

**ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННОЙ ФОРМЫ  
АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ИСХОДНЫМ  
ВЕГЕТАТИВНЫМ ТОНУСОМ ОРГАНИЗМА**

Арифов С.С., Далиев А.Г., Тўйчиев Г.У., Гуломов Ш.А.

**БОЛАЛАРДА МАВСУМИЙ АЛЛЕРГИК РИНИТ ШАКЛИНИ  
ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ БОШЛАНҒИЧ ВЕГЕТАТИВ  
ТОНУС БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ**

Арифов С.С., Далиев А.Г., Тўйчиев Г.У., Гуломов Ш.А.

**THE RELATIONSHIP OF THE TREATMENT OUTCOME  
OF THE SEASONAL FORM OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN  
WITH THE INITIAL VEGETATIVE TONE OF THE BODY**

Arifov S.S., Daliev A.G., Tuychiev G.U. Gulomov Sh.A.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Андижанский государственный медицинский институт

**Мақсад:** катта гуруҳ ёшдаги болаларда мавсумий аллергик ринитни бошланғич вегетатив тонус билан боғлаб, даволаш самарадорлигини баҳолаш. **Материал ва усуллар:** изланишлар йил бўйи аллергик ринит билан касалланган 12 ёшдан 18 ёшгача бўлган 74 нафар ва 25 нафар соғлом болаларни назорат гуруҳини ташкил этади. Мавсумий аллергик ринитда турли хил БВТ вариантлари топилди. Касалликнинг ремиссия (касаллик аломатларининг вақтинча заифлашуви) даврида ВНТнинг симпатик ва парасимпатик бўлимлари ҳолатини характерловчи асосий клиник белгиларни ўз ичига олувчи махсус жадвалдан фойдаланиб, БВТ баҳоланади. Уни асосида ВНТ марказий таъсирланиш характерини ўзгариши ёки аллергик таъсирга номутаносиб жавоб ва бурундан нафас олиш ётади, бу ҳолат АР га хос. Умуман олиб қараганда, мавсумий аллергик ринит, ВНТ парасимпатик механизмларини зўриқиши билан намоён бўлади. **Натижалар:** беморлар ўртасида 32 (43,2%) нафарида мавсумий аллергик ринитни енгил кечиши ва 42 (56,8%) нафарида ўрта оғир даражаси кузатилди. 38 (51,4%) парасимпатикотония (ваготония), 21 (28,3%) – нормотония ва 15 (20,3%) нафар беморларда симпатикотония кузатилган. **Хулосалар:** соғлом гуруҳдаги болаларни бўлинишида бошланғич вегетатив тонус билан инobatга олган ҳолда, 11 (44%) – ваготония, 8 (32%) – нормотония, 6 (24%) – симпатикотонияни ташкил этди.

**Калит сўзлар:** болалар, мавсумий аллергик ринит, клиник белгилар, бошланғич вегетатив тонус, ваготония.

**Objective:** Assessment of the effectiveness of treatment of seasonal allergic rhinitis, taking into account the state of the initial vegetative tone of the body in children of an older age group. **Material and methods:** Under observation, there were 74 children with allergic rhinitis at the age of 12-18 years, of which 31 (41.9%) were girls and 43 (58.1%) were boys. The control group consisted of 25 healthy children. The diagnosis was established on the basis of complaints, medical history, results of clinical and allergological studies. **Results:** As observations have shown, there is a relationship between the results of pharmacotherapy and the initial autonomic tone of the child's body. In 25.6% of children with seasonal allergic rhinitis with vagotonia, an additional "enhanced" treatment regimen was required to achieve clinical recovery. **Conclusions:** The prevalence of the parasympathetic orientation of the initial vegetative tone is facilitated by vagotonia, which ultimately causes a more stubborn manifestation of the clinical symptoms of the disease.

**Key words:** children, seasonal allergic rhinitis, clinical symptoms, initial vegetative tone, vagotonia.

Аллергический ринит (АР) является одной из самых распространенных нозологических единиц в структуре заболеваний ЛОР-органов среди детей. По данным А.А. Назарова, АР наблюдается у 25% детей [3]. Следует подчеркнуть, что статистические показатели не отражают истинной распространенности АР и значимости данной проблемы [1,3], но и они достаточны для представления масштабов распространения данного заболевания [6]. По своему течению АР условно подразделяется на сезонную и круглогодичные формы. Сезонная форма АР (САР), обозначаемая еще как поллиноз, встречается часто среди детей [1]. Хотя САР имеет относительно короткую продол-

жительность периода обострения, его клинические проявления характеризуются выраженным течением. Наиболее рациональным подходом к терапии АР на современном этапе, по нашему убеждению, является ступенчатая схема лечения заболевания.

Одним из существенных факторов, оказывающим влияние на формирование, течение и исход различных заболеваний, является вегетативная нервная система (ВНС) [5]. Существуют достаточно убедительные доказательства, что состояние исходного вегетативного тонуса организма оказывает большое влияние на течение аллергических заболеваний [4,6].

