



Факторы риска и распространенность аллергического ринита среди в подростковом возрасте

Барно Х. Абдуллаева

Мирзохид С. Мусаков

Севара Т. Тураева

Ташкентская Медицинская Академия,

Ташкент, Узбекистан

Аннотация: Аллергический ринит, являясь одним из самых распространенных аллергических заболеваний, представляет существенную медико - социальную проблему. Аллергический ринит (АР) относится к числу наиболее распространенных заболеваний дыхательной системы, поражающих до 40% взрослого и до 25% детского населения. Это - опосредованная воспалительная реакция, развивающаяся в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку полости носа и клинически проявляющаяся воспалением слизистой оболочки носа, вызванного причинно - значимым аллергеном, и клинически проявляющееся ежедневно в течение не менее часа, двумя и более симптомами: обильной ринореей, заложенностью носа, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко потерей обоняния.

Ключевые слова: Аллергический ринит, патогенез, назальная обструкция, диагностика, лечение

Актуальность: Аллергический ринит – заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа, которое развивается под действием аллергенов, и наличием ежедневно проявляющихся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чиханье, зуд в полости носа [1]. Аллергический ринит– проблема, с которой сталкиваются пациенты любого возраста. Это заболевание ведет к развитию серьезных расстройств, нарушению трудоспособности, ограничению жизнедеятельности, возникновению социальных проблем, отрицательно влияя на сон, обучение в школе, работу, самочувствие и качество жизни. Аллергический ринит является самым распространенным в мире аллергическим заболеванием – им страдают порядка 615 млн человек. Распространенность аллергического ринита во взрослой популяции составляет 10–30% и достигает 42% среди детей. Средний возраст дебюта заболевания составляет 10 лет, а наибольшее число заболевших регистрируется в возрасте между 13 и 19 годами [2]. Аллергический ринит – это иммуноглобулин (Ig)E-опосредованное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, связанное с воздействием аллергенов у генетически предрасположенных лиц; характеризуется чиханьем, заложенностью носа, зудом в носу и ринореей. У многих пациентов с аллергическим ринитом есть симптомы конъюнктивита и глазные симптомы часто связаны с тяжестью назальных симптомов [3]. Аллергический ринит является широко распространенным заболеванием, отрицательно влияющим на качество жизни пациентов и представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии и аллергологии [3]. Аллергический ринит играет активную роль в патогенезе бронхиальной астмы, которая возникает у 20-40% больных аллергическим ринитом, а у 60—70% детей с бронхиальной астмой диагностируется АР [4]. Это связано со структурным и функциональным единством слизистой оболочки и общими механизмами развития воспалительного процесса в верхних и нижних дыхательных путях. Основными этиологическими факторами АР является пыльца деревьев, луговых и сорных трав, а также споры плесневых грибов (*Alternaria*, *Aspergillus* и другие), бытовые аллергены (клещи домашней пыли; тараканы), эпидермис животных. Основными аллергенами пыльцы обычно являются водорастворимые белки или гликопротеины [4]. В основе патогенеза аллергического



ринита лежит аллергическая реакция немедленного типа. Согласно современной классификации, в зависимости от характера течения заболевания принято выделять интермиттирующую и персистирующую формы. В настоящее время препаратами выбора в лечении больных аллергическим ринитом остаются интраназальные глюкокортикостероиды. Однако наличие у пациента сопутствующей патологии полости носа, например искривления носовой перегородки, не только выражено ухудшает течение назального воспалительного процесса, но и создает препятствия для адекватной доставки топических лекарственных средств во все отделы полости носа, что, в свою очередь, снижает их эффективность. Для пациентов, страдающих аллергическим ринитом в сочетании с другой патологией полости носа, хорошей альтернативой интраназальным спреям могут служить комбинированные пероральные препараты. Определенный интерес для врачей вызывает появление комбинированного противоаллергического препарата, в состав которого входят блокатор лейкотриеновых и блокатор H1-гистаминовых рецепторов второго поколения – монтелукаст и левоцетиризин. Препарат может применяться как у взрослых, так и у детей с 15 лет для лечения интермиттирующей и персистирующей формы аллергического ринита. Своевременная и правильно проведенная терапия аллергического ринита позволяет устранить симптомы заболевания и предотвратить развитие осложнений [5].

