

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ**

ХУДАЙБЕРГАНОВ МУНИС РУЗИБАЕВИЧ

**ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ
У ДЕТЕЙ**

Методические рекомендации



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ**

«УТВЕРЖДАЮ»
Председатель Совета
Ургенчского филиала
Ташкентской медицинской
академии
_____ **Р. Ю. Рузibaев**
« _____ » _____ **2025 г.**

ХУДАЙБЕРГАНОВ МУНИС РУЗИБАЕВИЧ

**ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ
У ДЕТЕЙ**

Методические рекомендации

Ургенч – 2025 год

Учреждение разработчик: Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Составитель:

М.Р. Худайбергенов – к.м.н. доцент, заведующий кафедры “педиатрии и неонатологии” УфТМА, соискатель кафедры Педиатрии БухГосМИ

Рецензенты:

Расулов С.К. – Заведующая кафедрой педиатрии Центра повышения квалификации медицинских работников д.м.н.

Ганиева Ш.Ш – доцент кафедрой 2 педиатрии БухГосМИ д.м.н.

Данная методическая рекомендация была рассмотрена на учебно-методическом совете Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии

« ____ » _____ 2025 г., протокол № ____

Методическая рекомендация утверждена на заседании Совета Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии

« ____ » _____ 2025 г., протокол № ____

Методические рекомендации посвящены разработки программы профилактики аллергических дерматозов у детей, что имеет большое значение для органов здравоохранения при организации специализированной педиатрической и детской аллергологической службы. Автором установлено, что в структуре коморбидности у детей с аллергодерматозами 54,3% случаев составляет сочетанное ЦМВ+ ВПГ инфицирование; 44,4% составляет кандидозная инфекция, особенно у девочек ($p < 0,001$); 41,7% случаев - дисбактериоз, ($p < 0,001$). У детей с аллергодерматозами отмечается высокая степень реактивности к пищевым аллергенам. Предложена программа профилактики аллергических дерматозов у детей.

Предложенный метод позволяет ранней профилактике аллергодерматозов у детей, как социальная патология оказывающее влияние на качества жизни имеет важное практическое и социально- экономическое значение.

Данные методические рекомендации предназначены для врачей общей практики, педиатров, аллергологов, а также для бакалавров, магистров и клинических ординаторов медицинских ВУЗов.

Сфера деятельности: медицина

Uslubiy tavsiyalar yosh bolalarda virus bilan bog'liq allergik dermatitni differentsial tashxislash usullarini ishlab chiqishga bag'ishlangan bo'lib, bu sog'liqni saqlash organlari uchun ixtisoslashtirilgan pediatriya va bolalar allergologiya xizmatini tashkil etishda katta ahamiyatga ega. Muallif, allergik dermatozlar bilan og'rigan bolalarda komorbidlik tuzilmasida 54,3% hollarda CMV + HSV infektsiyasi uyg'unligini aniqladi; 44,4% kandidoz infektsiyasi, ayniqsa qizlarda ($p < 0,001$); 41,7% hollarda disbakterioz ($p < 0,001$). Allergik dermatozli bolalar oziq-ovqat allergenlariga yuqori darajada reaktivlikka ega.

Bolalarda allergik dermatozning oldini olish dasturi taklif etiladi. Taklif etilayotgan dastur bolalarda allergik dermatozni oldini olish imkonini beradi, bu ijtimoiy patologiya hayot sifatiga tasir 'tedi va katta amaliy ahamiyatga ega.

Ushbu ko'rsatmalar umumiy amaliyot shifokorlari, pediatrlar, allergologlar, shuningdek, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining bakalavrlari, magistrarlari va klinik ordinatlari uchun mo'ljallangan.

Faoliyat sohasi: tibbiyot

The methodological recommendations are devoted to the development of methods for the differential diagnosis of virus-associated allergic dermatitis in young children, which is of great importance for health authorities in organizing a specialized pediatric and children's allergological service. The author found that 57-83% of mothers of children with allergic dermatitis aged 0-5 years have a positive result of CMV and HSV infection. Children with allergic dermatitis in association with CMV and HSV infections have a high degree of reactivity to food allergens, allergens of house dust, meadow and weeds. Algorithms for diagnostics and a program for preventing exacerbation of allergic dermatitis in children are proposed.

The proposed method allows for early diagnostics and prevention of allergic dermatosis in children, which is of great practical importance.

These guidelines are intended for general practitioners, pediatricians, allergists, as well as for bachelors, masters and clinical residents of medical universities.

Field of activity: medicine

ВВЕДЕНИЕ

Проблема аллергических заболеваний у детей, особенно аллергических проявлений на коже у детей сохраняет свою актуальность. Эта обусловлена неуклонным ростом аллергодерматозов у маленьких пациентов.

Аллергические дерматозы включают аллергический дерматит, крапивница, атопическая экзема (дерматит), неатопические экземы.

До недавнего времени считалось, что аллергический контактный дерматит встречается редко. К сожалению, данные свидетельствуют о его высокой распространённости, поражающей почти 20% детей.

Хорошая новость заключается в том, что большинство случаев контактного дерматита проходят самостоятельно и поддаются лечению с помощью простых поддерживающих мер. Однако у некоторых пациентов заболевание принимает хронический характер и может существенно влиять на качество жизни [11].

Атопический дерматит входит в спектр атопических состояний, которые также могут поражать различные органы, не связанные с кожей, такие как дыхательная (например, аллергический ринит и астма) и желудочно-кишечная (например, пищевая аллергия). На протяжении десятилетий долгосрочный контроль и поддержание заболевания были особенно сложными, поскольку варианты лечения ограничивались широким спектром местных и системных иммунодепрессантов. Однако более глубокое понимание патофизиологии этого заболевания за последнее десятилетие привело к разработке и утверждению новых безопасных и эффективных подходов к целенаправленной терапии [7].

Имеются данные о наблюдении состояния транзиторного иммунодефицита у детей с бронхиальной астмой (БА) и атопическим дерматитом (АтД) [1].

Атопический дерматит АтД является мультифакторным воспалительным заболеванием кожи, характеризующимся хроническим рецидивирующим течением, сезонностью проявлений, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения [4].

На фоне бурного роста аллергической патологии всё чаще внимание исследователей привлекает роль вирусных инфекций в её развитии и течении. Особый интерес вызывает герпесвирусная инфекция, в частности вирус простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типа, вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус герпеса человека 6 типа (ВГЧ-6). Эти вирусы обладают высокой степенью персистенции, способны долгое время находиться в организме в латентной форме и активироваться под воздействием внешних и внутренних факторов, включая иммунодефицитные состояния, стресс и аллергическое воспаление [2].

