракта и характеристика иммунологических показателей у детей школьного возраста с атопическим дерматитом / Н.В. Микутьчик, Р.Н. Манкевич, Л.М. Беляева, Е.Ю. Кирильчик // Мед. панорама. – 2003. – № 1. – С. 22–24.
3. Характеристика психологических особенностей и функциональное состояние шитовидной железы у детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом / Р.Н. Манкевич, Л.М. Беляева, Ю.Д. Коваленко, О.В. Синица // Здравоохранение. – 2004. – № 6. – С. 13–16.
4. Манкевич, Р.Н. Влияние атопического дерматита на состояние желудочно-кишечного тракта у детей и подростков // Здравоохранение. – 2004. – № 11. – С. 53–56.
5. Манкевич, Р.Н., Беляева, Л.М. Характеристика желудочно-кишечного тракта у детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом / Р.Н. Манкевич, Л.М. Беляева // Мед. панорама. – 2007. – № 14. – С. 3–4.

### Статьи в сборниках

6. Беляева, Л.М. Клинико-иммунологические показатели у детей школьного возраста с атопическим дерматитом / Л.М. Беляева, Р.Н. Манкевич, Е.Ю. Кирильчик // 7 съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь: сб. материалов, Гродно, 13–14 ноября 2002 г.: в 2 ч. – Гродно, 2002. – Ч. 2. – С. 222–225.
7. Характеристика иммунологических показателей у детей школьного возраста с атопическим дерматитом / Н.В. Микутьчик, Л.М. Беляева, Р.Н. Манкевич, Е.Ю. Кирильчик // Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация: материалы междунар. науч.-практ. конф., Минск, 21–22 ноября 2002 г.: в 2 ч. / редкол. И.С. Абельская [и др.]. – Минск: УП «Технопринт», 2002. – Ч. 1. – С. 26–28.
8. Манкевич, Р.Н., Беляева Л.М., Микутьчик Н.В. Оценка состояния желудочно-кишечного тракта у школьников с атопическим дерматитом / Р.Н. Манкевич, Л.М. Беляева, Н.В. Микутьчик // Новые технологии в меди-

цине: диагностика, лечение, реабилитация: материалы междунар. науч.-практ. конф., Минск, 21-22 ноября 2002 г.: в 2 ч. / редкол. И.С. Абельская [и др.]. – Минск: УП «Технопринт», 2002. – Ч. 2. – С. 315-317.

9. Состояние желудочно-кишечного тракта и характеристика иммунологических показателей у школьников с атопическим дерматитом / Л.М. Беляева, Р.Н. Манкевич, Н.В. Миккульчик, Е.Ю. Кирильчик // Медицина на рубеже веков: материалы юбил. науч. конф., посвящ. 40-летию ЦНИЛ БГМУ, Минск, 2003 г.: в 2 ч. / Белорус. гос. мед. ун-т; редкол.: С.Л. Кабак [и др.]. – Минск: БГМУ, 2003. – Ч. 1. – С. 104-108.

10. Роль инфекционного фактора и сопутствующей патологии при атопическом дерматите у подростков / Л.М. Беляева, Е.К. Хрусталева, Н.В. Миккульчик, Р.Н. Манкевич, Е.В. Войтова // Настоящее и будущее послепломного образования: материалы Респ. науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию БелМАПО, Минск, 19-20 октября 2006 г.: в 2 т. / Белорус. акад. последишл. образов.; редкол. В.И. Жарко [и др.]. – Минск, 2006. – Т. 2. – С. 37-40.

11. Манкевич, Р.Н. Функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, шитовидной железы и характеристика психологических особенностей у детей и подростков с различными формами атопического дерматита / Р.Н. Манкевич, С.Э. Загорский // Здоровая мать – здоровый ребенок: материалы 8 съезда педиатров Республики Беларусь, Минск, 23-24 ноября, 2006 г. / Респ. науч.-практ. центр «Мать и дитя»; редкол. В.И. Жарко [и др.]. – Минск, 2006. – С. 285-287.

#### Материалы конференций

12. Загорский С.Э., Веленева А.И., Манкевич Р.Н. Динамика морфологических изменений в слизистой оболочке желудка у детей после антихеликобактерной терапии / С.Э. Загорский, А.И. Веленева, Р.Н. Манкевич // Питание и здоровье детей. Детская гастроэнтерология: материалы Респ. конф., Минск, 2001 г. / Белорус. гос. мед. ун-т; редкол.: Я.Ф. Комяк [и др.]. – Минск, 2001. – С. 19-20.

13. Загорский, С.Э. Изменение архитектоники слизистой оболочки желудка у детей после эрадикации *Helicobacter pylori* / С.Э. Загорский, Р.Н. Манкевич, Е.С. Ивашкевич // Рус. мед. журн. – 2003. – Т. 11. – № 3. – С. 130-131.

