

Выпускники школы-интерната получают такой же, как и в массовой школе, документ об уровне образования государственного образца - аттестат о среднем (полном) общем образовании и могут на общих основаниях поступать в учреждения среднего и высшего профессионального образования по доступным им специальностям или работать в отраслях народного хозяйства по их физическим возможностям (рисунок 2).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в ГКОУ РО школе-интернате III, IV видов № 33 города Новочеркаска прослеживается система психолого-педагогического и медико-социального сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющая положительную динамику.

Коллектив решает поставленные перед ним цели и задачи по обучению, воспитанию, здоровьесбережению и социализации детей-инвалидов по зрению, ищет пути преодоления существующих в настоящее время проблем.

Литература

1. Модель психолого-педагогического сопровождения <http://vashpsixolog.ru/documentation-school-psychologist/88-information-for-school-psychologist/>
2. Андреев Г.Ю., Обухова С.Е., Цветкова Н.В. Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в инновационном образовательном учреждении Кировская обл., г. Кирово-Чепецк, гимназия №1. Региональный сборник научных трудов. 3 выпуск <http://www.egpu.ru/lib/elib/Data/Content/128253425912343750/Default.aspx>
3. Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. 1-4 классы. М.: «ВАКО», 2004, 296 с. - (Педагогика. Психология. Управление).
4. Кукушин В. С. Теория и методика обучения. - Ростов н/Д.: Феникс, 2005. - 474 с.
5. Советова Е. В.. Эффективные образовательные технологии. – Ростов н/Дону: Феникс, 2007. – 285 с.
6. О. А. Соколова. Здоровьесберегающие образовательные технологии. <http://www.shkolnymir.info/>

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ

Шевченко Игорь Михайлович

Кандидат мед. наук, доцент кафедры педиатрии №1 Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина

Титкова Елена Васильевна

Ассистент кафедры педиатрии №1 Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина

*RISK FACTORS AND DEBUT FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN DURING THE FIRST 6 MONTHS OF LIFE
Shevchenko Igor Mikhailovich, PhD, Associate Professor of Pediatrics №1 Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

Titkova Elena, Assistant Professor of Pediatrics №1 Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

АННОТАЦИЯ

Целью исследования было изучение факторов риска и особенностей начальных проявлений atopического дерматита (АтД) у детей первого полугодия жизни. Авторами показано, что наиболее значимые факторы риска АтД у детей - наличие аллергических заболеваний у матери, TORCH-инфекции и грибковые вагиниты. Наиболее частые проявления АтД в первом полугодии жизни - папулезно-везикулярные высыпания, гнейс, бледность лица с ярким румянцем и пеленочный дерматит.

ABSTRACT

The aim of study was to investigate the risk factors and characteristics of initial manifestations of atopic dermatitis (AD) in children in the first six months of life. The authors have shown that the most significant risk factors for atopic dermatitis in children - the presence of allergic disease in the mother, TORCH-infections, and fungal vaginitis. The most frequent manifestations of atopic dermatitis in the first six months of life - papular-vesicular rash, gneiss, pale face with bright blush and diaper dermatitis.

Ключевые слова: atopический дерматит; факторы риска; дети.

Keywords: atopic dermatitis; risk factors; children.

Введение. По данным ВОЗ, в высокоразвитых странах количество больных аллергией увеличивается вдвое каждые 10 лет. [1, С. 21—23]. В практике педиатров и детских дерматологов atopический дерматит (АтД) диагностируется у 1/3 пациентов амбулаторного приема [2, С. 35-38]. В связи со значительной распространенностью аллергических болезней у детей большую актуальность приобретает проблема ранней диагностики АтД. Своевременно

данная патология выявляется лишь у 30% больных. В практике педиатров и детских дерматологов АтД диагностируется у 1/3 пациентов амбулаторного приема [5, С.18-23]. У подавляющего большинства детей (до 90%) первые проявления АтД начинаются на первом году жизни, чаще всего с 3-месячного возраста. Однако в настоящее время одной из особенностей АтД является его раннее начало

(непосредственно с рождения) и развитие тяжелых форм заболевания с вовлечением больших участков кожи.

