

2001-211

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ**

На правах рукописи

УДК 616-056.43-053.2-036.22-071-097

КЛИМОВА ЕВГЕНИЯ ИВАНОВНА

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ВОЗРАСТНОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В
Г. БИШКЕК**

(14.00.09 - Педиатрия)

Автореферат диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2000 г.

Работа выполнена в Кыргызском НИИ Профилактики и Медицинской Экологии

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор МАН

И.А. МАТУЗОК

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

О.Ж. УЗАКОВ

доктор медицинских наук,
старший научный сотрудник

Г.И. РЫЖИКОВА

Ведущее учреждение: Казахский государственный медицинский университет им.
С.Д. Асфандиярова.

Защита состоится "21" сентября 2000 года на заседании
Диссертационного Совета Д. 14.00.111. при Кыргызском научно-исследовательском
институте акушерства и педиатрии (720040, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул.
Тоголок Молдо, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского научно-
исследовательского института акушерства и педиатрии.

Автореферат разослан "18" сентября 2000 года.

Учёный секретарь
Диссертационного Совета,
кандидат медицинских наук

А.Б. Фуртикова

Актуальность проблемы. Аллергические заболевания в последние десятилетия становятся одной из главных проблем современной педиатрии. Многочисленные эпидемиологические исследования, проводимые в различных регионах мира, указывают на повсеместный рост распространенности аллергической патологии (А.Д. Адо, 1989; Е.Ю. Вельтищев, О.Б. Святкина, 1995; И.И. Балаболкин, 1997; Ж.Б. Испаева и соавт., 2000; С. Ruzznak et al., 1994; D. Mannino et al., 1998; W. Vollmer et al., 1998) достигающей уровня 20-30% (Н.В. Авдеенко и соавт., 1990; L. Jager, 1990; В. Butland et al., 1997; E. von-Mutius et al., 1998). Причем темпы роста эпидемиологических показателей гораздо выше среди детей и подростков, чем среди взрослых (Э.В. Пятаева, И.В. Ливерко, 1996; С.П. Гомозова и соавт., 1997; M. White et al., 1994; D. Goodman et al., 1998).

Серьезную проблему аллергические заболевания представляют и для государств Центральной Азии, где сухой и жаркий климат со значительными сезонными и суточными колебаниями метеопараметров оказывает существенное влияние на состояние компенсаторно-адаптационных реакций у детей и подростков (В.С. Мошкевич, 1994; А.А. Назаров, 1994; М.М. Хакбердыев, 1994; О.И. Бобоходжаев, 1995; А. Kalyonci et al., 1994; Y. Saraclar et al., 1996, 1998; Z. Selcuk et al., 1997). Кроме того, горные условия влияют на клинико-эпидемиологические особенности аллергической патологии (Г.А. Комаров и соавт., 1979; Г.А. Комаров, 1982; Ш.К. Батырханов и соавт., 1995; Т.Т. Абдылдаев, 1996).

В то же время отмечается тенденция к поливалентной сенсibilизации, ранней манифестации, развитию острых аллергических реакций, более тяжелому течению заболеваний, требующих неотложной медицинской помощи и ведущих к росту инвалидности и смертности (К.Н. Сейтнепесов и соавт., 1994; Е.Т. Тулеутаев, 1994; И.И. Балаболкин, 1997; Д.Ю. Кобзев, Н.Г. Астафьева, 1997; Н.Н. Розина и соавт., 1997; Н.С. Лев, 1997; Д.К. Кудаяров и соавт., 1998; L. Businco, A. Cantani, 1989; T. Foucard, V. Braff-Lonnevig, 1994).

Роль возрастных аспектов в формировании и течении аллергологической патологии многогранна. Данные по возрастной эпидемиологии аллергических заболеваний представлены, в основном, разделами в исследованиях отдельных нозологических форм (И.И. Машуков, 1990; Н.П. Торопова, О.А. Синявская, 1993; Ю.Е. Вельтищев, 1996; A. Wright et al., 1994; D. Strachan et al., 1997; A. Venn et al., 1998) или определенных возрастных групп (С. Astarita et al., 1988; С. Robertson et al., 1993, 1998; M. Tatto-Cano et al., 1997) и базируются преимущественно на анализе данных по обращаемости и госпитализации. Особенности возрастной эволюции аллергических заболеваний самостоятельно рассматриваются лишь в единичных литературных источниках (И.М. Воронцов, О.А. Маталыгина, 1986; М.Н. Ковалевская, Н.Н. Розина, 1997; L. Businco et al., 1997; A. Dierkes-Clobisch et al., 1998).

В Кыргызской Республике вопросы эпидемиологии аллергических заболеваний у детей, подростков и лиц юношеского возраста в динамике изучались неод-

нократно представителями различных исследовательских школ, однако целостные представления по рассматриваемому вопросу с учётом региональных этнических и иммунологических факторов на сегодняшний день отсутствуют. Более того, имеющиеся исследования, отличаясь методическими подходами, содержат эпидемиологические сведения, характеризующие возрастные особенности течения отдельных нозологических форм аллергической патологии (Л.М. Наричина, 1979; Г.А. Комаров, 1982; И.А. Матузок, 1982; Ш.К. Нурдолотова, 1984; Г.И. Рыжикова, 1995; Т.Т. Абдылдаев, 1996; Д.Д. Кабаева, 1997; Ч.А. Иманалиева, 1999). Комплексных эпидемиологических исследований, касающихся вопросов возрастной этиологии, клиники и иммунологии аллергических заболеваний, не проводилось.

Вышеизложенное обуславливает актуальность и перспективность данной научно-исследовательской работы.

Цель работы: изучить распространенность, структуру и клинко-иммунологические особенности аллергических заболеваний у детей, подростков и юношей в г. Бишкек в различные возрастные периоды для разработки научно-обоснованных мер первичной и вторичной профилактики аллергических заболеваний.

Задачи исследования:

1. Изучить возрастные особенности распространенности и структуры аллергических заболеваний у детей (0-14 лет), подростков (15-17 лет) и юношей (18-20 лет) в г. Бишкек.

2. Определить возрастные особенности формирования и клинического течения аллергических заболеваний (на примере аллергических заболеваний органов дыхания).

3. Установить возрастные особенности этиологического спектра причинно-значимых аллергенов при аллергических заболеваниях.

4. Изучить возрастные особенности параметров иммунного статуса у детей, подростков и юношей при аллергических заболеваниях.

5. Разработать практические рекомендации по первичной и вторичной профилактике аллергических заболеваний.

Научная новизна: Впервые установлено, что в г. Бишкек распространенность аллергических заболеваний составляет в популяции жителей 0-20 лет - 235.2‰, в популяции детей 0-14 лет - 227.4‰, подростков 15-17 лет - 286.0‰, юношей - 242.3‰.

Впервые показано, что эволюция структуры аллергических заболеваний, обусловленная возрастными особенностями сенсibilизации, проявляется в снижении доли аллергических дерматозов и увеличении - респираторных алергозов. При этом структура аллергической заболеваемости в диапазоне 0-3 лет характеризуется доминированием аллергических дерматозов, в диапазоне 8-20 лет - прева-лированием респираторных алергозов, в диапазоне 4-7 лет - статистически равным их представительством.

Впервые установлено, что в общей популяции, в детском и подростковом возрасте выше заболеваемость лиц мужского пола, а в юношеском – лиц женского пола. Аллергическая заболеваемость лиц европейских национальностей в 5 раз выше заболеваемости лиц кыргызской и в 4 раза – лиц прочих национальностей.

Отмечено, что возрастные особенности клинического течения респираторных аллергозов заключаются в изменении сезонности обострений и спектра сопутствующей патологии.

Иммунологический статус при аллергических заболеваниях характеризуется дисбалансом различных звеньев иммунитета, причём впервые для каждой возрастной группы выделены наиболее специфические типы их дисфункции. Число больных, отвечающих гиперпродукцией Ig E, составляет 83.3%.

