

К ВОПРОСУ О ГИПОДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ВЗРОСЛЫХ

Васильева М.М., Сулима В.В.

Краевой центр аллергологии и клинической иммунологии КГБУЗ ККБ №1

КГБОУ ДПО Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

TO THE PROBLEM OF HYPODIAGNOSIS OF ALLERGIC RHINITIS IN ADULTS

M. Vasileva, V Sulima

The Regional Center of Allergology and Clinical Immunology

Postgraduate Institute for Public Health Workers

Актуальность проблемы аллергического ринита (АР) обусловлена многими факторами: распространенностью заболевания в мире, медико-социальной значимостью, влиянием как на здоровье так и качество жизни пациентов.

Показатели распространенности заболевания в различных странах мира достигают 35%. Однако в РФ отмечается явная гиподиагностика АР. Официальные данные его распространенности, как правило, базируются на показателях обращаемости населения за медицинской помощью (1).

Гиподиагностика и неадекватное лечение приводит к росту числа тяжелых неконтролируемых форм АР: лишь в 8% случаев диагноз АР ставится в течение 1 года после появления начальных симптомов заболевания, и только 16-20% пациентов в дальнейшем получают надлежащее врачебное наблюдение и рациональную терапию (Астафьева Н.Г., Удовиченко Е.Н., 2005; Ильина Н.И., Коровкина Е.С., Курбачёва О.М., 2006).

Распространенность аллергического ринита среди взрослого населения Хабаровского края по данным обращаемости составляет 24,4%, в том числе, сезонный аллергический ринит выявлен в 13,6% случаев, круглогодичный аллергический ринит – в 10,8% случаев (7, 8, 9).

Общепризнанно, что АР в значительной мере способствует высокой заболеваемости ОРВИ у детей, что обусловлено целым рядом факторов, прежде всего снижением барьерной функ-

ции слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Воздействие факторов, загрязняющих воздух: продуктов горения, выхлопных газов, табачного дыма способствуют как более тяжелому течению аллергического ринита, так и учащению ОРВИ (2,4).

Усилению воспаления аллергического генеза при АР способствует постоянный уровень минимального воспаления, которое характеризуется инфильтрацией тканей воспалительными клетками (эозинофилы, нейтрофилы), а так же активацией межклеточных молекул адгезии (ICAM – 1), являющихся рецептором для 90% риновирусов, использующих межклеточные молекулы адгезии для проникновения в эпителиальные клетки макроорганизма (в том числе аденовирусы, вирусы гриппа и др.). Минимальное персистирующее воспаление у лиц с аллергопатологией может не иметь клинических проявлений, но может усиливаться при контакте с причинно-значимыми факторами, например, вирусами, и проявляться в виде выраженных клинических симптомов (3, 10).

В связи с тем, что частота выявления аллергии прямо коррелирует с уровнем заболеваемости ОРВИ, понятен интерес практических врачей к проблеме рациональной терапии ОРВИ и их осложнений у детей, страдающих АР (10). Однако публикации, посвященные высокой заболеваемости ОРВИ у больных АР среди взрослых малочисленны.

Цель: Ретроспективно проанализировать особенности течения аллергического ринита по обращаемости у взрослого контингента Хабаровского края.

Материалы и методы:

Ретроспективно, методом случайной выборки, проанализировано 500 амбулаторных карт пациентов, обратившихся в Краевой центр аллергологии и клинической иммунологии в период с 2012 по 2014г.г. Установлено, что из 500 пациентов – 24% (120 человек) приходится на больных аллергическим ринитом (круглогодичный и сезонный аллергический ринит). При анализе жалоб при первичном обращении пациентов с АР, были выделены 2 группы больных: 1 группа 54% (65 больных) - больные аллергическим ринитом с типичными жалобами для данного заболевания (заложенность носа, выделения из носа, головные боли, чихание и пр.) и 2-я группа - 46% (55 пациентов) - больные с жалобами на частые простудные заболевания и рецидивирующие герпетические высыпания в лицевой области.

Соотношение женщин и мужчин составило 2:1. Средний возраст – 34,7 лет.

При анализе особенностей течения ОРВИ у больных АР во 2-ой группе установлено, что в 71% случаев частота ОРВИ превышала 6 раз в год, а в 29% случаев (16 больных) ОРВИ сочетались с рецидивами герпесвирусной инфекции 1 и 2 типа с преимущественной локализацией в лицевой области.

Среди пациентов 2 группы, страдающих частыми ОРВИ, у 36% (20 больных) диагноз АР был установлен впервые, а 64% (35 больных) имели в анамнезе АР.

Пациенты 2 группы до момента обращения на прием к аллергологу-иммунологу, как с установленным диагнозом, так и впервые выявленным АР терапию, направленную на достижение оптимального контроля симптомов АР не получали.

Больным, с впервые выявленным аллергическим ринитом (n =20), по клиническим показаниям было проведено аллергологическое обследование: сенсibilизация к бытовым аллергенам (Der. farinae, Der. pteronissimus, домашняя пыль, библиотечная пыль, шерсть кошки, шерсть собаки) выявлена у 90% (18 пациентов), сенсibil-

лизация к группе пыльцевых аллергенов (микст пыльцы деревьев, микст пыльцы луговых трав, микст пыльцы сорных трав) выявлена у 40% (8 пациентов). Диагноз круглогодичного аллергического ринита установлен в 60% случаев (12 больных), сезонного аллергического ринита - 10% (2 больных) и сочетание круглогодичного и сезонного аллергического ринита установлено - 30% (6 больных).