Герпесвирусы известны своей способностью модулировать иммунный ответ. Они могут индуцировать продукцию как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, изменять баланс между Th1- и Th2-ответами, ингибировать апоптоз инфицированных клеток и тем самым

способствовать хронизации воспалительного процесса. В условиях аллергической сенсибилизации герпесвирусы усиливают выработку IgE, активируют тучные клетки и эозинофилы, что способствует более тяжёлому клиническому течению заболевания. Особенно актуальным является исследование данной взаимосвязи у детей, так как их иммунная система находится в стадии формирования и более подвержена внешним воздействиям. Установление клинико-иммунологических закономерностей при сочетании аллергических заболеваний и герпесвирусной инфекции позволит не только глубже понять механизмы патогенеза, но и повысить эффективность диагностики и терапии [5].

Было обнаружено, что наличие циркулирующего ИЛ-22 коррелирует с тяжестью АД и определяется как критический фактор, определяющий воспалительный ответ, связанный с этим состоянием. Повышенные уровни ИЛ-22 у пациентов с АД коррелируют с повышенной пролиферацией кератиноцитов, изменениями в микробиоте кожи и нарушением функции эпидермального барьера. В совокупности эти факторы способствуют проявлению характерных симптомов, наблюдаемых при АД [10].

Пациенты с атопическим дерматитом подвержены повышенному риску развития пищевой аллергии, сенной лихорадки и астмы. Заболевание часто протекает в лёгкой форме, но у пациентов со средней и тяжёлой степенью тяжести симптомы могут быть изнурительными, и новые методы лечения могут улучшить повседневную жизнь таких пациентов [12].

Метеорин-подобный белок (METRNL)/интерлейкин-41 (IL-41) – это новый иммуносекретируемый цитокин/миокин, участвующий в развитии ряда воспалительных заболеваний. Уровень METRNL был значительно повышен в очагах поражения и сыворотке крови пациентов с дерматитом по сравнению со здоровыми людьми ($p < 0,05$). После многократного воздействия MC903 у мышей с моделью АД наблюдалось повышение уровня METRNL как в ушах, так и в сыворотке крови. Введение рекомбинантного мышинового белка METRNL (rmMETRNL) уменьшило аллергическое воспаление кожи и основные признаки болезни Альцгеймера у мышей, тогда как блокирование сигнальных путей METRNL привело к противоположному эффекту. METRNL усилил активацию β -катенина, ограничил экспрессию молекул, связанных с Th2, которые привлекают накопление аргиназы-1 (Arg1)^{hi} в макрофагах, дендритных клетках и активированных тучных клетках [8].

Достаточное потребление определенных продуктов может способствовать сбалансированному микробиому кишечника, потенциально уменьшая воспаление кожи и улучшая общее состояние кожи, в то время как неправильный выбор питания может привести к ухудшению результатов, нарушая гомеостаз кишечника. В связи с этим диеты с высоким содержанием антиоксидантов, клетчатки и фитонутриентов, по-видимому, полезны для улучшения здоровья кожи и предотвращения сопутствующих заболеваний. Кроме того, было показано, что применение пробиотиков, синбиотиков и постбиотиков при лечении кожных заболеваний восстанавливает дисгомеостаз кожи и облегчает симптомы рассматриваемых кожных

заболеваний. Употребление здоровой растительной диеты может уменьшить воспаление кожи и улучшить общее состояние кожи. Хотя применение пробиотиков, синбиотиков и постбиотиков продемонстрировало многообещающие результаты в регуляции воспаления, улучшении регенерации тканей и подавлении патогенной колонизации, необходимы дальнейшие исследования [6].

Люди с атопическим дерматитом подвержены частым вирусным инфекциям кожи из-за нарушенной функции эпидермального барьера и нарушения иммунной регуляции. Диагностика и лечение вирусных инфекций при атопическом дерматите могут быть сложными из-за различных клинических фенотипов и перекрывающихся клинических признаков. Мы изучили литературу по диагностике, этиологии, лечению, дифференциальной диагностике и осложнениям этих вирусных инфекций, чтобы предоставить актуальный клинический обзор для врачей, занимающихся лечением пациентов с атопическим дерматитом, включая особенности, характерные для пациентов с цветной кожей. Точная диагностика и надлежащее лечение в случаях неопределенности имеют решающее значение из-за риска опасных для жизни осложнений при некоторых вирусных инфекциях. Особое внимание уделяется различным проявлениям этих инфекций у пациентов с цветной кожей, поскольку это недостаточно представленная область исследований. Необходимы будущие исследования с большим разнообразием пациентов для пациентов с атопическим дерматитом, осложненным вирусными инфекциями кожи[9].

Целью разработанной методической рекомендации явилась разработка программы профилактики аллергодерматозов у детей.

Основная часть: В исследовании включены 362 больные с аллергодерматозами, в возрасте 0-5 лет, госпитализированные в период 2018-2025 годы. Из них 255 больные были госпитализированы в Хорезмский областной многопрофильный детский медицинский центр; 66 больных детей, госпитализированные в Хорезмский филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии; 14 больные были госпитализированы в детское отделение районного медицинского объединения Хонка; 27 больные - в Ургенчское районное медицинское объединение.

При распределении больных детей по полу, выявили преобладание мальчиков-211 (58,3%), чем девочек- 151 (41,7%).

Возрастное распределение определил учащение случаев госпитализации детей раннего возраста (1-3 года)-175 (48,3%), рис.1.

