

С.М. Пухлик, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета

Трудности и ошибки в диагностике и лечении аллергического ринита

По мнению многих ученых, аллергические заболевания являются одними из наиболее распространенных болезней человека. В свою очередь, среди аллергических заболеваний у взрослых и детей старше 5 лет чаще всего встречается аллергический ринит (АР). По данным ВОЗ, распространенность сезонного АР, или поллиноза, в разных странах мира колеблется от 1 до 40%, круглогодичного АР – от 5 до 18%.

В настоящее время многие специалисты говорят об «эпидемии» аллергии, поскольку распространенность аллергических заболеваний удваивается каждые десять лет. Не является исключением и Украина, хотя реально оценить распространенность АР у нас достаточно сложно, поскольку случаи этого заболевания регистрируются только при обращении пациентов за медицинской помощью. Согласно статистическим данным в нашей стране круглогодичным АР страдает приблизительно 3-5% населения (то есть от 1 млн 380 тыс. до 2 млн 300 тыс. человек), сезонным АР, или поллинозом, – 4-8% населения (от 1 млн 840 тыс. до 3 млн 680 тыс.), хотя в действительности эти показатели выше. Причем согласно нашим данным у 90% больных АР в Украине выявляют несвоевременно, через 3-10 лет после начала заболевания.

Приведенные выше цифры свидетельствуют о том, что даже по самым скромным подсчетам количество больных с установленным диагнозом АР в Украине составляет около 5 млн. Врачи каких специальностей установили такому количеству пациентов диагноз АР? По существующему сегодня положению, предварительный диагноз АР может поставить врач первичного звена здравоохранения (семейный врач, терапевт, педиатр) или оториноларинголог, однако диагнозом считается окончательно установленным только после заключения врача-аллерголога, а точнее – после аллергологического подтверждения. В государственных лечебных учреждениях Украины работает всего около 400 аллергологов, то есть на каждого из них приходится приблизительно 12,5 тыс. пациентов с АР. Может ли врач принять такое количество больных? Безусловно, за год это сделать невозможно, для этого необходимо много лет, для этого необходимы годы. Следовательно, диагноз АР очень часто устанавливают врачи других специальностей без участия аллерголога, оценивая только клинические симптомы, поэтому ошибки в диагностике, о которых пойдет речь ниже, неизбежны.

В нашей стране еще сохранилась система оказания специализированной медицинской помощи, многие пациенты имеют возможность обратиться по поводу симптомов ринита к оториноларингологу, а не к семейному врачу, как в европейских странах. С моей точки зрения, доступность специализированной медицинской помощи широким слоям населения нашей страны является прекрасным достижением, позволяющим повысить эффективность лечения многих заболеваний, поэтому ее нужно сохранять и развивать, а не концентрировать все внимание на развитии семейной медицины. Ведь врач общей практики не в состоянии объять необъятное, поэтому не имеет такого уровня знаний и клинического опыта, как узкий специалист в своей области медицины. Так, только оториноларингологи имеют необходимые технические возможности, практические навыки и знания для дифференциальной диагностики различных форм хронического ринита, в том числе аллергического. В течение последнего десятилетия программа подготовки оториноларингологов включает обучение аллергологическим скрининговым методам диагностики, а некоторые оториноларингологи дополнительно проходят курсы специализации по аллергологии.

В 2002 г. при Институте отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины был создан Центр аллергических заболеваний верхних дыхательных путей и уха, который координирует вопросы повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями верхних дыхательных путей и прежде всего АР в нашей стране. Это правильный путь, который вывел нашу страну в лидеры по уровню развития аллергологии не только среди стран бывшего СССР, но и Европы.

Я считаю, что оториноларинголог и аллерголог составляют идеальный тандем, который может обеспечить установление правильного диагноза и эффективное лечение АР и сопряженных с ним заболеваний.

