

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ аллергического ринита

С.М. ПУХЛИК, д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой оториноларингологии
М.А. НАСЕР

Одесский национальный медицинский университет

По мнению многих ученых, аллергические заболевания (АЗ) являются одними из наиболее распространенных. Чаще других (это характерно для взрослых и детей старше 5 лет) встречается аллергический ринит (АР). По данным ВОЗ, распространенность сезонного аллергического ринита (или поллиноза) в разных странах мира колеблется от 1 до 40 %, круглогодичного АР — от 5 до 18 %. Многие специалисты говорят о настоящей эпидемии аллергии, поскольку распространенность аллергических заболеваний удваивается каждые десять лет.

В Украине ведется официальная статистика АР. Правда, случаи АР регистрируются лишь по обращаемости за медицинской помощью, поэтому мы считаем, что реально органам здравоохранения известно в лучшем случае о каждом 20–60-м больном АР. Причем (опять-таки, по собственным наблюдениям) у 90 % больных заболевание выявляется несвоевременно, после 3–10 лет от его начала.

Мифы среди населения

Миф 1. Есть аллергия врожденная, а есть приобретенная. А значит, от врожденной не спастись и не избавиться.

Трудно даже объяснить далеким от медицины людям, что не бывает врожденной аллергии, а вся она приобретенная. Да, имеются наследственные факторы, которые могут привести к аллергии, но они не обязательно реализуются. Сенсibilизация человека происходит не внутриутробно, а в течение жизни, преимущественно в детском и молодом возрасте, хотя такой «любви» все возрасты покорны...

Миф 2. Если в детстве не было аллергии, то во взрослом возрасте она уже не появится.

К сожалению, это не так. И пыльцевая, и пищевая аллергия может возникнуть в любом возрасте, даже если в детстве не было никаких проявлений. Но и наоборот, бывает, что дети с аллергическими реакциями во взрослом возрасте с этой проблемой не сталкиваются.

Миф 3. Если у родителей есть аллергическая реакция на определенный вид раздражителя, например на пыльцу или рыбу, то у ребенка на него тоже будет аллергия.

Аллергия может передаваться по наследству, и у родителей с аллергическими заболеваниями риск рождения ребенка с аллергией намного выше, чем у тех, кто с этой проблемой не сталкивался. Но передается именно предрасположенность, а не конкретный вид аллергии. У ребенка может быть реакция совсем на другие потенциальные аллергены.

Ошибки родителей

Наиболее распространенная ошибка, которую допускают родители и реже врачи, это оценка симптомов АР как острого респираторного заболевания. Это происходит вследствие незнания

симптомов аллергического ринита, а они почти ничем не отличаются от клиники ОРЗ. Многие родители считают, что зуд кожи — это аллергия, а вот насморк, иногда с субфебрилитетом — это обязательно ОРЗ, и часто жалуются на приеме: «Мы ребенка закаляем, даем витамины, а он все время простужен, даже летом часто болеет». Такая наиболее частая ошибка приводит к тому, что АЗ диагностируются поздно, когда присоединяется клиника бронхиальной астмы (БА) и значительно расширяется спектр «причинных» аллергенов. Думаю, что выход здесь в изменении менталитета, особенно в семье, где родители — аллергики. Нужно любое респираторное нарушение вначале рассматривать как аллергию и соответственно ее искать, пробовать лечить антигистаминными препаратами. Конечно, ничто не мешает аллергику заболеть ОРВИ, но даже это вирусное заболевание у аллергика будет протекать более длительно, иметь много осложнений в виде синусита, бронхита и т.п. Поэтому сегодня педиатры рекомендуют всем аллергикам бороться с клиническими проявлениями ОРВИ, включая в комплекс лечения современные антигистаминные препараты. Тогда болезнь пройдет в более короткие сроки и часто без осложнений. Думаю, что такой подход необходим и взрослым аллергикам.

Ошибки врачей

У детей аллергия развивается редко, и в основном она носит пищевой характер.

К сожалению, это не так, именно в детском возрасте формируются основные аллергические проблемы. Да, дети первых лет жизни в связи с еще несовершенным иммунитетом на все аллергены, в том числе и на пищевые, реагируют кожей. По мере роста ребенка начинается диф-

