

Ф.Р. Каримова

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА БУХАРЫ

Кафедра нормальной и патологической физиологии Узбекистан

В Узбекистане рост бронхиальной астмы увеличился в 25 раз за последние 20 лет [4, 5]. Формированию таких нарушений способствуют различные факторы, в том числе многочисленные агенты инфекционной и неинфекционной природы, острые и хронические стрессы, загрязнение окружающей среды, нарушение питания и витаминная недостаточность [6]. Симптомы острых аллергических состояний (ОАС) среди населения встречаются часто. Установлено, что 20-30% населения Земного шара в течение жизни перенесли те или иные острые аллергические реакции. Кроме того, подсчитано, что каждые 10 лет частота ОАС увеличивается в 2-3 раза. Не будет преувеличением, если сказать, что распространенность симптомов аллергии во всем мире носит эпидемический характер [7]. Для определения частоты обращаемости по поводу ОАС у детей изучили карты вызовов СМП г.Бухары за последние 5 лет (2001-2005 гг.). Всего было зарегистрировано 24420 детей, обращавшихся по поводу различных ОАС. Среди них мальчиков было несколько больше - 13612 (55,7%), чем девочек - 10808 (44,3%). Возраст детей находился в пределах от нескольких месяцев

до 14 лет. По нашим данным, большинство детей — пациентов – 9894 (40,5%) находились в возрасте 6-10 лет (табл.1).

Проанализировав полученный материал, мы выяснили, что обращаемость детей с ОАС в СМП города Бухары за изученный период имела тенденцию к увеличению. Частота вызовов по поводу ОАС у детей по отношению к общему числу вызовов составила в 2001г. – 2,9%, а в 2005г. – 3,4%, то есть была больше в 1,2 раза. Среди мальчиков эта частота составила в 2001г. 8,5±0,03%, а 2005г. 14,9±0,05%, то есть была больше почти в 2 раза (P<0,05). Аналогичную картину наблюдали и в отношении обращаемости девочек в СМП: в 2001 г. – 5,5±0,02%, а в 2005г. – 11,9±0,04%, то есть больше в 2 раза (P<0,05) (рис.1).

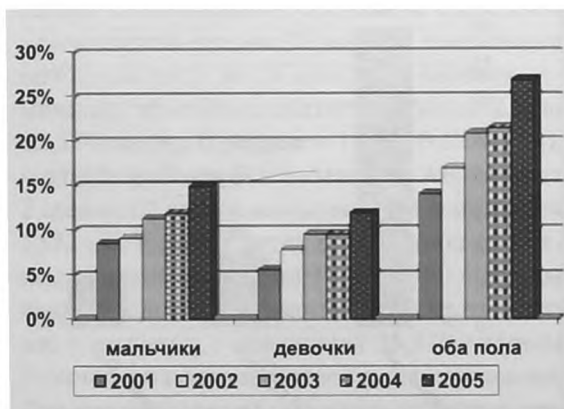


Рис.1. Динамика обращаемости детей с ОАС в СМП г. Бухары в зависимости от пола (n=24420)

Таблица 1

Распределение детей, страдающих ОАС по полу и возрасту

Возраст в годах	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	Абс. число	%	Абс число	%	Абс число	%
0-5 лет	3381	13,8	2690	11,0	6071	24,9
6-10 лет	5444	22,3	4450	18,2	9894	40,5
11-14 лет	4787	19,6	3668	15,0	8455	34,6
Всего	13612	55,7	10808	44,3	24420	100

По отношению к 1000 детскому городскому населению были выявлены аналогичные результаты: число вызовов детей по поводу ОАС на 1000 детского городского населения за последние 5 лет увеличилось с 5,0 (2001 год) до 7,4 (2005 год), то есть почти в 1,5 раз (рис.2).

