

А.И. Ячник, д.м.н., профессор, ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев.

Кардиогенная пневмопатия: самостоятельная нозологическая форма или синдром?

Продолжение. Начало на стр. 27.

стеноз, ASD, VSD, коарктация аорты, стеноз устья аорты, легочной артерии и др.), ревматизм и ревматические пороки сердца, неревматические миокардиты, кардиомиопатии, длительно существующие нарушения ритма и др.

Отличительной дифференциально-диагностической особенностью хронического интерстициального отека легких в большинстве случаев являются постепенное нарастание клинических симптомов в виде кашля, одышки, ортопноэ; наличие в анамнезе заболевания сердечно-сосудистой системы, отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, отсутствие по анализам крови признаков острого воспалительного процесса, характерная рентгенологическая картина, наличие патологических изменений по данным эхокардиографии (при отсутствии соответствующих анамнеза), характерная клиническая картина с наличием признаков СН.

К сожалению, в данной ситуации о профилактике говорить не приходится, поскольку данные рентгенологические изменения уже являются следствием ХСН.

Лечение ХСН следует начинать с разъяснения пациентам общих рекомендаций и сути предлагаемой медикаментозной терапии.

Важное значение имеют общие рекомендации, позволяющие устранить и/или контролировать факторы, способствующие усугублению дисфункции миокарда: отказ от курения, снижение массы тела для тучных больных, контроль артериального давления, липидного профиля крови, уровня глюкозы в крови, отказ от употребления алкоголя; необходимо контролировать потребление жидкости и поваренной соли (снизить потребление жидкости до 1,2-1,5 л и соли до 3 г в сутки; оптимизировать физические нагрузки; больным III-IV функционального класса (ФК) Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) следует отказаться от авиаперелетов; беременность пациенткам с ХСН противопоказана; следует соблюдать осторожность при назначении некоторых лекарственных препаратов — не рекомендуется применять антиаритмические препараты (особенно I класса), нестероидные противовоспалительные препараты, цитостатики, большинство антагонистов кальция), а также избегать большинства вредных привычек.

Медикаментозная терапия: на сегодняшний день ингибиторы АПФ являются препаратами выбора при лечении ХСН, а клинический эффект большинства диуретиков основан на уменьшении объема циркулирующей жидкости в результате реабсорбции натрия и хлора. В то же время диуретики не следует применять в качестве монотерапии ХСН. Многочисленные мультицентровые рандомизированные исследования подтверждают эффективность блокаторов β-адренорецепторов при лечении больных ХСН. Еще одной группой лекарственных препаратов с доказанной эффективностью у данной категории больных

являются периферические вазодилататоры, нитросоединения, антагонисты рецепторов ангиотезина II, антагонисты альдостерона, антикоагулянты, негликозидные позитивные инотропные средства, новые метаболические препараты, ингибиторы цитокинов [19]. Необходимо отметить, что патологические нарушения кровообращения в легких у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы находят свое отражение в шкале функциональных классов пациентов — эти проявления характерны для III и IV ФК согласно классификации ХСН NYHA.

Изменения в легких, обусловленные патологией сердца — понятие условное и собирательное, объединяющее полиэтиологические и полипатогенетические состояния. Больные этой категории наблюдаются под разными диагнозами [20]. Поэтому в пульмонологии и кардиологии, интерпретируя изменения в легких, следует помнить о возможной взаимосвязи и взаимозависимости заболеваний этих систем организма.