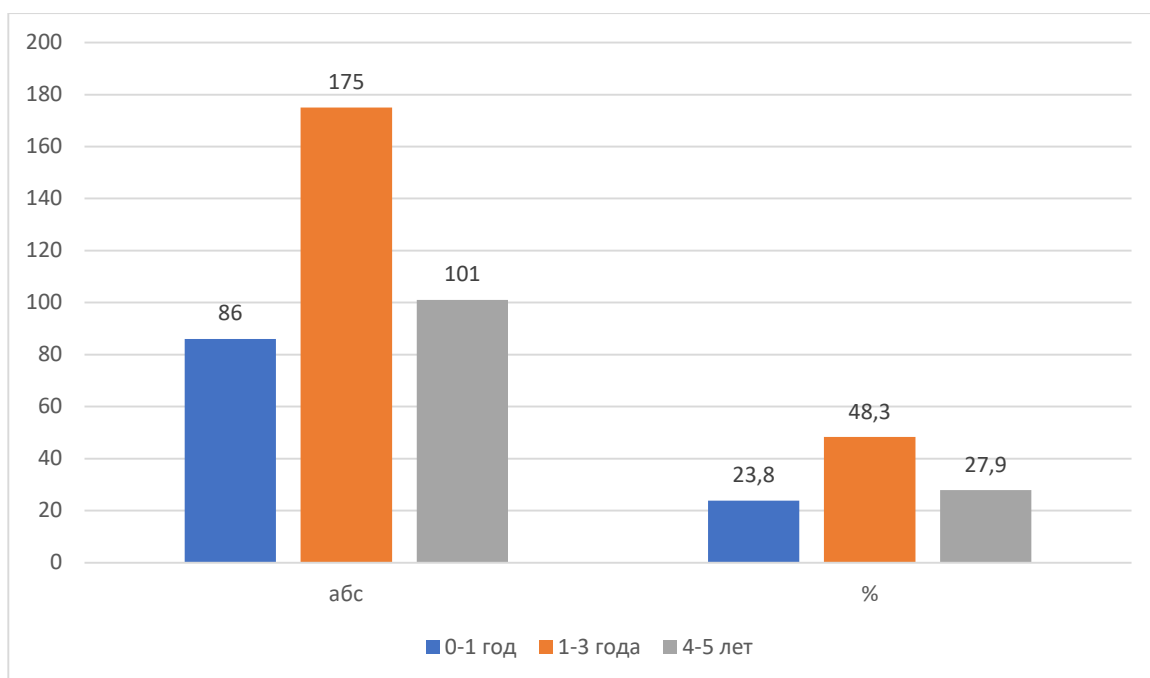


Рисунок 1. Возрастная структура больных детей с аллергодерматозами

Анализ частоты госпитализации с учетом сезона года позволил установить, что аллергодерматозы в летнее время года чаще являются поводом госпитализации, табл. 1 и рис.2.

Таблица 1

Частота госпитализации детей с аллергодерматозами в разные сезоны года

	Мальчики, абс (%)	Девочки, абс (%)	Всего, абс (%)
Январь	20 (60,6)	13 (39,4)	33 (9,2)
Февраль	16 (55,2)	13 (44,8)	29 (8)
Март	14 (70)	6 (30)	20 (5,5)
Апрель	21 (56,7)	16 (43,3)	37 (10,2)
Май	17 (56,7)	13 (43,3)	30 (8,3)
Июнь	21 (58,3)	15 (41,7)	36 (9,9)
Июль	32 (64)	18 (36)	50 (13,8)
Август	23 (52,3)	21 (47,7)	44 (12,2)
Сентябрь	17 (62,9)	10 (37)	27 (7,5)
Октябрь	9 (50)	9 (50)	18 (4,9)
Ноябрь	12 (75)	4 (25)	16 (4,4)
Декабрь	9 (40,9)	13 (59,1)	22 (6)
Всего- 362 (100)			

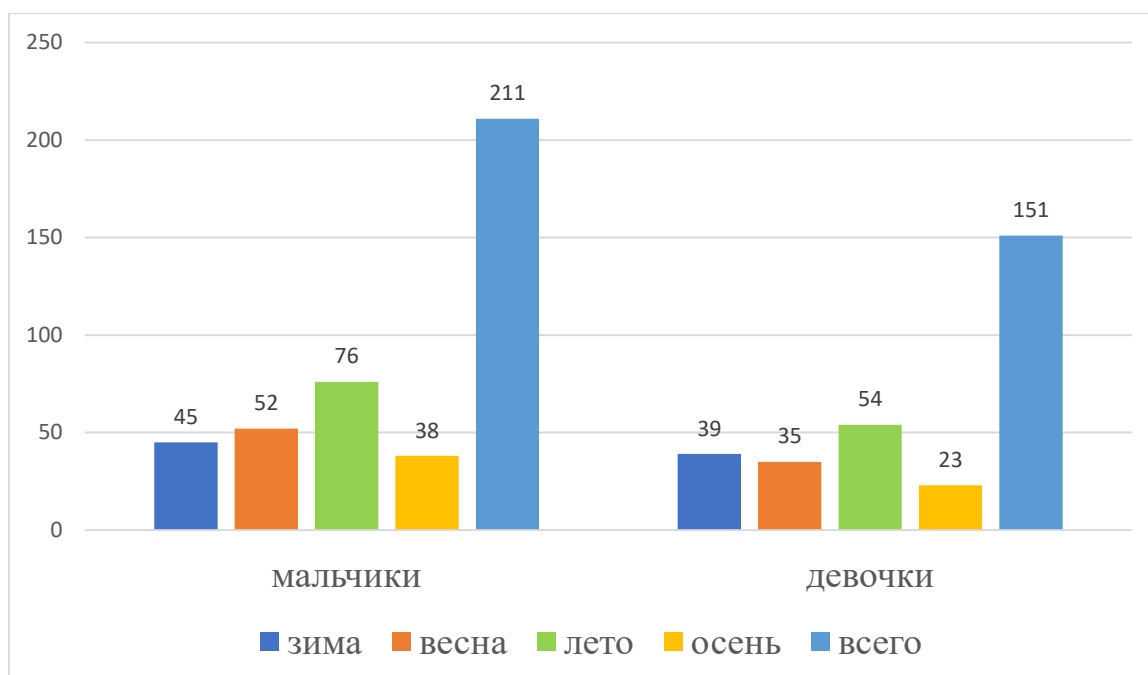


Рисунок 2. Частота госпитализации детей с аллергодерматозами в разные сезоны года

Клинические формы проявления аллергодерматозов были в виде крапивницы-48 (13,3%), аллергического дерматита-248 (68,5%) и атопического дерматита-66 (18,2%).

Установлено, что из всех обследованных детей (362), у 205 (56,6%) имеется аллергическая сенсibilизация: к пищевым аллергенам- у 196 (95,6%) и лекарственным препаратам -9 (4,4%). Из них 124 (60,5%) мальчиков и 81 (39,5%) девочек, рис.3.