Практическая значимость работы: Данные по возрастной эпидемиологии и структуре аллергической патологии могут служить ориентиром при планировании объема специализированной лечебно-профилактической помощи в различных возрастных группах, а также при подготовке кадров.

Выявленные в процессе исследования особенности формирования аллергической патологии в зависимости от биологических характеристик популяции и закономерности возрастной эволюции сенсibilизации следует использовать при выделении групп риска и контингентов, подлежащих диспансеризации на первичном уровне медицинского обслуживания.

Установленные возрастные клиничко-иммунологические особенности аллергической патологии могут использоваться в целях повышения качества диагностического процесса и эффективности терапевтических мероприятий.

Внедрение полученных результатов: Результаты проведенных исследований легли в основу информационного письма "Аллергические болезни в Кыргызской Республике" (1995), которое было внедрено в работу городской клинической больницы № 1, поликлиник № 4, 8, Республиканского аллергологического центра, отделения иммуноаллергологии КНИИ профилактики и медицинской экологии, что подтверждено 5 актами внедрения.

Апробация работы: Основные положения исследования доложены и обсуждены на региональной научно-практической конференции «Наука – высокогорью» (г.Бишкек, 1999), республиканской научно-практической конференции медиков «Медицина на стыке тысячелетий» (г. Бишкек, 2000). Диссертация апробирована на заседании Ученого Совета Кыргызского НИИ профилактики и медицинской экологии 28 декабря 1999г., Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии 16 октября 2000г.

Публикации: По материалам диссертации опубликовано 23 печатные работы.

Структура и объем диссертации: Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 3 глав с изложением результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических реко-

мендаций и библиографического указателя. Диссертация изложена на страницах машинописного текста, иллюстрирована 37 таблицами, 6 рисунками. Библиография включает 352 источника литературы.

Положения, выносимые на защиту:

1. Возрастные особенности распространенности и структуры аллергических заболеваний у детей, подростков и лиц юношеского возраста низкогорья Кыргызстана.
2. Возрастные особенности клинического течения респираторных аллергозов у детей, подростков и лиц юношеского возраста.
3. Возрастные особенности функционирования иммунной системы детей, подростков, юношей при аллергических заболеваниях.

Материал и методы исследования:

Изучение распространенности аллергических заболеваний выполнено методом 3-х этапного эпидемиологического скрининга. Карты эпидемиологического обследования популяции были составлены с учетом рекомендаций ВОЗ, Института педиатрии РАМН, Государственного научного центра Российской Федерации - Института Иммунологии применительно к целям и задачам данной научно-исследовательской работы. Перечень нозологических форм аллергических заболеваний определялся в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр, ВОЗ, Женева, 1995), включающей бронхиальную астму (J45, J46), поллиноз (J30.1), атопический дерматит (L20), крапивницу (L50), отек Квинке (T78.3), пищевую (T78.1) и лекарственную аллергии (T88.1, T88.7), анафилактический шок (T78.0, T78.2, T80.5, T88.6). Кроме того, этиопатогенетически сходные заболевания [аллергический ринит (J30.2-J30.4), ларингит (J37.0), ларинготрахеит (J37.1), назофарингит и фарингит (J31)], которые эволюционно по отношению к бронхиальной астме могут рассматриваться как преморбидные состояния (В.А. Капцов и соавт., 1997) были объединены под термином "предастма", предложенным Г.Б. Федосеевым (1982).

Объектом эпидемиологического исследования являлась популяция из 4320 человек, постоянно проживающих в г. Бишкеке на территории обслуживания городских поликлиник № 3, 8, 11, 15. Объем исследования, соответственно возрастным группам, составил: 0-1 год - 336 человек, 1-3 года - 665, 4-7 лет - 1014, 8-10 лет - 622, 11-14 лет - 819, 15-17 лет - 472, 18-20 лет - 392.

Для оценки клинических особенностей аллергической заболеваемости проведен сплошной ретроспективный анализ 2147 форм № 112-ЛПУ и форм № 030-У лиц, состоящих на учете в Республиканском аллергологическом центре и являющихся постоянными жителями г.Бишкека.

Особенности клинического течения аллергических заболеваний в условиях

низкогорного промышленного города изучены на материалах обследования 380 больных, страдающих респираторными аллергиями. Пациенты с бронхиальной астмой составили группу из 112 человек, с предастмой и поллинозом - группы из 134 человек.

Возрастные особенности сенсibilизации изучались путем постановки кожных скарификационных проб с пыльцевыми (799 больных), эпидермальными (542 больных), бытовыми (580 больных), пищевыми (437 больных) аллергенами и постановки внутрикожных проб с бактериальными (136 больных) аллергенами в соответствии с инструкциями по применению аллергенов, утвержденными Главным управлением лечебно-профилактической помощи Минздрава СССР от 30.11.1987, 28.04.1988. Использовался набор из 47 видов аллергенов, содержащих 10000 PNU/ml и изготовленных Центральным НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова ("Биомед"), Ставропольским НИИ вакцин и сывороток (НПО "Аллерген"), Казанским НИИ эпидемиологии и микробиологии, Казахским НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней.

Особенности дисфункции системы иммунитета изучались путем идентификации основных компонентов клеточного, гуморального иммунитета и фагоцитоза у 130 больных с аллергическими заболеваниями в возрасте от 4 до 20 лет. Комплекс иммунологических методов включал определение относительного и абсолютного содержания популяций лейкоцитов в периферической крови, тесты Е- и М-розеткообразования (M. Jondal et al., 1971; S. Gupta et al., 1976), нагрузочные тесты с теофиллином (S. Limatbul et al., 1978), исследование фагоцитарной активности лейкоцитов (фагоцитарный показатель (ФП) и фагоцитарный индекс (ФИ)), оценку содержания в сыворотке иммуноглобулинов А, М, G (IgA, IgM, IgG) методом радиальной иммунодиффузии (G. Mancini et al., 1964) и иммуноглобулина Е с использованием диагностического набора фирмы "Pharmacia" — Phadebas IgE PRIST.

Деление популяции на возрастные группы проводилось согласно схемам возрастной периодизации онтогенеза человека, принятым в Москве на 6 и 7 конференциях по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии (1963, 1965), с учетом рекомендаций В.Н. Кардашенко и соавт. (1988), И.В. Аничковой и соавт. (1999), предусматривающим следующие градации: грудной возраст (0-1 год), период раннего детства (1-3 года), препубертатный период (4-7 лет), период раннего пубертата (8-10 лет), средний подростковый период (11-14 лет), поздний подростковый период (15-17 лет), период стабилизации половой зрелости (юношеский, адолесцентный, 18-20 лет).

Математическая обработка полученных в исследовании данных проведена методами вариационной статистики с расчетом интенсивных (распространенность) и экстенсивных (структура) эпидемиологических показателей, средних величин (M), средних ошибок (m), лимитов (lim). Достоверность различия показателей оценивалась путем расчета коэффициента t (Стьюдента). Учитывая, что сред-

ние величины нивелируют вариации параметров отдельных лиц в группе, для более полного описания распределения иммунологических показателей использованы центильный метод (Г.А. Корн, Т.М. Корн, 1977, Е.В. Гублер, 1978) и метод частотного анализа (А.М. Земсков, 1990). При проведении частотного анализа в качестве крайних значений нормы взяты границы диапазонов вариации иммунологических показателей у здоровых лиц соответствующего возраста по данным ВОЗ (1980), Р.В. Петрова и соавт. (1984), К.А. Лебедева и И.Д. Понякиной (1990), Е.С. Белозерова и соавт. (1994), А.М. Земскова и В.М. Земскова (1995), Б.Т. Тулебекова (1995), Д.В. Стефани и Е.Ю. Вельтищева (1996). Обработка данных проводилась с использованием подпрограммы Microsoft Excel (Windows 95, версия 7.0).