Литература

- Ho K.K., Pinsky J.L., Kannel W.B., Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study // J Amer. Coll. Cardiol. — 1993. — Vol. 22, Suppl. A. — P. 6A-13A.
- Schoonen D.D., Arrieta M.I., Leaverton P.E., Ross E.A. Prevalence and mortality rate of congestive heart failure in the United States // J. Amer. Coll. Cardiol. — 1992. — Vol. 20. — P. 301-306.
- Фещенко Ю.И. Контроль БА и ХОЗЛ: слагаемые успеха // Здоров'я України. — 2013. — № 1. — С. 25.
- Jessup M., Broseña S. Heart failure // N. Engl. J. Med. — 2003. — Vol. 348. — P. 2007-2018.
- Koeling T.M. et al. The expanding national burden of heart failure in the United States; the influence of heart failure in women // Amer. Heart J. — 2004. — Vol. 147. — P. 74-78.
- Matthew J. et al. For the Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Investigators. Reduction of cardiovascular risk by regression of electrocardiographic markers of left ventricular hypertrophy by the angiotensin-converting enzyme inhibitor ramipril. — 2001. — Vol. 104. — P. 1615-1621.
- European Study Group on Diastolic Heart Failure/ How to diagnose diastolic heart failure // Eur. Heart J. — 1998. — Vol. 19. — P. 990-1003.
- Гриппи М.А. Патифизиология легких. Изд. 2-е, испр. М.: Издательство Бином, 2008. — 304 с.
- Рыбакова М.К., Алехин М.Н., Митков В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография. Изд. 2-е, испр. и доп. М.: Издательский дом Видар-М, 2008. — 544 с.
- Штегман О.А., Терещенко Ю.А. Систолическая и диастолическая дисфункции левого желудочка — самостоятельные типы сердечной недостаточности или две стороны одного процесса? // кардиология. — 2004. — № 2. — С. 82-86.
- Алперт Дж., Френсис Г. Лечение инфаркта миокарда. Пер. с англ. — М.: Практика, 1994. — 235 с.
- Евдокимова А.Г. Гиперволемия малого круга кровообращения и способы ее компенсации у больных ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью и пороками сердца. Автореферат дисс. на соискание учен. степени докт. мед. наук. М., 1995. — 33 с.
- Соболев В.А., Головской Б.В. Особенности кардиореспираторных взаимоотношений при заболеваниях легких с обструктивным и рестриктивным типами нарушения вентиляции // Пульмонология. — 2003. — № 6. — С. 93-96.
- Молотков В.Н., Кубышкин В.Ф. Кардиогенная пневмопатия. — Выща шк. Головное изд-во, 1988. — 224 с.
- Becker H.J., Kober K. Beziehungen Zwischen Kardiologie und Pneumologie // Therapie Woche. — 1976. — № 19. — S. 8327-8341.
- Grey B.A., Hyde R.W., Hodges M. Alteration in lung volume and pulmonary function in relation to hemodynamic changes in acute myocardial infarctions // Circulation. — 1979. — Vol. 59. — № 3. — P. 551-559.
- Кубышкин В.Ф. Кардиодинамические фазовые синдромы. — Киев: Здоров'я, 1982. — 192 с.
- Лазиди Г.Х. Состояние показателей внешнего дыхания и гемодинамики в большом и малом круге кровообращения у больных гипертонической болезнью // Кардиология. — 1979. — № 2. — С. 44-48.
- Воронков Л.Г., Коваленко В.Н., Рябенко Д.В. Хроническая сердечная недостаточность: механизмы, стандарты диагностики и лечения /Под ред. В.Н. Коваленко. — К.: Морион, 1999. — 128 с.
- Молотков В.Н. Дифференциальная диагностика острых пневмоний, туберкулеза легких и кардиогенных пневмопатий // Терапевт. архив. — 1979. — № 2. — С. 30-34.

Хронические риниты у детей

Одной из актуальных проблем детского возраста являются хронические заболевания носа. Плохо дышащий нос ребенка с постоянными выделениями — наиболее частая причина обращения родителей к отоларингологу. Правильно поставленный диагноз позволяет своевременно назначить адекватную терапию и избежать осложнений заболевания. Каждому периоду жизни человека — от раннего детства до глубокой старости — свойственны определенные заболевания организма, в том числе и полости носа. Они меняются в процессе жизни индивидуума. О возрастных особенностях хронических заболеваний носа и возможных диагностических ошибках мы вели беседу с доктором медицинских наук, профессором Сергеем Михайловичем Пухликом.



С.М. Пухлик

— Что такое ринит и какие его разновидности?

— Ринит — синдром воспаления слизистой оболочки носа. Под воспалительным процессом понимают ответную реакцию слизистой оболочки полости носа на воздействие различных неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды организма, которые превосходят защитно-приспособительные способности слизистой оболочки (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, 2006). В общем-то правильно, но не совсем, так как не всегда ринит, особенно хронический, бывает воспалительного происхождения.

