УДК: 616.211-002.193:313.(13(571.5)

Д. О. Гацька, І. В. Корицька
ДУ «Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова»

Поширеність та клінічні особливості алергічного риніту у дітей та молоді Вінницької області (результати 2-го етапу клініко-епідеміологічного дослідження)

Ключові слова: *поширеність, клінічні особливості, алергічний риніт.*

Однією з найактуальніших проблем сучасної медицини є алергічні захворювання (АЗ), що пов'язано з високим рівнем їх поширеності, постійним його зростанням, почастішанням більш тяжких клінічних проявів алергопатології, яка часто стає причиною погіршення якості життя хворих [2, 3, 21]. Одним з найпоширеніших АЗ є алергічний риніт (АР).

Дані епідеміологічних досліджень демонструють, що на АР страждають від 10 до 25 % населення світу, переважна частина – молодого віку [5, 7]. Так, лише за останні 10 років серед дітей та молоді частота виявлення АР в різних країнах збільшилася від 1,4 до 39,7 % [9, 20]. Однак відомо, що дані епідеміологічних досліджень нерідко значно перевищують показники поширеності АР, які реєструються при зверненні пацієнтів за медичною допомогою. Тому вивчення справжньої поширеності АР та його клінічних особливостей, без сумніву, є цікавим та актуальним.

Метою дослідження було отримання даних про поширеність АР серед дітей та молоді м. Вінниця.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили шляхом анкетування за допомогою спеціально розробленого модифікованого опитувальника для виявлення симптомів АЗ органів дихання та шкіри. На першому етапі дослідження було опитано 7 784 особи віком від 3 до 27 років (у тому числі 4 532 дитини та 3 252 представника молоді). У випадках, коли респондентам було важко інтерпретувати те чи інше питання анкети, необхідну допомогу надавали інтерв'юєри, які роз'яснювали значення тієї чи іншої ознаки. На нашу думку, це дало змогу отримати більш точні відповіді на питання.

На другому етапі дослідження була проведена верифікація клінічного діагнозу. На дообстеження з'явились 1 462 особи з клініко-анамнестичними ознаками АЗ, яким було проведене поглиблене алергологічне обстеження, процедура виконання якого охоплювала збір анамнезу, фізикальне обстеження, проведення шкірних проб (прик-тесту) з набором побутових, пилкових, епідермальних алергенів (АГ). Для шкірної діагностики застосовували вітчизняні АГ виробництва Вінницького підприємства «Імунолог». У частини осіб проводили лабораторне та функціональне обстеження. Клінічну діагностику АР здійснювали згідно з рекомендаціями міжнародного консенсусу [19].

Результати та їх обговорення

У результаті поглибленого клініко-алергологічного обстеження вказаних вище контингентів діагноз АР був підтверджений в 524 осіб, що становило 35,84 % від загального числа обстежених з АЗ та 6,73 % від загальної кількості проанкетованих осіб. В таблиці 1 наведені результати вивчення поширеності АР серед обстежених нами на другому етапі дослідження.

Слід відмітити, що нами не виявлено істотних розбіжностей між частотою виникнення АР серед дітей 1-ї та 2-ї вікових груп (9,32 та 8,30 % відповідно, при $p > 0,05$).

© Д. О. Гацька, І. В. Корицька, 2015

Таблиця 1

Поширеність АР серед дітей та молоді після верифікації діагнозу

Вік обстежених, роки	Наявність АР	
	Абс. ч.	%
3–6 (n = 1 459)	136	9,32
7–18 (n = 3 073)	255	8,30
p_1		> 0,05
19–27 (n = 3 253)	133	4,09
p_2		< 0,05
p_3		< 0,05
Всього (n = 7 784)	524	6,73

Примітка: p_1 – істотність розбіжностей між 1-ю та 2-ю віковими групами; p_2 – істотність розбіжностей між 1-ю та 3-ю віковими групами; p_3 – істотність розбіжностей між 2-ю та 3-ю віковими групами.

На жаль, у ці вікові періоди частота проявів АР з вираженою клінічною симптоматикою утримується на досить високому рівні. Але ми виявили істотну розбіжність між частотою АР серед дітей обох вікових груп у порівнянні з молоддю: 9,32 % у 1-й віковій групі проти 4,09 % серед молоді ($p < 0,05$) та 8,30 % у 2-й віковій групі проти 4,09 % серед молоді ($p < 0,05$).

