

ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՍԱՐԳՍՅԱՆ ԱՆՆԱ ՎԼԱԴԻՄԻՐԻ

ԱՏՈՊԻԿ ԴԵՐՄԱՏԻՏԻ ՈՐՈՇ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

ԺԴ.00.16 «Համաճարակաբանություն» մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների
թեկնածուի զիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՄԵՂՍԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ – 2018

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. МХИТАРА ГЕРАЦИ

САРКИСЯН АННА ВЛАДИМИРОВНА

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО
ДЕРМАТИТА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по
специальности 14.00.16. “Эпидемиология”

ЕРЕВАН – 2018

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Ա.Բ. Ալեքսանյանի անվան համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և բժշկական մակաբուժաբանության ԳՀԻ գիտական խորհրդի նիստում 29.11.2011թ.:

Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Ղ., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, պրոֆեսոր Յու.Թ. Ալեքսանյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ կ.գ.ղ., պրոֆեսոր Վ.Ա. Դավիդյանց
Բ.Գ.Ղ., Մ.Մ. Տեր-Ստեփանյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ ՀՀ ԱՆ Ս.Խ. Ավդաբեկյանի անվան
Առողջապահության ազգային ինստիտուտ

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է 2018թ. հունիսի 19-ին ժամը 14⁰⁰-ին Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում գործող ՀՀ ԲՈՀ-ի 045 «Առողջապահության կազմակերպում» մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, 0025, Երևան, Կորյունի 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:

Մեղմագիրն առաքված է 2018թ. մայիսի 18-ին:

Մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար՝ Բ.Գ.Ղ., պրոֆեսոր Ա.Վ. Հայրապետյան

Тема диссертации утверждена на заседании ученого совета НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии имени А.Б. Алексаняна 29.11.2011г.

Научный руководитель: д.м.н., академик НАН РА, профессор Ю.Т.Алексанян

Официальные оппоненты: д.б.н., профессор В.А. Давидянц
д.м.н., М.М. Тер-Степанян

Ведущая организация: Национальный институт здравоохранения
им. С.Х. Авдалбеяна МЗ РА

Защита диссертации состоится 19 июня 2018г. в 14⁰⁰ часов на заседании специализированного совета ВАК РА 045 «Организация здравоохранения» при Ереванском государственном медицинском университете им. М. Гераци (РА, 0025, Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им. М. Гераци.

Автореферат разослан 18 мая 2018г.

Ученый секретарь

Специализированного совета д.м.н., профессор А.К. Айрапетян

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Распространенность атопического дерматита (АтД), по данным различных авторов, составляет от 5% до 25% населения (Tozzi A.E. et al., 2011; Watson W., Kapur S., 2011). Заболеваемость выше в экономически развитых странах и в крупных городах (Нагуа С., Гершвин Э., 2004). По результатам стандартизованного международного эпидемиологического исследования ISAAC, распространенность АтД у детей в США достигла 17%, в Европе — 15.6%, в Российской Федерации составила до 15.5%. Наблюдается тенденция к более тяжелому течению АтД, приводящему к ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации (инвалидизации) (Кубанова А.А., 2006; Mortz C. et al., 2015).

Атопический дерматит является многофакторным, генетически детерминированным заболеванием, основу которого составляют иммунологические механизмы, опосредованные IgE- и не IgE-аллергическими реакциями (EAACI, 2006). Появляясь в раннем возрасте, заболевание быстро принимает хроническое рецидивирующее течение, вызывает страдания ребенка, значительно нарушает качество жизни больного и его семьи (Rodriguez-Orozco A.R. et al., 2011; Van Bever H.P., Llanora G., 2011). Дискомфорт, связанный с кожным зудом, приводит к выраженным нарушениям сна, повседневной деятельности, социальных взаимоотношений (Сетдикова Н.Х., 2006; Смирнова Г.И., 2009; Van Onselen J., 2011). Тяжесть АтД состоит также в том, что является началом «аллергического марша» и после болезнь прогрессирует от кожных проявлений до респираторных.

В Армении комплексного исследования проблемы атопического дерматита не проводилось. Имеются лишь единичные работы, посвященные некоторым аспектам данного заболевания (Բարսիլյան Կ.Ռ., 2013; Շախփրյան Ե.Հ., 1995; Մանուկյան Ա.Ա., 2004). Между тем растущее количество обращений по поводу АтД свидетельствует о необходимости проведения углубленного изучения эпидемиологических аспектов заболевания.

Цель исследования

На основе изучения эпидемиологических особенностей атопического дерматита и роли факторов риска среди жителей марзов (регионов) Армении оптимизировать подходы профилактики заболевания.

Задачи исследования:

1. Изучение эпидемиологических особенностей атопического дерматита среди жителей марзов (регионов) Армении и выявление факторов риска отягощенного течения заболевания по данным обращаемости и госпитализации.
2. Роль дисбиоза кишечной флоры в возникновении и течении атопического дерматита.
3. Влияние типа питания на индукцию атопического дерматита у детей.

Научная новизна работы

Впервые проведено эпидемиологическое исследование заболеваемости и распространенности атопического дерматита среди населения регионов Армении по данным обращаемости за 2008-2016гг.

Дан сравнительный анализ заболеваемости и распространенности атопического дерматита среди населения регионов по возрастным группам.

Обнаружено влияние климатогеографического фактора на индукцию атопического дерматита.

Выявлена связь между тяжелым течением атопического дерматита и мужским полом.

Практическое значение работы и внедрение результатов исследования

Предлагается использовать специально разработанную анкету для использования в женских консультациях, чтобы выявить предрасположенность плода к аллергии. На этом основании женщинам будут даны советы по профилактике аллергических заболеваний на всех этапах развития ребенка. Данные мероприятия могут снизить заболеваемость, распространенность и количество случаев с тяжелым течением атопического дерматита, что, в свою очередь, может снизить те же показатели для аллергического ринита и бронхиальной астмы. Для врачей подготовлены материалы трактовки результатов анкет.

Все полученные результаты по анкетам рекомендуется внести в специальную базу данных. Каждый год будут собираться статистические данные о том, сколько детей рождается с предрасположенностью к аллергическим реакциям, что даст возможность сравнить показатели заболеваемости и распространенности аллергических заболеваний.

После этого можно будет оценить эффективность профилактических мероприятий.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Заболеваемость и распространенность АтД в Армении растет быстро и в зависимости от возраста. Данные показатели в некоторых регионах Армении превышают обозначенные в литературе.
2. Мужской пол является фактором риска для тяжелого течения АтД.
3. Факторами риска развития АтД у детей являются сухой, холодный, континентальный и горный климат, низкая влажность воздуха, длительность грудного вскармливания меньше 6-и месяцев, неправильное введение прикорма, патологии ЖКТ, мужской пол.
4. Новый фактор риска тяжелого течения АтД для Армении – рожденные в марте дети.
5. Профилактика АтД может снизить заболеваемость аллергическим ринитом и бронхиальной астмой. Предложенное с этой целью использование анкеты в женских консультациях может снизить заболеваемость АтД и другими аллергическими заболеваниями, акцентируя принятые рекомендации по профилактике аллергических заболеваний не постфактум, а на раннем этапе беременности или ее планирования.

Апробация диссертационной работы

Апробация диссертационной работы состоялась 8-го ноября 2017г. на заседании ученого совета, НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии им. А.Б. Алексаняна.