Ринитом болеют все возрастные группы — от раннего детства до глубокой старости. Наиболее часто встречается острый ринит, как правило, вирусной этиологии. В данном же случае речь пойдет о хроническом рините, для которого четкого обозначения и тем более единой классификации не существует.

В 1993 г. был предложен международный консенсус (договор) по ринитам, где справедливо изъятия существовавшие

ранее (а в головах многих врачей и сегодня) термины «хронический катаральный ринит», заменив его «инфекционным», и «вазомоторный ринит», четко выделив из него «аллергический» и «идиопатический» (соответствующий ранее используемому термину «нейровегетативный» (рис.). Вовсе отсутствует термин «гипертрофический ринит», диагноз, при котором ранее производили достаточно калечащие операции — конхотомии. Думается, что случаи врожденной гипертрофии передних и задних концов носовых раковин все же иногда встречаются, но как исключение, а не один из основных ринологических диагнозов.

Если оценить частоту хронических ринитов по этой классификации, то на долю аллергических ринитов приходится до 70% всей патологии, еще 20% составляют больные так называемым идиопатическим (у нас — вазомоторным, нейровегетативным) ринитом, и на все остальные формы хронического ринита приходится оставшиеся 10%.

Свидетельством еще большей запутанности ситуации служит предложенный одним из ведущих ринологов мира V. Lund (1997) термин — риносинусит, который объединил в одну нозологическую форму ринит и синусит. Теперь даже острый вирусный

Инфекционный ринит

- Острый
- Хронический:
 - специфический
 - неспецифический

Аллергический ринит

- Интермиттирующий
- Персистирующий

Прочие

- Идиопатический
- Неаллергический эозинофильный ринит (NARES)
- Профессиональный
- Гормональный
- Медикаментозный
- Вызванный веществами раздражающего действия
- Пищевой
- Психогенный
- Атрофический

Рис. Международная классификация ринитов (1993 г.)

насморк называют риносинуситом, что дает основание некоторым врачам лечить его антибиотиком (!).

— Какие возрастные особенности этого заболевания?

— Детскому возрасту характерны определенные формы хронического ринита. Так, у детей до года хронический ринит вообще не наблюдается. Если мать кормит ребенка грудью, то и острый ринит у такого ребенка встречается редко. Поэтому странно отмечать у годовалого ребенка диагноз «аллергический ринит». Аллергические реакции у детей, конечно, встречаются. Но маленький ребенок на все аллергены (пищевые, респираторные) реагирует кожей, поэтому основное проявление аллергии у детей первого года — атопический дерматит.

По мере роста организма начинается присоединение симптомов ринита, или кашля, даже с явлениями бронхоспазма. Если все это происходит на фоне сохраняющихся кожных проявлений аллергии, то такое состояние врачи называют «атопическим маршем».

Часто просто происходит смена кожных проявлений на респираторные — так уже созревшая иммунная система начинает дифференцировать аллергены, поступающие в организм с пищей (кожные симптомы) или с вдыхаемым воздухом — ринит и астма.

Чаше всего кожные проявления аллергии полностью исчезают к 7-8 годам или заменяются другими проявлениями аллергии. Родители говорят: «ребенок перерос аллергию».

Итак, в раннем детском возрасте до 2-3 лет практически не встречаются хронические риниты, дети часто страдают хроническим аденоидитом и задним этмоидитом.

Ведущим симптомом при этих состояниях являются насморк с выделениями разной консистенции (от прозрачных до гнойного характера), а также постназальный затек (post nasal drip syndrome). Ведущим и часто отличительным симптомом является ночной кашель, при том что днем кашля практически нет. Это объясняется тем, что в горизонтальном положении тела слизь, стекающая из носоглотки, попадает на голосовые складки, вызывая кашель. Утром скопившаяся в гортанной синусах слизь с трудом откашливается, иногда доводя ребенка даже до рвоты. Днем бодрствующий ребенок, находящийся в вертикальном положении, кашляет мало, так как стекающая слизь проглатывается и мало раздражает кашлевую зону.

