

Таким образом, в результате проведенных эпидемиологических исследований обнаружены определенные различия в распространенности ЦВЗ в русской, бурятской и монгольской популяциях. Распространенность всех форм ЦВЗ и у мужчин, и у женщин была наиболее высокой у русских. В мужской популяции лишь ДЭ с большей частотой выявлялась у бурят, а в женской - МИ наиболее часто встречался у монголов.

Во всех этнических группах у лиц обоего пола имело место нарастание распространенности ЦВЗ с

возрастом. Выявлено более позднее развитие ЦВЗ у мужчин монголов. У женщин обращает на себя внимание высокая частота МИ у монголов в возрасте до 50 лет, в то время как хроническая недостаточность мозгового кровообращения у них развивалась позднее, чем у русских.

Структура ЦВЗ во всех этнических группах оказалась сходной: основное место в ней, как у мужчин, так и у женщин, занимали НПНKM.

THE NUMBER OF CASES AND STRUCTURE OF CEREBRAL VASCULAR DISEASES IN ULAN-UDE AND ULAN BATOR CITIES FROM THE DATA ON SINGLE EPIDEMIOLOGICAL INVESTIGATION

V.V. Shprakh, S.A. Prushenova, G. Nyamdorzh

(Irkutsk State Postgraduate Medical Training Institute, State Central Hospital No. 1, Ulan Bator)

Complex epidemiological investigation of general forms of cerebral vascular diseases (CVD) was pursued by single screening examination in Ulan-Ude and Ulan Bator. Randomly selected representatives of male and female population aged 20-54 were examined in Zheleznodorozhny district of Ulan-Ude and Sukhebator district of Ulan Bator to study the number of cases and structure of CVD. The number of cases and structure of CVD were analyzed separately for the Russian and Buryat populations. The age-standardized prevalence of certain CVD cases was 12.87% and 19.14% for the Buryat men and women, 13.82% and 20.47% for the Mongolian men and women, and 14.71% and 24.47% for the Russian men and women respectively. That is, the number of CVD cases was the greatest among the Russian population in representatives of both sexes, and in the Russian women it was reliably greater than in the Buryat and Mongolian women ($p < 0.05 < 0.01$). The CVD structure was similar in all ethnic groups.

Литература

1. Галц Л. Морфологическая характеристика атеросклероза аорты и коронарных артерий сердца по секционным материалам: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Улан-Батор, 1978. - 20 с.
2. Распространенность и структура cerebrovascular заболеваний в различных регионах СССР по данным одномоментного эпидемиологического исследования / Варакин Ю.Я., Кипиани Н.З., Шпрах В.В. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. - 1990. - №11. - С.7-10.

3. Фейгин В.Л. Эпидемиология и профилактика cerebrovascular заболеваний в условиях Сибири: Дисс. ... д-ра мед. наук. - Новосибирск, 1991. - 362 с.
4. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журн. невропатол. и психиатр. - 1985. - №9. - С.1281-1288.
5. Jamada K., Hayakawa T., Ho M. Histopathological difference of the carotid plaque between Japanese and Americans // Abstracts The 1st International Stroke Congress, Kyoto, Japan, 1989. - P.1-5.

О САФРОНЕНКО Н.К., СИЗЫХ Т.П., ДЕМКИН И.В., СОНГОЛОВ В.И. -
УДК 616.514(571.54)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КРАПИВНИЦ В СЕЛЕ АРШАН РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

Н.К. Сафроненко, Т.П. Сизых, И.В. Демкин, В.И. Сонголов.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ, д.м.н., проф. А.А.Майборода)

Резюме. Представлены данные о распространенности и структуре псевдоаллергических и аллергических вариантах крапивниц в относительно экологически благоприятной территории Бурятии, поселке Аршан.

На современном этапе проблема аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний является одной из ведущих медико-социальных проблем. За последние 14 лет по разным регионам России число больных аллергодерматозами и бронхиальной астмой возросло на 65% [16] и продолжает неуклонно расти [2,12,21]. В развитии аллергии, особенно псевдоаллергии, большое значение играют факторы окружающей среды, которые могут быть природными и антропогенными [21]. Так увеличение в 2-3 раза каждые 20-30 лет

аллергической заболеваемости, в структуре которой и псевдоаллергические состояния, связывают с антропогенным воздействием окружающей среды, что связано напрямую с увеличением ее загрязнения. Ряд исследователей также более высокую распространенность этих заболеваний регистрировали в зонах с большим загрязнением окружающей среды [2]. Нашими исследованиями установлено, что рост идет, в основном, в подобных условиях, за счет псевдоаллергических состояний [15,17,20].

Известно, что удельный вес до 50-60% в структуре аллергических заболеваний занимают аллергодерматозы [21]. Однако имеются работы, свидетельствующие о том, что респираторные аллергозы лидируют.

Данные официальной статистики по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения не соответствуют истинной величине заболеваемости и распространенности аллергических болезней среди населения [6]. При эпидемиологических целевых исследованиях ряда промышленных районов выявляемость аллергодерматозов в 2,5 раза была выше по сравнению с относительно благоприятными. Установлены более высокие показатели распространенности аллергодерматозов в районах с повышенным загрязнением атмосферного воздуха (89,9 против 51,8 на 1000) [21].