Материалы диссертационной работы были доложены на:

1. Научно-практической конференции с международным участием, посвященной 90-летию НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии им. А.Б. Алексаняна, 2013г.;
2. Конгрессе Европейской академии алергологии и клинической иммунологии, Барселона, 7 июня 2015 г.;

3. Конгрессе Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, Вена, 12 июня 2016 года.

Публикации

Основные положения диссертации опубликованы в 12-и научных работах.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 139 страницах компьютерного набора и состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, обсуждения результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложений (4 таблицы, 5 графиков и 5 рисунков). Библиографический указатель содержит 173 источника, из которых 3 на армянском языке, 77 русскоязычных и 93 англоязычных. Работа иллюстрирована 25 графическими изображениями, 24 таблицами, 3 диаграммами и 1 рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Источники получения информации:

- демографические данные из Национальной статистической службы РА;
- данные отчетных форм (форма №2) Национального института здравоохранения МЗ РА о количестве диагностированных случаев атопического дерматита в трех возрастных группах по регионам (в том числе впервые выявленные случаи и количество больных, находящихся на учете в диспансере) за 2008-2016гг.;
- данные из Государственной службы по гидрометеорологии и мониторингу (Армгосгидромет) Армении о температуре и влажности воздуха за 2008-2012гг.;
- данные историй болезни Института здоровья детей и подростков «Арабкир» г. Еревана. Рассматривались дети с диагнозом «Атопический дерматит» за период 2008-2012гг.

Методы исследования

Распространенность атопического дерматита рассчитывалась для Армении в целом и отдельно по регионам с учетом возрастных групп (0-14 лет; 15 лет и старше и все вместе). Расчеты проводились на 1000 населения по следующей формуле:

$$P_m = N_m / N \times 1000$$

Где P_m - распространенность или общая заболеваемость; N_m - число всех случаев заболевания АтД, выявленных в данном году в конкретном регионе и возрастной группе; N - средняя численность населения исследуемого региона соответственно возрастной группе.

Первичная заболеваемость (или показатель “инцидент”) рассчитывалась так же: учитывая возрастные группы, для регионов Армении отдельно и в целом по всей республике. Расчеты проводились на 1000 населения.

$$I_{fr} = N_{fr} / N \times 1000$$

Где I_{fr} - первичная заболеваемость; N_{fr} - число всех первичных заболеваний АтД, выявленных в данном году в конкретном регионе и возрастной группе; N - средняя численность населения исследуемого региона соответственно возрастной группе.

Был подсчитан процент пациентов, находящихся на диспансерном учете, от общего числа случаев заболевания АтД в данном году в каждой возрастной группе, для каждого региона отдельно и для всей Армении в целом. Обязательным критерием для

вышеперечисленных показателей являлось постоянное место жительства в Армении и национальность – армяне.

Для выявления темпа роста заболеваемости и распространенности вычислялся коэффициент роста и умножался на 100, чтобы получить ответ в процентах.

Коэффициент роста = Конечное значение – начальное значение/ начальное значение.

На основании вышеперечисленных показателей были выделены регионы, представляющие зоны риска развития атопического дерматита, и отдельно выделены регионы, где проявление тяжелой формы болезни больше. В окончательном заключении учитывались особенности климата, наличие промышленных и сельскохозяйственных предприятий, водные ресурсы, география региона. Все заключения делались для каждой возрастной группы отдельно и для региона в целом.

Выборка для отдельного исследования госпитализированных детей велась в несколько этапов. Первичный отбор карт историй болезни в конкретном детском стационаре выявил 347 пациентов за 5-летний период (2008-2012гг.). Критериями включения были госпитализированные пациенты с диагнозом атопический дерматит, этническая группа – армяне, возраст до 17 лет включительно, первое поступление в медицинский стационар по поводу конкретного заболевания, заболевание впервые проявилось до 15 лет. Критериями исключения являлись: повторное поступление в стационар по поводу атопического дерматита, несоответствие начального (при поступлении) и окончательного диагнозов, другая этническая принадлежность, постоянное место жительства за пределами Армении. После проведения первичной выборки для каждого последующего критерия выделялась отдельная выборка, для которой критерии включения будут перечислены ниже.

Выборка для распределения пациентов по месту жительства включала 337 госпитализированных больных АтД. Обязательным критерием для включения в выборку было постоянное место проживания в конкретной области Армении. Расчеты доли госпитализированных пациентов от данной возрастной популяции проводились на 10000 населения.

Общая выборка для оценки зависимости степени тяжести АтД от полового признака состояла из 342 пациентов. Критерием включения в выборку являлась установленная легкая, средняя и тяжелая степень тяжести течения АтД. В группе с тяжелым течением заболевания оказалось 45 детей – 35 мальчиков и 10 девочек. В группе со среднетяжелым течением было 276 детей – 145 мальчиков и 131 девочка. В группе с более легким течением заболевания был 21 ребенок – 15 мальчиков и 6 девочек. Для определения зависимости степени тяжести АтД от пола оценивались нормальность распределения выборок (тесты Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка), которые показали неравное распределение выборок. Рассчитывались процентное соотношение по критерию тяжести заболевания для мальчиков и девочек и значение Хи-квадрат теста.

Для выявления возможной связи между степенью тяжести проявления атопического дерматита и длительностью пребывания в стационаре для той же выборки использовался метод описательной статистики, проводились расчеты медианы и перцентилей, стандартного отклонения и стандартной ошибки для каждой из трех групп, дисперсионный анализ (тест ANOVA), оценка нормальности распределения.

Для выявления сезонности атопического дерматита была использована первичная выборка, состоящая из 347 госпитализированных детей. Они были распределены по месяцам поступления в стационар. Представлена сезонность обращаемости в конкретный стационар пациентов с диагнозом АтД по Армении. Для корректного представления сезонности была выделена еще одна выборка из 166 детей. Главным критерием включения было постоянное место жительства в г. Ереване. Вышеперечисленные показатели рассчитывались точно так же и для данной выборки.

В подкрепление к этому был проведен анализ данных температурного режима и влажности воздуха каждого месяца отдельно за 5-летний период, выбран средний показатель каждого месяца каждого года, рассчитан двухвыборочный t-тест с одинаковыми дисперсиями для г. Еревана.

Для выявления влияния месяца рождения на проявление атопического дерматита использовалась выборка из 342 пациентов с точно установленным диагнозом и находящимися на лечении по поводу атопического дерматита. Для расчетов использовалась программа SAS Version 9.1. В моделях логистической регрессии степень тяжести заболевания представлена как переменная результата, тогда как пол, возраст ребенка во время начала проявления заболевания, месяц/сезон рождения рассматривались как предикторные переменные. Сезон определялся следующим образом: зима = декабрь, январь и февраль; весна = март, апрель и май; лето = июнь, июль и август и осень = сентябрь, октябрь и ноябрь. Все р-значения ниже 0.05 считались статистически значимыми.

Для оценки роли дисбиоза кишечной флоры была выделена выборка, состоящая из 179 госпитализированных детей. Критериями включения были нарушения функций желудочно-кишечного тракта, клиническое течение атопического дерматита торпидное к базисной терапии, проведенный бактериологический анализ кала. Результаты приведены в процентном соотношении (лакто-, бифидобактерии и др.).

