

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

Диссертационный совет Д.14.13.001

На правах рукописи

УДК 616.5-002-056.43-053.2]-036.22-092-039.76

**Муратова Жанара Кочкоровна**

**Эпидемиологические и клинико-лабораторные  
аспекты атопического дерматита у детей и  
эффективность реабилитационных  
мероприятий**

14.01.08 – педиатрия

Автореферат диссертация  
на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

**Бишкек-2015**

Работа выполнена в Международной высшей школе медицины учебно-научно-производственного комплекса «Международный Университет Кыргызстана»

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
**Узаков Орозали Жаанбаевич**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
**Батырханов Шайхслам Килибаевич**

доктор медицинских наук, профессор  
**Алымкулов Раушанбек Добулбекович**

**Ведущая организация:** АО Казахский медицинский университет непрерывного образования (г. Алматы)

Защита диссертации состоится «3» марта 2015 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д.14.13.001 при Национальном центре охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720038, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190) и с авторефератом на сайте <http://www.nakkr.kg>

Автореферат разослан «29» января 2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета, кандидат медицинских наук,  
старший научный сотрудник



Эшалиева А.С.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

**Актуальность темы диссертации.** Актуальность аллергических заболеваний у детей в наше время настолько высока, что эксперты Всемирной организации здравоохранения склонны считать их настоящим социальным бедствием (Ч.А. Иманалиева, 2005; А.А. Баранов, 2011; И.И. Балаболкин, 2012; В.А. Ревякина, 2012; Ph. Ellwood, 2001; Y.L. Takeuchi, 2013; WAO White Book on Allergy, 2011-2012; Wolter S., 2014).

При этом исследователями установлено, что в структуре аллергических заболеваний значительное место занимает атопический дерматит (Д.Ш. Мачарадзе, 2005; И.И. Балаболкин, 2006). Актуальность данной проблемы объясняется не только повсеместной распространенностью, но и высокой заболеваемостью, хроническим рецидивирующим течением и возможностью формирования тяжелых форм болезни торпидной к традиционной терапии.

Распространенность атопического дерматита среди детского населения в развитых странах варьирует в широких пределах (от 3% до 28%) (ISAAC, 2012). В регионах Российской Федерации и странах СНГ распространенность атопического дерматита колеблется от 5,2% до 15,5%, составляя в среднем 7,2% (И.В. Лысикова, 1999; И.И. Балаболкин, 2010).

Факторы, участвующие в механизме развития атопического дерматита многогранны и определяются наследственной предрасположенностью, нарушением деятельности центральной и вегетативной нервной системы, нарушением иммунной системы, работы желудочно-кишечного тракта, микробного пейзажа кожи и кишечника, нерациональным питанием, преимущественно влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды. Дебют болезни наиболее часто приходится на первый год жизни ребенка, при этом основную роль в формировании атопического дерматита играют нутритивные аллергены (Т.Е. Боровик, 2011). Чаще всего пищевую аллергию вызывают самые распространенные в данном климатическом регионе продукты питания. В более старшем возрасте формируется поливалентная сенсибилизация к аллергенам на фоне нарушенного иммунного статуса и сопутствующей патологии (S. H. Sicherer, 2014).

Вышеизложенные обстоятельства свидетельствуют о необходимости углубленного изучения эпидемиологии, клинко-патогенетических вариантов течения атопического дерматита у детей и разработки методов патогенетической терапии с использованием климатических факторов, конечной целью которых является снижения частоты, тяжести обострений и предупреждения развития осложнений при данной патологии.

**Связь темы диссертации с крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами.** Данная диссертационная работа проводилась в соответствии с планом научных исследований Международной высшей школы медицины УНПК «Международный университет Кыргызстана».

**Цель исследования:** на основе комплексного клинико-эпидемиологического исследования научно обосновать пути оптимизации лечебно-диагностической помощи детям с atopическим дерматитом.

**Задачи исследования:**

1. Изучить эпидемиологические особенности atopического дерматита у детей, проживающих в г. Жалал-Абад.
2. Оценить состояние микрофлоры кишечника, гуморального иммунитета, неспецифических факторов защиты и качество жизни у детей, больных atopическим дерматитом.
3. Оценить терапевтическую эффективность синглона (монтелукаст) при atopическом дерматите у детей.
4. Оптимизировать способы комплексной реабилитации детей с данной патологией.

**Научная новизна работы:**

- Впервые на основании исследования в соответствии со стандартной международной программой ISAAC констатирована достаточно высокая частота симптомов atopического дерматита у школьников юга Кыргызстана, составившая 5,25%. Результаты этих исследований верифицированы и включены в реестр международного центра ISAAC (Окленд, Новая Зеландия, 2004), что подтверждает сопоставимость полученных данных с другими регионами.

- Представлены новые сведения о клинико-лабораторных особенностях формирования и течения atopического дерматита у детей юга Кыргызстана: высокий процент дисбиотических сдвигов 1-2 степени (53,2%); снижение факторов специфической (иммуноглобулины А, М, G, В-лимфоциты, Т-лимфоциты) и неспецифической защиты (ИЗФ, лизоцим) в сочетании с повышением IgE; снижение параметров, характеризующих качество жизни пациентов.

- Подтверждена клиническая эффективность использования антилейкотриенового препарата синглона в комплексной терапии atopического дерматита, способствующего ускорению процесса стихания, кожных проявлений, снижению уровня IgE, улучшению качества жизни, продлению сроков ремиссии заболевания.

- Впервые клинически обоснована целесообразность включения водных процедур источника «Жылуу-Суу» в комплекс реабилитационных мероприятий в фазе стихания патологического процесса для повышения эффективности терапии, увеличения продолжительности ремиссии при atopическом дерматите у детей.

**Практическая значимость полученных результатов:**

- Результаты исследования позволяют конкретизировать основные направления оптимизации медицинской помощи детям с atopическим дерматитом, которые должны включать совершенствования организационных форм обслуживания пациентов и использование современных технологий в выявлении, лечении и реабилитации детей с данной патологией.

- Полученные сведения по распространенности atopического дерматита могут служить индикаторами для учреждений здравоохранения при планировании лечебно-профилактических мероприятий среди детей.

- Для практического здравоохранения предложены новые программы лечения и реабилитации детей с atopическим дерматитом, включающие использование препаратов антилейкотриенового ряда и местных водных источников.

**Экономическая значимость полученных результатов:** Внедрение предложенных мероприятий по диагностике и лечению atopического дерматита у детей будет иметь медико-социальную эффективность за счет раннего выявления больных, сокращения сроков лечения, увеличения продолжительности ремиссии, увеличения качества жизни пациентов.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Распространенность симптомов atopического дерматита на юге Кыргызской Республики среди детей в возрасте 7-8 лет составляет 2,7%, тогда, как в когорте обследованных детей старшего возраста данный показатель был выше 7,8%, средний показатель равен 5,25%.

