

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Нестерова А.В.¹, Потатуркина-Нестерова Н.И.¹, Нестеров А.С.¹

¹ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия (432017, ул. Л. Толстого, 42), e-mail: nesterova-alena@mail.ru

В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение частоты и распространенности аллергического ринита. Наиболее тревожными являются данные о росте аллергических заболеваний респираторного тракта у детей. Установлено, что в крупных промышленных городах России заболеваемость аллергией среди детей составляет от 10 до 40%. Среди пациентов с аллергическим ринитом (АР) преимущественно выявлена круглогодичная форма заболевания (КАР) – в 63% случаев, а также круглогодичный АР с сезонными обострениями – в 17% (САР). Начало аллергического ринита в возрасте до 6 лет отмечено у 70% больных, однако лишь к 10–12 годам половина из них впервые обращается к аллергологу, т.е. через 5–6 лет после начала заболевания. Многофакторная этиология и различные варианты ответа организма на воздействие болезнетворных факторов определяют многообразие клинических форм ринита, лечение которых требует дифференцированного подхода.

Ключевые слова: аллергический ринит, круглогодичный аллергический ринит, сезонный аллергический ринит, распространенность, факторы риска, клиника

THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

Nesterova A.V.¹, Potaturkina-Nesterova N.I.¹, Nesterov A.S.¹

¹Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia, e-mail: nesterova-alena@mail.ru

In recent decades, throughout the world there has been an increase in frequency and prevalence of allergic rhinitis. Most alarming are the data on growth of allergic diseases of respiratory tract diseases in children. Found that in large industrial cities of Russia, the incidence of allergies among children ranging from 10 to 40%. Among patients with allergic rhinitis (AR) is predominantly identified year-round disease form (QAR) in 63% of cases, as well as year-round AR with seasonal exacerbations-17% (ATS). Beginning of allergic rhinitis aged up to 6 years 70% of the patients have been observed, but only to 10-12 years, half of them for the first time addresses an allergist, i.e. through the 5-6 years after the onset of the disease. Multi-factor etiology and different variants of the organism to pathogenic factors impact the diversity of clinical forms of rhinitis, treatment of which requires a differentiated approach.

Key words: allergic rhinitis, year-round allergic rhinitis, seasonal allergic rhinitis, prevalence, risk factors, clinic

За последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение частоты аллергических заболеваний дыхательных путей. Наиболее тревожными являются данные о росте аллергических заболеваний респираторного тракта у детей. Установлено, что в крупных промышленных городах России заболеваемость аллергией среди детей составляет от 10 до 40% [2, 4].

Распространенность аллергического ринита (АР) за прошедшее столетие выросла в десятки раз, частота встречаемости этого заболевания в общей популяции составляет более 20% [8]. Эпидемиологические исследования в популяции свидетельствуют о том, что в развитых странах АР страдает от 10% до 30% людей [5, 6].

В России распространенность аллергического ринита составляет 9,8–10,4% (в Новосибирске – 22,5–29,6%, в Иркутской области – 14,8–28,6%, в Ижевске – 23%, в Кирове –

28%). Вместе с тем в этих же районах на диспансерном учете находятся менее 0,3% детей с этим заболеванием. Среди пациентов с аллергическим ринитом (в том числе и с впервые установленным диагнозом АР) преимущественно выявлена круглогодичная форма заболевания (персистирующий АР) – в 63% случаев, а также круглогодичный АР с сезонными обострениями – в 17%. Диагноз сезонного (интермиттирующего) АР установлен у 20% больных аллергическим ринитом [13].

Известно, что начало аллергического ринита часто относится к первым 2–3 годам жизни, что связано в определенной степени с расширением контактов ребенка с новыми аллергенами. Пик заболеваемости АР приходится на 4-летний возраст. Начало аллергического ринита в возрасте до 6 лет отмечено у 70% больных, однако лишь к 10–12 годам половина из них впервые обращается к аллергологу, т.е. через 5–6 лет после начала заболевания. По классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) аллергический ринит определяется как хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит аллергическое воспаление, связанное с повышенным содержанием иммуноглобулина Е (Ig Е) и вызванное различными аллергенами. Заболевание проявляется водянистыми выделениями из носа, заложенностью, чиханьем и жжением в носовой полости, которые носят обратимый характер и способны к обратному развитию после прекращения экспозиции аллергенов или под воздействием лечения [12, 21].

