

мл. если учесть, что первичная пневмония развивается в ранние периоды ожоговой болезни, первые 2 недели после травмы, изучаемые тесты становятся лабораторными предвестниками развития дыхательного компонента ожогового шока и пневмонии. У 72 больных при поступлении, в комплексном лечении ожоговой болезни назначен контрикал из расчета 1 тыс. антитела чЕ/кг массы, как ингибитора протеолиза, способствует уменьшению проницаемости сосудистых мембран, предотвращения патологического перемещения жидкости и снижения катаболизма белка, использован механизм антиферментов, как ингибитора «протеолизного взрыва». Длительность внутривенных вливаний от 5 до 10 дней.

В результате проведенного научного исследования выявлено, что высокий риск развития пневмонии при ожоговой болезни у детей в определенной степени взаимосвязан с патологическим протеолизом, циркулирующие иммунные комплексы не имеют решающей роли в степени тяжести состояния больного.

Патологический протеолиз становится ведущим патогенетическим компонентом «медиаторного шторма» в развитии осложнений и использование механизма антиферментов, в частности, контрикала как ингибитора «протеолитического взрыва» сравнительно поможет снизить показатели осложнений и смертности у детей от пневмонии при ожоговой болезни.

#### **Выводы.**

1. У детей при ожоговой болезни высокий риск развития пневмонии в определенной степени взаимосвязан с патологической активацией протеолитических систем, что является показанием назначения ингибиторов протеолиза с момента поступления на стационарное лечение.

2. Циркулирующие иммунные комплексы не имеют ведущей роли в развитии пневмонии при ожоговой болезни у детей.

3. Рациональное сочетание антибактериальной терапии с контрикалом в комплексном лечении обожженных детей позволяет снизить частоту и тяжесть инфекционных осложнений ожоговой болезни, однако до сегодняшнего дня эти осложнения являются серьезной угрозой для жизни пострадавших с термической травмой. Именно поэтому постоянное совершенствование методов реабилитации больных с ожоговым сепсисом остается одной из приоритетных задач комбустиологии.

#### **Использованная литература:**

1. Бадалов Б.И., Умаров А.М., Абдурахмонов М.Н. Проблемы здоровья детей с ожоговыми травмами и пути их решения. Сборник научных трудов. I съезд комбустиологов России, 2005, 118с.
2. Корваял Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у детей. М. 1990. 510 с.
3. Миразимов Б.М., Турсунов Б.С., Гыршкевич В.М. «Послеожоговые деформации конечностей у детей» издательство Абу Али ибн Сино, 1991, 72 с.
4. Парамонов Б.А., Погребский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. Руководство для врачей. – Санкт-Петербург: Специальная литература, 2000, 480 с.
5. Рубаков Л.Н., Маканин А.Я., Кушелевич Ч.Д., Прес А.В. Организация помощи обожженным детям. Сборник научных трудов. I съезд комбустиологов России, 2005, 125с.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОЙ ФОРМЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ**

Арифов С.С.,  
Далиев А.Г.

Ташкентский институт усовершенствование врачей  
Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на то, что проблема аллергического ринита изучается по различным направлениям, многие аспекты этой сложной проблемы остаются нерешенными [1, 5, 8].

Уровень заболеваемости детского населения сезонным аллергическим ринитом связан с влиянием региональных климатогеографических особенностей конкретного региона, а также с этнической принадлежности детей [2,6].

Полагают, что для возникновения клинических проявлений сезонного АР необходимо наличие 2-3 сезонов воздействия аллергена [3, 4]. Частота заболеваемости городского населения сезонным АР существенно выше, чем заболеваемость сельского населения. Установлено, что 75% пациентов, страдающих сезонным АР - это жители городов, а 25% - это жители села [7]. Частота распространенности АР относительно зависит от возраста и пола. Среди детского населения АР чаще страдают мальчики.

Известно, что клиническое течение аллергических заболеваний зависит от влияния разных факторов. Клиническое течение аллергического ринита, наряду с другими факторами зависит от индивидуальной реактивности организма, возраста, пола и этнической принадлежности детей.

В литературе недостаточно полно освещены аспекты клинические проявления аллергического ринита с учетом ее тяжести течения.

**Целью исследования** было анализ клинического течения сезонной формы АР у детей.

В областном медицинском центре диагностики были обследованы 57 детей сезонным аллергическим ринитом (САР) в возрасте от 7 до 15 лет. Среди них мальчиков было 33 и девочек – 24. В разработку были включены дети, у которых не имелись аллергической заболевания природы, выявленные другие болезни были в процессе ремиссии. Оценка клинического течения проводилась на основе анализа жалоб, истории развития болезни, объективных проявлений при различных степенях проявления САР.

В работе параллельно использованы две классификации - МКБ-10 и рабочей группой ВОЗ «ARIA» [2].

Для детального анализа клинического материала применен специальный вопросник для больных и их родителей.

