

Аллергический ринит: мнение эксперта

Автори: С.М. Пухлик



13.10.2017



Весна – прекрасное время года, время, когда природа расцветает, картина за окном меняет краски, а световой день увеличивается с каждым новым днем. Однако для многих людей период цветения является настоящим испытанием на прочность, ведь сезонный аллергический ринит (АР) – крайне распространенное заболевание в наших широтах. Учитывая сезонную актуальность проблемы, мы решили обсудить современные методы диагностики, лечения и профилактики АР с заведующим кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского

университета, доктором медицинских наук, профессором Сергеем Михайловичем Пухликом.

Сергей Михайлович, как известно, распространенность аллергической патологии увеличивается с каждым годом, и АР, к сожалению, не является исключением. Расскажите, в каком возрасте сегодня в Украине чаще всего дебютирует АР? Можно ли сказать, что диагностика АР зачастую является запоздалой?

– Действительно, АР сегодня является одной из наиболее распространенных проблем в аллергологии и ринологии. По данным разных источников, в Европе АР страдают более 150 млн человек. В Украине АР подвержены свыше 25% населения. Но все эти цифры очень условны, так как официально озвучивается число пациентов с уточненным диагнозом.

А если больной не обращается к врачу или врача в месте проживания пациента нет вовсе? Сегодня наилучшие показатели в стране по различным заболеваниям отмечаются у жителей севера Житомирской области, где после аварии на Чернобыльской АЭС нет врачей в принципе, соответственно, нет диагнозов, нет и заболеваемости. Если в Украине официально на сегодня насчитывается около 200 врачей-аллергологов, значит, в каждой области имеется не более 3-4 специалистов, которые могут подтвердить диагноз. Единственное исследование по активному выявлению аллергических заболеваний на большой выборке пациентов проводилось в Винницкой области в 1980-х годах и через 15 лет повторно. Согласно результатам этого исследования отмечен рост аллергических заболеваний в два раза.

Сводная статистика распространенности АР приведена на рисунке. Отмечено, что чем выше уровень урбанизации страны, тем выше уровень заболеваемости аллергией. Основные аллергические заболевания – это АР, бронхиальная астма и крапивница. Этими проблемами, соответственно, занимаются оториноларингологи, терапевты и дерматологи. Я не буду останавливаться на медикаментозной аллергии и анафилактическом шоке, так как это не соответствует теме нашей беседы.

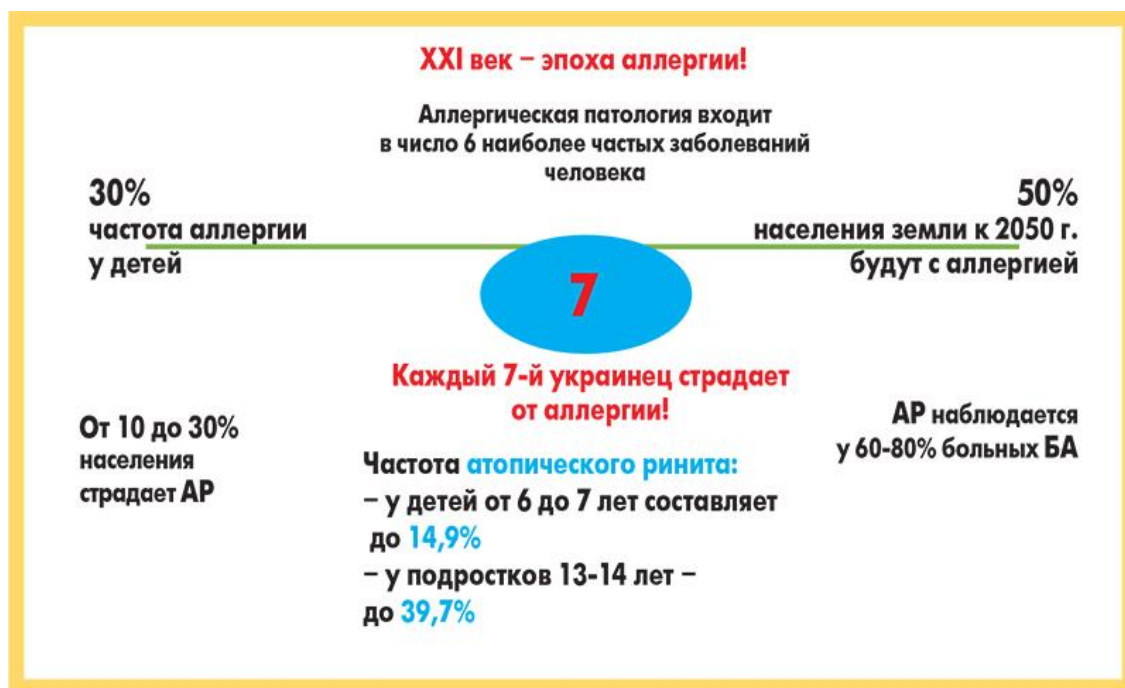


Рис. Современная статистика распространенности АР

Выделяют 2 формы АР – круглогодичную (КАР) и сезонную (САР).