Для выявления роли грудного вскармливания было выделено 5 выборок. Выборка 1 (6 пациентов) состояла из госпитализированных детей, никогда не получавших грудного вскармливания. Выборка 2 (59 пациентов) – дети, получавшие грудное молоко первые 1-2 месяца жизни. Выборка 3 (52 пациента) – дети, получавшие грудное молоко первые 4 месяца жизни. Выборка 4 (96 пациентов) – дети, находящиеся на грудном вскармливании первые 6 месяцев жизни. Выборка 5 (55 детей) – дети, получавшие грудное молоко больше 6 месяцев (в среднем 9 месяцев). Рассматривалось влияние наличия положительного семейного анамнеза как дополнительного предрасполагающего фактора. Предикторным фактором было начало проявления заболевания: раньше 6-месячного возраста или позже. Использовался метод логистической регрессии, Омнибус тест.

Таким же образом была проанализирована правильность введения прикорма. Для этого была выделена выборка из 138 пациентов. Критериями включения были достоверные сведения о времени начала и типов вводимых продуктов. Выборка состояла из 4 групп, учитывая срок введения прикорма, состав и консистенцию пищи. Группа 1 – дети, получавшие прикорм с 1-2 месяцев жизни; группа 2 – дети, получавшие прикорм мягкой консистенции с 4 месяцев жизни; группа 3 – дети, получавшие прикорм в виде твердой пищи с 4 месяцев жизни; группа 4 – дети, получавшие прикорм с 6-месячного возраста

соответственно рекомендациям ВОЗ. Предикторным фактором было начало заболевания до или после 6-месячного возраста.

Статистический анализ полученных данных осуществлен с использованием программы SPSS16. Надежность результатов обеспечена с вероятностью в 95%. Все значения меньше 0.05 считались статистически значимыми. При помощи приложений Microsoft Excel и Microsoft Word были созданы графики, диаграмма и таблицы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Было решено исследовать распространенность и первичную заболеваемость в регионах Армении за период 2008-2016гг.

График 1



В Армении наблюдается активный рост первичной заболеваемости атопического дерматита во всех возрастных группах. Если в литературе АД обозначается в большей степени как детское заболевание, то на практике видно, что симптомы данного заболевания могут впервые возникнуть и в подростковом, и в зрелом возрасте (график 1).

График 2



За 9 лет в группе “0-14 лет” показатель вырос в 2.65 раза: с 2.74 до 7.25. Темп прироста составил 165%. В группе “15 лет и выше” первичная заболеваемость с 1.47 достигла 3.16 и

в итоге выросла в 2.15 раза от первоначального уровня 2008г. Темп прироста составил 115%. А в общей сложности по всей Армении показатель заболеваемости с 1.71 вырос до 3.96, что в 2.32 раза больше начального уровня. Темп прироста – 132%.

Та же картина наблюдается и для показателя распространенности atopического дерматита. В группе “0-14 лет” показатель вырос в 2.57 раза – с 3.62 до 9.31. Темп прироста – 157%. В группе “15 лет и выше” - в 2 раза: с 2.14 до 4.27, показатель прироста составил 100%, и в целом распространенность АтД возросла в 2.17 раза от начального уровня 2.42 до 5.26, а темп прироста – 117% (график 2).

По регионам складывается одинаковая картина, но динамика роста - разной интенсивности. Например, в г. Ереване нет разительного роста заболеваемости, и в целом количество пациентов, у которых впервые в жизни диагностировали atopический дерматит, выросло в 1.53 раза – с 1.32 до 2.02. Темп прироста составил 53%. В группе “0-14” лет показатель вырос в 1.95 раза с 1.84 до 3.58, темп прироста здесь 95%, а в группе “15 лет и выше” – в 1.37 раза: с 1.21 до 1.66, где темп прироста – 37% (график 3).

График 3



Такая же картина наблюдается и при расчете распространенности atopического дерматита в г. Ереване.

Самый быстрый рост первичной заболеваемости atopического дерматита в целевой возрастной группе (0-14 лет) зарегистрирован в Тавуше: в 5.34 раза, за 2008-2016гг. с 2.39 дошел до 12.77, а темп роста составил 434%.

В отличие от Тавуша, Лори показывает не такую высокую кратность роста за заявленный промежуток времени, но показатель первичной заболеваемости в целевой группе “0-14 лет” самый высокий. Он высок не только для Армении, но и в сравнении с остальными странами. За 9 лет с начального, уже высокого уровня 5.91 дошедши до 14.71, первичная заболеваемость АтД здесь возросла в 2.49 раза. Темп роста показал 149%. В старшей группе “15 лет и выше” с уровня 2.24 показатель вырос в 1.97 раза и дошел до 4.41, а темп роста показал 97%. Расчеты по всему региону показали рост в 2.23 раза - с 2.92 до 6.51, тем самым заняв второе место в Армении по уровню первичной заболеваемости.

В Вайоц Дзоре зарегистрирована довольно высокая заболеваемость как отдельно в возрастных группах, так и по всему региону в целом. В младшей группе с 3.18 показатель дошел до 9.04, тем самым возросшим в 2.84 раза. Темп прироста составил 184%. В старшей группе первичная заболеваемость выросла в 4.37 раза (с 1.03 до 4.50), что не типично для этой возрастной группы, а прирост показал 337%. В целом же показатель в регионе с 1.45 вырос в 3.69 раза и дошел до 5.35, где темп роста 269%.

По росту первичной заболеваемости Гегаркуник находится на первом месте: за 9 лет показатель вырос в 4.87 раз (с 0.85 до 4.14), а темп роста составил 387%. В целевой группе “0-14 лет” – на втором, после Тавуша. Показатель заболеваемости вырос в 4.19 раза и с 1.70 дошел до 7.12, прирост показал, соответственно, 319%. Что удивительно, здесь в старшей группе наблюдается самый быстрый прирост первичной заболеваемости – в 5.53 раза (с 0.61 до 3.37). Темп роста составил 453%. С распространенностью атопического дерматита в Гегаркунике складывается такая же картина, как и с заболеваемостью: по скорости роста регион находится на первом месте – показатель вырос в 3.67 раза (с 1.74 до 6.39), а темп роста показал 267%.

В Котайке один из высоких показателей первичной заболеваемости в целом и отдельно по возрастным группам. В младшей группе – “0-14 лет” – с начального уровня 3.48 показатель вырос в 3.34 раза и дошел до 11.62, а темп роста составил 234%. В старшей группе – “15 лет и выше” – он вырос в 4.62 раза (с 1.08 до 4.99), тем самым по скорости роста заняв второе место после Гегаркуника. Соответственно, темп роста составил 362%. Котайк в этой возрастной группе находится на втором месте и по высоте самого показателя заболеваемости. В целом же, после Гегаркуника, Котайк находится на втором месте по скорости роста первичной заболеваемости АтД и на третьем по высоте этого показателя. Показатель с 1.53 вырос в 4.18 раз и дошел до 6.39. Темп роста, соответственно, показал 318%. Похожая картина складывается и при расчете распространенности атопического дерматита в этом регионе.