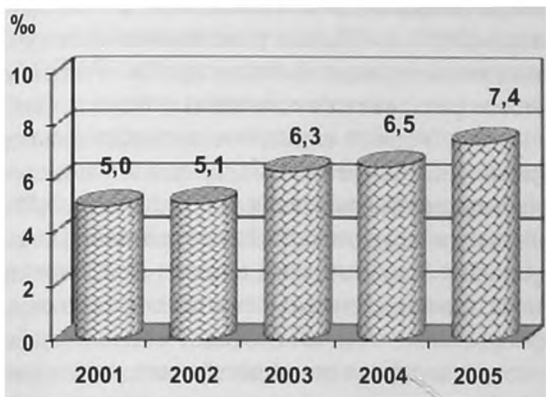


Рис.2. Динамика роста вызовов детей с ОАС на 1000 городского детского населения г. Бухары (n=24420)

Частота госпитализации детей с ОАС в период 2001 и 2005 годов составляет, соответ-

ственно 30–40,9%, то есть увеличилась почти в 1,5 раз. Анализ материала относительно клинических форм проявлений ОАС показал следующие результаты. Выяснилось, что дети страдали различными клиническими формами ОАС: пищевая аллергия – 39,3%, аллергический дерматит – 18,1%, лекарственная аллергия – 12,5%, бронхиальная астма – 10,2%, пылевая и пыльцевая аллергия – 10,1%, инсектная аллергия – 9,8% (табл.2).

Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с пищевой аллергией, по отношению к общему числу вызовов, в период с 2001 по 2003 гг. находилась в пределах 6,1-7,4%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 9,1-10,1%. Следовательно, число вызовов по поводу острых реакций, связанных с пищевой аллергией, в течение последних 5-ти лет увеличилось в 1,6 раз ($p > 0,05$).

Большинство детей (40,0%), страдающих острой пищевой аллергией, находилось в возрасте 6-10 лет. Частота заболеваний относительно не зависела от пола (табл.3.). Клинические формы проявлений пищевой аллергии были разнообразны (рис.3).

Таблица 2

Клинические формы ОАС у детей, проживающих в г. Бухаре

Наименование ОАС	Года										Всего	
	2001		2002		2003		2004		2005			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Пищевая аллергия	1604	6,6	1499	6,1	1814	7,4	2209	9,0	2476	10,1	9602	39,3
Аллергич. дерматит	657	2,7	710	2,9	710	2,9	1131	4,6	1213	5,0	4421	18,1
Лекарст. аллергия	303	1,2	356	1,5	461	1,9	850	3,5	1086	4,4	3056	12,5
Бронхиал. астма	343	1,4	369	1,5	395	1,6	526	2,2	844	3,5	2477	10,2
Пыльц. и пылевая аллергия	347	1,4	374	1,5	426	1,7	534	2,2	770	3,2	2451	10,1
Инсектная аллергия	365	1,5	391	1,6	421	1,7	605	2,5	631	2,6	2413	9,8
Итого:	3619	14,8	3699	15,1	4227	17,3	5855	24	7020	28,7	24420	100

Таблица 3

Распределение детей с острой пищевой аллергией по полу и возрасту (n=9602)

Возраст, лет	Мальчики		Девочки		Всего	
	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
0-5	1373	14,3	1123	11,7	2496	26,0
6-10	2122	22,1	1719	17,9	3841	40,0
11-14	1796	18,7	1469	15,3	3265	34,0
Всего:	5291	55,1	4311	44,9	9602	100

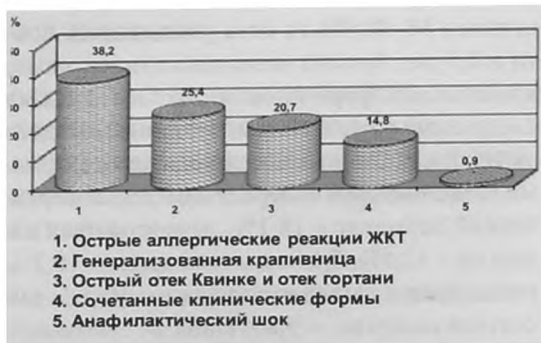


Рис.3. Клинические формы проявлений острой пищевой аллергии у детей (n = 9602)

