

# Аллергический ринит с позиции врача-оториноларинголога

**Д.М. Мустафаев**

К.м.н., врач-оториноларинголог ГБУЗ МО “Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского”

Аллергический ринит представляет собой глобальную проблему здравоохранения. В мире аллергическим ринитом страдает по крайней мере 10–25% населения. Результаты многолетних эпидемиологических исследований свидетельствуют о прогрессирующем возрастании числа пациентов с аллергическим ринитом. По прогнозу Всемирной организации здравоохранения, в течение XXI века аллергические заболевания в мире займут 2-е место, уступая по распространенности лишь психическим заболеваниям.

В последние годы отмечены следующие тенденции, касающиеся распространенности и особенностей клинического течения аллергического ринита:

- заболеваемость ежегодно увеличивается;
- пик заболеваемости приходится на возраст от 18 до 24 лет;
- наиболее высокая распространенность заболевания отмечается в экологически неблагоприятных регионах (в частности, у населения, подвергающегося воздействию химического и радиационного факторов, в структуре аллергопатологии на аллергический ринит приходится более 50%).

Постоянная заложенность носа и другие симптомы ринита, ежеднев-

но беспокоящие пациентов, способствуют их невротизации, снижению физической, профессиональной и социальной активности, вызывают нарушение сна. Тем самым резко снижается качество жизни больных. Нередко для устранения симптомов ринита пациенты ежедневно принимают лекарственные препараты, оказывающие ряд побочных эффектов.

Таким образом, по степени распространенности, медико-социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни пациентов проблема аллергического ринита может считаться одной из самых актуальных.

## Клинические проявления

Согласно принятому во всем мире определению, под аллергическим ринитом понимают заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным (IgE – иммуноглобулин E) воспалением слизистых оболочек полости носа и наличием ежедневно проявляющихся в течение 1 ч и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чиханье, зуд в носу.

В 2001 г. была принята следующая классификация аллергического ринита по рекомендациям ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on

Asthma – “Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму”):

- интермиттирующий: симптомы присутствуют  $\leq 4$  сут в неделю или  $\leq 4$  нед в году;
- персистирующий: симптомы присутствуют  $>4$  сут в неделю и  $>4$  нед в году;
- профессиональный;
- по степени тяжести: легкий, среднетяжелый, тяжелый.

Основными факторами риска развития аллергического ринита являются:

- семейный анамнез – отягощенная наследственность;
- сенсibilизация;
- факторы окружающей среды (курение, качество воздуха в жилище, загрязнение воздуха, климатические факторы).

К основным этиологическим факторам аллергического ринита относятся следующие.

1. Пыльца растений. Для России характерны три основных сезона поллинозиса (цветения), определяющие три основных пика манифестации симптомов аллергического ринита: в весенний период он связан с пылением деревьев (береза, ольха, орешник, дуб), в первой половине лета – с пылением злаковых растений (ежа, тимофеевка, рожь), в конце лета и осенью – сорных

трав (полынь, подорожник, амброзия). Следует также учитывать, что пыльца может переноситься ветром на значительное расстояние и вызывать симптомы аллергического ринита в необычное время.

2. Аллергены клещей домашней пыли (*Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae*), эпидермальные аллергены (от кошек, собак, лошадей и т.д.), реже — библиотечной пыли, плесневых грибов, тараканов. Хотя споры грибов и аллергены клещей домашней пыли относятся к круглогодичным аллергенам, их количество в окружающем воздухе также зависит от времени года: обычно оно снижается в зимние месяцы и увеличивается летом и осенью. Таким образом, персистирующий аллергический ринит может иметь волнообразное течение и сопровождаться сезонными вспышками.

3. Профессиональные аллергены. Профессиональный аллергический ринит наблюдается у лиц, по роду своей деятельности постоянно контактирующих с разными группами аллергенов, например с мукой, медикаментами, пухом, пером, животными, латексом и другими аллергенами (встречается у зоотехников, работников хлебозаводов, фармацевтов, медицинских работников и др.).

Основные клинические симптомы аллергического ринита:

- ринорея (водянистые выделения из носа);
- чиханье — нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чиханья могут возникать спонтанно;
- зуд, реже ощущение жжения в носу (иногда сопровождается зу-

дом неба и глотки). Зуд носа может проявляться характерным симптомом — “аллергическим салютом” (постоянное почесывание кончика носа ладонью, движением снизу вверх), в результате чего у больных могут наблюдаться поперечная носовая складка, расчески, царапины на носу;

- заложенность носа, характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса;

- снижение обоняния.