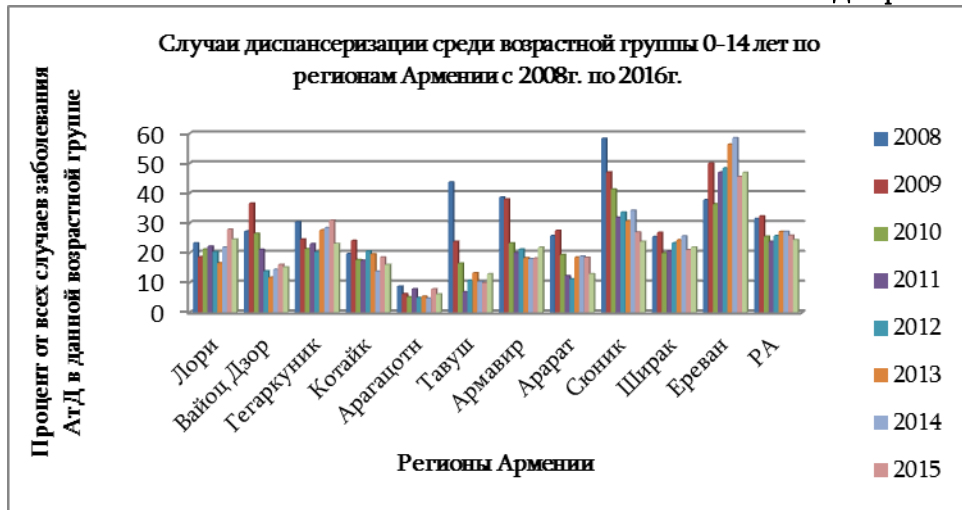
В Шираке складывается нетипичная для атопического дерматита картина. Рост заболеваемости здесь одинаков и в младшей, и в старшей группах. В группе “0-14 лет” показатель вырос в 3.10 раз (с 2.12 до 6.58), в старшей – в 2.55 раза (с 2.83 до 7.21), в целом по региону – в 2.63 раза (с 2.69 до 7.07). Темп роста составил, соответственно, 210% для младшей, 155% для старшей групп и в целом для региона 163%. Примечателен тот факт, что среди всех регионов здесь зарегистрирован самый высокий уровень первичной заболеваемости по области и в старшей группе, но не в младшей группе.

Таким образом, самые высокие показатели первичной заболеваемости выявлены в регионах Тавуш, Лори, Котайк, Сюник, Арагацотн и Вайоц Дзор. Это самые лесистые и горные регионы Армении, где на территории одной области из-за разности высот климат очень разнообразный: сухой, субтропический, горный. Самый низкий показатель зарегистрирован в г. Ереване.

Диспансеризация больных АтД проводится в том случае, если болезнь протекает тяжело или нет полноценного восстановления кожных покровов. Таким образом, можно представить из всех зарегистрированных случаев, какой процент составляет тяжелое течение атопического дерматита. Так можно рассчитать, в каком регионе Армении встречается больше тяжелых случаев данного заболевания. В целевой группе “0-14 лет” в Арагацотне был зарегистрирован наименьший процент (максимум 8.72%) пациентов,

находящихся на диспансерном наблюдении, от всех случаев заболевания атопическим дерматитом. Наибольший же процент – в г. Ереване (максимум 58.51%) и в Сюнике (максимум 58.3%). Хотя в последнем каждый год этот процент снижается и за 2016 год составляет 23.77% от всех случаев заболевания в данном регионе. По всей республике в младшей группе 24.37% пациентов, больных атопическим дерматитом, находятся на диспансерном наблюдении. Данные подробно представлены в диаграмме 1.

Диаграмма 1



Рассматривая результаты анализа по диспансеризации, были выявлены некоторые различия с предыдущими данными. В младшей возрастной группе большее количество диспансерных больных выявлено в г. Ереване, регионах Сюник, Лори, Ширак, Гегаркуник и Армавир. В старшей группе выделяются регионы Ширак, Сюник и Армавир. Для всего же населения в целом высокие показатели диспансеризации обнаружены в регионах Лори, Сюник, Тавуш и Гегаркуник. Для всех показателей общие результаты выявились в регионах Лори и Сюник. Оба эти региона выделяются сильно переменчивым климатом: Лори - горным континентальным, Сюник – на территории данного региона присутствуют все типы климата, присущие Армении.

Результаты исследования группы госпитализированных детей были следующими. Так как популяция в разных областях может сильно отличаться, расчет количественного показателя проводился с учетом населения регионов Армении. Больше всех случаев обращаемости в стационар зарегистрировано из тех регионов, где преобладает резко континентальный, сухой (Ереван, Армавирская и Арагатская области) и сухой субтропический, горный (Сюник) и умеренный горный (Котайк, Гегаркуник) климат.

Результаты распределения по половому признаку отличались от литературных данных: большинство составляли мальчики. Но общеизвестно, что количество рожденных мальчиков преобладает над девочками и цифры с возрастом меняются. Следовательно, целесообразно сравнить количественные показатели распределения по полу, учитывая популяции мальчиков/девочек за данный период времени отдельно по регионам и по всей Армении. Показатели рассчитывались на 10000 населения. Выборка

состояла из 337 госпитализированных детей в возрасте до 17 лет с диагнозом АтД. В итоге подтвердилось вышесказанное, что количество мальчиков, госпитализированных с диагнозом атопический дерматит, в Армении чуть больше, чем девочек. Доля мальчиков, с учетом популяции, составила 8.24, доля девочек – 7.80.

Так как данные касаются только госпитализированных больных, то, следовательно, большинство – это случаи со средним и тяжелым течением заболевания. Следующей задачей являлось установление связи между тяжестью течения заболевания и полом госпитализированных детей. Было выделено 3 выборки: с тяжелым течением болезни (35 мальчиков и 10 девочек), со средней тяжестью АтД (145 мальчиков и 131 девочка), с более легким течением АтД (15 мальчиков и 6 девочек). Вычисленное значение Хи-квадрат Пирсона – 0.003, а значение относительного правдоподобия – 0.002. Таким образом, с достоверностью 95%, можно утверждать следующее: мальчики чаще девочек страдают тяжелой формой атопического дерматита. Показатель степени тяжести АтД очень важен, так как он считается фактором риска для развития аллергического ринита (АР) и бронхиальной астмы (БА): чем тяжелее проявления АтД, тем с большей вероятностью он трансформируется в АР и БА.

Дальнейшей задачей являлось выяснение, влияет ли степень тяжести проявления атопического дерматита на длительность лечения и пребывания в стационаре. Использовались те же 3 выборки, что и выше. Используя статистические методы анализа были выявлены следующие результаты: показатели выборок средней (8.16) и тяжелой (8.91) форм заболевания имеют очень маленькую разницу. Исходя из полученных результатов, с достоверностью 95%, можно сделать вывод, что степень тяжести проявления атопического дерматита практически не влияет на длительность проводимого лечения.

По литературным данным, наследственный фактор играет одну из ключевых ролей в развитии АтД. В данном исследовании за основу была взята основная выделенная выборка – 347 госпитализированных детей с диагнозом АтД. В свою очередь, выборка делилась еще на группы. Как отображение наследственности, был выделен критерий положительный семейный аллергологический анамнез, который прослеживался только у 140 детей – это 40% всех госпитализированных за этот период.