Отже, наявні фактичні прояви АР, які спостерігались у осіб віком від 3 до 18 років включно, мали очевидну тенденцію до зменшення в подальшому, що можна було пояснити віковими особливостями імунітету, впливом статевих гормонів на імунологічні механізми виникнення та перебіг АР, а також характером лікування, яке проводилось даним пацієнтам. При вивченні поширеності АР залежно від статі та віку обстежених ми отримали наступні дані, що наведені в таблиці 2.

Як видно з наведених даних, в поширеності АР між особами чоловічої та жіночої статі в цілому істотних розбіжностей не спостерігалося, хоча темпи зростання поширеності АР серед жіночої статі 2-ї та 3-ї вікових груп збільшувалися і переважали над такими показниками в чоловіків. Результати алергологічного обстеження показали, що в усіх вікових групах переважала цілорічна форма АР (ЦАР), яка в структурі даної патології становила 70,04 % (367 осіб) і була зумовлена переважно алергією до побутових АГ. Істотно менша питома вага припала на сезонний АР (САР) – 29,96 % (157 осіб), причиною якого була пилкова сенсибілізація, $p < 0,05$ (рис. 1).

При цьому у разі ЦАР переважали легкі форми захворювання в усіх досліджуваних групах, а саме: у 71 (67,62 %) пацієнта – в 1-й віковій групі, 103 (62,05 %) осіб – у 2-й віковій групі, 56 хворих (58,33 %) – у 3-й віковій групі, при $p < 0,05$ для всіх випадків. При порівнянні тяжкості перебігу САР залежно від віку нами відмічено, що середньотяжкий перебіг САР переважав у всіх вікових групах. Так, він відмічений в 58,06 % (918 пацієнтів) випадків в 1-й віковій групі, в 60,67 % (54 особи) спостережень – у 2-й віковій групі та в 51,35 % (19 хворих) випадків – в 3-й віковій групі.

Крім того, майже в третини обстежених спостерігався легкий перебіг пилкової алергії – 29,03 % (9 пацієнтів) випадків у 1-й віковій групі, 28,09 % (25 осіб) спостережень – у 2-й віковій групі та 32,43 % (12 хворих) випадків – у 3-й віковій групі. Тяжкий перебіг САР був діагностований у 12,91 % (4 особи), 11,91 % (10 пацієнтів) та 16,22 % (6 хворих) спостережень відповідно. Отже, тяжкість перебігу САР не залежала від віку обстежених нами осіб ($p > 0,05$ для всіх випадків).

Найбільш частими причинними факторами ЦАР серед обстежених контингентів були АГ дерматофагоїдних кліщів (78,2 % випадків) та АГ домашнього пилу (49,32 % спостережень). Крім побутових АГ важливе місце в етіологічній структурі ЦАР посідали також епідермальні алергени (21,53 %). Гіперчутливість до грибкових АГ у нашому дослідженні не визначалась. Під час аналізу особливостей сенсибілізації залежно від віку хворих на АР звернуло на себе увагу збільшення частоти гіперчутливості до більшості АГ у старших вікових групах, в яких

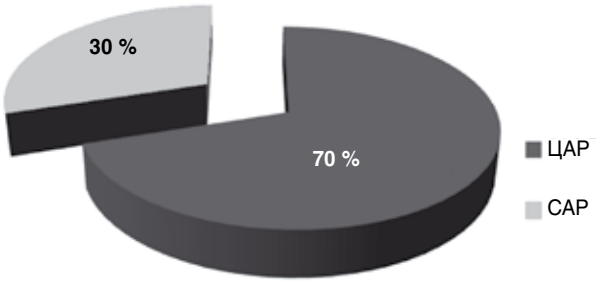

Рис. 1. **Структура АР серед обстежених**

Таблиця 2

Поширеність АР серед дітей та молоді залежно від статі та віку

Стать	Вік, роки							
	3–6 (n = 1 459)		7–18 (n = 3 073)		19–27 (n = 3 253)		Всього (n = 7 784)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	69	4,73	94	3,06	53	1,63	216	2,77
Жінки	67	4,59	161	5,24	80	2,46	308	3,96
p		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05

олівалентна алергія реєструвалася частіше в порівнянні з молодшими дітьми.

