

4. Власенко Н.Б., Гаврилова Е.М. Научные основы и перспективы применения в иммунохимических методах анализа хеми- и биолюминесцентных реакций // Журн. всесоюз. хим. о-ва им. Д.И. Менделеева. - 1989. - Т.34, №1. - С.24-29.
5. Гительзон И.И., Сандалова Т.П. Перспективы применения биолюминесцентных методов в медицине // Врачебное дело. - 1990. - №9. - С.31-34.
6. Гриневич Ю.А., Барабай В.А., Орел В.Э. Хемилюминесцентный метод в иммунологии // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. - 1986. - №1. - С.91-97.
7. Дорохина Н.А., Савченко А.А., Чесноков А.Б. Использование специфических антигенных препаратов в качестве индукторов дыхательного взрыва лейкоцитов крови при хемилюминесцентном анализе // Клин. лаб. диагностика. - 2001. - №1. - С.39-43.
8. Журавлев А.К., Шерстнев М.И. Метод регистрации перекисной хемилюминесценции плазмы крови // Лаб. Дело. - 1985. - №10. - С.586-587.
9. Зенков Н.К., Меньщикова Е.Б. Практические замечания по регистрации хемилюминесценции фагоцитирующих клеток // Бюлл. СО АМН СССР. - 1990. - №2. - С.72-77.
10. Зурочка А.В., Долгушин И.И., Власов А.В., Рябинин В.Е. Изучение латексиндуцированной люминолзависимой хемилюминесценции нейтрофилов // Лаб. дело. - 1989. - №3. - С.32-36.
11. Иванишкина Е.В., Подопригорова В.Г., Каневский А.С., Азизова О.А. Значение хемилюминесцентных тестов в оценке эффективности лечения язвенной болезни микроволновой резонансной терапией // Клин. медицина. - 2000. - №3. - С.39-41.
12. Маргулис Г.В., Журавлев А.И. Сверхслабое свечение сыворотки крови человека при некоторых хронических заболеваниях // Сверхслабые свечения в медицине и сельском хозяйстве. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1972. - С.27.
13. Маянский А.Н., Невмятуллин А.Л., Чеботарь И.В. Реактивная хемилюминесценция в системе фагоцитоза // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 1987. - №7. - С.109-115.
14. Павленко Р.А., Куденко Ю.А. Хемилюминесцентный метод определения окислительной активности нейтрофилов в процессе фагоцитоза // Лаб. дело. - 1988. - №1. - С.35-37.
15. Решетова Н.В., Дидковский Н.А., Литвиненко Е.В. Хемилюминесцентный способ диагностики переносимости лекарственных средств // Клин. лаб. диагностика. - 1997. - №5. - С.83-84.
16. Тарусов Б.Н., Иванов И.И., Петрусевич Ю.М. Сверхслабое свечение биологических систем. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1967. - 70 с.
17. Угарова Н.Н., Боровко Л.Ю., Лебедева О.В., Берзин И.В. Биолюминесцентные методы и реагенты для целей медицинской диагностики // Вестн. АМН СССР. - 1985. - №7. - С.1540-1558.
18. Фархутдинов Р.Р., Кантюков С.А., Ахмадеев Р.И. Хемилюминесценция мочи, индуцированная ионами двухвалентного железа // Лаб. дело. - 1986. - №5. - С.263-267.
19. Шестаков В.А., Шерстнев М.П. Применение био-хемилюминесценции в медицине (научный обзор) // Медицина и здравоохранение. Сер. хирургия. - 1977. - №3. - С.40-96.
20. Bochev B.G., Margisio M.J., Bochev P.G. et al. Dependence of whole blood luminol chemiluminescence on PMNL and RBC count // J. Biochem. Biophys. Methods. - 1993. - Vol.27, N.4. - P.301-311.
21. De Sole P., Lippa S., Littaru G.P. Chemiluminescence of phagocytic cells // Acta med. Romane. - 1984. - Vol.22, N.2. - P.178-195.
22. Pauksens K., Sjolín J., Venge P. Chemiluminescence of polymorphonuclear leukocytes and whole blood during acute bacterial infections // Scand. J. Infect. Dis. - 1989. - Vol.21. - P.277-284.
23. Vladimirov Yu.A., Sherstnev M.P. Biophysical chemiluminescent analysis. Physicochemical Aspects of Medicine Reviews. // Harwood Academic Publishers GMBH. - 1991. - Vol.2. - P.1-44.

