

УДК 616.3-008.1-053.2-06:616.5-002-056.3

**О.М. Охотнікова<sup>1</sup>, Л.В. Бондаренко<sup>2</sup>, Т.П. Іванова<sup>2</sup>, О.І. Усова<sup>1</sup>,  
Г.М. Федущка<sup>1</sup>, Т.В. Підвищенна<sup>1</sup>, Ю.Р. Боровик<sup>1</sup>, К.Ю. Кирильчук<sup>2</sup>,  
О.С. Шестакова<sup>2</sup>, С.О. Онисько<sup>2</sup>, Л.В. Семененко<sup>2</sup>**

## Гастроінтестинальні порушення у дітей з atopічним дерматитом

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2014.8(64):104–109; doi 10.15574/SP.2014.64.104

**Мета:** оцінити частоту та клінічні особливості гастроінтестинальних розладів у дітей з atopічним дерматитом.

**Пацієнти і методи.** Загалом обстежено 65 дітей віком від 1 міс. до 4 р. 5 міс., що страждали на atopічний дерматит. У кожній віковій групі переважали хлопчики (60%) над дівчатками (40%). Пацієнтів було розподілено на чотири вікові групи. Проведено аналіз скарг, анамнезу захворювання та життя, результатів об'єктивного обстеження з оцінкою кожного симптому, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.

**Результати.** Встановлено, що дебют atopічного дерматиту припадав на ранній вік. У 28% дітей обтяжена спадковість була представлена atopічним дерматитом, алергічним ринітом, бронхіальною астмою, медикаментозною алергією, полінозом, харчовою та інсектною алергіями. На підставі даних анамнезу життя обстежених дітей (часті респіраторні інфекції, обструкції дихальних шляхів і випадки ангіонабряку із синдромом удаваного крупу) у 34% дітей визначено певний фактор ризику щодо розвитку респіраторної алергії, який складав 16% – по одночасному виникненню бронхіальної астми та алергічного риніту, 12% – по розвитку бронхіальної астми, 6% – алергічного риніту. У дітей з atopічним дерматитом фактор ризику розвитку респіраторних проявів алергії склав 17%. Порушення з боку шлунково-кишкового тракту виявлено у 82% дітей у вигляді порушення випорожнення (у 36%, з них у 14% – закрепи, у 14% – неоформлене випорожнення, у 8% – чергування закріпів з неоформленим випорожненням), панкреатопатії (у 23%), гепатомегалії (у 14%), а також відхилень з боку кишкової мікрофлори (у 46%). Спостерігалися різні їх поєднання в одного пацієнта. Встановлено вікову залежність виникнення дисбактеріозу, який виникає переважно у дітей молодшого віку ( $r = -0,5$ ): I ступеня – у 26%, II ступеня – у 14% і III ступеня – у 8%. Найчастіше дисбактеріоз поєднувався з іншими порушеннями з боку шлунково-кишкового тракту, лише у 9% дітей він був ізольованим.

**Висновки.** Серед дітей з atopічним дерматитом віком до 4,5 року гастроінтестинальний синдром притаманний 82% хворим. Ранній дебют atopічного дерматиту частіше поєднується з ураженням органів травлення: у хворих грудного віку він спостерігався в 90% випадків. З метою вчасного виявлення гастроінтестинального синдрому і попередження еволюції алергічного «маршу» доцільно проводити активний пошук розладів з боку шлунково-кишкового тракту, перш за все у хворих зі скаргами на порушення функції органів травлення, особливо у дітей першого року життя, оскільки за даними проведеного дослідження у 34% дітей з atopічним дерматитом швидко розвиваються клінічні прояви респіраторного алергічного синдрому.

**Ключові слова:** atopічний дерматит, гастроінтестинальні розлади, діти, спадковість.

### Вступ

На сьогодні важливим залишається питання взаємозв'язку харчової алергії (ХА) та atopічного дерматиту (АД) [4,7]. Головним чинником розвитку АД є харчова алергія і переважно у дітей молодшого віку (до 3 років – у 75,4%). З часом її етіологічне значення зменшується та поступається побутовим, бактеріальним, вірусним і хімічним антигенам [8,17]. З віком поступово змінюються його патогенетичні механізми, і АД набуває самостійного хронічного перебігу [3].

Захворюваність на АД значно знижує вік, у якому починається бронхіальна астма (БА) та алергічний риніт (АР). Натомість вік, у якому починається АД, знижується захворюваністю на ХА. Отже, ХА – це вагомий фактор ризику прогресування алергічного «маршу» [12,20].

Харчова алергія може проявлятися у різних формах, як ізольовано, так і у комбінації зі шкірними та респіраторними симптомами. Проте показано, що у дітей дошкільного віку ХА проявляється у 40,5% випадків ураженням ШКТ і у 58,1% – шкірними проявами [11,12,19]. З цього приводу слід зазначити, що у загальній структурі клінічних проявів ХА саме шкірні зміни характеризуються високим відсотком (40–60%) уражень.

