

А.В. Цай

ЭКЗЕМА В СОЧЕТАНИИ С ДИФИЛЛОБОТРИОЗОМ У ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОДНОГО ИЗ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА

DOI 10.25789/УМЖ.2019.65.33

УДК 616.5-002

Приведен клинический случай заболевания экземой у представителя одного из малочисленных народов Севера – селькуп. Заболевание связано с профессиональной деятельностью – сбором дикоросов.

Ключевые слова: селькупы, экзема, дифиллоботриоз, профессиональные заболевания.

A clinical case of eczema is presented for a representative of one of the smallest peoples of the North – the Selkup. The disease is associated with professional activity – the collection of wild plants.

Keywords: selkups, eczema, diphyllbothriasis, occupational diseases.

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 (оленоводство, 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 климато-географические 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 селькупа, возникшей при воздействии различных факторов внешней среды на фоне дифиллоботриоза.

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 эпигастриальной области, общую слабость.

Родился в Красноселькупском районе, проживал в течение 25 лет в чуме. Был оленеводом, сборщиком дикорастущих лекарственных растений (багульник, брусника и др.) В детстве

болел (со слов пациента) ОРВИ, чесоткой (лечение проводили самостоятельно, мазями, какими именно, не знает), пиодермией (со слов, от грязной иглы; лечение самостоятельно не проводили, обращались за помощью к шаману). Домашние животные – олени. В доме – тараканы, клопы. Периодически отмечались аллергические реакции на укусы клопов. В настоящее время живет в благоустроенной квартире в п. Красноселькуп, не работает. Состоит в браке, имеет 8 детей, проживающих в г. Тарко-Сале. Наследственный анамнез – родители имели сердечно-сосудистую патологию, ХОБЛ. Операции, травмы исключает. 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. 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 система 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, ритмич-

ные. 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 папуло-везикулезных 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, рН 5,5, прозрачная, сахар отрицательный, белок отрицательный, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эпителий – единицы в поле зрения. Кал на яйцеглист от 16.07.2014: не обнаружены. МРП от 16.07.14 отрицательная. Результаты микроскопического исследования чешуек кожи на патогенные грибы 3-кратно отрицательные.

Эхо-ЭКГ от 30.07.2014 – эхопризнаки атеросклероза аорты. Дилатация левых отделов сердца. Гипертрофия



Пациент К., 69 лет, экзема кистей

миокарда ЛЖ. Минимальная недостаточность АК. Аневризма МПП, тип А (без ООО).

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

На основании жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра был поставлен диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения. ФК 2. Артериальная гипертензия III стадии II степени, риск 4. Хроническое легочное сердце. ХСН1. ФК III. ХОБЛ, тяжелой степени, стадия неполной ремиссии. Бронхоэктатическая болезнь, левосторонний процесс. ДН 2. Хронический холецистит, панкреатит, ремиссия. Дифиллоботриоз, хроническая фаза. Экзема правой кисти (рисунок).

Проведено лечение: инфузионная терапия, поляризующая смесь, гепарин, эуфиллин, амлодипин, левофлоксацин, верошпирон, индапамид, ацикардол, витаминотерапия, ингаляции с беродуалом, супрастин, наружно – акридерм ГК 2 раза в день, туширование раствором фукоцина 2 раза в день с положительным эффектом.

Рекомендовано: наблюдение у участкового терапевта, дерматолога, инфекциониста, исключение контакта с растением (багульник), продолжение приема индапамида 2,5 мг утром,

амлодипина по 5 мг 2 раза в день постоянно.

Таким образом, у данного пациента, имеющего в анамнезе дифиллоботриоз в хронической фазе, выявлена прямая связь между воздействием аллергена, в данном случае растения багульник, и появлением аллергической реакции в виде экземы правой кисти.

Литература

1. Профессиональные заболевания кожи у работников нефтяной и газовой промышленности: учеб. пособие / Ю.Э.Русак, Е.Н.Ефанова; Surgut. гос. ун-т. – Surgut: ИЦ СурГУ, 2017. – 28 с.

Occupational skin diseases in the oil and gas industry workers: manual / Yu.E. Rusak, E.N. Efanova; Surgut. State un-ty. – Surgut: ITS SurSU, 2017. – 28 p.

2. Сомов Б.А. Профессиональные заболевания кожи в ведущих отраслях народного хозяйства / Б.А. Сомов, А.П. Долгов. – М., 1976. – 383 с.

Somov B.A. Occupational skin diseases in leading sectors of the national economy / B.A. Somov, A.P. Dolgov. – М., 1976. – 383 p.

3. Цай А.В. Проблемы здравоохранения селькупов – одного из малочисленных народов Севера / А.В. Цай, Е.Н. Ефанова, Ю.Э. Русак // Материалы II-й Всероссийской научно-практической конференции «Север России: стратегии и перспективы развития», г. Surgut, 2016. – С.241-244.

Tsai A.V. Health problems of the Selkup – one of the smallest peoples of the North / A.V. Tsai, E.N. Efanova, Yu.E. Rusak // Proceedings of the 2nd All-Russian Scientific-Practical Conference «North of Russia: strategies and development prospects», Surgut, 2016. – P. 241-244.

