

УДК 616.5-002-056.3-053.2-036.22(447)

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ КИЇВСЬКОГО РЕГІОНУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ ISAAC

О. М. Охотнікова, Л. В. Дуда

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

Резюме. Атопічний дерматит — це хронічне запальне захворювання шкіри, що проявляється рецидивним екзематозним ураженням та інтенсивним свербіжем. Поширеність атопічного дерматиту у різних країнах світу є високою та надалі продовжує зростати. Метою проведеного дослідження було вивчення характеристики сучасних епідеміологічних та клінічних особливостей перебігу атопічного дерматиту у дітей різних вікових категорій. Матеріали і методи дослідження. Дослідження відбувалося у два етапи: на першому етапі проведено анкетування з використанням опитувальника міжнародної програми ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) з розширенням вікових категорій та на другому етапі відібрані діти з підозрою на алергічні захворювання з когорти опитаних, котрі пройшли поглиблене обстеження з метою детального вивчення сучасного перебігу захворювання та остаточної верифікації діагнозу. На першому етапі дослідження проанкетовано 7106 дітей: I група (діти до 5 років) — 1 787, II група (6–7 років) — 2080, III (13–14 років) — 1 909, IV (15–17 років) — 1 330. На другому етапі обстежено 135 дітей. Результати та їх обговорення. Поширеність проявів атопічного дерматиту «будь-коли за життя» у дітей склала 17,9 % (95% ДІ: 17,0–18,8), а проявів «протягом останнього року життя» — 10,1 % (95 % ДІ: 9,4–10,8). Відзначалися найвищі рівні поширеності атопічного дерматиту у дітей першої вікової групи (до 5 років) та поступове зниження показників з віком: I група — 14,2 %, II група — 9,8 %, III — 8,4 %, IV — 7,5 %. Зі 135 обстежених дітей у 57 (42,2 %) в анамнезі вже мали дані про діагноз атопічного дерматиту, а у 13 (9,6 %) дітей він був вперше встановлений. У 52,6 % (30/57) дітей прояви атопічного дерматиту з роками згасли, а у 77,2 % (44/57) дітей з атопічним дерматитом відбувся алергічний «марш». Висновки. У результаті проведеного дослідження визначені епідеміологічні показники, що характеризують сучасний стан атопічного дерматиту у дітей України на прикладі Київського регіону. Визначено віковий певний тренд рівнів поширеності атопічного дерматиту, який характеризується зростанням частоти випадків у дитячій популяції країни, що цілком відповідає сучасним середньосвітовим тенденціям.

Ключові слова: епідеміологія, атопічний дерматит, діти, алергічний марш.

О. М. Охотнікова

Доктор медичних наук, професор,

Київ, 04112, вул. Дорогожицька, 9

e-mail: kafedra.ped1@gmail.com

Астма та Алергія, 2020, № 3, С. 47–54.

Завідувачка кафедри педіатрії № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ

Поширеність атопічного дерматиту (АД) у різних країнах світу є високою та надалі продовжує зростати [9, 13, 17–19]. У США до 13 % дітей мають АД [15], а у Європі, зокрема у Німеччині, поширеність АД складала у 1995 році 12,4 %, а у 2002 році — 11,1 % і залишається стабільною протягом останнього десятиліття, тоді як у країнах Африки спостерігається значне зростання поширеності АД від 11,8 % у 1995 році до 19,4 % у 2002 році [18]. За даними міжнародно програми ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), у Європі поширеність АД серед дітей 6–7 років на рівні від 4,1 % у

Албанії до 12,8 % у Латвії, а серед 13–14-річних дітей від 1,8 % в Албанії до 21,8 % у Фінляндії [3, 13]. Результати міжнародного дослідження астми та алергії в дитячому віці ISAAC виявили великі відмінності рівня поширеності АД у дітей вікової групи 6–7 років, що коливаються від 0,9 % в Індії до 22,5 % в Екваторі. Крім того, фахівці визначили Латинську Америку та Південно-Східну Азію як нові регіони з високим рівнем розповсюдженості АД [18].

В Україні показники поширеності АД також варіюють залежно від регіону від 3,8 % у Києві до 6,1 % у Харкові серед 6–7-річних дітей та від 3,9 % (Київ) до 5,1 % (Харків) серед дітей 13–14 років (за результатами ISAAC) [3]. А за даними проведеного дослідження у Вінницькій області, АД зустрічається у 11,9 % дітей 3–6 років, та у 5,9 % у дітей 7–18 років [4].

© Охотнікова О. М., Дуда Л. В., 2020

www.search.crossref.org

DOI: 10.31655/2307-3373-2020-3-47-54

Вплив АД на якість життя пацієнтів та членів їх сімей є суттєвим, що охоплює фізичне та психологічне благополуччя, соціальне функціонування та значні економічні витрати. Сучасне розуміння хвороби значно розвинулося протягом останніх років, головним чином за рахунок значного прогресу у вивченні епідеміологічних і генетичних особливостей АД, імунологічних механізмів і виділення клінічних фенотипів захворювання. Але ще залишаються остаточно невизначеними окремі питання діагностики та лікування, відсутня належна терапевтична підконтрольність АД з більш індивідуалізованим веденням пацієнта, починаючи від стратегії профілактики та переходячи до лікування пацієнтів з тяжким перебігом хвороби [16].