Несмотря на большое количество исследований, до настоящего времени не изучена взаимосвязь результат лечения и состояния исходного вегетативного тонуса организма детей.

#### **Цель исследования**

Оценка эффективности лечения сезонного аллергического ринита с учетом состояния исходного вегетативного тонуса (ИВТ) организма у детей старшей возрастной группы.

#### **Материал и методы**

В разработку были включены 74 ребенка с АР в возрасте 12-18 лет, (средний возраст  $14,7 \pm 0,7$  года), из них 31 (41,9%) девочка и 43 (58,1%) мальчика (основная группа). Обследование и лечение больных проводились на кафедре ЛОР-болезней Андиганского государственного медицинского института в 2011-2017 гг. Контрольную группу составили 25 здоровых детей.

Диагноз САР устанавливали на основании жалоб, изучения анамнеза, результатов клинических, аллергологических исследований. Оценку состояния ВНС проводили в период ремиссии заболевания на основе исследования ИВТ с использованием специальных таблиц и по интегральному показателю кардиоинтервалограммы (КИГ) – индекса напряжения [2,3]. Таблица включает основные симптомы, характеризующие состояние симпатического и парасимпатического отделов ВНС. Она составлена из наиболее достоверных тестов, легко выполнимых и не требующих специальных условий и средств. После суммирования полученных результатов преобладание того или иного вегетативного тонуса определяется по количеству установленных признаков, характерных для разных типов ИВТ.

В процессе лечения мы придерживались ступенчатой фармакотерапии АР, которая проводилась согласно рекомендациям ВОЗ и международной согласительной комиссии по диагностике и лечению аллергического ринита [6]. Результаты лечения оценивали на основе анализа конечных показателей сопоставимых групп и в целом. В качестве сопоставимых расценивались группы, куда были включены одинаковые по тяжести течения больные САР, применялись схожие по механизму действия препараты, то есть сравнивали между собой результаты 1-й и 2-й, а также 3-й и 4-й групп.

Эффективность фармакотерапии больных САР оценивали по следующим критериям:

- исчезновение или уменьшение проявлений основных, дополнительных и общих неспецифических симптомов заболевания;
- изменение риноскопической и рентгенологической картины;
- восстановлению изученных функций носа;
- изменению количества эозинофилов и тучных клеток в носовой слизи.

При установке сроков курса лечения не выходили за пределы установленных сроков использования применяемых лекарственных препаратов, рекомендованных их производителями, учитывая также тяжесть течения и форму заболевания. При

неэффективности одного курса лечения назначали повторный или переходили на другие схемы терапии. Состояние больных к концу лечения оценивали как:

- полное клиническое выздоровление – отсутствие клинических проявлений САР. Восстановление всех показателей исследования функции носа, количества эозинофилов и тучных клеток до нормы или недостоверное отличие не более двух из них от контрольных значений;

- клиническое улучшение – исчезновение 1/3 клинических проявлений АР и уменьшения других на более чем 50% от исходного их проявления, либо уменьшение всех их на 75%. Восстановление всех показателей функции носа, количества эозинофилов и тучных клеток до нормы или недостоверное отличие не более двух из них от контрольных значений;

- без изменения – показатели всех оцениваемых критериев не изменялись по сравнению с исходным состоянием или динамика изменений оцениваемых качественно было очень незначительной, цифровые значения были статистически недостоверными.

- ухудшение – отрицательная динамика клинических проявлений, достоверное ухудшение цифровых значений.

Статистический анализ полученных результатов проведен методом вариационной статистики, с вычислением среднего квадратического отклонения и средней арифметической ошибки по способу моментов ( $M \pm m$ ), критерия достоверности различий Стьюдента ( $t$ ) и степени достоверности ( $p$ ) с помощью пакета программы Microsoft Office Excel 2010.

#### **Результаты и обсуждение**

Легкое течение САР наблюдалось у 32 (43,2%) больных, среднетяжелое – у 42 (56,8%).

У 38 (51,4%) детей с САР выявлено преобладание парасимпатикотонии (ваготония), у 21 (28,3%) имела место нормотония (сбалансированное состояние ВНС в покое), 15 (20,3%) – симпатикотония. С учетом ИВТ распределение больных было следующим: у 11 (44%) – ваготония, у 8 (32%) – нормотония, у 6 (24%) – симпатикотония.

Больные 1-й группы получали внутрь цетеризин по 10 мг или дезлоратадин по 5 мг 1 раз в сутки. При легком течении заболевания назначали антигистаминный препарат местного действия азеластина гидрохлорида или кромоглициевой кислоты, при среднетяжелом – топический глюкокортикоид в виде дозированного спрея для интраназального применения мометазона фураат. Последний применяли по 2 впрыскиваний (дозы) в каждую ноздрю 1 раз в сутки (общая суточная доза 200 мкг).

