

Актуальность. В структуре аллергодерматозов наиболее частой регистрируемой является крапивница [1,2]. Частота крапивницы, согласно статистическим данным, ежегодно увеличивается, причём преимущественно среди лиц молодого трудоспособного возраста и представляет собой сложную проблему, как в установлении её причин, так и в выборе терапии [3,4].

Большинством исследователей признаётся деление крапивницы на аллергическую (атопическую), имеющую иммунологический механизм образования медиаторов и неаллергическую, когда в высвобождении тех же медиаторов иммунные механизмы не участвуют. Исследования, направленные на изучение крапивницы у жителей гор, единичны. Таджикистан - горная страна. Люди живут и трудятся на разных высотах (низкогорье, среднегорье, высокогорье). Существующие данные указывают на особенности функционирования различных органов и систем у жителей средне- и, особенно высокогорья. Выявлены особенности клинического течения различных заболеваний внутренних органов, а также ряд дерматозов у аборигенов гор [5,6].

Цель исследования. Изучение распространённости, этиологии, некоторых сторон патогенеза, клинического течения и совершенствование лечения аллергической крапивницы у жителей низко-, средне- и высокогорья Таджикистана.

Материал и методы. Для выяснения уровня заболеваемости крапивницей в разных климатических зонах гор были осмотрены 5234 (2299 мужчин, 2935 женщин) человека в возрасте от 16 до 82 лет. В низкогорье осмотрены 1829 человек, в среднегорье - 2334, в высокогорье - 1071. Для выявления причин неравномерного уровня заболеваемости и особенностей клинического течения АК у больных разных высот нами проведены аллергологические и иммунологические обследования больных. Для изучения значения различных неинфекционных аллергенов в этиологии АК нами проведены кожно-аллергические скарификационные пробы с 25 пищевыми, бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами и тест торможения естественной миграции лейкоцитов для изучения лекарственной аллергии с 12 лекарственными препаратами (антибиотики, сульфаниламиды, жаропонижающие и витамины).

Результаты и их обсуждение. Выявлена определённая зависимость в заболеваемости взрослых крапивницей от высоты проживания. Так, популяционная частота крапивницы в низкогорье составила 1,3%, в среднегорье - 1,1%, в высокогорье - 0,6%. Независимо от высоты проживания женщины болели крапивницей чаще мужчин (в низкогорье в 1,7 раза; среднегорье в 1,5 и в высокогорье 1,7 раза). На всех высотах частота крапивницы в возрасте 30-50 лет выше, чем до 30 лет (в низкогорье в 1,6 раза, в среднегорье - в 1,4 раза, высокогорье - в 1,6 раза). Низкие показатели заболеваемости крапивницей в высокогорье Таджикистана объясняются, в первую очередь, отсутствием в этом регионе республики промышленных предприятий и растительности, в связи с чем в окружающей среде мало аллергенов; а бедность рациона питания уменьшает количество пищевых аллергенов; высокая концентрация ультрафиолетовых лучей и низкая запылённость уменьшают количество бактерий в воздухе, тормозят частоту и развитие аллергических реакций [7,8].

Установление различий в уровне заболеваемости крапивницей на разных высотах служило основанием для изучения её клинического течения. На основе вышеприведённого обследования нами было выявлено 354 больных хронической рецидивирующей крапивницей (в низкогорье - 176, в среднегорье - 109, в высокогорье - 69). Аллергическая форма болезни встречалась реже псевдоаллергической. По сравнению с низкогорьем и среднегорьем в высокогорье аллергическая крапивница встречалась соответственно в 1,5 и 1,3 раза реже псевдоаллергической.

Верификация аллергической крапивницы от псевдоаллергической проводилась по данным анамнеза, клинического течения заболевания, аллергологических и иммунологических исследований, а также результатов обследования органов желудочно-кишечного тракта. Средний возраст больных АК

в низкогорье составил 28,0 лет; в среднегорье - 26,8; в высокогорье - 24,0 года. Длительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 20 и более лет, большинство больных страдали дерматозом более 5-10 лет.

