

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Сакевич В.Д., Сакевич В. І., Трибрат Т. А., Шуть С. В.
УДК 616.5-002.2.:575

АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ*

Сакевич В.Д., Сакевич В. І., Трибрат Т. А., Шуть С. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

С целью изучения особенностей клинического течения аллергических заболеваний в сочетании с абдоминальным ожирением, что ассоциировано с метаболическим синдромом проведено обследование 45 больных АЗ в возрасте от 19 до 65 лет. Материалы и методы. По возрастному составу преобладали пациенты в возрасте 30 - 40 лет (38%) (мужчины составили 51% (23 больных), а женщины - 49% (22 больных)). На момент обследования больные находились в стадии клинической ремиссии и прекращали прием противоаллергических препаратов за 72 часа, больные не имели тяжелой сопутствующей патологии. Диагноз устанавливали на основе критериев диагностики ARIA (2008) (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization) по алгоритму диагностики принятым в Украине и утвержденным МОЗ Украины. На базе поликлинического отделения четвертой городской клинической больницы и аллергологического отделения Полтавской областной клинической больницы были проведены инструментальные обследования и аллергологическое обследование. Аллергологическое обследование проводилось по общепринятой методике путем постановки кожных prick-тестов (ООО «Иммунолог», Винница, Украина). Ожирение - рассматривали, как фактор риска и составная часть метаболического синдрома. Антропометрические исследования проводились по стандартным методикам. Определялись: масса тела, рост, индекс массы тела по методике Кетле II. О степени централизации жиросотложение оценивали по коэффициенту, который представляет собой отношение размеров окружности талии (ОТ) и обхвата бедер (ОБ). Согласно рекомендациям ВОЗ, абдоминальное ожирение диагностируется у мужчин при индексе ОТ / ОБ более 0,9, у женщин - более 0,8. Показано, что аллергические заболевания в 76% случаев имеют наследственную природу преимущественно со стороны матери (36%), начинается преимущественно в детском и подростковом возрасте (88%) и в 44% сопровождается другой аллергической патологией. У больных АЗ в структуре сопутствующих заболеваний преобладали ОРВИ (58%), в т.ч. осложненные бронхо-легочными патологиями (35%) и заболевания ЖКТ (44%). С позиций оценки индивидуального риска заболевания к характерной конституциональной особенности больных АЗ можно отнести избыточную массу тела и централизацию жиросотложение у пациентов мужского пола. Учитывая полученные показатели в зависимости от половых различий, следует отметить важность влияния конституционного компонента на механизмы вентиляционных нарушений при БА и АР в сочетании с абдоминальным ожирением.

Ключевые слова: аллергические заболевания, метаболический синдром, синтропия, абдоминальное ожирение.

Вступ

Нині проблема сукупності хвороб має неocenенне значення [1], і є однією з найскладніших для фахівців різних спеціальностей. При цьому нозологічна синтропія залишається дуже важливою для наукової та практичної медицини, оскільки вивчення проявів поєднаної патології різних систем організму може сприяти розкриттю механізмів формування хвороб і розробці патогенетично обґрунтованої терапії.

Коморбідність (лат. со - разом, morbus - хвороба) - співіснування двох і більше захворювань (поліморбідність) у одного пацієнта, патогенетично взаємопов'язаних або співпадаючих за часом (хронологічна комор-

бідність). Таким чином, коморбідність включає як випадкове поєднання у одного хворого різних за етіологією і патогенезом захворювань, так і нозологічну синтропію, тобто розвиток закономірно обумовлених (детермінованих) комбінацій хвороб. А.А. Крилов визначає синтропію як «... вид поліпатій, коли хвороби своєрідно « тягнуться » одна до одної, прагнуть поєднатися або готують ґрунт одна для іншої » [2]. В основі синтропії завжди вдається виявити загальні або близькі етіологічні та / або патогенетичні фактори. Вивчення проблеми коморбідності особливо актуально по відношенню до так званих «хвороб цивілізації» - алергічні захворювання (АЗ) та метаболічний синдром (МС).