Дополнительные симптомы аллергического ринита развиваются вследствие обильного выделения секрета из носа, нарушения дренирования околоносовых пазух и проходимости слуховых (евстахиевых) труб: это раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа; носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания и ковыряния в носу; боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита); боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического тугоухости).

Общие неспецифические симптомы, наблюдаемые при аллергическом рините:

- слабость, недомогание, раздражительность;
- головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания;
- нарушение сна, подавленное настроение;
- редко — повышение температуры.

### Алгоритм обследования

Основной метод выявления причинных аллергенов, а следователь-

но, и диагностики аллергического ринита — это кожные пробы. Они проводятся в аллергологических кабинетах специально обученным персоналом. Обычно используют пробы уколом (прик-тест): стандартный набор аллергенов наносят на кожу предплечья, затем тонкой иглой делают укол в месте нанесения диагностикумов и через определенное время измеряют образовавшиеся папулы. В качестве контроля используют растворитель, применяемый для разведения аллергена (отрицательный контроль), и гистамин (положительный контроль).

Результаты кожных проб очень важны для диагностики аллергического ринита, однако они не являются абсолютными. На их достоверность могут влиять различные факторы: одновременный или предшествовавший прием антигистаминных препаратов, молодой или, наоборот, преклонный возраст, атопический дерматит, хронический гемодиализ (ложноотрицательный результат), а также красный дермографизм (ложноположительный результат).

Определение общего и специфических IgE в сыворотке крови имеет особую важность при неубедительных результатах кожных проб либо при невозможности их постановки, а также при обследовании перед назначением курса специфической иммунотерапии. Уровень общего IgE при рождении близок к нулю, но по мере взросления постепенно увеличивается. После 20 лет уровень более 100–150 ЕД/л считается повышенным. Определение специфических антител в сыворотке может быть проведено радиоаллер-

госорбентным, радиоиммунным, иммуноферментным или хемолюминесцентным методом при помощи стандартных наборов (панелей) диагностикумов. Широкое использование современных методов выявления специфических IgE ограничено их высокой стоимостью.

• Для дифференциальной диагностики аллергического ринита необходим не только тщательный анализ анамнеза заболевания, но и применение дополнительных методов обследования.

Внутриносовой провокационный тест проводится после постановки кожных проб. Используются аллергены, на которые были получены положительные реакции. Тест необходим для подтверждения того, что данный аллерген действительно является причиной аллергического ринита. Этот тест в редких случаях может вызывать бронхоспазм, поэтому он, как и кожные пробы, должен проводиться подготовленным персоналом в специальном кабинете.

Цитологическое исследование мазков и смывов из полости носа помогает в проведении дифференциальной диагностики между аллергическим ринитом (преобладание эозинофилов) и инфекционным ринитом (преобладание нейтрофилов), а также в оценке эффективности лечения аллергического ринита.

Ценную информацию дает эндоскопическое исследование полости носа, выполняемое до и после анемизации слизистой оболочки носа. Характерными находками являются типичный серый или синюшный цвет слизистой оболочки и обиль-

ные пенистые выделения. Проба с адреналином обычно демонстрирует обратимость выявленных изменений.

Активная передняя ринометрия и акустическая ринометрия позволяют объективно оценить носовое дыхание. Сущность метода ринометрии заключается в количественном измерении градиента давления и воздушного потока, которые создаются в условиях физиологического носового дыхания. Результаты ринометрии выдаются прибором в виде графика в системе координат, причем форма полученной кривой определяет степень нарушения носового дыхания. Прибор для акустической ринометрии работает по принципу эхолота и дает возможность “зондировать” полость носа при помощи акустического сигнала, имеющего частоту слышимого человеком звука (от 150 до 10 000 Гц). Звук, продвигаясь в полости носа, отражается от ее стенок, а отраженная звуковая волна регистрируется микрофоном, анализируется компьютером и представляется в виде кривых, характеризующих площадь поперечного сечения полости носа на различном расстоянии от его преддверия. Это помогает выявить основные “преграды” на пути воздушной струи.

