Юрий Солдатский:

ИРРИГАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ – НАШ НЕЗАМЕНИМЫЙ ПОМОЩНИК

По прогнозу ВОЗ, в течение XXI в. аллергические заболевания займут второе место по распространенности в мире. Кроме того, происходит утяжеление течения аллергического воспаления, развитие полисенсибилизации, присоединение различных инфекционных осложнений. Все это в полной мере относится к аллергическому риниту, представляющему особую проблему в педиатрии. Во многих случаях диагноз аллергического ринита остается нераспознанным, и дети получают широкий круг разнообразных медикаментов, усугубляющих аллергическую сенсибилизацию.

О современных эффективных и безопасных подходах к лечению аллергического ринита у детей рассказывает Юрий Львович Солдатский, д.м.н., профессор, руководитель ЛОР-службы Морозовской детской городской клинической больницы.

Yuri Soldatsky: Irrigation therapy is our indispensable helper

According to WHO, allergic diseases will rank the second most prevalent in the world during the 21st century. On top of that, it also includes aggravation of allergic inflammation, the development of polysensitization, the attachment of various infectious complications. All this applies fully to the allergic rhinitis, which represents a particular problem in paediatrics. In many cases, the diagnosis of allergic rhinitis remains unrecognized, and children receive a wide variety of medications that aggravate allergic sensitization.

Yuri L. Soldatsky, MD, Professor, Head of the ENT service of the Morozov Children's City Clinical Hospital said in an interview about modern effective and safe approaches to the treatment of allergic rhinitis in children.

- Юрий Львович, что такое аллергический ринит с точки зрения оториноларинголога?

- Хорошо известно определение аллергического ринита - это IgE-обусловленное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, возникающее в результате контакта слизистой оболочки с сенсибилизирующим аллергеном и проявляющееся как минимум двумя симптомами - чиханьем, зудом, ринореей или заложенностью носа. Сегодня в реальной клинической практике наиболее активно этим заболеванием занимаются врачи-аллергологи. К сожалению, эти специалисты не могут осмотреть полость носа, и особенно носоглотку, поскольку в их компетенцию не входит владение эндоскопическими методами. При этом у значитель-

ного количества педиатрических пациентов, наряду с аллергическим ринитом, имеется и другая патология полости носа и носоглотки, например гипертрофия аденоидов. Даже при персистирующем аллергическом рините на фоне отека слизистой оболочки полости носа мы нередко наблюдаем вторую зону обструкции - в носоглотке. В подобной ситуации очень важно провести ребенку полноценное ЛОР-обследование и при необходимости, естественно, по согласованию с аллергологом вне обострения аллергического заболевания сделать аденотомию. Удаление зоны обструкции позволит ребенку дышать носом. Это очень важно как для нормального развития ребенка, так и для облегчения течения основного заболевания.

Конечно, оториноларингологам довольно часто приходится встречаться с аллергическим ринитом, преиму-



Ю.Л. Солдатский

щественно сезонным, который сейчас носит название интермиттирующего. Несколько реже мы видим детей с персистирующим аллергическим ринитом, но и эта форма заболевания последнее время приобретает все большее распространение. Повторюсь, что в таких ситуациях очень важно дифференцировать, с чем связана проблема. Только ли с постоянным контактом с аллергеном, или у ребенка имеется другая форма хронического ринита или какого-либо иного заболевания полости носа, околоносовых пазух и носоглотки.

Какова распространенность аллергического ринита? Что влияет на ее показатели?

– Аллергический ринит – широко распространенное заболевание. В некоторых странах, в частности в Японии, им страдает до 40% населения, до 40% пациентов с аллергическим ринитом имеют астму и свыше 80% пациентов с астмой больны аллергическим ринитом. Поэтому в Стране восходящего солнца аллергический ринит изучается наиболее пристально и рассматривается как системное заболевание.

В обзорах в рамках Международного исследования бронхиальной астмы и аллергии в детском возрасте (International Study of Asthma and Allergy in Childhood -ISAAC) было показано, что средняя распространенность симптомов ринита составляет 8,5% (1,8-20,4%) у 6-7-летних и 14,6% (1,4-33,3%) у 13-14-летних детей. За время, прошедшее с момента проведения первых аналогичных исследований, отмечается увеличение распространенности ринита во всем мире.