ференциация клинических проявлений аллергии: появляется кашель, насморк, т.е. реакция дыхательной системы в виде ринореи, зуда, чихания (симптомы АР) и кашля, проявлений бронхоспазма (БА). Врачи всех специальностей, к которым могут обратиться больные АР, должны знать, что аллергический ринит — одно из самых распространенных АЗ. Частота заболевания зависит от возраста человека. Наиболее высокая частота АЗ вообще и АР в частности встречается у детей и молодых людей. АР начинает манифестировать после 3–4 лет, часто сопровождается хроническим аденоидитом. Как показывают наши исследования (С.М. Пухлик, Э.Г. Нейверт, 2001), аллергический ринит выявлен у 25,2 % детей с гипертрофией глоточной миндалины. Чаще всего это дети с лимфатико-гипопластическим и аллергическим диатезом. По мере взросления ребенка и инволюции глоточной миндалины аденоиды и аденоидит отступают на второй план и манифестирует классический аллергический ринит с проявлениями ринореи, зуда и чихания. У некоторых детей появляются признаки бронхообструкции. У подростков и молодых людей с АР появляются признаки поллиноза, который редко бывает у детей. У молодых людей, преимущественно девушек, начинают проявляться вегетативные расстройства с развитием парасимпатикотонии и вазомоторного ринита (ВР). Главная трудность диагностики приходится именно на этот период. У молодых людей часто имеют место оба заболевания — АР и ВР, и перед врачом стоит трудная задача: правильно диагностировать причины ринита и соответственно лечить его. Клинически эти заболевания схожи, проявляются нарушением носового дыхания, ринореей.

Аллергический ринит не бывает изолированным процессом. Мы считаем, что там, где есть слизистая оболочка, может протекать аллергическое воспаление. Нам давно известно сочетание АР и конъюнктивита (риноконъюнктивальный синдром), характерное для поллиноза. Сегодня недостаточно изучено сочетание АР и тугоухости, приводящего к развитию секреторного отита, но роль аллергии здесь несомненна. Уже можно считать общепринятым, что аллергическое воспаление в носу (впрочем, как и бактериальное) не может протекать, не затрагивая придаточные пазухи, поэтому правильно

называть заболевание «аллергический риносинусит». Поэтому у аллергиков симптомы аллергического ринита протекают с изменениями состояния околоносовых пазух, включая рентгенологические, чего не бывает при вазомоторном рините.

Дифференциальную диагностику между аллергическим риносинуситом и бактериальным воспалением проводить тоже необходимо и тоже достаточно сложно. Прежде всего следует оценивать клинику — при бактериальном процессе отсутствуют симптомы раздражения — зуд и чиханье. Основная симптоматика связана со слизисто-гнойными выделениями (возможны односторонние поражения, чего не бывает при аллергическом воспалении), болевыми ощущениями в проекции пораженной пазухи, повышением температуры и т.п. Следует оценивать и сроки течения процесса — бактериальное воспаление (острое или рецидивирующее) не может длиться недели и месяцы. И наконец, эффект от терапии *ex uvantibus* — при местном применении современных топических препаратов положительный клинический эффект наблюдается практически в 100 % случаев (табл. 1).

В каждом возрасте есть свои особенности течения аллергического ринита, что необходимо учитывать врачам.

Особенности течения АР, заболеваний околоносовых пазух и их лечения у детей

Как уже отмечали, дети примерно с 3–6 лет начинают массово страдать аллергическими заболеваниями дыхательных путей. Чаще всего проблема начинается с ринита, а затем присоединяется БА, реже наоборот. Кожные проблемы, если они

были, постепенно отступают, и прогрессируют респираторные расстройства. Дети имеют несколько другие симптомы в отличие от взрослых. Прежде всего они трут нос, могут при этом «салтовать» ладошкой, корчат разные рожицы, двигают носом и губами. У них появляется поперечная складка на кончике носа за счет этих движений. Могут быть отеки под глазами, открытый рот, сглаженность носогубных складок, ночной храп, энурез и т.п. Все это за счет нарушения носового дыхания. При АР воспалительный процесс затрагивает не только полость носа, решетчатые клетки и недоразвитые остальные пазухи, но и носоглотку. У детей активно работают глоточная и трубные миндалины. При аллергическом или присоединении бактериального воспаления развивается клиника хронического аденоидита. Чаще всего именно он доминирует в клинике. Ребенок соплив, имеются нарушения носового дыхания, ночной кашель, вызванный стеканием слизи по задней стенке глотки (*post nasal drip syndrome*), иногда доходящий до рвоты. Очень трудно дифференцировать характер воспаления — аллергическое или бактериальное. Проводят все необходимые аллергопробы, чаще даже лабораторные тесты, включая оценку эозинофилии, общий IgE, поиск глистных инвазий, прежде всего по антителам в крови. Наш опыт показывает, что в несколько раз чаще выявляется аллергическое воспаление. Практически не бывает аллергического аденоидита у ребенка без аллергического ринита. Но сейчас даже нет такого термина, как «аллергический аденоидит». Мы много работаем в этом направлении, может, в ближайшие годы что-то изменится. Существуют совершенно разные подходы к лечению бакте-

риального и аллергического воспаления. Можно в практике использовать прием топических глюкокортикостероидов (с минимальной биодоступностью). Если после 2–3-недельного курса такой терапии есть положительная динамика, следует искать аллергию, включая и пищевые аллергены.