Морфологічні особливості АД різняться залежно від віку пацієнта (рис. 1, 2) [15]. Класичними ознаками першого періоду розвитку хвороби є симетричність ураження, істинний та еволюційний поліморфізм висипань, інтенсивний свербіж, поступовий перехід ураженої шкіри у здорову [7].

При інфантильному АД (малюкова форма) (вік від 1–3 місяців до 2 років) ураження мають прояви гострого процесу і виникають переважно на обличчі (симптом «червоних щічок»), розгинальних поверхнях кінцівок та тулубі, на сідницях у вигляді гіперемії, папул, мікроевезикул, іноді має місце ексудація (мокнуття). Висип супроводжується свербіжем, з'являються сліди розчухування на шкірі (екскоріація), що може сприяти інфікуванню шкіри. У дитини порушується сон та вигодовування [2, 5, 7, 15].

Дитяча фаза АД (у віці 2–12 років) характеризується гострими та хронічними проявами, що з'являються, насамперед, на згинальних складках кінцівок та периоріфіціарних ділянках (включають в себе периоральну, периназальну, периокулярну) у вигляді гіперемії (еритеми), набряку шкіри, характерної

ліхеніфікації (потовщення та підсилення малюнка шкіри — «огрубіння») [8, 15].

Підліткова фаза АД (у віці старше 12 років) характеризується хронічним шкірним процесом, що проявляється лихеніфікацією (ліхеноїдними папулами), екскоріаціями, геморагічними кірочками або надмірною сухістю (ксерозом), які виникають на симетричних ділянках в типових зонах, таких як область голови (периорбітальні чи периоральні ділянки), шиї (зона декольте) та згинальних поверхнях кінцівок [7, 15, 16].

Для АД підліткової фази характерні також менш специфічні симптоми: долонна гіперлінійність і підсилення малюнку («атопічні долоні»), сухість шкіри (ксероз), периорбітальна гіперпігментація, поздовжня суборбітальна складка (лінія Денні–Моргана), екзема сосків, стійкий білий дермографізм, кератоконус (конічне вип'ячування рогівки в її центрі), рецидивний кон'юнктивіт).

Незважаючи на досить чітку симптоматику, диференціальний діагноз АД нерідко буває складним. Вчасна верифікація діагнозу, особливо у дітей раннього віку, коли важко визначити прогноз подальшої еволюції проявів — чи будуть шкірні ураження швидко минаючими, або ж матимуть хронічний рецидивний перебіг з можливістю подальшої трансформації шляхом «алергічного маршу» — може запобігти розвитку респіраторних форм алергічних захворювань [12]. Разом з тим, на ранньому етапі захворювання (до 3 років) спостерігається найбільш сприятливий прогноз, а лікування дітей цього віку є найбільш успішним, оскільки особливості зростання і функціонального дозрівання багатьох органів і систем організму дитини, в тому числі й імунної системи, дозволяє з віком нівелювати симптоми АД [7]. В той же час недооцінка шкірних проявів та обтяженого з алергії сімейного анамнезу тягнуть за собою відсутність



Рис. 1. Ранні та мінімальні прояви шкірного ураження («червоні щічки») при атопічному дерматиті у дитини: а) першого року, б) другого року життя.



Рис. 2. Локалізація уражень при atopічному дерматиті дітей різних вікових категорій: А — малюкова фаза, В — дитяча фаза, С — підліткова фаза. (*Lancet, Vol 387, Weidinger S, Novak N, Atopic dermatitis, Pages 1109–1122.2016*).

належного сучасного лікування АД, і як наслідок — подальшу еволюцію захворювання — розвиток алергічного риніту та бронхіальної астми.

Вчасній верифікації діагнозу АД часто заважає й досі існуюча термінологічна плутанина щодо АД, яка фактично виключає зі статистичного обліку дітей з діагнозами: «алергічний діатез», «ексудативно-катаральний діатез», «дитяча екзема», «алергічний дерматит» тощо. Тому дані про поширеність та захворюваність на АД в різних країнах світу дуже варіабельні. У 2009 році викладачами кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П. Л. Шупика було проведено дослідження, метою якого було вивчення поінформованості дитячих лікарів щодо сучасної термінології, своєчасної діагностики та адекватного лікування АД у дітей, особливо на початкових етапах його розвитку [7]. Було опитано за спеціальними анкетами 1 008 дитячих лікарів, переважно (96,6 %) педіатрів дільничної мере-