АтД чаще возникает у детей с наследственной предрасположенностью к аллергическим заболеваниям. Выявлено, что у детей, родители которых страдают поллинозом, бронхиальной астмой, риск развития заболевания значительно выше, особенно если аллергические болезни имеют место по линии матери (60-70%) или обоих родителей (до 80%) [3, С. 240]. Персистенция герпетической инфекции, подверженность грибковым заболеваниям является серьезной проблемой, осложняющей течение кожного синдрома и способствующей дополнительной сенсибилизации и гиперпродукции IgE [4, С. 42-46]. Определение наиболее значимых факторов риска развития АтД у ребенка может позволить прогнозировать течение заболевания и определить комплекс первичной профилактики АтД до рождения ребенка.

Цель работы – изучить факторы риска, которые определяют развитие АД у детей раннего возраста, выявить наиболее значимые. Определить особенности дебюта АД у детей первого полугодия жизни.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение медицинской документации и опрос родственников 77 детей, находящихся под наблюдением по поводу различной тяжести течения АД. Родственники всех пациентов получили устную информацию обо всех процедурах исследования и дали информированное согласие на участие в исследовании. Данные пациенты составили основную группу. Контрольную группу составил 55 относительно здоровых детей, у которых также проанализированы изучаемые факторы риска. Статистический анализ

полученных данных осуществлялся с использованием пакета STATISTICA 10.0 и интернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis). С целью выявления закономерностей между большим количеством качественных признаков использовался модуль интеллектуального анализа данных (Data mining).

Результаты и обсуждение. Результаты изучения материнских факторов в группе детей, больных АтД, показали, что у значительного числа женщин этой группы отмечался неблагоприятный аллергологический анамнез - 53,19% (95% ДИ 41,85 – 64,14%), что обуславливало генетический риск развития АД у детей. У 44,68% (95% ДИ 33,88 – 56,11%) были диагностированы различные проявления TORCH-инфекций. У каждой четвертой из изучаемых женщин в данной группе отмечался грибковый вагинит 25,53% (95% ДИ 16,2 – 35,79%). 23,40% (95% ДИ 13,6 – 32,4%) находилось под влиянием стрессовых факторов.

Изучение факторов риска предусматривает сравнение частоты неблагоприятных факторов среди матерей изучаемых групп детей. Необходимо отметить, что матери детей с АтД в 11 раз чаще (отношение шансов (ОШ) - 11,36; 95% ДИ - 2,42-16,46) болели аллергическими заболеваниями, также в 11 раз чаще в данной группе отмечались аллергические заболевания у ближайших родственников (ОШ 11,07; 95% ДИ 1,30-249,65). Бронхиальная астма у матерей в первой группе встречалась в 9 раз чаще по сравнению с контролем (ОШ 9,45; 95% ДИ 1,08-216,07). У матерей, дети которых больны АтД в 4 раза чаще отмечался грибковый вагинит, TORCH-инфекции, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и частые стрессы (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика факторов риска атопического дерматита в исследуемых группах детей