Исследование иммунного статуса у больных с впервые выявленным АР и жалобами на частые простудные заболевания (n =20) проводилось методом проточной цитометрии на анализаторе NAVIOS (Beckman Coulter, США) - иммунофенотипирование субпопуляций Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, натуральных киллерных клеток. Иммуноглобулины класса А, М, G исследовались методом Манчини. Достоверных изменений со стороны показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета не выявлено.

Выявлено достоверное повышение уровня эозинофилов в сыворотке крови в 85% случаев и повышение уровня лизосомально-катионных белков - 85%. Уровень эозинофилии не превышал -12%.

Выводы:

1. Несмотря на широкую распространенность АР, в настоящее время отмечается гиподиагностика АР

2. Частые и рецидивирующие ОРВИ (более 6 раз в год) могут являться «маской» неконтролируемого течения АР или не диагностированного аллергического ринита у взрослого контингента

3. Среди больных с жалобами на частые ОРВИ и в последствие выявленным аллергическим ринитом наиболее часто встречается круглогодичный АР — 60% и сочетание круглогодичного и сезонного аллергического ринита— 30%.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Этиология, патогенез, проблемы диагностики и лечения аллергического ринита. //Л.В. Лусс //Русский медицинский журнал – 2003, т.11, с.718-728.
2. Терапия острого ринита при острых респираторных инфекциях у детей с аллергическим ринитом. /Е.П. Карпова, М.В. Соколова //Справочник поликлинического врача – 2010, №11, с.52- 56.
3. Острые респираторные инфекции у пациентов с аллергией./О.В. Зайцева //Лечащий врач- 2006, №9, с.28-32

4. Профилактика рецидивирующих респираторных инфекций у детей с аллергическими заболеваниями респираторного тракта. / Л.Ф. Казначеева, А.В. Молокова, К.С. Казначеев, Н.В. Пименова // Вопросы современной педиатрии – 2012, т.11, №5, с.64-65.
5. Международный согласительный документ «Консенсус по аллергическому риниту ЕААСИ», 2000г.
6. Международный согласительный документ WHO ARIA, «Allergic Rhinitis and its Impact on Astma», 2008г.
7. Фармакоэкономическое исследование реальной практики использования антигистаминных препаратов 2-го поколения/С.Ш.Сулейманов, Н.В. Кирпичникова, М.М. Васильева, В.В. Сулима // Фармакоэкономика. – 2009. – № 1. – С. 57–58.
8. Фармакоэкономические аспекты применения антигистаминных препаратов в лечении аллергических заболеваний в Хабаровском крае / В.В. Сулима, С.Ш. Сулейманов, М.М. Васильева, Н.В. Абросимова, О.В. Молчанова // Аллергология. – 2005. – № 3. – С. 46–50.
9. Опыт разработки протоколов регистрации и ведения пациентов с аллергическими заболеваниями в условиях поликлиники на примере аллергического ринита / В.В. Сулима, С.Ш. Сулейманов, М.М. Васильева, Н.К. Зиненко, О.В. Молчанова, Н.В. Кирпичникова // Материалы научно-практической конференции «Роль муниципального здравоохранения в охране здоровья жителей г. Хабаровска» . – Хабаровск, 2008. – С. 58–59.
10. Рекуррентные респираторные заболевания у детей (современные возможности терапии и профилактики). /О.В. Зайцева, Э.Э. Локшина // Учебное пособие- г. Москва, - 2017г.- С. 21-24.

ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Елманова Н.Г.¹, Смирнова О.В.^{1,2}, Титова Н.М.²

¹ФГБНУ ФИЦ КНЦ НИИ медицинских проблем Севера СО РАН

²Сибирский Федеральный Университет

FEATURES OF SECONDARY IMMUNODEFICIENCY BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF BENIGNANT GENESIS

Elmanova N.G.¹, Smirnova O.V.^{1,2}, Titova N.M.²

¹ Research Institute of Medical Problems of the North Krasnoyarsk, Russia

² Siberian Federal University Krasnoyarsk, Russia

Наиболее часто встречаемой патологией желчевыводящих путей является желчнокаменная болезнь. В мире частота ЖКБ варьируется в пределах 3-22% [1]. Доля больных с МЖ составляет 18% и более от общего количества хирургических больных с патологией желчевыводящих путей [2, 3, 4, 5].

Иммунные реакции, обусловленные клеточными и гуморальными механизмами, при поражении печени коррелируют в большинстве случаев с биохимическими показателями активности процесса, такими как уве-

личение щелочной фосфатазы, повышение содержания иммуноглобулинов, снижение содержания альбумина и могут служить критериями печеночной недостаточности [6, 7, 8, 9]. В настоящее время доказано, что изменения в иммунном статусе у пациентов МЖ могут варьировать в достаточно широких пределах [10].

В связи с этим, **целью нашей работы** было изучить особенности клеточного звена иммунитета у больных механической желтухой доброкачественного генеза.