Результаты исследований и их обсуждение:

Распространенность аллергических заболеваний в популяции детей (табл. 1), по данным нашего исследования, составила 227.4‰. При этом максимальный уровень распространенности патологии зарегистрирован у детей раннего возраста (294.7‰). Среди детей 4-7 лет распространенность аллергических заболеваний снижалась ($p < 0.05$) в 1.5 раза (199.2‰). В последующих возрастных группах сложные нейроэндокринные перестройки пубертатного периода обуславливали новый рост аллергической заболеваемости, показатели которой достигали у подростков 286.0‰ и стабилизировались в юношеском возрасте на уровне 242.3‰. В общей популяции распространенность аллергических заболеваний составила 235.2‰.

Распространенность бронхиальной астмы среди детей первого года жизни составила 17.6‰. В раннем детском возрасте распространенность астмы достигала максимума (63.2‰, $p < 0.05$). В последующих возрастных диапазонах детства показатель изменялся мало ($p > 0.05$), варьируя от 38.5‰ до 31.8‰. Частота регистрации бронхиальной астмы у детей (39.1‰), подростков (29.7‰) и юношей (28.1‰) не имела достоверных различий ($p > 0.05$), а общий показатель был равен 37.0‰.

Распространенность предастмы в популяции составила 21.5 на 1000 обследованных. Показатели распространенности предастмы у детей, подростков и юношей были близки между собой ($p > 0.05$) и составляли, соответственно, величины – 21.1‰, 21.2‰, 25.5‰.

Распространенность поллиноза в общей популяции составила 52.1‰, в популяции детей - 35.0‰. На первом году жизни поллиноз был зарегистрирован в 3.0‰ случаев, а в каждом последующем возрастном периоде распространенность поллиноза увеличивалась в 1.5-6 раз ($p < 0.05$), достигая уровня 129.2‰ у подростков и 108.9‰ у юношей.

Распространенность атопического дерматита среди детей первого года жизни составила 17.9‰. В раннем детском возрасте показатель увеличивался ($p > 0.05$)

Таблица 1

Возрастные особенности распространенности аллергических заболеваний в г. Бишкек

Аллергические заболевания	Распространенность ИП (%)										
	Возрастные группы										
	0-1	1-3	4-7	8-10	11-14	15-17	18-20	0-14	0-20		
Бронхиальная астма	17.6	63.2	38.5	35.4	31.8	29.7	28.1	39.1	37.0		
Предастма	8.9	25.6	23.7	19.3	20.8	21.2	25.5	21.1	21.5		
Поллиноз	3.0	13.5	21.7	48.2	72.0	129.2	108.9	35.0	52.1		
Атопический дерматит	17.9	24.1	12.8	11.3	9.8	27.5	35.7	14.5	17.8		
Крапивница	68.4	52.6	26.6	25.7	25.6	29.7	5.1	35.3	31.9		
Отек Квинке	35.7	54.1	37.4	24.1	35.4	16.9	5.1	37.6	32.4		
Пищевая аллергия	65.5	42.1	29.6	12.9	15.9	25.4	23.0	29.2	28.2		
Лекарственная аллергия	8.9	19.5	8.9	22.5	14.7	6.4	10.2	14.8	13.4		
Всего	226.2	294.7	199.2	204.2	225.9	286.0	242.3	227.4	235.2		

до 24.1%., снижаясь у детей более старшего возраста до уровня $11.3 \pm 1.5\%$. К подростковому (27.5%) и юношескому возрасту (35.7%) его уровень увеличивался более чем в 2 раза. При этом необходимо отметить, что распространенность атопического дерматита среди лиц юношеского возраста в 2.5 раза превышала такую среди детей (14.5%, $p < 0.05$) и в 2 раза - в обследованной популяции в целом (17.8%, $p > 0.05$)

Высокая распространенность отека Квинке отмечена среди детей раннего возраста (54.1%). В остальных возрастных диапазонах детского возраста значения показателя изменялись мало ($p > 0.05$) и варьировали в пределах $31.0 \pm 7.0\%$. В подростковом (16.9%) и юношеском (5.1%) возрасте показатели распространенности патологии уменьшались ($p < 0.01$), соответственно, в 2.2 и 7.4 раза по сравнению с уровнем, зарегистрированным в популяции детей (37.6%).

Распространенность крапивницы в обследованной популяции составила 31.9%. Причем с увеличением возраста частота регистрации заболевания имела тенденцию к снижению: от максимума ($p < 0.05$) у детей грудного (68.4%) и раннего (52.6%) возраста, через относительно равные ($p > 0.05$) уровни в диапазоне от препубертатного до подросткового возраста - $27.6 \pm 2.1\%$ к минимуму ($p < 0.05$) у юношей - 5.1%.

Наибольшая распространенность пищевой аллергии установлена среди детей первого года жизни (65.5%). В последующих возрастных группах уровень показателя снижался: в 1.6 раза - в раннем детском (42.1%, $p > 0.05$), в 2.2 раза - в препубертатном (29.6%, $p < 0.05$), в 5 раз - в раннем пубертатном (12.9%, $p < 0.01$) периоде. К подростковому и юношескому возрасту распространенность пищевой аллергии вновь увеличивалась ($p < 0.05$), составляя соответственно 25.4% и 23.4%. В общей популяции значение показателя было равно 28.2%.

Распространенность лекарственной аллергии в возрастном аспекте изменялась незначительно ($p > 0.05$), составляя среди детей - 14.8%, среди подростков - 6.4%, среди юношей - 10.2%, в общей популяции - 13.4%.

Результаты проведенного исследования выявили и значительные различия возрастной структуры аллергической заболеваемости (рис.1). Так, доля респираторных аллергозов в ней составила у детей - 44.0%, подростков - 75.5%, юношей - 90.2%, в общей популяции - 55.0%, в том числе бронхиальной астмы - 20.7%, 26.8%, 16.4%, 21.1%, предастмы - 8.8%, 8.2%, 5.3%, 8.2%, поллиноза - 14.5%, 40.5%, 68.5%, 25.9%, соответственно. Удельный вес аллергических дерматозов составил у детей - 36.8%, подростков - 16.5%, юношей - 7.5%, всего - 29.6%, в том числе атопического дерматита - 32.3%, 9.5%, 5.9%, 25.3%, крапивницы и отека Квинке - 4.4%, 6.5%, 1.6%, 4.3%, соответственно.

Лекарственная аллергия и анафилактический шок регистрировались в структурах патологии у детей с частотой 17.4% и 1.8%, подростков - 8.5% и 0.0%, юношей - 2.3% и 0.0%, всего - 14.0% и 1.3%.