2. Atopический дерматит у детей характеризуется развитием дисбиотических сдвигов более, чем у половины обследованных детей в сочетании с ухудшением параметров, характеризующих качество их жизни, и на фоне снижения иммунологических показателей.

3. Синглон является достаточно эффективным и безопасным препаратом в комплексной терапии atopического дерматита у детей, представляет собой новую медицинскую технологию и не вызывает побочных реакций. Включение водных процедур источника «Жылуу-Суу» в комплекс реабилитационных мероприятий в фазе затихания патологического процесса позволяет повысить эффективность терапии, качество жизни и продолжительность ремиссии при atopическом дерматите у детей.

**Личный вклад соискателя:** Основная часть эпидемиологического исследования, клинического обследования, апробация препарата синглон, анализ эффективности водных процедур выполнены лично автором. При непосредственном участии автора проведен статистический анализ, сформулированы выводы, заключения и рекомендации.

**Апробация результатов исследования:** Материалы диссертации доложены и обсуждены на: Международной научной конференции, посвященной 75-летию Ошского государственного университета «Актуальные вопросы образования, науки, культуры и роль университета в устойчивом развитии и расширении международной интеграции» (Ош, 2014); III Конгрессе Евро-Азиатского респираторного общества (Астана, 2007); Конференции, посвященной 5-летию Центрально-Азиатского журнала сердечно-сосудистой хирургии и открытию Регионального научного центра сердечно-сосудистой хирургии (Жалал-Абад, 2013); Международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию медицинского факультета ОшГУ

«Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины» (Ош, 2014).

**Внедрение результатов исследования:** Полученные нами результаты исследований внедрены в практическую деятельность специализированных отделений Ошской межобластной детской клинической больницы и «Аллерго-школы» Ошской межобластной объединенной клинической больницы. На базе Ошской межобластной детской клинической больницы и Ошской межобластной объединенной клинической больницы открыты «Школа atopического дерматита». Разработано учебное пособие «Атопический дерматит: новые аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики, терапии и профилактики».

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях:** По материалам диссертации опубликовано 8 печатных работ, из них 6 в изданиях, рекомендованных ВАК КР, в том числе 3 единых, 1 зарубежная, 1 учебное пособие.

**Структура и объем диссертации:** Работа изложена на 105 страницах компьютерного текста, состоит из введения, описания методологии, объема и методов исследований, обзора литературы, главы собственных исследований и их обсуждения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 17 таблицами, 3 рисунками. Библиографический указатель включает 156 источников, из них 72 иностранных авторов.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** диссертации представлены обоснование необходимости и актуальность проведения исследования, цель и задачи исследования, научная новизна и практическая значимость работы.

**Глава 1. Обзор литературы.** Приведены обобщенные и систематизированные данные литературы по современному состоянию вопроса эпидемиологии, этиологии, патогенеза atopического дерматита (АД) у детей, данные клинической и лабораторной характеристики, методов профилактики и лечения АД на современном этапе.

### **Глава 2. Представлены материал и методы исследования.**

Исследование посвящено изучению клинико-эпидемиологических и диагностических аспектов АД у детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет.

Были проведены 4481 исследования, в том числе: анкетирование школьников в возрасте: 7-8 лет – 1778, 13-14 лет – 2457; клиническое наблюдение и обработка истории болезней – 93; исследование микробиоценоза кишечника у детей – 47; иммунологические исследования – 47; применение антилейкотриенового препарата синглон – 32; бальнеотерапия – 27.

Для выполнения исследования условно было выделено 6 следующих направлений.

1. С целью изучения распространенности симптомов АД среди детей школьного возраста были проанкетированы 4235 школьников, проживающих в г. Жалал-Абад. Возраст детей составил 7-8 и 13-14 лет, которые являются рекомендованным возрастом и критическим периодом в формировании

аллергии согласно Международной программе ISAAC. В соответствии с протоколом исследования по программе ISAAC опросники для первоклассников предлагались для заполнения их родителям, дети старшего школьного возраста отвечали на поставленные в анкете вопросы самостоятельно.

Анкета включала в себя паспортную часть, возраст, пол, национальность, а также симптомы, позволяющие выявить те или иные формы кожных проявлений аллергии. Затем проводилось изучение результатов анкетирования и составление списков детей, подлежащих уточнению диагноза. Исследование проводилось путем анкетирования школьников и родителей первоклассников в 23-х школах г. Жалал-Абад по анкете программы «ISAAC» (8 вопросов) для выявления детей, больных АД.

2. В отделении пульмонологии Ошской межобластной детской клинической больницы под наблюдением находилось 93 ребенка, больных АД, в возрасте от 3 мес. до 14 лет, из них 49 (52,7%) мальчиков и 44 (47,3%) девочки. Длительность болезни колебалась от 2 нед. до 9 лет. У 67 (72%) детей манифестация АД приходилась на ранний детский возраст. Среди наблюдаемых, городских детей было 39 (41,9%), проживающих в сельской местности – 54 (55,9%). Все дети были разделены на две условные возрастные группы: 1-11 лет – 59 детей (63,4%) и 12-15 лет – 34 ребенка (36,5%).

Диагноз АД устанавливали на основании данных аллергологического анамнеза, результатов клинико-лабораторных и аллергологических методов диагностики (иммуноферментный анализ). Для оценки степени тяжести АД у части детей использовали полуколичественную шкалу SCORAD (European Task Force on Atopic Dermatitis, 1993). Диагноз устанавливали на основании классификации АД, предложенной Научно-практической программой Союза педиатров России (А.А. Баранов, Р.Н. Хаитов, 2002, 2011). Нами была разработана анкета для детей, страдающих АД. Анкета включала паспортную часть, данных аллергологического анамнеза, наличие клинических симптомов, результатов лабораторных исследований.

3. Качественное и количественное исследование кишечной микрофлоры проводилось по стандартной методике, разработанной НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского у 47 детей, страдающих АД (М.О. Биргер, 1982).

4. Изучение показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета было проведено у 47 детей, больных АД в стадии ремиссии. Среди обследованных детей 27 страдали эритемо-сквамозной формой АД, 20 – лихеноидной, 1 – пруригоподобной формой заболевания.

Для количественной оценки содержания IgA, IgM, IgG в сыворотке крови использовался метод радиальной иммунодиффузии в агаровом геле по Mancini, который необходим для диагностики первичной и вторичной иммунологической недостаточности.