Мифы об аллергии у пациентов

Следует отметить, что среди населения нашей страны бытует целый ряд мифов об аллергии, что приводит к снижению эффективности лечения аллергических заболеваний, в том числе АР. Врач должен знать о том, какие заблуждения могут иметь место у его пациентов, и уметь их развенчать. Рассмотрим некоторые наиболее распространенные мифы.

Миф 1. Существует приобретенная и врожденная аллергия, при этом врожденной аллергии нельзя избежать.

Врач должен объяснить пациенту, что врожденной аллергии не бывает. Действительно, у некоторых лиц имеется наследственная предрасположенность к развитию аллергических заболеваний, однако она не обязательно реализуется. Сенситизация человека к аллергенам происходит в большинстве случаев не внутриутробно, а в течение жизни, преимущественно в детском и молодом возрасте.

Миф 2. Если у родителей отмечается аллергическая реакция на определенный аллерген, например на пыльцу какого-то растения или рыбу, то у ребенка будет аллергия на тот же аллерген.

Мы уже говорили о том, что в некоторых семьях наблюдается наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям. Риск развития аллергии у ребенка, родители которого страдают аллергопатологией, выше, чем в случае отсутствия у родителей аллергических заболеваний. Однако по наследству передается предрасположенность к атопии, а не аллергия на определенный аллерген. Так, у ребенка может быть аллергическая реакция на совершенно иные аллергены.

Миф 3. Если в детстве не было аллергии, то во взрослом возрасте она уже не появится.

К сожалению, это не так. И пыльцевая, и пищевая аллергия могут возникнуть в любом возрасте, даже если в детстве не было никаких проявлений атопии. Однако бывает и так, что лица, у которых наблюдались аллергические реакции в детстве, во взрослом возрасте уже не сталкиваются с этой проблемой.

Как определить природу ринита?

Наиболее распространенная ошибка, которую допускают родители и реже врачи, – это интерпретация симптомов АР как острого респираторного заболевания (ОРЗ).

Это происходит вследствие незнания симптомов АР, которые могут напоминать клиническую картину ОРЗ. Многие родители считают, что зуд кожи – это проявление аллергии, в то время как насморк, иногда с субфебрилитетом, – это обязательно ОРЗ. Достаточно часто педиатрам и детским оториноларингологам приходится слышать на приеме: «Мы ребенка закаляем, даем витамины, а он все время простужен, даже летом часто болеет». В данном случае велика вероятность АР у ребенка. Эта наиболее частая ошибка приводит к тому, что аллергические заболевания диагностируются поздно, когда у ребенка в дополнение к АР развивается бронхиальная астма и значительно расширяется спектр причинно-значимых аллергенов. Думаю, что возможным решением этой проблемы может быть просветительская работа, особенно в семьях, где родители страдают аллергией. У детей из таких семей любые симптомы со стороны дыхательных путей необходимо в первую очередь рассматривать как проявления атопии и целенаправленно выявлять аллергические заболевания.

Безусловно, и аллергик может заболеть ОРЗ, но респираторная вирусная инфекция у детей с аллергопатологией будет протекать более длительно и сопровождаться более высокой частотой осложнений, в том числе бактериальных. Поэтому педиатры рекомендуют всем аллергикам назначать симптоматическую терапию ОРЗ и включать в схему лечения современные антигистаминные препараты. В таком случае выздоровление наступает в более короткие сроки с меньшим риском развития осложнений. Такой терапевтический подход можно рекомендовать и при ОРЗ у взрослых пациентов с аллергопатологией.

Еще одним заблуждением врачей является представление о том, что у детей аллергия развивается нечасто и вызвана, как правило, пищевыми аллергенами. К сожалению, это не так, поскольку именно в детском возрасте развиваются основные



С.М. Пухлик

формы аллергической патологии. У детей первых лет жизни в связи с несовершенством иммунных реакций преобладают кожные проявления аллергии на любые аллергены, включая пищевые. По мере роста ребенка происходит дифференциация клинических проявлений аллергии, в том числе развиваются симптомы со стороны дыхательной системы: ринорея, зуд, чихание (клиническая картина АР) и/или кашель, одышка, свистящие хрипы (бронхиальная астма).