Согласно современным исследованиям, крапивница занимает одно из лидирующих мест в структуре аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний [9], а среди взрослых она занимает первое место [5]. Наши работы 70-80-х лет проведенные в Красноярском крае показали, что крапивница в 79% случаев была неиммунного характера. Что нашло подтверждение в дальнейших работах С.В. Смирновой, В.И. Пыцкого, Т.П. Сизых [9,10,11,13,14,15,17,21]. В эпидемиологических исследованиях 70-80-х лет предыдущего столетия нет сведений о распространенности псевдоаллергических состояний. В единственной встреченной нами от 90-х лет работе С.В. Смирновой, посвященной эпидемиологическим исследованиям населения Эвенкии, говорится, что псевдоаллергическая крапивница на территории Таймыра встречалась в 42,2-75,0% случаев, а аллергическая - в 45,0-62,5%. На долю крапивниц и ангионевротического отека, по ее данным, приходится 50,7% от всех проявлений аллергии у коренного населения и 46,1% - у пришлого населения. [21]. Поскольку верификация этиологических факторов, да и самой псевдоаллергии в эти годы была возможна только на основании клинических проявлений и аллергологического обследования, то и к этим данным нужно относиться соответственно. О чем свидетельствуют полученные С.В. Смирновой одинаковые показатели распространенности как аллергических, так и псевдоаллергических крапивниц в Эвенкии. При изучении нами структуры аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний в г. Иркутске и области выявлено достоверное ($p < 0,01$) преобладание кожных форм (58,0%) над респираторными (42,0%). Среди кожных форм на всех исследуемых территориях преобладали крапивница и отек Квинке. В сельском пос. Мегет удельная доля их равна 27,4% от всех аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний, а в микрорайонах города Иркутска: Юбилейном - 25,6% и в Солнечном - 39,3%, в г. Ангарске - 28,3% [7]. При углубленном клинико-аллергологическом обследовании больных крапивницей в областной клинической больнице г. Иркутска нами установлено, что лишь каждый седьмой (14,2%) больной имел

истинную аллергическую природу заболевания [18].

Материалы и методы

Эпидемиологическое исследование нами проводилось в курортном поселке Аршан, который находится на территории Тункинской долины Республики Бурятия.

Тункинский национальный парк образован в соответствии с постановлением правительства РСФСР от 25.05.1991 г. Общая площадь составляет 1183,7 тыс. га. [3], из них 0,2 тыс. га (менее 1%) занимает лечебно-оздоровительная зона, к которой относятся курорт "Аршан" и водолечебница "Нилова Пустынь" [19]. К началу голоцена (10-8 тыс. лет назад) природный ландшафт собственно Тункинской котловины в основном сформировался и в значительной степени соответствует современному ландшафту. Уже в конце XIX в. и в XX в. антропогенное воздействие стало изменять их динамическое экологическое равновесие: развитие пахотного земледелия повлекло нарушение гумусового горизонта почвы, образование оврагов и развеваемых песков [4]. Однако в Тункинской долине нет промышленных предприятий, и есть только относительно небольшая площадь сельскохозяйственных угодий. Традиционными отраслями хозяйства являются скотоводство, добыча охотничье-промысловых животных, рыболовство, сбор кедровых орех, ягод, лекарственного растительного сырья, земледелие [19]. Поселок Аршан расположен в предгорье Восточных Саян и охвачен лесным массивом, в основном хвойным лесом: сосна, кедр, лиственница, ели, с зарослями багульника, в связи с чем. воздух на курорте "Аршан" целебный, богат эфирными маслами. Посреди поселка течет горная река Кынгарга. Аршан относится к среднегорью. 9200 м над уровнем моря, поэтому воздух разрежен. Снижение атмосферного давления снижает парциальное содержание кислорода в атмосфере, создавая условия тренирующей альвеолярной гипоксии. Атмосферное давление в Аршане держится устойчиво в пределах 907-916 миллибар, в зимнее время могут наблюдаться значительные его перепады, сопровождающиеся ветрами. Однако они бывают не чаще 5-6 раз в год. Благодаря особенностям атмосферной циркуляции в Восточной Сибири солярный климат Аршана благоприятнее, чем на тех же широтах Европейской территории [1]. Сумма годовых часов солнечного сияния более 25 тысяч часов. По данным В.Н. Жинкина (1926), среднесуточное число часов (6,4 часа) превосходит Пятигорск, уступает лишь Мадриду, Сан-Фернандо в Испании и Байрам-Али в Средней Азии. Особенность светового луча здесь состоит в том, что 1/3 его составляют коротковолновые (ультрафиолетовые) пучки. Сочетание большого количества ультрафиолетовых лучей с разреженностью воздуха создают хорошие условия для ионизации воздуха. Тункинская долина окружена со всех сторон горами: Саянами, Хамар-Дабан. Все вышеизложенное создает благоприятные климато-природные условия проживания. Северные хо-

лодные циклоны из-за гор не оказывают существенного влияния на климат п. Аршан.

