

УДК 616.2-022.1:616.94-022.7 (574)

О.А. МИТКОВСКАЯ

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОЛЛИНОЗА НА ФОНЕ ИНФЕКЦИЙ

В работе дана результативность оценки тяжести течения клинических проявлений поллиноза, эффективность симптоматической терапии поллиноза на фоне сопутствующего хронического воспалительного заболевания. Исследование за 2005-2010 гг. В статье использованы данные клинических исследований в городе Алматы.

Ключевые слова: атопия, бактериальная инфекция, вирусная инфекция, гепатит, поллиноз, сенная астма.

В Казахстане развитие поллиноза чаще всего связано с сенсибилизацией к пыльце сорных трав (полынь, лебеда, конопля), реже с гиперчувствительностью к луговым травам (овсяница, ежа, тимopheевка, мятлик), редко повышенная чувствительность отмечена к пыльце деревьев (береза, карагач). Установлено, что пики содержания пыльцы растений в воздухе совпадают с периодами роста обострения заболевания в данном регионе [6].

Поллиноз – это классическое хроническое аллергическое заболевание, вызываемое пыльцой растений, проявляющееся аллергическим воспалением слизистых оболочек дыхательных путей и других тканей и сопровождающееся симптомами сезонного ринита, конъюнктивита, бронхиальной сезонной астмы, атопического дерматита. В медицинской литературе можно встретить различные названия поллиноза: сенная лихорадка, весенний катар, сезонный ринит и конъюнктивит, пыльцевая астма и другие [1-5, 7-15].

С поллинозом встречаются врачи многих специальностей: аллергологи, оториноларингологи, окулисты, терапевты, дерматологи, инфекционисты и др. До сих пор они ставят неправильные диагнозы: грипп, ОРВИ. Больные длительно и безуспешно лечатся симптоматическими средствами, антибиотиками.

Цель исследования – изучение особенностей течения поллиноза на фоне хронического воспалительного заболевания.

Материал и методы

Направлением нашего исследования было сравнение аллергических заболеваний в различных группах, представлена клиника течения поллиноза в различных группах: 1 группа – поллиноз (30 человек), 2 группа – поллиноз + туберкулез (30 человек), 3 группа – поллиноз + хронический вирусный гепатит В (ХВГВ) (30 человек). Основными показателями клиники были частота обострений в период цветения – длительность

сезона обострения, эффективность комбинированной терапии: зетринал + назонекс, IL-5; IL-4 IgE общий в разных группах.

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлена клиника течения поллиноза в различных группах: 1 группа (поллиноз) – 30 человек, 2 группа (поллиноз + туберкулез) – 30 человек, 3 группа (поллиноз + ХВГВ) – 30 человек.

Основными показателями в данной таблице является характер течения поллиноза: длительность сезона обострения, ринорея в сезон, заложенность носа в сезон, эффективность приема комбинированной терапии зетринал + назонекс, содержание IL-5; IL-4; IL-2, а также IgE общего.

На рисунках 1, 2, 3 представлена клиника течения поллиноза у больных разных групп.

В период сезона превалирует проявления ринореи у 3-й группы (поллиноз + ХВГВ), меньше у группы с поллинозом, а наиболее меньший показатель у 2-й группы (поллиноз + туберкулез).

Наибольшие результаты отмечаются у группы 2 (поллиноз + туберкулез), меньший у группы 1 (поллиноз), а наименьший – 3 (поллиноз + ХВГВ).

Представлена также клиника течения поллиноза в различных группах: 1 группа – (поллиноз) – 30 человек, 2 группа – (поллиноз + туберкулез) – 30 человек, 3 группа – (поллиноз + ХВГВ) – 30 человек.

Основными показателями течения поллиноза были: длительность сезона обострения, ринорея в сезон, заложенность носа в сезон, эффективность приема комбинированной терапии зетринал + назонекс, концентрация IL-5; IL-4; IL-2, IgE общий.