В качестве контроля использовались данные иммунологических показателей у здоровых детей, полученных сотрудниками Киргизского НИИ акушерства и педиатрии (Л.В. Водкайло с соавт., 1979). При анализе Т- и В-

звеньев иммунитета и неспецифических факторов защиты, контролем служили нормативные материалы, разработанные сотрудниками НИИ педиатрии АМН СССР (В.В. Ботвиньева, 1998).

5. Под нашим наблюдением с октября 2013 г. по июль 2014 г. находились 32 пациента, страдавших АД и которым назначался синглон. Среди них было 20 девочек, 12 мальчиков в возрасте от 6 до 14 лет. Диагноз впервые был установлен от 2 нед. до 8 лет назад. У всех больных, получивших синглон, в динамике терапии оценивалась тяжесть кожного процесса с использованием стандартизованного индекса SCORAD.

6. Кроме того, 27 детей, больных АД получили водные процедуры минерального источника «Жылуу-Суу» (Алайский район Ошской области) в фазе ремиссии патологического процесса. При определении эффективности воздействия водолечения в комплексной терапии на течение патологического процесса при АД, контролем служили, больные дети, которые не получали водолечение.

Качество жизни оценивали по детскому дерматологическому индексу качества жизни, предназначенному для детей, больных дерматитами в возрасте 5-16 лет. Опросник состоит из 10 вопросов, определяющих детальный анализ самочувствия больного и межличностных отношений с окружающими. На каждый вопрос предлагаются четыре вида ответов (0 - не беспокоили, 1 - немного, 2 - сильно, 3 - очень сильно). Подсчет индекса производился простым суммированием. Минимальное значение равно 0, максимальное - 30 баллам. Наряду с этими параметрами, использовался дерматологический индекс шкалы симптомов для объективизации оценки тяжести состояния больного кожными заболеваниями. Все симптомы ранжированы в виде эритемы, отека, мокнутия, лихенизации, папулы, сухости, шелушения, трещины, зуд. Каждый из симптомов оценивался по 4-х бальной шкале от 0 до 3 (0 - отсутствует, 1 - слабо выражен, 2 - умеренно выражен, 3 - резко выражен). Сумма всех баллов и является значением индекса, которое варьирует от 0 (отсутствуют проявления заболевания) до 27 (при наиболее выраженной тяжести процесса).

Статистический анализ материалов исследования проводился с помощью пакета прикладных программ с использованием методов вариационной статистики и непараметрических методов. Для оценки межгрупповых различий использовали параметрический критерий Стьюдента с определением коэффициента достоверности (t) и программу расчета критериев различий процентов. Для оценки достоверности непараметрических различий показателей использовался критерий Пирсона ( $\chi^2$ -квадрат критерий).

**Глава 3. Представлены результаты собственных исследований и их обсуждение.**

**Раздел 3.1. Распространенность АД среди школьников, проживающих в г. Жалал-Абад по данным программы ISAAC.** Распределение респондентов по национальности было следующим: кыргызы – 2671 (63%) ребенок, узбеки - 1247 (29,4%), русские – 147 (3,5%), 189 (4,5%)

другие национальности (турки, уйгуры, татары и др.).

Соотношение девочек и мальчиков среди обследованных детей в возрасте 7-8 и 13-14 лет соответственно было 50,1% к 49,0% и 51,6% к 48,4%.

Нами установлено, что распространенность АД среди детей в целом составила 5,25%. При этом распространенность атопического дерматита среди детей в возрасте 7-8 лет составила 2,7% тогда, как в когорте обследованных детей старшего возраста данный показатель был выше 7,8%. Конечные результаты настоящего исследования верифицированы и приняты в реестр Международного центра ISAAC (Окленд, Новая Зеландия). При этом международными экспертами констатирована высокая частота симптомов атопического дерматита у школьников г. Жалал-Абад. Результаты исследования частоты симптомов АД в когорте обследованных школьников г. Жалал-Абад представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Частота симптомов АД среди школьников в исследуемых группах, количество (%)

Симптом	7-8 лет (n=1778)	13-14 лет (n=2457)	p	Всего (n=4235)
Симптомы АД когда-либо	88 (4,9)	447 (18,2)	<0,001	535 (11,55)
Симптомы АД в течение 12 мес.	48 (2,7)	192 (7,8)	<0,001	240 (5,25)
Поражение типичных участков кожи, характерных для АД	29 (1,6)	98 (4,0)	<0,001	127 (2,8)
Полное исчезновение сыпи за последние 12 мес.	32 (1,8)	114 (4,6)	<0,001	146 (3,2)
Отсутствие ночных пробуждений за последние 12 мес. из-за зудящей сыпи	34 (1,9)	84 (3,4)	<0,001	118 (2,65)
Ночные пробуждения за последние 12 мес. из-за зудящей сыпи менее, чем 1 раз в нед.	6 (0,3)	34 (1,4)	>0,05	40 (0,85)
Ночные пробуждения за последние 12 мес. из-за зудящей сыпи 1 и более ночей в нед.	7 (0,4)	22 (0,9)	>0,05	29 (0,65)
Установленный диагноз АД	14 (0,8)	23 (0,9)	>0,05	37 (0,85)

Примечание: p – достоверность различий между исследуемыми группами детей 7-8 и 13-14 лет.

Проведенный анализ материала по распространенности симптомов АД показал, что у 535 (11,55±1,0%) детей из 4235 опрошенных, когда-либо констатировалась аллергическая сыпь, зуд кожи, после приема потенциально облигатных нутритивных аллергенов или лекарственных средств на фоне

полного здоровья, данный признак чаще отмечался у детей старшего возраста ( $18,2 \pm 0,4\%$ ) по сравнению, с детьми младшего возрастного периода ( $4,9,3 \pm 0,5\%$ ). Частота вышеуказанных симптомов в последние 12 месяцев соответственно была в два раза ниже в обеих возрастных группах опрошенных школьников ( $2,7 \pm 0,4$  и  $7,8 \pm 0,4$ ).

Характерные для АД симптомы поражения типичных и излюбленных участков кожи отмечались у  $4,0 \pm 0,3\%$  детей младшего возраста, и лишь у  $1,6 \pm 1,4\%$  опрошенных школьников старшей возрастной группы.

Аналогичная тенденция имела место при определении признака полного исчезновения сыпи за последние 12 месяцев в обеих возрастных группах опрошенных детей. У  $1,9 \pm 0,4\%$  респондентов регистрировался симптом отсутствия пробуждения из-за зудящей сыпи. В единичных случаях отмечались симптомы ночных пробуждений из-за зудящей сыпи (1 и более раз в неделю) и уточненный диагноз АД. Можно предположить, что частота двух последних симптомов среди опрошенных детей косвенно свидетельствует о наличии гиподиагностики данной патологии в регионе.