Возрастные изменения структуры аллергических заболеваний при переходе

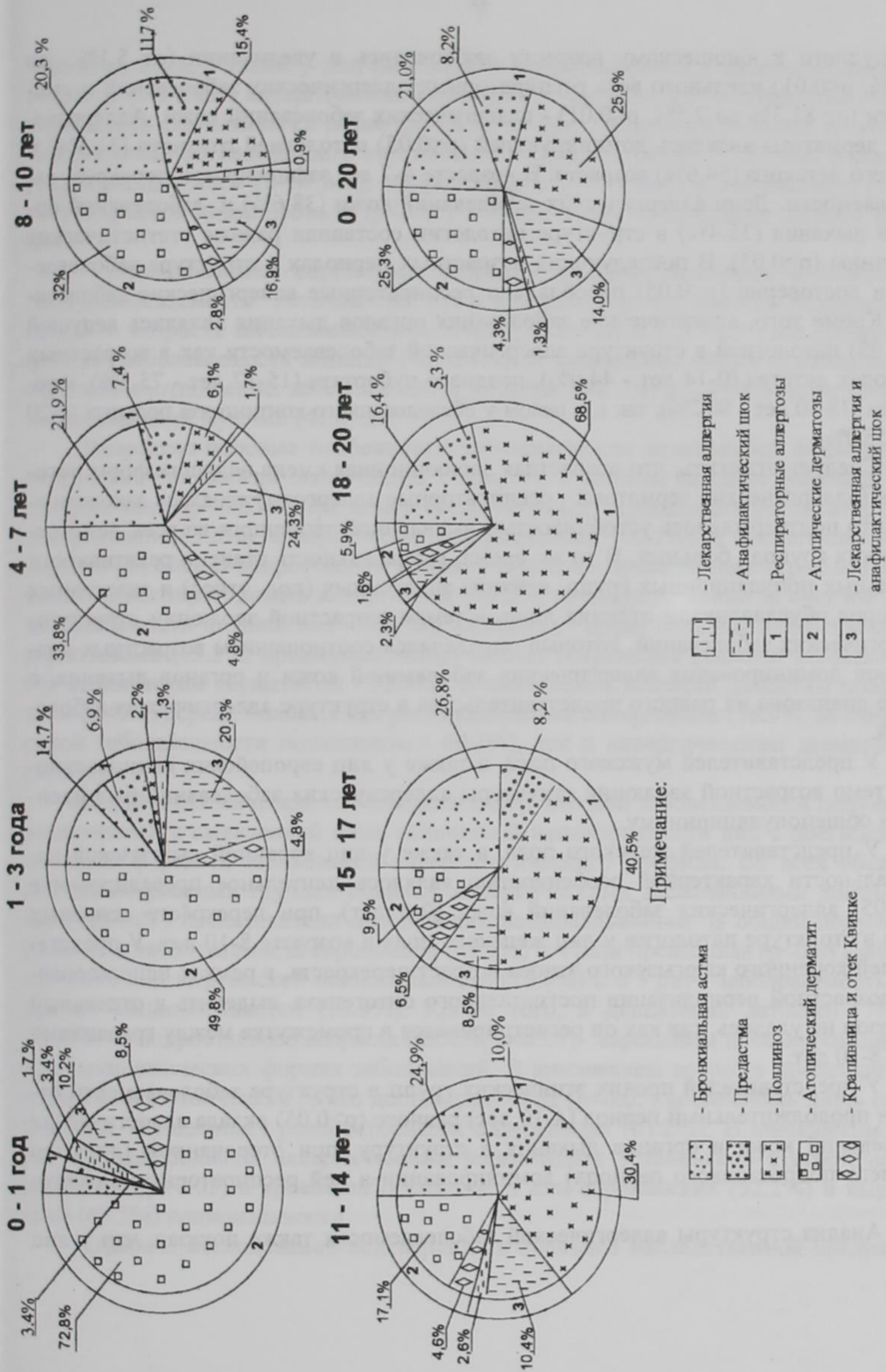


Рис. 1. Возрастные особенности структуры аллергических заболеваний у детей, подростков, юношей в г.Бишкек

от грудного к юношескому возрасту заключались в увеличении (от 5.1% до 90.2%, $p < 0.01$) удельного веса респираторных аллергических заболеваний и снижении (от 81.3% до 7.5%, $p < 0.01$) - аллергических заболеваний кожи. Аллергические дерматозы являлись доминирующей ($p < 0.05$) патологией грудного (81.3%) и раннего детского (54.6%) возраста. В возрасте 4-7 лет зафиксирован перекрёст заболеваемости. Доли аллергических заболеваний кожи (38.6%) и заболеваний органов дыхания (35.4%) в структуре патологии составили равные статистические величины ($p > 0.05$). В последующих возрастных периодах в структуре заболеваемости достоверно ($p < 0.05$) преобладали респираторные аллергические заболевания. Кроме того, аллергические заболевания органов дыхания являлись ведущей ($p < 0.05$) патологией в структуре аллергической заболеваемости как в возрастных периодах детства (0-14 лет - 44.0%), позднего пубертата (15-17 лет - 75,5%), юношества (18-20 лет - 90.2%), так и в целом у обследованного контингента больных (0-20 лет - 55.0%).

Следует отметить, что возрастная эволюционная смена ведущих форм патологии (аллергические дерматозы - респираторные алергозы) являлась закономерной, что подтверждалось устойчивостью выявленной тенденции во всех демографических группах больных. В то же время, вариабельность степени реактивности отдельных популяционных групп, влияние эндогенных (пол, этнос) и экзогенных факторов обуславливали отличия лишь в темпе возрастной эволюции структуры аллергических заболеваний, который определялся соотношением возрастных диапазонов доминирования аллергических заболеваний кожи и органов дыхания, а также диапазона их равного представительства в структуре аллергических заболеваний.

У представителей мужского пола, а также у лиц европейских национальностей темп возрастной эволюции структуры аллергических заболеваний был идентичен общепопуляционному.

У представителей женского пола, а также у лиц коренной кыргызской национальности характерной особенностью являлось длительное превалирование ($p < 0.05$) аллергических заболеваний кожи (0-8 лет), при перекрёсте основных форм в структуре патологии у лиц женского пола в возрасте 8-10 лет. У представителей коренного кыргызского этноса возраст перекреста, в рамках использованной возрастной периодизации постнатального онтогенеза, выделить в отдельный диапазон не удалось, так как он регистрировался в промежутке между градациями 4-7 и 8-10 лет.

У представителей прочих этнических групп в структуре заболеваемости отмечен продолжительный период (4-10 лет) равного ($p > 0.05$) вклада аллергических заболеваний кожи и органов дыхания в структуру, при отсроченном (лишь со среднего подросткового периода) доминировании в ней респираторных алергозов.

Анализ структуры аллергической заболеваемости также показал, что у лиц

женского пола, а также у лиц кыргызской национальности в диапазоне детского возраста (0-14 лет) аллергические дерматозы и респираторные аллергозы регистрировались статистически равно ($p > 0.05$). Во всех остальных половых и этнических группах обследованного контингента больных в целом (0-20 лет), а также в градациях детского (0-14 лет), подросткового (15-17 лет) и юношеского (18-20 лет) возрастов доминировали ($p < 0.05$) аллергические заболевания органов дыхания.

Исследованием определены возрастно-половые особенности аллергической заболеваемости. Установлено, что в интервале от грудного до позднеподросткового возраста заболеваемость мужчин ($59.2 \pm 4\%$) в 1.2 - 1.7 раза превышала ($p < 0.05$) заболеваемость женщин ($40.8 \pm 4\%$). В юношеском возрасте наблюдалось обратное соотношение: заболеваемость женщин (58.6%) в 1.4 раза выше ($p < 0.01$) заболеваемости мужчин (41.4%).

Возрастно-половые особенности заболеваемости отдельными формами аллергических патологии заключались в том, что в детском возрасте мальчики достоверно чаще ($p < 0.05$) встречались среди больных, страдающих респираторными аллергозами (63.8%), аллергическими дерматозами (53.1%) и лекарственной аллергией (61.6%). В подростковом возрасте мужчины преобладали ($p < 0.05$) среди больных респираторными аллергозами (60.2% , преимущественно за счет высокой заболеваемости поллинозом - 60.5%), женщины - среди больных аллергическими дерматозами (65.3% , преимущественно за счет сохранения высокой заболеваемости атопическим дерматитом - 72.4%). В юношеском возрасте женщины преобладали ($p < 0.05$) среди больных как респираторными аллергозами (56.9% , за счет высокой заболеваемости поллинозом - 60.1%), так и аллергическими дерматозами (78.3%).