Первая форма заболевания вызывается постоянно присутствующими в атмосфере человека бытовыми аллергенами – это клещи домашней пыли, эпидермальные аллергены (шерсть животных, перья), плесневые аллергены, вторая форма – пылью различных деревьев и трав, то есть возникает в период цветения этих растений.

Вообще-то относительно классификации АР сегодня сложилась интересная ситуация: по версии Международного консенсуса (P. Van Cauwenberge et al., 2000), следует выделять 3 формы заболевания – САР, КАР и профессиональный АР. Всемирная организация здравоохранения выделяет 2 формы АР: интермиттирующую, когда проявления ринита беспокоят больного менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в год, и персистирующую – наличие симптомов заболевания более 4 дней в неделю или более 4 недель в год.

Некоторые специалисты считают, что первую классификацию нужно заменить на вторую. Другая часть ученых склонна к сохранению обеих – так они дополняют друг друга, указывая помимо сроков возникновения ринита и его частоту. Так, КАР, по-моему, может быть и персистирующим, и интермиттирующим. При этом период цветения и пыления амброзии на юге Украины продолжается более двух месяцев, то есть тоже, по сути, персистирующий, хоть и САР.

АР начинается чаще всего в детском и молодом возрасте. В целом аллергия – это удел людей молодого, наиболее трудоспособного возраста, по-этому она влечет за собой большие экономические траты. Европейские исследования GA2LEN оценивают текущий убыток, наносимый работодателям выходом на работу лиц с нелеченым АР, в 100 млрд евро ежегодно!

Исследования основаны на данных европейской статистики занятости и не касаются ущерба для общества из-за подобного присутствия больных лиц в школах или университетах.

Задокumentированная распространенность АР среди детей различных возрастных групп в Украине такова: 6-7 лет – 38,5%, 13-14 лет – 47% от общей популяции. У мальчиков АР встречается чаще, чем у девочек, но с возрастом эта разница исчезает.

Дети городов болеют значительно чаще, чем жители сельских районов. Профессор С.Н. Недельская из г. Запорожья изучала проблему АР у детей. По ее данным, только у 3,1 ребенка на 1 тыс. населения своевременно ставится диагноз АР. Остальные больные либо вовсе не лечатся, либо лечатся не от аллергии. Очень часто таких деток относят в группу часто и длительно болеющих и, соответственно, пытаются «укреплять их иммунитет». Нет ничего хуже для аллергика, чем пытаться как-то «поднять» или «укрепить» иммунитет.

Нужно четко запомнить и внушать всем практикующим врачам, что аллергик – это человек с очень активным иммунитетом, поэтому он и реагирует на такие вещи, на которые обычный человек не реагирует.

Аллергия – это единственная болезнь, при которой в старости становится легче, поскольку иммунная система перестает быть такой активной. Поэтому старики не умирают от астмы. Но если старику начать «поднимать иммунитет», вводить различные стимуляторы, то он начнет болеть аллергическими заболеваниями как в молодом возрасте.

Нередко родители жалуются, что, несмотря на активное закаливание и занятия спортом, их ребенок все равно часто болеет, даже в летний период. Такая родительская озабоченность «укреплением здоровья» ребенка приводит к тому, что аллергические заболевания диагностируются поздно, когда присоединяется клиника бронхиальной астмы и значительно расширяется спектр «причинных» аллергенов.

Иногда проходит много лет, пока кто-то из врачей или родственников не заподозрит, что эти летние «простуды» не что иное, как аллергия на цветение растений. Ведь симптомы АР и ОРВИ очень схожи. При контакте аллергена со слизистой оболочкой дыхательных путей пациента беспокоят чихание, зуд в носу, насморк, появляется кашель. В тяжелых случаях может наступить удушье. САР также может сопровождаться конъюнктивитом и кожными высыпаниями. Резюмирую, что АР – очень распространенное, неизлечимое (как и другие аллергические заболевания) на сегодняшний день заболевание, которое начинается в детском и юношеском возрасте, прогрессируя, может дополниться бронхиальной астмой. САР, как правило, начинается позже; даже случается, что впервые развивается у взрослых людей.