Симптоми ураження ШКТ можуть спостерігатися при АД, БА, полінозі, кропив'янці, сироватковій хворобі,

медикаментозній алергії тощо. У подібних випадках травна система діє як «шоковий» орган з розвитком реакції «антиген-антитіло» [15,16]. Оскільки АД є першим алергічним захворюванням, яке вказує на ризик виникнення інших, тобто є початком алергічного «маршу», який супроводжує хворого упродовж всього життя [10,12], доцільно діагностувати розлади ШКТ вже на ранніх етапах та намагатися попереджувати їх прогресію.

Аналіз клінічних симптомів при проведенні дослідження серед 100 дітей з АД показав, що більшість (75%) хворих мали прояви гастроінтестинального синдрому – зригування, кишкові кольки, метеоризм, порушення випорожнення, ферментопатії. Порушення ШКТ діагностовано у 100% пацієнтів з дебютом АД у віці 1,5–2 місяці [13,22]. Це вказує на необхідність врахування клінічних проявів з боку ШКТ з точки зору формування алергічної патології у подальшому та еволюції «алергічного маршу».

Функціональні порушення органів травлення, що пов'язані із загальним алергічним синдромом, незалежно від шляху потрапляння антигену, Tsanck назвав «аліментарною травною алергією», на відміну від аліментарної алергії, при якій антиген надходить перорально, або від ХА, при якій в якості антигену виступають саме харчові продукти, оскільки відбувається фіксація антигену в ШКТ. Характерно, що поза алергічним нападом ані

функціональних, ані органічних порушень у травній системі при ХА не виявляється. Алергічні ураження ШКТ (болі в животі, пронос та інші симптоми) частіше спостерігаються у дітей цього віку через підвищену функціональну лабільність їхніх органів і систем. Інші види алергії — медикаментозна, побутова, грибова, хімічна, бактеріальна, аутоалергія — так чи інакше порушують нормальний процес травлення, сприяючи дисфункції кишечника. Вони можуть бути також підставою для розвитку ХА. Іноді при цьому розвивається спочатку «травна» алергія, оскільки ШКТ є «шоковим» органом, а потім — справжня харчова алергія [18].

Водночас фізіологічна перистальтика кишечника сприяє елімінації мікроорганізмів, зменшуючи можливість їх адгезії до епітелію, тобто будь-які порушення функції кишечника можна вважати фактором, який здатний збільшувати рівень сенсibiliзації. Отже, функціональні порушення кишечника у дітей є фактором ризику розвитку ХА. Варто не забувати про морфо-функціональні особливості органів травлення у дітей: чим старша дитина, тим менш проникний гастроінтестинальний бар'єр і більш зріла ферментна система [18].

Поряд з тим з'явилось багато наукових праць, які свідчать про взаємозв'язок між формуванням імунної відповіді та складом біотопів організму, в першу чергу кишечника і шкіри, причому мають значення як кількісні, так і якісні їх характеристики [5,9,13,16]. Мікрофлора кишечника надає організму дитини великого антигенного стимулу, що забезпечує постнатальний імунітет з дозріванням лімфоїдної тканини і формуванням імунної толерантності. Показано, що у становленні імунітету велике значення має кишкова мікробіота, яка сприяє імунному дозріванню, що призводить до Th-2 поляризованої алергічної відповіді і підвищення продукції інтерлейкінів IL-4, IL-5, IL-13 та синтезу алерген-специфічного IgE. Вчені пояснюють можливість профілактики та лікування алергічної патології, передусім такої як ХА, її гастроінтестинальних проявів та АД, шляхом впливу на кишкову флору [2,3,6,9,16]. Водночас з'являються інші роботи, які більшою мірою орієнтовані на те, що імунне запалення з еозинофільною інфільтрацією тканин призводить до стійкого порушення кількісного і видового складу мікробіоти [14].

Слід звернути увагу на той факт, що шкіра теж є імунним органом, в якому ініціація імунної відповіді здійснюється в асоційованій зі шкірою лімфоїдній тканині (SALT — Skin Associated Lymphoid Tissues). Дендритні клітини шкіри розпізнають і захоплюють антигени, далі запускається каскад імунних реакцій, які реалізують імунну відповідь, що проявляється клінічною симптоматикою АД. Так само відомо, що ШКТ теж містить свою лімфоїдну систему — GALT (Gut Associated Lymphoid Tissues). Кишечник є первинним імунним органом людини, оскільки виробляє понад 70% всіх імуноглобулінів і містить понад 106 лімфоцитів у 1 грамі тканини та 80% В-клітин імунної системи [15].

Формуванню системної толерантності сприяє місцева толерантність, у розвитку якої важлива роль належить секреторному IgA. Комплекси з IgA швидко елімінуються (усуваються), а якщо імунна відповідь змінюється і утворюються антитіла класів IgE і IgG, то толерантність припиняється. В осіб з дефіцитом секреторного IgA відзначено високу частоту алергічних та аутоімунних захворювань кишечника [18,21,23].