жі, з різних регіонів України (центрального, східного, західного, північного і південного). За результатами дослідження було встановлено, що кількість дітей з обмеженою еритемою на обличчі (симптом «червоних щічок») на прийомі в 1 педіатра за 1 тиждень склало в середньому ($3,57 \pm 3$), середня ж кількість пацієнтів з іншими шкірними проявами алергії за той же період — ($3,84 \pm 3$), а за 1 місяць — ($14,34 \pm 1$). Це свідчить про те, що педіатри досить часто стикаються з проблемою АД у дітей, особливо з його ранніми проявами [7]. Більшість лікарів (77 %) у діагностиці хвороби застосовували сучасну назву — «атопічний дерматит», але лише 16,8 % педіатрів виставляли тільки цей діагноз (табл. 1). Багато лікарів використовували для позначення цієї нозологічної форми застарілі терміни (алергічний діатез — 49,8 %, ексудативно-катаральний діатез — 34,2 %), що спотворює підсумковий рівень частоти АД у дітей України.

Таблиця 1. Структура діагнозів, які найчастіше виставлялися педіатрами у дітей з шкірними проявами алергії

Діагноз	Відмітили цей діагноз		Відмітили тільки цей діагноз	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Атопічний дерматит	776	77,0	169	16,8
Алергічний діатез	502	49,8	58	5,5
Екссудативно-катаральний діатез	345	34,2	18	1,8
Харчова алергія	360	35,7	8	0,8
Дитяча екзема	26	2,6	0	0
Сухість шкіри	69	6,8	0	0
Інше	61	6,1	25	2,5

Беручи до уваги результати даного дослідження, робимо висновок щодо термінологічної складності, ймовірно у зв'язку з низькою поінформованістю дільничних педіатрів та сімейних лікарів, що у свою чергу впливає на рівень показників офіційної статистики щодо поширеності АД. Виникає необхідність проведення епідеміологічного дослідження для отримання істинних даних поширеності АД для розуміння сучасної ситуації та, відповідно, для ефективного планування роботи педіатричної служби.

Мета дослідження: вивчити та охарактеризувати сучасні епідеміологічні та клінічні особливості перебігу атопічного дерматиту у дітей різних вікових категорій.

Матеріали і методи дослідження

Вивчення поширеності та клінічних особливостей перебігу АД відбувалося у два етапи: на першому етапі дослідження проведено анкетування з використанням опитувальника міжнародної програми ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) з розширенням вікових категорій (I група — діти до 5 років; II група — 6–7 років; III група — 13–14 років; IV група — 15–17 років), а на другому етапі відібрані діти з підозрою на алергічні захворювання з когорти опитаних, батьки котрих надали інформовану згоду, на клінічній базі кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П. Л. Шупика — НДСЛ «ОХМАТДИТ» пройшли поглиблене обстеження з метою детального вивчення сучасного перебігу захворювання та остаточної верифікації діагнозу. На II етапі дослідження обстежені діти (135 дітей) для зручності аналізу з огляду на невелику кількість респондентів об'єднані за віком відповідно до фізіологічних вікових особливостей: I група (4 місяці — 5 років) складала 58 дітей, II група (6–9 років) — 53/135, III група (10–18 років) — 24/135.

Опитування виконано з охопленням різних районів Київської області та Києва і проводилось у дошкільних навчальних закладах та школах у період 2017–2019 років, котрі обирались методом випадкових чисел. Анкети заповнювали батьки дітей до 14 років та самостійно — діти 14–17 років.

Відповідно до методології програми ISAAC, для отримання валідних результатів рекомендована вибірка кожної вікової категорії — 3 000 осіб (при проведенні дослідження в окремих центрах допускалася мінімальна вибірка — 1 000 осіб) [9, 11, 13, 14]. Також для

встановлення репрезентативного обсягу вибірки використовувалася формула визначення обсягу вибіркової сукупності Лисицина Ю. П. (1987) [6], згідно з якою оптимальний обсяг вибірки склав 7 105 дітей.

Дослідження виконано з дотриманням чинного законодавства України та відповідно до принципів Гельсинської Декларації. Воно відповідає міжнародним етичним вимогам з отриманням схвалення біоетичної експертної комісії НМАПО імені П. Л. Шупика. Для проведення анкетування отримані відповідні дозвільні документи Департаменту освіти і науки та Департаменту охорони здоров'я Київської області та міста Києва.

Для статистичної обробки даних використовувалась програма R version 3.6.0. Проводився статистичний аналіз для дискретних даних. Для визначення рівнів поширеності симптоматичних проявів АЗ обраховувався 95% довірчий інтервал (ДІ), що відповідає рівню статистичної значимості 0,05. Для визначення достовірної різниці між групами використовували критерій χ^2 .