Возрастно-этнические особенности аллергической заболеваемости популяции заключались в выявленной нами этнической неоднородности лиц с диагностированными формами заболеваний аллергологического профиля. Во всех обследованных возрастных группах больных аллергическими заболеваниями доминировали ($p < 0.01$) представители европейских национальностей. В общей популяции (0-20 лет) заболеваемость европейцев (69.5%) в 4 раза превышала ($p < 0.01$) заболеваемость лиц кыргызской национальности (16.6%) и в 5 раз - заболеваемость лиц прочих национальностей (13.9%). Кроме того, в диапазонах детского (71.4% , $p < 0.05$) и подросткового возраста (68.6% , $p < 0.05$) европейцы преобладали при всех нозологических формах заболеваний. В юношеском возрасте представители европейских этнических групп достоверно чаще ($p < 0.05$) встречались лишь среди больных, страдающих респираторными аллергозами (63.2%). В юношеском возрасте среди больных аллергическими дерматозами установлено статистическое равенство ($p > 0.05$) в уровне заболеваемости лиц европейских (52.2%) и кыргызской (43.5%) национальности.

Данные исследования подтвердили и значение наследственной предраспо-

ложенности к развитию аллергических заболеваний. При клинико-генеалогическом анализе наследственная отягощенность установлена у 44.9% больных. Генетически-опосредованные формы патологии чаще ($p < 0.05$) встречались среди детей раннего возраста (53.7%). В диапазонах детского и подросткового возраста показатель был, соответственно, равен 45.4% и 49.7%. В юношеском возрасте его значение было достоверно ($p < 0.05$) ниже (37.5%). Частота наследственной отягощенности по линии матери (31.2%) отмечалась в 2 раза чаще, чем по линии отца (15.5%), и это позволяет высказать предположение о большей значимости генотипа матери в передаче аллергического предрасположения пробанду.

Величина и динамика роста уровней аллергической заболеваемости, как показали исследования, зависят и от медико-социальных факторов. Мы установили ряд медико-социальных аспектов, значимых для формирования респираторных аллергозов. Среди них важнейшим был признак социальной принадлежности. Согласно нашим материалам, большую часть обследованных ($p < 0.05$) составляли больные из семей служащих, доля которых при бронхиальной астме равнялась 61.6%, при предастме - 64.2%, при поллинозе - 64.9%. Высоким был и удельный вес пациентов, проживающих в неблагоприятных жилищно-бытовых условиях. Число таких больных составило при бронхиальной астме - 18.8%, предастме - 10.4%, поллинозе - 7.5%. Наряду с этими факторами выделены и факторы эндогенного генеза. Было установлено, что развитие аллергических заболеваний в значительном числе случаев предопределялось неблагоприятным течением ante- и интранатального периодов (при бронхиальной астме у 58.9% больных, при предастме - у 64.2%, при поллинозе - у 52.2%, всего - 58.4%). Ранний перевод детей на смешанное и искусственное вскармливание предшествовал развитию бронхиальной астмы у 44.6%, предастмы - у 38.8%, поллиноза - у 45.5% больных. Неблагоприятный исход для развития бронхиальной астмы, предастмы и поллиноза имела высокая частота рецидивирующих инфекций дыхательных путей в грудном (51.8%, 54.7%, 26.1%, соответственно) и раннем (69.6%, 65.7%, 18.7%) возрасте.

Физиологические причины и механизмы формирования аллергических заболеваний имели прямую зависимость и от их ассоциации с заболеваниями другой этиологии (29.5%), что оказывало существенное влияние на их течение. Так, в структуре сопутствующих заболеваний у детей до 4 лет преобладали болезни, обусловленные дисфункцией регуляторных систем (эндокринной ($53.8 \pm 1.4\%$) и нервной ($27.3 \pm 6.1\%$)), а в последующем - патология желудочно-кишечного тракта ($27.1 \pm 7.9\%$) и ЛОР-органов ($48.9 \pm 8.9\%$), т.е. органов и систем, являющихся входными воротами для прямого поступления внешних аллергенов во внутреннюю среду организма.

Наиболее существенной частью работы являлись данные клинического обследования больных. Наши исследования показали, что у 37.7% обследованных пациентов первые клинически - выраженные симптомы аллергических заболева-

ний выявлялись на первом году жизни, у 59.4% пациентов - до 4 лет, у 77.8% - до 8 лет и у 93.0% - до 15 лет. Обращал на себя внимание факт достоверно ($p < 0.01$) раннего проявления первых аллергических реакций у больных, страдающих атопическим дерматитом (в 52.9% случаев - это были дети первого года жизни, в 77.8% - до 4 лет, в 91.8% - до 8 лет), и у больных, перенесших анафилактический шок (в 78.6%, 82.1%, 96.4%, соответственно), позднего их проявления - у больных поллинозом (16.2%, 22.7%, 45.4%, соответственно).

Представляли интерес данные о длительности и сезонности периодов обострения респираторных аллергозов. У детей первых десяти лет жизни обострения бронхиальной астмы и предастмы регистрировались преимущественно ($p < 0.05$) с октября по март месяц. В средне- и позднеподростковом возрасте рецидивы бронхиальной астмы и предастмы фиксировались круглогодично ($p > 0.05$). В юношеском возрасте обострения заболеваний чаще ($p < 0.05$) отмечались в период с мая по сентябрь месяц. Выявленная динамика сезонных обострений респираторных аллергозов, очевидно, обусловлена сменой как ведущих причинно-значимых видов сенсibilизации, так и основных механизмов провокации обострений. При поллинозе с увеличением возраста больных расширялись границы периода сезонного обострения от 5 месяцев в год (с мая по сентябрь) у детей 4-7 лет до 8-9 месяцев (с марта-апреля по ноябрь) в год у больных 11-20 лет, что, вероятно, связано с расширением спектра пыльцевой сенсibilизации.

В исследовании определены основные возрастные этиологические факторы аллергических заболеваний. У детей грудного возраста спектр этиологически значимых аллергенов был представлен пищевыми (52.5%) и лекарственными аллергенами (30.5%). До 10-летнего возраста к пищевым аллергенам были чувствительны более половины ($57.2 \pm 4.7\%$) обследованных детей, страдающих аллергическими заболеваниями. В последующих возрастных периодах их доля уменьшалась ($p < 0.01$) в средне и позднеподростковом возрасте до 39.3%-32.7% и в юношеском до 17.1%. Напротив, число детей, сенсibilизированных к лекарственным препаратам, увеличивалось ($p < 0.05$) от периода грудного возраста (30.5%) к периоду раннего (44.6%) возраста в 1.5 раза, достигая абсолютного максимума ($p < 0.01$) в возрасте препубертата (59.0%). Начиная с периода раннего пубертата, уровень лекарственной сенсibilизации снижался (8-10 лет - 42.2%, 11-14 лет - 37.7%, 15-17 лет - 26.1%, $p < 0.05$) до минимума (9.2%, $p < 0.05$) у юношей. С увеличением возраста от раннего к юношескому удельный вес больных, чувствительных к пыльцевым аллергенам повышался ($p < 0.05$). В данном случае, одним из узловых моментов исследования является установленная закономерность увеличения в каждой последующей возрастной группе в 1.4 - 2.8 раза (2.6%-6.7%-18.5%-36.9%-55.6%-78.3%) числа больных с пыльцевой сенсibilизацией. Помимо того, было установлено, что число больных с повышенной чувствительностью к бытовым, эпидермальным и бактериальным аллергенам, во всех возрастных группах не превышало 10%, причем максимальные значения показателей регистрировались в позднепод-

Возрастные особенности средних величин ($M \pm m$) иммунологических показателей у больных аллергическими заболеваниями