Проведене вивчення поширеності ЦАР серед дітей та підлітків показало їх часту коморбідність з бронхіальною астмою (БА), яка мала місце у 99 (27,01 % випадків) пацієнтів; у 33 осіб (8,99 % спостережень) ЦАР поєднувався з атопічним дерматитом (АД); у 27 хворих (7,36 % випадків) – з АД та БА одночасно. САР найчастіше поєднувався з алергічним кон'юнктивітом (79 пацієнтів, або 50,33 % спостережень). Дещо рідше серед обстежених зустрічався ізольований САР (48 осіб, або 30,57 % випадків). При цьому САР, обумовлений виключно гіперчутливістю до пилкових АГ, становив 23,67 % (37 хворих) спостережень, а в 11 осіб (7,0 %) пилкова сенсибілізація поєднувалася з сенсибілізацією до побутових АГ. Ще рідше (23 пацієнта, або 14,64 % випадків) діагностувалося поєднання САР з БА та алергічним кон'юнктивітом. Найрідше зустрічались поєднання САР з БА (7 осіб, або 4,46 % спостережень).

Етіологічні фактори САР у наших дослідженнях були представлені АГ пилку злаків (52,24 %), дерев (27,39 %) та бур'янів (30,36 %). Переважання сенсибілізації до пилку злакових трав можна було пояснити їх широким розповсюдженням на території України (зокрема у Подільському регіоні), їх видовим розмаїттям та спільністю пилкових антигенів різних видів рослин.

Аналіз спектру пилкової сенсибілізації дав змогу виявити найбільш репрезентативні алергенні таксони для Вінницького регіону. Серед дерев перші рангові місця за алергенними властивостями посіли береза, вільха та ліщина. Береза, пилок якої є частою причиною поліно-зу у багатьох місцевостях, посідає перше місце та був причиною сенсибілізації у 7,45 % хворих, АГ вільхи та ліщини посіли друге та третє рангові місця серед АГ пилку дерев (5,10 та 4,46 % випадків відповідно). Серед злаків найчастіше та майже з однаковою частотою виявлялась сенсибілізація до пажитниці (10,19 %), костриці (10,19 %) та грястиці (9,56 %). Серед бур'янів незвично високою для нашого регіону виявилась частота сенсибілізації до пилку амброзії (3,18 %), яка спостерігалась з однаковою частотою з АГ лободи (3,18 %) та майже з однаковою частотою – з АГ полину (3,82 %) та пирію (3,82 %).

Отже, порівняння спектру пилкової сенсибілізації в різних регіонах України дало змогу зробити висновок про те, що він у нашому цілеспрямованому дослідженні був схожим зі спектром сенсибілізації, виявленим іншими дослідниками в центральних областях України, зокрема в Києві та Київській області, де провідними АГ також були злаки [14, 16], та в Білорусії, де основними причинними АГ у хворих на поліноз також був пилок культурних та диких злаків. Але при цьому вищенаведені дані не співпадали зі спектром пилкових АГ у Харківській, Запорізькій, Луганській, Полтавській областях, Криму, де провідними АГ є бур'янисті трави (амброзія, циклахена) [13, 18].

Цікавим, на наш погляд, було порівняння результатів поширеності АР серед обстежених контингентів за результатами першого та другого етапів дослідження, які наведені у таблиці 3. Так, при оцінці поширеності АР до та після верифікації відповідного діагнозу відмічаються значні відхилення показників, а саме: у 1-й віковій групі визначається зменшення частоти АР в 2,6 разу (24,06 % проти 9,32 %, при $p < 0,05$), у 2-й віковій групі – в 2,1 разу (17,05 % проти 8,30 %, при $p < 0,05$), в 3-й віковій групі – в 1,8 разу (7,17 % проти 4,09 %, при $p < 0,05$).

При аналізі причин значних розбіжностей між частотою АР, отриманою за результатами першого етапу дослідження, та частотою АР, отриманою за результатами другого його етапу, було визначено, що лише 47,0 % всіх обстежених мали АР. Частіше за все як АР розцінювали інфекційний риніт, хронічний аденоїдит та вазомоторний риніт, які мали місце у 38,19; 17,33; 18,11 % обстежених відповідно. Враховуючи той факт, що після верифікації діагнозу спостерігалось значне зменшення частоти АР внаслідок його гіпердіагностики, ми спробували проаналізувати причини цього явища.