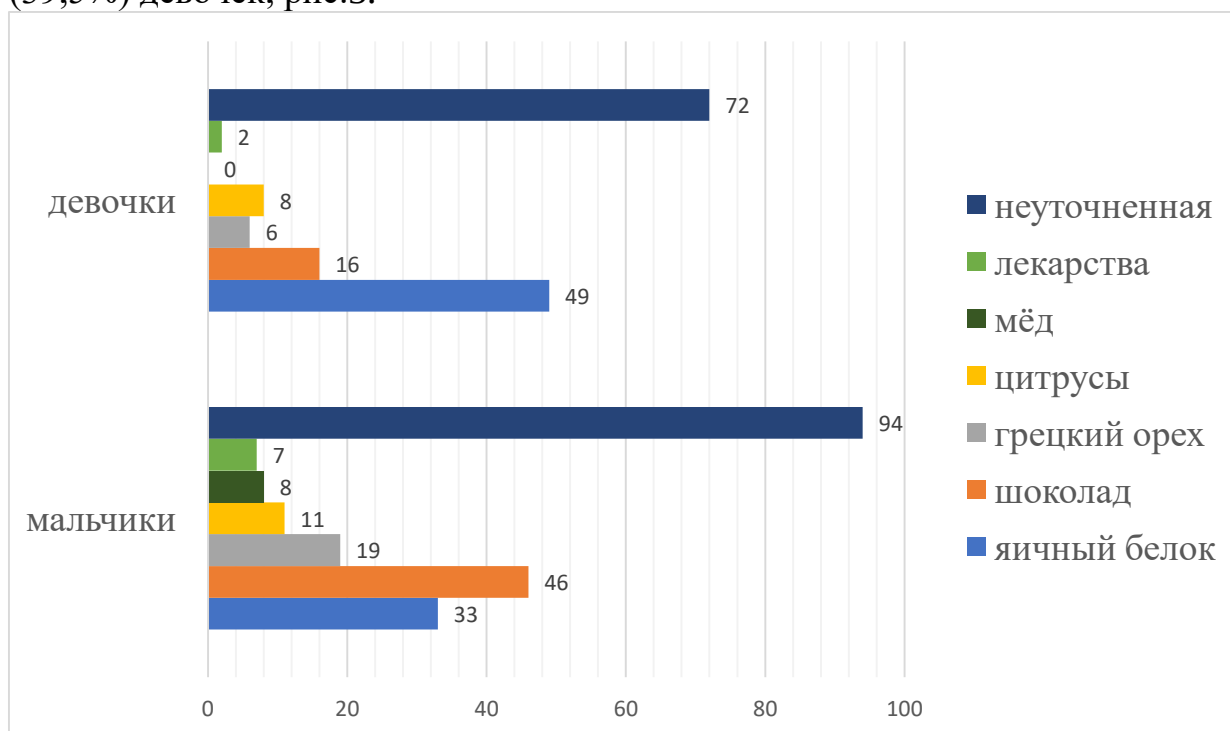


Рисунок 3. Причины аллергодерматозов у детей группы исследования

В структуре пищевых аллергенов, аллергия яичному белку составляет 82 случаев (40%), к шоколаду, кофе и какао -62 (30,3%), грецкому ореху- 25 (12,2%), цитрусы-19 (9,3%), мед и пчелопродукты-8 (3,9%). У 9 (4,4%) больных детей имеется аллергия на лекарства (на препараты йода, железа (йодомарин, венафер), парацетамол, цефтриаксон), рис.4.

Тщательное изучение анамнеза больных детей позволило установить, что течение беременности у 171 матерей (в 47,2% случаев) осложнилось токсикозом, в 14,6% случаев (53) -анемией беременности. Сочетание анемии с токсикозом беременности выявили у 129 матерей больных детей с аллергодерматозами, что составляет 35,6% случаев. Случаи коронавирусной инфекции (1) и гриппа (4) отмечаются в 0,3% и 1,1% случаев, соответственно. Всего у1,1% женщин беременность протекала нормально. Физиологические роды у 280 (77,3%) женщин, срочные роды у 3 (0,8%) женщин, роды путем кесарево сечения были у 79 (21,8%) женщин.

Изучение влияния изученных материнских факторов в развитии аллергодерматозов у детей демонстрирует значимость срочных родов ($p<0,001$) и родов путем кесарево сечения ($p<0,001$), табл.2

Таблица 2

Влияние материнских факторов на развитие аллергодерматозов у детей

Характер течения родов	Мальчики, n=211			Девочки, n=151			Значимость, р
	абс	%	95%ДИ	абс	%	95%ДИ	
Физиологические роды	166	78,7	72,7-83,7	114	75,5	68,1-81,7	=0,48
Срочные роды	1	0,47	0,08-2,6	34	22,5	16,6-29,8	<0,001
Кесарево сечение	44	20,8	15,9-26,8	3	1,9	0,7-5,7	<0,001

Известно, что кесарево сечение является пусковым механизмом развития дисбактериоза у ребенка. Дисбактериоз в свою очередь способствует развитию аллергических и в последующем аутоиммунных заболеваний у детей. Следовательно, вытекает вывод о том, что дети от срочных родов и рожденные путем кесарево сечения имеют больше риск к формированию аллергодерматозов. При этом срочным родом в 22,5% случаев рождаются девочки, а кесарево сечением в 20,8% случаев рождаются мальчики.

В ходе исследования выявили состояние дисбактериоза у 143 (39,5%) больных детей с аллергодерматозами. Из них у 67 (46,8%) девочек, и у 76 (53,2%) мальчиков отмечается дисбактериоз. Соотношение мальчиков и девочек составляет 1:1,2 в пользу мальчиков. У 133 (36,7%) детей также были случаи других заболеваний ЖКТ.

Анализ характера питания в грудном возрасте показал, что 222 (61,3%) больных детей были на естественном виде вскармливания, 124 (34,2%) детей

находились на смешанном виде питания, 16 (4,3%) детей -на исключительно искусственном питании.

Таблица 3

Влияние вида вскармливания на развитие аллергодерматозов у детей

Вид вскармливания	Мальчики, n=211			Девочки, n=151			Значимость, р
	абс	%	95%ДИ	абс	%	95%ДИ	
естественный	127	60,2	53,5-66,6	95	62,9	55-70,2	=0,60
Смешанный	73	34,6	28,5-41,2	51	33,7	26,7-41,6	=0,87
Искусственный	31	14,7	10,5-20,1	5	3,3	1,4-7,5	<0,001

Как наглядно из таблицы 3, искусственное вскармливание детей в грудном возрасте имеет значимую ценность в формировании аллергодерматозов у детей, особенно у мальчиков, $p < 0,001$.

Полученные результаты являются необходимыми для разработки плана мероприятий по профилактике развития и обострения аллергодерматозов.

Изучение анамнеза позволило установить, из всех детей группы исследования 85,6% перенесли ОРЗ 1-2 раза в год, а 14,4% болеют ОРЗ более 3-х раз в год. При этом, 83,4% девочки и 87,2% мальчики болеют 1-2 раза ОРЗ в год, а 16,4% девочек и 12,8% мальчиков болеют ОРЗ более 3-х раз в год. Следовательно, аллергодерматозы чаще отмечаются у детей на фоне респираторных вирусно-бактериальных инфекций. Все это показывает важность учета ассоциации аллергии с инфекциями у детей.