Именно дети лучше всего отвечают на лечение аллергенами (СИТ-терапию), именно для них были разработаны лечебные драже с аллергенами для сублингвальной терапии (которые сегодня с удовольствием применяют и взрослые). Поэтому дети — это как раз те пациенты, которые должны быть под пристальным вниманием как отоларинголога, так и аллерголога, потому что раннее выявление АР и адекватная терапия могут предотвратить переход процесса в астму, инвалидность и т.д.

У взрослого человека значительно реже начинаются клинические проявления аллергии — как правило, человек уже знает о своих аллергологических проблемах, был у врача, некоторые даже лечились и продолжают спорадический прием антигистаминных препаратов. Нарушения носового дыхания, ринорея, храп и синдром сонного апноэ часто имеют аллергическую основу либо связаны с анатомическими нарушениями архитектуры полости носа (искривление носовой перегородки и т.д.)

Впервые аллергический ринит у взрослых чаще всего развивается в виде поллиноза, иногда после смены места жительства, переезда в другую местность, смены места работы и т.п. Сегодня все больше причинами развития аллергии у взрослых, преимущественно в виде АР, являются плесневые грибки. Они окружают нас, больше всего их скапливает-

Таблица 1. Дифференциальная диагностика аллергического и вазомоторного ринитов

Критерии	Форма ринита	
	Аллергический ринит	Вазомоторный ринит
Анамнез	Аллергический	Вегетососудистая дистония
Причина обострения	Контакт с аллергеном	Переохлаждение
Сопутствующие проявления	Астма, ал. дерматит, инсекталлергия	Вегетососудистая дистония, дермографизм
Наследственность	Аллергические проявления у матери	Не отягощена
Цвет слизистой	Мраморный	Цианоз с белыми пятнами Воячека
Динамика	Постоянство	Изменчивость
Состав секрета	Эозинофилы, тучные клетки, IgE	Слизь
Влияние анемизации	Без эффекта	Положительный
Ощупывание раковин	Плотные	Мягкие
Ринореография	Норма	Лабильность тонуса
Тесты с аллергенами <i>in vivo</i>	Кожный, назальный, положительные	Отрицательные
Тесты с аллергенами <i>in vitro</i>	ППН, РАЛ, Шелли, ИТМ, ИМЛ	Отрицательные
Иммунограмма	Снижение Т-супрессоров, повышение В-лимфоцитов, IgE, ЦИК, эозинофилов	Без изменений
Эффективность гипосенсибилизации	Есть эффект	Без эффекта

ся в кондиционерах, поэтому клиника развивается в летнее время; четко определяется сезон гниения листвы. Прочие диагностические аллергены на плесень появились не так давно, их спектр недостаточно широк, поэтому опыт диагностики таких форм АР мы только нарабатываем.

Старшая возрастная группа — это люди, которые имели аллергические проблемы всю жизнь, и к старости они почти перестали их беспокоить. Это связано со снижением иммунного ответа возрастного характера. Как правило, в таком возрасте развивается аллергия на медикаменты, которые старые люди начинают принимать в большом количестве (к сожалению, часто по советам врачей), но здесь имеют место другие проявления аллергической реакции, а не АР.

Ошибки в лечении аллергического ринита

Мы не будем рассматривать ситуацию, когда лечили не АР, а другое заболевание, а коснемся проблем, когда установленный АР лечат неправильно.

Начнем с понимания, кто должен лечить АР. Мы считаем, что лечить может любой врач (семейный, терапевт, педиатр, оториноларинголог) при обязательном участии врача-аллерголога. После консультации аллерголога вырабатывается план лечения. Напомним, что сегодня для лечения АР применяются следующие подходы:

- избежание контакта с аллергеном (если возможно);
- фармакотерапия;
- иммунотерапия.

Из этих методов только специфическая иммунотерапия (СИТ) является прерогативой врача-аллерголога. Поэтому если больному назначается СИТ, то она может проводиться как традиционным инъекционным способом, так и сублингвально, с помощью драже. В этом случае больной самостоятельно принимает драже. Состояние больного и изменение жалоб вполне может оценивать врач общего профиля либо оториноларинголог. Если пациенту назначается только фармакотерапия, то также эти врачи вполне могут контролировать ситуацию.

Основные ошибки и проблемы возникают при фармакотерапии АР.

Прежде всего пациентам необходимо четко объяснить, что аллергия — это неизлечимое заболевание, и только СИТ может изменить его течение. В случае положительного результата врачи скромно называют это «ремиссией», которая, правда, может длиться и всю жизнь...

