

Е. Н. Охотникова

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА И ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика

Состояние здоровья в подростковом и юношеском возрасте составляет медицинский «багаж» человека в последующие возрастные периоды. Согласно современной классификации ВОЗ, подростками считаются дети от 10 до 20 лет, а в отечественной педиатрии к ним относят лиц в возрасте от 15 до 18 лет. С учетом этого каждый пятый человек в мире — подросток! Пубертатный период по напряженности биологических процессов в организме занимает второе место после периода новорожденности. Известный французский писатель Жан-Жак Руссо назвал его «вторым рождением человека». Бурный скачок роста, сочетающийся с гормональной и психоэмоциональной перестройкой, усиленной деятельностью всех органов и систем, представляет из себя «нагрузочную пробу», своеобразное испытание организма человека в переходном периоде жизни.

В связи с этим хроническая и рецидивирующая бронхолегочная патология стабильно занимает 3-е место в структуре заболеваемости подростков и нередко приводит их к инвалидности. 2/3 случаев преждевременной смерти и 1/3 всех болезней у взрослых связаны с условиями и формами поведения, которые берут начало в подростковом и молодом возрасте.

Связь хронических заболеваний легких (ХЗЛ) у подростков и взрослых несомненна: начавшись в детском возрасте эти болезни как инфекционно-воспалительного, так и аллергического генеза, в частности бронхиальная астма (БА), продолжают по достижении зрелости.

Частота ХЗЛ у детей с 5 до 15 лет (за последние 10 лет) увеличилась в 10 раз (с 11 % до 112 %). Среди всех подростков, страдающих ХЗЛ, доля лиц с БА составляет более 70 %. При этом на учете у лечащего врача находятся в основном тяжелые и среднетяжелые формы БА, а БА легкого течения выявляется практически только при использовании специального анкетирования и обследования. Большая разница отмечается и при сравнении

данных официальной статистики по другим хроническим заболеваниям легких нетуберкулезной этиологии: по итогам 2008 г. — это 0,1 %, а по результатам обследования с применением опросника — 3 %. Бытует мнение, что БА заканчивается спонтанным выздоровлением в подростковом возрасте, что, к сожалению, неверно. Наоборот, у подростков чаще, чем в других возрастных группах, отмечаются ухудшение состояния и даже летальные исходы. Доля лиц женского пола среди болеющих БА в возрастной категории от 15 до 18 лет становится больше, чем в возрасте до 15 лет, в то время как среди лиц, страдающих другими ХЗЛ, количество девушек и юношей-подростков примерно одинаково.

В контексте патогенеза БА заслуживает внимания провоспалительный эффект цистеинил-лейкотриенов (LTC₄, LTD₄ и LTE₄), которые в дыхательных путях опосредуют повышение проницаемости сосудов, отек слизистой оболочки, усиление бронхиальной секреции, стимуляцию хемотаксиса и адгезию нейтрофилов и эозинофилов, причем этот процесс является самоподдерживающимся! Для усиления контроля БА при сопутствующем АР необходимо терапевтическое воздействие как на нижние, так и на верхние дыхательные пути, на гистамин-зависимые фазы и лейкотриеновые пути воспаления. Применение при БА у подростков фиксированной комбинации монтелукаста 10 мг и левоцетиризина 5 мг (препарат Гленцет Эдванс) обосновано как с точки зрения патогенеза заболевания, так и с точки зрения улучшения комплайенса. Согласно международным рекомендациям по лечению БА (GINA) и АР (ARIA), а также национальным клиническим протоколам, фиксированная комбинация монтелукаста 10 мг и левоцетиризина 5 мг является препаратом выбора при сочетании АР и БА легкого течения, при поллинозе (сезонном АР и пыльцевой БА) у пациентов старше 15 лет. Гленцет Эдванс рекомендован взрослым и подросткам старше 15 лет по 1 таблетке 1 раз в сутки вечером, независимо от приема пищи.

© Охотникова Е. Н., 2016