В настоящее время отмечается рост заболеваемости САР. Число детей, страдающих этим заболеванием, в возрасте до 14 лет в период за последние 10 лет увеличилось в 1,9 раза, а подростков – в 2,2 раза. Показатель заболеваемости аллергическим ринитом детского населения составлял в 2001 г. 11 422,1 на 100 тыс., в то время как в 1997 г. – 1003,4 соответственно. Аналогичная картина отмечается у подростков в возрасте 15–17 лет [13].

К характерным особенностям САР относится периодичность обострений. Сезонный аллергический ринит связан с воздействием двух основных групп аллергенов: пыльцы растений и спор плесневых грибов, как правило, живущих на растениях. Симптомы повторяются из года в год в одно и то же время в период цветения определенных видов растений. Когда сезон цветения заканчивается – болезнь исчезает. Однако у некоторых пациентов наблюдается постепенное исчезновение симптомов заболевания в течение 2–3 недель после исчезновения пыльцы. На состояние больных с сезонным аллергическим ринитом отчетливо влияют погода, эмоциональные стрессы и такие раздражители, как пыль, резкие запахи [14].

Несмотря на то что чаще заболевание начинается у детей и юношей, САР может развиваться в любом возрасте. Для возникновения клинических проявлений АР необходимо наличие 2–3 сезонов воздействия аллергена, однако отмечены случаи заболевания детей

начиная с 6-месячного возраста. САР распространен больше среди городских жителей, чем среди проживающих в сельской местности. По результатам эпидемиологических исследований 75% пациентов, страдающих этим заболеванием, проживают в городе, и лишь 25% – в селе [3, 15, 20]. В детском возрасте чаще болеют мальчики, среди взрослых соотношение больных разного пола выравнивается. Широкая распространенность заболевания приводит к тому, что из-за АР дети пропускают до 1,5 млн школьных часов ежегодно [22].

Наиболее характерным симптомом сезонного АР у детей является чиханье, часто в виде пароксизмов из 10–20 чиханий подряд. У большинства детей чиханью могут предшествовать зуд или ощущение раздражения в носу. Профузная или периодическая ринорея с выделением большого количества водянистого секрета приводит к раздражению кожи над верхней губой и крыльев носа, вызывая их отечность и гиперемию. Появление гнойных выделений свидетельствует о присоединении вторичной инфекции. Отек носовых раковин приводит к заложенности носа. В начале периода пыления заложенность усиливается в вечернее или ночное время, приобретая в разгар сезона цветения постоянный характер [1].

При выраженной обструкции носовых путей нарушаются аэрация и дренирование околоносовых пазух – поражение носа и его придаточных пазух имеет место у детей в 70% случаев. Около 20% детей, страдающих САР, жалуются на головную боль, резкую слабость, потливость, расстройства сна, раздражительность и плаксивость, озноб, гипертермию, повышенную утомляемость. Головная боль возникает вследствие развития отрицательного давления во время абсорбции воздуха из заложенной пазухи в среднее ухо. Больные часто жалуются на снижение слуха, а также на треск в ушах, особенно при глотании. Постоянный выраженный застой приводит к снижению и даже полной утрате чувства обоняния и вкуса. В некоторых случаях заложенность носа может быть основной или единственной жалобой больных САР [6].

У детей основным симптомом может быть зуд в носу. В начальные периоды заболевания слизистая оболочка резко гиперемирована, при более длительном обострении развивается отек слизистой оболочки, она приобретает цианотичный оттенок. Аллергическому риниту у детей в 20% случаев сопутствует конъюнктивит, проявляющийся зудом и слезотечением, в наиболее тяжелых случаях – фотофобией и усталостью, при осмотре выявляют инъецированность склер и конъюнктивы. Больных беспокоит также выраженный зуд в ушах, горле, нёбе. Раздражающее действие подтекающего из носа секрета вызывает непродуктивный кашель и чувство саднения в горле. Воспаление носоглотки встречается у 20% детей с САР. Кашель может сопровождаться чувством сдавления в

грудной клетке, иногда настолько выраженным, что больные предъявляют жалобы на затруднение дыхания [16, 18, 19].