Таким образом, при оценке полученных результатов можно сделать следующее заключение: поллиноз на фоне хронического гепатита протекает наиболее активно и сложнее поддается симптоматической терапии, при сочетании поллиноза с туберкулезом клинические про-

Таблица 1 – Тяжесть течения и эффективность лечения поллиноза в различных группах больных

	1 группа (поллиноз) 30	2 группа (поллиноз + туберкулез) 30	3 группа (поллиноз + ХВГВ) 30
Длительность сезона обострения	4,5% увел. 4-5 дн сезон цвет. – 95,5%	уменьшен. В сезон 86% 24% <4-6 дн	65%> на 10-14 дн. 35% в пред. сезон
Ринорея в сезон	N	↓	↑
Заложенность носа в сезон	N	↓	↑
Эффективность приема комбин. терапии зетринал + назонекс	N 97% 3% +	N 100%	N 87,7% а остальные проявления со стороны слизистой носа
IL-5; IL-4; IL-2 IgE общ.	↑ IL-4; IL-5 ↓ IL-2; IgE ↑	IL-5 – N IL-4 – N IL-2 ↑ ; IgE общий ↑ – 23% в N	IgE ↑ у всех ↑ IL-5; IL-4 ↓ IL-2

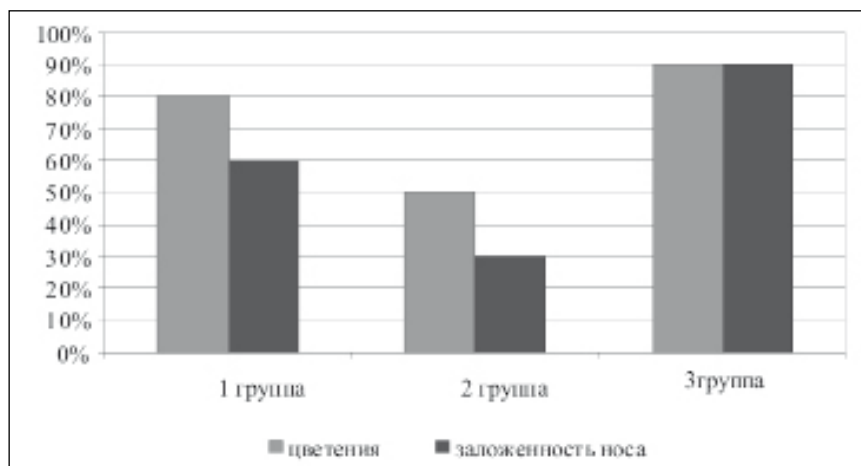


Рисунок 1 – Показатели ринореи в отдельных группах

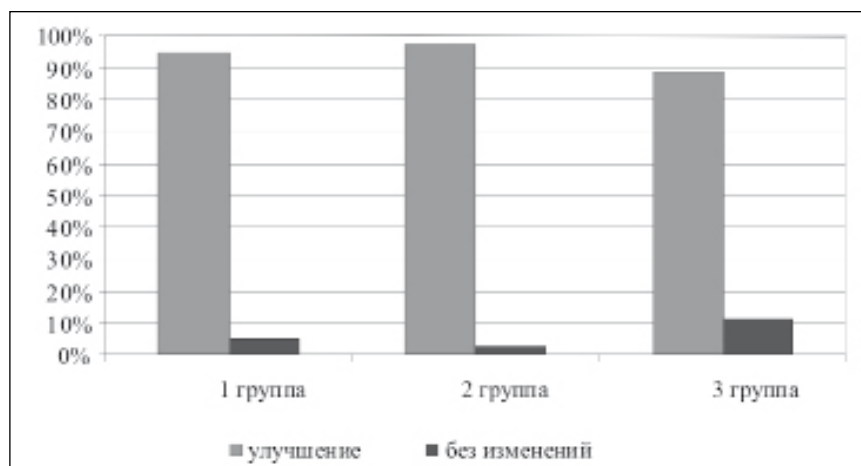


Рисунок 2 – Показатели эффективности комбинированной терапии в отдельных группах

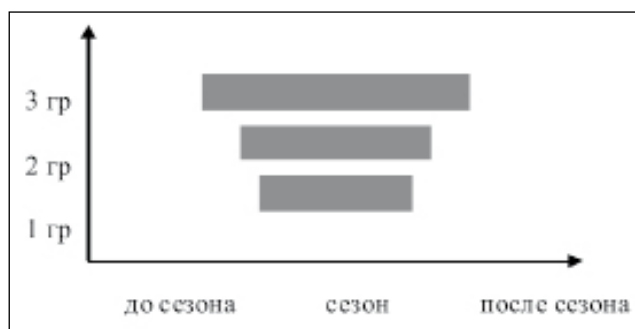


Рисунок 3 – Показатели течения поллиноза в отдельных группах

явления менее выражены и время обострения поллиноза уменьшается.

Выводы

1. По данным обследования действие перенесенного гепатита ведет к возникновению аллергического заболевания.