Результати та їх обговорення

За результатами проведеного дослідження проанкетовано 7106 дітей: I група — 1787, II група — 2080, III — 1909, IV — 1330. При проведенні анкетування ствердну відповідь на запитання «Чи відмічались прояви протягом життя дитини у вигляді тривалого (не менше 6 місяців) шкірного висипу зі свербіжем?» дали 17,9 % (95% ДІ: 17,0–18,8) респондентів, з них 627 дівчаток — 17 % (95% ДІ: 15,8–18,3) і 647 хлопчиків — 18,9 % (95% ДІ: 17,6–20,3) з достовірною різницею за статтю ($\chi^2 = 4,351$; $p = 0,037$). А «прояви дерматиту за останні 12 місяців» життя дитини відмічались у 718 дітей, що складає 10,1 % (95% ДІ: 9,4–10,8), з них у 366 дівчаток — 9,9 % (95% ДІ: 9,0–10,9) та у 352 хлопчиків — 10,3 % (95% ДІ: 9,3–11,4) без достовірної різниці за статтю ($\chi^2 = 0,234$; $p = 0,628$). Щодо характерної локалізації дерматиту — позитивно відповіли 617 дітей — 8,6 % (95% ДІ: 8,0–9,3), з них 311 дівчаток (8,4%) та 306 хлопчиків (9,0 %) без достовірної різниці за статтю ($\chi^2 = 0,541$; $p = 0,462$).

Відзначалися найвищі рівні поширеності АД у дітей першої вікової групи (до 5 років) та поступове зниження показників з віком, проте величини залишилися досить високими (табл. 2).

За даними анкетування у 57 % дітей АД дебютував до 2-річного віку та більше як у 75 % перебіг захворювання був легким. Ремісія достовірно частіше відзначалась також у дітей наймолодшої вікової групи до 5 років ($\chi^2 = 10,361$, $p = 0,016$), що вказує на можливість отримання більш легкого терапевтичного контролю хвороби, навіть до повного згасання клінічних проявів у пацієнтів цього віку і, відповідно, про важливість вчасного лікування, або й доповного згасання проявів АД, але все ж таки з проведенням базової терапії емоліентами для усунення сухості шкіри. Близько ½ опитаних дітей 13–14 років (45 %) і 15–17 років (52 %) зазначали вік початкових проявів старше 5 років, що свідчить про різні фенотипи перебігу АД.

Т а б л и ц я 2. Поширеність симптомів atopічного дерматиту у дітей Київського регіону, n/%

Симптоми atopічного дерматиту (n = 1787)	Групи за віковим розподілом				P *	
	I	II	III	IV		
	(n = 1787)	(n = 2080)	(n = 1909)	(n = 1330)		
Прояви шкірного висипу зі свербіжем будь-коли за життя	437/24,5	402/19,3	272/14,2	163/12,3	<0,001	
Прояви шкірного висипу зі свербіжем за останні 12 місяців	253/14,2	204/9,8	161/8,4	100/7,5	<0,001	
Локалізація (ліктьові, підколінні згини, під стегнами, навколо шиї, вух, очей)	214/12,0	196/9,4	131/6,9	76/5,7	<0,001	
Вік виникнення дерматиту	до 2 років	226/12,6	180/8,7	77/4,0	47/3,5	<0,001
	2–4 роки	78/4,4	64/3,1	37/1,9	19/1,4	<0,001
	старше 5 років	7/0,4	35/1,7	94/4,9	71/5,3	<0,001
Встановлений діагноз atopічного дерматиту на момент опитування	297/16,6	267/12,8	190/10,0	96/7,2	<0,001	

Загалом, серед опитаних «повне очищення шкіри від висипу протягом останніх 12 місяців» зазначалось у 539 дітей, що складає 7,6 % (95% ДІ: 7,0–8,2) без достовірної різниці за статтю ($\chi^2 = 0,484$; $p = 0,486$).

Тяжкість перебігу АД відображає запитання «про частоту порушення сну дитини через свербіж», який супроводжує дерматит, що є важливим маркером захворювання, а також входить до індексу SCORAD, який допомагає визначити форму перебігу АД. До легкого перебігу можна віднести відповідь — «ні разу», про середньотяжкий перебіг — «рідше 1 разу на тиждень» та більш тяжкий перебіг — «1 чи більше разів на тиждень». У переважній більшості анкетованих дітей відмічався легкий перебіг АД — 621/7106, що складає 8,7 % (95% ДІ: 8,1–9,4), порушення сну «рідше 1 разу на тиждень» відмітили 135 дітей — 1,8 % (95% ДІ: 1,6–2,2), а «1 чи більше разів на тиждень» — 66/7106, 0,9 % (95% ДІ: 0,7–1,2), без достовірної різниці за статтю (табл. 3).

Вищенаведені тренди змін даних характеристик АД підтвердилися результатами другого етапу дослідження — поглибленим обстеженням дітей. Зі 135 обстежених дітей 57 (42,2 %) в анамнезі вже мали діагноз АД, а у 13 (9,6 %) дітей він був вперше встановлений, за статтю без достовірної різниці ($\chi^2 = 1,099$; $p = 0,294$): дівчатка — 22,4 %, хлопчики — 32,6 %. За віковими групами у розподілі достовірно переважають діти дошкільного віку ($\chi^2 = 23,381$; $p = 0,001$): I група (4 міс — 5 років) — 29/58 (50 %), II група (6–9 років) — 9/53 (17 %), III група (10–17 років) — 1/24 (4,2 %). У дітей дошкільного віку не відзначалось тяжкого перебігу АД, переважали легкий і середньотяжкий перебіг — 24,1 % та 25,9 % дітей відповідно. У II віковій групі превалював також легкий перебіг АД. Тяжкий АД зафіксований лише у однієї дитини — 9-річного хлопчика. Серед дітей 10–17 років у однієї дитини встановлено АД середньотяжкого перебігу.