Важным элементом диагностики аллергодерматозов является оценка тяжести поражения кожи, для чего существует SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). Индекс SCORAD рекомендован Российскими клиническими рекомендациями по атопическому дерматиту (2024 г.) для дополнительной количественной оценки степени тяжести атопического дерматита при необходимости [4,14, 20].

Индекс SCORAD используется для оценки тяжести атопического дерматита. Рассчитывается на основе площади поражения кожи, интенсивности объективных симптомов (эритема, отек, мокнутие, экскориации, лихенификация, сухость) и субъективных симптомов (зуд, нарушение сна), рис.4.

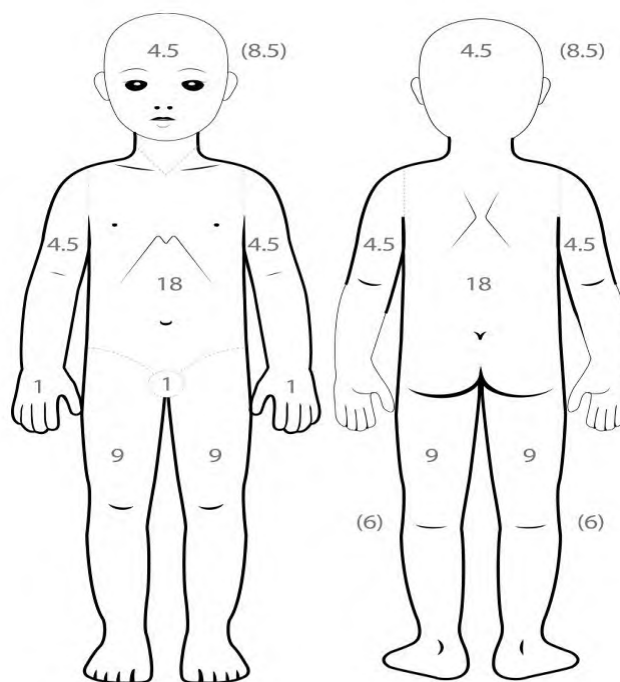


Рисунок 4 Площадь поверхности отдельных участков тела у детей старше 2 лет и взрослых по SCORAD

SCORAD предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов:

- эритема,
- отек / папулезные элементы,
- корки / мокнутие,
- эскориации,
- лихенификация / шелушение,
- сухость кожи.

Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале:

- 0 — отсутствие,
- 1 — слабая,
- 2 — умеренная,
- 3 — сильная.

SCORAD рассчитывается по формуле: $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$,

где: А: площадь пораженной кожи (в процентах);

В: сумма баллов по объективным признакам;

С: сумма баллов по субъективным признакам.

Описание результата:

-SCORAD < 25 — атопический дерматит легкой степени тяжести;

-SCORAD от 25 до 50 — атопический дерматит средней степени тяжести;

-SCORAD > 50 — тяжелый атопический дерматит.

Клиническая оценка состояния детей с АтД по шкале SCORAD позволила установить степень тяжести его течения у детей (66) группы исследования. У 32 больных (48,5%) установлена тяжелая степень АтД, у 18 (27,3%) -средняя степень тяжести АтД, у 10 (15,2%) больных АтД протекает в легкой степени тяжести, рис.5.

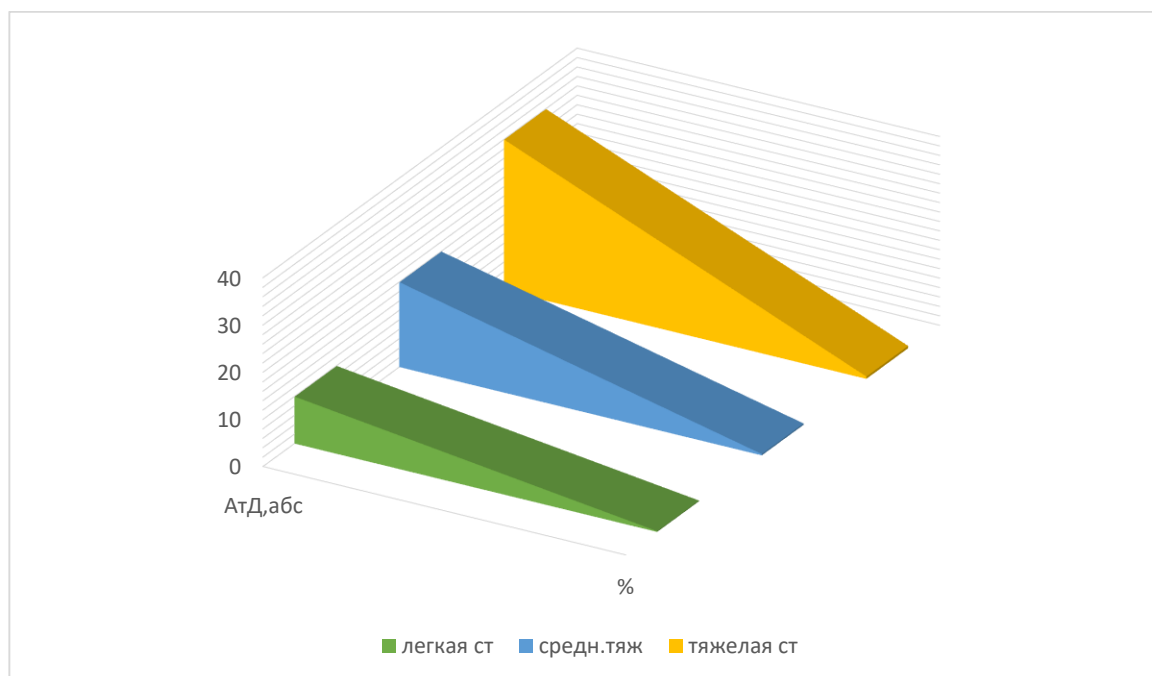


Рисунок 5. Степени тяжести атопического дерматита у детей группы исследования

Объективный осмотр и оценка кожных элементов при крапивнице и аллергическом дерматите у детей позволили установить статистически значимые клинические симптомы, табл.4.

Таблица 4.

