

Экзема в сочетании с дифиллоботриозом у представителя одного из коренных народов Севера

А. В. Цай, Ю. Э. Русак

Экзема как аллергическая реакция замедленного типа часто является следствием длительного контакта с различными аллергенами, в т. ч. профессиональными [1].

Состояние здоровья коренных малочисленных народов Севера в последние годы приобретает все большую значимость в связи со значительным расширением освоения природных ресурсов в арктических и субарктических районах страны.

Заболеваемость дерматозами народов Севера тесно связана с образом жизни, традиционными промыслами (оленьеводство, рыболовство, сбор дикоросов), воздействием неблагоприятных климатических факторов, а также влиянием промышленных предприятий на хрупкую природу Севера. Попытки изменить традиционный образ жизни аборигенов путем переселения их в города и поселки привели к росту алкоголизма, ожирения и других издержек урбанизации. Особое значение имеют климатогеографические условия [3].

Факторами, определяющими характерные особенности климата Ямала, являются продолжительные периоды полярного дня и полярной ночи, которые формируют своеобразие природопользования в регионе, а также влияют на радиационный баланс и его составляющие. Длительность световых дней повышает приток суммарной годовой солнечной радиации [3].

Наряду с проблемой антропогенного и техногенного загрязнения окружающей среды большинства регионов Севера существует и проблема широкого распространения различных биогеохимических аномалий, среди которых ведущее место принадлежит природному дефициту йода и широкому распространению йоддефицитных заболеваний [3].

Селькупы проживают в Западной Сибири в Красноселькупском районе. Занимаются оленеводством, рыболовством, охотой, сбором и переработкой дикоросов. В связи с малочисленностью и отдаленностью проживания эта этническая группа недостаточно изучена. В структуре дерматологической заболеваемости экзема и другие аллергодерматозы у селькупов составляют 22% [3].

Селькупы как типичные представители коренных народов Севера, ведущие традиционный образ жизни, постоянно подвергаются неблагоприятным воздействиям внешней среды, а также вредных факторов при осуществлении профессиональной деятельности. Известно, что экзема часто встречается у рыбаков, оленеводов, сборщиков дикоросов [2]. Характерным является данный клинический случай экземы у представителя одного из малочисленных народов Севера — селькупов.

Приводим клиническое наблюдение экземы у селькупца, возникшей при воздействии различных факторов внешней среды на фоне дифиллоботриоза.

Клинический случай

Больной К., 69 лет, находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении Тарко-Салинской ЦРБ в период с 15.07.2014 по 30.07.2014 г. При поступлении предъявлял жалобы на высыпания на кистях, зуд, периодические головные боли, одышку при физической нагрузке, кашель с отделением слизистой мокроты, давящие боли в области сердца, отрыжку, боли в животе, преимущественно в эпигастральной области, общую слабость.

Считает себя больным более 10 лет. Отмечает появление высыпаний на руках при сборе и обработке багульника. Самостоятельно лечение не проводил, обращался к шаману в Красноселькупском районе. Пациент К., 8.03.1949 года рождения (69 лет), родился в Красноселькупском районе, проживал в течение 25 лет в чуме. В детстве болел (со слов пациента) — ОРВИ, чесоткой, лечение проводили самостоятельно (мази, какие, не знает), пиодермия (со слов, от грязной иглы) — лечение самостоятельно не проводили, обращались за помощью к шаману. Домашние животные — олени. В доме отмечены насекомые-паразиты — тараканы, клопы. Отмечались периодически аллергические реакции на укусы клопов. В настоящее время живет в благоустроенной квартире в п. Красноселькуп. Состоит в браке, имеет 8 детей, проживающих в г. Тарко-Сале. Наследственный анамнез — родители болели сердечно-сосудистой патологией, ХОБЛ. Операции, травмы исключает. Был оленеводом, сборщиком дикорастущих лекарственных растений (багульник, брусника и др.). В настоящее время не работает. В 2014 г. врачом-эпидемиологом г. Тюмени в ФБУН ТНИИКИП Роспотребнадзора, головного в стране учреждения по проблемам описторхоза, выставлен диагноз: «Дифиллоботриоз, хроническая фаза. ХОБЛ, тяжелой степени. Бронхоэктатическая болезнь. ДН 2 ст. Хронический холецистит, панкреатит, ремиссия». Даны рекомендации — соблюдение диеты, желчегонные сборы, Хофитол по 1 таблетке 3 раза в день 14 дней, витамины, наблюдение у

инфекциониста по месту жительства.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Зев спокоен. Видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная патология без особенностей. Грудная клетка симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук легочный. Дыхание с выраженным жестким оттенком с обеих сторон, единичные сухие хрипы. ЧДД — 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 68 в минуту. АД — 160/90 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в сутки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Периферических отеков нет.

