

оболочки носа, чем у детей в стадии ремиссии АР. Медианные значения в период обострения составили 33,8 (33,3; 34,2) °С и в период ремиссии 34,7 (34,2; 35,1) °С, $p = 0,004$.

У 19 (21,1%) обследованных детей с atopической БА наряду с АР имели место признаки инфекционного воспаления слизистой оболочки носа, что характеризовалось гиперемией слизистой оболочки носа, наличием слизисто-гнояных и (или) гнойных выделений в носовых ходах. Для детей этой группы были зарегистрированы достоверно более высокие значения эндоназальной температуры по сравнению с детьми, имевшими клинические проявления только АР. Медианные значения назальной температуры у детей с наличием инфекционного воспаления слизистой оболочки носа составили 36,0 (35,6; 36,4) °С, а у детей без инфекционного воспаления средние значения были 33,7 (33,4; 33,9) °С, $p < 0,0001$.

В целях уточнения иммуногенеза воспаления слизистой оболочки носовой полости у 29 детей с atopической БА нами было проведено изучение содержания общего IgE и у 41 пациента и содержания IL4 в носовом секрете в различные периоды АР. Пациенты с наличием инфекционного воспаления носа из исследования были исключены.

В ходе исследования носового секрета у пациентов с atopической БА и АР было установлено, что период обострения АР ($n = 19$) характеризовался более высоким содержанием IgE в назальном секрете, медианные значения составили 115,6 (49,9; 181,2) Ме/мг, а в период ремиссии АР ($n = 10$) отмечено статистически значимо более низкое содержание назального IgE, средние значения составили 24,9 (6,2; 43,7) Ме/мг, $p = 0,048$.

Анализ содержания IL4 в носовом секрете 41 пациента с atopической БА в различные периоды АР продемонстрировал статистически значимое

повышение концентрации назального IL4 у пациентов в период обострения АР ($n = 25$), медианные значения составили 109,7 (54,2; 165,2) пг/мг, по сравнению с детьми в период ремиссии АР ($n = 16$), у которых средние значения были 34,4 (12,0; 56,8) пг/мг, $p = 0,036$.

Таким образом, активация аллергического воспаления в слизистой оболочке носа у детей с atopической БА сопровождалась повышением содержания общего IgE и IL 4 в носовом секрете. Анализ результатов содержания IgE и IL 4 в носовом секрете выявил наличие между ними статистически значимой взаимосвязи. Коэффициент корреляции $R = 0,44$ при $p = 0,02$, рис. 1.

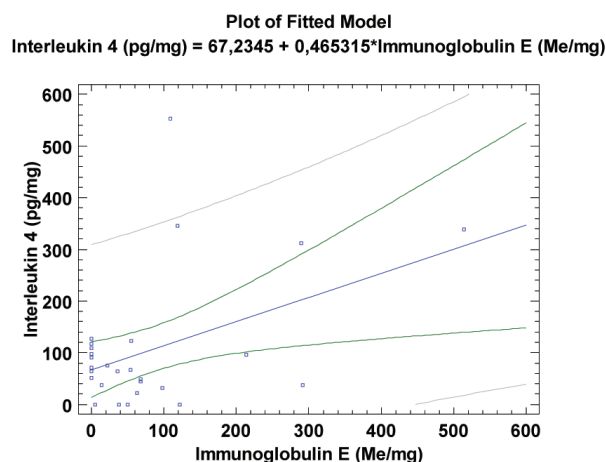


Рис. 1. Корреляционные взаимосвязи содержания IgE (Ме/мг) и IL4 (пг/мг) у пациентов с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом.

Fig. 1. Correlations of IgE (IU/mg) and IL4 (PG/mg) in patients with bronchial asthma and allergic rhinitis.

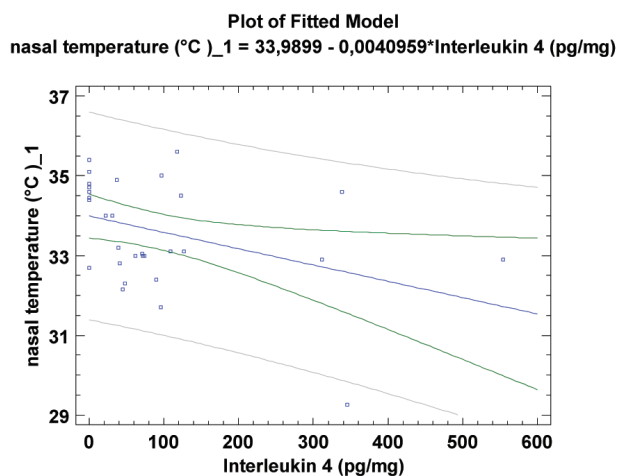


Рис. 2. Корреляционные взаимосвязи значений эндоназальной температуры (°С) и содержания интерлейкина 4 (пг/мг) в носовом секрете у пациентов с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом.

Fig. 2. Correlation of endonasal temperature (°C) and interleukin 4 (PG/mg) in nasal secretions in patients with bronchial asthma and allergic rhinitis.

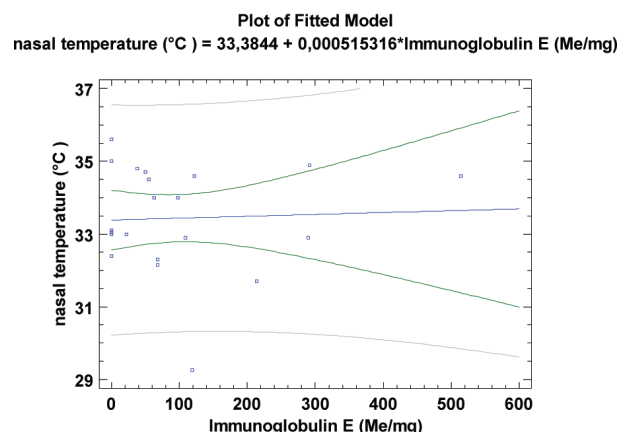


Рис. 3. Корреляционные взаимосвязи значений эндоназальной температуры (°С) и содержания иммуноглобулина Е (Ме/мг) в носовом секрете у пациентов с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом.

Fig. 3. Correlation of endonasal temperature (°C) and immunoglobulin E (IU/mg) in nasal secretions in patients with bronchial asthma and allergic rhinitis.