Согласно классификации ARIA (2016) АР подразделяется:

1. По характеру течения:

- а) интермиттирующий (симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю);
- б) персистирующий (симптомы беспокоят более 4 дней в неделю или более 4 недель в году).

2. По тяжести течения:

- а) легкая (незначительные проявления клиники заболевания, не нарушающие дневную активность и сон пациента);
 - б) средняя (качество жизни больного существенно нарушается: страдает работоспособность, нарушается сон);
 - в) тяжелая (резко выраженная симптоматика, нарушающая привычный образ жизни пациента, если он не получает лечения) [9].
- Диагноз аллергического ринита устанавливают на основании данных анамнеза, характерных клинических симптомов и выявления причинно значимых аллергенов (при кожном тестировании или определении титрааллерген специфических АТ класса IgE in vitro в случае невозможности проведения кожных проб) [6]. Особенности клинической картины аллергического ринита клинические симптомы АР можно разделить на три группы: Основные клинические симптомы: водянистые выделения из носа - ринорея; пароксизмальное чиханье; зуд или ощущение жжения в носу; заложенность носа, характерное дыхание ртом, сопение, храп; снижение обоняния. Дополнительные симптомы: носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания; першение, длительная боль в горле при глотании; непродуктивный навязчивый кашель; «треск» или ощущение «щелчка» в ушах (особенно при глотании), нарушение слуха (проявления аллергического тулоотита). Неспецифические симптомы: слабость, недомогание, раздражительность; головная боль, нарушение концентрации внимания; нарушение сна, подавленность настроения; редко - повышение температуры тела. Одной из ведущих причин несвоевременной постановки правильного диагноза и начала адекватной терапии АР служит поздняя обращаемость пациентов к оториноларингологу или аллергологу, бессистемное и бесконтрольное применение лекарственных средств, облегчающих симптомы заболевания. Среднее время от появления первых признаков АР до постановки диагноза составляет 8—8,5 года [8,9]. Главными участниками аллергического воспаления являются тучные клетки, базофилы, эозинофилы, лимфоциты и эндотелиальные клетки. Они вовлекаются в иммунный ответ в разное время после воздействия аллергена на сенсibilизированную слизистую, что опосредует сначала раннюю, а затем позднюю фазу аллергической реакции. Во время ранней фазы происходит связывание IgE с аллергеном и рецепторами тучных клеток. Конечный итог активации тучных клеток состоит в секреции медиаторов, которые либо уже были



синтезированы ранее (предшествовали), либо образовались в ходе активации. Медиаторы запускают аллергическое воспаление и вызывают симптомы АР. В поздней фазе (через 4–6 ч) участвуют базофилы, эозинофилы и другие клетки. Эозинофилы, приликая к клеткам эндотелия за счет молекул адгезии (VCAM–1), синтезируют ряд цитокинов, усиливая воспаление и повреждение тканей. Со временем формируется прайминг–эффект, с развитием более выраженной реакции на меньшую концентрацию аллергена [7,11].

Цель исследования: Оценить распространенность аллергического ринита среди подростков. Исследовать динамику распространенности и установить факторы риска его развития. Определить важность профилактики и влияние аллергического ринита на здоровье.

Материалы и методы исследования: Оценка распространенности симптомов аллергического ринита и факторы риска его развития была проведена с помощью составленного опросника для подростков 10-14 лет. Опросники заполняли подростки вместе с родителями во время родительского собрания или дома, после информирования родителей и получения письменного согласия на участие в исследовании. В течение последних 30 лет повсеместно наблюдается рост распространенности аллергических заболеваний (АЗ), в структуре которых одно из ведущих мест занимает аллергический ринит (АР). Эта патология оказывает ощутимое влияние на физическое и психическое здоровье пациентов, имеет большое социальное значение. В США число больных АР составляет 25-30 млн человек, при этом АЗ зарегистрированы более чем у 40 млн человек. В Англии распространенность АР составляет 16%, в Дании - 19%, в Германии - 13-17% [7].

