

УДК: 616-097/ 616.211-002

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Жумаева З.Ж.

Бухарский инновационный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Обследованы 40 больных детей с аллергическим ринитом, которые были разделены на 2 группы: интермиттирующая (38%) и персистирующая формы (62%). Всем больным детям назначено комплексное консервативное лечение, которое привело к уменьшению симптомов и удлинению ремиссии заболевания. В настоящее время частота аллергического ринита в общей популяции составляет 10–20% и при этом эти цифры имеют тенденцию о дальнейшем росте данного заболевания [2].

Ключевые слова: аллергия, ринит, ремиссия, интермиттирующий, персистирующий.

MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

Zhumaeva Z.Zh.

ANNOTATION

A total of 40 patients who were diagnosed with allergic rhinitis were included in the study. Patients were categorized into two groups: as having intermittent (38%) and perennial (62%) rhinitis. All patients were given conservative treatment to facilitate symptom impairment and prolonged remission. Currently, the frequency of allergic rhinitis in the general population is 10–20%, and at the same time these figures tend to further increase this disease [2].

Key words: allergy, rhinitis, remission, intermittent, persistent.

Актуальность. Аллергический ринит у детей в общей популяции составляет более 15% из числа аллергических заболеваний. Большинство пациентов с аллергическим ринитом находятся в возрасте от 3 до 15-16 лет, т.е. в период максимальной подвижности [3].

Распространенность действительных значений и не отражает в полной мере серьезности данной проблемы [1,2]. Исходя из этого, актуальным является внедрение программы ISAAK «Международная Стандартизированная Программа по Аллергии и Астме у детей» позволяющей выявить на ранних стадиях симптомы болезни [3].

У 45-60% детей с аллергическим ринитом развивается в дальнейшем бронхиальная астма, а у 50-70% сочетание – аллергического ринита с бронхиальной астмой [2]. Такое сочетание, безусловно, усугубляет тяжесть заболевания и влияет на эффективность лечения, а так же на качество жизни больного, ограничения его физических, психических и социальных возможностей [3].

Аллергический ринит - это заболевание, вызываемое аллергенами и характеризующееся IgE-зависимым воспалением слизистой оболочки полости носа. Пусковыми факторами аллергического ринита в основном выступают воздушные аллергены. Наиболее частыми «домашними» аллергенами являются клещи домашней пыли, слюна и перхоть животных, насекомые и аллергены растительного происхождения. Общеизвестно, что к основным внешним аллергенам относятся пыльца растений и плесневые грибки [5,4].

Хотя непосредственно АР не расценивается как тяжелое заболевание, его симптомы - заложенность носа, ринорея, приступы чихания и назальный зуд оказывают заметное отрицательное влияние на социальное, физическое и психическое состояние человека. Кроме того, поздняя диагностика аллергического ринита и несвоевременное назначение адекватного и целенаправленного лечения приводят к серьезным осложнениям со стороны

ЛОР-органов (у 24% пациентов аллергический ринит является фактором, предрасполагающим к развитию острого и хронического воспаления среднего уха, в 28% случаев — хронического риносинусита), ухудшению прогноза и качества жизни больных детей[2,5].

Своевременно начатое и рациональное лечение обеспечивает быстрый регресс симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов и является одним из методов профилактики бронхиальной астмы. Как и при других аллергических заболеваниях, при АР необходимо устранить контакт с причинно значимыми аллергенами.

Цель исследования: Сравнительный комплексный анализ эффективности различных методов консервативной терапии у больных детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы: Для достижения поставленной цели нами были обследованы 50 больных детей с диагнозом аллергический ринит в возрасте 5-15 лет.

Мы пользовались классификацией ARIA-2002 года, согласно которой больные дети были разделены на 2 группы: с интермиттирующим и персистирующим аллергическим ринитом. У 17 (34%) диагностирована интермиттирующая форма, у 33 (66%) персистирующая. Больных детей женского пола было 31, мужского 19. Давность заболевания составляла от 3-х месяцев до 6 лет.

Результаты и обсуждение

Из таблицы №1 видно, что положительные скарификационные тесты у больных детей с персистирующей формой АР выявлялись чаще, чем при интермиттирующей форме заболевания. Кроме того, у больных детей с интермиттирующей формой аллергического ринита содержание IgE в крови было ниже, чем у пациентов с персистирующей формой.

Таблица №1

Результаты скарификационных тестов у детей с аллергическим ринитом, абс, (%)

Аллерген	Интермиттирующая	Персистирующая
Домашняя пыль	2(11,7)	18(54,5)
Тимофеевка	4(23,5)	2(6)
Овсяница	3 (17,6)	4 (12)
Рожь	1 (5,9)	3 (9,1)
Костра	-	2(6)
Полынь	5 (29,4)	7 (21,2)
Лебеда	3 (17,6)	-
Подсолнух	7(41)	4(12)
Гистамин	12(70,6)	29 (87,8)

Основной группой препаратов, используемых для лечения АР, являются интраназальные кортикостероиды. Согласно международным рекомендациям (ARIA, 2008), они применяются при среднетяжелом/тяжелом течении интермиттирующего АР и при любой тяжести течения персистирующего АР. После консультации аллерголога всем больным детям было назначено комплексное лечение, включавшее антагонисты лейкотриеновых рецепторов - **монтелукаст** 10 мг по 1 таб. 1 раза в день внутрь в течение 30 дней. У 13 больных с интермиттирующей формой заболевания наблюдалось резкое уменьшение симптомов заболевания на 7-й день лечения, а у 21 больного с персистирующей формой на 10-й день.

После проведенной терапии у всех больных детей имело место выраженное уменьшение симптомов заболевания, которые не снижали качество их жизни. У больных детей с интермиттирующей формой аллергического ринита уровень IgE в крови составил 300,4 пг/мл, у больных детей с персистирующей формой - 345,6 пг/мл.

Выводы

1. Проведение специфического аллергологического исследования поможет врачам-оториноларингологам и аллергологам в диагностике различных форм аллергического ринита у детей и выборе тактики лечения.

2. Применение антилейкотриеновых препаратов способствует снижению симптомов заболевания, нормализации показателей IgE и улучшению качества жизни больных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. ARIA. Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму // Аллергология. - 2012 (Прил.). - №3. - С. 43-56.
2. Нарзуллаев Н. У., Жумаева З. Ж. Оценка состояния диагностики и лечения аллергического ринита у детей школьного возраста // Бюллетень науки и практики. 2021. Т. 7. №3. С. 183-188. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/64/17>
3. Jumayeva Z. J. Sravnitel'nyye osobennosti rasprostranennosti allergicheskogo rinita u detey doskol'nogo i shkol'nogo vozrasta"// Scientific progress- 2020 XII vol.1 -С. 44-49.
4. Narzullaev N.U. FarGALS efficiency in complex treatment of HIV-infected children with acute purulent sinusitis//European Science Review. - Austria, 2017. - No.1-2. - pp.86-88.
5. Narzullaev N.U. The Incidence of exudative otitis media in HIV-infected children//International Journal BIOMEDICINE (IJBM) USA. – 2012. -No.1. -pp.211-213.
6. Narzullaev N.U. Immune Status of HIV-positive Children with Acute Rhinosinusitis//International Journal of Public Health Science (IJPHS) USA. – 2013. - Vol. 2, No.3. - pp. 83-88.