За отриманими даними проведеного аналізу, АД дебютував переважно у проміжку з 6 місяців до 1 року життя дитини (1,0 [0,5; 1,0]). У 52,6 % (30/57) дітей прояви АД з роками згасли, на момент огляду відмічався синдром конституційно сухої шкіри (ксе-роз). У 77,2 % (44/57) дітей з АД відбувся алергічний «марш» — розвинулись респіраторні прояви, з них у 47,4 % (27/57) сформувалась БА у поєднанні з АР, а у 29,8 % (17/57) дітей — лише АР. Загалом алергічний «марш» у класичному варіанті розвитку АЗ від АД до респіраторних проявів відмічався у 64,4 % (87/135) дітей серед усіх обстежених загалом.

Порівнюючи отримані власні дані поширеності АД з результатами дослідження аналогічних показників А. З. Акопян (2000) [1] у дітей Київського регіону, слід зазначити, що відбувається зростання рівня поширеності АД з плином часу (за проявами дерматиту протягом останніх 12 місяців життя дитини): з 7,3 % у 2000 році до 9,8 % у 2019 році серед опитаних дітей 6–7-річного віку, а серед дітей 13–14 років — з 6,7 % до 8,4 %, відповідно (рис. 3) [10]. А щодо проявів дерматиту «будь-коли за життя» відмічається значне зростання показників поширеності АД: з 8,5 % у 2000 році до 19,3% у 2019 році серед дітей 6–7 річного віку та з 8,4 % до 14,2 % серед дітей 13–14 років.

Як свідчать результати, у наш час констатовано зростання рівнів розповсюдженості АД серед дітей обох вікових груп з превалюванням темпів росту випадків хвороби у дітей раннього шкільного віку. Незважаючи на недосконалість анкетування як методу дослідження, котре покладається на суб'єктивну думку респондентів, що було підтверджено результатами науковців Вінниці, де зазначалось, що показники різняться у 1,4 рази між рівнем опитування (8,61 %) і діагностичним підтвердженням (5,99 %) [4], отримані нами рівні поширеності вказують на їх значне зростання з плином часу.

Т а б л и ц я 3. Тяжкість перебігу atopічного дерматиту у дітей за віковими категоріями, n/%

Симптоми atopічного дерматиту (n = 1787)		Групи за віковим розподілом				P *
		I	II	III	IV	
		(n = 1787)	(n = 2080)	(n = 1909)	(n = 1330)	
Порушення нічного сну через свербіж	Ні разу	189/10,6	188/9,0	142/7,4	102/7,7	0,003
	< 1 разу на тиждень	36/2,0	46/2,2	33/1,7	20/1,5	0,452
	≥ 1 разу на тиждень	32/1,8	18/0,9	12/0,6	4/0,3	0,001

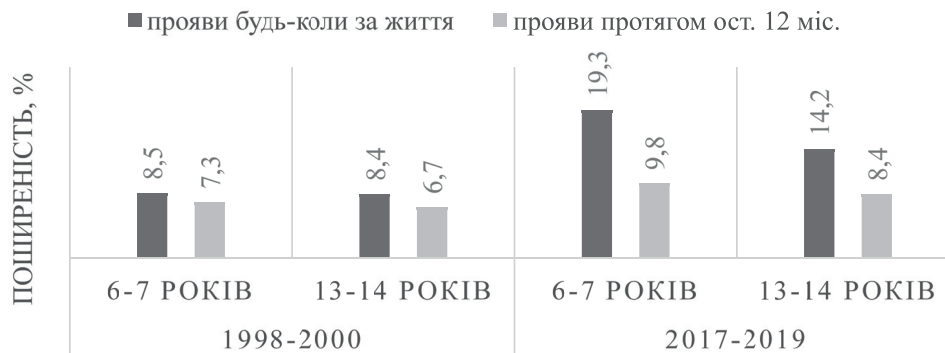


Рис. 3. Порівняльна характеристика поширеності atopічного дерматиту серед дитячого населення Київського регіону України між різними показниками 2000 і 2019 років.

Висновки

Поширеність atopічного дерматиту у дітей Київського регіону склала 10,1 % (95% ДІ: 9,4–10,8), що вказує на значне зростання даної патології при порівнянні величин з результатами дослідження 2000 року. Atopічний дерматит як одне з маніфестних захворювань алергічного «маршу» залишається актуальною проблемою дитячої алергології.