2. Клинические проявления поллиноза на фоне туберкулезной инфекции протекает менее активно и по показателям интерлейкинов – 4,5 более снижены, так же как показатели общего IgE.

3. Клинические проявления поллиноза на фоне ХВГВ протекают более активно и по показателям интерлейки-

нов – 4,5 близки к показателям аллергического заболевания и иногда даже выше, так же как показатели общего IgE.

4. Сезон обострения поллиноза больше по времени и силе проявления симптомов на фоне перенесенного гепатита, чем при поллинозе без сопутствующего инфекционного заболевания.

5. Сезон обострения поллиноза меньше по времени и силе проявления симптомов на фоне туберкулезной инфекции, чем при поллинозе без сопутствующего инфекционного заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адо А.Д. Общая аллергология. – М.: Медицина, 1978
- 2 Алексеев О.А., Сульдавец А.А. Иммунные механизмы в патогенезе геморрагической лихорадки // Тер. архив (70) II: 39-42, 1998
- 3 Беклемишев Н.Д. Т-хелпер 2 – ключевая клетка прометаболического иммунитета и реакции аллергии немедленного типа // Иммунология, 3: 4-8, 1995
- 4 Елкина Т.Н., Панарина Е.В., Сурикова Е.А. и соавт. Аллергические риниты у детей: эпидемиология и современная терапия // Педиатрия на рубеже XXI века: научн. тр. Новосиб. мед. Академии, 1999. – Т.148. – С. 74-78
- 5 Лусс Л.В. Аллергический ринит: проблемы, диагностика, терапия // Лечащий врач. – 2002. – №4. – С. 24-30
- 6 Мошквич В.С. Поллиноз. – Алматы, 2004. – 132 с.
- 7 Шевелюк И.М. Распространенность поллиноза у детей школьного возраста в Санкт-Петербурге: результаты эпидемиологического исследования // Аллергология. – 2001. – №2. – С. 44-46
- 8 Bjorksten T.M., Sepp E. Allergy development and intestinal microflora // J. Allergy Clin. Immunol. 108: 516 – 520, 2001
- 9 Bloch P., Simonen P. Antibody responses in relation to infectious status // Am. J. Trop. Med. Hyg. 59: 978 – 984, 1998
- 10 Bodner C., Godden D. Family size, childhood infection and atopic diseases // Thorax 53: 28 – 32, 1998
- 11 Bousquet J., van Cauwenberg P., Khaltaev N. et al Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) – Pocket Guide. – WHO. 2001. – P. 23
- 12 Brobac K.L., Breborowicz S. Atopic sensitization and respiratory symptoms // Clin. Exp. Allergy 59: 826 – 835, 1994
- 13 Filipowicz E. The role of respiratory virus infections in exacerbations of asthma. XXII Congress of EAACI, Abstract book: 65, 2003
- 14 Гушин И.С. Перспективы совершенствования противоаллергического действия H1-антигистаминных препаратов // Лечащий врач. – 2009. – №5. – С. 1-4
- 15 Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Гришаева Е.В. и др. Эффективность препарата левоцетиризин в терапии аллергического ринита // Рос. аллергол. журн. – 2009. – №1. – С. 1-8

ТҰЖЫРЫМ

О.А. МИТКОВСКАЯ

Алматы мемлекеттік дәрігерлер біліктілігін жетілдіру институты

ИНФЕКЦИЯЛАР АЯСЫНДА ПОЛЛИНОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ӨТУІ

Аллергиялық қабыну мен инфекциялық үрдістің коррелятивтік байланысы бірдей емес. Бірнеше жылдар бойы туберкулез, жұқпалы гепатит, ауруына шалдыққандардың жұқпалы аурулары мен кейінгі жылдары поллиноз кезіндегі аллергиялық қабынудың дамуының өзара ықпалдасуы зерттелген. Поллиноз бен поллиноз + туберкулез, поллиноз + ХВГВ. ауруларының өтуінің айырмашылықтарын анықтауға бағытталған клиникалық және зертханалық зерттеулер өткізілді. Бактериялы жұқпалы ауру мен вирустық жұқпалы аурулардың және атопиялық аурулардың (поллиноз) арасындағы кері коррелятивтік байланысы анықталды.

Негізгі сөздер: атопия, бактериялы инфекция, вирусты инфекция поллиноз гепатиті, ринит, шөптік демікпе.