Показатель	Возраст				
	4-7 n = 30	8-10 n = 22	11-14 n = 26	15-17л n = 24	18-20 n = 28
Лейкоциты ($\cdot 10^9/\text{л}$)	8,153 \pm 0,464 ^{**+}	6,291 \pm 0,690	6,997 \pm 0,689	7,785 \pm 0,471	7,023 \pm 0,447
Лимфоциты (%)	48,3 \pm 2,0 ^{**+}	44,4 \pm 3,6	39,8 \pm 3,0 ^{*+}	36,4 \pm 1,7	35,9 \pm 2,3
($\cdot 10^9/\text{л}$)	3,878 \pm 0,288 ^{**+}	2,406 \pm 0,174	2,707 \pm 0,258 ^{*+}	2,788 \pm 0,192	2,404 \pm 0,160
Эозинофилы (%)	5,4 \pm 0,5	6,9 \pm 1,1 ^{**+}	6,3 \pm 1,5 ^{*+}	6,2 \pm 0,7	4,7 \pm 0,6 ^{*+}
($\cdot 10^9/\text{л}$)	0,282 \pm 0,052	0,430 \pm 0,089	0,419 \pm 0,100	0,485 \pm 0,065	0,322 \pm 0,044
ФП (%)	70,4 \pm 2,4	68,6 \pm 5,1	76,2 \pm 2,7	70,9 \pm 1,5	78,0 \pm 1,7 ^{*+}
ФЧ	3,3 \pm 0,2	3,7 \pm 0,4	4,0 \pm 0,3	3,4 \pm 0,2 ^{**+}	4,3 \pm 0,4 ^{*+}
Е-РОК (%)	46,8 \pm 2,0 ^{**-}	45,4 \pm 3,3	48,9 \pm 1,8 ^{**-}	43,8 \pm 2,3	46,9 \pm 2,2
($\cdot 10^9/\text{л}$)	1,785 \pm 0,135 ^{**+}	1,119 \pm 0,135 ^{**-}	1,315 \pm 0,122	1,230 \pm 0,109	1,112 \pm 0,091
$E_{\text{тфр}}$ -РОК (%)	40,8 \pm 2,4	38,4 \pm 3,1 ^{*-}	38,5 \pm 2,2	39,3 \pm 3,1 ^{*+}	43,4 \pm 2,7 ^{**+}
$E_{\text{тфч}}$ -РОК (%)	5,5 \pm 1,1 ^{**-}	7,2 \pm 1,6 ^{**-}	9,9 \pm 2,5 ^{**-}	5,3 \pm 1,3	5,5 \pm 0,8
$\frac{E_{\text{тфр}}\text{-РОК}}{E_{\text{тфч}}\text{-РОК}}$	13,1 \pm 2,4 ^{**+}	12,3 \pm 5,0	11,3 \pm 4,2	11,7 \pm 2,25 ^{*+}	13,0 \pm 2,3 ^{*+}
М - РОК (%)	16,7 \pm 1,2	17,5 \pm 1,8 ^{*+}	17,3 \pm 1,9 ^{*+}	14,4 \pm 1,0 ^{**-}	16,6 \pm 1,0 ^{*-}
($\cdot 10^9/\text{л}$)	0,646 \pm 0,060 ^{**+}	0,415 \pm 0,045	0,458 \pm 0,060 ^{*+}	0,385 \pm 0,032	0,421 \pm 0,042
IgA (г/л)	1,12 \pm 0,17	1,21 \pm 0,24	1,84 \pm 0,52	1,96 \pm 0,21	2,50 \pm 0,24
IgM (г/л)	1,78 \pm 0,31	1,18 \pm 0,21	1,11 \pm 0,30	1,18 \pm 0,18	0,97 \pm 0,10
IgG (г/л)	9,60 \pm 1,3	10,11 \pm 2,11	12,83 \pm 2,34	11,44 \pm 1,26	10,84 \pm 0,83

Примечание: Различия показателей по сравнению с контролем достоверны (* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; "+" - достоверно выше, "-" - достоверно ниже). Е-РОК - Е-розеткообразующие клетки, М-РОК - М-розеткообразующие клетки, $E_{\text{тфр}}$ -РОК - теофиллинрезистентная субпопуляция Е-розеткообразующих клеток, $E_{\text{тфч}}$ -РОК - теофиллинчувствительная субпопуляция Е-розеткообразующих клеток, ФП - фагоцитарный показатель, ФЧ - фагоцитарное число, IgA - иммуноглобулины класса А, IgM - класса М, IgG - класса G.

Таблица 3

Возрастные особенности распределения иммунологических показателей по результатам частотного анализа

Показатель (N)	Частота (%) отклонений ниже / выше физиологических колебаний				
	Возраст				
	4-7 n = 30	8-10 n = 22	11-14 n = 26	15-17 n = 24	18-20 n = 28
Лейкоциты (4 - 10 · 10 ⁹ /л)	<u>3,3</u> 20,0	<u>9,1</u> 9,1	<u>7,7</u> 7,7	<u>0,0</u> 25,0	<u>3,6</u> 14,3
Лимфоциты (19 - 45%)	<u>0,0</u> 20,0*	<u>0,0</u> 45,0	<u>0,0</u> 30,8	<u>4,2</u> 16,7	<u>3,6</u> 21,4
Эозинофилы (2 - 5%)	<u>3,3</u> 40,0	<u>0,0</u> 54,5	<u>7,7</u> 38,5	<u>4,2</u> 54,2	<u>10,7</u> 28,6
(0,15-0,3 · 10 ⁹ /л)	<u>3,3</u> 53,3	<u>0,0</u> 54,5	<u>7,7</u> 46,2	<u>16,7</u> 70,8	<u>25,0</u> 39,3
ФП (40 - 80 %)	<u>6,7</u> 10,3	<u>0,0</u> 36,4	<u>0,0</u> 15,4	<u>0,0</u> 0,0	<u>0,0</u> 35,7
ФЧ (3 - 9)	<u>30,0</u> 0,0	<u>36,4</u> 0,0	<u>7,7</u> 0,0	<u>29,2</u> 0,0	<u>17,9</u> 0,0
E-РОК (40 - 80 %)	<u>30,0</u> 0,0	<u>45,5</u> 0,0	<u>0,0</u> 0,0	<u>25,0</u> 0,0	<u>25,0</u> 0,0
(0,5-25 · 10 ⁹ /л)	<u>0,0</u> 16,7	<u>0,0</u> 0,0	<u>0,0</u> 0,0	<u>4,2</u> 0,0	<u>0,0</u> 7,1
E _{тфр} - РОК (25 - 70 %)	<u>6,7</u> 0,0	<u>9,1</u> 0,0	<u>0,0</u> 0,0	<u>20,8</u> 0,0	<u>7,1</u> 0,0
E _{тфч} - РОК (5 - 20 %)	<u>53,3</u> 3,3	<u>27,3</u> 0,0	<u>38,5</u> 15,4	<u>54,2</u> 4,2	<u>46,4</u> 0,0
$\frac{E_{тфр} - РОК}{E_{тфч} - РОК}$ (1-7)	<u>0,0</u> 53,3	<u>0,0</u> 36,4	<u>0,0</u> 38,5	<u>0,0</u> 54,2	<u>0,0</u> 60,7
M-РОК (5 - 30%)	<u>0,0</u> 3,3	<u>0,0</u> 0,0	<u>0,0</u> 7,7	<u>0,0</u> 0,0	<u>0,0</u> 0,0
IgA (0,3; 0,5- 3,0 г/л)	<u>13,3</u> <u>40,0</u> 3,3	<u>9,1</u> <u>18,2</u> 0,0	<u>15,4</u> <u>15,4</u> 7,7	<u>4,2</u> <u>4,2</u> 12,5	<u>0,0</u> <u>0,0</u> 32,1
IgM (0,5 - 3,0 г/л)	<u>6,6</u> 16,6	<u>9,1</u> 0,0	<u>23,1</u> 0,0	<u>20,8</u> 4,2	<u>7,1</u> 0,0
IgG (2; 5 - 16г/л)	<u>3,3</u> <u>13,3</u> 10,0	<u>0,0</u> <u>27,3</u> 18,2	<u>0,0</u> <u>0,0</u> 23,1	<u>8,3</u> <u>8,3</u> 16,7	<u>7,1</u> <u>7,1</u> 7,1

Примечание: N - градации нормы, * - верхняя граница нормы соответствует 55%

колебаний выходят уровни эозинофилов, лимфоцитов, E-розеткообразующих клеток (отн.) и их теофиллинчувствительной субпопуляции, соотношения Eтфр/Eтфч-РОК, иммуноглобулинов А и G. При этом прослеживалась тенденция к эозинофилии, лимфоцитозу, T-лимфопении (отн.), глубокому дисбалансу иммунорегуляторных субпопуляций, обусловленному дефицитом T-клеток преимущественно с супрессорной активностью.