Учитывая такой рефлекторно-защитный механизм, нельзя всерьез рассматривать заявления некоторых специалистов о том, что стекающая из носа слизь заливает бронхи и легкие, вызывая бронхиты и пневмонии. Взаимосвязь заболеваний носа и легких носит совершенно другой механизм развития, в рамках этой статьи не будем его анализировать.

— Какие существуют проблемы диагностики и лечения аллергического ринита?

— Аллергический риносинусит — ведущая форма хронических воспалительных заболеваний полости носа

и околоносовых пазух у детей после 3-летнего возраста, протекает преимущественно в виде персистирующего аллергического ринита. Хронических инфекционных заболеваний полости носа в связи с малым сроком жизни еще не наблюдается. Да и профессиональные вредности и вредные привычки, характерные для взрослых, у детей отсутствуют. Поэтому при обращении таких детей к специалисту необходимо тщательно собрать аллергологический анамнез, в том числе наследственный, оценить общий IgE, исключить или подтвердить наличие глистных инвазий, прежде всего иммунологическими методами. Наибольшее внимание оториноларинголога следует уделять диагностике аллергического ринита и аденоидита, гипертрофии глоточной миндалины. В тех случаях, когда нет возможности провести полноценную аллергодиагностику, следует ex juvantibus назначить противоаллергическую терапию, прежде всего адекватные топические кортикостероиды, антигистаминные препараты. Эффект при их применении следует рассматривать как косвенное подтверждение аллергической природы ринита и/или аденоидита с последующим обследованием и полноценным лечением.

Считаем необходимым напомнить врачам, что не следует при лечении таких пациентов использовать так называемые сложные капли, которые готовит сам врач, включая не разрешенные для топического применения антибиотики, гормоны и пр. Помимо возможных юридических осложнений, следует помнить, что, например, для проведения одного сеанса промывания носа с помощью «кукушки» (модифицированный метод Проэтца) используется такое же количество кортикостероида мометазона фуората, которое содержится в одном флаконе препарата, рассчитанного на 2-месячный курс лечения.

После 4 лет уже можно начинать эффективную терапию аллергического ринита с помощью метода специфической иммунотерапии. Используя сублингвальный метод введения аллергенов с помощью драже, которые охотно воспринимают даже капризные дети, возможно достичь длительной ремиссии аллергического воспаления в 90-95% случаев.

После 5 лет жизни наибольшее распространение получают аллергические формы воспаления, которые часто сочетаются с аденоидитом и этмоидитом. Среди персистирующих ринитов сегодня наиболее часто выявляется сенсibilизация к бытовым аллергенам — клещам домашней пыли рода *Dermatophagoides*. Наибольшее распространение в нашей стране имеют клещи *D. pteronyssinus* и *D. farinae*, которые составляют до 90% акарофауны жилых помещений. Часто выявляется аллергия к перу подушки, шерсти животных (овца, кошка, реже собака), сенсibilизация к плесневым аллергенам (прежде всего — *Aspergillus*, *Penicillium*, *Alternaria*).

Симптомы этих форм аллергических ринитов начинают особенно тяжело проявляться в холодное время года, когда закрываются окна, включается отопление и большую часть суток дети проводят в помещении.

Особенно внимательно всем родителям, в том числе и тем, у которых дети страдают аллергическим ринитом, следует следить за влажностью воздуха в помещении, где находится ребенок. Сухой воздух вызывает кашель, заложенность носа, что иногда рассматривают как патологию дыхательных путей. И наоборот, переувлажненный, сырой воздух приводит к росту плесени в помещении с соответствующими последствиями. Поэтому помимо термометра необходимо иметь и гигрометр, с помощью которого возможно контролировать влажность воздуха в помещении (норма 40-60%).

После 7-10-летнего возраста начинают отмечаться и интермиттирующие (сезонные аллергические риниты, или поллинозы). Эти формы аллергического воспаления связаны с пылью растений. В Украине существует три климато-географические зоны. Для каждого региона нашей страны есть свои особенности: центр и север Украины особенно часто «реагируют» на пыльцу деревьев (береза, лещина, тополь) и культурные травы (злаки, тимopheевка), которые соответственно пылят весной и в начале лета. Иногда родители много лет принимают такие проявления аллергии за простуду и не обращаются к специалистам.