Круглогодичный аллергический ринит является одной из наиболее распространенных, причиняющих постоянное беспокойство пациенту, требующих постоянного применения лекарственных средств и приводящих к ряду тяжелых осложнений форм ринита. Для круглогодичного АР характерна вызванная аллергической реакцией периодическая или постоянная симптоматика без выраженных сезонных колебаний на протяжении всего года. Хроническое воздействие аллергенов вызывает появление рецидивирующих и часто постоянных симптомов [10]. К факторам риска возникновения КАР относится и экологическая среда. Круглогодичный аллергический ринит может быть вызван воздействием промышленных аллергенов. В этих случаях симптомы носят круглогодичный, но непостоянный характер, типична четкая связь с пребыванием на рабочем месте. У детей частота аллергического ринита в семьях, где родители курят (пассивное курение), выше в 2–4 раза. Установлена также возможность возникновения КАР у ребенка после вакцинации, смазывания и вливания капель в носовую полость [11].

Течение круглогодичного аллергического ринита может усугублять воздействие неспецифических раздражителей, а также инфекции, также выполняющих роль факторов риска (триггеров). Они приводят к развитию неспецифической назальной гиперреактивности и могут спровоцировать дебют болезни или способствовать обострению уже имеющегося заболевания. Роль неспецифических триггеров могут играть холодное воздействие, резкие перепады температуры, острая пища, эмоциональные нагрузки, сопутствующие патологии [9, 17].

У некоторых детей ведущими симптомами являются чиханье и зуд в полости носа. Для этой группы больных характерны приступообразный характер чиханий, отделение обильного водянистого назального секрета, суточный ритм проявлений с ухудшением в дневное время. Очень часто единственная жалоба, предъявляемая больными детьми, – заложенность носа, которая наблюдается в 70%. Эта симптоматика бывает постоянной, с ухудшением в ночное время, преобладанием дыхания через рот, незначительными приступами чиханья или их отсутствием. Вследствие хронической заложенности носа пациенты дышат ртом, что приводит к сухости, раздражению слизистой оболочки, болям в горле, формируя клинику хронического фарингита, ларингита и трахеита [7].

При обследовании детей, больных КАР, обращают внимание на следующие характерные особенности: постоянно приоткрытый рот, расширение спинки носа. В грудном возрасте часто встречается нарушение сосания. Эти симптомы могут сопровождаться незначительным кашлем, увеличением регионарных шейных лимфоузлов, появлением

заушных складок, потливостью, желудочно-кишечным расстройством, метеоризмом и срыгиванием. В более старшем возрасте вид ребенка становится довольно характерным: приподнятая верхняя губа, «готическое» твердое нёбо, неправильный прикус, распухший нос вследствие того, что ребенок часто трет его кончик («аллергический салют»), сухие губы. Слизистая оболочка носа бледная, влажная, часто голубоватого оттенка. При длительных сроках заболевания возможно появление гладких блестящих полипов белого цвета в форме виноградных гроздьев. Выделения из носа прозрачные, водянистые, иногда слизистые, при микроскопическом исследовании слизи или мазков-отпечатков со слизистой оболочки обнаруживают большое количество эозинофилов. Венозный стаз, вызванный постоянным застоем в слизистой оболочке носа, приводит к появлению под глазами у детей с КАР темных кругов («аллергические фонари»).

Следовательно, аллергический ринит является одним из самых распространенных заболеваний, охватывающих все возрастные группы. Многофакторная этиология и различные варианты ответа организма на воздействие болезнетворных факторов определяют многообразие клинических форм ринита, лечение которых требует дифференцированного подхода. Данные заболеваемости аллергическим ринитом по обращаемости не отражают истинной картины распространения данной патологии. Это свидетельствует о несвоевременной диагностике аллергического ринита, что приводит к отсутствию своевременной терапии и, как следствие, к усилению тяжести клинического течения АР и присоединению сопутствующих аллергических патологий, особенно атопических заболеваний дыхательных путей.

Список литературы

1. Данилова К.В. Терапия аллергического ринита: предпочтения специалистов / К.В. Данилова, И.М. Раздорская // Вестник оториноларингологии 2014; 3: 59–60.
2. Дробик О.С. Аллергический ринит: взгляд аллерголога / О.С. Дробик, А.Ю. Насунова // Вестник оториноларингологии. — 2014. — № 2. — С. 82–85.
3. Зайцева О.В. Подходы к диагностике и лечению аллергического ринита / О.В. Зайцева // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 5. — С. 62–65.
4. Исаев В.М., Чумаков Ф.И. Сезонная аллергия в оториноларингологии // Медицинская сестра. — 2002. — № 3. — С. 4–6.
5. Карпова Е.П. Местная терапия инфекционных осложнений аллергического ринита у детей / Е. П. Карпова Д. А. Тулупов // Вестник оториноларингологии. — 2013. — № 5. — С. 73–76.