У дітей з встановленим діагнозом гастроінтестинальної форми ХА провідною скаргою, що є причиною звернення по медичну допомогу, є порушення випорожнення

(76,6%). Больовий синдром спостерігається у 72,3% дітей, а диспептичні прояви — у половини пацієнтів [8]. Дисбіоз кишечника у дітей з АД діагностується в межах від 80 до 90% випадків незалежно від характеру вигодовування [5].

Проблема діагностики алергічних уражень ШКТ у дітей з АД залишається не вирішеною. Існує безліч запитань щодо груп відбору до застосування інвазивних методів дослідження та їх доцільності. Проте, не дивлячись на високу частоту уражень ШКТ у дітей з АД, на жаль, інші методи діагностики малоінформативні, оскільки існують різні імунопатогенетичні варіанти гастроінтестинальної алергії, а її клінічна симптоматика є неспецифічною і невиразною [1].

**Метою** дослідження було визначення частоти уражень шлунково-кишкового тракту харчового походження у дітей з різними проявами atopічного дерматиту та виявлення факторів, що сприяють їх розвитку.

### Матеріал і методи дослідження

На базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» обстежено 65 дітей віком від 1 місяця до 4 років 5 місяців (2009–2014 років народження) з встановленим діагнозом АД. Їх було розподілено на чотири вікові групи:

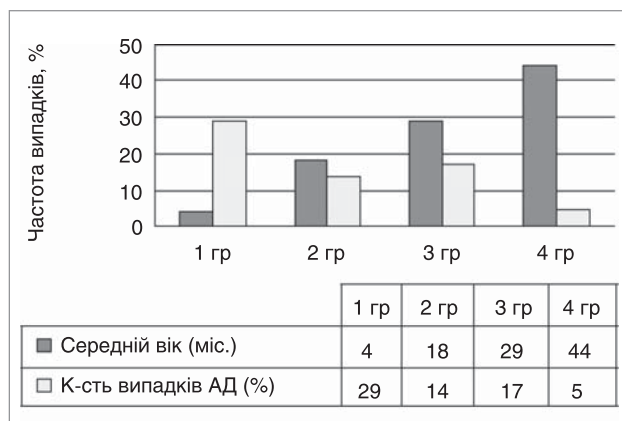
- 1 група — 29 дітей до 1 року (4,55±0,91 міс.);
- 2 група — 14 дітей від 1 до 2 років (18,28±1,84 міс.);
- 3 група — 17 дітей від 2 до 3 років (29,24±1,38 міс.);
- 4 група — 5 дітей старше 3 років (44,8±6,94 міс.).

У дослідження залучено дітей зі скаргами з боку ШКТ та алергічними хворобами, такими як БА, АР, АД, ХА.

Методи дослідження: збір детального анамнезу хвороби і життя, загальний аналіз крові і сечі, біохімічний аналіз крові, визначення IgE загального в сироватці крові, дослідження копрограми, аналіз калу на дисбактеріоз; за показаннями проводилося ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини і біопсія слизової оболонки. До включення дітей у дослідження була отримана письмова поінформована згода їхніх батьків.

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати проведеної роботи свідчать про те, що дебют АД припадав на ранній вік: у дітей 1-ї групи — 45±0,94% (у тому числі у 33% дітей маніфестація відбулась до 6-місячного віку), у дітей 2-ї групи — 18±1,9%, у дітей 3-ї групи — 26±7,16%, у дітей 4-ї групи — 8±7,16% (рис. 1). За даними E. Lehtonen et al. [21], захворюваність на АД у дітей віком 0–6 місяців становить 48–75%. За результатами дослідження N. Wadonta-Kabondo et al.



**Рис. 1.** Частота дебюту atopічного дерматиту у дітей залежно від віку (%)

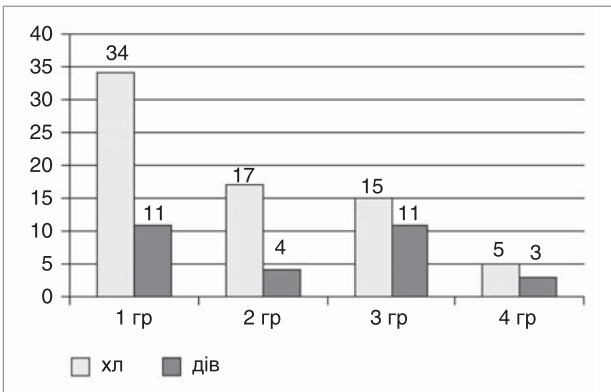


Рис. 2. Дебют atopічного дерматиту за статтю у дітей різних вікових груп (%)

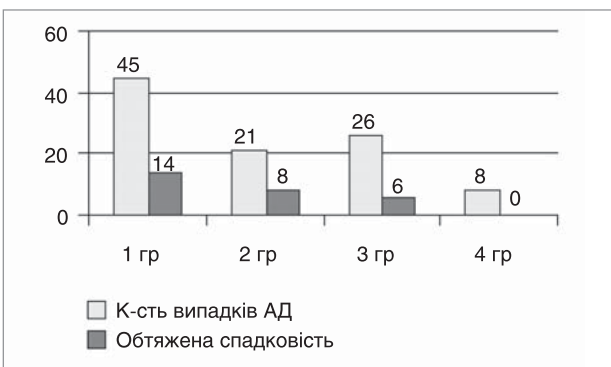


Рис. 3. Частота обтяженої спадковості серед дітей з atopічним дерматитом (%)

[24], з віком спостерігається зниження частоти випадків АД, і до 5 років він діагностується лише у 20%.