Анализ результатов полученных методом центильного распределения свидетельствовал о том, что во всех возрастных группах накопление показателей с высокими значениями было характерно для эозинофилов, лимфоцитов, соотношения теофиллинрезистентных и теофиллинчувствительных T-лимфоцитов, а накопление показателей с низкими значениями - для T-лимфоцитов и их теофиллинчувствительной фракции. Динамика распределения этих показателей практически не зависела от возраста и была стереотипна для всех возрастных групп.

С увеличением возраста от препубертатного к юношескому возрастала частота регистрации гипериммуноглобулинемии А (от 3.3% до 32.1%, $p < 0.05$) и снижалась - гипоиммуноглобулинемии А (от 40.0% до 0.0%). Изменялся и характер распределения показателей IgА в центилях: от накопления низких значений показателя в возрастных группах 4-7 и 8-10 лет - к накоплению высоких значений в возрасте 15-17, 18-20 лет.

Среднее содержание общего IgЕ у обследованных пациентов составило 251.25 ± 78 КИ/л, что превышало верхнюю границу нормы (75КУ/л) для использованного диагностического набора более чем в 3.5 раза, при этом повышение уровня общего IgЕ касалось 83.3% больных аллергическими заболеваниями.

Таким образом, полученные в настоящей работе результаты, позволяют заключить, что эпидемиологические (распространенность, заболеваемость, структура), клинические и иммунологические характеристики аллергических болезней существенно зависят от такой биологической характеристики как возраст. Анализ представленных в диссертации данных дает основание утверждать, что возрастная (от грудного к юношескому) динамика аллергической заболеваемости в популяции детей, подростков и юношей заключается в изменении:

- характера сенсibilизации, зависящей от возраста больных и проявляющейся переходом от преимущественной чувствительности к пищевым аллергенам к сенсibilизации пыльцевыми аллергенами;
- структуры заболеваемости: от доминирования аллергических дерматозов (в основном за счет атопического дерматита) к респираторным аллергиям (в основном за счет поллиноза);
- половых особенностей заболеваемости: от заболеваемости преимущественно мужчин в детском и подростковом возрасте к превалированию в юношеском возрасте заболеваемости женщин;
- состояния иммунной системы: от развития заболеваний на фоне дефицита T-клеточного звена иммунитета с гипоиммуноглобулинемией А к развитию на

фоне дефицита Т-клеточного звена с гипериммуноглобулинемией А;

- структуры сопутствующих заболеваний: от преобладания патологии, сопровождающейся дисфункцией регуляторных систем (эндокринной, нервной) к патологии органов и систем (ЛОР-органы, желудочно-кишечный тракт) имеющих входные ворота для прямого поступления внешних аллергенов во внутреннюю среду организма.

Эти положения имеют весьма важное значение с нескольких точек зрения. Во-первых, полученные в исследовании данные в значительной мере могут ориентировать органы здравоохранения на обеспечение более конкретными и оптимальными формами специализированной и реабилитационной помощи широким контингентам больных аллергией. Во-вторых, полученные эпидемиологические распределения, позволяют судить об общем прогнозе аллергической заболеваемости.

ВЫВОДЫ:

1. Распространенность аллергических заболеваний составляет в общей популяции 235.2‰, в популяции детей - 227.4‰, в популяции подростков - 286.0‰, в популяции юношей - 242.3‰.

Максимальная распространенность аллергических заболеваний среди детей установлена в раннем возрасте (294.7‰, $p < 0.05$).

2. Респираторные алергозы являются превалирующей ($p < 0.05$) патологией в структуре аллергической заболеваемости общей популяции (55.0%). Возрастные изменения структуры аллергической заболеваемости заключаются в увеличении ($p < 0.05$) удельного веса респираторных алергозов (0-14 лет - 44.0%, 15-17 лет - 75.5%, 18-20 лет - 90.2%) и снижении ($p < 0.05$) – аллергических дерматозов (36.8%, 16.5%, 7.5%, соответственно).

3. Во всех возрастных группах среди больных аллергическими заболеваниями доминируют ($p < 0.01$) представители европейских национальностей. Заболеваемость европейцев превышает таковую лиц кыргызской национальности в 4 раза, лиц прочих национальностей - в 5 раз.

В общей популяции, в детском и подростковом возрасте выше ($p < 0.05$) заболеваемость мужчин, в юношеском возрасте - заболеваемость женщин ($p < 0.05$).

4. Установлено, что среди факторов риска развития аллергических заболеваний наиболее часто (58.4% больных) отмечается неблагоприятное течение ante- и интранатального периода; более чем у трети больных (37.7%) аллергические заболевания регистрируются в грудном возрасте; в спектре сопутствующей патологии до 4-летнего возраста ведущее место ($p < 0.05$) занимают заболевания, связанные с дисфункцией регуляторных систем ($81.3 \pm 7.6\%$), с 4-летнего возраста – патология ЛОР-органов ($48.9 \pm 8.9\%$) и желудочно-кишечного тракта ($24.8 \pm 10.2\%$).

5. У больных аллергическими заболеваниями в возрасте 0-3 и 8-10 лет доминирует ($p < 0.05$) сенсibilизация к группе пищевых, 4-7 лет - к группе лекарственных, 15 - 20 лет - к группе пылевых аллергенов.

Спектр ведущих аллергенов представлен аллергенами томатов (пищевая группа), пыльцы полыни (пыльцевая группа), домашней пыли (бытовая группа), кишечной палочки и стафилококка (бактериальная группа).

6. Аллергический процесс у $90.8 \pm 1.5\%$ больных сопровождается отклонениями иммунограммы. Для больных 4-7 лет характерна супрессия Т-клеточного звена, 8-14 лет супрессия Т- и активация В-клеточного звена, 15-20 лет - супрессия В-клеточного звена иммунитета. Увеличение уровня общего IgE отмечено у 83.3% больных, среднее содержание общего IgE более чем в 3.5 раза превышает норму.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Материалы эпидемиологического исследования следует использовать:

- для динамического мониторинга распространенности аллергических заболеваний в популяции;
- при определении объема аллергологической службы и её штатов и, в частности, при создании специализированных аллергологических учреждений;
- при определении потребности лечебно-диагностических учреждений в аллергенах, диагностикумах и лекарственных препаратах противоаллергического, иммуноотропного и адаптогенного действия.

2. Основные направления первичной профилактики аллергической патологии должны включать:

- предупреждение экстрагенитальной патологии, санацию очагов инфекции минимальным объёмом лекарственной терапии, повышение общей резистентности организма у матери и ликвидацию проявлений внутриутробной гипоксии плода (антенатальная профилактика);
- пропаганду грудного вскармливания;
- контроль за становлением гормонального фона в подростковом и юношеском возрасте, рациональную профессиональную ориентацию;
- оптимальную фармакотерапию сопутствующей патологии, элиминацию или снижение уровня экспозиции облигатных аллергенов, рациональное, сбалансированное, экологически чистое питание и контроль качества окружающей среды.

3. В целях улучшения качества диагностики и терапии аллергических заболеваний, оценки глубины иммунологических нарушений рекомендуется исследование иммунного статуса.

4. Сведения о возрастных эпидемиологических и клинико-иммунологических особенностях аллергических заболеваний следует включать в программу подготовки студентов педиатрических факультетов усовершенствования врачей.