Аналіз помилок у діагностиці АР серед обстежених контингентів

Поширеність АР за результатами другого етапу дослідження становила 6,73 %, а поширеність симптомів АР за результатами анкетування (1-й етап) – 14,23 % випадків. Розбіжності достовірні при $p < 0,01$. Ця досить велика різниця в цифрах (більше ніж у 2 рази) пояснюється значною переоцінкою симптомів пацієнтами чи їх батьками, а також тим, що риносинусопатії – це збірне поняття комплексу всіх захворювань носа, його пазух,

Таблиця 3

Порівняння поширеності АР серед дітей та молоді залежно від віку за результатами першого та другого етапів клініко-епідеміологічного дослідження

Вік, роки	Перший етап дослідження		Другий етап дослідження		p
	Абс.	%	Абс.	%	
3–6 (n = 1 459)	351	24,06	136	9,32	< 0,05
7–18 (n = 3 073)	524	17,05	255	8,30	< 0,05
19–27 (n = 3 252)	233	7,17	133	4,09	< 0,05

які пов'язані з інфекційними, запальними, незапальними, алергічними та іншими причинами. Тому нерідко такі захворювання, як хронічний гайморит, хронічний аденоїдит, синусит, вазомоторний риніт, викривлення носової перегородки, яке порушує нормальний кровообіг та трофіку тканин, тощо, трактуються як АР. Безпосереднє дообстеження хворих під час другого етапу дало можливість підтвердити діагноз АР лише у 524 обстежених. При цьому в 254 обстежених діагноз АР не підтвердився, а в 330 осіб були виявлені інші фактори, які спричиняли симптоми, схожі на АР. Відповідні дані наведені в таблиці 4. Отже, можна стверджувати, що на АР страждали лише 47,0 % від всієї кількості проанкетованих осіб, які скаржилися на симптоми хронічного риніту і вважали себе хворими на АР.

Як видно з даних, наведених у таблиці 4, частіше за все в цілому як АР трактували інфекційний риніт, хронічний аденоїдит та вазомоторний риніт (38,19; 17,33; 18,11 % обстежених відповідно). Серед дітей 1-ї та 2-ї вікової груп найчастіше як АР розцінювали інфекційний риніт (16,53 та 13,38 % відповідно) та аденоїдит (11,42 та 5,91 % відповідно). Ці дані узгоджуються з даними літератури, оскільки збільшений глотковий мигдалик (аденоїди), чиє запалення, тобто аденоїдит, спричинений бактеріями та вірусно-бактеріальними асоціаціями, є однією з основних причин порушення носового дихання [10].

Серед молоді частіше (в 11,42 % випадків) за АР вважали вазомоторний (ідіопатичний) риніт. У молодших школярів ця патологія не спостерігалась, а серед обстежених 2-ї вікової групи вона становила 6,69 % спостережень. Це, певною мірою, можна пояснити тим, що вазомоторні порушення, зокрема в період пубертату, можуть бути обумовлені перебудовою вегетативної нервової системи, частими проявами ваготонії, і найбільшого розвитку вазомоторні риніти набувають приблизно у віці 20 років. У ранньому дитячому віці вазомоторних (нейровегетативних ринітів) не буває [15]. До вазомоторних реакцій також належать гормональні порушення, обумовлені підвищеним рівнем естрогенів. Крім того, порушення носового дихання може спричинюватись дією найрізноманітніших фізичних, психогенних та інших факторів, які сприяють тому, що лабільна кавернозна тканина слизової оболонки носа переповнюється кров'ю, внаслідок чого відбувається миттєве набухання та набряк слизової оболонки носа, яке може повністю перекривати носові ходи та призводити до вираженої назальної обструкції [10, 17].

Структурні порушення в носовій порожнині (викривлення носової перегородки, звуження носових ходів, гіпертрофія носових раковин тощо) можуть також призводити до порушення носового дихання внаслідок безпосереднього контакту слизової оболонки перегородки з такою з боку латеральної стінки носа. В цьому випадку (з багатьох причин) слизова оболонка носа набрякає, і це призводить до порушення носового дихання [11]. В нашому дослідженні частка таких діагностичних помилок становила 11,71 % випадків серед усіх вікових груп пацієнтів.