* Цитування при атестації кадрів: Сакевич В.Д., Сакевич В. І., Трибрат Т. А., Шуть С. В. Алергічні захворювання та метаболічний синдром: деякі аспекти поєднаного перебігу // Проблеми екології і медицини. – 2015. – Т. 19, № 1-2. – С. 33–23.

За останні десятиріччя частота алергічних захворювань значно виросла, особливо в економічно розвинених країнах і країнах зі складною екологічною ситуацією. Алергічні захворювання, зокрема, такі поширені, як бронхіальна астма (БА), алергічний риніт (АР) з кожним роком стають все більш актуальною та серйозною проблемою [3]. Поширеність БА в різних країнах світу коливається від 1 до 18%. У світі живе близько 300 млн хворих БА [4]. За даними епідеміологічних досліджень, що проводились у різних країнах, поширеність сезонного алергічного риніту (САР) коливається від 1 до 40%), цілорічного алергічного риніту (ЦАР) - від 1 до 18% [5]. Останнім часом все частіше висловлюється думка про те, що АР і БА є проявами єдиного захворювання дихальних шляхів [6]. Деякі вчені, підкреслюючи тісний зв'язок АР і БА, пропонують використовувати також термін алергічний ринобронхіт, який найбільш об'ємно відображає зв'язок між цими нозологіями. [7] Відомо, що 32-64 % хворих АР страждають БА, тоді як 75 % хворих БА мають АР [8].

Поширеність МС серед дорослого населення різних країн сягає 25-35% і починає набувати характеру епідемії, що в першу чергу пов'язано з великою поширеністю у всьому світі ожиріння. Ожиріння сприяє розвитку артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, цукрового діабету (ЦД) 2-го типу, серцевої недостатності, серцевих аритмій, інсульту, іншої патології (жовчокам'яної хвороби, деформуючого остеоартрозу, синдрому апное уві сні, раку товстої кишки, передміхурової залози, матки, яєчників, молочної залози), відзначена прямо пропорційна залежність між масою тіла і загальною смертністю [9]. Існують докази, що не тільки загальна кількість жиру, але й вісцеральний (абдомінальний) жир є незалежним предиктором запалення [10,11,12].

Встановлено зв'язок між зміною умов життя людей і захворюваністю на АЗ. Показано, що поліпшення умов життя сприяє зростанню не тільки ожиріння, але і захворюваності на бронхіальну астму та алергічний риніт [13]. Це дозволяє віднести АЗ до «хвороб модернізації», ризик яких зростає з поліпшенням харчування і збільшенням ваги людини і характеризується не тільки збільшенням маси тіла [14].

Встановлено також, що ожиріння сприяє бронхіальній гіперреактивності, що викликана фізичним навантаженням (як при БА, так і без неї), а також про існування зв'язку між хронічним запаленням і накопиченням енергії (а саме жирової тканини) [15,16].

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей клінічного перебігу алергічних захворювань у поєднанні з абдомінальним ожирінням, що асоційоване з метаболічним синдромом.

Матеріали та методи дослідження

Проведено обстеження 45 хворих на АЗ віком від 19 до 65 років. За віковим складом переважали пацієнти віком 30 – 40 років (38%) (чоловіки склали 51% (23 хворих), а жінки – 49 % (22 хворих)). На момент обстеження хворі знаходились в стадії клінічної ремісії та припиняли прийом протиалергічних препаратів за 72 години, хворі не мали важкої супутньої патології.

Діагноз встановлювали на основі критеріїв діагностики ARIA (2008) (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization) за алгоритмом діагностики прийнятим в Україні та затвердженим МОЗ України. На базі поліклінічного відділення четвертої міської

клінічної лікарні та алергологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні були проведені інструментальні обстеження та алергологічне обстеження. Алергологічне обстеження проводилося за загальноприйнятою методикою шляхом постановки шкірних рігк-тестів (ТОВ «Імунолог», Вінниця, Україна).