До проявления клинического эффекта применяемых препаратов больные по мере необходимости пользовались назальными деконгенсантами.

Как видно из таблицы, у больных САР ваготонией сроки лечения до достижения клинического выздоровления были более длительными, чем у детей с другими типами ИВТ. Различия результатов между двумя группами были статистически недостоверными.

Для достижения клинического эффекта 25 детям с ваготонией проведена дополнительно следующая

шая схема лечения: дезлоратадин по 5 мг 2 раз в сутки и мометазона фуруат в общей суточной дозе 400 мкг, то есть по 2 впрыскивания в каждую ноздрю 2 раза в сутки до достижения стойкого клинического эффекта. В течение последующей недели мометазона фуруат применяли в общей суточной дозе 400 мкг 2 раза в сутки, после чего продолжали по 2 дозы в каждую ноздрю 1 раз в сутки (суточная доза 200 мкг). Дезлоратадин применяли по 5 мг 1 раз в сутки с момента достижения клинического улучшения. У всех детей после дополнительного курса лечения достигнуто клиническое выздоровление САР.

Как видно из результатов исследования, имеется взаимосвязь между результатами фармакотерапии и ИВТ организма. У 25,6% больных САР с ваготонией для достижения клинического выздоровления потребовалось проведение дополнительной «усиленной» схемы лечения. Преобладанию парасимпатической направленности ИВТ способствует ваготония, что, в конечном итоге, способствует более упорному проявлению клинических проявлений заболевания.

#### Выводы

1. У детей с САР выявлена взаимосвязь между ИВТ организма и эффективностью проводимой фармакотерапии.

2. При преобладании парасимпатической направленности ИВТ для лечения САР потребовалось проведение более длительного лечения и повышение на определенном этапе дозы применяемых препаратов.

**Таблица**  
**Результаты лечения сезонного аллергического ринита с учетом исходного вегетативного тонуса организма, абс. (%)**

Критерий оценки	Ваготония	Нормотония	Симпати-котония
Клинический эффект после одного курса базисной схемы лечения:			
- клиническое выздоровление	13 (34,2)	18 (85,7)	11 (73,3)
- клиническое улучшение	24 (63,1)	3 (14,2)	4 (26,6)
- без изменения	-	-	-
- ухудшение	-	-	-
Число больных, которым для достижения клинического выздоровления проведен повторный курс лечения	25 (65,7)	3 (14,2)	3 (20)
Общая продолжительность лечения для достижения клинического выздоровления, дни	43,2±0,9*	29,8±	31,8±

Примечание. \* -  $p < 0,05$  по сравнению с больными САР с другим ИВТ организма.

#### Литература

1. Ильина Н.И. Аллергический ринит // Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 1997. – №4. – С. 3-16.
2. Лусс Л.В. Аллергический ринит, проблемы, диагностика, терапия // Леч. врач. – 2002. – №4. – С. 24-28
3. Назаров А.А. Аллергический ринит. – Ташкент: Фан, 1998. – 22 с.
4. Пузырев В.П. Генетика мультифакториальных заболеваний: между прошлым и будущим // Мед. генетика. – 2003. – Т. 2, №12. – С. 498-508.
5. Сепиашвили Р.И. Лечение аллергического ринита и его влияние на астму: Карманное руководство. – М.: Медицина, 2003. – 24 с.
6. Хузина А.Х., Карунас А.С., Хуснутдинова Э.К. Молекулярно-генетические аспекты аллергического ринита // Мед. генетика. – 2007. – Т. 6, №6. – С. 9-16.

#### ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННОЙ ФОРМЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ТОНУСОМ ОРГАНИЗМА

Арифов С.С., Далиев А.Г., Туйчиев Г.У., Гуломов Ш.А.

**Цель:** оценка эффективности лечения сезонного аллергического ринита с учетом состояния исходного вегетативного тонуса организма у детей старшей возрастной группы. **Материал и методы:** под наблюдением были 74 ребенка с аллергическим ринитом в возрасте 12-18 лет, из них 31 (41,9%) девочка и 43 (58,1%) мальчика. Контрольную группу составили 25 здоровых детей. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза, результатов клинических и аллергологических исследований. **Результаты:** как показали наблюдения, существует взаимосвязь между результатами фармакотерапии и исходным вегетативным тонусом организма ребенка. У 25,6% детей с сезонным аллергическим ринитом с ваготонией для достижения клинического выздоровления потребовалось проведение дополнительной «усиленной» схемы лечения. **Выводы:** преобладанию парасимпатической направленности исходного вегетативного тонуса способствует ваготония, которая в конечном итоге вызывает более упорное проявление клинических симптомов заболевания.

**Ключевые слова:** дети, сезонный аллергический ринит, клинические симптомы, исходный вегетативный тонус, ваготония.