Частота аллергических заболеваний, включая аллергический ринит, в РФ, по данным этой международной программы, составляет от 3,3 до 35% (в среднем 16,5%). В возрастной группе до 5 лет распространенность аллергического ринита наиболее низкая, подъем заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте. По результатам исследования, проведенного согласно протоколу GA2LEN (Global Allergy and Asthma European Network – Глобальная сеть по аллергии и астме в Европе) в 2008–2009 гг., распространенность симптомов аллергического ринита у подростков 15–18 лет составила 34,2%, что в значительной степени превалирует над данными официальной статистики Минздрава.

Вероятность развития аллергического ринита у ребенка высока при наличии аллергических заболеваний у членов семьи (бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит/конъюнктивит, крапивница, ангионевротический отек и др.). Так, при заболевании одного из родителей вероятность развития аллергического заболевания составляет 20–40%, при наличии аллергии у обоих родителей – 40–80%, если больны только братья или сестры – 20–35%. По наследству передается предрасположенность к гиперпродукции IgE-антител. Они синтезируются в ответ на воздействие различных, преимущественно экзогенных, ингаляционных аллергенов. Наибольшее значение среди них имеют пыльцевые

аллергены, клещи домашней пыли, споры плесневых грибов, аллергены домашних животных (кошки, собаки и др.). Также в окружающей человека среде, особенно в городах, присутствует множество веществ, способных провоцировать аллергическую реакцию. К ним относятся выхлопные газы, летучие органические соединения, озон, окись азота, диоксид серы, табачный дым. Многие пациенты с персистирующей формой аллергического ринита отмечают внезапное обострение симптомов заболевания после контакта с так называемыми триггерными факторами: во время пребывания в сильно запыленных помещениях или в загазованной атмосфере, при контакте с резкими запахами, табачным дымом, при воздействии холодного воздуха, резких перепадов температуры. Смех, плач, физическая нагрузка, инфекции за счет неспецифической назальной гиперреактивности могут провоцировать и усугублять симптоматику аллергического ринита.

– Всегда ли легко диагностируется аллергический ринит? Существуют ли какие-то возрастные особенности заболевания?

– Во-первых, ребенок не всегда может адекватно рассказать о своих жалобах. Такие симптомы, как чиханье, ринорея, затруднение носового дыхания, дают нам возможность заподозрить аллергическую природу заболевания, но эти же симптомы, особенно у детей дошкольного возраста, могут свидетельствовать о респираторной вирусной инфекции. Нужно постоянно проводить диффе



ренциальную диагностику. В реальной практике зачастую непросто разграничить аллергический ринит, его обострение и частую вирусную инфекцию, особенно в период цветения наиболее распространенных растений-аллергенов. Весной, после схода снега и в начале цветения, увеличивается поток пациентов с чиханьем, ринореей и заложенностью носа. В случае сочетанных проблем бывает очень сложно определить, какая из них первична.

- Какими опасностями и отдаленными последствиями чревато неконтролируемое течение аллергического ринита?

– Аллергический ринит, конечно, не является опасным для жизни заболеванием. Однако он существенно снижает качество жизни, является причиной когнитивных нарушений, негативно влияет на процессы обучения и развития ребенка.

Отек слизистой оболочки полости носа приводит к затруднению дыхания, снижению обоняния. Выраженная обструкция носовых путей может вызвать нарушение процессов дренирования придаточных пазух носа и проходимости евстахиевых труб, что оборачивается головной болью, снижением слуха, болями в ушах, особенно при глотании. Доказана связь аллергического ринита с другими заболеваниями верхних отделов дыхательных путей и уха (синуситом, тубоотитом, острым и хроническим средним отитом, аденоидитом).

Носовые симптомы очень часто (до 70% случаев) сопровождаются зудом в глазах и слезотечением. Пациентов с аллергическим ринитом нередко беспокоят выраженный зуд в ушах, горле, небе. Такие системные проявления, как общая слабость, раздражительность, снижение аппетита, сонливость, - практически постоянные спутники пациентов с интермиттирующим аллергическим ринитом.