Таким образом, на основании анализа материала, принимая во внимание совокупность анамнестических и клинических данных, результатов выборочного осмотра и лабораторного обследования с референтной вероятностью распространенность АД среди детей в целом составила –  $5,25\%$ . При этом распространенность АД среди детей в возрасте 7-8 лет составила  $2,7\%$ , тогда как в когорте обследованных детей старшего возраста данный показатель был выше  $7,8\%$ .

**Раздел 3.2. Состояние микрофлоры желудочно-кишечного тракта и качество жизни у детей, больных АД.** Под наблюдением находилось 47 детей, страдающих АД, в возрасте от 12 до 15 лет, мальчиков было 31 ( $65,9\%$ ) и 16 девочек ( $34,1\%$ ). Среди обследованных детей, больных АД, констатировались преимущественно, среднетяжелое и тяжелое течение заболевания. Диагностированы следующие формы заболевания: эритема-сквамозная форма с лихенификацией - 27 ( $57,4\%$ ), лихеноидная - 19 ( $40,4\%$ ), пруригинозная - 1 ( $2,1\%$ ), при этом у 7 детей заболевание протекало в виде поллиноза и у 4 в сочетании с бронхиальной астмой (табл. 2).

Таблица 2 - Клинико-патогенетические формы АД у детей

Форма заболевания	Количество (%)
Эритемо-сквамозная форма с лихенификацией	27 (57,4)
Лихеноидная форма	20 (40,4)
Пруригинозная форма	1 (2,1)

Оценка тяжести состояния у детей, больных АД (Индекс SCORAD) в зависимости от распространенности кожного процесса показала, что наиболее выраженное нарастание значения индекса происходило при пруригинозной форме заболевания по сравнению с другими формами (табл. 3).

Таблица 3 - Индекс SCORAD у детей, больных различными формами АД

Форма заболевания	Значение Индекса SCORAD, условные единицы
Эритемо-сквамозная форма с лихенификацией, n=27	$54,71 \pm 2,4$
Лихеноидная форма, n=20	$67,4 \pm 2,01$

Обследование на дисбиоз проводилось перед выпиской из стационара, в периоде затихания патологического процесса. У 25 пациентов ( $53,2\%$ ) обнаружены дисбиотические сдвиги I-II степени выраженности. Угнетение роста факультативных анаэробов наблюдалось у всех 25 больных с выявленным дисбиозом: бифидобактерии обнаруживались в 6-7 разведениях (т.е. в количестве  $106-107$  КОЕ/г), а лактобактерии – в 6 разведении ( $106$  КОЕ/г). У некоторых пациентов количественные нарушения отмечены лишь в одном из названных звеньев. Общее количество кишечной палочки соответствовало норме у 12 больных, было умеренно повышенным (до  $6,2 \cdot 10^8$  КОЕ/г) у 7, сниженным – у остальных 28 больных. Снижение уровня нормальной кишечной палочки, как правило, было умеренным - до  $1,3 - 2,8 \cdot 10^8$  КОЕ/г, в отдельных случаях – до  $107$  КОЕ/г (у 5 больных), у 1 больного роста *E.coli* не отмечено даже в 5 разведении. Нередко обнаруживались кишечные палочки с измененными ферментативными свойствами: слабоферментирующие (до  $80\%$  от общего количества *E.coli*), лактозонегатив – у 4 больных. При дисбиозе среднетяжелой степени тяжести наряду с количественными и качественными изменениями микрофлоры отмечался чрезмерный рост условно-патогенных микроорганизмов: чаще - гемолитических кишечных палочек (у 4 пациентов), реже - грибов рода кандиды, акинетобактера, энтеробактера, клебсиелл, фекальных стрептококков, золотистых стафилококков (преимущественно - в монокультурах).

Основу коррекционного курса составил бифидумбактерин форте – пробиотик с повышенной колонизационной способностью и высоким содержанием бифидобактерий. Он назначался по 1-2 пакета 1 раз в день – через 1-1,5 часа после ужина, в течение 10-20 дней. Общая продолжительность курса пробиотической терапии составляла от 15 до 30 дней. Контрольные исследования на дисбиоз проведены через 1-3 месяца по окончании приема препаратов. Микрофлора кишечника после приема пробиотиков улучшилась: снизилась частота выделения условно-патогенной микрофлоры, отмечено повышение уровня бифидо- и лактобактерий (табл. 4).

Таблица 4 - Динамика микрофлоры кишечника у детей с АД на фоне терапии пробиотиками (Среднее значение показателя логарифма от числа КОЕ/г) (n=17)

Микрофлора кишечника	До лечения	После лечения
Бифидобактерии	$5,7 \pm 0,15$	$6,9 \pm 0,16$
Лактобактерии	$6,3 \pm 0,1$	$6,5 \pm 0,12$
Кишечные палочки	$8,1 \pm 0,2$	$8,4 \pm 0,17$

Среднее значение показателя логарифма от числа КОЕ/г для бифидобактерий составило у наблюдаемых 17 больных до лечения  $5,7 \pm 0,15$ , после лечения –  $6,9 \pm 0,16$ ; для лактобактерий – соответственно  $6,3 \pm 0,1$  и  $6,5 \pm 0,12$ ; для кишечных палочек –  $8,1 \pm 0,2$  и  $8,4 \pm 0,17$ . Наблюдалось улучшение состояния кишечного биоценоза, у 7 пациентов – его нормализация.

Особый интерес представляют результаты клинического наблюдения за течением АД. Клиническое улучшение отмечено у 27 больных (57,4%), отсутствие динамики – у 3 (6,3%). Удалось добиться контроля над болезнью с отсутствием клинических признаков у 11 (23%) пациентов, уменьшить частоту применения лекарственных препаратов – у остальных – 6 (12,7%). Отдаленное обследование на дисбиоз выявило незначительные или умеренные отклонения в состоянии кишечной микрофлоры у пациентов с положительной динамикой по основному заболеванию. Параметры, характеризующие качество жизни детей, больных АД, полученные путем опроса, прямо пропорционально коррелировались с данными изучения индекса SCORAD ( $p < 0,001$ ).

**Раздел 3.3. Состояние гуморального иммунитета и неспецифических факторов защиты у детей, больных АД.** Изучение иммунологических показателей крови проведено у 47 детей, больных АД в стадии ремиссии. Среди обследованных детей, 27 страдали эритемо-сквамозной формой АД, 20 – лихеноидной, 1 – пруригоподобной формой заболевания. В качестве контроля использовались данные иммунологических показателей у здоровых детей, полученных сотрудниками Киргизского НИИ акушерства и педиатрии (Л.В. Водкайло с соавт., 1979). При анализе Т- и В-звеньев иммунитета и неспецифических факторов защиты, контролем служили нормативные материалы, разработанные сотрудниками НИИ педиатрии АМН СССР (В.В. Ботвиньева, 1986; А.А. Петросян, 1985). Клинико-лабораторное и иммунологическое обследование больных позволило установить характер и степень изменений иммунного статуса в зависимости от клинической формы заболевания. Так, при лихеноидной форме АД у детей в возрасте 12-15 лет выявлен повышенный уровень JgG ( $p < 0,05$ ), тогда как у детей с эритемо-сквамозной формой заболевания концентрация JgG не претерпевала существенных изменений, по сравнению с показателями здоровых детей (табл. 5). Уровни JgA и JgM не имели достоверного различия ( $p > 0,05$ ).