Современная фармакотерапия способна только снимать симптомы АР, т.к. воздействует на третью, клиническую стадию аллергического воспаления. Это тоже

нужно обязательно объяснять пациентам, потому что с прекращением приема препаратов симптомы ринита возвращаются. Фармакотерапия способна контролировать течение АЗ, и то не всегда полностью.

Многие пациенты самостоятельно, очевидно под воздействием бесконтрольной шарлатанской рекламы в средствах массовой информации (радио, телевидение, общественная, немедицинская пресса и др.), начинают принимать сосудосуживающие капли, препараты неясного с медицинской точки зрения действия, которые неизвестны всему миру, но наиболее продаваемы в нашей стране. К подобным, недоказанным с медицинской точки зрения средствам следует отнести различные приборы, лампы, програватели и т.п., которые также рекламируются в средствах массовой информации. Считаю, что только полный запрет на рекламу лекарственных средств в СМИ может изменить ситуацию, так же как и запрет на торговлю лекарствами без рецепта. Но, думаю, что это произойдет, по известным причинам, нескоро...

Итак, что же посоветуют купить больному с ринитом в аптеке? Конечно же, скажут, что лучшее средство, чтобы освободить заложенный нос — это сосудосуживающие капли. Это так же засело в головах наших людей, как необходимость пить пиво при просмотре футбола. Думаю, что так же и полезно... Сто лет назад врачи считали, что лучшим средством от насморка является кокаин, и активно лечили, смешивая его с маслами, разными добавками и т.п. Думаю, что современные сосудосуживающие адреналиноподобные препараты ничем практически не отличаются по эффективности и побочным эффектам. Многие люди заработали «медикаментозный» ринит, «подсев» на эти препараты. Особенно опасной бывает передозировка этими деконгестантами у детей. Лучшая профилактика — стараться не применять эти препараты вообще, особенно при АР. Правильная тактика лечения АР способна нормализовать носовое дыхание и без деконгестантов, снять симптомы раздражения.

Вторая наиболее частая ошибка при лечении АР — назначение антигистаминных препаратов первого поколения. До сих пор лидеры по продажам среди всех антигистаминных препаратов — димедрол, супрастин, диазолин и пр. Три года назад было республиканское совещание врачей разных специальностей, которые используют в своей практике антигистаминные препараты: терапевтов, аллергологов, дерматологов, оториноларингологов. Было принято единогласное решение: рекомендовать использовать для лечения АЗ (ринит, крапивница и др.) только антигиста-

минные препараты второго поколения, которые не угнетают ЦНС, не высушивают слизистые оболочки и пр. Препараты первого поколения рекомендовано оставить только детям до года и в случае оказания скорой неотложной помощи (т.к. только они имеют инъекционные формы). Это правильное, на мой взгляд, решение недостаточно доведено до врачей (может, эта статья несколько улучшит положение). Сегодня ГАИ вправе остановить и направить на обследование водителей, заподозренных в приеме седативных препаратов, а в случае его выявления отношение будет суровое — как к выпившему за рулем. Эта информация тоже должна доводиться до пациентов, и для этого можно и нужно использовать СМИ, а не для рекламы сомнительных лекарственных средств и препаратов.

И последняя распространенная ошибка — назначение несоответствующих гормональных препаратов. Сегодня мы с огромным трудом преодолеваем массовую гормонофобию, которая развилась у врачей и пациентов после тяжелых осложнений от приема системных глюкокортикостероидных (ГКС) препаратов. Огромным достижением современной фармакологии и медицины следует считать создание топических гормональных препаратов с минимальной биодоступностью, которые практически полностью снимают симптомы АЗ, не оказывая при этом негативного влияния на организм пациента даже при длительном применении. Такие препараты знают врачи, широко их назначают, повышают качество жизни пациентов, а также свой авторитет. В то же время есть врачи, и их немало, которые используют системные глюкокортикоиды. Сегодня мало осталось места для применения системных ГКС в оториноларингологии: тяжелые формы полипоза носа в сочетании с бронхиальной астмой, перед операцией и после нее. Поэтому удивляешься, когда узнаешь, что врач вводит эмульсию гидрокортизона или, что еще страшнее, дипроспан в нижнюю носовую раковину, в основание полипов и др. Эти вещества действительно быстро и эффективно снимут симптомы АР, но ведь надо помнить и про надпочечники, которые так же быстро откажут. Кроме того, вводить любую эмульсию в носовые раковины очень опасно — это ведь все равно, что вводить в сосуд, возможна эмболия. В данном случае описаны эмболии сосудов сетчатки, слепота вследствие этого, и потому не следует применять системные ГКС для лечения АР вообще, а тем более вводить их местно.

Думаю, что изложенные взгляды на наиболее типичные ошибки при диагностике и лечении аллергического ринита будут полезны практикующим врачам. □