Исследование порогов обоняния и мукоцилиарного транспорта имеет второстепенное значение в диагностике аллергического ринита. При проведении ольфактометрии используют пахучие вещества в градиентных разведениях, а также наборы специальных полосок, импрегнированных одорантами (например, пенсильванский обо-

нятельный тест). Для определения скорости мукоцилиарного транспорта обычно применяют сахаринный тест.

Рентгенография и компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух могут иметь определенное значение в диагностике осложненных форм аллергического ринита, в частности полипозного риносинусита, а также при планировании объема хирургического вмешательства.

Наблюдаются следующие осложнения аллергического ринита.

- Аллергические синуситы. Частота встречаемости синуситов, связанных с аллергическим процессом, колеблется от 25 до 70% в зависимости от использованных критериев включения в группу обследования и применяемых методов лечения. Аллергия может лежать в основе как острых, так и хронических синуситов. В результате аллергического воспаления развивается отек слизистой оболочки не только носа, но и околоносовых пазух (чаще всего этмоидальных и верхнечелюстных), клинически проявляющийся отеочной формой синусита. Воспаление слизистой оболочки носа и сниженная функция цилиарного аппарата могут нарушать естественный дренаж из околоносовых пазух и вызывать стаз назального секрета с последующим присоединением бактериального воспаления.
- Полипозный риносинусит – гипертрофическое изменение слизистой оболочки носа и пазух с формированием полипов.
- Серозный средний отит – наиболее характерен для детского воз-

раста. Эпидемиологические данные указывают на 40–50% частоту средних отитов у детей старше 3 лет с аллергическим ринитом. У взрослых аллергический ринит осложняется средним отитом примерно в 1–5% случаев. В основе патогенеза лежит нарушение проводимости слуховой трубы как результат аллергического воспаления слизистой оболочки носа, вследствие чего изменяется давление в полости среднего уха и нередко присоединяется вторичная бактериальная инфекция.

### Дифференциальная диагностика

Для дифференциальной диагностики аллергического ринита необходим тщательный анализ анамнеза и клинических симптомов заболевания, а также использование дополнительных методов исследования. Обследование пациентов с подозрением на аллергический ринит следует проводить с обязательным участием аллерголога.

Для дифференциальной диагностики большое значение имеет выполнение диагностических проб — неспецифических и специфических.

К неспецифической диагностике относятся определение количества эозинофилов в общеклиническом анализе крови, в мазке слизи из носа, проведение неспецифических провокационных проб с разведенным гистамином на слизистой оболочке полости носа.

К специфической диагностике относится выполнение внутрикожных проб с различными аллергенами, позволяющих определить наличие гиперчувствительности к

ингаляционным аллергенам. Аллергосорбентные и радиоиммуносорбентные тесты позволяют выявить специфические IgE в сыворотке крови.

Аллергический ринит следует дифференцировать с другими видами ринитов, классификация которых представлена ниже.

1. Инфекционный.
  - Острый:
    - вирусный;
    - бактериальный.
  - Хронический:
    - неспецифический;
    - специфический.
2. Аллергический.
  - Сезонный (поллиноз).
  - Круглогодичный:
    - персистирующий;
    - интермиттирующий.
  - Профессиональный.
3. Неаллергический эозинофильный.
  - 4. Вазомоторный.
  - Медикаментозный.
  - Гормональный:
    - ринит беременных;
    - ринит пубертатного возраста;
    - прочие формы.
  - Рефлекторный:
    - пищевой;
    - холодовой;
    - психогенный.
  - Идиопатический.
5. Гипертрофический.
6. Атрофический.
- Синдром “пустого носа”.
- Озена.
7. Заболевания, сопровождающиеся симптомом ринита (искривление перегородки носа, синдром Картагенера, муковисцидоз, полипозный риносинусит).

Если удастся проследить четкую связь между началом цве-

тения растений и типичными симптомами, поставить диагноз аллергического ринита несложно. Однако в реальной клинической практике его диагностика часто бывает затруднена. Например, симптомы аллергического ринита в конкретное время зависят от климатогеографической ситуации в этот день. Или, как показывает практика, в конце сезона цветения растений уменьшение симптомов аллергического ринита на фоне лечения обычно происходит медленнее.

• Симптомы аллергического ринита зачастую схожи с симптомами острого ринита вирусной этиологии, но при аллергическом характере поражения симптомы, как правило, сохраняются более 2 нед.