Признак	ОШ	95% ДИ	P-значение
TORCH-инфекции	4,12	1,51-11,49	0,001
Аллергические заболевания у матери	11,36	2,42-16,46	0,000001
Аллергические заболевания у родственников	11,07	1,30-249,65	0,02
Бронхиальная астма у матери	9,45	1,08-216,07	0,01
Носительство стафилококка	1,58	0,57-3,81	0,36
Варикоз нижних конечностей	0,77	0,08-6,02	0,78
Бактериальный вагинит	1,02	0,30-3,48	1,00
Грибковый вагинит	4,37	1,17-17,69	0,01
Эклампсия в родах	1,61	0,28-9,72	0,53
Маловодие	1,40	0,41-4,80	0,53
Многоводие	1,42	0,39-5,29	0,54
Артериальная гипертензия	0,93	0,19-4,34	0,92
Хронические заболевания ЖКТ	4,68	1,07-23,21	0,01
Болезни крови	0,77	0,08-6,02	0,78
Лечение бесплодия	0,77	0,08-6,02	0,78
Отеки	0,97	0,23-3,95	1,00
Анемия беременных	1,04	0,32-3,33	1,00
Фетоплацентарная недостаточность	0,76	0,16-3,32	0,68
Предлежание плаценты	0,77	0,08-6,02	0,78
Стрессы у матери	3,89	1,02-15,93	0,01
Низкий социальный статус	1,02	0,30-3,48	1,00
Табакокурение	0,86	0,23-3,03	0,79
Отсутствие высшего образования	1,00	0,41-2,41	1,00
Неполноценное питание	0,96	0,33-2,75	1,00
Неполная семья	0,93	0,19-4,34	0,54
ОРВИ в периоде беременности	1,37	0,47-3,99	0,50

При помощи метода «Feature Selection and Variable Screening» модуля интеллектуального анализа данных (Data mining) определялась значимость факторов риска АтД в исследуемых группах детей. В соответствии с полученными данными, наиболее статистически значимым фактором риска развития АтД у детей раннего возраста является наличие аллергических заболеваний у матери ($\chi^2 = 24,04$, $p = 0,000001$). Второе место занимают TORCH-инфекции ($\chi^2 = 9,93$, $p = 0,001$). На третьем месте – грибковые вагиниты ($\chi^2 = 6,44$, $p = 0,01$). Далее факторы риска распределены в следующей последовательности – бронхиальная астма у матери, хронические заболевания ЖКТ, частые стрессы у матери и аллергические заболевания у ближайших родственников (рис. 1). Все остальные факторы риска не имеют статистически значимых различий, уровень значимости $p > 0,05$.

По статистической значимости клиничко-лабораторные предикторы АтД в раннем неонатальном периоде были представлены: повышение уровня IgE ($\chi^2 = 11,07$, $p = 0,003$), пеленочный дерматит ($\chi^2 = 8,83$, $p = 0,01$), сухость кожных покровов ($\chi^2 = 7,72$, $p = 0,02$), повышение уровня эозинофилов ($\chi^2 = 7,41$, $p = 0,02$), токсическая эритема ($\chi^2 = 6,60$, $p = 0,03$), гнейс ($\chi^2 = 4,88$, $p = 0,08$). К шестимесячному возрасту симптомы АтД по статистической значимости были распределены: папулезно-везикулярные высыпания ($\chi^2 = 12,60$, $p = 0,001$), гнейс ($\chi^2 = 12,00$, $p = 0,002$), бледность лица с ярким румянцем ($\chi^2 = 11,18$, $p = 0,003$), пеленочный дерматит ($\chi^2 = 8,56$, $p = 0,01$), повышение уровня эозинофилов ($\chi^2 = 8,55$, $p = 0,01$), повышение уровня IgE ($\chi^2 = 7,85$, $p = 0,01$), кожный зуд ($\chi^2 = 6,27$, $p = 0,04$), себорейный дерматит ($\chi^2 = 6,04$, $p = 0,04$), поствоспалительная гиперпигментация кожи ($\chi^2 = 4,21$, $p = 0,12$) (рис 2).