Слід зазначити, що незважаючи на певну недосконалість первинної діагностики з боку лікарів первинної ланки, відзначається невпинне зростання частоти АД серед дитячого населення обох віко-

вих груп. Особливо ця негативна тенденція спостерігається серед дітей перших 6–7 років життя, що свідчить про значне «помолодшання» як АД, так і еволюції алергічного «маршу» загалом. У результаті проведеного дослідження епідеміологічних показників, що характеризують сучасний стан АД серед дітей України на прикладі Київського регіону, визначено віковий певний тренд рівнів поширеності АД, який характеризується зростанням частоти випадків у дитячій популяції країни, що цілком відповідає сучасним середньосвітовим тенденціям.

MODERN FEATURES OF THE PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN OF THE KYIV REGION ACCORDING TO THE RESULTS OF THE EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH UNDER THE ISAAC PROGRAM

O. M. Okhotnikova, L. V. Duda

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Abstract. Atopic dermatitis is a chronic inflammatory skin disease presenting with recurrent eczematous lesions and intense pruritus. The prevalence of atopic dermatitis in different countries is high and continues to grow. *The aim of the study* was to learn the characteristics of modern epidemiological and clinical features of atopic dermatitis in children of different ages. *Materials and methods.* The study was conducted in two stages: in the first stage a questionnaire was conducted using the questionnaire of the international program ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) with the extension of age categories and in the second stage selected children with suspected allergic diseases from a cohort of respondents, underwent an in-depth survey in order to study the current course of the disease and the final verification of the diagnosis. At the first stage of the study, 7 106 children were surveyed: Group I (children under 5 years) — 1 787, Group II (6–7 years) — 2 080, Group III (13–14 years) — 1 909, IV (15–17 years) — 1 330. In the second stage, 135 children were examined. *Results and discussion.* The prevalence of manifestations of atopic dermatitis "ever in life" in children was 17.9 % (95 % CI: 17.0–18.8), and manifestations "during the last year of life" — 10.1 % (95 % CI: 9.4–10.8). There were the highest prevalence levels of atopic dermatitis in children of the first age group (up to 5 years) and a gradual decrease with age. Group I — 14.2 %, Group II — 9.8 %, III — 8.4 %, IV — 7.5 %. Of the 135 children examined, 57 (42.2 %) had a history of atopic dermatitis, and 13 (9.6 %) had it for the first time. 52.6 % (30/57) of children had manifestations of atopic dermatitis subsided over the years, and 77.2 % (44/57) of children with atopic dermatitis had an allergic "march". *Conclusions.* As a result of the study, certain epidemiological indicators characterize the current state of atopic dermatitis in children of Ukraine on the example of the Kyiv region. An age-specific trend in the prevalence of atopic dermatitis has been identified, it is characterized by an increase in the incidence of cases in the country's child population, which fully corresponds to modern world trends.

Key words: epidemiology, atopic dermatitis, children, allergic march.

O. M. Okhotnikova

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Pediatrics #1,
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
9, Dorogozhytska str., 04112, Kyiv, Ukraine,
e-mail: kafedra.ped1@gmail.com
Asthma and Allergy, 2020, 3, P. 47–54.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ КИЕВСКОГО РЕГИОНА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ ISAAC

Е. Н. Охотникова, Л. В. Дуда

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев, Украина

Резюме. Атопический дерматит — это хроническое воспалительное заболевание кожи, которое проявляется рецидивирующим экзематозным поражением и интенсивным зудом. Распространенность атопического дерматита в разных странах мира высока и продолжает расти. Целью проведенного исследования было изучение характеристики современных эпидемиологических и клинических особенностей течения атопического дерматита у детей разных возрастных категорий. **Материалы и методы исследования.** Исследование проходило в два этапа: первый этап — проведено анкетирование с использованием опросника международной программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) с расширением возрастных категорий; второй этап — отобранные дети с подозрением на аллергические заболевания из когорты опрошенных, прошли углубленное обследование с целью детального изучения современного течения заболевания и окончательной верификации диагноза. На первом этапе исследования проанкетировано 7 106 детей: I группа (дети до 5 лет) — 1 787, II группа (6–7 лет) — 2 080, III (13–14 лет) — 1 909, IV (15–17 лет) — 1 330. На втором этапе обследовано 135 детей. **Результаты и их обсуждение.** Распространенность проявлений атопического дерматита «когда-либо в жизни» у детей составила 17,9 % (95% ДИ: 17,0–18,8), а проявлений «в течение последнего года жизни» — 10,1 % (95% ДИ: 9,4–10,8). Отмечались высокие уровни распространенности атопического дерматита у детей первой возрастной группы (до 5 лет) и постепенное снижение показателей с возрастом: I группа — 14,2 %, II группа — 9,8 %, III — 8,4 %, IV — 7,5 %. Из 135 обследованных детей 57 (42,2 %) в анамнезе уже имели диагноз атопического дерматита, а у 13 (9,6 %) детей он был впервые установлен. В 52,6 % (30/57) детей симптомы атопического дерматита с годами угасли, а у 77,2 % (44/57) детей состоялся аллергический «марш». **Выводы.** В результате проведенного исследования определены эпидемиологические показатели, которые характеризуют современное состояние атопического дерматита у детей Украины на примере Киевского региона. Определены возрастные тренды уровней распространенности атопического дерматита, который характеризуется ростом частоты случаев в детской популяции страны, что вполне соответствует современным среднемировым тенденциям.