Таблица 5 - Уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G (г/л) у детей, больных различными формами АД ( $M \pm m$ )

Форма болезни	IgA	IgM	IgG	IgE
Здоровые дети (7-14 лет), n=415	$2,46 \pm 0,6$	$0,95 \pm 0,45$	$12,54 \pm 7,6$	-
Лихеноидная форма, n=20	$2,96 \pm 0,13$	$0,94 \pm 0,08$	$13,61 \pm 0,62^*$	$576,3 \pm 9,7$
Эритемо-сквамозная форма, n=27	$2,25 \pm 0,21^*$	$0,90 \pm 0,08^*$	$13,08 \pm 0,71$	$696,04 \pm 7,8^*$

Примечание: \* -  $p < 0,05$  относительно показателей здоровых детей.

При сопоставлении уровней иммуноглобулинов у детей с пруригинозной формой заболевания с таковыми у здоровых детей отмечено снижение содержания всех основных классов иммуноглобулинов сыворотки крови (JgA -  $1,83 \pm 0,17$  г/л, JgM -  $0,73 \pm 0,05$  г/л, JgG -  $8,54 \pm 0,62$  г/л, против: JgA -  $2,46 \pm 0,6$  г/л, JgM -  $0,95 \pm 0,45$  г/л, JgG -  $12,54 \pm 7,6$  г/л здоровых детей).

При пруригинозной форме АД имело место уменьшение процентного содержания В-лимфоцитов ( $p < 0,05$ ), повышение 0-лимфоцитов ( $p < 0,05$ ) при одновременной тенденции к уменьшению содержания Т-лимфоцитов, относительно нормативов здоровых детей ( $p > 0,05$ ) (табл. 6).

Таблица 6 - Показатели Т- и В-звеньев иммунитета у больных детей с различными формами АД ( $M \pm m$ )

Форма болезни	Т-лимфоциты (Е-РОК) в %	В-лимфоциты (ЕАК-РОК) в %	0-лимфоциты в %
Здоровые дети, n=415	$60,6 \pm 0,24$	$25,0 \pm 2,1$	$14,4 \pm 0,1$
Эритемо-сквамозная форма, n=27	$60,8 \pm 2,8$	$21,8 \pm 1,7^*$	$18,96 \pm 2,6$
Лихеноидная форма, n=20	$57,8 \pm 3,9$	$20,7 \pm 1,6^*$	$21,5 \pm 2,3^*$

Примечание: \* -  $p < 0,05$  относительно показателей здоровых детей.

У больных с лихеноидной формой болезни процентное содержание В-лимфоцитов было достоверно ниже ( $21,8 \pm 1,7$ ,  $p < 0,05$ ), чем показатели у здоровых детей ( $25,0 \pm 2,1$ ). При лихеноидной форме АД происходило снижение IgA и IgM, что может свидетельствовать об ослаблении (в сочетании с клиническими данными) противoinфекционного иммунитета. Повышение концентрации IgE во всех группах детей, больных АД, свидетельствует о генезе развития данной патологии. Для детей, больных пруригинозной формой АД, было характерно тотальное снижение содержания всех основных классов иммуноглобулинов, что коррелируется с клинико-лабораторными показателями.

**Раздел 3.4. Показатели неспецифических факторов защиты у больных различными формами АД.** В результате изучения фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов у детей, больных разными формами АД, выявлен ряд изменений в системе фагоцитарного процесса. Установлено, что наиболее чувствительной к неблагоприятным воздействиям является конечная, завершенная стадия фагоцитарной реакции. Индекс завершенности фагоцитоза у больных детей, по сравнению с контрольной группой, был статистически достоверно снижен (со стафилококком до  $0,45 \pm 0,01$ ,  $p < 0,05$  при лихеноидной форме до  $0,35 \pm 0,05$ ,  $p < 0,05$  при эритемо-сквамозной форме (табл. 7).

Во всех группах обследованных детей с АД имело место статистически значимое снижение содержания фермента лизоцима. Другие показатели неспецифической резистентности организма (фагоцитарный показатель, фагоцитарное число, комплементарная активность сыворотки крови) находились на уровне, характерном для практически здоровых детей.

Таблица 7 - Показатели неспецифических факторов защиты у детей с различными формами АД (M+m)

Показатели	Здоровые дети, n=415	Лихеноидная форма, n=19	Эритемо-сквамозная форма, n=27
Индекс завершенности фагоцитоза	0,53±0,07	0,45±0,01*	0,35±0,05*
Фагоцитарный показатель (в %)	34,3±3,5	36,2±0,8	49,7±4,6*
Фагоцитарное число	-	4,3±0,1	3,9±0,1
Активность комплемента по 50% гемолизу, усл. ед.	50,6±2,1	48,8±1,5	51,1±4,03
Лизоцим, мкг/мл	3,38±0,21	2,3±0,1*	2,2±0,05*

Примечание: \* -  $p < 0,05$  по сравнению с соответствующими показателями у здоровых детей.

**Раздел 3.5. Терапевтическая эффективность лечения АД антилейкотриеновым препаратом синглон.** В Кыргызской Республике исследования, посвященные изучению клинической эффективности модифицирующего действия ингибиторов лейкотриенов на организм детей, больных АД, отсутствуют. Исходя из сказанного нами впервые предпринята попытка исследования клинической эффективности зарегистрированного в нашей стране нового препарата – дженерика монтелукаста – синглона (Gedeon Richter Plc., Венгрия). Под нашим наблюдением с октября 2013 г. по июль 2014 г. находились 27 детей, больных АД. Среди них было 15 девочек (55,5%), 12 мальчиков (44,4%) в возрасте от 6 до 14 лет (основная группа). У всех пациентов имелись признаки экзacerbации кожного процесса, постоянный зуд, повышенная возбудимость, беспокойство. У 22 детей сильный зуд приводил к расстройству сна. Диагноз впервые был установлен от 2 нед. до 8 лет назад. Контролем служили 11 детей, больных АД аналогичного возраста, находящихся на стационарном лечении. В контрольной группе было 7 мальчиков и 4 девочки, соответственно 70% и 30%, в возрасте от 6 до 14 лет.

