

ная инфекция, у 2 – токсоплазмоз. У 14 детей формирование гепатита представлялось возможным связать с персистенцией ассоциации возбудителей (хламидии, цитомегаловирус, вирус простого герпеса) в различных сочетаниях. У 7 детей этиологию хронического гепатита расшифровать не удалось. Проведенный ИФА с определением антител к органоспецифическим мембранным антигенам печени у 12 детей дал отрицательный результат.

Таким образом, во всех случаях стабильно сохраняющейся гепатомегалии страдающие АД дети должны обследоваться для исключения сопутствующего хронического гепатита инфекционной этиологии. Последний, накладывая существенный отпечаток на клинику и течение дерматита, видимо, в силу ряда иммунобиологических особенностей организма детей с АД, отличается атипичной, маломанифестной клиникой.

Синявская О. А.,
Тузанкина И. А., Уфимцева Л. А.

г. Екатеринбург

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ЕГО СВЯЗЬ С АУТОИММУННЫМИ ПРОЦЕССАМИ

Атопический дерматит и формирующиеся на его фоне аутоиммунные процессы имеют этиологически и патогенетически схожие механизмы развития.

Влияние на организм ребенка инфекций (латентно персистирующие внутриутробные инфекции, очаги хронической инфекции), а также осложнения перинатального периода (внутриутробная хроническая гипоксия, анемия беременных, воздействие интоксикации во внутриутробном периоде и др.) способствуют извращению становления иммунных механизмов защиты, при этом к моменту рождения ребенка сохраняется незрелость структур клеток, волокон, органов, систем, формируются стигмы дизэмбриогенеза, синдром соединительно-тканной дисплазии.

Атопический дерматит (АД), формируясь часто из аллергического диатеза (у детей первых недель жизни), эволюционирует в клинические формы: в аллергический конституциональный дерматит, в экзему (истинную, себорейную, бляшечную, смешанную), а затем и в

нейродермит (ограниченный, распространенный, диффузный); нередко процесс осложняется выраженной аллергией с тяжелой интоксикацией в виде тяжелой эритродермии. Большинство детей с подобными заболеваниями страдает частыми ОРВИ, дисбактериозом, хроническим энтероколитом, вторичным инфицированием кожных покровов, инфекциями мочеполовой системы. Известно, что АД – иммунопатия с нарушением биологических мембран клеток и их рецепторов, наличием дисиммуноглобулинемий, вторичной иммунологической недостаточности. У многих детей имеет место изменение величины и формы вилочковой железы (данные УЗИ), снижение гормональной обеспеченности организма при АД (снижение функциональной активности коры надпочечников, вилочковой, щитовидной железы). Указанные данные позволяют вернуться к утверждению, что у детей в определенные периоды онтогенеза наблюдается неравномерность темпа развития и созревания морфофункциональных систем организма, так называемый «феномен преходящей диссоциации степени зрелости различных систем организма: отставание одних, относительное опережение созревания других, в результате чего создается временная более или менее выраженная диспропорция созревания или роста» (В. В. Ковалев, 1976).

Лишь в последние годы с развитием клинической иммунологии, внедрением новых технологий в лабораторную практику удалось расшифровать многочисленные разрозненные иммунопатологические процессы, на основе которых возможно ранжирование истинного аллергического процесса, псевдоаллергии, «оттитрование» противоинфекционного иммунитета (нередко являющегося первым проявлением нарушенной реактивности), а затем и аутоаллергии (предэтапа лимфопрролиферативных процессов!).

Развитие и функционирование вегетативной нервной системы у детей различного возраста имеет существенное значение в связи с бурно вмешивающейся в жизнь всемогущей экологией, изменяющейся реактивностью человека, в том числе ребенка. Приспособительные реакции со стороны вегетативной нервной системы могут быть адекватными и неадекватными.

Происходит нарушение становления и развития важнейших функций организма: центральных регуляторных механизмов – центральной нервной системы и ее вегетативного отдела, иммунной и гормональной систем. Часто страдают биоэнергетические процессы. Аутоим-

мунные процессы (в частности, появление аутоантител к эластину), проявляющиеся в различные периоды роста детей, часто происходят и вследствие отсутствия надлежащего наблюдения и лечения детей, страдающих АД, при нерациональном назначении большого числа различных лекарственных средств, в том числе и гормональных препаратов.