14. Манкевич, Р.Н. Характер нарушений желудочно-кишечного тракта у детей с атопическим дерматитом // Рус. мед. журн. – 2003. – Т. 11. – № 3. – С. 152.

15. Манкевич, Р.Н. Функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, шитовидной железы у детей и подростков с атопическим дерматитом / Р.Н. Манкевич // Экологические проблемы профпатологии, гигиены труда,

токсикологии, иммунологии и аллергологии: материалы науч.-практ. конф., Минск, май, 2004 г. / Респ. науч.-практ. центр гигиены; редкол. С.В. Федорович [и др.]. – Минск, 2004. – С. 94-96.

16. Поиск новых методов оценки состояния слизистой оболочки желудка при хроническом гастрите (часть 2) / С.Э. Загорский, Т.В. Крук, О.Н. Назаренко, Р.Н. Манкевич // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: сб. тез. докл. XIV Конгресса детских гастроэнтер. России, Москва, 13-15 марта 2007 г. / под общей ред. В.А. Таболина. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2007. – С. 130-131.

17. Манкевич, Р.Н. Характеристика желудочно-кишечного тракта у детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом / Р.Н. Манкевич // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: материалы юбил. XV междунар. Конгресса детских гастроэнтер. России и стран СНГ, Москва, 18-20 марта 2008 г. / под общей ред. проф. Ю.Г. Мухинной, проф. С.В. Бельмера. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2008. – С. 88-89.

#### Патент

18. Способ диагностики инфицированности *Helicobacter pylori* антрального отдела желудка у детей, страдающих атопическим дерматитом: пат. Респ. Беларусь, МПК (2006) G 01N 33/50 / Р.Н. Манкевич, Л.М. Беляева; заявитель Белорус. акад. последишл. образов. – № а 20051006; заявл. 20.10.05; опубл. // Афишыйны бюл./ Нац. центр інтэлектуал. уласнасці. – 2007. – № 3. – С. 20.

## РЕЗЮМЕ

Манкевич Рима Николаевна

Стан страўнікава-кішачнага тракта, характарыстыка клініка-псіхалагічных і гарманальных паказчыкаў у дзяцей і падлеткаў, хворых на атапічны дэрматыт

**Ключавыя словы:** дзеці, падлеткі, атапічны дэрматыт, страўнікава-кішачны тракт, лактазная недастатковасць, біцэнноз кішэчніка, шчытападобная залоза, трывожнасць.

**Аб'ект даследавання:** 102 дзіцці і падлетка з атапічным дэрматытам ва ўзросце 7-17 год.

**Прадмет даследавання:** анамнестычныя, клініка-імуналагічныя, марфалагічныя і гарманальныя даныя.

**Мэта даследавання:** для атрымання дэталізаваных і тэрмінальных стан страўнікава-кішачнага тракта і біцэнноза кішэчніка, узвасаюць псіхалагічнага статусу і функцыянальнага стана шчытападобнай залозы ў дзяцей і падлеткаў, хворых на атапічны дэрматыт.

**Метады даследавання.** Праведзена ацэнка функцыянальнага стана страўнікава-кішачнага тракта, шчытападобнай залозы і псіхалагічнага статусу ў павынтаў з атапічным дэрматытам. Атрыманыя вынікі апрацаваны метадам матэматычнай статыстыкі.

**Атрыманыя вынікі:** Упершыню комплексна вывучаны функцыянальны стан страўнікава-кішачнага тракта і біцэнноз кішэчніка ў дзяцей і падлеткаў, хворых на атапічны дэрматыт. Устаноўлена, што практычна ва ўсіх хворых з атапічным дэрматытам паражаецца сізістая абалонка верхніх аддзелаў стрававальнага тракта. Працэс запалення часцей мае легкую ступень выразнасці, нізкую ступень актыўнасці і невысокую ступень абнасенвання Нейсбастер рулігі, які павялічвае цяжэнне атапічнага дэрматыту. Для большасці павынтаў з атапічным дэрматытам характэрны парушэнні біцэнноза кішэчніка, а для малодшых школьнікаў — прыкметы лактазнай недастатковасці. Паніжэнне sIgA у сліне служыць маркерам інфіцыраваннасці сізістай страўніка хелікабактарнай інфекцыяй.

Упершыню ў дзяцей з атапічным дэрматытам устаноўлена ўзаемасувяз паміж прыкметамі, якія сведчаць аб дысфункцыі шчытападобнай залозы і наяўнасцю псіхалагічных парушэнняў, якія праўдлівыя павышанымі ступенямі сітуацыйнай і асабістай трывожнасці. Дапоўнены комплекс дыферэнцыйна-дыягнастычных крытэрыяў розных формаў хваробы, якія ўключаюць у сябе характар парушэнняў з боку страўнікава-кішачнага тракта, шчытападобнай залозы і псіхалагічнага статусу павынтаў.