Анамнестически установлено, что по сравнению с больными высокогорья, обострения АК у пациентов низкогорья и среднегорья с годами становились частыми и продолжительными. Уртикарные элементы у жителей высокогорья были менее обильными и меньших размеров. Распространённые формы АК в низкогорье и среднегорье отмечались чаще, чем в высокогорье. Общие явления у больных высокогорья отмечались реже. Относительно тяжёлая форма болезни у больных высокогорья выявлена реже, чем у больных низкогорья и среднегорья, соответственно в 1,3 и 1,2 раза. Сопутствующие аллергические заболевания у больных высокогорья выявлены, соответственно в 1,5 и 1,4 раза меньше, чем у больных низкогорья и среднегорья. Наследственная предрасположенность к аллергии у больных высокогорья отмечалась реже, чем у больных низкогорья и среднегорья, соответственно в 1,7 и 1,5 раза.

Нами проведены аллергологические и иммунологические обследования 113 больных АК. Аллергологическими исследованиями установлено, что 91,9% обследованных больных низкогорья, 91,2% - среднегорья и 88,2% - высокогорья имели сенсibilизацию к использованным аллергенам. Главенствующее место в этиологии АК на всех высотах занимали лекарственные и пищевые аллергены, значительно опережая бытовые, пыльцевые и эпидермальные. У больных высокогорья пыльцевые аллергены вызывали сенсibilизацию реже, чем у больных низкогорья и среднегорья соответственно в 3,3 и 2,9 раза; бытовые - в 1,6 и 1,4 раза; эпидермальные напротив, чаще в 1,7 и 1,8 раза.

На всех высотах у больных АК преобладала поливалентная сенсibilизация. Часто отмечалась поливалентно-перекрёстная аллергия. Выявлено этиологическое значение краевых для Таджикистана аллергенов в возникновении АК (мясо и шерсть овцы и яка, грецкий орех, шелковица, табак, чинара), сенсibilизация к которым выявлена у 37,2% больных разных высот.

Иммунологическими исследованиями установлено, что у всех больных АК жителей разных высот отмечалось значительное увеличение (в сыворотке крови) уровня общего IgE. Иммунологические нарушения зависели от тяжести течения дерматоза. У больных с тяжёлым течением АК на всех высотах выявлено подавление активности клеточного звена иммунитета, что проявилось понижением (достоверным) содержания Т-супрессоров, тенденцией у большинства больных низкогорья и среднегорья к уменьшению Е-РОК. Недостаточность Т-клеточного звена иммунитета, в значительной степени опосредованная снижением субпопуляции Т - клеток, обладающих супрессорной активностью, является одним из факторов, способствующих развитию распространённого кожного процесса. Концентрация общего IgE у больных с тяжёлым течением АК в низкогорье в 5 раз превышала данные контрольной группы, в среднегорье - в 4 раза, в высокогорье - в 3,7 раз. В настоящее время считается, что основной характеристикой иммунного статуса больного АК является гипериммуноглобулинемия Е. Имеются работы, объясняющие повышенную продукцию IgE как результат недостаточности Т-супрессоров и нарушения иммунного ответа на антигенную стимуляцию [9-11]. Сопоставляя полученные данные о снижении супрессорной субпопуляции Т-лимфоцитов с повышением продукции IgE у больных АК, мы ещё раз подтвердили этот известный факт. Вероятно, что генетически детерминированное нарушение функций иммунной системы, о чём свидетельствует установленная нами у 36,3% больных АК отягощённая по аллергии наследственность, приводят к формированию совместно с другими патогенетическими факторами к возникновению аллергических дерматозов, в том числе крапивницы.

В свою очередь длительно существующие поражения кожи, особенно распространённого характера, сопутствующие хронические заболевания аллергической и неаллергической природы,

являясь источником постоянного поступления антигенов во внутреннюю среду, усугубляют изменения иммунокомпетентных систем, приводят к формированию «порочного» круга.

Независимо от высоты проживания у подавляющего большинства больных отмечено увеличение содержания эозинофилов в периферической крови.