Кроме того, у 20-38% пациентов с аллергическим ринитом наблюдается бронхиальная астма, а у 85% детей с бронхиальной астмой - аллергический ринит.

- Каков современный алгоритм терапевтических мероприятий при аллергическом рините? Какую роль при лечении этого заболевания играет ирригационная терапия?

- Современная стратегия лечения аллергического ринита направлена в первую очередь на предупреждение и купирование его острых проявлений. В настоящее время лечение предполагает ряд мероприятий, включающих устранение или уменьшение контакта с причиннозначимыми аллергенами и неспецифическими триггерфакторами, фармакотерапию, аллерген-специфическую иммунотерапию, обучение пациентов и родителей и хирургические методы лечения.

Хочу подчеркнуть, что первым пунктом лечебных мероприятий, стартовой и неотъемлемой частью протокола лечения пациентов с аллергическим ринитом является элиминационная терапия.

В связи с этим сложно переоценить важность ирригационной терапии, способствующей удалению аллергенов со слизистой оболочки полости носа. С этой целью используются различные солевые растворы, позволяющие в значительной степени устранить клиническую симптоматику аллергического ринита, восстановить носовое дыхание и улучшить качество жизни пациента.

Слизистая оболочка носа выполняет функции согревания и конденсации воздуха, а также формирует защиту организма от вирусов, бактериальных агентов, аллергенов, поллютантов. Это обеспечивается за счет слаженной синхронной работы ресничек мерцательного эпителия. В результате синхронных «гребковых» движений ресничек слой слизи вместе с осевшими на нем инородными частицами перемещается в полости носа в сторону носоглотки и проглатывается. Активность этого транспорта зависит не только от работы ресничек цилиарного аппарата эпителия, но и от состояния носовой слизи. Развитие воспаления приводит к изменению физико-химических свойств слизи, нарушению работы цилиарного аппарата. В результате эвакуация слизи задерживается, что ведет к накоплению различных аллергенов в полости носа и околоносовых пазухах. Клинически это выражается нарушением носового дыхания, чувством жжения в носу, гиперсекрецией слизи либо скоплением вязкой слизи в полости носа, формированием корок.

Ирригационная терапия оказывает положительное влияние на морфофункциональное состояние мерцательного эпителия слизистой оболочки носа у больных с аллергическим ринитом, позволяя достаточно эффективно очистить слизистую оболочку от аллергенов.

- Кому в первую очередь должна применяться ирригационная терапия? Каковы особенности ее использования у детей?

– Необходимо особо подчеркнуть, что ирригационная терапия - это полноценный метод лечения, который обладает эффективностью, имеет показания и особенности применения. При ее проведении нужно придерживаться определенных принципов: ни в коем случае не использовать принуждение по отношению к пациенту, отказаться от препаратов с сильной струей, потому что в этом случае резко повышается риск попадания солевого раствора в полость среднего уха через слуховую трубу. При введении солевых растворов по возможности нужно соблюдать рекомендованную производителем методику. Обычно рекомендуется при введении препарата в левую половину носа наклонять голову вправо так, чтобы препарат выливался через правую половину носа, и наоборот. В инструкциях по применению средств ирригационной терапии подробно описаны рекомендуемые методики промывания полости носа, надо их внимательно читать и им следовать.

- Юрий Львович, рынок предлагает немало различных солевых растворов. Как выбрать наиболее подходящий препарат для ирригационной терапии? На что следует обращать внимание?

- Препараты ирригационной терапии обладают доказанной эффективностью, но разной степенью безопасности применения, особенно в педиатрической практике. Среди лекарственных средств данной группы наибольшей безопасностью обладают препараты в форме дозированных спреев. Во-первых, при их применении нет опасности «удара» сильной струей, во-вторых, подобная форма препарата предупреждает возможность бесконтрольного заливания раствором полости носа и носоглотки. При этом введение изотонического раствора в виде мелкодисперсного спрея позволяет эффективно смывать со слизистой оболочки аллергены, поллютанты, антигены, пыль и другие инородные частицы.