Кожные покровы физиологической окраски, влажность, тургор тканей нормальные. Процесс носил асимметричный характер. Был представлен патологическими элементами в виде папуловезикулезных элементов, розового цвета, с серозным содержимым, мокнутием на фоне умеренной эритемы; очаговым крупнопластинчатым шелушением белыми чешуйками, расположенными на тыльной поверхности правой кисти.

Данные лабораторных исследований: общий анализ крови от 16.07.2014 — эритроциты 4,87, гемоглобин 132 г/л, тромбоциты 301×10^9 /л, лейкоциты — $7,48 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1%, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 37%, моноциты 5%, СОЭ — 8 мм /ч. Биохимический анализ крови от 10.07.2014: ПТИ 88%, АСТ 23 ЕД/л, АЛТ 17 ЕД/л, билирубин 10,6 мкм/л, креатинин 59 мкм/л, холестерин 4,4 мм/л, общий белок 78 г/л, сахар 4,2 мм/л. Общий анализ мочи от 16.07.2017: цвет желтый, удельный вес 1010, pH 5,5, прозрачная, сахар отрицательный, белок отрицательный, лейкоциты 0–1 в поле зрения, эпителий — единицы в поле зрения. Кал на яйца глист от 16.07.2014: не обнаружены. МРП от 16.07.14 — отрицательная. Микроскопическое исследование чешуек кожи на патогенные грибы трекратно — отрицательные.

ЭхоЭКГ от 30.07.2014 — эхопризнаки атеросклероза аорты. Дилатация левых отделов сердца. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Минимальная недостаточность аортального клапана. Аневризма межпредсердной перегородки, тип А (без открытого овального окна).

УЗИ органов брюшной полости и почек от 03.07.2014 — размеры и структура печени не изменена. Перегиб шейки желчного пузыря. Повышение эхогенности ткани поджелудочной железы. Подозрение на мелкий конкремент в левой почке.



Рис. 1. Пациент, 69 лет. Экзема кистей



Рис. 2. Пациент, 69 лет. Экзема правой кисти

На основании жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра был поставлен диагноз: «ИБС. Стенокардия напряжения. ФК 2. Артериальная гипертензия III ст., II ст., риск 4. Хроническое легочное сердце. ХСН I. ФК III. ХОБЛ, тяжелой степени, стадия неполной ремиссии. Бронхоэктатическая болезнь, левосторонний процесс. ДН 2. Хронический холецистит, панкреатит, ремиссия. Дифиллоботриоз, хроническая фаза. Экзема правой кисти» (рис. 1, 2).

Проведено лечение: инфузионная терапия, поляризующая смесь, гепарин, Эуфиллин, амлодипин, левофлоксацин, Верошпирон, индапамид, Ацекардол, витаминотерапия, ингаляции с Беродуалом, Супрастин, наружно — Акридерм ГК 2 раза в день, тушировать — Фукорцин раствор 2 раза в день с положительным эффектом.

Рекомендовано — наблюдение у участкового терапевта, дерматолога, инфекциониста, исключить контакт с растением (багульник), продолжить прием — индапамид 2,5 мг утром, амлодипин 5 мг 1 таблетка 2 раза в день постоянно.

Таким образом, у данного пациента есть прямая связь воздействия аллергена, в данном случае растения

багульник, и появление аллергической реакции в виде экземы правой кисти на фоне дифиллоботриоза.

Литература

1. Русак Ю. Э., Ефанова Е. Н. Профессиональные заболевания кожи у работников нефтяной и газовой промышленности: учеб. Пособие. Сургут: ИЦ СурГУ, 2017. 28 с.
2. Сомов Б. А., Долгов А. П. Профессиональные заболевания кожи в ведущих отраслях народного хозяйства. М., 1976. 383 с.
3. Цай А. В., Ефанова Е. Н., Русак Ю. Э. Проблемы здравоохранения селькупов — одного из малочисленных народов Севера / Материалы II Всероссийской научно-практической конференции «Север России: стратегии и перспективы развития», г. Сургут. 2016. С. 241–244.

А. В. Цай¹

Ю. Э. Русак, доктор медицинских наук, профессор

БУ ВО ХМАО-Югры СурГУ, Сургут

Контактная информация: nyuta.tsay@mail.ru

Экзема в сочетании с дифиллоботриозом у представителя одного из коренных народов Севера/ А. В. Цай, Ю. Э. Русак

Для цитирования: Лечащий врач № 5/2019; Номера страниц в выпуске: 50-51

Теги: заболевания кожи, дерматоз, аллергия, народы Севера

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права защищены.