АР – одно из самых распространенных аллергических заболеваний человека, риск развития которого зависит от возраста. Наиболее высокая частота аллергических заболеваний и АР в частности отмечается у детей и лиц молодого возраста. Как правило, АР манифестирует в возрасте 3-4 лет и часто сопровождается хроническим аденоидитом. Как показывают результаты наших исследований, АР выявляется приблизительно у 25% детей с гипертрофией глоточной миндалины (С.М. Пухлик, Э.Г. Нейверт, 2001). Чаще всего АР и аденоидные вегетации наблюдаются у детей с лимфатико-гипопластическим или аллергическим диатезом. По мере взросления ребенка и инволюции глоточной миндалины выраженность проявлений аденоидита уменьшается и на первый план выступают симптомы АР – ринорея, зуд и чихание, хотя у некоторых детей могут появиться и признаки бронхообструкции.

У подростков и лиц молодого возраста с АР появляются признаки поллиноза, который редко встречается у детей младшего возраста. Однако в этом же возрасте, преимущественно у девушек, отмечают появление симптомов вегетативной дисфункции (парасимпатикотонии) и вазомоторного ринита. Иногда имеют место оба заболевания – АР и вазомоторный ринит, что затрудняет диагностику и выбор

Таблица. Дифференциальная диагностика аллергического и вазомоторного ринита

Критерии	Аллергический ринит	Вазомоторный ринит
Анамнез	Аллергия	Вегетативная дисфункция
Причина обострения	Контакт с аллергеном	Переохлаждение
Сопутствующие проявления	Бронхиальная астма, атопический дерматит, инсектная аллергия	Проявления вегетативной дисфункции, дермографизм
Семейный анамнез	Аллергические проявления у матери	Не отягощен
Цвет слизистой оболочки носовой полости	Мраморный	Цианоз с белыми пятнами Воячека
Динамика клинической картины	Постоянство	Изменчивость
Состав назального секрета	Эозинофилы, тучные клетки, IgE	Слизь
Влияние анемизации	Без эффекта	Положительный эффект
Носовые раковины	Плотные	Мягкие
Ринореография	Норма	Лабильность тонуса сосудов
Тесты с аллергенами in vivo	Кожный, назальный – положительные	Отрицательные
Тесты с аллергенами in vitro	ППН, РАЛ, тест Шелли, ИТМ, ИМЛ и др. – положительные	Отрицательные
Иммунограмма	Снижение уровня Т-супрессоров, повышение – В-лимфоцитов, IgE, ЦИК, эозинофилов	Норма
Гипосенсибилизация	Эффективна	Неэффективна

Примечание: ППН – показатель повреждения нейтрофилов, РАЛ – реакция агломерации лейкоцитов, ИТМ – иммуноцитометрия, ИМЛ – реакция ингибирования миграции лейкоцитов, ЦИК – циркулирующие иммунные комплексы.

правильной тактики лечения. Обе формы ринита схожи по клинической картине и проявляются нарушением носового дыхания и ринореей. От врача требуется правильно определить природу ринита, так как от этого зависит схема терапии.

Основные критерии дифференциальной диагностики аллергического и вазомоторного ринита приведены в таблице.

Следует подчеркнуть, что АР редко является единственным проявлением атопии, так как в аллергический воспалительный процесс могут вовлекаться слизистые оболочки многих органов. Давно известно сочетание АР и конъюнктивита (риноконъюнктивальный синдром), характерное для поллиноза. Пока еще недостаточно изучено сочетание АР и тугоухости, приводящего к развитию секреторного среднего отита, хотя роль аллергии в данном случае несомненна. Признано, что аллергическое воспаление слизистой оболочки носовой полости (впрочем, как и бактериальное) не может протекать без вовлечения в патологический процесс придаточных пазух носа, поэтому более правильно называть АР аллергическим риносинуситом. Отмечу, что при АР часто наблюдаются изменения со стороны околоносовых пазух, в том числе рентгенологические признаки синусита, чего не бывает при вазомоторном рините.