Результаты: Опросники для заполнения получили 68 родителей, вернули заполненными 63 (92,6%), из них 59 были заполнены не полностью или неверно и были исключены из исследования. Таким образом, при проведении анализа учитывались данные 59 (93,1%) подростков, родители которых заполнили опросники. Распространенность АР составила 18,0%. Из 59 подростков с АР 37 (62,7%) имели симптомы конъюнктивита. Таким образом, распространенность АРК составила 7,3%. Из 59 детей с АР врачом-верифицированный диагноз был лишь у 5,9%. Из 59 подростков с симптомами АР 7 (11,8%) ребенок имел текущие астмоподобные симптомы, 5 (8,4%) подростков имели симптомы текущего атопического дерматита. При проведении статистического анализа установлена статистически значимая связь между распространенностью АР и АРК в подростковом возрасте, отягощенным по аллергическим заболеваниям семейным анамнезом и принадлежностью подростка к мужскому полу. Отягощенный семейный анамнез повышает риск развития АР в подростковом возрасте в 1,7 раза. Результаты ранее опубликованных эпидемиологических исследований распространенности АР и АРК среди подростков, проведенных с помощью опросника сопоставима с нашими данными, в некоторых значительно выше. Для получения более точных данных о распространенности и факторах риска развития аллергического ринита в подростковом возрасте при проведении эпидемиологических исследований наряду с анкетированием родителей необходимо проведение дополнительного обследования с участием врачей для точной постановки диагноза.

Выводы: Низкий уровень обращаемости больных АР на ранних стадиях заболевания, поздняя диагностика аллергических заболеваний приводят к тому, что многие пациенты длительное время занимаются самолечением, как правило, включающим чрезмерное употребление деконгестантов и антигистаминных препаратов первого поколения. Обследование и лечение больных АР должно проводиться параллельно врачами двух специальностей: оториноларингологами и аллергологами, что позволяет обеспечить оптимальный комплексный подход к терапии АР [1,8]. АР – это заболевание со сложным патогенезом, механизмы которого продолжают изучаться. Знание этих механизмов, современных методов диагностики и лечения позволяет разработать индивидуальный подход к ведению пациентов с АР [3,7]. Проявления АР оказывают выраженное влияние на качество жизни. Пациенты чувствуют себя раздражительными, подавленными, жалуются на чувство усталости, что препятствует