Ключевые слова: эпидемиология, атопический дерматит, дети, аллергический марш.

Е. Н. Охотникова

Доктор медицинских наук, профессор,

Заведующая кафедрой педиатрии № 1 НМАПО имени П. Л. Шупика

Киев, 04112, ул. Дорогожицкая, 9

e-mail: kafedra.ped1@gmail.com

Астма и Аллергия, 2020, № 3, С. 47–54.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акопян АЗ. Этапность формирования и распространенность аллергических заболеваний у детей г. Киева по унифицированной методике ISAAC: дис... канд. мед. наук: 14.01.29. Киев. 2000. 197 с.
2. Бережний ВВ. Атопічний дерматит у дітей: діагностика і лікування. Современная педиатрия. 2018;4(92):117–124. doi 10.15574/SP.2018.92.117.
3. Дуда ЛВ, Охотникова ОМ. Клініко-епідеміологічна характеристика найпоширеніших алергічних захворювань у дітей. Здоровье ребенка. 2018;13(4):345–355. doi: 10.22141/2224-0551.13.4.2018.137017.
4. Зайков СВ, Гацька ДО, Корицька ІВ. Поширеність алергічних захворювань (бронхіальної астми, алергічного риніту, атопічного дерматиту) серед дітей та молоді Вінницької області (результати 2-го етапу клініко-епідеміологічного дослідження). Астма та Алергія. 2015;3:28–34.
5. Колхир ПВ. Доказательная аллергология-иммунология. Практическая медицина. 2010. 28 с.
6. Огнев ВА. Эпидемиология астмы и аллергии у детей. Монография. 2015. 336 с. ISBN 978-617-7306-37-4.
7. Охотникова ЕН. Атопический дерматит: сложности терминологии, ранней диагностики и адекватной терапии. Здоров'я України. Тематичний номер «Педіатрія». 2009;4/1:12–15.
8. Савоськина ВА. Періоральний дерматит: клініка, диференціальний діагноз, терапія. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2013;1.
9. Asher M, Strachan D, Pearce N, et al. ISAAC Steering Committee. The ISAAC Story: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Auckland,

REFERENCES

1. Akopyan AZ. Etapnost' formirovaniya i rasprostranennost' allergicheskikh zabolevaniy u detey g. Kiyeva po unifitsirovannoy metodike ISAAC (Stages of formation and prevalence of allergic diseases in children of Kiev according to the unified ISAAC method): dis. kand. med. nauk: 14.01.29. Kiyev. 2000. 197 s.
2. Berezhnyy VV. Atopichnyy dermatyt u ditey: diahnostryka i likuvannya (Atopic dermatitis in children: diagnosis and treatment). Sovremennaya pedyatryya. 2018;4(92):117–124. doi 10.15574/SP.2018.92.117.
3. Duda LV, Okhotnikova OM. Kliniko-epidemiologichna kharakterystyka nauposhyrenishykh alerhichnykh zakhvoryuvan' u ditey (Clinical and epidemiological characteristics of the most common allergic diseases in children). Zdorov'e rebenka. 2018;13(4):345–355. doi: 10.22141/2224-0551.13.4.2018.137017.
4. Zaykov SV, Hats'ka DO, Koryts'ka IV. Poshyrenist' alerhichnykh zakhvoryuvan' (bronkhial'noyi astmy, alerhichnoho rynitu, atopichnoho dermatytu) sered ditey ta molodi Vinnyts'koyi oblasti (rezul'taty 2-ho etapu kliniko-epidemiologichnoho sledzhennya). (Prevalence of allergic diseases (bronchial asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis) among children and youth of Vinnytsia region (results of the 2nd stage of clinical and epidemiological research). Asthma and Allergy. 2015;3: 28–34.
5. Kolkhir PV. Dokazatel'naya allergologiya-immunologiya (Evidence-based allergology — immunology). Prakticheskaya meditsina. 2010. 28 s.
6. Ognev VA. Epidemiologiya astmy i allergii u detey (Epidemiology of asthma and allergies in children). Monografiya. 2015. 336 s. ISBN 978-617-7306-37-4.
7. Okhotnikova YeN. Atopicheskiy dermatit: slozhnosti terminologii, ranney