Также необходимо проводить дифференциальную диагностику аллергического и бактериального риносинусита, в некоторых случаях это непростая задача. Следует помнить о некоторых отличиях в клинической картине этих заболеваний. Так, при бактериальном риносинусите, как правило, отсутствуют симптомы раздражения слизистой оболочки носовой полости — зуд и чихание, но при этом отмечаются слизисто-гнойные выделения из носа (возможно одностороннее поражение в отличие от АР), боль в проекции пораженной пазухи, повышение температуры тела и др. Следует оценивать и длительность течения патологического процесса. Если симптомы риносинусита сохраняются в течение многих месяцев и даже лет, то наиболее вероятной их причиной является АР. И, наконец, практически в 100% случаев АР наблюдается положительный клинический эффект терапии ex juvantibus современными топическими кортикостероидами.

Особенности течения АР у пациентов разных возрастных групп и возможности их терапии

Клиническое течение АР имеет особенности в каждом возрасте, что обязательно должен учитывать врач. Как отмечалось выше, заболеваемость детей аллергической патологией дыхательных путей стремительно возрастает начиная с 3-6 лет. В большинстве случаев сначала развивается БА, а затем присоединяется АР, хотя бывает и наоборот. Кожные проявления аллергии, если они были, в этом возрасте постепенно отступают на задний план, в то время как респираторные симптомы аллергии прогрессируют. У детей наблюдаются некоторые симптомы АР, не характерные для взрослых пациентов, — они трут нос, могут при этом «салютовать» ладошкой, корчат рожицы, постоянно двигают носом и губами. За счет этих движений у них формируется поперечная складка в нижней части спинки носа. Проявлением нарушенного носового дыхания у детей с АР могут быть отеки под глазами, постоянно открытый рот, слабость носогубных складок, ночной храп, энурез и др.

При АР у детей в воспалительный процесс вовлекаются не только полость носа, решетчатые клетки и остальные недоразвитые придаточные пазухи, но и носоглотка. У детей активно функционирует глоточная и трубные миндалины, которые тоже могут вовлекаться в патологический процесс, а при присоединении

бактериального воспаления появляются симптомы хронического аденоидита, доминирующие в клинической картине АР у детей этого возраста. При этом отмечаются выделения из носа, нарушение носового дыхания, кашель (преимущественно ночной) из-за стекания слизи по задней стенке глотки, который иногда может вызывать рвоту. В такой ситуации непрососто дифференцировать характер воспаления — аллергическое или бактериальное. Для этого проводят аллергопробы, соответствующие лабораторные тесты, включая определение эозинофилии, уровня общего IgE, выявление глистных инвазий, прежде всего по наличию антител в крови (анализ кала на яйца глистов малоинформативен). Наш опыт показывает, что в несколько раз чаще при описанной выше клинической картине выявляется аллергическое воспаление. У детей практически не бывает аллергического аденоидита без АР. Сейчас такого термина, как «аллергический аденоидит», к сожалению, нет, однако мы работаем в этом направлении, и, возможно, в ближайшие годы что-то изменится.

Необходимо подчеркнуть, что подходы к лечению бактериального и аллергического риносинусита совершенно разные. Для лечения АР у детей можно использовать топические кортикостероиды с минимальной системной биодоступностью. Если после 2-3-недельного курса терапии этими препаратами отмечена положительная динамика, то это свидетельствует в пользу аллергического заболевания, которое могут вызвать в том числе и пищевые аллергены.

У детей хороший терапевтический эффект можно получить при проведении специфической иммунотерапии (СИТ). Именно для пациентов детского возраста разработан метод сублингвальной СИТ, которую сегодня предпочитают и взрослые пациенты.