Таким образом, замкнутость территории, отсутствие крупной и средней промышленной базы, наличие небольшого местного производства, присутствие минеральных источников и курортной зоны обеспечили в какой-то мере более благополучное состояние для окружающей среды. Но все же на территории поселка Аршан не обеспечено полное отсутствие загрязняющего фактора, на что указывает содержание отдельных химических ингредиентов, превышающих фон, в снежном покрове [8].

Нами проводились исследования: эпидемиологическое, клиническое, клинико-лабораторное, биохимическое, функциональное, аллергологическое, исследование микросомального окисления печени и клинико-статистическое.

Эпидемиологическое исследование (стандартизованный сбор аллергологического, семейного, профессионального, пищевого, фармакологического анамнеза по специально разработанной анкете) проводилось в два этапа. На I этапе сплошным анкетно-опросным методом, разработанным ЦНИАЛ АМН СССР (А.Д. Адо, А.А. Польшер, 1963, Л.А. Горячкина и соавт., 1982) и переработанным и дополненным нами, проведено сплошное обследование населения п. Аршан.

На II этапе выявленные в ходе скринингового опроса больные с жалобами аллергического и псевдоаллергического характера были подвергнуты комплексному клинико-аллергологическому и лабораторно-инструментальному обследованию с целью установления окончательного диагноза и уточнения этиологии и механизмов развития крапивницы и отека Квинке.

Традиционное клинико-лабораторное обследование включало: осмотр, общий анализ крови и мочи. ЭКГ. Биохимическое исследование проводилось в рамках следующих синдромов: а) цитолитический: определение АЛТ, АСТ, соотношения АСТ/АЛТ (коэффициент де Ритиса) кинетическим методом DGKC; б) холестатический: показатели билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы ферментативными реакциями на биохимическом анализаторе "Cormay Livia - 18", Польша; в) мезенхимально-воспалительный: показатели тимоловой пробы унифицированным методом, общего белка биуретовым методом; г) гепатодепрессивный (нарушение синтетической функции

печени): показатели холинэстеразы кинетическим методом DGKC, холестерина с помощью ферментативных реакций специальными реактивами на биохимическом анализаторе "Cormay Livia - 18".

Аллергологическое обследование (проведение кожных и провокационных тестов с бытовыми, пыльцевыми, лекарственными аллергенами, включая назальные, подъязычные, оральные). Бытовые и пищевые аллергены получены в Московском НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, пыльцевые - в Ставропольском НИИВС.

Пероральный провокационный тест с аспирином выполнялся согласно рекомендациям НИАЛ РАМН (А.Д. Адо, 1978).

Изучение состояния микросомального окисления в печени осуществлялось с использованием антипириновой пробы на спектрофотометре СФ-26, в соответствии с методическими рекомендациями "Новый метод оценки функционального состояния печени в клинике внутренних болезней и при диспансеризации некоторых контингентов населения" под ред. Акад.А.С. Логинова, Москва (1990).

Состояние органов пищеварения оценивали по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости на аппарате "Алока-500" (Япония) по общепринятой методике. По показаниям проводилась фиброгастроскопия гастродуоденоскопом фирмы "Olympus".

Полученные результаты подвергались статистической обработке при помощи программы "Биостатистика для Windows" на персональном компьютере. Вычислялись средние арифметические значения показателей и ошибки средних ($M \pm t$). Для оценки достоверности различий между исследуемыми показателями использовался критерий Стьюдента.

Население п. Аршан составляет 2263 человека. На I этапе обследовано 1542 (68,1%) человека, т.е. охват 100% - сплошной лиц, постоянно проживающих в поселке Аршан. Остальные являются "дачниками", т.е. приезжают в поселок только в теплые месяцы года, а в остальное время проживают в городах Восточной Сибири. Среди населения п. Аршан преобладали женщины - 58,6% от всего населения, а мужчины - 41,4%. Детей до 15 лет было 384 (26,7%) от числа обследованного населения, подростки и лица до 20 лет - 151 (9,8%). Трудоспособное население в возрасте от 21 до 60 лет было равно 830 (53,9%). Почти поло-

Таблица 1.

Половозрастная характеристика лиц, с подозрением на аллергические заболевания и псевдоаллергические состояния, выделенных на I этапе эпидемиологического исследований в п. Аршан.

Группы		Количество человек							Итого
		0-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 и старше	
мужчины	п	13	7	3	9	3	1	3	39
	%	9,2	5,0	2,1	6,4	2Д	0,7	2,1	27,6
женщины	п	12	4	15	24	23	12	12	102
	%	8,5	2,9	10,7	17,0	16,3	8,5	8,5	72,4
Всего	п	25	11	18	33	26	13	15	141
	%	16,7	7,9	12,8	23,4	18,4	9,2	10,6	100,0

вину населения (45%) составили: рабочие (25%) и служащие (20%), которые в основном являются обслуживающим персоналом курорта "Аршан". Четверть населения представлена учащимися и студентами (24%), а остальные 31% - пенсионеры, инвалиды, домохозяйки и прочие. В группу "прочие" (14%) вошли безработные, дети дошкольного возраста.