В конечном итоге при снижении биоэнергетических ресурсов организма больного возникает недостаточность элиминирующих систем вследствие функциональной несостоятельности печени, желчевыводящей системы, почек, потовых и сальных желез, т. е. организм «зашлаковывается». При этом кожа как важный паренхиматозный орган, выполняющий более 20 функций, не является «барьером» на пути освобождения от шлаков продуктов неполного метаболизма.

Все изложенное ведет к формированию тяжелого течения АД у детей, а со временем – и к инвалидизации больных.

Необходимо, особенно на ранних этапах развития болезни, понимание патологического процесса не только с точки зрения патогенеза, но и индивидуального генеза синдромов и симптомов, и, что еще сложнее, – понимание резервных возможностей становления процессов саногенеза исходя из индивидуальных особенностей каждого случая болезни. Каковы должны быть саногенетические подходы, что понимать под этим термином? Учет анамнеза, особенностей клиники, анализ лабораторных данных, логическое осмысление эффективности проводимого лечения и течения патологического процесса в конечном итоге нужны, с точки зрения предпринимаемой стратегии и тактики ведения больных данного профиля, для того, чтобы не навредить больному, усугубив состояние «зашлакованности» его организма необоснованным назначением токсичных препаратов.

Иммунопатологические состояния, такие, как нарушения противинфекционной защиты, в том числе аллергия, аутоиммунные процессы, часто наблюдаются в педиатрической и дерматологической практике. Они лежат в основе широкого спектра заболеваний у детей, определяя характер и тяжесть течения последних. При этом выявляются нарушения нейроэндокринной регуляции различного генеза, инфекционные агенты, метаболические сдвиги. На развитие заболевания оказывают влияние социально-экологические факторы, различные конституциональные особенности ребенка, так называемые диатезы – атопический, аллергический, дизметаболический, органотопи-

ческий, а также иммунопатологический или аутоиммунный (нередко сочетание различных диатезов у одного и того же ребенка).

Особенно важно обнаружение и понимание иммунопатологических процессов, лежащих в основе многих рецидивирующих и хронических заболеваний, к которым с полным основанием можно отнести и атопический дерматит. Иммунопатология имеет и свою самостоятельную клиническую картину, может передаваться по наследству, претерпевая патоморфоз, что затрудняет порой ее трактовку. Между тем недооценка иммунопатологических процессов приводит к неадекватному лечению и может ухудшать состояние больного.

Несмотря на различную этиопатогенетическую природу, иммунная недостаточность характеризуется рядом общих клинических признаков. Для нее характерны рецидивирующие и/или хронические инфекционные заболевания кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, суставов, костей, при этом отмечается полнотность поражения с упорным течением, ограниченным эффектом противомикробной терапии и нестойкостью ремиссии. Иммунопатологические проявления, такие, как аллергия и аутоиммунные реакции, а также гематологические нарушения в виде цитопений и анемий, наблюдаются при многих формах иммунной недостаточности. В генетическом анамнезе прослеживаются факторы, характерные для иммунопатологических семей: повышенная частота онкологических заболеваний, аналогичные заболевания у сибсов и симблингов, высокая детская смертность в семьях. Все это указывает на необходимость проведения лабораторного иммунологического обследования.

В иммунологической лаборатории при ОДКБ № 1 отработано понятие лабораторного синдрома иммунной недостаточности, для которого характерно уменьшение относительного и абсолютного числа Т-лимфоцитов; увеличение относительного и абсолютного числа О-лимфоцитов; значительное снижение относительного и абсолютного числа хелперно-индукторных Т-лимфоцитов (pE-РОК); снижение индекса соотношения субпопуляций Т-лимфоцитов (Т-хелперы/индукторы : Т-супрессоры/киллеры = pE-РОК : vE-РОК); повышение концентрации в сыворотке крови общего IgE; снижение процента спонтанно-фагоцитирующих стимулированных нейтрофилов; повышение фагоцитарного числа в тестах спонтанного нейтрофильного фагоцитоза и снижение его в стимулированных тестах. Указанные данные иллюстрируют попытки максимального использования резервных возможностей клеток защиты.