Ожиріння – розглядали, як фактор ризику та складову частину метаболічного синдрому. Антропометричні дослідження проводилися за стандартними методиками. Визначалися: маса тіла, зріст, індекс маси тіла за методикою Кетле II. Про ступінь централізації жировідкладення оцінювали за коефіцієнтом, який представляє собою відношення розмірів окружності талії (ОТ) і обхвату стегон (ОС). Згідно з рекомендаціями ВООЗ, абдомінальне ожиріння діагностується у чоловіків при індексі ОТ / ОБ більше 0,9, у жінок - більше 0,8.

Результати та їх обговорення

При вивченні сімейного алергологічного анамнезу у хворих виявлені різноманітні прояви алергії в сім'ї у 76%. Наявність алергічних захворювань у родичів I-II ступеню спорідненості з боку матері виявлена в 35%, з боку батька – у 30%, з боку обох батьків - у 11% усіх обстежених хворих. Не виявлено даних про обтяжений алергологічний анамнез у 24% хворих. Отримані результати узгоджуються з даними, що свідчать про переважний зв'язок з алергічними захворюваннями з боку матері [17].

Анамнестично встановлено, що розвиток захворювання пов'язаний із впливом алергенів на організм переважно в дитячому віці – 56% (25 хворих), а також в підлітковому та молодому відповідно – 32% (14 хворих) та 12% (6 хворих), що зумовлено особливостями імунної системи в дитячому віці [18].

У 44% хворих перебіг АР був пов'язаний з різними нозологічними формами алергічної патології. У 20% обстежених хворих на АР був установлений супутній діагноз БА, у 6% присутня симптоматика АД, повна триада атопії виявлена у 10% обстежених, що узгоджується з даними зарубіжних та вітчизняних авторів [19]. Інші алергічні прояви (кропив'янка, алергічний кон'юнктивіт) були зафіксовані у 12% хворих на АР.

Практично в усіх обстежених хворих виявлені анамнестичні дані про супутню соматичну патологію. У 58 % хворих були часті гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), з характерним затяжним перебігом та ускладненнями з боку бронхо - легеневої системи (бронхіти, пневмонії) – 35%, що, ймовірно, відіграє значну роль у розвитку та підтриманні АР [20]. У 18% обстежених хворих діагностовано викривлення носової перегородки. Патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ) виявлена у 44% обстежених хворих, переважали: хронічні гастродуоденіти – 32%, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки – 20%, дискінезія жовчно-вивідних шляхів (ДЖВШ) – у 23%, захворювання печінки – 8%, панкреатопатії – 10%.

За даними антропометричних досліджень та вивчення коефіцієнта ОТ / ОБ показало, що у чоловіків з ожирінням централізація жировідкладення була достовірно більш вираженою в порівнянні з жінками: $1,05 \pm 0,03$ проти $0,910 \pm 0,063$ ($p < 0,05$), що пов'язано з конституціональними статевими відмінностями.

Висновки

1. АЗ в 76% випадків мають спадкову природу переважно з боку матері (36%), розпочинається пере-

важно в дитячому і підлітковому віці (88%) і в 44% супроводжується іншою алергічною патологією.

2. У хворих на АЗ в структурі супутніх захворювань переважали ГРВІ (58%), в т.ч. ускладнені бронхо-легеневими патологіями (35%) та захворювання ШКТ (44%).

3. З позицій оцінки індивідуального ризику захворювання до характерної конституціональної особливості хворих на АЗ можна віднести надлишкову масу тіла і централізацію жирівідкладення у пацієнтів чоловічої статі.

4. Враховуючи отримані показники в залежності від статевих відмінностей, слід зазначити важливість впливу конституційного компонента на механізми вентиляційних порушень при БА та АР у поєднанні з абдомінальним ожирінням.