регулярному посещению школы и работы и приводит к социальным и экономическим издержкам. Так, например, в Швеции ежегодные прямые и непрямые издержки, связанные с лечением АР, составляют около 961 евро на 1 пациента. Таким образом, при численности населения в 9,5 млн человек АР обходится государству в 1,3 млрд евро в год. В США на диагностику и лечение пациентов с АР расходуются 3,4 млрд долларов ежегодно, из которых 2,3 млрд уходят на лекарственные препараты, а 1,1 млрд - на консультации специалистов. Несмотря на высокую распространенность заболевания, выраженное снижение качества жизни у больных, а также большую нагрузку на систему здравоохранения, АР не уделяется должного внимания, он часто неправильно диагностируется и не всегда адекватно лечится [8]. Благодаря новым знаниям о патогенезе АР и развитию новых медицинских технологий в последнее время был достигнут значительный прогресс в диагностике АР, но он по-прежнему включает в себя комбинированную оценку анамнеза, сенсibilизации с проведением провокационного теста и уровня оксида азота с использованием микрочипов. В настоящее время методы диагностики АР сосредоточены на клинических проявлениях и обнаружении специфической сенсibilизации. В практической медицине только разрабатываются методы ранней диагностики и прогнозирования риска развития АР. Поиск новых методов и стандартизации ранней диагностики является перспективным направлением для терапевтических и прогностических целей [10]. Актуальной проблемой является разработка методов лечения АР средне-тяжелого и тяжелого течения, осложненного очагами хронической инфекции рото- и носоглотки, когда проведение АСИТ невозможно, а фармакотерапия разработана недостаточно. Таким образом лечение при АР, учитывая возможность сочетания с бронхиальной астмой, аллергическим конъюнктивитом, должно быть комплексным [11]. Пациенты должны быть проинформированы относительно характера и способов элиминации причинно-значимых аллергенов, чтобы уменьшить вероятность нежелательного контакта. Правильная техника применения интраназальных спреев/капель должна быть продемонстрирована для наиболее эффективного лечения и предотвращения потенциальных побочных эффектов препарата [8,11]. Если родители соблюдают все рекомендации врача, заболевание устраняется полностью или уходит в стойкую ремиссию. В качестве профилактических мер во избежание развития аллергических форм ринита у детей желательно: исключить или минимизировать воздействие аллергенов, своевременно лечить инфекции верхних дыхательных путей, обеспечить подходящий микроклимат в помещениях (не выше 22 градусов тепла при влажности не менее 50%), уделять время закаливанию, физической активности, следить за питанием ребенка. Пациенты и их родители должны получить полную информацию касательно характера заболевания, вероятности его прогрессирования, а также необходимости надлежащей терапии. Также необходимо развеять опасения относительно безопасности применяемых препаратов. Детальное объяснение относительно целей проводимого лечения, ожидаемого эффекта терапии, а также потенциальных побочных эффектов может предотвратить развитие ложной надежды на быстрое выздоровление и повысить комплаентность пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. К.С. Павлова «ГНЦ «Институт иммунологии»» ФМБА России, Москва. Аллергический ринит. медицинский совет №1 2013. 89-96.
2. Е.П. Терехова, Д.В. Терехов. Аллергический ринит: современные методы терапии. Медицинский совет. №17, 2016. 74-79.
3. С.А. Реброва. Аллергический ринит: патогенез, диагностика, лечение. <https://doi.org/10.26442/20751753.2023.3.202047>. Consilium medicum. 2023;25(3):147–151.



4. Крюков А.И., Бондарева Г.П., Тхао Н.Т.Ф. Распространенность и этиология аллергического ринита в условиях Северного Вьетнама. Российская ринология. 2019; 27(1):15-18. <https://doi.org/10.17116/rosrino20192701115>.
5. В. М. Свистушкин, Г. Н. Никифорова, П. С. Артамонова, Е. А. Шевчик. Современные возможности патогенетической терапии больных аллергическим ринитом. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-6-101-106>.
6. Н.Г. Астафьева, Л.А. Горячкина, Н.И. Ильина, Л.С. Намазова, Л.М. Огородова, И.В. Сидоренко, Г.И. Смирнова, Б.А. Черняк. Аллергический ринит. Клинические рекомендации. PF_4_2008_BLOK_coll.qxd 19.08.2008 18:12 Page 81.
7. О. М. Курбачева, С. А. Польшер, Д. С. Смирнов. Аллергический ринит. Вечная проблема и ее современное решение. Медицинский Совет. № 3 (2015) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-3-84-91>.
8. А.А. Чотчаева, А.И. Колотилина, И.А. Корсунский, Г.И. Смирнова, А.И. Асманов, Д.Б. Мунблит. Аллергический ринит: подходы к диагностике и лечению. РМЖ. 2018;9:22-28.
9. Ю.К. Янов, С.В. Рязанцев, С.А. Артюшкин, И.В. Фанта, С.С. Павлова. Аллергический ринит: современные аспекты терапии. Вестник оториноларингологии, 3,2018. <https://doi.org/10.17116/otorino201883356>. 56-60.
10. П.В. Бережанский, Н.С. Татаурщикова, А.Б. Малахов. Возможности ранней персонифицированной диагностики аллергического ринита у детей. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (32): 16–22.
11. Т.П. Маркова, О.З. Булкина. Профилактика и лечение аллергического ринита. РМЖ. 2011;7:462.