Клінічні прояви при синуситах (фронтитах, гайморитах, етмоїдитах) також характеризуються такими ознаками, як утруднене носове дихання та виділення з носової порожнини. Ці симптоми спостерігають у 73 % пацієнтів з даною патологією [17]. Причому, під час запалення лобних пазух малих, гіпопластичних розмірів місцеві ознаки параназального синуситу проявляються лише утрудненим носовим диханням та невеликою кількістю виділень з порожнини носа, без локального больового синдрому. Тому значна кількість хворих (у нашому дослідженні цей відсоток становив 14,17 серед обстежених усіх вікових груп) трактувала цю симптоматику як прояви АР і певний час отримувала нераціональну терапію.

Серед дітей 2-ї вікової групи з хибними симптомами АР відсоток синуситів становив 5,51, серед 3-ї вікової групи – 8,66, а серед молодших дітей – випадки не зустрічались. Частково це можна пояснити тим, що існує віковий аспект розвитку придаткових пазух носа. Наприклад, лобні пазухи починають набувати характерних рис лише в 7–8 років, а вже в 9–11-річному віці їх розмір становить 50 % об'єму лобних пазух дорослої людини [11].

Таблиця 4

Можливі причини гіпердіагностики АР серед обстежених контингентів

Нозології	1-ша вікова група		2-га вікова група		3-тя вікова група		Всього (N = 254)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Хронічний аденоїдит	29	11,42	15	5,91	0		44	17,33
Ідіопатичний (вазомоторний) риніт	0		17	6,69	29	11,42	46	18,11
Звуження носових ходів	3	1,18	5	1,97	4	1,57	12	4,72
Інфекційний риніт	42	16,53	34	13,38	21	8,27	97	38,19
Виражена деформація носової перегородки	0		7	2,76	10	3,94	17	6,69
Поліпозний риносинусит	0		0		2	0,79	2	0,79
Синусити	0		14	5,51	22	8,66	36	14,17

В 0,79 % обстежених 3-ї вікової групи був встановлений діагноз поліпозного риносинуситу. Ця група пацієнтів місяцями отримувала антигістамінні та судинозвужувальні препарати без особливого клінічного ефекту. Жодній з цих осіб не була призначена терапія ендоназальними кортикостероїдами або антилейкотрієновими препаратами.

Таким чином, усі вказані особливості клінічного перебігу АР та ринітів іншої етіології у дітей та молоді потребують від лікарів (особливо первинної медичної ланки) широкого діапазону знань з питань своєчасної діагностики ринітів різного походження та прийняття рішення щодо вибору методів раціональної діагностики та лікування відповідної категорії хворих.

Висновки

1. За даними другого етапу клініко-епідеміологічного дослідження справжня поширеність АР серед дітей та молоді Вінницької області становить 6,73 % і не залежить від статі обстежених осіб.

2. Серед клінічних форм АР серед дітей та молоді Вінницької області переважає (70,04 % випадків) ЦАР, обумовлений переважно сенсибілізацією до дерматофагоїдних кліщів. Істотно меншу питому вагу (29,96 % спостережень) становить САР, причиною якого є пилкова сенсибілізація.

3. Найчастішими коморбідними станами для ЦАР у дітей та молоді Вінницької області є БА (34,37 %), а для САР – алергічний кон'юнктивіт (50,33 %).

4. Вивчення поширеності АР, особливостей його клінічного перебігу серед різних вікових груп населення та аналіз діагностичних помилок при симптомах даного захворювання є важливим та необхідним заходом, який дає можливість ефективно контролювати дану патологію.

Список літератури

1. *Аллергия* и как ей противостоять [Текст] / Под ред. Б. М. Пухлика. – К. : Заславський, 2009. – 87 с.

2. *Аналіз* дитячої алергологічної служби в Україні у 2010 році [Текст]. – К. : МОЗ України. – 2010. – 9 с.

3. *Бронхиальная* астма, аллергический ринит и атопический дерматит: алгоритмы диагностики и лечения: Пособие для врачей [Текст] / Под ред. М. В. Архипова. – Екатеринбург : УГМА, 2011. – 53 с.