6. Лекманов А.У. Аллергический ринит / А.У. Лекманов // Газета «Здоровье детей». — 2003. — № 6. — С. 7.
7. Лопатин А.С. Аллергический ринит: определение, классификация, дифференциальная диагностика // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 6. — № 3. — С. 100–102.
8. Лопатин А.С. Аллергический ринит // Русский медицинский журнал. — 2003 — Т. 11. — № 8. — С. 446–452.
9. Митин Ю.А. Клинико-иммунологические особенности аллергических ринитов при их сочетании с атопической бронхиальной астмой у детей / Митин Ю.А., Нестерова А.В. // Аллергология. — 2005. — № 2. — С. 1–7.
10. Нестерова А.В. Иммунопатогенетические особенности аллергического ринита при сочетании с атопической бронхиальной астмой у детей / Нестерова А.В., Нестеров А.С. // Современные проблемы науки и образования. — 2012. — № 5. — С. 8.
11. Нестерова А.В. Аллергологическая характеристика детей с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой / А.В. Нестерова, А.С. Нестеров, Н.И. Потатуркина-Нестерова, М.А. Зотова, Т.Г. Смирнова, А.В. Даньшина, М.В. Машина, А.М. Сокурова, Л.Л. Елистратова // Современные проблемы науки и образования. — 2012. — № 6. — С. 166.
12. Пряников П.Д. Современный подход к лечению больных вазомоторным ринитом методом электрохирургии / П.Д. Пряников, В.М. Свистушкин, В.И. Егоров, Д.М. Мустафаев, Э.В. Исаев // Вестник оториноларингологии. — 2015. — № 2. — С. 63–66.
13. Ревякина В.А. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей и организация педиатрической аллергологической службы в России // Научно-практический журнал «Педиатрия» им. Г.Н. Сперанского. — 2003. — № 4. — С. 47–52.
14. Решетникова О.В. Дифференциальная диагностика хронических ринитов: обзор и анализ методов / О.В. Решетникова // Российская ринология. — 2013. — № 4. — С. 25–30.
15. Синёва Е.Л. Распространенность и структура заболеваний ЛОР-органов у детей промышленных регионов / Е.Л. Синёва, В.Б. Панкова, Е.О. Саранча // Вестник оториноларингологии. — 2015. — № 2. — С. 48–52.
16. Соболев А.В. Диагностика и лечение аллергического ринита, осложненного инфекцией дыхательных путей / А.В. Соболев, О.В. Аак // Вестник оториноларингологии. — 2014. — № 4. — С. 59–62.
17. Татаурщикова Н.С. Рациональная фармакотерапия патологии иммунитета слизистой оболочки носа у больных с аллергическим ринитом / Н.С. Татаурщикова // Вестник оториноларингологии. — 2013. — № 5. — С. 93–97.
18. Arias Irigoyen J., Talavera Fabuel A., Maranon Lizana F. Occupational rhino-conjunctivitis from white pepper.//J Investig Allergol Clin Immunol. — 2003. — 13:213–215.

19. Bavbek S., Saryal S., Karabiyikoglu G., Misirligil Z. Pulmonary function parameters in patients with allergic rhinitis.//J. Investig Allergol Clin Immunol. — 2003. — 13:252–258.
20. Celedon J.C., Soto-Quiros M.E., Hanson L.A., Weiss S.T. The relationship among markers of allergy, asthma, allergic rhinitis, and eczema in Costa Rica.//Pediatr. Allergy Immunol. — 2002. — apr. — 13:91–97.
21. Linden M., Larsson S., Greiff L., Hansson L., Persson C.G.A., Lindgren F., Broberg P. Circulating eosinophil numbers as surrogate biomarker of symptomatic disease in seasonal allergic asthma and rhinitis.//J. Allergy and Clin. Immunol. — 2000. — 105, № 1. — Pt. 2. — P. 293.
22. Vanna A.T., Yamada E., Arruda L.K., Naspitz C.K., Sole D. International study of asthma and Allergies in childhood: validation of the rhinitis symptom questionnaire and prevalence of rhinitis in schoolchildren in Sao Paulo, Brazil.//Pediatr. Allergy Immunol. — 2001. — apr.12;95–101.

Рецензенты:

Кан Н.И., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой последипломного образования и семейной медицины факультета последипломного медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск;

Белый Л.Е., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии, ортопедии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.