© ИГНАТОВА И.А., СМЕРНОВА С.В. -

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

И.А. Игнатова, С.В. Смирнова.

(Государственное учреждение научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск, директор - проф. В.Т. Манчук)

Резюме. При изучении патологии, в первую очередь, сталкиваешься с определением и классификацией заболевания. В настоящее время не существует универсального общепринятого определения ринита, которое охватывало бы все его известные формы. Отмечаются разногласия и в терминологии, и в классификации ринитов. В статье рассмотрены существующие на сегодняшний день различные классификации ринитов. Однако, эти классификации, либо очень громоздки, либо предельно упрощены и не всегда удобны в практическом применении. Представлено собственное видение этой проблемы - определение и классификация аллергической риносинусопатии, которые были апробированы на 11 Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва, 2001).

Ключевые слова: аллергический ринит, научный обзор.

На основании стремительного роста распространенности аллергопатологии (около 40% популяции страдает аллергией вообще и около 20% - аллергическим ринитом, в частности), можно говорить об эпидемии аллергии, охватившей большинство стран мира [23,46]. В Структуре аллерги-

ческих заболеваний одно из ведущих мест занимает аллергический ринит (аллергическая риносинусопатия, АР). Распространённость АР колеблется в значительных пределах и, вероятнее всего, зависит от экологических условий региона. Так, в Великобритании распространённость АР - от 16

до 30%, в Швеции - 28%, в Новой Зеландии и Австралии - 40%, в Южной Африке - 17%, среди населения Европы Восточной Сибири у городских жителей - от 7,7% до 16,4%, у сельских - от 5,2% до 13,8%, в Санкт-Петербурге - 10% [11,21,36]. Наименьшая распространенность АР отмечена в Эвенкии 2,3% [31].

Эпидемиологические исследования аллергических заболеваний, проведенные в разных странах, в том числе и в России, диктуют следующие положения:

- высокий уровень распространенности и заболеваемости относится ко всем аллергическим болезням, в том числе и к аллергическому риниту (АР);
- заболеваемость аллергией характеризуется ее прогрессирующим увеличением: только за последнее десятилетие произошло удвоение заболеваемости АР;
- данные официальной статистики по обращаемости в лечебно - профилактические учреждения не соответствуют истинным показателям заболеваемости и распространенности АР [23].

Знание эпидемиологии аллергических заболеваний имеет большое значение не только для выявления их распространенности и причин развития, но и для установления структуры заболеваний и уточнения их патогенеза. А это, в свою очередь, поможет выделить клинико-патогенетические варианты патологии, определить патогенетически обоснованные пути их терапевтической коррекции и профилактические мероприятия, совершенствуя тем самым аллергологическую службу.

Эпидемиологические исследования помогают установить связь заболеваемости с условиями окружающей среды, определить факторы риска, составить климатогеографические карты распространения отдельных заболеваний. Однако различные методы их проведения весьма затрудняют сравнение полученных результатов [1,30,35].

При изучении патологии, в первую очередь, сталкиваясь с определением и классификацией заболевания. В доступной литературе мы не нашли четкого определения АР. По мнению А.С. Лопатина [20], пока не существует универсального общепринятого определения ринита, которое охватывало бы все его известные формы. Отмечаются разногласия и в терминологии. По-прежнему для определения одних и тех же состояний используются разные термины: "ринопатия", "вазомоторный ринит", "аллергическая риносинусопатия" и др. Несогласованность в терминологии приводит к тому, что результаты исследований сложно интерпретировать.

Поэтому мы сочли возможным дать наше видение этой проблемы, которое было представлено на 11 Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва, 2001). Понятие риносинусопатии неоднозначное - оно включает в себя как самостоятельную нозологическую форму, так и синдром, различающихся по этиологии, патогенезу, но объединенных общностью основных-диаг-

ностических критериев со стороны носа - гиперреактивность, воспаление, обтурационный синдром (обратимый полностью, либо частично). Таким образом, аллергическая риносинусопатия (аллергический ринит) - это заболевание или синдром, проявляющиеся пароксизмальной ринореей, чиханием, зудом в носу и затрудненным носовым дыханием, в основе которого лежат изменение реактивности (аллергологической, иммунологической, неспецифической) и хроническое воспаление слизистой оболочки полости носа, как результат повреждающего действия медиаторов аллергии, высвобождение которых опосредовано иммунными и/или неиммунными механизмами [32].