Значение локализации клинических симптомов алергодерматозов

Локализация симптомов	Мальчики, n=171			Девочки, n=125			Значимость, р
	абс	%	95%ДИ	абс	%	95%ДИ	
высыпания на лице	45	26,3	20,2-33,4	12	9,6	5,6-16	<0,001
Высыпания на теле	157	91,8	86,7-95,1	97	77,6	69,5-84	<0,001
Высыпания на конечностях	5	2,9	1,3-6,7	9	7,2	3,8-13,1	=0,09

Высыпания в области живота	2	1,2	0,3-4,2	7	5,6	2,7-11,1	=0,03
Отек на лице	39	22,8	17,2-27,9	26	20,8	14,6-28,7	=0,68
Отек на теле	53	30,9	24,5-38,3	28	22,4	16-30,5	=0,1
зуд	101	59	51,6-66,2	58	46,4	37,9-55,1	=0,03
Нарушение сна	101	59	51,6-66,2	108	86,4	79,3-91,3	<0,001

Наиболее высокую значимость имеют такие клинические симптомы аллергодерматозов, как высыпания на лице ($p<0,001$), на теле ($p<0,001$) и в области живота ($p=0,03$). Из субъективных симптомов зуд и нарушение сна сохраняют свою значимость, $p=0,03$ и $p<0,001$, соответственно.

Также при этом выявили выраженность симптомов в зависимости от пола. Получили данные о том, что у мальчиков при аллергодерматозах отмечается преимущественная локализация высыпаний на лице и теле ($p<0,001$), у девочек преобладает локализация в области живота ($p=0,03$). Из субъективных симптомов, у мальчиков более выражен зуд ($p=0,03$), у девочек - нарушение сна ($p<0,001$).

Анализ состояния коморбидности у детей с аллергодерматозами позволил установить, достоверную значимость влияния коморбидности на течение и тяжесть аллергодерматозов у детей, табл.6.

Таблица 6

Значимость коморбидности при аллергодерматозах у детей

Сопутствующие заболевания/состояния	Мальчики, n=211			Девочки, n=151			Значимость, (p)
	абс	%	95%ДИ	абс	%	95%ДИ	
гельминтозы	29	13,7	9,7-19	42	27,8	21,3-35,4	<0,001
Частые ОРВИ	47	22,3	17,2-28,4	52	34,4	27,3-42,3	=0,01
Экссудативно-катаральный диатез	68	32,2	26,3-38,8	28	18,5	13,2-25,5	<0,001
ЦМВ инфекция	67	31,7	25,8-38,3	29	19,2	13,7-26,2	=0,01
Герпес инфекция	39	18,5	13,8-24,3	57	37,7	30,4-45,7	<0,001
ЦМВ+ ВПГ	62	29,4	23,7-35,9	82	54,3	46,4-62	<0,001
Кандида	59	27,9	22,3-34,4	67	44,4	36,7-52,3	<0,001
Кариес зубов	101	47,8	41,2-54,6	58	38,4	31-46,4	=0,07

Анемия	61	28,9	23,2-35,4	29	19,2	13,7-26,2	=0,04
дисбактериоз	49	23,2	18-29,4	63	41,7	34,2-49,7	<0,001

В структуре коморбидности у детей с аллергодерматозами большой процент (44,4%) составляют кандидозная инфекция, особенно у девочек ($p<0,001$). А также, 54,3% случаев составляют сочетанное инфицирование ЦМВ+ ВПГ, ($p<0,001$), 41,7% случаев -дисбактериоз, ($p<0,001$).

Таким образом, с учетом полученных результатов исследования, для профилактики развития аллергодерматозов у детей и для профилактики их обострения необходима разработка программы диспансеризации детей данной категории. Внедрение в ряде лечебных учреждений новой модели диспансеризации и лечения аллергодерматозов даёт ее высокую эффективность. Будет возможность контроль АтД, достоверно снижается частота осложнений аллергодерматозов, и реже встречаются ОРВИ и аллергические заболевания у детей.

На основании полученных результатов исследования разработана программа профилактики аллергодерматозов у детей. Данная программа охватывает все этапы диспансеризации детей с аллергодерматозами, включает первичную и вторичную профилактику.

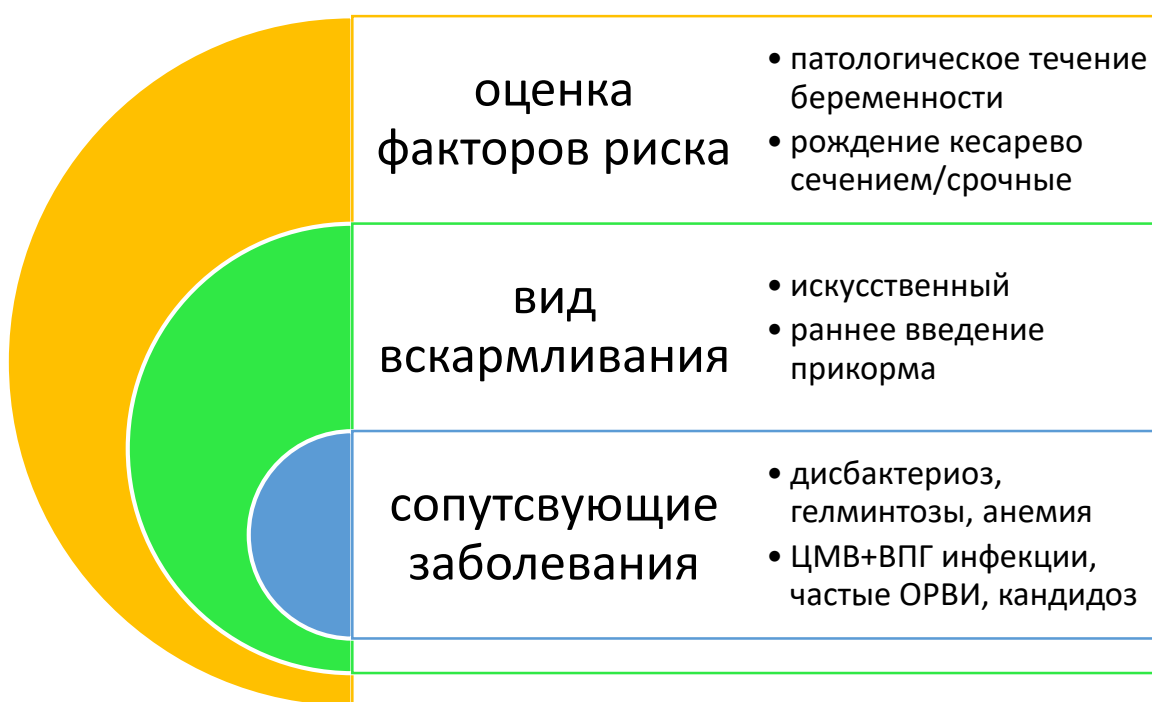


Рисунок 6. Первый этап диспансеризации детей с риском аллергических заболеваний

На первом этапе диспансеризации, берется на учет детей:
 - с искусственным питанием;

-рожденные кесарево сечением (или срочными родами, недоношенные) дети;

-с ЭКД и риском развития дисбактериоза, кандидоза и других указанных на рисунке 6, с выявленными сопутствующими заболеваниями или состояниями.