По нашим данным, первое место заняли острые аллергические реакции со стороны ЖКТ (38,2%). По литературным данным механизм данного явления представляется следующим образом. Атопические больные подвергаются воздействию аллергена, поступающего в организм с пищей. Через 6 часов после приема пищи, в lamina propria слизистой оболочки тощей кишки отмечается отек и избыточное количество плазматических клеток. Через 12 часов после воздействия аллергена количество тучных и плазматических клеток, эозинофилов и нейтрофилов значительно возрастает. Желудочно-кишечные аллергии проявляются отеком губ и языка или кишечными спазмами. Заболевания могут провоцироваться неправильным кормлением, функциональными нарушениями кишечника, заболеваниями поджелудочной железы и печени, воспалительными заболеваниями кишечника и др. Симптомы аллергии могут наблюдаться в любой части ЖКТ и проявляться в виде: отека губ, языка, сочетающиеся с зудом в гортани и затруднением глотания. Эти симптомы обычно сопровождаются повторной диареей с обильной слизью. Другими частыми сим-

птомами при аллергии ЖКТ являются рвота, слизь в кале, анорексия и раздражительность. На втором месте находилась генерализованная крапивница (25,4%). Эта форма аллергии характеризуется появлением зудящих волдырей разного калибра и формы. На третьем месте встречались острый отек Квинке и отек гортани (20,7%). Обычно развиваются отек губ, век, ушных раковин, лицо и др. На четвертом месте развиваются сочетанные формы ОАС (14,8%). У детей одновременно наблюдаются симптомы аллергии ЖКТ, крапивницы и отека Квинке. Анафилаксия наблюдалась в 0,9% случаев в виде: отека Квинке, крапивницы, поражения конъюнктивы, слизистой оболочки носа, одышки, цианоза, гипотонии, тошноты, рвоты, боли в животе. Общее число острых аллергических реакций детей с аллергическим дерматитом в течение последних 5-ти лет по отношению к общему числу вызовов составило 4421 (18,1%). Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с аллергическими дерматитами, по отношению к общему числу вызовов, в период с 2001 по 2003 гг. находилась в пределах 2,7–2,9%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 4,6–5,0%, то есть почти в 2 раза ($P < 0,05$) (табл.4).

Большинство детей, страдающих острыми аллергическими дерматитами, находились в возрасте 6–10 лет – 2087 (47,2%). Мальчики страдали в 1,2 раза чаще, чем девочки. Клинические формы алергодерматитов проявлялись в форме сильно зудящих, приподнятых пораженных участков кожи, бледнеющих при надавливании. Они возникали при употреблении различных пищевых продуктов, лекарственных средств, действии различных факторов (холода, тепла, солнечного света). Все виды воспаления кожи, вызванные непосредственным воздействием на нее внешних патогенных

Таблица 4

Распределение детей с аллергическим дерматитом по полу и возрасту

Возраст, лет	Мальчики		Девочки		Всего	
	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
0-5 лет	486	11,0	398	9,0	884	20,0
6-10 лет	1149	26,0	938	21,2	2087	47,2
11-14 лет	871	19,7	579	13,1	1450	32,8
Всего	2502	56,6	1919	43,4	4421	100

факторов, называют контактным дерматитом. Контактные дерматиты связаны с аллергией замедленного типа. Распределение носит разнообразный характер: дерматит ушной мочки, верхнего века, на тыльной поверхности кистей рук, на сгибательной поверхности запястья и др. В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ10) принят единый термин – атопический дерматит, который имеет свои диагностические критерии и является собственно нозологической формой. Шкала SCORAD (scoring atopic dermatitis), была предложена европейской рабочей группой по атопическому дерматиту (1994), которая предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек (папулезные элементы, корки) мокнутие, эксфолиация, лихенификация, шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале: 0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная. Расчет индекса SCORAD производится по формуле:

$SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$, где:

A – распространенность поражения кожи,

B – сумма уровней интенсивности клинических симптомов АД.

C – сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение АД). Учитывая, что острые аллергические реакции – это симптомокомплекс, который развивается на фоне употребления различных пищевых облигатов, назначения медикаментов и воздействия различных аллергенов, дифференциальная диагностика бывает крайне сложна. По нашим

данным, тяжесть клинического течения была неодинаковой: легкая – 7,9%, среднетяжелая – 32,1%, тяжелая – 60,0% (рис. 4).