Для сравнительной характеристики клинического материала набрана контрольная группа - 40 практически здоровых лиц в возрасте от 19 до 67 лет. Обязательным условием для них было отсутствие аллергической, псевдоаллергической и гастроэнтерологической патологии. Из них женщин было 64,9%, мужчин - 35,1%, средний возраст их - $38,45 \pm 2,21$ лет.

Целью нашей работы явилось изучение распространения аллергической и псевдоаллергической форм крапивниц на территории относительно экологически благоприятного села Аршан.

Результаты и обсуждения

На I этапе выявлено 141 (9,14%) больной на 1542 с подозрением на наличие аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний (табл.1). Из них 72,3% женщины, 27,7% - мужчины. Как видно из таблицы 1, детей до 15 лет было 17,7% случаев, подростков до 20 лет - 7,9%, трудоспособное население от 21 до 60 - 63,8%, больных пенсионного возраста - 10,6%. Среди них служащих было 36,2%, учащихся и студентов - 18,4%, рабочих - 17,7%, пенсионеров - 12,8%, прочих - 11,4%. Самая малочисленная группа представлена домохозяйками - 3,5%. В п. Аршан, как и в исследованиях других авторов преобладают лица женского пола и служащие [7].

Среди всех выявленных больных с аллергическими заболеваниями и псевдоаллергическими состояниями две трети (64,2%) случаев представлены кожными формами. Наиболее часто, в 45,8% случаев в структуре аллергических и псевдоаллергических состояний встречалась крапивница и отек Квинке. Еще с большей частотой они регистрировались среди кожных форм - у 65 из 91 (71,4%). У 23 (16,3%) среди исследуемых больных отмечено сочетание 2 патологических состояний. Наиболее частым было сочетание бронхиальной астмы и крапивницы - у 4 (3,6%) больных, крапивница + риносинусопатия - у 4 (2,9%), крапивница + поллиноз, бронхиальная астма + атопический дерматит, риносинусопатия + контактный дерматит - по 2 больных. Встречались по 1 разу такие сочетания как крапивница + атопический дерматит, крапивница + контактный дерматит,

бронхиальная астма + полипозный риносинусит, бронхиальная астма + контактный дерматит, атопический дерматит + риносинусопатия, поллиноз + полипозный риносинусит, отек Квинке + шок, поллиноз + шок - по 1 разу. Как видно из таблицы 2, респираторные аллергии и псевдоаллергии, по данным опроса, встречались реже - у 54 (38,2%) больных среди населения п. Аршан, нежели кожные формы. Такие формы как лекарственная непереносимость (5%), инсектная аллергия (2,1%) и шок (2,9%) обнаружены в небольшом проценте случаев (табл.2).

Таблица 2.

Структура аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний в п. Аршан по I этапу эпидемиологических исследований (n - 141)

Нозологическая единица	Частота случаев	
	п	%
Крапивница и отек Квинке	65	45,8
Бронхиальная астма	24	17,0
Контактный дерматит	12	8,5
Полипозный риносинусит	4	2,8
Поллиноз	13	9,2
Риносинусопатия	13	9,2
Атопический дерматит	14	9,9
Шок	4	2,9
Лекарственная непереносимость	7	5,0
Инсектная аллергия	3	2Д
Всего:	159	130,4

Из 141 было выявлено 65 (46,1%) больных с признаками крапивницы и отека Квинке. Из них дети до 15 лет составили 10 (15,4%) человек, а взрослые - 55 (84,6%).

В данное исследование включены только взрослые лица. Согласно таблицы 3, страдали крапивницей половина (52,7%) в возрасте 31-50 лет, 1/4 (25,6%) - 16-30 и 1/5 (21,8%) - 51 лет и старше. Следовательно, 78,2% от всех выявленных больных с крапивницей были лица до 50 лет, т.е. активного трудового периода жизни. Большинство больных (85,5%) были женщины со средним возрастом $42,78 \pm 2,09$ и мужчин - только 14,5%, средний возраст которых равнялся $34,12 + 8,75$ лет.

Полному клинко-лабораторному и аллергологическому обследованию подверглись все 55 взрослых больных крапивницей и ангионевротическим отеком.

По численности наибольшая социальная группа - 28 (50,9%) больных крапивницей представле-

Таблица 3.

Поло-возрастная характеристика обследованных больных крапивницей и отеком Квинке в п. Аршан

Пол	Количество больных в половозрастных группах													
	16-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61 и старше		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Муж.	4	7,3	1	1,8	1	1,8	-	-	-	-	2	3,6	8	14,5
Жен.	5	5,5	6	10,9	13	23,6	15	27,3	5	9,1	5	9Д	47	85,5

на служащими, причем половина из них - 14 (50,0%) являлись медицинскими работниками. Рабочих было 11 (20%), пенсионеров - 7 (12,7%), домохозяек - 3 (5,5%) и прочих - 6 (10,9%).

Изучая образ жизни больных крапивницей, нами установлено по данным опроса, что 16 (29,1%) из них были курящие, причем 6 - "злостные курильщики", т.е. выкуривали до 20 сигарет в день в течение 20 лет и более. Употребление алкоголя более 1 раза в месяц установлено у 22 (40,0%) больных.