За результатами дослідження спостерігалась статеві відмінності у клінічній маніфестації АД у кожній віковій групі з переважанням хлопчиків (60%) над дівчатками (40%) (рис. 2).

Однією з причин ранньої маніфестації АД можна вважати обтяжену спадковість ( $p < 0,001$ ). За нашими даними розвиток АД у більш ранньому віці теж поєднувався з більшим відсотком алергічної патології серед батьків (рис. 4).

Обтяжена спадковість щодо алергії мала місце у 28% дітей: у 22% випадків у родичів I-ї лінії та у 6% – у родичів II-ї лінії (рис. 3). Частота алергічної патології серед батьків становила: АД – 9%, АР – 6%, БА – 3%, по 2% – медикаментозна алергія, поліноз, харчова алергія, інсектна алергія.

Враховуючи дані анамнезу дітей щодо частих респіраторних захворювань, а також обструкції дихальних шляхів, випадків ангіонабряку з розвитком гострого стенозуючого ларинготрахеїту, встановлено, що 34% дітей мали вагомий рівень ризику розвитку респіраторної алергії: 16% щодо виникнення БА та АР, 12% – БА і 6% – АР. У дітей 1-ї групи з АД фактор ризику розвитку респіраторної алергії становив 17%, що свідчить про можливу еволюцію «алергічного маршу», якщо вчасно не застосувати засобів профілактики та лікування алергічної патології на ранніх етапах її виникнення.

Характер висипу у більшості випадків був еритематозно-сквамозний на кінцівках та обличчі. У дітей з АД важливого значення необхідно надавати порушенням з боку ШКТ, оскільки активність панкреатичних ферментів, функція жовчного міхура, перистальтика травного

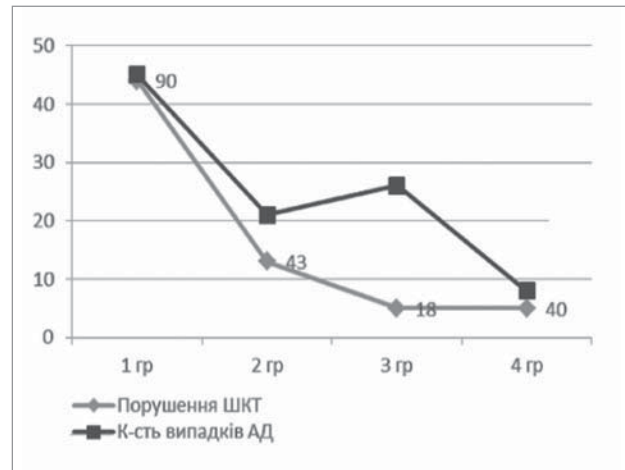


Рис. 4. Частота порушення функції органів травлення у дітей, хворих на atopічний дерматит (%)

каналу, епітеліоцитів, склад і активність кишкової мікрофлори належать до неімунних факторів, що виконують бар'єрну функцію, розлади якого сприяють збільшенню рівня сенсibiлізації. За даними проведеного нами дослідження, 82% дітей з АД мали порушення з боку ШКТ. Як видно з рисунку 4, порушення функції кишечника спостерігалися у 90% дітей 1-ї групи, у 43% пацієнтів 2-ї групи, у 18% хворих 3-ї групи і у 40% дітей 4-ї групи.

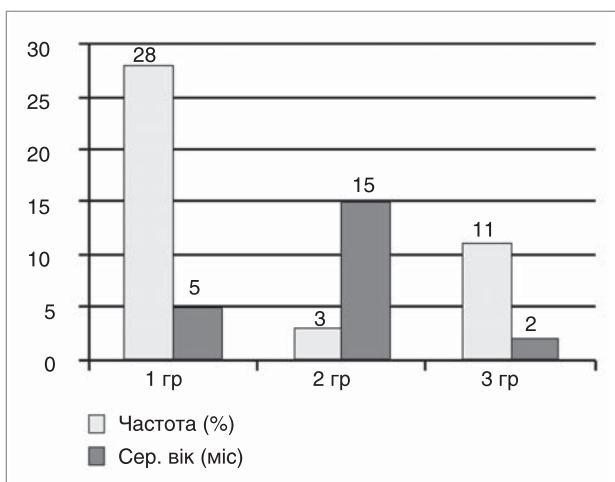
Розлади функції кишечника були представлені в усіх пацієнтів у вигляді порушення випорожнення – у 36% дітей (14% – закрепи, 14% – неоформлений, 8% – чергування), панкреатопатії (23%), гепатомегалії (14%), а також відхиленнями з боку кишкової мікрофлори у 46% дітей. Спостерігалися різні варіанти їх поєднання в одного пацієнта (табл. 1).