Клиническое обследование включало оценку состояния кожи, видимых слизистых оболочек, опорно-двигательного аппарата, нервной системы, внутренних органов и ЛОР - органов, путем проведение отоскопии, риноскопии, фарингоскопии, ларингоскопии. Риноскопия и осмотр носоглотки проводилась общепринятым способом и с помощью фиброэндоскопа «BUONCHOFI-BER-SCOPE XZ-3». Клинико-лабораторное обследование больных включало оценку общих анализов крови и мочи, проведение аллергических тестов, определение дыхательной, транспортной, обонятельной функции носа, клеточного состава носового секрета. По показаниям проводилось рентгенологические исследования околоносовых пазух.

Во всех наблюдениях он протекал волнообразно: на фоне клинических проявлений заболевания были периоды ремиссии и обострения. Обострение САР весной отмечали в 32 (40%), осенью – в 27 (33,8%), летом – в 14 (17,5%), в зимнее время – в 7 (8,8%) случаях. Такое различие можно объяснить особенностями сенсibilизации организма, а также повышенным воздействием высоких доз аллергенов в определенные периоды года. У большинства больных основной группы чаще обострение наблюдалось два и более раз в год, тогда как в группе сравнения чаще констатировался однократный рецидив заболевания в течение года.

С учетом тяжести течения САР больные сравниваемых групп были разделены на следующим образом: легкая форма – 11 (19,3%), средней тяжести – 27 (74,4%) и тяжелая – 19 (33,3%). Наибольшая встречаемость отмечено среднетяжелой формы САР.

Клинические симптомы САР были условно разделены на три группы. Первую группу составили следующие основные симптомы заболевания:

- многократное, часто возникающее спонтанно приступообразное чихание, было наиболее частой жалобой и констатировано в 52 (91,2%) случаях;
- заложенность носа, установлена в 49 (85,9%) случаях;
- 51 (89,5%) пациентов имело место нарушение обоняния в виде преходящей гипосмии;
- зуд или чувство жжения в носу выявлен у 43 (75,4%) больных;
- жалобу на наличие выделений из носа предъявляли 37 (64,9%) больных.

У 4 (7,0%) отмечалось проявление только одного у 16 (28,1%) – двух и у 38 (66,6%) больных – трех и более из указанных основных клинических симптомов САР.

В таблице 1 приведены показатели течения САР.

Проявления данных симптомов у больных сравниваемых групп представлены в таблице 2.

Вторую группу составили следующие дополнительные клинические симптомы:

Таблица 1. Оценка исходных показателей больных САР

| Критерии                                                    | Количество больных<br>n=57 |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Количество эпизодов обострения в течение года               | 1,9±0,08                   |
| Количество обострений, требовавших медикаментозного лечения | 1,9±0,07                   |
| Средняя продолжительность обострения, сутки                 | 34,2±1,2                   |

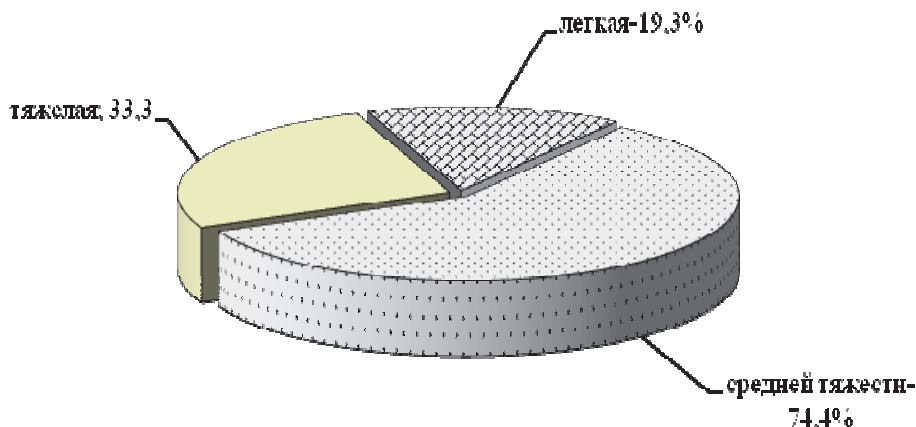


Таблица 2. Встречаемость основных клинических симптомов сезонного аллергического ринита

| Симптомы                      | Тяжесть течения САР |                         |                 |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
|                               | Легкая<br>n=11      | Средней тяжести<br>n=27 | Тяжелая<br>n=19 |
| приступообразное чихание      | 9 (81,8%)           | 25 (92,6%)              | 18 (94,7%)      |
| заложенность носа             | 9 (81,8%)           | 23 (40,7%)              | 17 (89,5%)      |
| нарушение обоняния            | 8 (72,7)            | 25 (92,6%)              | 18(94,7%)       |
| зуд или чувство жжения в носу | 5 (45,5)            | 21 (77,8%)              | 17 (89,5%)      |
| выделения из носа             | 3 (27,3)            | 19 (70,4%)              | 15 (78,9%)      |

- раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и крыльев носа встречался у 52 (91,2%) пациентов;

- чувство зуда, жжения в глазах, слезотечение, которые указывают, на наличие сопутствующего конъюнктивита встречались в 50 (87,7%) случаях;

- боль в горле, покашливание, как проявление сопутствующего фарингита в 42 (73,6%) случаях.