Дети с респираторными симптомами аллергии должны находиться под пристальным вниманием как оториноларингологов, так и аллергологов, поскольку раннее выявление АР и адекватная терапия могут предотвратить развитие бронхиальной астмы и возможную инвалидность.

Манифестация аллергических заболеваний во взрослом возрасте встречается достаточно редко. Как правило, взрослые пациенты знают о наличии у них аллергической патологии, некоторые даже получали лечение ранее и продолжают время от времени принимать антигистаминные препараты. Нарушение носового дыхания, ринорея, храп и синдром апноэ во сне у взрослых нередко имеют аллергическую основу либо связаны с нарушениями архитектоники полости носа (искривлением носовой перегородки и т. д.).

Впервые возникший АР у взрослых чаще всего проявляется в виде поллиноза и связан с переездом в другую местность, сменой места жительства, работы и т. д. Сегодня все чаще причиной развития аллергии в этом возрасте, преимущественно в виде АР, являются плесневые грибы. Диагностические аллергены плесневых грибов появились не так давно, их спектр недостаточно широк, поэтому опыт диагностики вызванных ими аллергических заболеваний, в том числе АР, мы только нарабатываем.

У пациентов пожилого возраста, которые страдали аллергией, например АР, всю жизнь, выраженность симптомов уменьшается, а иногда они и вовсе перестают беспокоить больного. Прежде всего это связано с возрастным снижением иммунного ответа. В этом возрасте нередко развивается аллергия на лекарственные средства, так как пожилым людям назначают, как правило, много препаратов, к сожалению, не всегда обоснованно. Однако в данном случае имеют место другие клинические проявления аллергии, а не АР.

Ошибки в лечении АР

Мы не будем рассматривать ситуацию, когда вследствие неправильно установленного диагноза лечат другое заболевание, не АР, а обратим внимание на те трудности и ошибки, которые наиболее часто возникают при выборе схемы лечения АР.

В первую очередь следует определить, врач какой специальности должен лечить пациента с АР. Я считаю, что вести больного АР могут и врачи первичного звена (семейные врачи, терапевты, педиатры), и оториноларингологи, но при обязательном участии аллерголога. После консультации аллерголога разрабатывается план лечения.

В настоящее время для лечения АР применяются следующие подходы:

- устранение контакта с аллергеном (если это возможно);
- фармакотерапия;
- СИТ.

Из них только СИТ является прерогативой аллерголога. СИТ может быть парентеральной или сублингвальной. В последнем случае больной принимает драже самостоятельно, а контроль его состояния может осуществлять врач общего профиля или оториноларинголог. Если же больному рекомендована только фармакотерапия дальнейшее наблюдение пациента может проводиться этими специалистами без участия аллерголога.

Основные ошибки и трудности возникают при фармакотерапии АР. Прежде всего пациентам необходимо объяснить, что аллергия — это неизлечимое состояние и только СИТ может изменить его течение. Успех при применении СИТ врачи скромно называют «ремиссией», которая, правда, может длиться всю жизнь.

Современная фармакотерапия обеспечивает только купирование симптомов АР, так как ее воздействие направлено на третью, патофизиологическую фазу аллергической реакции. Это обязательно необходимо объяснить пациенту, поскольку после прекращения приема препаратов симптомы АР появляются вновь. Фармакотерапия способна контролировать течение аллергических заболеваний, но не всегда возможен полный контроль.

Многие пациенты с АР самостоятельно, очевидно под воздействием бесконтрольной рекламы в средствах массовой информации (радио, телевидение, немедицинская пресса и др.), начинают принимать сосудосуживающие капли, а также препараты неясного с медицинской точки зрения действия, которые популярны преимущественно в нашей стране и других странах постсоветского пространства. К не имеющим доказательной базы средствам следует отнести и различные «лечебные» лампы, «прогреватели» и другие приборы, которые также широко рекламируются в средствах массовой информации.