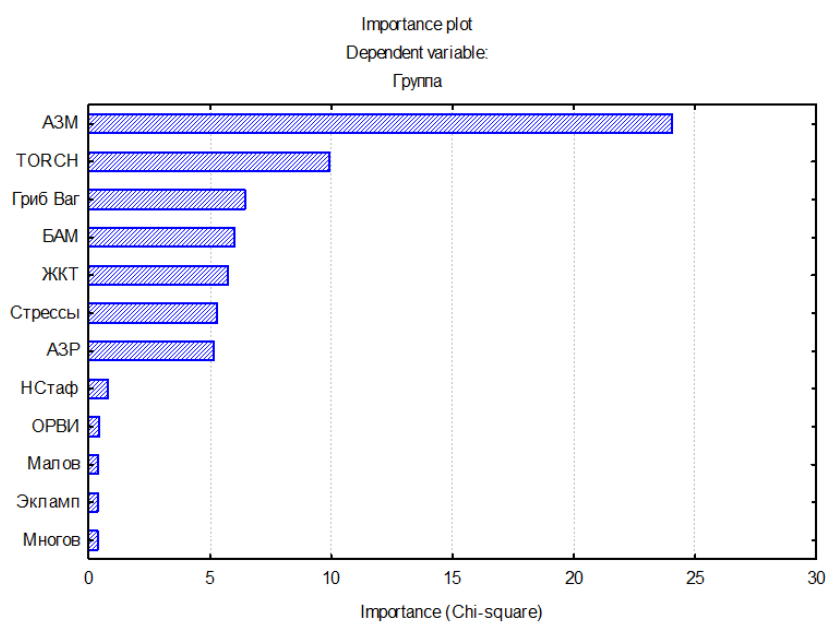


Рисунок 1. Значимость перинатальных факторов риска АД у детей раннего возраста по результатам метода «Feature Selection and Variable Screening» модуля интеллектуального анализа данных (Data mining)

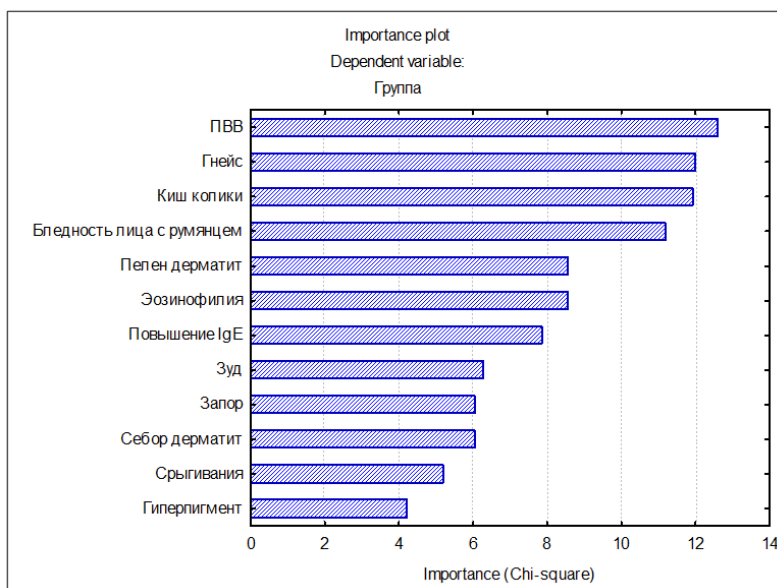


Рисунок 2. Значимость клиничко-лабораторных проявлений аллергии у детей в возрасте 6 месяцев по результатам метода «Feature Selection and Variable Filtering» модуля интеллектуального анализа данных (Data mining) в графическом изображении

Выводы.

1. К наиболее значимым факторам, повышающим риск развития АтД у детей первого года жизни следует отнести аллергические заболевания у матери ($\chi^2 = 24,04$, $p = 0,000001$), TORCH-инфекции ($\chi^2 = 9,93$, $p = 0,001$) и грибковые вагиниты ($\chi^2 = 6,44$, $p = 0,01$).
2. В группе больных АтД матери детей в 11 раз чаще (ОШ - 11,36; 95% ДИ - 2,42-16,46) болели аллергическими заболеваниями, также в 11 раз чаще в данной группе отмечались аллергические заболевания у ближайших родственников (ОШ 11,07; 95% ДИ 1,30-249,65). Данные показатели подтверждают высокий генетический риск заболеваемости АтД у детей.
3. Предикторы аллергических реакций в раннем неонатальном периоде - повышение уровня IgE ($\chi^2 = 11,07$, $p = 0,003$), пеленочный дерматит ($\chi^2 = 8,83$, $p = 0,01$), сухость кожных покровов ($\chi^2 = 7,72$, $p = 0,02$).
4. Проявления атопического дерматита в первом полугодии жизни - папулезно-везикулярные высыпания ($\chi^2 = 12,60$, $p = 0,001$), гнейс ($\chi^2 = 12,00$, $p =$

0,002), бледность лица с ярким румянцем ($\chi^2 = 11,18$, $p = 0,003$), пеленочный дерматит ($\chi^2 = 8,56$, $p = 0,01$).