Термин "риносинусит", объединяющий два различных заболевания (ринит и синусит) может использоваться только в тех случаях, когда этиология и характер поражения слизистой оболочки носа и околоносовых пазух одинаковы. В наибольшей степени это приемлемо для аллергической формы поражения. Однако в большинстве случаев форма и особенности поражения слизистой оболочки носа и пазух имеют свои не сочетающиеся особенности. Так при аллергическом рините может быть гнойный, кистозный или полипозный синусит, в свою очередь, при гнойном или пристеночно-гипертрофическом синусите - атрофический процесс в слизистой оболочке носа и т.д. Даже в каждой придаточной пазухе носа патологический процесс может иметь свои особенности [28].

Существующие классификации АР в большинстве своем противоречивы, смешивающие этиологические, патогенетические, морфологические и клинические подходы, что затрудняет их практическое применение.

В зависимости от свойств воздействующих факторов и реактивных особенностей организма, В.И. Воячек (1953) различал катары: 1) по вызывающему их фактору (катар от действия механического, термического, химического и других раздражителей); 2) по характеру экссудата (геморрагический, серозный, гнойный); 3) по течению (острый и хронический); 4) по поражаемости в определенное время года - сезонные катары (действие холодного фактора может быть прямым - непосредственное охлаждение и рефлекторным - происходящим от охлаждения отдаленных частей тела); 5) бактериальные формы ринитов; 6) особые реактивные формы - так называемый "ложный" ринит (ринорея), атрофический и гипертрофический катары, как примеры расстройств трофической нервной регуляции [19].

К.Д. Миразизов и соавт. (1981) предложили клинико-патогенетическую классификацию форм и стадий аллергического ринита по различным признакам. I. По форме заболевания: инфекционно-аллергический, атопический (неинфекционно-аллергический). II. По клиническому течению: фазы заболевания (ремиссия, обострение); стадии заболевания (отечная, гиперпластическая, полипозная). III. Сопряженные заболевания: параназальные аллергические синуситы, аллергический фарингит, бронхиальная астма и др. [24].

С клинической точки зрения общепринятым является деление неспецифических ринитов на острые и хронические. Хронические риниты подразделяются на катаральные, гипертрофические, атрофические и вазомоторные [34]. Большую роль в организации помощи больным вазомоторным ринитом сыграла классификация Л.Б. Дайняк (1966), выделяя его аллергическую и нейровегетативную формы [9]. Отдельные авторы не признают нейровегетативную форму вазомоторного ринита [8,16]. В группу аллергических риносинусопатий относят аллергическую форму вазомоторного ринита [9,29], пыльцевую энзимопатию, или поллиноз [19]. Некоторые оториноларингологи [51] различают специфическую (с найденным аллергеном) и неспецифическую (с не выявленным аллергеном) формы вазомоторного ринита. Хотя не установленный аллерген может быть следствием плохих диагностических возможностей, и не иметь отношения к неспецифической форме ринита. Ряд авторов считают аллергический ринит самостоятельным заболеванием, а не вариантом вазомоторного ринита [24,39,44]. В свою очередь, вазомоторный ринит может быть одним из клинических проявлений псевдоаллергического варианта риносинусопатии [32].

Изучая источники литературы по данной тематике, наше внимание привлекло большое разнообразие не всегда согласованных между собой названий и терминов. Так, некоторые авторы употребляют термины "нейровегетативный" и "вазомоторный" как синонимы [12,18]. Подчеркивая доминирующую роль аллергического фактора в патогенезе ринита, некоторые исследователи определяют его, как "вазомоторно-аллергический" [10,27,35]. Нейровегетативную форму ринита называют "нейрорефлекторной" или "нейросекреторной" [7,14,15]. Ряд отечественных ученых [5, 13,25,37] выделяет только вазомоторную форму ринита. Другие выделяют смешанную форму вазомоторного ринита, подразумевая сенсibilизацию организма одновременно к неинфекционным и инфекционным аллергенам [8]. В свое время И.А. Лаптева (1951) объединила все формы вазомоторного ринита в одну и назвала ее "неврогенным рефлекторным насморком" [17].