Что может посоветовать больному с ринитом, в том числе АР, провизор в аптеке? Конечно же, лучшее средство, которое может «освободить» заложенный нос, — сосудосуживающие назальные капли. В этом уверены не только провизоры, но и большинство пациентов. Сто лет назад врачи считали лучшим средством от насморка кокаин и активно применяли его с этой целью, смешивая с разными маслами и другими добавками. На мой взгляд, топические сосудосуживающие препараты (адrenomиметики) не намного лучше кокаина как по эффективности, так и по побочным эффектам. У многих пациентов, которые длительное время применяют назальные деконгестанты, развивается медикаментозный ринит. Передозировка этих препаратов очень опасна у детей. Лучший метод избежать указанных проблем у пациентов с АР — не использовать эти препараты вовсе или, по крайней мере, ограничить их применение очень коротким курсом. Адекватное лечение АР в соответствии с современными рекомендациями позволяет нормализовать носовое дыхание и купировать симптомы раздражения

слизистой оболочки полости носа без приема деконгестантов.

Еще одна частая ошибка при лечении АР — назначение антигистаминных препаратов первого поколения. До сих пор лидерами продаж среди антигистаминных средств являются димедрол, хлоропирамин, диазолин и пр. Три года назад было проведено всеукраинское совещание ведущих специалистов в разных областях медицины, использующих в своей практике антигистаминные препараты, — терапевтов, аллергологов, дерматологов, оториноларингологов и т. д. На этом круглом столе было принято единогласное решение — рекомендовать для лечения аллергических заболеваний (ринита, крапивницы и др.) только антигистаминные препараты второго поколения, которые не угнетают ЦНС, не вызывают сухость слизистых оболочек и т. д. Препараты первого поколения рекомендованы только для оказания неотложной помощи и детям до года, так как только они представлены в виде инъекционных лекарственных форм. К сожалению, это решение не доведено до сведения всех врачей; возможно, данная публикация позволит хоть немного изменить ситуацию к лучшему.

Сегодня представители государственной автоинспекции вправе остановить и направить на обследование водителей, заподозренных в приеме седативных препаратов, включая и антигистаминные средства первого поколения. Возведение под влиянием этих лекарственных средств приравнивается к вождению в нетрезвом состоянии. Эта информация обязательно должна доводиться врачами до пациентов, и в этом случае не только можно, но и нужно использовать средства массовой информации.

И последняя распространенная ошибка — назначение несоответствующих гормональных препаратов для лечения АР. Сегодня мы с огромными усилиями преодолеваем массовую гормонофобию среди врачей и пациентов, которая является следствием частых тяжелых осложнений приема системных кортикостероидов. Огромным достижением современной фармакологии и медицины следует считать создание топических гормональных препаратов с минимальной системной биодоступностью, которые позволяют полностью или практически полностью купировать симптомы аллергического заболевания, не оказывая при этом негативного системного влияния даже при длительном применении. Врачи, назначая такие препараты, повышают не только качество жизни пациентов, но и свой авторитет.

В то же время многие врачи до сих пор используют для лечения АР системные кортикостероиды. Сегодня для их применения в оториноларингологии осталось очень мало показаний, прежде всего это тяжелые формы полипоза носа в сочетании с бронхиальной астмой, перед и после операции. Системные кортикостероиды действительно очень быстро и эффективно купируют симптомы АР, однако их применение ассоциируется с высокой частотой нежелательных реакций вплоть до угнетения функции и даже атрофии коры надпочечников. Как минимум удивление вызывают случаи введения в нижнюю носовую раковину или в основание полипов эмульсии гидрокортизона или, что еще опасней, суспензии бетаметазона. Такое вмешательство опасно в первую очередь в связи с риском эмболии сосудов (в литературе описаны случаи эмболии сосудов сетчатки). Для лечения АР не рекомендуется применять системные кортикостероиды, а тем более вводить их местно.

Думаю, что изложенные в данной статье взгляды на наиболее типичные ошибки и трудности в диагностике и лечении АР будут не только интересны, но и полезны практикующим врачам.