Рис.4. Тяжесть клинического течения острых аллергических дерматитов у детей (n = 4421)

Общее число острых аллергических реакций детей с лекарственной аллергией, по отношению к общему числу вызовов, составило 3056 (12,5%). Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с лекарственными веществами, по отношению к общему числу вызовов, в период с 2001 по 2003 гг. находилась в пределах 1,2-1,9%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 3,5-4,4%. Следовательно, число вызовов по поводу острых реакций, связанных с лекарственной аллергией, в течение последних 5-ти лет увеличилось в 3,6 раза (P<0,05). Большинство детей (42,0%), страдающих острой лекарственной аллергией находились в возрасте 6-10 лет. Мальчики страдали острой лекарственной аллергией чаще, чем девочки (табл.5). Выделяют истинную лекарственную аллергию, которая обусловлена нарушениями функционирования иммунной системы, и псевдоаллергические реакции (ПАР) на медикаменты. Истинные и псевдоаллергические реакции на медикаменты

Таблица 5

Распределение детей с острой лекарственной аллергией по полу и возрасту (n=3056)

Возраст до лет	Мальчики		Девочки		Всего	
	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
0-5 лет	462	15,1	394	12,9	856	28,0
6-10 лет	743	24,3	541	17,7	1284	42,0
11-14 лет	394	12,9	522	17,1	916	30,0
Всего	1599	52,3	1457	47,7	3056	100

различают по механизмам развития, но и в том и в другом случае пусковым механизмом является контакт с лекарственным препаратом.

Клинические симптомы лекарственной аллергии, независимо от механизма их формирования, характеризовались полиорганностью и полиморфностью. Наблюдались как системные аллергические реакции, так и с преимущественным поражением отдельных органов и систем. Самыми грозными проявлениями лекарственной аллергии были следующие: синдромы Лайелла и Стивенса-Джонсона (55,6%), сывороточная болезнь (11,5%) и анафилактический шок (14,1%). Клинические проявления лекарственной аллергии характеризовались с преимущественным поражением органов дыхания и поражение кожи, почек – 12,6%, желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы – 6,2% (рис.5). Необходимо указать, что все случаи аллергического поражения кожи при лекарственной аллергии в виде синдромов Лайелла и Стивенса-Джонсона оценивались как тяжелая степень реакции.

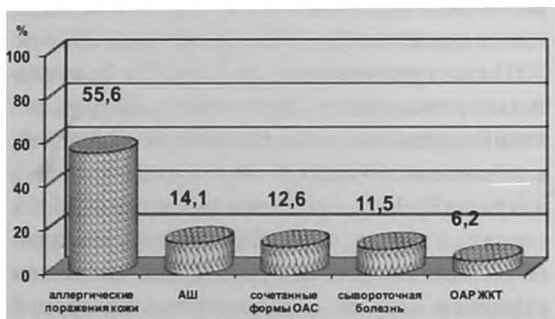


Рис.5. Клинические формы болезни у детей при медикаментозной аллергии (n = 3056).

Проявления со стороны дыхательных путей при лекарственной аллергии были разными, от ринита до тяжелого астматического

приступа. Их клиническое течение такое же, как при аллергических заболеваниях другой этиологии. В сочетании с поражением кожи присоединялись симптомы атопического и контактного дерматита, различные кожные высыпания. Наиболее частыми гастроинтестинальными симптомами лекарственной аллергии являлись: рвота, коликообразные боли в животе, расстройства стула, аллергический энтероколит. Наряду с гастроинтестинальными симптомами у больных отмечались резкая слабость, головная боль, снижение аппетита, головокружение, кожные высыпания, заложенность носа и другие респираторные симптомы аллергии. Общее число детей с обострениями приступов бронхиальной астмы (БА), по отношению к общему числу вызовов, составило 2477 (10,2%). Частота вызовов по поводу приступов БА, по отношению к общему числу вызовов, в период с 2001 по 2003 г.г. находилась в пределах 1,4–1,6%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 2,2–3,5%. Следовательно, число вызовов по поводу острых реакций, связанных с БА, в течение последних пяти лет увеличилось в более, чем в 2,5 раза ($P < 0,05$). Большинство детей (43,5%), страдающих БА находились в возрасте 6–10 лет. Мальчики относительно чаще страдали БА, чем девочки (табл. 6).