Подвергались воздействию вредных производственных факторов почти половина - 25 (45,5%) больных. Среди них наиболее частым был контакт с химическими веществами и красителями и работа с кровью - по 15 (27,3%) больных, работа с биологическим материалом - 6 (10,9%), загазованность, контакт с бензином, запыленность - по 2 (8,0%).

Из факторов риска заражения хроническим вирусным гепатитом отслеживаются такие как: лечение у стоматолога - у 55 (100,0%) больных, работа с кровью - у 15 (27,3%), оперативное лечение - у 13 (23,6%), проводились гемотрансфузии - у 3 (5,5%), контакт с больными гепатитами - у 1 (1,8%). Вирусный гепатит по данным анамнеза перенесли 8 (14,5%) больных. Страдают хроническим вирусным гепатитом - 4 (7,3%).

В рационе питания у обследованных больных преобладали белковая (47,2%) пища и изделия из муки и крупы (25,0%). И лишь в 27,8% случаев рацион больных был богат овощами, фруктами, зеленью. Причем только в 21,6% случаев больные соблюдали режим питания.

У больных с крапивницей из сопутствующей патологии наиболее часто встречались: хронический холецистит - у 33 (60,0%), на втором месте - хронический бронхит и артериальная гипертензия - у 15 (27,3%), панкреатит - у 8 (14,5%), ИБС - у 5 (9,1%), гастрит или язвенная болезнь - у 6 (10,9%), мочекаменная болезнь - у 4 (7,3%), ревматизм - у 3 (5,5%), полипоз носа, желудка, шейки матки - у 3 (5,5%).

Изолированная крапивница встречалась наиболее часто - у 33 (60,0%) больных, нежели изолированный отек Квинке - у 11 (20,0%). Сочетание этих кожных форм отмечено у других 11 (20,0%) больных.

Треть больных при опросе связывали развитие крапивницы с приемом лекарств (36,4%) или пищи (32,7%), с воздействием физических факторов (20,0%), с контактом с растениями, чаще с ботвой томатов (16,4%). Возникновение отеков на укусы насекомых (пчелами или осами) отмечено в 10,9% случаев.

Единицы (5,5%) увязывали развитие крапивницы при контакте с химическими веществами. Один из больных не мог назвать причину (табл.4). Среди лекарственных препаратов наиболее часто в качестве причины больными назывался пенициллин (20,0%), среди пищевых агентов (в 50%) - прием естественных салицилатов (клубни-

ки, малины, земляники, цитрусовых). Из физических факторов в 10,9% называлась инсоляция, в 7,3% холодное воздействие и дермографизм - в 1,8%.

Таблица 4.

Частота связи развития болезни с предполагаемой причиной (n - 55)

Причины	Частота встречаемости	
	п	%
Лекарственные препараты:	20	36,4
Пищевые агенты:	18	32,7
Физические факторы:	11	20,0
Контакт с травами и цветами	9	16,4
Работа с химическими веществами	3	5,5
Не установлена причина	1	1,8

Следует отметить, что причиной крапивницы и отека Квинке у 19 (34,5%) больных, т.е. у каждого третьего, по данным опроса, было названо 2-3 причины: пенициллин и инсоляция - по 3 случая; пенициллин и контакт с травой; клубника, малина и пыльца березы; контакт с краской и инсоляция; сульфаниламиды и холод; сульфаниламиды и пенициллин; но-шпа и рыба; пенициллин и эуфиллин; контакт с травой, персики и инсектная; парацетомол и отек Квинке на ужаление осы; мак и анальгин; лук и полынь; цитрусовые и отек Квинке на ужаление пчелы; новокаин и отек Квинке предплечья на укус осы; отек Квинке руки на ужаление осы и контакт с травой; земляника и прием антибиотика; цитрусовые и отек Квинке губ рта на ужаление пчелой - по одному. Средний возраст на момент дебюта крапивницы составил 29,31±3,72 лет.

Таким образом, наши данные соответствуют данным литературы, что наиболее часто высыпания связаны с приемом лекарственных препаратов (чаще пенициллина), либо пищи (в половине случаев - естественных салицилатов). Реже встречается контактная и физическая крапивница, причем в половине случаев это крапивница от инсоляции, что, возможно, объясняется высокой активностью солнца на исследуемой территории. Инсектная аллергия выявлена у каждого десятого. Треть больных указывали 2-3 причины возникновения крапивницы.

Высыпания сопровождались зудом в 66,7% случаев, а жжением - в 16,7% и не сопровождались ни тем ни другим - в 6,6%. Сыпь была правильной округлой, овальной формы только в 35,5% случаев, множественной, как и симметричной - в 22,2%. Высыпания имели неправильную форму - в 27,8%. Размером волдыри были: мелкие - в 32,7% случаев, огромных размеров - в 18,2%, с горошину - в 5,5%, с боб - в 3,6%, в виде полос - в 1,8%, сливающиеся между собой - в 20,0%. Во время высыпаний больных беспокоили: нарастание общей слабости - в 41,7% случаев, горечь во рту - в 19,4%, боль или тяжесть в правом

подреберье - в 19,4%, метеоризм - в 8,3%. Кроме того в период высыпаний была сонливость - в 8,3%, головная боль - в 8,3%, гипотония - в 8,3% и повышение температуры - в 5,5%.