У наукових працях наголошується на патогенетичному значенні порушення мікрофлори у формуванні алергічної патології. У дослідженні Fogno (2008) показано, що зменшення різновиду кишкової мікрофлори до одного місяця було фактором ризику розвитку atopії протягом одного року (index Shannon). За нашими даними, найчастіше дисбактеріоз кишечника поєднувався з іншими порушеннями з боку ШКТ, і тільки у 9% дітей він був ізольованим. Виявлено вікову залежність виникнення дисбактеріозу кишечника (рис. 5) з переважанням його у дітей раннього віку: у хворих 1 групи (середній вік –  $4,5 \pm 1,05$  міс.) дисбактеріоз вия-

Таблиця 1

Частота різних варіантів порушення функції шлунково-кишкового тракту

Варіанти порушень функції шлунково-кишкового тракту	Абсолютна кількість
Порушення випорожнення	12
Дисбактеріоз кишечника	5
Спленомегалія	2
Панкреатопатія	5
Порушення стільця + дисбактеріоз	5
Панкреатопатія + дисбактеріоз	4
Панкреатопатія + розлади стільця	2
Порушення стільця + панкреатопатія + дисбактеріоз	2
Панкреатопатія + дисбактеріоз + гепатомегалія + спленомегалія	2
Гепатомегалія + спленомегалія + дисбактеріоз	1
Панкреатопатія + гепатомегалія	1

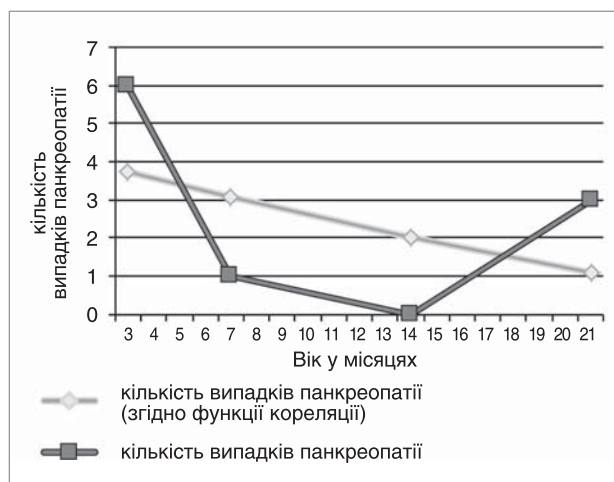


**Рис. 5.** Вікова залежність діагностування дисбактеріозу (за рівнянням регресії  $r=-0,5$ )

влений в 28% випадків, у дітей 2-ї групи (середній вік —  $15 \pm 2$  міс.) — у 3%, у пацієнтів 3-ї групи (середній вік —  $29,43 \pm 1,44$  міс.) — у 11% ( $r=-0,5$ ). За ступенем важкості переважав дисбактеріоз кишечника I ступеня (у 26% дітей), рідше спостерігався дисбактеріоз II ступеня (у 14%) і III ступеня (у 8%).

Панкреатопатія частіше реєструвалась у дітей перших трьох місяців життя, переважно у хлопчиків (рис. 6).

Отже, проведене дослідження дозволило визначити важливість вчасного виявлення гастроінтестинальних розладів у дітей, що страждають на АД у поєднанні з ХА, що потребує індивідуального підходу до вигодовування дітей грудного віку і корекції харчування у подальші роки життя дитини. До цього слід додати, що у дослідженні GINI (German Infant Nutritional Intervention) доведено зменшення ризику виникнення АД на 45% з 36% у дітей з обтяженою спадковістю за допомогою вживання сумішей



**Рис. 6.** Частота панкреатопатії залежно від віку дітей з atopічним дерматитом (за рівнянням регресії)

на основі високогідролізованого казеїну і неглибокого гідролізу сироваткового білка.

