

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Жумаева Зухра Жураевна

Бухарский университет инновационных
образований и медицины
zuxraoybek0202@gmail.com

Аннотация: Обследованы 50 больных детей с аллергическим ринитом, которые были разделены на 2 группы: интермиттирующая (34%) и персистирующая формы (66%). Всем больным детям назначено комплексное консервативное лечение, которое привело к уменьшению симптомов и удлинению ремиссии заболевания.

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

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 [4].

Распространенность действительных значений и не отражает в полной мере серьезности данной проблемы [1,2]. Исходя из этого, актуальным является внедрение программы ISAAC «Международная Стандартизированная Программа по Аллергии и Астме у детей» позволяющей выявить на ранних стадиях симптомы болезни [4].

У 45-60% детей с аллергическим ринитом развивается в дальнейшем бронхиальная астма, а у 50-70% сочетание – аллергического ринита с бронхиальной астмой [9]. 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 [4].

Несмотря на значительные успехи современной медицины в

диагностике и лечении аллергического ринита у детей (АР), он остаётся наиболее распространенным и упорным патологическим состоянием организма.

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 [5,7].

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 (3,6).

Лечение АР у детей связано со значительными материальными затратами и наносит ощутимый экономический ущерб как за счет большого количества дней нетрудоспособности, так и за счет использования достаточно дорогих медикаментов.

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 женского пола было 31, мужского 19. Давность заболевания составляла от 3-х месяцев до 6 лет.

Комплексное обследование больных детей включало традиционный осмотр ЛОР- органов, проведение скарификационных тестов в отделении аллергологии, определение уровня IgE.

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)

Как показали результаты скарификационных проб и определение уровня IgE в крови, интермиттирующая форма АР протекает менее прогрессивно, чем персистирующая.

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. Angier E., Willington J, Scadding G, et al; Management of allergic and non- allergic rhinitis: a primary care summary of the Prim // Care Respir. J. - 2013. - Vol. 19, №3. - p. 217-222.
3. Ciprandi G., Passalacqua G. Allergy ; -The nose Clin. Exp. Immunol. - 2014. - Vol. 153, Suppl. 1. - P. 22-26.
4. Jumayeva Z. J. Qiyosiy jihatdan maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda allergic rinitning tarqalish xususiyatlari"// Scientific progress- 2020 XII vol.1-C.44-49.
5. Min Y.G. The pathophysiology, diagnosis and treatment of allergic rhinitis // Allergy Asthma Immunol. Res. - 2015. - Vol. 2, №2.-P. 65-76.
6. Treatment for seasonal allergic rhinitis. Comparative effectiveness review. - Chicago, 2013.