Медицина сегодня может добиться контроля над АР путем использования фармацевтических препаратов, можно даже достигнуть длительной ремиссии (иногда – на десятилетия), но слово «вылечить» для аллергии – неприемлемо. Если иммунная система «помнит» этиаллергены, то заставить это «забыть» означает вовсе убить иммунитет.

Сегодня много споров идет о том, кто же должен устанавливать диагноз АР – отоларинголог, аллерголог или представитель первичного звена медицинской помощи. Каково Ваше мнение по этому поводу?

– Есть хороший одесский анекдот: «– Софья Абрамовна! Как Вы любите кушать фаршированную рыбу – вилкой или ложкой? – Ой, мне все равно – лишь бы ДА!». Вот так и мне хочется сказать: кто угодно, лишь бы ставили правильно и своевременно этот диагноз! Это должен сделать врач, к которому обращается ребенок и взрослый пациент с жалобами на длительный насморк. Наверное, это педиатр, терапевт или уже даже семейный врач, но и, конечно, оториноларинголог. Эти специалисты должны на основании жалоб, анамнеза заподозрить АР. Клинический осмотр полости носа, который выполняет оториноларинголог, мало способствует уточнению диагноза, поскольку в ряде случаев отмечается только синюшная слизистая оболочка носа и все! Но осмотр оториноларинголога обязателен, так как он дает возможность исключить другие причины насморка. Поэтому заподозрить АР могут врачи общей практики, врач-оториноларинголог исключает другие причины ринита, а врач-аллерголог подтвердит этот диагноз. Для этого он проводит аллергопробы, желательны кожные с помощью прик-теста. Лабораторные тесты, общий IgE, уровень эозинофилов в крови, носовой слизи, мокроте и пр. помогут направить мысль врача в нужном направлении. Врачам общей практики нужно знать, что в 70-80% случаев причиной длительного насморка и кашля у детей является аллергия.

После 3-4 лет нужно проводить кожные пробы, что должен делать каждый врач-аллерголог. Основатель советской школы аллергологов, академик А.Д. Адо говорил: «Аллерголог – это врач, который диагностирует и лечит аллергенами». Только так. Не можешь или не хочешь этого делать – уходи, дай возможность прийти другому толковому и активному врачу и начать работать! Лабораторные тесты на определение специфического IgE и др. достаточно специфичны и высокоинформативны, но, к сожалению, выполняются с иностранными (немецкими или американскими) аллергенами и для врача-аллерголога, который собирается проводить специфическую иммунотерапию отечественными препаратами, не информативны. Все равно впоследствии придется

переделывать анализ с отечественными аллергенами. Здесь, как в пазлах, нужно, чтобы все сошлось: и диагностика, и лечение одними и теми же аллергенами.

Как известно, аллерголог в Украине – не самый «доступный» врач. В каких случаях отоларинголог должен направлять на консультацию к аллергологу, а в каких – назначить дополнительное обследование? Каков оптимальный объем такого обследования?

– Действительно, аллерголог – «редкая птица» в нашей медицинской стае. Ведь аллергологию, несмотря на высокую распространенность аллергии (самое распространенное заболевание человека), даже не преподают в вузах, нет отдельного НИИ по такой важной проблеме и т.п.

Поэтому получение знаний по аллергологии – это забота самого врача. Я, будучи уже остепененным и высококвалифицированным оториноларингологом, специально постарался получить специализацию по аллергологии. Ведь это дает не только новые знания, но и юридическое право лечить таких пациентов. Знаю по Одессе: половина врачей, ведущих амбулаторный прием как врач-аллерголог, не имеют соответствующей специализации. Многие даже не состоят в ассоциациях аллергологов, не посещают конференций и прочих мероприятий. Впрочем, ничего удивительного в этом нет, ведь сегодня эта проблема непрофессионализма характерна для всей страны...