- New Zealand. 2011. http://isaac.auckland.ac.nz/story/ISAAC_Story_LR.pdf.
10. Duda L, Okhotnikova O, Sharikadze O, Zubchenko S. Comparative analysis of prevalence of the most common allergy diseases in children of the Kyiv region (Ukraine). *Georgian Medical News*. 2019;Jun(291):53–58.
 11. ISAAC Steering Committee. ISAAC Website. 2012 [cited 2013 5 June]. <http://isaac.auckland.ac.nz/>.
 12. Tham EH, Leung DY. Mechanisms by which atopic dermatitis predisposes to food allergy and the atopic march. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2019;11(1):4–15. doi:10.4168/aaair.2019.11.1.4.
 13. Mallol J, Crane E, Odhiambo U, et al. The ISAAC Phase Three Study Group. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: A global synthesis. *Allergologia et Immunopathologia*. 2013;41(2):73–85. <https://doi.org/10.1016/j.aller.2012.03.001>.
 14. Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, Mallol J, et al. ISAAC Phase Three Study. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*. 2007;62(9):758–766. doi:10.1136/thx.2006.070169.
 15. Feldman SR, Cox LS, Strowd LC, Gerber RA, et al. The Challenge of Managing Atopic Dermatitis in the United States. *American health & drug benefits*. 2019;12(2):83–93. PMID: PMC6485648.
 16. Bieber T, D'Erme AM, Akdis CA, et al. Clinical phenotypes and endophenotypes of atopic dermatitis: Where are we, and where should we go? *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2017;139(4S):S58–S64. doi: 10.1016/j.jaci.2017.01.008.
 17. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2016;387(10023):1109–1122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00149-X).
 18. Wollenberg A, Renz H, Simon H. Atopic Dermatitis: Collegium Internationale Allergologicum. *Int Arch Allergy Immunol*. 2019;178:207–218. doi: 10.1159/000497383.
 19. Hill DA, Grundmeier RW, Ram G, Spergel JM, et al. The epidemiologic characteristics of healthcare provider — diagnosed eczema, asthma, allergic rhinitis, and food allergy in children: a retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*. 2016;16:133. DOI 10.1186/s12887-016-0673-z.
- diagnostiki i adekvatnoy terapii (Atopic dermatitis: the complexity of terminology, early diagnosis and adequate therapy). *Zdorov'ya Ukrainy. Tematychnyy nomer «Pediatriya»*. 2009;4/1:12–15.
 8. Savos'kina VA. Peryoral'nyy dermatyt: klynyka, dyfferentsyal'nyy dyahnoz, terapyya (Perioral dermatitis: clinical picture, differential diagnosis, therapy). *Klinichna imunolohiya. Alerholohiya. Infektolohiya*. 2013;1.
 9. Asher M, Strachan D, Pearce N, et al. ISAAC Steering Committee. The ISAAC Story: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Auckland, New Zealand. 2011. http://isaac.auckland.ac.nz/story/ISAAC_Story_LR.pdf.
 10. Duda L, Okhotnikova O, Sharikadze O, Zubchenko S. Comparative analysis of prevalence of the most common allergy diseases in children of the Kyiv region (Ukraine). *Georgian Medical News*. 2019;Jun(291):53–58.
 11. ISAAC Steering Committee. ISAAC Website. 2012 [cited 2013 5 June]. <http://isaac.auckland.ac.nz/>.
 12. Tham EH, Leung DY. Mechanisms by which atopic dermatitis predisposes to food allergy and the atopic march. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2019;11(1):4–15. doi:10.4168/aaair.2019.11.1.4.
 13. Mallol J, Crane E, Odhiambo U, et al. The ISAAC Phase Three Study Group. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: A global synthesis. *Allergologia et Immunopathologia*. 2013;41(2):73–85. <https://doi.org/10.1016/j.aller.2012.03.001>.
 14. Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, Mallol J, et al. ISAAC Phase Three Study. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*. 2007;62(9):758–766. doi:10.1136/thx.2006.070169.
 15. Feldman SR, Cox LS, Strowd LC, Gerber RA, et al. The Challenge of Managing Atopic Dermatitis in the United States. *American health & drug benefits*. 2019;12(2):83–93. PMID: PMC6485648.
 16. Bieber T, D'Erme AM, Akdis CA, et al. Clinical phenotypes and endophenotypes of atopic dermatitis: Where are we, and where should we go? *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2017;139(4S):S58–S64. doi: 10.1016/j.jaci.2017.01.008.
 17. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2016;387(10023):1109–1122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00149-X).
 18. Wollenberg A, Renz H, Simon H. Atopic Dermatitis: Collegium Internationale Allergologicum. *Int Arch Allergy Immunol*. 2019;178:207–218. doi: 10.1159/000497383.
 19. Hill DA, Grundmeier RW, Ram G, Spergel JM, et al. The epidemiologic characteristics of healthcare provider — diagnosed eczema, asthma, allergic rhinitis, and food allergy in children: a retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*. 2016;16:133. DOI 10.1186/s12887-016-0673-z.

Надійшла до редакції: 18.08.2020 р.

Прийнято до друку 07.09.2020 р.

О. М. Охотнікова

ORCID iD

<https://orcid.org/0000-0003-2498-0560>

Л. В. Дуда

ORCID iD

<https://orcid.org/0000-0002-4299-9356>