- у 43 (75,4%) больного имелась поперечная складка на коже спинки носа, которая в 22 (51,2%) случаях сочеталась с симптомом «аллергический салют»;

- темные круги под глазами (возникающие из-за стаза в периорбитальных венах в результате постоянно нарушенного носового дыхания) отмечены у 4 (7,0%) больных;

- кровянистые выделения, вследствие форсированного сморкания отмечено у 12 (21,1%) лиц;

- боль и треск в ушах, особенно при глотании, чувство нарушения слуха, как проявление аллергического евстахиита встречались у 14 (24,6%) больных.

В таблице 3 представлена частота выявления второй группы симптомов.

Третью группу составили общие неспецифические симптомы, наблюдаемые при САР:

- слабость, недомогание, раздражительность у 51 (89,5%) пациентов;

Таблица 3. Встречаемость дополнительных клинических симптомов сезонного аллергического ринита

| Симптомы                                                                | Тяжесть течения САР |                         |                 |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
|                                                                         | Легкая<br>n=11      | Средней тяжести<br>N=27 | Тяжелая<br>n=19 |
| Раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и крыльев носа | 6 (54,5%)           | 25 (92,6)               | 18 (94,7%)      |
| Зуд, жжение в глазах, слезотечение                                      | 5 (45,6%)           | 26 (96,3%)              | 19 (100%)       |
| Поперечная складка на коже спинки носа                                  | 3 (27,3%)           | 24 (88,9%)              | 16 (84,2%)      |
| Симптом «аллергический салют»                                           | 1 (9,1%)            | 11 (40,7%)              | 9 (47,4%)       |
| Темные круги под глазами                                                | -                   | 1 (1,8)                 | 3(15,8%)        |
| Боль и треск в ушах                                                     | 1(9,1%)             | 6 (22,2%)               | 7 (36,8%)       |

Таблица 4. Встречаемость общих неспецифических клинических симптомов сезонного аллергического ринита

| Симптомы                                                                | Тяжесть течения КАР |                         |                 |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
|                                                                         | Легкая<br>n=11      | Средней тяжести<br>n=27 | Тяжелая<br>n=19 |
| Слабость, недомогание, раздражительность                                | 8 (72,7%)           | 26 (96,3%)              | 17 (89,5%)      |
| Головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания | 3 (27,4)            | 25 (92,6)               | 17 (89,5%)      |
| Нарушение сна, подавленное настроение                                   | 2 (18,2%)           | 10 (37,0%)              | 11 (57,9%)      |
| Потливость                                                              | -                   | 9 (33,3%)               | 15 (78,9%)      |

- головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания у 45 (78,9%) пациентов;

- нарушение сна, подавленное настроение у 23 (40,4%) пациентов;

- потливость у 24 (42,1%) пациентов.

Частота выявления третьей группы симптомов отражено в таблице 4.

Первая группа симптомов при легкой форме проявлялась менее выражено, чем при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания. У больных группы сравнения все три группы симптомов встречались реже, чем у лиц включенных в основную группу. Третья группа симптомов при легком течении САР встречалась у больных основной группы. Наиболее полным перечнем и качественно более выражено все клинические симптомы проявлялись при тяжелом течении САР.

Как при интермиттирующей, так и при персистирующей формах САР встречаемость клинических симптомов первых двух групп повторялась аналогично. Общие неспецифические симптомы, такие как слабость, раздражительность, головная боль, нарушение сна, потливость, указывающие на интоксикацию организма, в качественном плане проявлялись более выражено у лиц с персистирующей формой САР.

Таким образом, выявлено, что обострение САР чаще наблюдается весной и осенью и имеется наличие прямой количественной и качественной зависимости проявления всех трех групп симптомов с тяжестью течения САР. Все это необходимо учитывать при планировании оказания лечебно-диагностической помощи детям АР.

#### Использованная литература:

1. Аллергический ринит у детей. Пособие для врачей. Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002, 80 с.
2. Балаболкин И.И., Лукина О.Ф., Ксензова Л.Д. и др. Аллергические риниты у детей: клиника, диагностика, лечение. // Методические рекомендации для врачей. Москва, 2000. 13 с.
3. Гуцин И.С. Аллерген - специфическая иммунотерапия. // Лечащий врач. – 2011- №3- С.10-27.
4. Клиническая аллергология (под редакцией академика РАМН М. Хаитова). Москва, 2002.
5. Назаров А.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергических заболеваний. Ташкент- 2010.
6. Wilson A.M., O'Byrne P.M., Parameswaran K. Leucotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Am. J. Med., 2004, vol.116, No5, p.338-344.
7. Venarske D., de Shazo R.D. Molecular mechanisms of allergic disease. South. Med.J., 2003, vol.96, Noll, p.1049-1054.
8. Tamer L., Calikoglu M., Ates N.A., Yildirim H., Karakas S., Atik U. Relationship between N-acetyl transferase-2 gene polymorphism and risk of bronchial asthma // Tuberk. Toraks. - 2006. - V.54. - P. 137-143.