Теперь к Вашему вопросу – когда же направлять пациента к аллергологу? Первое – аллерголог должен быть. А сегодня эти несколько профессионалов трудятся только в областных центрах. Значит, нужно ехать к нему. Дальше – нужно четко знать, что этот специалист действительно поставит диагноз, а не просто назначит какое-то антигистаминное средство «наугад». Без точной диагностики лечить нельзя! Я не имею в виду острые состояния, типа острой крапивницы, приступа бронхиальной астмы, медикаментозного анафилактического шока или подобных состояний. Здесь все наоборот: необходимо сначала вывести пациента из острого тяжелого состояния, а затем заниматься поисками причины аллергии. Резюмирую: направлять пациента следует к активно работающему специалисту-аллергологу для уточнения причин аллергии и выработки тактики лечения.

Проводить наблюдение за пациентами, получающими специфическую иммунотерапию, фармакотерапию, может врач общей практики либо оториноларинголог. Врач общей практики может направлять пациентов на общеклиническое обследование, в том числе мазки из носа, риноцитограмму, определение общего IgE, исключать глистную инвазию и пр. Много лет для врачей общей практики предлагался метод скрининг-диагностики аллергических заболеваний. Это набор из 7 иголок с аллергенами, которыми нужно было поцарапать предплечье пациентов, чтобы уточнить, есть аллергия или нет. Через 20-30 минут врач получал информацию о наличии или отсутствии аллергии на бытовые и пыльцевые аллергены. Мы проводили много обучающих встреч, мастер-классов и пр. И – НИЧЕГО!

Никому это оказалось не нужным. Это может быть нужно пациентам, но они про все это даже не знают. А врач оказался незаинтересованным в высококачественной работе. Думаю, что производство этих отечественных наборов прекращено именно в связи с отсутствием спроса.

Сегодня для лечения аллергических заболеваний с успехом используются методы аллергоспецифической иммунотерапии (АСИТ). В каких случаях при АР может быть показано проведение АСИТ?

– АСИТ достаточно старый, изученный способ лечения аллергических заболеваний, который впервые был применен в 1911 году, то есть более ста лет назад. Считается, что это единственный способ лечения (подчеркиваю, лечения) аллергии.

Состоит он во введении в организм пациента возрастающих доз причиннозначимого аллергена. После доведения концентрации аллергена до 100% переходят на поддерживающий курс, когда раз в месяц вводят поддерживающую дозу аллергена, заставляя нашу иммунную систему не спать, а активно трудиться.

Средние сроки лечения составляют 3-5 лет. Эффективность зависит от самого аллергена: для пыльцы растений, клещей домашней пыли – до 70-80% хороших и очень хороших результатов. Наилучшие результаты достигнуты при инсектной аллергии на ужаление пчел и ос – до 95%.

Наихудшие – при эпидермальной аллергии на шерсть животных – до 50%. Напомню, что этот метод лечения требует регулярных, а иногда даже ежедневных приемов медикаментов. Но у нас в стране исчезли аллергологи из районных больниц, которые могли это проводить. Поэтому стали укладывать пациентов в аллергостационары, где им за 2-3 недели проводили ускоренный курс АСИТ. И сегодня это основная нагрузка в аллергологическом стационаре. Двадцать лет назад в нашей стране впервые в мире стали производить аллергены для сублингвального использования в виде драже.

То есть использовали другой путь введения аллергенов. В Европе и США также стали активно развивать оральный путь введения аллергенов путем закапывания капель под язык. Сегодня этот неинвазивный высокоэффективный путь введения стал достаточно популярным – не надо ходить на уколы или ложиться в стационар, можно дома, в селе, на хуторе, на работе, на море и т.д. спокойно принимать эти аллергены и при необходимости консультироваться с врачом лично или по телефону.

Несколько лет назад ВОЗ вместе со Всемирной ассоциацией аллергологов выпустила «Белую книгу», посвященную аллергологии, и рекомендовала активно проводить АСИТ с помощью сублингвального метода.

Отечественные аллергологи за разработку этого направления получили в 2014 году Государственную премию. Так что отечественная аллергология оказалась на высоте, но используются ее достижения очень неактивно. А жаль...

Как фоновый АР может повлиять на течение и лечение ЛОР-патологии – риносинусита, отита, аденоидита?

– Есть такое понятие, как коморбидность. Это сегодня рассматривается как сочетание у одного больного двух и/или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой. Аллергическое воспаление реализуется в слизистой оболочке дыхательных путей, и поэтому все органы, перечисленные Вами, также могут участвовать в данном воспалении. По этой причине сегодня существуют диагнозы аллергический назофарингит (в отличие от бактериального), аллергический риносинусит, аллергический отит. Это те состояния, при которых в патогенезе аллергическое воспаление является ведущим и, соответственно, лечится известными

противоаллергическими препаратами. Задача врача как раз и состоит в том, чтобы доказать аллергический характер этого воспаления.

