

**УДК 616.248-058.86-003.9-08**

**Зокиров Ботиржон Кобилжон угли**

**Самостоятельный соискатель кафедра педиатрии**

**Андижанский государственный медицинский институт**

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ**

**АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ**

**АСТМОЙ**

**Резюме:** Бронхиальная астма (БА) и аллергический ринит (АР) являются коморбидными заболеваниями, что связано с гистологическим, физиологическим и иммунопатологическим сходством верхних и нижних дыхательных путей, системными механизмами развития хронического аллергического воспаления. Пациенты, страдающие АР, имеют в 3 раза больше шансов заболеть астмой, чем здоровые лица, и, как правило, ринит предшествует формированию БА у 32-49% больных.

Многие пациенты с АР имеют гиперреактивность бронхов (ГРБ), что свидетельствует о том, что наличие ринита является фактором риска развития БА.

**Ключевые слова:** аллергический ринит, детской возраст, бронхиальная астма.

*Zokirov Botirjon Kobiljon ugli*

*Independent Applicant Department of Pediatrics*

*Andijan State Medical Institute*

**COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE FORMATION  
FACTORS OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN WITH  
BRONCHIAL ASTHMA**

**Resume:** Bronchial asthma (BA) and allergic rhinitis (AR) are comorbid diseases, which is associated with the histological, physiological and immunopathological similarities of the upper and lower respiratory tract, systemic mechanisms of the development of chronic allergic inflammation.

Patients with AR are 3 times more likely to develop asthma than healthy individuals, and, as a rule, rhinitis precedes BA in 32-49% of patients.

Many patients with AR have bronchial hyperreactivity (HRH), which indicates that the presence of rhinitis is a risk factor for the development of AD.

**Key words:** allergic rhinitis, childhood, bronchial asthma.

**Актуальность.** Данными литературы установлено, что имеется множество внешних факторов, которые способствуют возникновению бронхиальной астмы[4]. Известно также, что у больных внелегочными аллергозами (ринит, дерматит, крапивница и т.д.) нередко наблюдаются периодические респираторные симптомы, которые являются предвестниками

развития у них приступов астмы считают, что аллергические заболевания (АЗ) кожи и верхних дыхательных путей являются признаками повышенного

риска в формировании гиперчувствительности бронхов и развитии бронхиальной астмы (БА). По оценкам экспертов; ВОЗ аллергическим ринитом (АР) страдает 1020% населения; а его симптомы в эпидемиологических исследованиях выявляются еще чаще: их отмечают до 40% опрошенных[6].

В настоящее время отмечается дальнейший рост аллергических заболеваний у детей среди которых преобладает АР[3]. Длительное нарушение

носового дыхания ведёт к гипоксии, в первую очередь, головного мозга, что значительно снижает конгитивные функции, отражаясь на обучаемости школьников. АР может со временем трансформироваться в бронхиальную астму (БА), ведущую порой к инвалидизации человека.

Закономерным является вопрос о причинах географических различий в распространенности АР и растущей заболеваемости во всем

мире.

Очевидно, что объяснить эти причины может лишь изучение причинных факторов манифестации в разных регионах страны с последующим их сравнением между собой[2].

Все вышеперечисленное обуславливает большой теоретический и практический интерес к проблеме ранней диагностики БА у детей с аллергическим ринитом[1,5].

Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что лидирующими в структуре хронических заболеваний детского возраста являются бронхиальная астма. В последнее годы отмечается тенденция к росту числа хронических заболеваний органов дыхания, как у детей, так и у взрослых,

что ведет к ухудшению качества жизни и инвалидизации больных. Подавляющее большинство работ отечественной и зарубежной литературы посвящено БА у взрослых, в то же время, это остаётся актуальной медико-социальной и экономической проблемой педиатрии[2].

Аллергические заболевания имеют сложную многофакторную природу

и развиваются при взаимодействии факторов окружающей среды и наследственной предрасположенности. Во всем мире ведется активный поиск

генов, отвечающих за формирование предрасположенности к АЗ, что связано как с несомненной актуальностью изучения факторов риска развития

АЗ, так и с появлением новых возможностей генетических исследований. К настоящему времени выполнены анализы ассоциации БА и других АЗ с полиморфными вариантами сотен генов[6].

Особенно актуальной является проблема своевременного выявления БА на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской

помощи,

поскольку именно педиатры поликлиник первыми сталкиваются с проблемами со стороны респираторной системы. Анализ работ, посвященных диагностике БА у детей с АР, свидетельствует о том, что несмотря на большое количество исследований, посвященных различным аспектам БА у детей, остаются не полностью решенными вопросы своевременной диагностики болезни, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе, что нередко определяет прогноз заболевания[5].

Запланированная работа позволит предложить экономически эффективные методы ведения такой категории больных с правильным направлением расходов на лечение и усовершенствование профилактических

мероприятий. Это позволит улучшить своевременное правильное обследование детей группы риска, реализовать предложенные этапные эффективные дифференцированные пути ведения больных с конкретной формой заболевания с использованием апробированных методов лечения и профилактики.