Симптомы аллергического ринита зачастую схожи с симптомами острого ринита инфекционной этиологии, но при аллергическом характере поражения слизистой оболочки полости носа симптомы сохраняются более 2 нед. Если тесты на аллергию отрицательные, необходимо провести дифференциальную диагностику с другими нозологиями. В таких случаях обращают внимание на то, что симптомы могут быть острыми или хроническими, односторонними и/или двусторонними, выделения из носа могут быть геморрагическими или гнойными. Существенную помощь в постановке диагноза могут оказать посев биоматериала из полости носа на микрофлору и микроскопическое исследование с подтверждением эозинофилии.

Дифференциальную диагностику следует проводить и с другими патологическими состояниями. Новообразования или полипы полости носа, а также другие анатомические изменения (например, смещенная носовая перегородка, гипертрофия аденоидов, гипертрофия носовых раковин) могут приводить к обструкции дыхательных путей. Следует помнить о том, что носовые полипы часто встречаются у больных муковисцидозом. Опухоли как причина ринита очень редки. Другие анатомические аномалии могут блокировать верхние дыхательные пути, что приводит к ринорее или постназальному затеканию.

Традиционно лечение аллергического ринита включает базисную терапию (антигистаминные препараты, кромоны, на-

зальные глюкокортикостероиды), направленную на подавление аллергического процесса в шоковом органе и санацию очагов инфекции рото- и носоглотки. Патогенетическим методом лечения является аллергенспецифическая иммунотерапия, эффективность которой может достигать 80–90% и более. Аллергенспецифическую иммунотерапию следует проводить в течение нескольких лет, соблюдая строгий протокол лечения.

Хирургическое вмешательство при аллергическом рините проводят только при наличии у пациента сопутствующей патологии. Решение о его необходимости принимает оториноларинголог согласно рекомендациям по лечению соответствующего заболевания.

## Рекомендуемая литература

Аллергология и иммунология: Национальное руководство / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М., 2009.

Гаджимирзаев Г.А. // Вестн. оториноларингол. 2016. Т. 81. № 5. С. 34.

Дробик О.С., Насунова А.Ю. // Вестн. оториноларингол. 2014. № 2. С. 82.

Крюков А.И. и др. // Мед. совет. 2013. № 7. С. 42.

Лопатин А.С. Ринит: патогенетические механизмы и принципы фармакотерапии. М., 2013.

Никифорова Г.Н. и др. // Рус. мед. журн. 2015. № 23. С. 1395.

Овчинников А.Ю. и др. // Рус. мед. журн. 2016. № 4. С. 221.

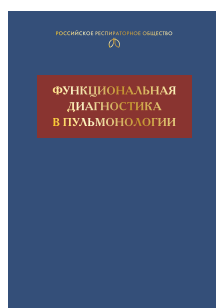
Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. М., 2013. С. 19.

Рязанцев С.В., Сапова К.И. // Рус. мед. журн. 2016. № 14. С. 940.

Свиштушкин В.М., Старостина С.В. // Рус. мед. журн. 2016. № 4. С. 240.

Wheatley L.M., Togias A. // N. Engl. J. Med. 2015. V. 372. № 5. P. 456.

## Монография в серии Российского респираторного общества



### Функциональная диагностика в пульмонологии: Монография Под ред. З.Р. Айсанова, А.В. Черняка (Серия монографий Российского респираторного общества; гл. ред. серии А.Г. Чучалин)

Монография фундаментальной серии Российского респираторного общества обобщает накопленный мировой и отечественный опыт по всему кругу проблем, связанных с функциональной диагностикой в пульмонологии. Излагаются физиологические основы каждого метода исследования легочной функции и особенности интерпретации результатов. Обобщен международный опыт использования и интерпретации различных методов функциональной диагностики легочных заболеваний, в том числе сравнительно мало применяемых в

нашей стране, но крайне необходимых при диагностике функциональных тестов: измерение легочных объемов, оценка диффузионной способности легких и силы дыхательной мускулатуры, внелабораторные методы определения толерантности больных с бронхолегочной патологией к физической нагрузке и т.п. 184 с., ил., табл.

*Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей, а также для специалистов по функциональной диагностике.*

Эту и другие книги издательства «Атмосфера» вы можете купить на сайте <http://atm-press.ru> или по телефону: (495) 730-63-51