В обеих группах обследованных детей, больных АД, по большинству изучаемых клинико-лабораторных показателей не было выявлено статистически значимых различий, и в качестве исходного показателя были приняты итоги изучения тяжести течения патологического процесса с использованием стандартизованного индекса SCORAD в сочетании с клинико-лабораторными параметрами. У 19 (70,3%) детей в возрасте от 6 до 12 лет в клинической картине преобладали лихеноидные папулы сероватого цвета, фолликулярные папулы, экскориации. Патологический процесс был наиболее выражен в локтевых сгибах и подколенных складках, на шее, за ушными раковинами. Выявлялась разной степени выраженности отечность век с углублением естественных складок на них. На коже боковых поверхностей туловища, спины выявлялись полушаровидные фолликулярные папулы. На кистях имелись инфильтрированные очаги. У 11 (57,8%) из 19 детей в этой группе отмечалась

выраженная сухость кожных покровов, явления атопического хейлита. У 11 пациентов ухудшение течения кожного процесса отмечалось в холодное время года, улучшение – в летнее. У 3 (11,1%) из 19 детей отчетливой зависимости кожного процесса от времени года не отмечалось.

У 13 (48,1%) детей 12-14 лет очаги поражения имели преимущественную локализацию в верхней части тела. Отмечена выраженная лихенификация в локтевых сгибах, подколенных впадинах. На руках очаги выявлялись не только на сгибательной, но и на разгибательной поверхности. Диффузно располагались лихеноидные плоские полигональные и округлые полушаровидные папулы. У 1 девочки наблюдалось ухудшение течения кожного процесса в холодное время года, улучшение – в летнее. У 9 из 13 пациентов выраженной зависимости кожного процесса от времени года не отмечалось. Синглон назначался внутрь 1 раз в сутки за 1 час до или через 2 часа после приема пищи. Доза для детей в возрасте от 6 до 14 лет составляла одну жевательную таблетку по 5 мг в сутки. Индивидуального подбора дозировки для этой возрастной группы не требовалось. Продолжительность лечения составляла от 10-12 до 30 дней. После выписки из стационара родителям детей с АД рекомендовалось принимать препарат в срок до 1 месяца. Оценка клинической эффективности синглona проводилась через 10 и 30 дней. Помимо наружной терапии все пациенты получали внутрь антигистаминные и симптоматические средства в возрастных дозировках в течение первых 7-10 дней терапии. У всех больных, получивших синглон в динамике терапии оценивалась тяжесть кожного процесса с использованием стандартизованного индекса SCORAD (табл. 8).

Таблица 8 - Динамика клинических показателей оценки тяжести патологического процесса у детей, больных АД с использованием стандартизованного индекса SCORAD

Показатель	Исходные данные	Через 10 дней	Через 1 мес.	Через 3 мес.
Среднее значение индекса SCORAD в основной группе, в баллах	63,12±4,01 n=27	37,4±3,4 n=24	12,7±5,6* n=17	9,33±5,22* n=12
Среднее значение индекса SCORAD в контрольной группе, в баллах	67,44±5,7 n=11	54,07±4,5 n=11	21,7±5,8* n=6	-
Уровень общего IgE в сыворотке крови в основной группе, МЕ/л	725,6±7,05 n=27	870,5±7,1 n=24	541,5±7,1 n=17	-
Содержание общего IgE в сыворотке крови в контрольной группе, МЕ/л	953,4±9,1 n=11	811,8±6,7 n=11	985,5±6,0 n=6	-

Примечание: \* -  $p < 0,05$  достоверность различий относительно исходных значений.



После проведенной терапии у всех пациентов было отмечено уменьшение зуда, эритемы, отечности на 10-ый день применения синглона, в дальнейшем регресс высыпаний продолжался. Среди больных контрольной группы в целом также констатировалась положительная динамика изучаемых клинических показателей, хотя она имела сравнительно медленную тенденцию, по сравнению с аналогичными параметрами в основной группе обследованных больных, о чем свидетельствовали значения стандартизованного индекса.

В основной группе обследованных детей, страдающих АД, отмечена положительная динамика в течение клинического процесса: к 10 дню зуд прекратился, побледнела эритема, уменьшилось шелушение, не было следов расчесов, индекс снижался; к 30 дню - эритема разрешилась, остались очаги лихенизации, сухость кожи и шелушение в периорбитальных областях, нормализовался сон, зуд исчез и лишь у одного больного в связи с наслоением острой вирусной инфекции, осложненной явлениями острого бронхита, имела место отрицательная динамика клинических признаков и больному синглон был отменен. По окончании курса терапии (через 30 дней) индекс SCORAD снижался в среднем до 12 баллов. Курсы лечения пациенты переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных явлений ни в одном случае отмечено не было. Клиническая эффективность синглона сопровождалась снижением индекса SCORAD, сокращением периода обострений и продлением ремиссии АД, а также тенденцией к снижению содержания общего IgE в сыворотке крови. Динамические наблюдения за больными детьми в более отдаленные сроки после проведенной терапии подтвердили стойкость полученного терапевтического эффекта синглона в комплексной терапии АД у детей.

**Раздел 3.6. Эффективность бальнеотерапии в комплексном лечении детей, больных АД.** Изучение клинической эффективности минеральных вод «Жылуу-Суу» в комплексном лечении и реабилитации детей, больных АД, проводилось в три этапа, в динамике: после проведения стационарного лечения (исходные данные), затем непосредственно по окончании курса бальнеотерапии (через 10-12 дней) и спустя 3 месяца (отдаленные результаты). В основной группе было 27 детей, больных средней степенью тяжести АД, все они получали водные процедуры в источнике «Жылуу-Суу». Протоколы испытаний СЭС образцов воды из родника «Жылуу-Суу», расположенного в Алайском районе Ошской области показали, что она по органолептическим и физико-химическим показателям отвечает требованиям Технического регламента «О безопасности питьевой воды». Вода из источника богата микроэлементами и имеет оптимальную температуру для купания (17-20°C). Вода помимо увлажнения, оказывает противовоспалительное и противозудное действие, уменьшая, тем самым, повышенную реактивность кожи. Пациентам, страдающим АД, следует придерживаться определенных правил в роднике «Жылуу Суу». Результаты лечения оценивались по динамике клинических симптомов (гиперемия, инфильтрация, шелушение, субъективные ощущения) по шкале: отсутствие эффекта, незначительное улучшение, улучшение и по значению индекса

SCORAD (табл. 9).