**Цель исследования.** Провести комплексную оценку факторов формирования аллергического ринита у детей с бронхиальной астмой

**Материал и методы исследования.** Ретроспективные исследования будут проводиться в г. Ташкенте и Андижанской областях. Диагноз будет устанавливаться на основании классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей, одобренным на специальном заседании XVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания (2009). Будут выполнены клинические, функциональные и лабораторные исследования у детей бронхиальной астмой в сочетании с аллергическим ринитом.

**Результаты исследования.** В когорте обследуемых детей с тяжелой бронхиальной астмой пациенты старшего школьного возраста встречались

в 1,4 раза чаще, при этом более 50% из них отмечали манифестацию заболевания в возрасте до 3 лет ( $p<0,01$ ). Пациенты с нетяжелым течением бронхиальной астмы, напротив, преимущественно относились к возрастной категории дошкольного возраста, и астма у них развивалась в возрасте старше 3 лет.

У матерей пациентов с тяжелой бронхиальной астмой в 1,7 раза чаще регистрировалась угроза прерывания беременности ( $p<0,01$ ), не выявлено статистически значимых различий по частоте кесарева сечения, натальной травмы и массы тела ребенка при рождении. ОРВИ и бронхиты с практически ежемесячной частотой в первые 3 года жизни в 1,3 раза чаще регистрировались у детей с развивающейся тяжелой бронхиальной астмой ( $p<0,01$ ). Неблагоприятные бытовые условия, проживание в зоне пассивного курения также доминировали в группе пациентов с более выраженными симптомами бронхиальной астмы.

Аллергический ринит у 1/3 детей сопутствовал нетяжелому варианту течения заболевания, составляя при тяжелой бронхиальной астме уже половину в структуре коморбидной аллергопатологии ( $p<0,01$ ).

Следует отметить, что статистическая значимость изолированных факторов риска не отражает их комбинированного влияния на течение бронхиальной астмы. Максимальной прогностической способностью может обладать группа предикторов, взаимное влияние которых обеспечивает значительную чувствительность и специфичность прогноза формирования тяжелой астмы.

Наиболее актуальным фактором риска формирования болезни для детского населения считается пассивное курение. Табачный дым ухудшает мукоцилиарный клиренс, усиливая воспаление бронхиального дерева и обострение болезни, значительно снижает объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), а также приводит к повышению уровня общего иммуноглобулина Е в крови, высвобождению гистамина из тучных клеток и

привлечению эозинофилов к легким. По данным W.J. Sheehan и W Phipatanakul

(2015) [16], пассивное курение способно снижать чувствительность к ингаляционным кортикостероидам, что служит одним из механизмов формирования стероидрезистентности. Нами установлено, что курение одного родителя в семье увеличивает шанс развития тяжелой бронхиальной астмы в 3 раза ( $\chi^2=7,684; p\chi^2=0,005$ ), курение обоих родителей – в 3,9 раза ( $\chi^2=6,56; p\chi^2=0,01$ ).

По мнению Т.Р. Струковой (2018) [17], один из доминирующих факторов риска тяжелого течения – женский пол. Информация, полученная в ходе исследования, подтверждает это. Женский фенотип увеличивает вероятность развития тяжелого течения болезни в 2 раза ( $\chi^2=4,14; p\chi^2=0,041$ ).

Кроме того, в уравнение включены возраст ребенка ( $\chi^2 =29,46; p\chi^2<0,0001$ ), определяющий тяжесть течения бронхиальной астмы по мере взросления пациента; возраст дебюта заболевания, имеющий обратное значение стандартизованного коэффициента (для оценки ОШ произведен расчет обратного показателя –  $1/0,578=1,73$ ), на 73% снижающий шанс формирования тяжелой бронхиальной астмы при увеличении возраста манифестации заболевания ( $\chi^2 =42,50; p\chi^2 <0,0001$ ).

**Вывод.** Таким образом, можно утверждать, что анамнестическими предикторами тяжелого течения бронхиальной астмы служит комбинация ряда показателей.

Полученное уравнение можно использовать для прогнозирования тяжелого течения бронхиальной астмы на основании доступного в практическом здравоохранении анализа комплекса анамнестических данных.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Гамзаева А.У., Минкаилов К-М.О., Минкаилов Э.К., Гусейнов АА Бронхиальная астма, развившаяся на фоне аллергического ринита (клинико-функциональные параметры ранней диагностики). Вестн. новых мед. технологий. 2010; 17
2. Овчаренко С.И., Чичкова Н.В., Грекова Е.Б. Бронхиальная астма в сочетании с аллергическим риносинуситом: оценка эффективности эреспала в комплексной терапии. Consilium Medicum. 2006; 8 (3): 53-8.
3. Романюк Л.И. Аллергический ринит как коморбидное состояние бронхиальной астмы. Астма и аллергия. 2013; 2: 62-4.
4. Bitter C, Suter-Zimmerman K, Surber C. Nasal drug delivery in humans. Curr Probl Dermatol 2011; 40: 20-35.
5. Compalati E, Ridolo E, Passalacqua G. The link between allergic rhinitis and asthma: the united airways disease. Expert Rev Clin Immunol 2010; 6 (3): 413-23.
6. Parakhonsky AP. Mediator's implementation nasal allergies [Electronic resource]. Int J Applied Fundamental Res 2013;