Кроме этого, у детей дошкольного возраста выявляется лимфоцитоз – относительный и абсолютный, что отражает возрастные особенности лейкопоза. У детей имеют место дисиммуноглобулинемии: в младшем возрастной группе это достоверное снижение концентрации сывороточного IgA с тенденцией к снижению сывороточного IgM. Такие изменения типичны для детей дошкольного возраста с транзиторной иммунной недостаточностью и, чаще всего, детей часто болеющих. Данная патология – следствие перинатальных повреждений центральных регуляторных механизмов гипоксически-травматического генеза с развитием далее нейроэндокринных нарушений.

У детей старшего возраста дисиммуноглобулинемия характеризуется повышением IgA и IgG в сыворотке крови при снижении популяции сывороточного IgM. Эти данные свидетельствуют о возможном включении компенсаторных механизмов в указанной возрастной группе обследованных с повышением синтеза IgA и IgG. Снижение концентрации IgM в сыворотке крови может свидетельствовать о давности патологических процессов и истощении функциональных резервов организма.

Описанные результаты иммунологического обследования могут служить основанием для диагностики так называемой транзиторной, или вторичной, иммунной недостаточности у детей (речь идет, по сути, о дисбалансе функционирования иммунной системы).

У больных АД при соответствующей клинической картине аутоиммунный процесс может быть констатирован на основании обнаружения в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа аутоантител к различным антигенам: к эластину, коллагену, ткани почек, печени, тонкой и толстой кишок, сердцу, легким, а также к нативной и/или денатурированной ДНК.

При системных аутоиммунных процессах спектр антиспецифических аутоантител очень широк, он характеризуется наличием аутоантител одновременно к антигенам различной органной принадлежности.

Аутоантитела к ДНК, как к нативной, так и к денатурированной, чаще определяются у больных в активной стадии заболевания, причем в большем числе случаев это аутоантитела к нативной ДНК. Еще чаще выявляются органоспецифические аутоантитела. Антитела к антигенам, не обладающим органной специфичностью (т. е. к эластину, к коллагену), выявляются, как правило, у больных в активном периоде болезни. Органоспецифические аутоантитела в высоких концент-

рациях обнаруживаются даже в неактивной фазе заболевания, что свидетельствует не только об их циркуляции, но и о постоянном их синтезе специфическими клонами иммунных клеток.

Таким образом, иммунопатологические синдромы следует выявлять и типировать, а затем проводить лечение ребенка на фоне атопического дерматита; только в этих случаях можно предотвратить осложнения и инвалидизацию детей, страдающих АД, сочетанным с исподволь протекающими аутоиммунными процессами.

Скоморохова М. Б.

г. Екатеринбург

ОПЫТ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Одним из этапов медико-социальной помощи больным детям является реабилитация в специализированных дошкольных учреждениях. «Миссия» нашего учреждения – реабилитация детей с аллергодерматозами.

Сотрудниками МДОУ были разработаны Концепция и Программа развития, генеральная цель которой – создание на базе ДОУ системы медико-педагогического воздействия на детей с аллергодерматозами. Система медико-педагогического воздействия рассматривалась как необходимое условие гармоничного развития личности детей с аллергодерматозами. Под указанной системой понимался комплекс медицинских и педагогических мероприятий, направленных на создание условий для коррекции имеющихся недостатков, обеспечения ребенку здорового образа жизни и формирования у него жизнерадостности, активности, любознательности, устойчивости к неблагоприятным внешним факторам, высокого уровня выносливости и работоспособности. Нами была выдвинута следующая гипотеза: если будет создана и внедрена система медико-педагогического воздействия на детей с аллергодерматозами, то повысится качество реабилитации детей в условиях компенсирующего ДОУ.

За период с марта 1995 г. по май 2001 г. в дошкольном учреждении проходили реабилитацию 687 детей. Наряду с аллергодерматоза-