Таблица 9 - Показатели оценки тяжести патологического процесса у детей, больных АД, с использованием стандартизованного индекса SCORAD в процессе бальнеотерапии

Срок обследования	Исходные данные	Через 10 - 12 дней	Через 3 мес.
Среднее значение индекса SCORAD в основной группе, в баллах	47,3±2,1 n=27	18,2±1,4 n=2	9,7±1,3* n=21
Среднее значение индекса SCORAD в контрольной группе, в баллах	37,3±5,7 n=14	27,2±4,5 n=12	16,4±1,8* n=7

Примечание: \* -  $p < 0,05$  достоверность различий относительно исходных значений.

Непосредственная оценка эффективности бальнеотерапии показала, что на фоне применения водных процедур стихание клинических симптомов и снижение показателей индексов происходило значительно быстрее, чем в группе сравнения, при этом регресс всех показателей был гораздо более выражен. У больных АД основной группы индекс SCORAD к концу лечения снизился в среднем на 38% и составил в среднем - 18,2 балла. В группе контроля снижение индекса SCORAD составило 28% (в среднем - 27,2 балла), что значительно меньше результатов основной группы. Показатель индекса SCORAD через 3 мес. после бальнеотерапии составил - 9,7±1,3, т.е. зафиксировано снижение в среднем на 80%. В контрольной группе индекс SCORAD снизился в среднем на 43% и составил - 16,4±1,8 балла.

Длительность ремиссии увеличилась у больных с АД на 27,1%, кожные высыпания имели менее распространенный характер, отличались меньшей остротой высыпаний.

## ВЫВОДЫ

1. Эпидемиологическое исследование с использованием стандартизированной программы ISAAC показало, что у школьников, проживающих в г. Жалал-Абад констатирована высокая распространенность симптомов атопического дерматита - 5,25%, в том числе - 2,7% у детей 7-8 лет и - 7,8% у детей 13-14 лет.

2. У 53,3% обследованных детей, больных атопическим дерматитом выявлены симптомы дисбиоза желудочно-кишечного тракта в сочетании с ухудшением параметров, характеризующих качество их жизни, снижением уровня иммуноглобулинов (А, М, G), повышением IgE, относительного содержания В-лимфоцитов, 0-лимфоцитов, при тенденции к уменьшению Т-лимфоцитов, снижением факторов неспецифической защиты организма (лизоцим).

3. Клиническая эффективность антилейкотриенового препарата синглон сопровождается позитивной динамикой клинических признаков снижением индекса SCORAD, сокращением периода обострения и продлением ремиссии, а также тенденцией к снижению содержания общего IgE в сыворотке крови в исследуемой группе ( $p < 0,05$ ).

4. Бальнеотерапия в условиях минерального источника «Жылуу-Суу» является эффективным средством в комплексной реабилитации детей, больных atopическим дерматитом, и позволяет сократить сроки обострения, справиться с таким важным психотравмирующим фактором, как зуд, уменьшить длительность применения кортикостероидных мазей, пролонгировать период ремиссии, что в целом значительно улучшает качество жизни больных.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях улучшения диагностического процесса при atopическом дерматите:

1.1. Детям с тяжелыми и торпидными к терапии формами atopического дерматита необходимо проводить оценку состояния микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

1.2. Пациентам с atopическим дерматитом рекомендуется исследование иммунологической реактивности и факторов неспецифической защиты при обострениях процесса и при выборе комплекса терапевтического воздействия.

1.3. Целесообразно ежегодно анализировать качество жизни пациентов и их семей.

2. В целях повышения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий:

2.1. Патогенетически обоснованным является включение в комплекс терапевтических программ при atopическом дерматите у детей препаратов антилейкотриенового ряда, одним из которых является синглон.

Дозы и длительность их назначения следует назначать индивидуально в соответствии с формой и периодом заболевания и под контролем лечащего врача.

2.2. При выявлении симптомов дисбиотических нарушений в желудочно-кишечном тракте больным с atopическим дерматитом необходимо назначение соответствующей корректирующей диеты и медикаментозной терапии.

2.3. Для повышения и закрепления терапевтического эффекта от медикаментозной терапии рекомендуется использование бальнеологических процедур, в число которых на юге Кыргызстана могут применяться воды источника «Жылуу-Суу».

### СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. **Узаков, О. Ж.** Атопический дерматит: новые аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики, терапии и профилактики [Текст]: учебное пособие / О. Ж. Узаков, Ж. К. Муратова, Б. Д. Кудаяров. - Ош. - 2012. - 52 с.

2. **Муратова, Ж. К.** Клинико-диагностические и терапевтические аспекты atopического дерматита у детей, проживающих на юге Кыргызстана [Текст] / Ж. К. Муратова // Педиатрия и детская хирургия. - 2013. - №3. - С. 26-31.

3. **Шакирова, А. Т.** Психо-эмоциональный статус у больных с розовыми угрями (Акне-Розацея) [Текст] / А. Т. Шакирова, Ж. К. Муратова // «Актуальные проблемы медицины»: материалы 16-ой межрегиональной научно-практической конференции. - Абакан, 2013. - С. 255-260.

4. **Узаков, О. Ж.** Атопический дерматит у детей, проживающих на юге Кыргызстана [Текст] / О. Ж. Узаков, Ж. К. Муратова // Центрально-Азиатский мед. журнал. 2014. - Т. XX. - №4. - С. 294-299.

5. **Муратова, Ж. К.** Исследование распространенности atopического дерматита у детей школьного возраста в г. Жалал-Абад [Текст] / Ж. К. Муратова, О. Ж. Узаков // Здоровье матери и ребенка. - 2014. - Т. 6. - №1. - С. 17-19.

6. **Муратова, Ж. К.** Влияние экологических факторов на распространенность atopического дерматита у детей [Текст] / Ж. К. Муратова // Вестник ОшГУ. - 2014. - № 3. - С. 38-43.

7. **Муратова, Ж. К.** Клинико-морфологические особенности atopического дерматита у детей, проживающих на юге Кыргызстана [Текст] / Ж. К. Муратова // Вестник ОшГУ. - 2014. - № 1. - С. 115-119.

8. **Узаков, О. Ж., Муратова, Ж. К.** Распространенность atopического дерматита у детей школьного возраста в г. Джалал-Абад: результаты эпидемиологического исследования [Текст] / О. Ж. Узаков, Ж. К. Муратова // Медицина Кыргызстана. - 2014. - №4. - С. 67-69.

#### Муратова Жанара Кочкоровнанын

«Балдардын атопиялык дерматитинин эпидемиологиялык жана клиникалык-лабораториялык аспекти жана анда реабилитациялоо (калыбына келтирүү) иш-чараларынын эффективдүүлүгү» темасында 14.01.08 – «педиатрия» адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуу даражасына жазылган диссертациясынын

#### КОРУТУНДУСУ

**Өзөктүү сөздөр:** балдар, атопиялык дерматит, эпидемиология, профилактика (алдын алуу), дарылоо.

**Изилдөө мейкини (объектиси):** 3 айлык жана 14 жаш курактагы балдар, ошондой эле алардын ата-энелери.

**Изилдөө максаты:** комплекстүү клиникалык-эпидемиологиялык изилдөөлөрдүн негизинде атопиялык дерматит менен жабыркаган балдарга дарылоо жана дартанымтама жардамын илимий жол менен негиздөө.