SUMMARY

O.A. MITKOVSKAYA

Almaty State Institute of Postgraduate Medical

THE CLINICAL COURSE OF THE POLLINOSIS ON THE BACKGROUND OF THE INFECTIONS

Correlative bond of allergic inflammation and infectious process is far from being unambiguous. For a number of years the authors have been examining the mutual impact between infectious diseases in patients with tuberculosis, infectious hepatitis, other infections and the development of allergic inflammation in case of pollinosis in subsequent years. The clinical and laboratory studies have been carried out to determine the difference in the course of pollinosis and pollinosis + tuberculosis, pollinosis + ХВГВ. The reverse correlative bond between bacterial infections, viral infections and atopies (pollinosis) has been determine

Key words: atopy, bacterial infection, viral infection, hepatitis, pollinosis, rhinitis, pollen asthma.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

УДК 616-056.5

Zh.A. BEYSENBEKOVA, A.S. TOLEUOVA, Z.K. GUSEINOVA, R.Zh. TOYNBEKOVA

Karaganda State Medical University, Department of internal diseases N1, Karaganda c., Kazakhstan

THE ESTIMATION OF METABOLIC SYNDROME MANIFESTATION AND THEIR CORRECTION WAYS

It was studied patients with metabolic syndrome. At all patients were investigated anthropometric data with the calculation of body mass index and abdominal obesity indicators according to the MS criterion. It was investigated BP, cholesterol, triglycerides and fasting glucose level and spent questioning. With the purpose of blood lipid specter correction it was spent patients' treatment with mexidol and estimated lipid exchange indicators in dynamics.

Key words: Abdominal obesity, metabolic syndrome, hypercholesterolemia, adherence, mexidol.

Introduction. Currently the world is under the threat of their metabolic disease epidemic, obesity and diabetes, the effects of which can cause greater damage to the health of the many countries' populations in the world, than the epidemic of life-threatening infections [2]. In their clinical practice the doctors of different specialties are increasingly faced with metabolic syndrome (MS), which is a cluster of hormonal and metabolic disorders, united by «deadly Quartet». In patients with MS are higher risk of coronary heart disease (CHD) in 3-4 times, ischemic stroke in 2 times, diabetes mellitus in 3 times in comparison with healthy people [3].

Currently revised and approved by more stringent criteria MS in connection with the fact that it is quite a complex clinical situation that requires immediate medical attention to prevent severe cardiovascular complications. The main diagnostic criteria for MS, adopted by the International diabetes Federation (IDF) in 2005: waste volume in men not more than 94 cm, females – not exceeding 80 cm, TG 1.7 > mmol/l, HDL cholesterol < of 1.03 mmol/l for men, women – not less than 1.29 mmol/l, arterial hypertension (AH) systolic blood pressure SBP > 130 mm Hg, diastolic blood pressure DBP > 85 mm Hg, fasting glucose not more than 5.6 mmol/L.

The aim of research was to study the clinical and laboratory manifestations of MS and its correction.

Materials and methods. Examined 43 patients emergency admitted to hospital with hypertonic crisis. The 27 of them (62%) were women and 16 (37%) were men in the age from 36 to 56 years. At all patients studied anthropometric data

with calculation of body mass index and the index of abdominal obesity (figure 1), as well as the measurement of blood pressure, the level of cholesterol, triglycerides, fasting blood sugar, and questionnaires. According to the criteria of MS, in patients are diagnosed abdominal obesity: waist volume in men – 119.5 cm, females on average – 114.5 cm, according to body mass index (BMI) in 17 (39.5%) patients were diagnosed (I) degree of obesity (BMI 27%), 15 (34.8%) patients – II degree (BMI 35%) and 11 (25.6%) patients – III degree of obesity (BMI 43%), that is diagnosed with morbid obesity. Figure 1. Anthropometric data and indicators of the waist volume and hips on the sample of one patient with abdominal obesity.

At the 19 (44.2%) of the patients are diagnosed impaired glucose tolerance, blood sugar at 6.1-6.7 mmol/l, at the other 24 (55.8%) patients sugar levels remained within normal limits – 4.2-5.7 mmol/L. Patients with «prediabetes» were given recommendations for changes of lifestyle and diet.

Elevated levels of total cholesterol were detected in 27 (62.3%) entities. By the arterial hypertension prevalence analyzing it was found that the arterial hypertension has a defined age dynamics of both as men and as women. Arterial hypertension at 9 (20.9%) patients corresponded as the I degree, at the 13 (30.2%) patients – II degree and at the 21 (48.8%) patients – III degree.

According to electrocardiographies at a one (2.32%) patient revealed heart rhythm disorder as atrial fibrillation tachysystolic form, at 39 (90.6%) patients were found