При оценке состояния тяжести больных с приступами БА мы придерживались классификации GINA – «Глобальные инициативы по борьбе с бронхиальной астмой» (1992). В 1992 г. По инициативе Национального института здоровья США рабочей группой из 11 стран 18 экспертами были подготовлены материалы «Глобальной инициативы по борьбе с бронхиальной астмой (GINA)» и классификация. Предлагаемая консенсусом 1992 г. «Классификация по этиологическому признаку» вводит

Таблица 6

Распределение детей, страдающих бронхиальной астмой по полу и возрасту (n=2477)

Возраст до лет	Мальчики		Девочки		Всего	
	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
0-5 лет	307	12,4	287	11,6	594	24,0
6-10 лет	607	24,5	471	19,0	1078	43,5
11-14 лет	401	16,2	404	16,3	805	32,5
Всего	1315	53,0	1162	47,0	2477	100

понятия возбудителя (триггера) и стимулятора (индуктора). Под возбудителями подразумевают аллергены, химические раздражители, вирусные инфекции, а под стимуляторами – физическую нагрузку, переохлаждение, эмоциональный стресс. В настоящее время 1-ю ступень определяют как интермиттирующее течение, 2-ю ступень – легкое персистирующее, 3-ю ступень – среднетяжелое и 4-ю ступень – тяжелое течение. По нашим данным, легкая форма встречалась в 9,0%, среднетяжелая в 25,1%, тяжелая в 65,9% (рис. 6)



Рис.6. Тяжесть клинические течения БА у детей (n = 2477)

В период 2001–2005 годов общее число острых аллергических реакций детей с пылевой и пылевой аллергией, по отношению к общему числу вызовов, составило 2451 (10,1%). Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с пылевой и пылевой аллергией, по отношению к общему числу вызовов, в период с 2001 по 2003 гг. на-

ходила в пределах 1,4–1,7%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 2,2–3,2%. Следовательно, число вызовов по поводу острых реакций, связанных с пылевой и пылевой аллергией, в течение последних 5-ти лет увеличилось почти в 2,3 раза (P<0,05). Большинство детей (41,4%), страдающих острой пылевой и пылевой аллергией находилось в возрасте 6–10 лет. Мальчики страдали в 1,7 раз чаще, чем девочки (табл. 7).

В наших исследованиях при пылевой и пылевой аллергии преобладали явления аллергического конъюнктивита, трахеита и бронхита (66,6%). В 17,1% случаев наблюдались сочетанные клинические формы проявления аллергии. Острый отек Квинке, крапивница, атопический дерматит регистрировался в 12,5% случаев, бронхиальная астма в 3,4% (рис.7.).



Рис.7. Клинические формы проявлений острой пылевой и пылевой аллергии у детей (n=2451)

Легкая форма указанных аллергических заболеваний выявлена у 377 детей (15,4%), среднетяжелая форма у 679 (27,7%), тяжелая форма у 1395 (56,9%) (рис.8).

Таблица 7

Распределение детей, страдающих острой пылевой и пылевой аллергией по полу и возрасту (n=2451)

Возраст, лет	Мальчики		Девочки		Всего	
	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
0-5 лет	306	12,5	221	9,0	527	21,5
6-10 лет	534	21,8	481	19,6	1015	41,4
11-14 лет	701	28,6	208	8,5	909	37,1
Всего:	1541	62,9	910	37,1	2451	100



Рис.8. Тяжесть клинического течения острой пыльцевой и пылевой аллергии у детей (n=2451)

Среди всех клинических форм проявлений инсектная аллергия тоже не уступает по частоте и росту. Общее число острых аллергических реакций детей с инсектной аллергией, по отношению к общему числу вызовов, в течение последних 5-ти лет составило 2413 (9,8%). Частота вызовов по поводу острых реакций, связанных с инсектной аллергией, по отношению к общему числу вызовов, в период с 2001 по 2003 гг. находилась в пределах 1,5–1,7%, а в период с 2004 по 2005 годы увеличилась до 2,5%. Эти данные позволили нам утверждать, что число вызовов по поводу острых реакций, связанных с инсектной аллергией, в течение последних 5-ти лет увеличилось в 1,6 раза ($P < 0,05$). Острой инсектной аллергией в основном страдали дети в возрасте 6–10 лет. Мальчики страдали в 1,1 раз чаще, чем девочки (табл. 8).