Таблица 5.
Характер жалоб у больных с хронической крапивницей

Синдромы, симптомы	Частота встречаемости симптомов среди больных, n=55	
	п	%
<i>Кожный синдром:</i>	55	100,0
- волдырные высыпания	44	80,0
- локальные отеки	18	32,7
- с чувством жжения	8	14,5
- с зудом	39	70,9
<i>Желудочная диспепсия:</i>	50	90,9
- боли в животе	30	54,5
- тошнота	25	45,5
- рвота	16	29,1
- изжога	23	41,8
- отрыжка	25	45,5
<i>Кишечная диспепсия:</i>	42	76,4
- метеоризм	42	76,4
- запоры	22	40,0
<i>Гепатобилиарный синдром:</i>	52	94,5
- горечь во рту	42	76,4
- тяжесть в правом подреберье	48	87,3
- темная моча	9	16,4
- светлый стул	5	9,1
- кожный зуд, не связанный с высыпаниями	19	34,5
<i>Астено-вегетативный синдром:</i>	43	78,2
- головная боль	38	69,1
- слабость	31	56,4
- гипотония	21	38,2

У всех больных обнаружены те или иные признаки гепатобилиарного синдрома и желудочно-кишечной диспепсии, которые они периодически отмечали и в период ремиссии крапивницы. Так в

94,5% случаев выявлен гепатобилиарный синдром, в 76,4% - кишечной диспепсии, в 70,9% - желудочной диспепсии, в 78,2% - астеновегетативный (табл.5). Наиболее распространенными (в 87,3%) были жалобы на периодическую тяжесть в правом подреберье, затем (76,4%) - на горечь во рту. У каждого третьего больного был кожный зуд, не связанный с высыпаниями, а как самостоятельный симптом, в 16,4% - темная моча. При изучении синдрома желудочной диспепсии наиболее частой жалобой (54,5%) были боли в эпигастальной и околопупочной области. Около половины больных (45,5%) предъявляли жалобы на периодическую тошноту, чаще всего связанную с погрешностями в диете, рвота встречалась у трети (29,1%). В 41,8% случаев больные страдали изжогой и в 45,5% - отрыжкой. В 76,4% случаев регистрировались те или иные признаки кишечной диспепсии, причем у всех них отмечались эпизоды метеоризма (76,4%), в 40,0% - запоры и в 9,1% - светлый стул. Из проявлений астеновегетативного синдрома чаще всего встречались жалобы на головную боль в первой половине дня (69,1%), слабость и разбитость по утрам (56,4%) и гипотонию (38,2%).

Таким образом, выявлено, что все больные имели те или иные жалобы, свидетельствующие о клеточно-печеночной недостаточности, холестазе, интоксикационном синдроме, а также желудочно-кишечной диспепсии.

При осмотре у всех больных наблюдались один или несколько признаков поражения печени - "печеночные знаки". Из них чаще встречались желтушность мягкого неба (76,4%) и склер (69,1%), сосудистые "звездочки", преимущественно на спинке носа и в области яремной вырезки (58,2%), пятна Воячека (47,3%). Значительно реже встречалась пальмарная эритема (9,1%). Увеличение размеров печени по Курлову на 1-2 см найдена в 20,0% случаев, болезненность при пальпации в эпигастальной или околопупочной областях - в 29,1%, в правом подреберье - в 29,1%, положительный симптом Ортнера - в 60,0%, френкикус-симптом - в 20,0%.

Таблица 6.
Средние величины биохимических показателей у больных крапивницей в фазу ремиссии.

Показатель	Исследуемые группы		Р
	Здоровые. n=40	Больные, n=55	
Билирубин, мкмоль/л	12,3±0,56	12,28±0,54	0,861
Холестерин, ммоль/л	4,28±0,25	5,03±0,19	<0,001
АЛТ, ед/л	17,77±1,29	• 22,13±2,17	<0,001
АСТ, ед/л	22,29±0,77	26,38±3,41	<0,001
АСТ/АЛТ	1,29±0,01	1,40±0,10	<0,001
Щелочная фосфатаза, ед/л	245±21,08	237,2±29,8	0,16
Тимоловая, ед	1,49±0,17	3,46±0,35	<0,001
Холинэстераза, ед/л	8765,2±242,13	6914,0±11,2	<0,001
Креатинин, ммоль/л	0,072±0,002	0,092±0,024	<0,001
Триглицериды, ммоль/л	1,086±0,17	1,16±0,15	0,027
Мочевая кислота, мкмоль/л	253,1±12,8	249,2±15,6	0,2
Общий белок, г/л	78,34±1,78	74,55±2,55	<0,001

Итак, при осмотре, как и при опросе, у всех больных крапивницей и отеком Квинке обнаружены объективные признаки поражения гепатобилиарной и желудочно-кишечных систем. В отдельности такие симптома как желтуха, сосудистые звездочки, симптомы Ортнера выявлялись у большинства и достаточно часто - пятна Воячека, боль при пальпации правого подреберья и увеличение печени.