Таблица 1

Семейный аллергологический анамнез у госпитализированных пациентов с диагнозом атопический дерматит

Линия наследования	n	%
Мать	45	13
Отец	23	7
Оба родителя	12	3.5
Родство второй степени	20	5.8
Особоотяженная наследственность	37	10.7
Псориаз	1	-
Аллергическая реакция у мам во время беременности	3	-
Нет семейного аллергологического анамнеза	206	60
Всего	347	100

У одного ребенка отец болел псориазом. Также были выделены отдельно 3 истории болезни, где в анамнезе жизни этих детей их мамы отмечают, что во время беременности у них наблюдалась выраженная аллергическая реакция, которая прошла после родов. Была проанализирована полученная информация с учетом линии наследования и степени родства, где первая степень родства – это родители, которая, в свою очередь, делилась на материнскую и отцовскую линии. Далее идет группа, где прослеживаются сразу линии обоих родителей, и группа, куда вошли дети с наследственным фактором второй степени родства – наличие аллергического заболевания у дедушек, бабушек, дядей, тетей, дальних родственников. Отдельную группу составляли дети, у которых была особо отягощенная наследственность, где предрасположенность к аллергической реакции передавалась и по первой, и по второй степеням родства одновременно. Из полученных данных следовало, что преобладает наследование по материнской линии, которое вдвое больше, чем по отцовской. На втором месте отягощенная наследственность. Суммируя данные по группам первостепенного родства (мать, отец, оба родителя), следует, что в наследовании предрасположенности к аллергии и в частности атопии большую роль играет именно родительский фактор.

Для выявления влияния температуры и влажности на индукцию АТД был проведен статистический анализ. Для расчетов приняли, что каждый сезон длится 3 месяца. Исходя из полученных результатов (таблицы 2 и 3) статистической обработки, можно утверждать, что при атопическом дерматите наблюдается определенная связь с сезонностью, температурным режимом и влажностью воздуха. Больше всего обращений в стационар, как отмечалось ранее, наблюдалось с февраля по апрель (самое большое в марте) и в июне месяце. Для Армении, особенно г. Еревана, это переходные месяцы, так как у нас преобладает сухой континентальный климат.

Таблица 2

Зависимость обращаемости в стационар детей, больных атопическим дерматитом от температурного режима

Значения	Переменная 1 (m=1.65)	Переменная 2 (m=0.87)
Среднестат. значение (Mean)	10.13	20.75
Дисперсия (Variance)	102.00	23.01
Наблюдения	90	30
Средняя разница согласно гипотезам	0	-
Степень свободы(df)	104	-
t - критерий	-7.71	-
P(T<=t) one-tail	4.02E-12	-
Критическое значение t-критерия (one-tail)	1.66	-
P(T<=t) two-tail	8.05E-12	-
Критическое значение t-критерия (two-tail)	1.98	-

Зависимость обращаемости в стационар детей, больных атопическим дерматитом от влажности воздуха

Значения	Переменная 1 (m=0.095; sd=0.894)	Переменная 2 (m=0.143; sd=0.820)
Среднестат. значение (Mean)	1.10	0.74
Дисперсия (Variance)	0.80	0.71
Наблюдения	90	30
Средняя разница согласно гипотезам	0	-
Степень свободы(df)	54	-
t - критерий	2.33	-
P(T<=t) one-tail	0.01	-
Критическое значение t-критерия (one-tail)	1.74	-
P(T<=t) two-tail	0.03	-
Критическое значение t-критерия (two-tail)	2.01	-

Где sd – стандартное отклонение.

По заверению некоторых авторов, сухая погода, сухой климат в первые месяцы жизни ребенка могут привести к ранней манифестации атопического дерматита. Они обнаружили, что дети, родившиеся в определенные месяцы, подвержены аллергии больше остальных. Средний возраст исследуемой когорты составлял 2.5 года. 63.2% имели заболевание до 1 года, тогда как 19% имели начало после 1 года, но до 2 лет и 17.8% через 2 года. 86.8% детей имели умеренную или среднюю степень тяжести заболевания, а у 13.2% было тяжелое проявление заболевания. Анализ, который исследовал связь между месяцем рождения и тяжестью течения АтД с мая в качестве эталонного месяца, показал, что рождение в марте было связано с более высоким риском развития тяжелого проявления АтД по сравнению с маем (OR = 12.75, 95% CI = 1.26, 128.74, p-значение = 0.03). Пол был значительно связан с серьезностью АтД, причем девочки имели более низкий риск развития тяжелой формы АтД по сравнению с мальчиками (отношение шансов - OR = 0.31, 95% CI = 0.15, 0.68, p-значение = 0.003). Анализ, скорректированный с учетом пола и возраста на начальном этапе, который исследовал связь между периодом рождения и тяжестью течения АтД с весной в качестве эталонного сезона, показал, что рождение зимой связано с более низким риском развития тяжелой степени АтД по сравнению с весной (OR = 0.2, 95% CI = 0.06, 0.64, p-значение = 0.007). Когда контрольный сезон был изменен на лето, результаты были схожими, а рожденные зимой имели более низкий риск развития тяжелой степени АтД по сравнению с летом (OR = 0.29, 95% ДИ = 0.09, 0.93, p-значение = 0.04). Родившиеся в марте могут быть связаны с клиническим проявлением тяжелого АтД. Необходимо провести дополнительные исследования, чтобы понять механические отношения между месяцем рождения и тяжелым течением АтД в Армении. Изучение данного фактора еще

больше доказывает влияние температурного режима и влажности воздуха на развитие атопического дерматита у детей и без наследственной предрасположенности.

По данным литературы, роль дисбактериоза при АтД довольно значима. В этом исследовании были проанализированы результаты анализов выборки, состоящей из 179 госпитализированных детей. Бактериологический анализ кала выявил сниженное количество или отсутствие лактобактерий у 95 детей (53.07%), содержания выше нормы не было выявлено. Количество ниже нормы или отсутствие бифидобактерий было выявлено у 129 госпитализированных детей с АтД (72.07%). Не было случаев с повышенным их содержанием. Уровень *E.coli* выше нормы было выявлено у 48 (26.82%) пациентов, а довольно сниженные показатели были у 60 (33.52%) детей. Повышенное количество *E.coli* со слабой ферментативной активностью было выявлено у 12 (6.70%) детей, а *E.coli* с гемолитической активностью – у 35 (19.55%). По данным литературы, вторичное инфицирование *S.aureus* часто встречается при АтД. Из проведенных 179 бактериологических анализов кала *S.aureus* количеством выше нормы был обнаружен у 46 (26%) детей, больных АтД. У 10 детей (5.59%) были обнаружены клостридии, у 14 (7.82%) – протеи. Кандидоз был обнаружен у 21 ребенка – это 11.73%. По данным литературы, кандидоз встречается часто при АтД. Наличие лактозонегативных энтеробактерий было обнаружено у 21 (11.73%) ребенка. У 2 пациентов была обнаружена синегнойная палочка.

Таким образом, были обнаружены значительные нарушения нормофлоры и также были выявлены патогенные микроорганизмы.

Грудное вскармливание считается лучшей профилактикой аллергических заболеваний. Большую роль играет правильное приучение ребенка к взрослой пище.

Для выяснения роли грудного вскармливания при атопическом дерматите была взята выборка, состоящая из 268 детей, возрастом до 5 лет на момент поступления в стационар. Они были разделены на 5 групп, в зависимости от типа и длительности кормления. Вторым показателем был семейный аллергологический анамнез – его наличие (у 111 детей) или отсутствие (у 156 детей) во взятой выборке. Задача была установить, провоцирует ли наличие семейного аллергологического анамнеза раннюю манифестацию или нет вкупе с показателем питания. Все эти показатели сравнивались по началу манифестации.