4. *Булгаков, В. А.* Сочетанные проявления респираторной и кожной аллергии у детей [Текст] / В. А. Булгаков, И. И. Балаболкин // Медицинский совет. – 2008. – № 5–6. – С. 17–21.

5. *Горячкина, Л. А.* Распространенность атопических заболеваний у детей младшего и дошкольного возраста в закрытом административно-территориальном образовании Свердловской области [Текст] / Л. А. Горячкина, Н. А. Волкова, Е. К. Бельтюков // Аллергология. – 2005. – № 1. – С. 17–20.

6. *Игнатьева, В. И.* Современные подходы к классификации и фармакотерапии аллергических ринитов, сочетающихся с бронхиальной астмой [Текст] / В. И. Игнатьева, Г. Л. Гуменюк, А. Н. Туманов // Астма та алергія. – 2007. – № 1–2. – С. 49–54.

7. *Ильина, Н. И.* Скрининговое эпидемиологическое исследование (GA^{2}LEN) по выявлению аллергических заболеваний и заболеваний органов дыхания в России [Текст] / Н. И. Ильина, О. М. Курбачева, К. С. Павлова, Е. В. Ильина // Рос. аллергол. журн. – 2009. – № 3. – С. 486–487.

8. *Козулина, И. Е.* Аллергия сегодня. Анализ новых эпидемиологических данных [Текст] / И. Е. Козулина, О. М. Курбачева, Н. И. Ильина // Рос. аллергол. журн. – 2014. – № 3. – С. 3–10.

9. *Манжос, М. В.* Особенности течения поллиноза и аэропалинологическая характеристика в г. Пензе [Текст] / М. В. Манжос, Д. В. Рижкин, Т. М. Желтикова // Аллергология. – 2004. – № 2. – С. 29–33.

10. *Мітін, Ю. В.* Сучасний підхід до лікування пацієнтів із захворюваннями носа і навколоносових пазух [Текст] / Ю. В. Мітін, Л. Р. Джурко, С. В. Кур'янов // Журн. вушних, носових та горлових хвороб. – 2001. – № 3. – С. 38–43.

11. *Попович, В. О.* Залежність вибору тактики фармакотерапії гострого риносинуситу від функціонального стану співусть приносових пазух [Текст] / В. О. Попович // Здоров'я України. – 2013. – Тематичний номер. – С. 14–15.

12. *Пухлик, Б. М.* Актуальні проблеми алергології в Україні [Текст] / Б. М. Пухлик // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2005. – № 1. – С. 10–13.

13. *Пухлик, Б. М.* Сезонные аллергические риноконъюнктивиты: распространенность, методы диагностики и лечения [Текст] / Б. М. Пухлик // Здоров'я України. – 2007. – № 9. – С. 65–67.

14. *Пухлик, Б. М.* Питання поширеності та економічної ефективності лікування алергійних захворювань органів дихання в Україні [Текст] / Б. М. Пухлик, Є. М. Дитятківська, І. В. Гогунська // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2012. – № 2. – С. 5–8.

15. *Пухлик, С. М.* Аллергический ринит: проблемы классификации [Текст] / С. М. Пухлик // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2008. – № 4 (15). – С. 41–45.

16. *Романюк, Л. И.* Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы, место СИТ в комплексном лечении [Текст] / Л. И. Романюк // Астма та алергія. – 2009. – № 1–2. – С. 61–66.

17. *Тишко, Ф. О.* Проблеми лобних пазух [Текст] / Ф. О. Тишко, Ж. А. Терещенко, О. О. Островська // Здоров'я України. – 2013. – Тематичний номер. – С. 60–62.

18. *Шумна, Т. Є.* Оцінка сенсибілізації дитячого організму до алергенів у мешканців промислового регіону [Текст] / Т. Є. Шумна // Астма та алергія. – 2012. – № 1. – С. 34–41.

19. *Bousguet, J.* Allergic Rhinitis and its Impacton Asthma (ARIA) 2008 Update (incollaboration with the World Health Organization, GA^{2}LEN and AllerGen) [Text] / J. Bousguet, N. Khaltaev, A. A. Cruz // Allergy. – 2008. – Vol. 63. – P. 8–160.

20. *Cingi, C.* The score for allergic rhinitis study in Turkey [Text] / C. Cingi, M. Songu, A. Ural, I. Annesi-Maesano // Am. J. Rhinol. Allergy. – 2011. – Vol. 25. – P. 333–337.