При проведении аллергологического обследования у 54 из 55 больных, которые указывали на связь с лекарствами, растениями, пищевыми веществами, как правило, сенсibilизации к ним не было обнаружено ни кожными, ни провокационными тестами. Только у 6 (10,9%) больных были получены положительные тесты: провокационный с холодом - у 4 (7,3%) больных, скарификационные и провокационные (назальные, подъязычные) с растительными аллергенами - у 1 (1,8%), капельная проба с пенициллином - у 1 (1,8%). С другими лекарствами, на которые больные указывали по анамнезу, при аллергологическом обследовании (аппликационная, капельная, скарификационная, провокационная подъязычная и оральная, назальная) тесты были отрицательными. Таким образом, согласно анамнеза, клиники, результатов аллергологического обследования выделена группа псевдоаллергических крапивниц - 53 (96,4%) и аллергических - 2 (3,6%).

Как следует из таблицы 6, при изучении средних величин показателей, характеризующих цитолитический, холестатический синдромы достоверных различий между группами больных крапивницей и здоровыми не выявлено. При изучении гепатодепрессивного синдрома установлено значимое снижение холинэстеразы ($p > 0,001$). Таким образом, у больных крапивницей обнаружены признаки снижения синтетической функции печени (гепатодепрессивный синдром). Хотя уровень общего белка не отличался от значений, полученных у здоровых лиц, однако уровень содержания холинэстеразы, самого информативного показателя синтетической функции печени, снижен. При изучении мезенхимально-воспалительного синдрома установлено значимое увеличение значений тимоловой пробы ($p > 0,001$) в группе больных относительно здоровых.

Для оценки микросомального окисления в печени всем больным проводился антипириновый тест. Оценивались два показателя: $T'A$ антипирина - время полувыведения антипирина из организма (в часах) и CL - клиренс антипирина (в мл/мин.) (табл.7). Для этого больные были поделены на 2 группы, в зависимости от формы крапивницы: аллергические и псевдоаллергические. Группа

аллергических крапивниц представлена только двумя больными, у которых не выявлено значимого отличия периода полувыведения антипирина и его клиренса со здоровыми людьми ($T'A$ ант. было $11,2 \pm 1,53$ и $11,9 \pm 0,66$ часов, CL ант. - $39,1 \pm 2,14$ и $40,3 \pm 1,42$ мл/мин. Установлено достоверное увеличение периода полувыведения $T'A$ антипирина у больных в группе псевдоаллергической крапивницы как и существенное снижение клиренса антипирина ($p < 0,001$) относительно здоровых лиц. Таким образом, можно сделать вывод, что микросомальное окисление в печени (деятельность различных изоформ цитохрома P-450) нарушено у больных с псевдоаллергическими формами крапивниц и отека Квинке, что не характерно для аллергических крапивниц.

Таблица 7.
Результаты антипиринового теста
у больных крапивницей

Исследуемые группы	Показатели	
	$T'A$ антипирина, час.	Клиренс антипирина, мл/мин.
Здоровые, $n=40$	$10,84 \pm 0,14$	$39,77 \pm 1,17$
Больные с псевдоаллергической формой крапивницы и ангиотека, $n=53$	$15,78 \pm 0,23^*$	$26,73 \pm 0,80^*$

Примечание: * - достоверность различий между группами больных крапивницей и отеком Квинке и здоровыми ($p < 0,001$).

Подводя итог можно сказать, что в с. Аршан распространенность крапивницы составила 35,7 на 1000 населения, причем преобладала псевдоаллергическая форма (96,4%) над аллергической (3,6%). Среди больных крапивницей преобладали женщины среднего возраста, что соответствует литературным данным. У всех больных псевдоаллергической крапивницей при опросе и осмотре были обнаружены те или иные признаки поражения гепатобилиарной и желудочно-кишечной систем. При лабораторном исследовании у них выявлено нарушение синтетической (достоверное снижение холинэстеразы) и метаболической (значимое удлинение $T'A$ антипирина и снижение его клиренса) функций печени. Наиболее частыми причинами, приводившими к развитию крапивницы были лекарственные и пищевые факторы. При аллергологическом обследовании только у 2 больных с аллергической крапивницей тесты с причинно-значимыми аллергенами были положительными и у 4 - на холод.

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL INVESTIGATION OF URTICARIA IN VILLIGE ARSHAN, BURYAT REPUBLIC

N.K. Safronenko, T.P. Sizikh

(Irkutsk State Medical University)

The data on the prevalence and structure of allergic and pseudoallergic urticaria in comparatively favourable territory of Buryat Republic is presented.