Атопиялык дерматит менен ооруган бейтаптардын эпидемиологиясын, гуморалдык иммунитеттин абалын, спецификалык эмес коргонуу факторлорун изилдөө жана жашоо сапатын аныктоо, о.э. бул патологияда комплекстүү реабилитациялоо ыкмаларын оптималдаштыруу

**Изилдөө ыкмалары:** эпидемиологиялык, клиникалык, лаборатордук (тажрыйбаканалык), алардын жашоо сапатынын параметрлерин, статистикалык изилдөөлөр

**Изилдөөнүн жыйынтыктары:** Балдардын аллергиясынын жана бронхиалдык астмаларын изилдөөнүн Эл аралык программасына ылайык изилдөөнүн жыйынтыгында, Жалал-Абад шаарынын мектеп жаш курагындагы балдардын арасында аллергиялык патологияларды изилдөөдө атопиялык дерматиттин аутенттик таралышы 5,25%ды түзгөн. Бул изилдөөнүн жыйынтыгы Эл аралык ISAAC Борборунун реестринде (Окленд, Жаңы Зеландия, 2004) белгиленип жана анда кабыл алынды. Мында I жана II даражадагы дисбиотикалык бузулуунун өрчүүсү, иммуноглобиндердин негизги класстарынын катышы бузулган жана организмдеги спецификалык эмес коргонуу факторлорунун азаюусунун негизинде балдардын жарымынан көбүндө (53,2%) атопиялык дерматиттин аныкталышы тууралуу жаңы маалыматтар көрсөтүлгөн.

Кыргыз Республикасында биринчи жолу клиникалык фармакотерапиянын заманбап талаптарына ылайык атопиялык дерматитте синглонду колдонуу - комплекстүү дарылоонун дээрлик эффективдүү ыкмасы экендиги аныкталган. Ал эми патологиялык процесстин акыркы фазаларында реабилитациялык иш-чаралардын комплексине Жылуу-Суу булагында жүргүзүлгөн суу процедуралары балдардын атопиялык дерматитинде дарылоонун эффективдүүлүгүн, бейтаптардын жашоо сапатынын параметрлерин жогорулатууга жана дарттын ремиссиясынын узарышына алып келүүсү тастыкталган.

**Колдонуу боюнча сунуштар:** Балдар стационарларынын жана эмканаларынын практикалык иштеринде, о.э. медициналык окуу жайлардын профилдик кафедраларынын окуу программаларына киргизүү.

**Колдонуу чөйрөсү:** балдардын бардык денгээлдеги дарылоо-профилактикалык мекемелери.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Муратовой Жанары Кочкоровны на тему:

«Эпидемиологические и клинико-лабораторные аспекты атопического дерматита у детей и эффективность реабилитационных мероприятий» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.08 – педиатрия.

**Ключевые слова:** дети, атопический дерматит, эпидемиология, профилактика, лечение.

**Объект исследования:** дети в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, а также их родители.

**Цель работы:** на основе комплексного клинико-эпидемиологического исследования научно обосновать пути оптимизации лечебно-диагностической помощи детям с атопическим дерматитом.

**Методы исследования:** эпидемиологические, клинические, лабораторные, статистические. оценка параметров качества жизни.

**Результаты исследования:** на основании исследования аллергической патологии среди детей школьного возраста г. Жалал-Абад, в соответствии с международной программой изучения бронхиальной астмы и аллергии в детском возрасте, установлена аутентичная распространенность атопического дерматита, которая составила 5,25%. Результаты настоящих исследований, верифицированы и приняты в реестр Международного центра ISAAC (Окленд, Новая Зеландия, 2004). Представлены новые сведения о том, что атопический дерматит у детей характеризуется развитием дисбиотических сдвигов 1-2 степени выраженности у более половины больных (53,2%) на фоне нарушения соотношения основных классов иммуноглобулинов, снижение факторов неспецифической защиты организма (ИЗФ, лизоцим). Впервые в Кыргызской Республике установлено, что использование синглона является достаточно эффективным методом комплексной терапии атопического дерматита, соответствующим современным требованиям клинической фармакотерапии. Доказано, что включение водных процедур из источника «Жылуу-Суу» в комплекс реабилитационных мероприятий в фазе затихания патологического процесса позволяет повысить эффективность терапии, параметры качества жизни больных и продолжительность ремиссии при атопическом дерматите у детей.

**Рекомендации по использованию:** результаты исследования рекомендуются к внедрению в практику детских стационаров и поликлиник, а также в учебные программы профильных кафедр медицинских вузов.

**Область применения:** детские лечебно-профилактические учреждения всех уровней.

## RESUME

**Thesis of Muratova Zhanara Kochkorovna on "Epidemiological, clinical and laboratory aspects of atopic dermatitis in children and the effectiveness of rehabilitation" for the degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.08 - Pediatrics.**

**Key words:** children, atopic dermatitis, epidemiology, prevention, treatment.

**The object of study:** children aged 7-14 years and their parents.

**Objective:** To study the epidemiology, the state of humoral immunity and nonspecific defense factors determine the quality of life of children with atopic dermatitis and optimize methods for comprehensive rehabilitation of the disease.

**Methods:** Epidemiological, clinical, laboratory, and statistical in combination with reduced quality of life.

**Results:** Based on the study of allergic diseases among schoolchildren of the city of Jalal-Abad, in accordance with the international program study of asthma and allergies in childhood, authentic prevalence of atopic dermatitis was set which amounted - 5.25%. The results of these studies were verified and accepted into the registry of the International Centre ISAAC (Auckland, New Zealand, 2004). New evidence was presented, that atopic dermatitis in children is characterized by development dysbiotic shifts 1-2 severity in over half of patients (53.2%) due to violation of the ratio of the major classes of immunoglobulins, the reduction factors of nonspecific defense (IPC, lysozyme). For the first time in the Kyrgyz Republic found that the use of singlon is quite effective method of complex treatment of atopic dermatitis, corresponding to modern requirements of clinical pharmacotherapy. It is proved that the inclusion of water treatment from a wellspring of "Zhylyu-Suu" in complex rehabilitation in remission phase of the pathological process can improve the effectiveness of therapy, quality of life of the patients and duration of remission with atopic dermatitis in children.

**Recommendations for use:** put into practice of the children's hospitals and clinics, as well as to the curriculum of childhood diseases departments in medical schools.

**Field of application:** children's medical and educational institutions.