При аллергическом воспалении постоянно имеются медиаторы воспаления – это гистамин, лейкотриены и пр. Добавление к уже имеющемуся воспалению новых медиаторов, что бывает при остром вирусном риносинусите, значительно отягощает течение этого вирусного респираторного поражения. Оно часто заканчивается присоединением бактериальной инфекции, то есть вирусный риносинусит переходит в бактериальный.

Присоединяется трахеобронхит, возможно даже развитие бронхообструкции, то есть начинаются процессы, приводящие к бронхиальной астме.

В лечении САР с успехом используются пероральные антигистаминные средства (АГС) и топические кортикостероиды (ТКС). В подавляющем большинстве случаев украинские врачи назначают эти два класса препаратов одновременно. Однако европейские, американские и канадские рекомендации указывают на нецелесообразность использования такой комбинации, ссылаясь на отсутствие данных об усилении эффекта каждого из препаратов при сочетанном использовании. Имеете ли Вы опыт использования комбинации АГС и ТКС? Какому же классу препаратов следует отдать предпочтение при старте лечения АР?

– Действительно, эти препараты наиболее часто используются для контроля за аллергическим воспалением. Они прекрасно изучены, есть много информации о позитивных факторах их применения и небольших побочных эффектах. Сегодня антигистаминные препараты можно использовать местно при нетяжелых формах АР, преимущественно сезонного. Для антигистаминных препаратов первого поколения показанием является оказание неотложной помощи (так как только они выпускаются в инъекционной форме) и лечение детей до 1 года, которые не могут проглотить таблетки.

Хотя последнее уже пересматривается, поскольку появились пероральные капли, содержащие АГС второго поколения, разрешенные к применению с 6 месяцев, например, капли Алерзин.

Ведущее место в контроле за АР и хронической крапивницей принадлежит антигистаминным препаратам второго поколения. Их назначают в виде монотерапии при легкой и среднетяжелой форме АР. При недостаточной эффективности только антигистаминных препаратов следует добавлять топические кортикостероиды. Они довольно хорошо представлены как в мире, так и в нашей стране. Отличаются между собой степенью влияния на организм и, соответственно, минимальным возрастом для безопасного использования.

Можно ли назначать одновременно антигистаминные препараты и кортикостероиды местно? Не только можно, но и нужно. При средне- и тяжелых формах АР эти препараты назначаются одновременно. Нужно понимать и объяснять пациенту, что ТКС начинают действовать медленно, ко 2-3-му дню, а антигистаминные средства – уже в течение часа. Топические ГКС, начав применять, нельзя бросать и вновь продолжать.

Надо выйти на клинический эффект и его поддерживать. Это может быть и 2-3 недели при САР, и 2-3 месяца при КАР.

Как уже отмечалось, при выборе АГС и ГКС предпочтение следует отдавать наиболее безопасным представителям групп. Обязательными требованиями к АГС являются выраженный противоаллергический и противовоспалительный эффекты, а также отсутствие седативного воздействия на пациента. Современным, эффективным, соответствующим всем критериям «идеального АГС» CONGA является левоцетиризин. На фармацевтическом рынке Украины он представлен, например, препаратом Алерзин (Эгис, Венгрия), имеющим 2 формы выпуска: таблетки и капли, что позволяет использовать его как во взрослой, так и в детской практике.

Довольно часто пациенты обращаются к врачу с просьбой назначить профилактическое лечение САР перед началом сезона цветения. Имеет ли потенциальную пользу такая профилактика? Какие классы препаратов уместно использовать с этой целью?

– Действительно, профилактическое лечение существует только при сезонной форме АР. Рекомендуется назначать АГС за неделю до начала цветения причиннозначимых растений. Но как узнать о сроках цветения? Есть календари цветения, но они не разработаны для каждого региона нашей страны, где существуют три климатогеографические зоны. Есть сайт по мониторингу пыльцы, который активно поддерживает большой энтузиаст и ученый, доктор медицинских наук В. Родинкова из г. Винницы.

Проводя длительный мониторинг пыльцы в каждом регионе, можно прогнозировать, а следовательно, предупреждать пациентов о необходимости начинать прием медикаментов.

В цивилизованных странах это делают даже с телеэкрана. Будем верить, что вскоре так будет и у нас.

Подготовила Александра Меркулова

Тематичний номер «Пульмонологія, Алергологія, Риноларингологія» № 2 (39), травень 2017 р.