Важное значение для практического здравоохранения имеет терапия больных АК. Всем больным вначале лечение назначалось голодание (1 сутки), солевые слабительные и очистительные клизмы, затем гипоаллергенная диета. Больным, с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, проводилась корригирующая терапия. Патогенетическое лечение зависело от тяжести АК. Больные с относительно лёгким течением дерматоза - 47 человек (30 в низкогорье и 17 в среднегорье) получали традиционное лечение (антигистаминные, гипосенсибилизирующие средства, общие ванны с отваром череды, крапивы или хвойного экстракта). Из противогистаминных средств всем больным в течение 30 дней назначался кларитин (лоратадин), который относится к антигистаминным препаратам 3-го поколения и обладает широким спектром противоаллергической активности. Он является антагонистом H₁-рецепторов и, кроме этого, тормозит высвобождение гистамина и лейкотриенов тучными клетками, в отличие от других антигистаминных препаратов, лишён антихолинергической активности и не обладает седативным эффектом. Большим преимуществом препарата является то, что его можно назначать длительно (до 2-х месяцев и более) и к нему не развивается привыкания. Непосредственные результаты лечения у больных с лёгким течением АК (отсутствие симптомов АК в течение 30 дневной терапии) были отличными у всех 47 больных низкогорья и среднегорья. К концу курса лечения в периферической крови у всех больных нормализовалось повышенное содержание эозинофилов, и значительно уменьшился высокий уровень общего иммуноглобулина E.

После окончания курса комбинированного лечения в период ремиссии больным АК проводилась противорецидивная терапия, заключающаяся в назначении ежемесячно в течение двух недель пантотената кальция по 0,3х3 раза в день. Кроме того больным с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта периодически назначались ферментные препараты (панкреатин, фестал, мезим-форте). Больным с пыльцевой аллергией в период цветения соответствующих растений проводились двух-трёх недельный курс противорецидивного лечения кларитином.

Отдалённые результаты лечения показали хорошую эффективность традиционной терапии с использованием кларитина. Так, если до лечения период ремиссии составил 2-3 недели, то после лечения у 21,3% больных она составила более 6 месяцев, у 44,7% 3-6 месяцев. У больных с отличными и хорошими результатами лечения в период ремиссии концентрация общего IgE медленно снижалась, а содержание эозинофилов в периферической крови было в пределах нормальных цифр. Отличными мы считали те результаты, когда у больных стойкая ремиссия наблюдалась не менее 6 месяцев, хорошими – не менее 3 месяцев. Удовлетворительные и неудовлетворительные отдалённые результаты лечения отмечены у больных, имевших сопутствующие аллергические заболевания и заболевания желудочно-кишечного тракта.

Больным с тяжёлым течением АК, которых было 49 человек (32 в низкогорье и 17 в среднегорье), ввиду подавленности клеточного звена иммунитета (снижение Т-супрессоров, понижение количества Е-РОК) в комплексном лечении, наряду с общепринятыми при АК средствами, назначался иммуностимулятор тимоген. Непосредственные, ближайшие и отдалённые результаты такого лечения больных с различными формами АК с использованием тимогена и кларитина показали высокую его эффективность.

В конце курса лечения у большинства больных нормализовалось содержание Т-супрессоров, Е-РОК, значительно уменьшилась высокая до лечения концентрация общего IgE и эозинофилов.

Отдалённые результаты лечения были следующими. Если до лечения период ремиссии составлял 6-7 дней, то после лечения у 24,5% больных она составила более 6 месяцев, у 40,8% 3-6 месяцев. У больных с отличными и хорошими отдалёнными результатами лечения содержание Т-супрессоров и эозинофилов в течение всего периода ремиссии было в пределах нормальных величин, а уровень общего IgE продолжал медленно снижаться.