**Рэкамендацыі па выкарыстанні:** атрыманыя вынікі могуць быць выкарыстаны ў паліклініках, алергічных і самагчынных дзіцячых стацыянарах, аддзяленнях рэабілітацыі.

**Галіна прымянення:** педыятрыя, алергалогія, гастрэнтэралогія, дэрматалогія, рэабіліталогія.

## РЕЗЮМЕ

Манкевич Рима Николаевна

Состояние желудочно-кишечного тракта, характеристика клинико-психологических и гормональных показателей у детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом

**Ключевые слова:** дети, подростки, атопический дерматит, желудочно-кишечный тракт, лактазная недостаточность, бицэнноз кишечника, щитовидная железа, тревожность.

**Объект исследования:** 102 ребенка и подростка с атопическим дерматитом в возрасте 7-17 лет.

**Предмет исследования:** анамнестические, клинико-иммунологические, морфологические и гормональные данные.

**Цель исследования:** для оптимизации диагностики и терапии оценить состояние желудочно-кишечного тракта и бицэнноза кишечника, взаимосвязь психологического статуса и функционального состояния щитовидной железы у детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом.

**Методы исследования.** Проведена оценка функционального состояния желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы и психологического статуса у пациентов с атопическим дерматитом. Полученные результаты обработаны методом математической статистики.

**Полученные результаты:** впервые комплексно изучено функциональное состояние желудочно-кишечного тракта и бицэнноза кишечника у детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом. Установлено, что практически у всех больных с атопическим дерматитом поражается слизистая оболочка верхних отделов пищеварительного тракта. Воспалительный процесс чаще имеет легкую степень выраженности, низкую степень активности и невысокую степень обсемененности Нейсбастер рулігі, который усиливает течение атопического дерматита. Для большинства пациентов с атопическим дерматитом характерны нарушения бицэнноза кишечника, а для младших школьников — признаки лактазной недостаточности. Снижение sIgA в слюне служит маркером инфицированности слизистой желудка хеликобактерной инфекцией.

Впервые у детей с атопическим дерматитом установлена взаимосвязь между признаками, свидетельствующими о дисфункции щитовидной железы и наличием психологических нарушений, проявляющихся повышенными степенями ситуационной и личностной тревожности. Дополнен комплекс дифференциально-диагностических критериев различных форм болезни, включающий в себя характер нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы и психологического статуса пациентов.

**Рекомендации по использованию:** полученные результаты могут быть использованы в поликлиниках, аллергологических и соматических детских стационарах, отделениях реабилитации.

**Область применения:** педиатрия, аллергология, гастроэнтерология, дерматология, реабилитология.

## SUMMARY

Mankevich Rimma Nikolaevna

### Gastrointestinal tract state, characteristic of clinical, psychologic and thyroid gland finding in children and adolescents with atopic dermatitis

**Key words:** children, adolescents, atopic dermatitis, gastrointestinal tract, lactase deficiency, intestinal biocenosis, thyroid gland, anxiety.

**Subjects of the study:** 102 children and adolescents in the age 7-17 years suffering of atopic dermatitis.

**Object of the study:** to estimate gastrointestinal tract state and intestinal biocenosis, to disclose the relation between psychologic status and thyroid gland in children and adolescents with atopic dermatitis, for the therapy and the diagnostic to be optimized.

**Methods of the study.** The evaluation of functional state of gastrointestinal tract, thyroid gland and psychologic status in children and adolescents with atopic dermatitis was performed. The results obtained were worked up by method of mathematical statistic.

**The results received:** for the first time the functional state of gastrointestinal tract and intestinal biocenosis in children and adolescents with atopic dermatitis was studied. It was established that mucosa membrane of the upper gastrointestinal tract is damaged almost in all patient with atopic dermatitis. Inflammatory process more often has mild intensity, low activity and not high concentration of *Helicobacter pylori* that worsens the atopic dermatitis course. Disturbance of intestinal biocenosis is characteristic for the most children, signs of lactase deficiency for junior school children. Decreasing secretory IgA saliva level result in gastrointestinal tract mucosa *Helicobacter pylori* infection.

Correlation between features indicating dysfunction of thyroid gland and presents of psychologic disturbances with manifestation of increased situational and personal anxiety was established in patients with atopic dermatitis. The complex of differential diagnostic criteria for different types of the disease including character of disturbances in gastrointestinal tract, thyroid gland and patient's psychologic status was developed based on the results of performed study of children and adolescents with atopic dermatitis.

**Recommendation on use:** the received results may be used in allergological and common somatic children's hospitals, out-patients hospitals rehabilitation departments.

**Field of application:** pediatrics, allergology, gastroenterology, dermatology, rehabilitation

Подписано в печать 11.04.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Компюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,33. Тираж 60 экз. Заказ 172.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛП № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.