### Висновки

1. Гастроінтестинальний синдром притаманний 82% дітям з АД віком до 4,5 року.
2. Ранній дебют АД частіше поєднується з ураженням ШКТ — у дітей грудного віку гастроінтестинальний синдром на тлі АД спостерігався в 90% випадків.
3. 34% дітей з АД є групою ризику щодо формування респираторної алергії, оскільки в подальшому реалізувалися різні його прояви.
4. Враховуючи роль порушень органів травлення у розвитку алергічної патології, слід бути настороженими щодо скарг батьків в плані появи та прогресії симптомів ураження ШКТ для вчасної їх діагностики і попередження подальшої еволюції алергічного «маршу» у дітей.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Балаболкин И. И. Клинико-иммунологические варианты atopического дерматита у детей и подростков и эффективность патогенетической терапии / И. И. Балаболкин, Т. Е. Садикова // Педиатрия. — 2013. — Т. 92, № 3. — С. 6—13.
2. Белицкая М. Ю. Особенности течения гастроинтестинального синдрома у детей первого года жизни, находящихся на естественном вскармливании / М. Ю. Белицкая // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. — 2010. — № 5. — С. 45—51.
3. Грибакин С. Г. Питание ребенка и иммунитет: в погоне за идеалом / С. Г. Грибакин, О. А. Боковская, А. А. Давыдовская // Лечащий врач. — 2013. — № 8. — С. 72—76.
4. Денисова С. Н. Диетотерапия гастроинтестинального синдрома у детей с atopическим дерматитом / С. Н. Денисова // Лечащий врач. — 2012. — № 4. — С. 54—55.
5. Клыкова Т. В. Пищевая аллергия у детей раннего возраста: подходы к диагностике и лечению / Т. В. Клыкова, Е. В. Агафонова, И. Д. Решетникова // Практич. медицина. — 2011. — № 51. — С. 125—131.
6. Круглова Л. С. Симптомокомплекс дисбиоза у больных atopическим дерматитом и методы его коррекции / Л. С. Круглова // Лечащий врач. — 2012. — № 5. — С. 38—44.
7. Мачарадзе Д. Ш. Atopический дерматит и пищевая аллергия. Что общего? / Д. Ш. Мачарадзе // Лечащий врач. — 2013. — № 5. — С. 24—30.
8. Механизмы развития пищевой аллергии Текст / Т. Е. Боровик, С. Г. Грибакин, С. Г. Макарова [и др.] // Педиатрия. — 2007. — Т. 86, № 4. — С. 128—134.
9. Няньковский С. Л. Роль і місце пробіотиків у профілактиці й лікуванні алергії у дітей / С. Л. Няньковский // Здоров'я України. — 2013. — № 4. — С. 3—4.
10. Осипова Л. С. Особенности течения аллергических заболеваний на фоне патологии пищеварительного тракта / Л. С. Осипова // Клін. імунол. Алергол. Інфектол. — 2008. — № 3 (1). — С. 46—51.
11. Особливості харчової алергії у дітей дошкільного віку / Т. Л. Процюк, О. В. Чирка, Н. І. Токарчук [та ін.] // Совр. педиатрия. — 2010. — № 1 (29). — С. 60—62.
12. Охотникова Е. Н. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей / Е. Н. Охотникова // Клін. імунол. Алергол. Інфектол. — 2013. — № 2. — С. 5—13.
13. Пищевая аллергия у детей / И. В. Борисова, И. И. Балаболкин, С. Н. Денисова [и др.] // Пищевая аллергия у детей : пособие для врачей. — М., 2006. — 53 с.
14. Поражение верхнего отдела пищеварительного тракта у детей дошкольного возраста с atopическим дерматитом и гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии / Н. Е. Сазонова, Е. И. Шабунина, Н. Ю. Широкова [та ін.] // Педиатрия. — 2013. — Т. 92, № 3. — С. 13—17.

15. Ревякина В. А. Пищевая аллергия, гастроинтестинальные проявления / В. А. Ревякина // Лечащий врач. — 2013. — № 4. — С. 13—17.
16. Теоретическое обоснование превентивной роли кишечной микробиоты в генезе аллергических заболеваний у детей / А. П. Волосовец, С. П. Кривоустов, Н. Т. Макуха [и др.] // Дитячий лікар. — 2013. — № 4 (25). — С. 5—8.
17. Чоп'як В. В. Харчова алергія / В. В. Чоп'як, Р. Р. Головин, Х. М. Насадюк // Клін. імун. Алергол. Інфектол. — 2008. — № 5 (16). — С. 22—26.
18. Akdis C. A. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology / C. A. Akdis, M. Akdis, T. Bieber // Am. Academy Allergy, Asthma, Immunology / PRACTALL Consensus Report. — 2006. — Vol. 61. — P. 969—987.
19. Food Allergy Exposures among Hospitalised Pediatric Patients / T. J. Franxman [et al.] // Ann. Allergy, Asthma Immunology. — 2013. — Vol. 110, Issue 1. — P. 56—57.
20. ICON: Food allergy / A. Burks, M. Tang, S. Sicherer [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2012. — Vol. 129. — P. 906—920.
21. Lethonen E. Cumulative prevalence of atopic eczema and related skin symptoms in a wellbaby clinic a retrospective cohort study / E. Lethonen, D. Holmberg-Marttila // Pediatr. Allergy Immunol. — 2003. — Vol. 14. — P. 405—408.
22. Sicherer S. H. Clinical Aspects of Gastrointestinal Food Allergy in Childhood / S. H. Sicherer // Pediatrics. — 2003. — Vol. 111, № 6. — P. 1609—1616.
23. Validity of specific IgE antibodies in children with egg allergy / M. T. Boyano, C. Garcia-Ara, J. M. Diaz-Pena [et al.] // Clin. Exp. Allergy. — 2001. — Vol. 107. — P. 891—896.
24. Wadonda-Kabondo N. A prospective study of the prevalence and incidence of atopic dermatitis in children aged 0—12 months / N. Wadonda-Kabondo, J. Sterne, J. Golding // Br. J. Dermatol. — 2003. — Vol. 149. — P. 1023—1028.