В южных и юго-западных регионах страны деревья мало участвуют в сенсibilизации детей, иногда можно встретить непереносимость пыльцы акации, каштана, липы.

Наиболее часто дети страдают от поллиноза в виде риноконъюнктивального синдрома и бронхита в конце лета и начале осени (август — сентябрь). Причиной чаще всего является пыльца сорных и сложноцветных трав (амброзия, полынь, лебеда, цикламена).

Диагностика интермиттирующих аллергических ринитов также требует участия специалистов — аллергологов. Кроме того, детям с поллинозом следует ограничить прием лекарственных трав, меда и некоторых овощей и фруктов, к которым может развиваться перекрестная непереносимость.

— Что такое вазомоторный ринит и какие могут возникнуть трудности при диагностике этой патологии?

— Следует отметить, что в таком детском возрасте никогда не бывает вазомоторных (нейровегетативных) ринитов. По нашему мнению, хронические вазомоторные нарушения не являются воспалительным процессом в полости носа и могут быть вызваны в пубертатном периоде перестройкой вегетативной нервной системы, частыми проявлениями ваготонии, с характерными симптомами пониженного артериального давления, редким пульсом, потливостью, выраженным дермографизмом, желанием поспать до обеда и т.п. Кроме того, вазомоторные нарушения могут наблюдаться при резком искривлении носовой перегородки, когда отмечается контакт слизистых оболочек. В этом же подростковом возрасте уже развивается медикаментозный ринит как реакция на длительное применение сосудосуживающих капель, чего

практически не бывает в детском возрасте из-за высокого тонуса симпатической нервной системы. Поэтому именно в подростковом возрасте часто пациенты «подсаживаются» на систематический прием топических назальных деконгестантов. На это необходимо обращать внимание не только при диагностике и лечении подобных заболеваний, но и при проведении профилактической работы в школах и детских коллективах.

Следующим вариантом вазомоторных нарушений у подростков выступают явления гипотиреоза (форма гормонального ринита). Это очень редкая для детского возраста патология, которая отличается достаточно четкой клинической картиной, диагностируется с помощью оценки гормонов щитовидной железы и передается для лечения эндокринологу.

К вазомоторным реакциям можно отнести гормональные изменения, вызванные повышенным уровнем эстрогенов. Подобные состояния у взрослых называют «ринитом беременных», но раннее половое развитие в наше время может закончиться беременностью и в подростковом возрасте. Поэтому при сборе анамнеза у лиц подобного возраста нужно об этом помнить. Словом, подростковые ринологические проблемы с каждым прожитым годом приближаются к симптоматике и характеру ринитов у взрослых.

— Какие причины и особенности инфекционного ринита?

— В небольшом проценте случаев могут встречаться и хронические катаральные риниты, как проявление инфекционного процесса. Развитию хронического катарального (по классификации 1993 г. — инфекционного) ринита способствуют частые воспалительные риносинуситы, неблагоприятное влияние факторов внешней среды (заводские выбросы, ядохимикаты, минеральные удобрения), нарушение местного и системного иммунитета. Стоматологические проблемы, в виде инородных тел околоносовых пазух, мицетом и тому подобного, в детском возрасте встречаются крайне редко.

Итак, о чем следует обязательно помнить практикующему отоларингологу при диагностике и лечении ринита?

• Хронические риниты в детском возрасте имеют свои особенности, которые необходимо знать каждому практикующему оториноларингологу.

• В раннем детском возрасте после 3 лет начинают проявляться персистирующие аллергические риниты, после 5-7 лет к ним присоединяются и интермиттирующие формы этого заболевания.

• Вазомоторные риниты возможны в подростковом периоде и наибольшего развития приобретают к 20 годам жизни как одно из проявлений ваготонии. Вазомоторные проявления возможны также при деформации носовой перегородки, злоупотреблении сосудосуживающими каплями и при гормональных нарушениях.

Подготовила Елена Молчанова