Литература

1. Беш Л. В. Атопічний дерматит у дітей: прості відповіді на складні запитання / Л. В. Беш // Здоров'я України. — 2009. — № 24. — С. 21—23.
2. Веселова Л. Лечение алергодерматозов/ Л. Веселова, И. Хомоганова, М. Савина//Врач.- 2007.- №2.- С. 35-38.
3. Ершов Ф. И. Система интерферона в норме и при патологии /Ершов Ф. И. - М., Медицина. 1996. - 240 с.
4. Ласица О. И. Атопический марш у детей. Перспективы профилактики и прогноз / О. И. Ласица // Кліні. імунол. Алергол. Інфектол. — 2005. - №1 (01). — С. 42-46.
5. Садикова Т. Е., Балаболкин И. И. Клинико-патогенетические варианты атопического дерматита у детей// Российский педиатрический журнал, 2011.-№ 6.-С.18-23.

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Ходжаева Сабри Махмудовна, Бабабекова Нигора Бахтияровна

Кандидаты медицинских наук, ассистенты, Ташкентский педиатрический медицинский институт

FEATURES INDICATORS DERMATOGlyphic IN CHILDREN WITH ALOPECIA AREATA

Khodjaeva Sabri Mahmudovna, PhD assistant, Tashkent Pediatric Medical Institute

Bababekova Nigora Bahtiyarovna, PhD, Assistant, Tashkent Pediatric Medical Institute

АННОТАЦИЯ

В основу статьи положены данные сравнительного анализа характерных особенностей дерматоглифических признаков среди 99 детей, больных очаговой алопецией и у 38 здоровых лиц. Установлено, что у детей, больных очаговой алопецией количество дуг (А) на пальцах кистей рук находилось в одинаковых значениях по сравнению с данными здоровых детей. Характерными дерматоглифическими проявлениями являются наличие высокого количества ульнарных петель (LU) по правой руке и радиарных петель (LR) на обеих руках на фоне низкого количества завитков (W) по левой руке по сравнению со здоровыми детьми. Полученные дерматоглифические показатели могут быть использованы как малые маркерные показатели.

ABSTRACT

This article is based on data from a comparative analysis of the characteristics of dermatoglyphic traits among 99 children with alopecia areata and 38 healthy individuals. It was found that in children with alopecia areata number of arcs (A) on the fingers of the hands are identical in value compared with those of healthy children. Typical manifestations are dermatoglyphic presence of high amounts of ulnar loop (LU) from the right hand and radiary loops (LR) on both hands against a background of low curl amount (W) at the left hand as compared with healthy children. These dermatoglyphic indicators can be used as a small marker indicators.

Ключевые слова: алопеция, дерматоглифика дети,

Key words: alopecia, dermatoglyphics, children.

Среди разновидностей заболеваний, сопровождающихся выпадением волос, часто встречающимся является очаговая алопеция (ОА), этиология и патогенез которой до настоящего времени до конца не изучены. По последним данным, очаговая алопеция составляет 4% от общего числа дерматологических заболеваний [3], 1-3% среди заболеваний волос [1, 4], и 4-8% среди кожных болезней детей [2]. В течение жизни риск возникновения ОА среди людей составляет приблизительно 1,7% случаев [6].

В основе возникновения причин заболевания важное значение имеют нейрогенные, эндокринные, иммунологические, микроциркуляторные изменения, метаболические нарушения и наличие очагов хронической инфекции и т.д. [2, 5].

В последнее время увеличение частоты встречаемости ОА связано не с отсутствием полноценного изучения этиопатогенеза, диагностики, клинического течения