В ходе расчетов влияние положительного семейного аллергологического анамнеза на раннее проявление заболевания не было установлено. В целом критерий грудного вскармливания обнаружил явную зависимость ранней манифестации АтД от вида и типа кормления.

Но тип кормления не единственный критерий, который может повлиять на проявление атопического дерматита. Важно также правильное введение прикорма по срокам и типу пищи (твердая, кашеобразная, жидкая). Была взята выборка из 138 детей, которых разделили на 4 группы. Результаты показали не столь сильное влияние прикорма, как в случае грудного вскармливания, но имеющиеся данные косвенно подтверждают рекомендации ВОЗ.

Нас интересовал вопрос развития аллергического марша от атопического дерматита до аллергического ринита и бронхиальной астмы. Для этого были изучены все жалобы на момент поступления в стационар и особое внимание уделяли жалобам на затрудненное дыхание, ринорею без ОРЗ, наличие в анамнезе обструктивного компонента,

подтвержденного рентгенологическим исследованием. Из 347 выделенных детей у 25 (7.2%) на момент поступления в стационар были вышеупомянутые симптомы, из них у 8 госпитализированных детей заболевание прогрессировало в сторону аллергического ринита, а у 17 – бронхиальной астмы.

ВЫВОДЫ

1. Выявлен активный рост показателей первичной заболеваемости и распространенности атопического дерматита на территории Армении во всех возрастных группах.
2. Установлено, что в Армении мальчики чаще девочек (8.2/7.8) болеют АтД (57%/43%).
3. Выявлено, что мальчики чаще болеют тяжелой формой заболевания.
4. Показано влияние температурного режима и влажности воздуха на проявление АтД. По Армении обращаемость в стационар больше из регионов с преобладанием сухого и умеренно континентального, холодного и умеренно горного климата. Обнаружена определенная сезонность обострений АтД в Армении - с февраля по апрель (больше в марте) и в июне.
5. Установлено, что длительность лечения не зависит от степени тяжести заболевания, так как, по эпидемиологическим данным, показатели проведенных дней в стационаре в группах со средним и тяжелым течением атопического дерматита отличаются незначительно.
6. Неследование рекомендациям ВОЗ по грудному вскармливанию и введению прикорма приводят к более ранней манифестации атопического дерматита (раньше 6-месячного возраста).
7. У 7.2% больных на момент поступления в стационар были зарегистрированы симптомы развития аллергического марша в сторону аллергического ринита и бронхиальной астмы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для профилактики аллергических заболеваний, в частности, атопического дерматита, была создана анкета для применения в женских консультациях при роддомах. Своевременное ее заполнение может дать информацию о возможной наследственной предрасположенности к аллергии будущего ребенка или иных факторах, способствующих проявлению аллергических реакций. В соответствии с этим будет еще раз акцентировано внимание на рекомендации ВОЗ и других профессиональных организаций по уходу, питанию ребенка и другим аспектам, что, как мы предполагаем, должно уменьшить проявление аллергических реакций или сделать их менее выраженными. Ниже приведена специальная анкета для использования в женских консультациях, чтобы выявить предрасположенность к аллергии плода.

В анкете несколько групп вопросов с разной степенью значимости. Градация даст возможность легче интерпретировать результаты врачам и давать советы для профилактики возможных аллергических реакций. Насколько строго женщины должны придерживаться рекомендаций, зависит от результатов заполнения анкеты. Первая группа вопросов касается семейного аллергологического анамнеза. Все зависит от того, насколько близкий родственник в анамнезе имел аллергическую реакцию или заболевание. Доказано, что предрасположенность к аллергии обнаруживается больше у тех детей, кто наследует ее от родителей, особенно от матери. Этот пункт является строгим фактором риска. Все вышеперечисленные рекомендации должны соблюдаться, если родители ответили положительно на данный вопрос. Если наследование идет по

второй линии родства, то с такими детьми надо проявлять разумную осторожность. Такие дети должны быть под наблюдением педиатра и надо исключить другие предрасполагающие факторы риска. Дети с положительным семейным аллергологическим анамнезом должны пройти вакцинацию по календарю, так как их организм более уязвим и нуждается в защите.

Следующим важным пунктом является текущее состояние здоровья женщины. Здоровье женщины очень важно в период беременности: от этого зависит иммунная реактивность организма ребенка. В прошлом наличие урогенитальных инфекций, случаев самопроизвольных выкидышей может служить фактором риска инфицирования плода во время беременности или при прохождении родовых путей. Известно, что плод отвечает на это выработкой иммуноглобулинов класса М, что, в свою очередь, может косвенно спровоцировать реакции гиперчувствительности. Токсикоз беременных и проблемы с пищеварительным трактом приводят к интоксикации организма женщины и плода. К рациону детей рожденных от матерей с сахарным диабетом нужно подходить более осторожно и строго следовать рекомендациям ВОЗ по кормлению и введению прикорма. Псориаз в анамнезе родителей учитывается из-за схожести некоторых механизмов возникновения. Аллергическая реакция во время беременности может свидетельствовать о гиперреактивности иммунной системы плода. В этом случае после рождения ребенок должен находиться под присмотром педиатра. В недавних исследованиях был установлен фактор курения как предрасполагающий к аллергии. Если есть другие предрасполагающие к аллергии факторы, курение как активное, так и пассивное необходимо исключить. Хронические очаги инфекции, курение, неправильное питание и уход могут вызвать сенсibilизацию организма ребенка. Что касается условий быта, то сами родители могут скорректировать все по рекомендациям врача.

Условия быта важны для формирования предрасполагающей среды для любых аллергических заболеваний и не только. Например, наличие ковров, мягких игрушек, старых книг является удобной средой обитания для пылевых клещей, тем самым провоцируя появление сенсibilизации к ним и дальнейшие аллергические реакции. Постоянное использование химикатов и сухость воздуха приводят к высыханию слизистой дыхательных путей и кожных покровов. Тем самым организм лишается естественных защитных барьеров, что позволяет антигенам проникать в организм без труда. В этом случае для всех детей нужно давать вышеперечисленные рекомендации по уходу.

Пример анкеты-вкладыша для использования в женских консультациях

1. Семейный аллергологический анамнез

Аллергические реакции у членов семьи да нет

Если да, то отметить у кого - Мать Отец

Сестра Брат Бабушка (м) Дедушка (м)