21. *Johannes, Rind.* Allergy is a Global Problem [Text] / R. Johannes // ACII J. WAO. – 2007. – Vol. 2. – № 2. – С. 26.

22. *Morais-Almeida, M.* Prevalence and classification of rhinitis in preschool children in Portugal: a nationwide study [Text] / M. Morais-Almeida, N. Santos, A. M. Pereira // Allergy. – 2013. – Vol. 68. – P. 1278–1288.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ (РЕЗУЛЬТАТЫ 2-ГО ЭТАПА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Д. О. Гацкая, И. В. Корицкая

Резюме

Цель исследования. *Изучить распространенность и клинические особенности аллергического ринита (АР) у детей и лиц молодого возраста в Винницкой области (результаты 2-го этапа клинико-эпидемиологического исследования).*

Материалы и методы. *Клинико-эпидемиологическое исследование проведено среди детей и лиц молодого возраста в Винницкой области. Проведено анкетирование 7 784 человек в возрасте от 3 до 27 лет (4 532 – дети, 3 252 – лица молодого возраста).*

Результаты. *По результатам 2-го этапа клинико-эпидемиологического исследования, истинная распространенность АР среди детей и лиц молодого возраста составляет 6,73 % и не зависит*

от пола обледованных. Среди клинических форм АР преобладает круглогодичный АР (70,04 %), обусловленный, главным образом, сенсибилизацией к дерматофагоидным клещам. Существенно меньший удельный вес (29,96 % наблюдений) составляет сезонный АР, причиной котрого является пыльцевая сенсибилизация. Наиболее частыми коморбидными состояниями для круглогодичного АР является бронхиальная астма, для сезонного АР – аллергический конъюнктивит (50,3 %).

Выводы. *Установлена истинная распространенность АР среди детей и лиц молодого возраста в Винницкой области. Определены региональные особенности клинического течения и этиологических факторов АР.*

Ключевые слова: *распространенность, клинические особенности, аллергический ринит.*

Научно-практический журнал «Астма и аллергия», 2015, № 2

Д. О. Гацкая
аспирант кафедры фтизиатрии с курсом клинической иммунологии
ГУ «Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова»
ул. Л. Толстого, 21, кв. 31, Винница, 21000
тел.: +38(097) 947-47-97
e-mail: DrKor@i.ua

THE INCIDENCE AND CLINICAL FEATURES OF NASAL ALLERGY AMONG CHILDREN AND TEENAGERS IN VINNYTSIA REGION (2ND STAGE OF CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC STADE)

D. O. Hatska, I. V. Korytska

Summary

Aim. *The reliable incidence of nasal allergy among children and teenagers in Vinnytsia Region has been defined. Regional characteristics of clinical progress and etiological factors of nasal allergy were identified (according to the results of the 2nd phase of clinical epidemic research).*

Purpose. *To receive due data of allergic rhinitis among children and teenagers in Vinnytsia Region.*

Materials and methods. *The clinical epidemic research among children and teenagers in Vinnytsia Region has been held. 7 784 individuals aged 3 to 27 yaers (including 4 532 children and 3 252 teenagers).*

Results. *According to the results of the 2nd phase of clinical epidemic research it has been defined that the reliable incidence of nasal allergy among children and teenagers in Vinnitsa Region is 6,73 % and doesn't depend on the sex of the explored. Year-round allergic rhinitis prevails among the clinical forms of nasal allergy (70,04 % of cases), accompanied mainly by sensitization to the dust mites. Seasonal allergic rhinitis caused by pollen sensitization form significantly smaller proportion (29,96 % cases). The most frequent comorbid conditions for year-round rhinitis is asthma (34,7 %) and for seasonal allergic rhinitis is allergic conjunctivitis (50,3 %).*

Conclusion. *The reliable incidence of nasal allergy among children and teenagers in Vinnytsia Region has been defined. Regional characteristics of clinical progress and etiological factors of nasal allergy were identified.*

Key words: *prevalence, clinical features, allergic rhinitis.*

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2015, № 2

D. Hatska
Graduate Vinnitsa national medical university
L. Tolstogo, 21/31, Vinnitsa, 21000
tel.: +38(097) 947-47-97
e-mail: DrKor@i.ua