Таким образом, наши исследования показали, что частота крапивницы, состояние сенсibilизации, иммунологические нарушения у больных аллергической крапивницей зависят от высоты проживания. Предложенные методы лечения и профилактики рецидивов аллергической крапивницы с использованием кларитина и тимогена оказались эффективными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д., Польшер А.А. Современная практическая аллергология/М.,1993. -355 с.
2. Атопический дерматит: руководство для врачей / Под. ред. Ю.В. Сергеева.—М.: Медицина для всех.2002.—183с.
3. Зоиров П.Т. Частная дерматология и венерология// Душанбе, 2007. -815с.
4. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. и др. Кожные и венерические болезни/ Руководство для врачей. 2 том. М. Медицина. 1999
5. Общая аллергология. Под. ред. Г.Б.Федосеева.—С—Пб. 2001. —382с.
6. Ситкевич А.Е., Казеко А.Г. Профилактика и лечение аллергических заболеваний кожи/ - Минск, 1997. -199с.
7. Касымов О.И. Нейродерматозы у взрослых больных жителей разных высот Таджикистана (распространённость, особенности клиники, этиология, патогенез, совершенствование терапии). Дисс. д-ра мед. наук, 1996, 305 с.
8. Соловей Т.Н., Чистяков Г.М., Чебуркин А.А. Значение атопии при рецидивирующей крапивнице у детей // Лечащий врач. - 1998.-С.53-55
9. Аскарова Р.М., Расулов У.Р. Атопическая бронхиальная астма /Душанбе, 2000.- 157 с.
10. Barnes P.J. Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids. Eur Resp Rev 2001;78:15–22
11. Orbatos C.E., Garbe C. Therapie der Hautkrankheiten. – Berlin, 1995 – 1358 p.

ХУЛОСА

БЕМОРИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗ ДАР СОКИНОНИ БАЛАНДИҶОИ ГУНОГУНИ ТОҶИКИСТОН

Б.И.Саидов

5234 нафар сокинони пасткӯҳҳо, миёнакӯҳҳо ва баландкӯҳҳои Тоҷикистон муоина карда шуд. Муқаррар карда шуд, ки басомади популятсионии каҳир (сағлес) дар пасткӯҳҳо – 1,3%, дар миёнакӯҳҳо – 1,1%, дар баландкӯҳҳо – 0,6%-ро ташкил дод. Занон нисбати мардон зиёдтар ба бемории каҳир гирифта буданд. Омӯзиши саририи чараёни аллергодерматозҳо ошкор кард, ки аз 354 нафар бемори каҳири такроршавандаи музмин (дар пасткӯҳҳо – 176 нафар, миёнакӯҳҳо – 109, баландкӯҳҳо - 69) дар 113 нафар каҳири гармбодӣ (КГ) ба қайд гирифта шуд. Муолача бо назардошти ҳолати масунии беморони гирифтаи КГ гузаронида шуд.

SUMMARY

ALLERGIC IN RESIDENTS OF DIFFERENT HEIGHTS IN TAJIKISTAN

B.I. Saidov

Was examined 5,234 residents of low mountains, middle and high mountains of Tajikistan. Revealed that the population in low frequency of urticaria was 1.3% in the midlands - 1,1%, in the Highlands - 0,6%. Women suffered from hives more often than men. Clinical study for allergic found that of 354 patients with chronic urticaria (in the low - 176 in the midlands - 109, in the Highlands - 69), in 113 marked allergic urticaria (AK) was revealed. Treatment was carried out taking into account the immune status of patients with AK.

Key words: allergic dermatosis, urticaria, immune stimulator

Адрес для корреспонденции:

Б.И. Саидов – доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ;

Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони-63/1, E:-mail: bahromuddin@ mail.ru

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА

А.А.Аканов, С.Т.Сейдуманов

**Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы**

На основе материалов широкомасштабного социологического исследования населения республики авторами установлено, что в среднем 38,8% респондентов отмечают у себя хронические заболевания. Наиболее высокий уровень хронических заболеваний отмечает население Восточного региона – 51,2%, низкий уровень - жители Южного региона - 31,9%. Выявлена закономерная связь между классами болезней и возрастными группами. Анализ самооценки респондентами собственного здоровья показал, что данный критерий в целом ухудшается с возрастом.

Ключевые слова: хронические заболевания, обращаемость в медицинские учреждения, самооценка здоровья

Введение. Одним из долгосрочных приоритетов стратегии «Казахстан – 2030» определено «Здоровье, образование и благополучие граждан». При этом во главу угла ставится сохранение и улучшение здоровья населения в целом и отдельно взятого гражданина [1].

В настоящее время в состоянии здоровья населения Казахстана отмечаются неблагоприятные тенденции роста заболеваемости и смертности, основными причинами которых выступают хронические неинфекционные заболевания. Так, большая часть смертности обусловлена такими причинами как сердечнососудистые заболевания, новообразования, болезни органов пищеварения и др.