Список опубликованных работ:

1. Этиологические аспекты атопии в популяции горцев // Окружающая среда и здоровье человека. – Тр. КНИИПиМЭ.- Т.1. - Бишкек, 1992. - С. 242-249. /соавт.: И.А. Матузок, С.Ю. Ильин, А.С. Левенко и др.
2. Возрастная динамика аллергических заболеваний у населения Кыргызстана // Окружающая среда и здоровье человека. – Тр. КНИИПиМЭ.- Т.3 (часть 1). - Бишкек, 1995. - С. 81-85. /соавт.: И.А. Матузок, З.Д. Абенова.
3. Аллергические болезни в Кыргызской Республике (Информационное письмо) // Окружающая среда и здоровье человека. – Тр. КНИИПиМЭ.- Т.3 (часть 2). - Бишкек, 1995. - С. 1-7. /соавт.: И.А. Матузок, В.Н. Кобзарь, Г.С. Китарова и др.
4. О структуре аллергических заболеваний // Туберкулёз: Сб. науч. трудов, посвященный 40-летию КНИИТ. – Бишкек: Илим, 1998. - С. 81-86. /соавт.: И.А. Матузок, Л.П. Березина.
5. Особенности пыльцевой сенсibilизации у детей, подростков и юношей // Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. науч. статей. - Бишкек, 1998. - С. 199 -202. /соавт.: В.Н. Кобзарь.
6. Клинико-эпидемиологические особенности аллергических заболеваний в подростковом возрасте // Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. науч. статей. - Бишкек, 1998. - С. 202-205. /соавт.: И.А. Матузок.
7. Возрастные особенности сенсibilизации у детей, подростков и юношей при аллергических заболеваниях // Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. науч. статей. - Бишкек, 1998. - С. 205-208. /соавт.: И.А. Матузок.
8. Возможности скринингового метода исследования иммунного статуса в диагностике аллергопатологии // Окружающая среда и здоровье человека. – Тр. КНИИПиМЭ.- Т. 6. - Бишкек, 1998. - С. 327-334. /соавт.: Л.С. Сокуренок, С.Н. Стеблянко, М.Р. Жбанова и др.
9. Клинико-эпидемиологические аспекты преастмы в детском, подростковом и подростковом периоде жизни популяции г.Бишкек // Окружающая среда и здоровье человека. – Тр. КНИИПиМЭ.- Т. 6. - Бишкек, 1998. - С. 334-338. /соавт.: И.А. Матузок.
10. Эпидемиологические особенности аллергической патологии у детей и подростков низкогорья Кыргызстана (на примере г.Бишкека) // Окружающая среда и здоровье человека. – Тр. КНИИПиМЭ.- Т. 6. - Бишкек, 1998. - С. 338-342. /соавт.: И.А. Матузок, Л.П. Березина.
11. Иммунологическая характеристика атопии в подростковом возрасте // Окружающая среда и здоровье человека: Сб. науч. трудов, посвященный Году здра-

- воохранения Кыргызской Республики и Всемирному дню охраны окружающей среды. – Т. 7. - Бишкек 1999. - С. 194-200. /соавт. И.А. Матузок.
12. Иммуный статус больных аллергическими заболеваниями // Медицина на стыке тысячелетий: Сб. науч. трудов под редакцией М.М. Мамытова.- Бишкек: КГМА, 2000. - С. 344 -353.
13. Пищевая аллергия у детей, подростков и юношей в современных условиях // Медицина на стыке тысячелетий: Сб. науч. трудов под редакцией М.М. Мамытова.- Бишкек: КГМА, 2000. - С. 353-359.
14. Возрастно-половая динамика аллергической заболеваемости детей, подростков и юношей //Окружающая среда и здоровье человека: Сб. науч. трудов, посвященный Всемирному дню охраны окружающей среды. – Т.8. - Бишкек, 2000. - С. 281-290. /соавт.: И.А. Матузок.

Аннотация

В диссертации представлены результаты комплексного изучения эпидемиологических, клинических и иммунологических особенностей аллергических заболеваний у детей, подростков и юношей (0-20 лет) в г. Бишкек..

Перечень использованных методик включал проведение одномоментного 3-х этапного эпидемиологического скрининга популяции, ретроспективного анализа медицинской документации, клинико-лабораторного, функционального, специального аллергологического и иммунологического обследования больных.

В ходе исследования впервые установлены закономерности распространенности основных нозологических форм аллергической патологии в различных возрастных группах. Дана характеристика возрастных отличий структуры аллергических заболеваний. Получены новые данные о зависимости аллергической заболеваемости от демографических характеристик популяции. Изучены особенности формирования и клинического течения аллергических заболеваний респираторной системы. Особое внимание уделялось определению спектра этиологически значимой сенсibilизации, исследованию типов дисфункции системного иммунитета, а также анализу распределения иммунологических параметров у больных различного возраста. Полученные данные легли в основу разработанных профилактических программ по предотвращению и снижению аллергической заболеваемости в популяциях детей, подростков и юношей.

RESUME

This thesis presents the results of a complex study of epidemiological, clinical and immunological peculiarities of allergic diseases in young children, juveniles, and youths

(aging from 0 to 20 years), who live in Bishkek.

The number of applied methods includes a single-time epidemiological screening of the population conducted in three stages; also a retrospective analysis of medical documents; and also clinical-laboratory, functional, specific allergic, and immunological examination of patients.

During the examination, for the first time, age-relating regularities in the prevalence of main nosological forms of allergic pathologies in different age groups have been determined. The author has described the characteristics of age-relating differences in the structure of allergic disease. New data about the dependence of allergy diseases incidence on the population's demographic characteristics

have been obtained. The specificity of the formation and the clinical course of allergies of the respiratory system have been investigated. Special attention was paid to the definition of etiologically significant sensibility spectrum, also to studying the types of the systemic disfunctioning of immunity, and to the analysis of the distribution of immunological parameters in different age groups. The data obtained have become the basis of some prophylactic programs supposed for the prevention of allergic diseases and the reduction of their cases in young children, juveniles, and youths.

АННОТАЦИЯ

Диссертацияда Кыргыз Республикасындагы тоо этектеринде (Бишкек ш.) жашаган балдардын, өспүрүмдөрдүн жана улан-кыздардын (0 – 20 жаш) аллергиялык ооруларынын эпидемиологиялык, клиникалык жана иммунологиялык өзгөчөлүктөрүн комплекстүү изилдөөлөрдүн жыйынтыктары берилген.

Пайдаланылган методикалардын ичине популяциянын бир моментуу, үч этаптуу эпидемиологиялык скрининги, медициналык документациянын ретроспективдүү анализи, оорулуулардын клинико-лаборатордук, функционалдык, атайын аллергологиялык жана иммунологиялык текшерүүлөрү кирген.

Изилдөөлөрдүн жүрүшүндө ар түрдүү жаш курактар группаларындагы аллергиялык патологиялардын негизги новологиялык формаларынын таралышынын жаш боюнча закон ченемдүүлүгү алгачкы жолу аныкталган. Аллергиялык оорулардын структурасынын жаш өзгөчөлүктөрүнө мүнөздөмө берилген. Аллергиялык оорулардын популяциянын демографиялык мүнөздөрүнө көз каранды экендигин далилдеген жауы маалыматтар алынган. Респиратордук системанын аллергиялык оорусунун клиникалык өтүшүнүн жана калыптанышынын өзгөчөлүктөрү изилденген. Этиологиялык маанилүү сенсбилизациянын спектрин аныктоого, системдик иммунитеттин дисфункцияларынын типтерин изилдөөгө жана ар түрдүү жаш курактагы иммунологиялык параметрлердин бөлүнүшүн анализдөөгө өзгөчө көңүл бөлүнгөн. Алынган маалыматтар балдардын, өспүрүмдөрдүн жана улан-кыздардын популяцияларында аллергиялык ооруларды болтурбоого жана азайтууга карата иштелип чыккан профилактикалык программалардын негизин түздү.