Клинические формы инсектной аллергии были как местными, так и системными: генерализованная крапивница (35,6%), отек Квинке и гортани (26,1%), сочетанные клинические

формы (25,3%), острый приступ удушья, бронхиальная астма (13%) (рис.9).

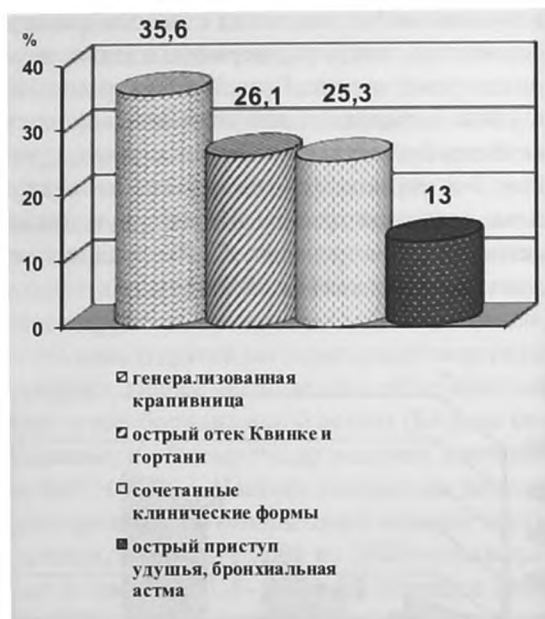


Рис.9. Клинические формы проявлений при инсектной аллергии (n=1907)

Таким образом, удалось определить некоторые особенности клинических проявлений ОАС у детей, проживающих в условиях города Бухары. Прежде всего, выяснилось, что ОАС у детей жителей г. Бухары встречаются часто и имеют тенденцию к дальнейшему росту. В клинической картине преобладали сочетанные формы ОАС с тяжелым клиническим течением. Указанными аллергическими заболеваниями часто страдают дети в возрасте от 6 до 10 лет. Среди детей – пациентов с указанной патологией преобладали мальчики. Выяснено, что дети страдали различными клиническими формами ОАС: пищевая аллергия – 39,3%; ал-

Таблица 8

Распределение детей с острой инсектной аллергией по полу и возрасту (n=2413)

Возраст, лет	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
0-5 лет	327	13,5	272	11,3	599	24,8
6-10 лет	510	21,1	460	19,1	970	40,2
11-14 лет	430	18,0	414	17,1	844	35,0
Всего	1267	52,5	1146	47,5	2413	100

аллергический дерматит – 18,1%; лекарственная аллергия – 12,5%, БА – 10,2%; пыльцевая и пылевая аллергия – 10,1%; инсектная аллергия – 9,8%.

Литература

1. Лусс Л.В., Бхардварж Л.А., Бхардварж А. Роль иммунокоррекции в общеклинической практике // International Journal of Immunorehabilitation, -2000, - Vol.2. - №3. - С.138-145.
2. Омельницкая И.П. Инсектная аллергия у детей // Педиатрия.-1990.-№7.-С.88-92.
3. Строна П.А. Такая разная аллергия //© Медафарм Холдинг info@medafarm.ru
4. Назаров А.А. Аллергический ринит. Ташкент, 1998. - С. 56-58
5. Назаров А.А. Аллергология. - Ташкент, 2001 - 326 с.
6. Феденко Е.С. Крапивница актуальная проблема клинической аллергологии // Аллергология.- 2002.- №4.- С.31-35.
7. Давыкина А.В. Догоспитальная помощь при острых аллергических заболеваниях: теория и практика // Российский медицинский журнал.- 2002. -Том 9 - №20. – С. 874-886.
8. Верткин А.Л., Турлубеков К.К., Дадыкина А.В. Алгоритм ведения больных острыми аллергическими заболеваниями на догоспитальном этапе // Consilium - medicum.– 2005.– Том 07.-№3.– С. 35-40.
9. Лусс Л.В. Социальнозначимые заболевания // Российский медицинский журнал – Москва, 2003. – Т. 11. – №12. – С. 25-28
10. Смолкин Ю.С. Острые аллергические состояния// Рос. Мед. журнал.-2005. - №2. - С.23-26.
11. Коростовцев Д.С. Интраназальные глюкокортикостероиды – клинические аспекты применения при аллергических ринитах // Аллергология. – 2002. – №2. – С.39-42.