Смертность от этих причин может быть сокращена за счёт снижения распространённости поведенческих факторов риска: увеличения физической активности, соблюдения принципов рационального питания, уменьшения распространённости курения, употребления алкоголя [2-6].

Наряду с изучением состояния здоровья населения по данным официальной статистики, немаловажное значение имеет и анализ состояния здоровья на основе самооценки и медицинской активности населения.

Цель исследования: изучить состояние здоровья населения на основе материалов широко-масштабных социологических исследований.

Материалы и методы. Объектом социологического исследования явилось население республики начиная с 11 лет и старше. Была сформирована репрезентативная выборочная совокупность (по методике ВОЗ), состоящая из 8 групп: 11-14 лет (дети); 15-17 лет (подростки); 18-19 лет (молодёжь); 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 лет (взрослое трудоспособное население); 60-69 лет и старше (пенсионеры). Анкетирование проводилось в пяти регионах республики: центральном: Карагандинская обл, г.Жезказган; северном: Акмолинская, Костанайская, Павлодарская, Северо-Казахстанская области, г.Астана; восточном: Восточно-Казахстанская, г.Усть-Каменогорск, г.Семипалатинск; западном: Актыбинская, Атырауская, Мангистауская, Западно-Казахстанская области; южном: Кызылординская, Южно-Казахстанская, Жамбылская, Алматинская области, г.Алматы.

Основными критериями выбора регионов явилась территориальная и климато-географическая характеристики, социально-экономический уровень развития. В ходе исследования в каждом из регионов была выделена одна типичная область. Всего в пяти регионах было проанкетировано 24734 человека, в т.ч. 7411 школьников, 17323 - взрослого населения. В качестве предметов исследования были определены показатели образа жизни и состояния здоровья населения. Для исследования была разработана специальная анкета, включающая ряд блоков, в т.ч. по медицинской активности населения (уровень знаний об основных аспектах ЗОЖ, готовность вести ЗОЖ), состоянию здоровья (хронические заболевания, частота обращения за медицинской помощью в течение года).

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты социологических исследований, проведённых нами, в среднем, по Республике Казахстан 38,8% населения страдают хроническими заболеваниями. Вызывает настороженность высокий процент уровня хронических заболеваний среди школьников 11-14 лет (37,3%). Самый высокий уровень хронических заболеваний наблюдается среди населения старше 60 лет – 61,9%, что является достаточно закономерным (рис. 1).

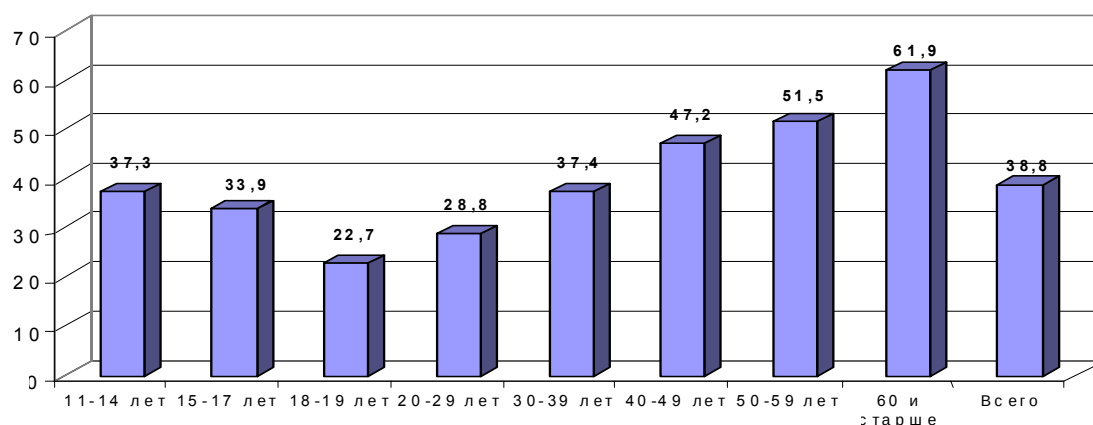


Рис. 1. Распространённость хронических заболеваний среди населения РК