Бабушка (о) Дедушка (о) Дальние родственники

2. Здоровье женщины

Инфекции прерванная беременность в прошлом Токсикоз

Проблемы пищеварения Сахарный диабет

Лечение во время беременности Псориаз

Аллергическая реакция во время беременности

Пассивное курение Активное курение

3. Условия быта

Плесневые грибки Тараканы Домашние животные

Ковры Мягкие игрушки Старые книги

Использование химикатов в быту Воздух в доме влажный

Воздух в доме сухой Температура в доме

*(о) – со стороны отца

*(м) – Со стороны матери

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Саркисян А.В. Проблема атопического дерматита. Медицинская наука Армении, т.ЛII, № 4, Ереван, 2012, стр. 59 – 64.
2. Саркисян А.В., Алексанян Ю.Т. Некоторые эпидемиологические особенности атопического дерматита в Армении. Медицинская наука Армении, т.ЛIII, № 2, Ереван, 2013, стр. 110 – 117.
3. Саркисян А.В., Алексанян Ю.Т. Некоторые иммунологические особенности атопического дерматита. Медицинская наука Армении, т.ЛIII, № 3, Ереван, 2013, стр. 48 – 53.
4. Саркисян А.В. Некоторые эпидемиологические и иммунологические особенности атопического дерматита в Армении. Материалы международной научно-практической конференции “Эпидемиологические исследования в клинической медицине: достижения и перспективы”. Харьков, 2013, стр. 207 – 210.
5. Саркисян А.В., Алексанян Ю.Т. Некоторые иммунологические особенности атопического дерматита. Материалы научно-практической конференции “Актуальные вопросы эпидемиологии”. Ереван, 2013, стр. 217 – 219.
6. Саркисян А.В., Алексанян Ю.Т. Некоторые эпидемиологические особенности атопического дерматита в Армении. Материалы научно-практической конференции “Актуальные вопросы эпидемиологии”. Ереван, 2013, стр. 220 - 222.
7. Sargsyan A.V. The role of breastfeeding in atopic dermatitis. Electronic Journal of Natural Sciences . 2014, Vol. 23, Issue 2, p. 37-38.
8. Sargsyan A.V. Some epidemiological features of atopic dermatitis in Armenia. Allergy (European journal of allergy and clinical immunology). Materials of EAACI annual congress. Published by John Wiley and Sons Ltd. 2015, Vol.70, special issue, p. 151.
9. Sargsyan A.V. Some possibly predisposing factors of atopic dermatitis. Allergy (European journal of allergy and clinical immunology). Materials of EAACI annual congress. Published by John Wiley and Sons Ltd. 2016, Vol.71, special issue, p. 302.
10. Sargsyan A.V. Atopic dermatitis and pediatric immunology. Allergy (European journal of allergy and clinical immunology). Materials of EAACI annual congress. Published by John Wiley and Sons Ltd. 2016, Vol.71, special issue, p. 303.
11. Саркисян А.В. Влияние влажности воздуха и температурного режима на проявление атопического дерматита и месяц рождения как фактор, предрасполагающий к аллергии. Медицинская наука Армении, т.LVII, № 2, Ереван, 2017, стр. 59 – 64.
12. Anna Sargsyan, Jayanta Gupta, Debajyoti Ghosh. Association of Severe Atopic Dermatitis with month of birth in Armenian pediatric patients. Pediatric allergy and immunology. First published: 26 April 2018 <https://doi.org/10.1111/pai.12918>.

ԱՄՓՈՓՈՒՄ
Ա.Վ. Սարգսյան

Ատոպիկ դերմատիտը (ԱտԴ) հանդիսանում է «ալերգիկ երթի» սկիզբ, որից հետո այն կարող է փոխակերպվել ալերգիկ ռինիտի և բրոնխիալ ասթմայի: Հաճախ ԱտԴ առաջին ալերգիկ ռեակցիան է, որն առաջանում է վաղ մանկական շրջանում, որից հետո այն շարունակական բնույթ է կրում: Իր կլինիկական արտահայտմամբ պատճառում է ֆիզիկական և հոգեբանական անհանգստություն, հիվանդները դառնում են դյուրագրգիռ, բացակայում են դպրոցից/համալսարանից կամ աշխատանքից:

Աշխատանքի նպատակն է պարզաբանել խնդրի սրությունը, արդիականությունը Հայաստանի հիմնական բնակչության համար, բացահայտել ռիսկի գործոնները և առաջարկել կանխարգելիչ միջոցառման ձև:

Առաջին անգամ կատարվել է Հայաստանում ԱտԴ հիվանդացության և տարածվածության ցուցանիշների, դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող հիվանդների բաժնեմասի հաշվարկում, պրոցեսի դինամիկայի ուսումնասիրություն ըստ տարիքային խմբերի: Ըստ ստացված արդյունքների պարզվել է, որ ԱտԴ հիվանդացության և տարածվածության ցուցանիշները բավականին արագ են աճում, որոշ մարզերում հիվանդների թիվը 1000 բնակչության հաշվարկով գերազանցում է գրականության մեջ արտացոլված թվին: Ամենամեծ ցուցանիշները գրանցվել են Տավուշի, Լոռու, Կոտայքի, Սյունիքի, Արագածոտնի և Վայոց Ձորի մարզերում: Դրանք առավել անտառածածկ և լեռնային մարզերն են, որտեղ մեկ վայրում մեկտեղվում են տարբեր կլիմայական գոտիներ: Հարկ է նշել, որ թեև ԱտԴ համարվում է մանկական հիվանդություն, հիվանդացության և տարածվածության ցուցանիշների աճ նկատվում է բոլոր տարիքային խմբերում: Սա ուղղորդում է այն եզրահանգման, որ արտաքին միջավայրի գործոնները կարող են բավականին ազդեցիկ լինել ԱտԴ ձևավորման գործում: Դրանցից մեկը՝ կլիմայաաշխարհագրական գործոնն է, որն ակնհայտ է սովյալ աշխատանքում: Ի հավելումն նշվածի, ապացուցվել է օդի ջերմաստիճանի և խոնավության ազդեցությունը՝ որպես ԱտԴ արտահայտմանը և ավելի ծանր ընթացքին նպաստող գործոն:

Մենք համեմատել ենք հիվանդության ծանր և միջին ծանրության ընթացքով հիվանդների ստացիոնարում անցկացրած ժամանակահատվածի միջին ցուցանիշները: Քանի որ այդ երկու ցուցանիշները տարբերվում են իրարից աննշան, կարելի է եզրակացնել, որ ստացիոնարում անցկացրած օրերի քանակը կախված չէ հիվանդության ծանրության աստիճանից:

Գրականության մեջ սկսել է շրջանառել այն գաղափարը, որ ծննդյան ամիսը կարևոր է ԱտԴ արտահայտման համար: Նմանատիպ հետազոտություն կատարելուց հետո պարզվել է, որ Հայաստանի համար դա մարտ ամիսն է: Բացի այդ, ԱտԴ կապակցությամբ հոսպիտալացումների քանակը մարտին ամենամեծն է:

Հետազոտության ընթացքում հայտնաբերվեց ռիսկի գործոն, որը տիպիկ չէ ԱտԴ համար՝ հոսպիտալացված երեխաների շրջանում գերակշռում է արական սեռը: Տղաները նաև ավելի շատ, քան աղջիկները հիվանդանում են ԱտԴ ծանր ձևով:

Ըստ գրականության՝ ժառանգական նախատրամադրվածությունը մեծ ռիսկի գործոն է հանդիսանում ատոպիկ հիվանդությունների զարգացման համար: Մեր հետազոտության մեջ ընդգրկված երեխաների միայն 40% ունեին դրական

ալերգաբանական ընտանեկան պատմություն: Դրական ալերգաբանական անամնեզ առկա է նրանցից 58,4%-ի առաջին կարգի (մայր, հայր, երկու ծնողն էլ) հարազատների մոտ և 14% հիվանդների երկրորդ կարգի հարազատների մոտ: 27% հիվանդների ընտանեկան ալերգաբանական անամնեզը խիստ ծանրաբեռնված էր (առաջին և երկրորդ կարգի հարազատները միասին): Իսկ որպես երկրորդային նախատրամադրող կամ ծանրացնող գործոն երեխաների ոչ լիարժեք բնական սնուցման պարագայում դրա դերը չհաստատվեց:

Ալերգիկ հիվանդությունների դեպքում բնական սնուցման (կրծքով կերակրման) հարցը մնում է վիճելի: Տարբեր երկրներում անցկացվող հետազոտությունների արդյունքները հակասական են: Անկախ այդ հանգամանքից, շատ երկրների առողջապահության քաղաքականությունը ուղղորդվում է այն դիրքորոշմամբ, որ բնական սնուցումը անհրաժեշտ է նվազագույնը կյանքի առաջին 6 ամիսները: Մեր հետազոտության մեջ մանրամասն ուսումնասիրելով հոսպիտալացված երեխաների հիվանդության պատմությունները, պարզվեց, որ մեծ մաս դեպքերում հավելյալ սնուցումը ավելացվել է ուղեցույցներում նշված ժամանակից շուտ: Բացի այդ, այդ երեխաների մայրերը դիմում էին տարբեր կասկածելի մեթոդների, երբ դիտվում էր կրծքի կաթի անբավարար քանակություն: Մեր հետազոտության մեջ հաստատվեց ՀԱԿ-ի կողմից սնուցման տիպի և տեսակի վերաբերյալ տրվող կանխարգելիչ գործողությունների էֆեկտիվությունը: Հետևելով այդ խորհուրդներին՝ կարելի է երկարաձգել հիվանդության արտահայտման ժամանակը:

Մեկ այլ նախատրամադրող գործոն են հանդիսանում ստամոքս-աղիքային տրակտի տարբեր տիպի խնդիրները: Այստեղ կարելի է առանձնացնել աղիների դիսբիոզի նշանակությունը, ախտածին ֆլորայի հայտնաբերումը, որով և պայմանավորված է հիվանդության բուժման նկատմամբ ոչ զգայուն ընթացքը:

Պարզվել է, որ հետազոտված երեխաների 7,2% հոսպիտալացման պահին արդեն ունեին ալերգիկ ռինիտի և բրոնխիալ ասթմայի ախտանիշներ:

Ատոպիկ դերմատիտի կանխարգելման նպատակով առաջարկվում է ծննդատներում ծրագրի իրականացում: Հղի կանանց համար կազմվել է հարցաթերթիկ, որը բաղկացած է կարճ հարցերի երեք բաժիններից: Հարցերին պատասխանելիս կարելի է պատկերացում կազմել պտղի՝ ալերգիայի նկատմամբ նախատրամադրվածության հավանականության մասին: Այս պարագայում ռիսկի գոտում գտնվողներին վաղ փոխում կտրվեն խորհուրդներ՝ հղիի, երեխայի սննդակարգի և խնամքի վերաբերյալ: Այդ խորհուրդները հնչեցվում են ՀԱԿ-ի և այլ բժշկական կազմակերպությունների կողմից, բայց չեն ընդգծվում: Բացի այդ, դրանք տրվում են արդեն իսկ ձևավորված խնդրի պարագայում: Եթե կանխարգելումն սկսել վաղ շրջանից, առավելագույն կերպով նվազեցնել ռիսկի գործոնները, ապա ատոպիայի և ալերգիայի կանխարգելումն ավելի էֆեկտիվ կլինի: Էֆեկտիվությունը կարելի է ստուգել՝ ուսումնասիրելով հիվանդացության և տարածվածության ցուցանիշների դինամիկան:

SUMMARY
A.V. SARGSYAN
SOME EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF ATOPIC DERMATITIS AMONG
CHILDREN

Atopic Dermatitis (AtD) is the beginning of the “allergic march”, after which it can be transformed into allergic rhinitis and bronchial asthma. AtD is often the first allergic reaction in early childhood, after which it is of a continuous nature. In its clinical manifestation it causes physical and psychological distress, patients become irritable, miss out classes in school/university or skip work.

The purpose of the work is to clarify the severity of the problem, its relevance to the main population of Armenia, to identify the risk factors and propose a preventive measure. For the first time in Armenia the calculation of AtD morbidity and prevalence indicators, as well as the proportion of patients under dispensary control was performed, including the process dynamics according to the age groups. Based on the results, the findings show that the rates of AtD morbidity and prevalence rapidly grow, in some of the regions the number of patients per 1000 of population exceeds the number reflected in the literature. The largest indices were registered in Tavush, Lori, Kotayk, Syunik, Aragatsotn and Vayots Dzor regions. Those are the most forested and mountainous regions, where different climatic zones are found in one location. It should be noted that although AtD is considered a childhood illness, an increase in morbidity and prevalence rates is observed in all age groups. This directs to a conclusion that the environmental factors can be quite effective in the AtD development. One of those is the climate-geographical factor, which is evident in this work. In addition to the aforementioned, the effects of air temperature and humidity have been proven as a factor contributing to the manifestation and more severe progress of the AtD.

We have compared the average amount of days that patients with severe and moderate course of the disease, spent in hospital. As far as these 2 indicators are not particularly distinguished, a conclusion can be made that the amount of days spent in hospital does not depend on the severity of the disease.

In the literature, the idea that the month of birth is important for the manifestation of AtD is being put into circulation. After such a study, it turned out that for Armenia it is the month of March. Moreover, the number of hospitalizations associated with AtD is the largest in March.

The study revealed a risk factor that is not typical for AtD: the male gender is prevalent among hospitalized children. The boys are also more likely to manifest the severe forms of AtD rather than girls.

According to the literature, hereditary predisposition is a major risk factor for the atopic diseases development. Only 40% of children in our study group had positive family history in regards to the allergy. Among those the prime relationship (mother, father, both parents) has been noted at 58,4%; secondary relationship was applicable to 14% and 27% of patients had a particularly weighed hereditary predisposition (relatives of first and second levels altogether). While its role as a secondary predisposition or aggravating factor in the case of non-complete natural nutrition has not been confirmed.

The role of breastfeeding in allergic diseases remains controversial. The studies' results in different countries are often contradictory. Nevertheless, despite of this fact, the health policy in different countries adheres to the position of the breastfeeding necessity until the infant is at least 6 months old. In our case, as a result of the detailed study of the anamnesis of AtD diagnosed and hospitalized kids it became evident that in most of the cases the introduction of complementary foods was performed at a too early stage. Moreover, those kids' mothers lacking sufficient amount of milk resorted to questionable methods. The efficiency of the preventive actions on the type of nutrition recommended by WHO was confirmed in this study. By following these recommendations, one can prolong the time till the disease manifestation.

Another predictive factor is the different types of gastrointestinal tract problems. Here one can identify the significance of intestinal dysbiosis, the detection of pathogenic flora, due to which the non-sensitive progress of the disease treatment is caused.

It was found out that 7,2% of the studied children already had symptoms of allergic rhinitis and bronchial asthma at the time of hospitalization.

In order to prevent atopic dermatitis it is proposed to implement a program in maternity hospitals. A questionnaire for pregnant women is drawn up, which consists of three sections with short questions. When answering the questions, it is possible to have an idea on the possible predisposition of the fetus towards allergy. In this case, those in the risk zone will be given early advice on pregnant woman and baby diet and care. These recommendations are being expressed by the WHO and other medical organizations, but are not underlined. Moreover, those are given in case of an already existing and formed problem. In case of the early start of the prevention, maximal minimization of the risk factors, the prevention of atopy and allergy will be more effective. The effectiveness can be checked by examining the dynamics of morbidity and prevalence indices.