Література

1. Эльштейн Н.В. Множественность заболеваний как одна из ключевых проблем современной гастроэнтерологии / Н.В. Эльштейн // Гастроюллетень. — 2001. — № 2-3. — С. 99.
2. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний // Клиническая медицина. — 2000. — № 1. — С. 56—58.
3. Пономарева О.В. Распространенность основных симптомов аллергических заболеваний по программе ISSAC / О.В. Пономарева, И.В. Попова, А.Н. Токарев [и др.] // Вятский медицинский вестник. — 2011. — № 1. — С. 52—54.
4. Болезни органов дыхания / Под ред. Н.П. Палева. — М.: Медицина, 2000. — 728 с.; Чучалин А.Г. Белая книга. Пульмонология. — М., 2003. — 63 с.
5. Jones N.S., Carney A.S., Davis A. The prevalence of allergic rhinosinusitis: A Review // J. Laryngol. Otol. 1998. - Vol.112. - P.1019-1030.
6. Pawankar R. Allergic rhinitis and asthma: are they manifestations of one syndrome? // Clin. Experim. Allergy. - 2006. - V.36. - P.1-4.
7. Palma-Carlos AG, Branco-Ferreira M, Palma-Carlos ML. Allergic rhinitis and asthma: more similarities than differences //Allerg Immunol (Paris) .2001.- Vol 33, N 6.- P.237-241.
8. Pawankar R. Allergic rhinitis and its impact on asthma: an evidence-based treatment strategy for allergic rhinitis// Asian Pac. S. Allergy Immunol. -2002.- Vol20,N1.P.43-52.
9. Despres J.P. Inflammation and cardiovascular disease: is abdominal obesity the missing link? // Int. J. Obes. — 2003. — № 27. — P. 22-24.
10. Saijo Y, Kiyota N, Kawasaki Y, Miyazaki Y, Kashimura J, Fukuda M, et al. Relationship between C-reactive protein and visceral adipose tissue in healthy Japanese subjects. Diabetes Obes Metab. 2004;6(4):249-58.
11. Кайдашев И.П. Изменение образа жизни как часть комплексной терапии хронического системного воспаления при метаболическом синдроме // Международный эндокринологический журнал 2(42) 2012.- P.143-148.
12. Кайдашев И.П. Эволюция понятия «метаболический синдром» и его современное значение // Украинський медичний часопис. — 2011, 2 червня [Електронний ресурс]. — Режим доступу: www.umj.com.ua.
13. Brenner J.S. et al. Asthma and obesity in adolescents: is there an association? // Asthma. — 2001. — № 38(6). — P. 509-515.
14. Cotes J.E., Chinn D.J. Изменение индекса массы тела: важная должна переменная при продолжительном исследовании легочной функции // Пульмонология. — 1996. — № 4. — С. 74-76.
15. Rio-Navarro B., Cisneros-Rivero M., Berber-Eslava A. Exercise induced bronchospasm in asthmatic and non asthmatic obese children // Allergol. Immunopathol. — 2000. — № 28(1). — P. 5-11.
16. Кайдашев И.П. NF-kB-сигнализация как основа развития системного воспаления, инсулинорезистентности, липотоксичности, сахарного диабета 2-го типа и атеросклероза // Международный эндокринологический журнал. — 2011. — № 3. — С. 35-45.
17. Охотникова Е.Н. Аллергический «марш»: связь поколений и эскалация аллергии у детей (лекция) // Современ. педиатрия. - 2008. - №4(21). - С.190-197.
18. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Георгий Николаевич Дранник. — К.: ООО «Полиграф плюс», 2010. — 552 с.
19. Огородова Л.М. Аллергический ринит и сопутствующая бронхиальная астма. Механизмы взаимосвязи и подходы к фармакотерапии / Л.М.Огородова, Ф.И. Петровский//Пульмонология. - 2006. -№3. -С. 100-106.
20. Баранова Н.И., Костина Е.М. Характеристика иммунного статуса больных аллергическими заболеваниями дыхательных путей с бактериальной сенсibilизацией // Клиническая лабораторная диагностика — 2009. - №8. - С. 21-23