Кроме того, при назначении комплексной терапии, особенно в педиатрии, необходимо помнить о снижении комплаентности лечения при увеличении числа рекомендуемых препаратов. Поэтому целесообразно по возможности назначать препараты, оказывающие комплексное воздействие. Одним из таких средств, предназначенных для ирригационной терапии, является препарат Ринорин. Помимо солей натрия, калия и кальция хлорида, создающих изотоничность раствора, в состав препарата в минимальной дозе входит бензалкония хлорид, который, нарушая целостность клеточных мембран

микроорганизмов, обладает широким спектром антимикробной и противогрибковой активности, а также замедляет размножение вирусов. Наряду с присущей ему антибактериальной активностью, бензалкония хлорид оказывает неблагоприятное влияние на клеточное дыхание бактерий, которое, вероятно, обусловлено разобщением окислительного фосфорилирования. Эта способность в дальнейшем позволяет добиться разрушения и элиминации биологических пленок, представляющих определенную проблему у пациентов с хроническими бактериальными заболеваниями. Антисептик не влияет на нормальную микрофлору и не проникает в слизистую оболочку, не угнетает мукоцилиарный клиренс, не вызывает привыкания, нетоксичен. Мелкодисперсное распыление позволяет раствору попасть во все отделы полости носа: и на дно полости, и на носовые раковины, и на перегородку – и достаточно эффективно смыть аллерген и инородные тела. Все эти особенности препарата позволяют использовать Ринорин начиная с первых дней жизни MO

Подготовила Ирина Филиппова

ОБНАРУЖЕН НОВЫЙ ПУТЬ АДАПТАЦИИ ВИРУСОВ

Биологи провели серию экспериментов с бактериальным вирусом и выявили, что он может не только инфицировать носителя, но и приобретать способность инфицировать новые мишени-реципиенты. Исследователи полагают, что полученные ими результаты могут быть применены при исследовании таких вирусных заболеваний, как вирусы Зика, Эбола и птичьего гриппа.

Инфицирование вирусами происходит путем их прикрепления к молекулярным рецепторам на поверхности клетки. Вирусы проникают в клетки через данные рецепторы, используя белки, предназначенные для распознавания хозяина. Ученые обратили внимание на то, что мутации изменяют белки, при этом данные изменения открывают доступ к новым клеткам.

Ученые провели эксперимент на вирусе лямбда, который инфицирует бактерии, а не человека. Исследователи обнаружили, что лямбда нарушает общепринятое правило молекулярной биологии, согласно которому генетическая информация транслируется в белок. Выявлено, что один ген может производить различные белки. У вируса лямбда развилась последовательность белков, склонная к структурной нестабильности, которая привела к созданию по меньшей мере двух различных белков, предназначенных для распознавания хозяина. Данные типы белков способны открывать доступ к разным клеткам, таким образом, вирус способен инфицировать различные клетки хозяина. Подобная негенетическая вариация в белке является способом получить доступ к большему количеству функций из одной цепочки ДНК.

Исследователи ищут другие примеры обнаруженного ими феномена эволюции и пытаются выявить степень его распространения.

КУРЕНИЕ ПОВЫШАЕТ РИСК ПОТЕРИ СЛУХА

Исследователи отметили повышение риска потери слуха среди курильщиков по сравнению с теми, кто никогда не курил. В ходе исследования, в котором приняли участие более 50 тыс. человек на протяжении более 8 лет, британские ученые выявили взаимосвязь между курением и повышенным риском развития нарушения слуха.

Исследователи провели анализ данных ежегодных медицинских осмотров, которые включали аудиодиагностику и заполнение участниками опросника. Также было изучено воздействие статуса курильщика (никогда не курил, курил ранее, курит в настоящее время), количество сигарет в день и длительность отказа от курения на степень потери слуха. Даже после корректировки на такие факторы, как влияние производственного шума, исследователи отметили повышение риска потери слуха среди курильщиков по сравнению с теми, кто никогда не курил. Риск развития нарушений слуха снижался в течение 5 лет после прекращения курения.

Исследование включает длительный период наблюдений, значительный размер используемой в нем выборки и объективную оценку потери слуха, что позволяет предоставить убедительные доказательства того, что курение является независимым фактором риска потери слуха. Авторы исследования отмечают, что для предотвращения потери слуха или задержки ее развития необходимо вести борьбу против табака.