На этом этапе рекомендуется проведение активной пропаганды грудного кормления и своевременного введения блюда прикорма. При дисбактериозе и кандидозе полости рта рекомендуются пробиотики или молочные смеси с пребиотиками и пробиотиками. Беседа с родителями по обеспечению нормально социально-бытовых условий, хорошего ухода за ребенком, уход за кожей ребенка, а также лечение партнеров при ЦМВ+ВПГ инфекции сохраняя грудное кормление.

На втором этапе диспансеризации под наблюдением рекомендуется взять на учет больных детей с аллергическим дерматитом или АтД, крапивницей. При этом проводится оценка выраженности симптомов в зависимости от пола ребенка. Если у мальчиков при аллергодерматозах отмечается:

- преимущественная локализация высыпаний на лице и теле;

- выражен зуд кожи;

Если у девочек преобладает локализация высыпаний в области живота;

- более выражен зуд и нарушение сна- рекомендуется консультация детского аллерголога и противовирусная терапия ребенку и родителям одновременно в течении 3 месяцев.

При этом в условиях диспансерного наблюдения каждые 6 месяцев рекомендуется проведение анализа крови матери (или родителей) и ребенка на IgM к ЦМВ+ВПГ, IgG к ЦМВ+ВПГ, IgM к кандиде.

При выявлении гельминтозов (лямблиоза) у ребенка рекомендуется консультация паразитолога для дегельминтизации и оздоровление ребенка.

При анемии у ребенка рекомендуется контроль питания, рациональное кормление или питание соответственно возрасту, соблюдение гипоаллергенной диеты (с исключением коровьего молока, мёд, шоколад, цитрусы, орехи и др), рис.7.



рекомендуется анализ
кала на копрологию,
пробиотики

купание раствором
череды, диета



антигистамины



исключить ЦМВ и ВПГ инфекции

исключить из рациона питания
аллергенов, различных кремов и
гель для купания, ароматных
стиральных порошков для
стирки одежды ребенка



обработка кожи ребенка 10%
раствором хлорофиллипса для
профилактики пиодермии

Рисунок 7. Второй этап диспансеризации детей с аллергодерматозами

Важен контроль своевременной вакцинации детей по календарю РУз. При отсутствии органических патологий головного мозга и других абсолютных противопоказаний, всем детям с аллергодерматозами рекомендуется вакцинация через 10 дней после выздоровления или в период ремиссии АД.

При сопутствующей ЦМВ+ВПГ инфекции у ребенка вопрос вакцинации решается индивидуально, под контролем титра IgM к ЦМВ+ВПГ.

С учетом полученных результатов исследования, рекомендуется диспансерное наблюдение педиатра и детского аллерголога на первом этапе в течении первых 2-лет жизни, на втором этапе до 18-летнего возраста.

Таким образом, разработанная программа профилактики АД у детей и их матерей, удобны для использования в практическую деятельность врачами общей практики, педиатрами, аллергологами и гастроэнтерологами, терапевтами как на уровне СВП и семейных поликлиник, так и на уровне многопрофильных медицинских центров.

Использование разработанной программы профилактики АД у детей позволяет профилактике хронизации воспаления и гиперреактивности кожи и способствует снижению частоты:

- обострений АД как у матери, так и у ребенка;
- инфекции кожи и дыхательных путей как у матери, так и у ребенка;
- гиперреактивности кожи у детей;
- дермо-респираторного синдрома у детей и др.

Активное его внедрение гарантирует снижения аллергической заболеваемости и инвалидности как среди детей, так и среди взрослого населения. А также способствует здоровому деторождению и сохранению здоровья матери и ребенка.

Социальная значимость

Симптомы АД не только влияют на качество жизни пациентов, но и повышают затраты в здравоохранении вследствие назначения ненужных, иногда дорогостоящих исследований, что обусловлено в первую очередь недостаточностью знаний врачей-терапевтов о причинах и механизмах расстройств, возникающих у пациентов с АД на фоне ЦМВ и ВПГ инфицирований.

Разработанные методические рекомендации по дифференциальной диагностике ЦМВ и ВПГ ассоциированного АД у детей, способствуют улучшению качества превентивной аллергологической и педиатрической службы с последующим снижением заболеваемости и инвалидности, а также усовершенствует преемственность ведения пациентов педиатрами, аллергологами, гастроэнтерологами на этапе первичного звена здравоохранения.

Экономическая эффективность

С учетом социально-экономического характера заболеваемости, целесообразно внедрение в практическую деятельность педиатров, детских гастроэнтерологов и аллергологов разработанную программу профилактики АД у детей с учетом ЦМВ и ВПГ инфицирований.

Внедрением данных методических рекомендаций в Самаркандского, Бухарского и Сурхандарьинского областных детских многопрофильных медицинского центров рассчитали экономическую эффективность исходя из государственных затрат при каждом конкретном случае обращения пациента и госпитализации по поводу аллергии.

С учетом социально-экономического характера заболеваемости, мы проводили оценку государственных финансовых расходов на диагностику и стационарное лечение одного больного с аллергией и диагностика одного больного с аллергодерматозом.

На каждом конкретном случае обращения в поликлинику больных в Хорезмский областной детский многопрофильный медицинский центр проводили анализ экономической эффективности исходя из государственных затрат в период 2024 г.

В среднем пациенты находились на лечении в стационаре 5,5 дней. В 2024 году на одного пациента в день было израсходовано медикаментов на сумму 88 562 сума. Годовые расходы отделения составляют 1 159 009 691 сум. В среднем на одного больного ребенка в день затрачивалось продуктов питания на сумму 25 868 сумов. Годовые расходы отделения составляют 3 385 32390 сумов.

Составили калькуляцию проводимых процедур при АД на одного пациента при лечении в стационар (табл.7).

$$CEA = DC + IC / Ef,$$

$$\text{Расходы на 1 день} = 114430 \text{ сум}$$

$$\text{Расходы на короткий курс 6 дней лечения} = 686580 \text{ сум}$$

$$\text{Годовые расходы отделения} = 338532390 \text{ сум}$$

$$CEA = 338532390 / 686580 \times 100 = 49\,307,056 \text{ сум},$$

Следовательно, за 6 суток пребывания в стационар на каждого больного расходуется 49307,056 млн сум.

При активной пропаганде превентивных мероприятий по предложенной программе профилактики снижается частота госпитализации и дни лечения в стационар.

Таблица 7.