Литература

1. Беланова О.В. Некоторые медико-экологические характеристики курорта Аршан. // Гидрометеорологическая наука - народному хозяйству Сибири. Тезисы докладов. - Иркутск, 1986. - С.30-31.
2. Дякина Н.Ю., Гушин И.С. Неаллергенные средовые факторы предрасположенности к аллергии. / Аллергия, астма и клиническая иммунология. - 2001. - №3. - С.3-7.
3. Екимовская О.А. Экологический риск и социальные конфликты в республике Бурятия. // Экологический риск: анализ, оценка, прогноз. - Иркутск, 1998. - С.57-58.
4. Котельникова Н.В. Экологическая оценка ландшафтов Тункинской котловины на разных этапах освоения. // География Азиатской России на рубеже веков. - Иркутск, 2001. - С.58-59.
5. Лусс Л.В. Современные представления о патогенезе и принципах терапии крапивницы и ангионевротического отека Квинке. / Лечащий врач. - 2001. - №4. - С.26-30.
6. Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы. Ильина Н.И., Гушин И.С., Латышева Т.В. и др. / Аллергия, астма и клиническая иммунология. - 2000. - №4. - С.1-64.
7. Никонова М.А. Распространенность, клинические аспекты аспириновой астмы среди жителей города и села в Иркутской области. И Дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 2001 - 128 с.
8. Покатилов Ю.Г. Коротко о гидрохимии Тункинской котловины. // Биогеохимия гидросферы Восточной Сибири. - Новосибирск, 2000. - С.247.
9. Пыцкий В.И., Смирнова С.В., Сизых Т.П. Клинико-патогенетические варианты крапивницы / Сов. медицина. - 1987. - №8. - С.15.
10. Пыцкий В.И., Смирнова С.В., Сизых Т.П. Типы крапивниц, их клинико-патогенетические варианты, дифференциальная диагностика и лечение. - М., 1993. - 18 с.
11. Пыцкий В.В., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. 3-е издание, переработанное и дополненное. - М.: Изд. "Триада-Х", 1999. - С.372-395.
12. Пыцкий В.И. Атопия и группа atopических и псевдоатопических заболеваний. 2. Роль типа конституции / Тер. архив. - 2000. - Т.72, №12. - С.64-67.
13. Сизых Т.П. Крапивница. Отек Квинке. / Неотложные состояния в практике врача-терапевта. // Под ред. Т.П.Сизых. - Иркутск, 1994. - С.128-139.
14. Сизых Т.П., Лысов В.П., Николаева С.С. Распространенность аллергических заболеваний у населения селитебной зоны крупнотонажного производства микробного белка // Последствия и прогноз взаимодействия человека с окружающей средой: Сб. докладов 3-й объединенной научной сессии всех НИИ и ВУЗов медико-биологического профиля. г. Иркутска. - Иркутск, 1992. - С.39-40.
15. Сизых Т.П., Богова А.В., Николаева С.С. Распространенность аллергических заболеваний среди рабочих белково-витаминного предприятия // 4-й Национальный Конгресс по болезням органов дыхания: Тез. докладов. - СПб., 1994. - С. 1234.
16. Сизых Т.П., Никонова М.А. Распространенность эндогенной формы астмы в зависимости от характера и уровня антропогенного загрязнения окружающей среды // Материалы международной конференции "Экология. Образование. Здоровье". Иркутск, 2000. - С. 164-168.
17. Сизых Т.П., Никонова М.А. Распространенность аспириновой астмы и ее неразвернутых вариантов течения в структуре аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний // Сиб. мед. журнал. - 2000. - № 4. - С.26-31.
18. Сизых Т.П., Николаева С.С. Особенности течения псевдоаллергической крапивницы и отека Квинке // Сиб. мед. журнал. - 2002. - №2. - С.72-73.
19. Савенкова Т.П. Охраняемые природные территории бассейна озера Байкал. - Иркутск, 2001. - С.183.
20. Смирнова С.В., Сизых Т.П., Алексейцева С.П. Значение хронического вирусного гепатита в развитии хронической рецидивирующей крапивницы. Тезисы межнациональной научно-практической конференции гастроэнтерологов // Актуальные вопросы гастроэнтерологической патологии в различных климатогеографических зонах. - Якутск, 1983. - С.87-88.
21. С.В.Смирнова. Аллергия и псевдоаллергия. / Красноярск: "Гротеск". - 1997. - 218 с.

© ГАЙДАРОВА Т.А. -
УДК 616.441-008.64

БРУКСИЗМ - БОЛЕЗНЬ СТРЕССА

Т.А. Гайдарова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ, д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра ортопедической стоматологии, зав. - д.м.н., проф. А.Я.Вязьмин)

Резюме. В статье приведены данные уровня кортизола у больных бруксизмом, на основании чего сделано предположение о том, что бруксизм развивается на фоне гиперкортицизма.

Проблемой нарушения функционального состояния жевательных мышц, вследствие повышенного тонического напряжения занимались многие исследователи [1,2,3,4].

Причины происхождения бруксизма по данным отечественной и зарубежной литературы разнообразны. Одни авторы отдают предпочтение местным нарушениям, таким как окклюзионная дисгармония, вызванная деформацией зубных ря-

дов и прикуса, частичным отсутствием зубов, неравномерной патологической стираемостью, нерациональным протезированием [11,12,13]. Но, вместе с тем, не у всех людей с окклюзионными нарушениями развивается бруксизм [11,4,6]. Другие авторы считают, что доминирующее значение имеют общесоматические заболевания [10,11]. Так, Н.Д. Лакошина, М.М. Трунова (1994), Б.К. Мироненко, О.И. Валенкова, А.П. Залиган (1981),