#### Гастроинтестинальные нарушения у детей с atopическим дерматитом

*Е.Н. Охотникова, Л.В. Бондаренко, Т.П. Иванова, О.И. Усова, Г.М. Федущка, Т.В. Пидвышенна, Ю.Р. Боровик, Е.Ю. Кирильчук, О.С. Шестакова, С.А. Онисько, Л.В. Семененко*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина  
Национальная детская специализированная больница «ОХМАТДЕТ», г. Киев, Украина

**Цель:** оценить частоту и клинические особенности гастроинтестинальных нарушений у детей с atopическим дерматитом.

**Пациенты и методы.** Обследовано 65 детей в возрасте от 1 мес. до 4 р. 5 мес., страдающих atopическим дерматитом. В каждой возрастной группе преобладали мальчики (60%) над девочками (40%). Пациенты были распределены на четыре возрастные группы. Проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания и жизни, результатов объективного обследования с оценкой каждого симптома, данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Установлено, что дебют atopического дерматита приходился на ранний возраст. У 28% детейотягощенная наследственность была представлена atopическим дерматитом, аллергическим ринитом, бронхиальной астмой, медикаментозной аллергией, поллинозом, пищевой и инсектной аллергиями. На основании данных анамнеза жизни обследованных детей (частые респираторные инфекции, обструкции дыхательных путей и случаи ангиоотека с синдромом ложного крупа) у 34% детей выявлен определенный фактор риска по развитию респираторной аллергии, который составил 16% — по одновременному возникновению бронхиальной астмы и аллергического ринита, 12% — по развитию бронхиальной астмы, 6% — аллергического ринита. У детей с atopическим дерматитом фактор риска развития респираторных проявлений аллергии составил 17%. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта выявлены у 82% детей в виде нарушений стула (у 36%, из них у 14% — запоры, у 14% — неоформленный стул, у 8% — чередование запоров с неоформленным стулом), панкреатопатии (у 23%), гепатомегалии (у 14%), а также отклонений со стороны кишечной микрофлоры (у 46%). Наблюдались различные их сочетания у одного пациента. Установлена возрастная зависимость возникновения дисбактериоза, который развивался преимущественно у детей младшего возраста ( $r=-0,5$ ): I степени — у 26%, II степени — у 14% и III степени — у 8%. Чаще дисбактериоз сочетался с другими гастроинтестинальными нарушениями, лишь у 9% детей он был изолированным.

**Выводы.** Среди детей с atopическим дерматитом в возрасте до 4,5 лет гастроинтестинальный синдром характерен для 82% больных. Ранний дебют atopического дерматита чаще сочетается с поражением органов пищеварения: у детей грудного возраста он наблюдался в 90% случаев. С целью своевременного выявления гастроинтестинального синдрома и предупреждения эволюции аллергического «марша» целесообразно проводить активный поиск расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта, прежде всего у больных с жалобами на нарушения функции органов пищеварения, особенно у детей первого года жизни, поскольку по данным проведенного исследования у 34% детей с atopическим дерматитом быстро развиваются клинические проявления респираторного аллергического синдрома.

**Ключевые слова:** atopический дерматит, гастроинтестинальные расстройства, дети, наследственность.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2014.8(64):104–109; doi 10.15574/SP.2014.64.104

#### Gastrointestinal dietary allergy in the children as the up-to-date issue

*O.M. Okhotnikova, L.V. Bondarenko, T.P. Ivanova, O.I. Usova, H.M. Fedushka, T.V. Pidvyshenna, Y.R. Borovik, K.Y. Kirilchuk, O.S. Shestakova, S.O. Onysko, L.V. Semenenko*

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine  
National children's specialized hospital «OKHMATDYT», Kyiv, Ukraine

Goal of research: proper assessment of frequency and clinical features of gastrointestinal abnormalities among children with atopical dermatitis.

**Patients and methods of research.** In general, we have examined 65 children at the age which ranges from 1 month to 4,5 years old, born on 2009–2014, who were diagnosed with the atopical dermatitis. The children were divided into 4 age groups: 1<sup>st</sup> group — children under 1 year old (4,55 ± 0,91 months), 2<sup>nd</sup> group — children 1–2 years old (18,28 ± 1,84 months), 3<sup>rd</sup> group — children 2–3 years old (29,24 ± 1,38 months), 4<sup>th</sup> group — children over 3 years old (44,8 ± 6,94 months). We have analyzed the complaints, medical history and results of physical examination with due regard of each symptom and pathology.