Алгоритм действий при постановке диагноза

№	Аллергический дерматит	TORCH инфекции	Новый способ диагностики
1	Общий анализ крови-18 000 сум	Общий анализ крови-18000 сум	Общий анализ крови-18000 сум
2	IgE -15 000 сум	Биохимический анализ крови-32 000 сум	IgE -15 000 сум
3	Аллергопанель-115000 сум	IgE -15 000 сум	Аллергопанель-115000 сум
4	Шприцы-4000сум	Аллергопанель-115000 сум	Ig M CMV-35 000
5	Скарификатор-5000 сум	Ig G CMV-35 000	Ig G CMV-35 000
6		IgM CMV-35000	IgM herpes z.-35 000

7		IgM GSV-35 000	IgG GSV-35000
8		IgG GSV-35000	Шприцы-4000сум
9		Шприцы-4000сум	Скарификатор-5000 сум
10		Скарификатор-5000 сум	
11			
12			
13	Сумма: 157 000 сум	Сумма:329000 сум	
всего	486000 сум		297 000 сум

Анализ эффективности применения существующего стандарта диагностики показал необходимую сумму финансовых затрат 486000 сум на одного пациента.

Анализ экономической эффективности внедрения в практическую деятельность педиатра алгоритма диагностики АД у детей при обращении больного в поликлинике позволил определить тактику ведения пациентов данной категории: госпитализация в отделение детской аллергологии, лечение в условиях амбулаторной поликлинике под наблюдением аллерголога.

В результате внедрения разработанной программы профилактики осложнений АД у детей за счет сокращения расходов на диагностике, получили достижение экономической эффективности в сумме 6 300 000 сум финансовых затрат на одного пациента:

$$C/\Delta = (486000 - 297000) : (6 - 3) \times 100 = 6\,300\,000 \text{ сум};$$

Таким образом, использование алгоритма диагностики и программу профилактики АД у детей в практическую деятельность педиатров, аллергологов и ВОП позволили экономить с государственного бюджета 6300 000 сум на одного больного в стационаре.

Выводы:

1. Установлено, что 57-83% матери детей с аллергическим дерматитом в возрасте 0-5 лет, имеют положительный результат ЦМВ и ВПГ-инфицированности.
2. У детей с аллергическим дерматитом в ассоциации с ЦМВ и ВПГ инфекциями отмечается высокая степень реактивности к пищевым аллергенам, аллергенам домашней пыли, луговых и сорных трав.

3. Установлен высокий риск хронизации воспаления и развития гиперреактивности кожи при аллергическом дерматите у детей с частыми стоматитами и ОРВИ, с частой антибиотикотерапией, с дисбактериозом, с аллергией к пищевым продуктам, с лекарственной аллергией, со стойкой диареей, с ранним искусственным вскармливанием, с атопией и TORCH инфицированностью у родителей, с инсектной аллергией.
4. Частые стоматиты и ОРВИ у детей свидетельствуют о вторичном иммунодефиците, что требует включение иммунокоррекцию при комплексном лечении аллергического дерматита ассоциированного с ЦМВ и ВПГ инфекциями у детей

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Для ранней и правильной постановки диагноза аллергического дерматита у детей рекомендуется внедрение в практику алгоритма диагностики и программу профилактики обострения аллергического дерматита у детей
2. Рекомендуется лечение родителей и ребенка одновременно с сохранением естественного вида вскармливания, пренебрежением антибиотикотерапии для профилактики лекарственной аллергии у детей с ассоциированным с ЦМВ и ВПГ инфекциями АД.
3. Рекомендуется внедрение иммунокорректирующую терапию в стандарты лечения аллергического дерматита у детей, особенно с частыми стоматитами и ОРВИ.
4. Рекомендуется сохранение принципа преемственности на этапе первичного звена здравоохранения ВОП и на 2-й этап в областных и централизованных специализированных центрах педиатрами, аллергологами и гастроэнтерологами при ведении больных детей с аллергодерматозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ёмгурова О., & Шодиева М. (2023). Клинико-иммунологические аспекты бронхиальной астмы с атопическим дерматитом у детей. *Международный журнал научной педиатрии*, 2(7), 268–272. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2023-2-7-268-272>
2. Любошенко Т. М. “Клинико-иммунологическая характеристика больных с цитомегаловирусной инфекцией,” *Омский научный вестник*, no. 2 (134), pp. 129–132, 2014.
3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 июня 2024 г. N 107 "Об утверждении клинических протоколов" <http://ivo.garant.ru/#/document/79699293>
4. Симованьян Э, Денисенко В.Б. “Клинико-иммунологическая характеристика шигеллеза, ассоциированного с герпесвирусными инфекциями, у детей: клиника, диагностика и лечение,” *Детские инфекции*, vol. 16, no. 4, pp. 29–36, 2017.
5. Тяжкая А. В., Сельская З.В. “Особенности клинического течения аллергических заболеваний у детей при применении в комплексной терапии витамина Д,” *Современная педиатрия*, no. 3, p. 83, 2014.
6. Borrego-Ruiz A, Borrego JJ. Nutritional and Microbial Strategies for Treating Acne, Alopecia, and Atopic Dermatitis. *Nutrients*. 2024 Oct 20;16(20):3559. doi: 10.3390/nu16203559. PMID: 39458553; PMCID: PMC11510041.
7. Guttman-Yassky E, Renert-Yuval Y, Brunner PM. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2025 Feb 15;405(10478):583-596. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02519-4. PMID: 39955121.
8. Huang D, Liu X, Gao X, Choi CK, Giglio G, Farah L, Leung TF, Wong KC, Kan LL, Chong JW, Meng QJ, Liao J, Cheung PF, Wong CK. Meteorin-like protein/METRNL/Interleukin-41 ameliorates atopic dermatitis-like inflammation. *Allergy*. 2025 Feb;80(2):474-488. doi: 10.1111/all.16150. Epub 2024 May 10. PMID: 38727640; PMCID: PMC11804313.
9. Khalil N, Walton J, Roberts N, Hussain K. Viral infections in atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol*. 2024 Dec 23;50(1):46-55. doi: 10.1093/ced/llae304. PMID: 39097528.
10. Laska J, Tota M, Łacwik J, Sędek Ł, Gomułka K. IL-22 in Atopic Dermatitis. *Cells*. 2024 Aug 22;13(16):1398. doi: 10.3390/cells13161398. PMID: 39195286; PMCID: PMC11353104.
11. Litchman G, Nair PA, Atwater AR, Bhutta BS. Contact Dermatitis. 2023 Sep 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan—. PMID: 29083649.
12. Wienholtz NK, Vestergaard C, Deleuran M, Drljevic-Nielsen A, Andersson AM. Atopisk eksem [Atopic dermatitis]. *Ugeskr Laeger*. 2025 Mar

31;187(14):V10240722. Danish. doi: 10.61409/V10240722. PMID: 40171906.