**Results of research.** It was found that onset of illness is more frequent among the children of the youngest group: 1<sup>st</sup> group- 45% ± 0,94% (33% of children under 6 months); 2<sup>nd</sup> group — 18% ± 1,9%; 3<sup>rd</sup> group — 26% ± 7,16%; 4<sup>th</sup> group — 8% ± 7,16%. It is important to mention that illness has sex-

ual dimorphism: 60% of boys against 40% of girls. 28% of children have hereditary background of the illness, namely 22% of children for the 1<sup>st</sup> line and 6% of children for the 2<sup>nd</sup> line. We have the following data on allergic pathology among the parents: atopic dermatitis — 9%, allergic rhinitis — 6%, bronchial asthma — 3%, drug allergy, pollen disease, dietary allergy, insect allergy — 2%. Taking into account the fact that patients' medical history is characterized by the frequent catarrhal diseases, respiratory obstruction, laryngostenosis, it was found that 34% of children have diagnosed risk factors (RF) that may result in respiratory allergosis. 16% of such RF falls at the bronchial asthma and allergic rhinitis, 12% — bronchial asthma, 6% — allergic rhinitis. For the 1<sup>st</sup> group such RF equals to 17%. These data may speak about the start of so-called «allergic march», unless preventive measures and proper treatment against illness at its early stages are applied. It was also found that 82% of children being examined have various GIT abnormalities. 90% of children in 1<sup>st</sup> group have intestinal diseases, while in 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup>, 4<sup>th</sup> groups we have 43%, 18%, 40% respectively. Feces problems were mentioned among 36% of patients (14% — constipation, 14% — loose stool, 8% — mixed type), while 23% have pancreopathy, 14% have hepatomegalia and 46% have problems with gut microflora. Moreover, a patient may have several problems mentioned above. We can observe a correlation between the age and dysbacteriosis occurrence. According to the data received, it is more frequent among the youngest group: 1<sup>st</sup> group — 28% (average age — 4,5 ± 1,05 months), 2<sup>nd</sup> group — 3% (15 ± 2 months), 3<sup>rd</sup> group — 11% (29,43 ± 1.44 months) (r = - 0,5). According to the severity level, the most common is the 1<sup>st</sup> level (26%), followed by the 2<sup>nd</sup> level (14%) and the 3<sup>rd</sup> level (8%). In our case dysbacteriosis is usually combined with the other GIT abnormalities, only 9% have this disease separately.

**Conclusions.** 82% of children under 4,5 years of age have gastrointestinal syndrome. The onset of illness is usually combined with the GIT abnormalities, namely among 90% of patients of the 1<sup>st</sup> group. Taking into account the digestive mechanisms that take part in allergic pathology development and recent surveys, we should be very attentive to its pathology. It is vital to detect digestive problems at proper time to prevent the development of «allergic march». According to our research, 34% of children fall under the risk group regarding respiratory allergy development.

**Keywords:** atopic dermatitis, gastrointestinal abnormalities, children, heredity.

#### Сведения об авторах:

**Охотникова Елена Николаевна** — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; НДСБ «ОХМАТДЕТ», ул. Чорновола, 28/1, корпус 13; тел. (044) 236-21-97.

**Бондаренко Лариса Владимировна** — гл. врач Консультативно-диагностической поликлиники НДСБ «ОХМАТДЕТ».

Адрес: г. Киев, ул. Стритенская, 7/9.

**Иванова Татьяна Павловна** — зам. гл. врача по медицинской части НДСБ «ОХМАТДЕТ».

Адрес: г. Киев, ул. Чорновола, 28/1, корпус 13; тел. 044236-01-92.

**Усова Елена Ивановна** — к.м.н., доц. каф. педиатрии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; НДСБ «ОХМАТДЕТ», ул. Чорновола, 28/1, корпус 13; тел. (044) 238-77-11.

**Федушка Галина Михайловна** — магистрант каф. педиатрии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; НДСБ «ОХМАТДЕТ», ул. Чорновола, 28/1, корпус 13.

**Пидвишенная Татьяна Витальевна** — магистрант каф. педиатрии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; НДСБ «ОХМАТДЕТ», ул. Чорновола, 28/1, корпус 13.

**Боровик Юлия Ростиславовна** — кл. ординатор каф. педиатрии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; НДСБ «ОХМАТДЕТ», ул. Чорновола, 28/1, корпус 13.

**Кирильчук Катерина Юрьевна** — зам. гл. врача по медицинской части Консультативно-диагностической поликлиники «ОХМАТДЕТ». Адрес: г. Киев, ул. Стритенская, 7/9.

**Шестакова Оксана Сергеевна** — врач - детский аллерголог Консультативно-диагностической поликлиники «ОХМАТДЕТ».

Адрес: г. Киев, ул. Стритенская, 7/9.

**Онисько Светлана Александровна** — врач-ординатор инфекционно-боксированного отделения для детей младшего возраста НДСБ «ОХМАТДЕТ». Адрес: г. Киев, ул. Чорновола, 28/1, корпус 13; тел. (044) 236-21-91.

**Семененко Лариса Викторовна** — врач-ординатор педиатрического отделения НДСБ «ОХМАТДЕТ».

Адрес: г. Киев, ул. Чорновола, 28/1, корпус 13; тел. 044 236-31-03.

Статья поступила в редакцию 3.12.2014 г.