Зарубежные авторы [41,45,49,50,52] выделяют преимущественно варианты неинфекционно-аллергического ринита: сезонные (пыльцевые, периодические) и несезонные (постоянные, непериодические, круглогодичные). Эти варианты неинфекционно-аллергического ринита носят общее название: атопический ринит. Термин "атопия" (atopia, греч. - нечто необычное, странность) введен американскими аллергологами Соса и Сооке (1923), объединяя группы наследственно опосредованных болезней, протекающих по немедленному типу (I тип) развития аллергической реакции [42]. Однако в основе развития неинфекционно-аллергических форм ринита могут лежать и другие механизмы иммунопатологической основы запуска аллергической реакции - II, III, IV типы по классификации Gell & Coombs (1968) [43]. При

дифференциальной диагностике аллергических ринопатий можно пользоваться классификацией Е.О. Meltzer (1994), выделяющей воспалительные и невоспалительные формы. Среди воспалительных: 1) аллергические риниты (сезонные и круглогодичные); 2) эозинофильные неаллергические риниты (NARES); 3) инфекционные (вирусные, бактериальные); 4) назальный полипоз; 5) ирритантные риниты; 6) атрофические риниты. Из невоспалительных ринитов выделены: 1) вазомоторные (идиопатические) - в связи с местной дисфункцией, системными состояниями - беременность, половое созревание, гипотиреозидизм и акромегалия; 2) медикаментозные [47,48].

Международная согласительная комиссия по выработке классификации ринитов суммировала существующие точки зрения по этому вопросу и выделила формы течения ринита (Копенгаген, 1994): I. аллергический - сезонный и круглогодичный; II. инфекционный - острый и хронический, из которого выделяют - специфический (туберкулез, сифилис, лепра, САР) и неспецифический (синдром Картагенера, синдром Янга, грибковый, паразитарный); III. другие типы ринита - идиопатический (неаллергический с эозинофилией, вазомоторный), профессиональный (контакт с аллергеном на рабочем месте), гормональный (беременность, гипотиреоз, подростковый возраст), медикаментозный (резерпин, аспирин, кокаин и др.), вызванный веществами раздражающего действия (отбеливатели, растворители, одеколон), пищевой (горячая и острая пища, алкоголь, консерванты), психогенный (стрессы, половое возбуждение) и атрофический (озена) [22].

Следует подчеркнуть, что международная классификация выделяя конкретные формы ринита, не учитывает, что АР могут быть как истинного аллергического, так и псевдоаллергического генеза, в свою очередь, истинные АР могут быть как неинфекционного, так и инфекционного происхождения, и, наконец, в их основе могут лежать различные иммунологические механизмы. Кроме того, в представленной классификации, одна из форм ринита обозначена словом "другие", в которую включено большое количество её разновидностей. Руководствуясь этой классификацией, практический врач вынужден будет ставить абсурдный, на наш взгляд, диагноз: другой ринит, пищевой; другой ринит, атрофический и т.д. Полипоз носа по этой классификации предложено отнести к разряду заболеваний носа, нуждающихся в дифференциации с хроническим ринитом, хотя он может быть одним из проявлений классической псевдоаллергической формы аллергии - астматической триады. По данным Н.А. Арефьевой (1997) вазомоторная и полипозная формы ринита имеют общие иммунологические закономерности и могут рассматриваться как стадии единого процесса [2]. Участники международного консенсуса по классификации, диагностике и лечению ринита предлагают отменить термин "вазомоторный", ссылаясь на наличие сосудистой реакции со стороны слизистой оболочки носа при всех формах

ринита, в том числе и острых. Вместо термина "вазомоторный" было рекомендовано пользоваться термином "идиопатический". Однако сосудистая реакция слизистой оболочки носа, имеющей сложную систему артериальных и венозных сосудов, при различных формах ринита неодинакова, что подтверждено многочисленными морфологическими исследованиями. Возникает еще один вопрос: если в классификации представлен с учетом морфологической картины - атрофический ринит, почему же отсутствует часто встречающийся вид патологии слизистой оболочки носа, такой как гипертрофический ринит? При классификации аллергического ринита использованы, предложенные аллергологами около 20 лет назад, термины "сезонный" и "круглогодичный". Однако к сезонным аллергическим ринитам может быть отнесен с полным правом только поллиноз. Тогда как острые аллергические риниты, которые могут не быть сезонными, и, естественно, не относятся к круглогодичным, возникая от действия большого числа других аллергенов, не нашли своего места в классификации. Круглогодичный аллергический ринит целесообразно называть хроническим.

Свидетельством незавершенности ряда позиций предлагаемой консенсусом классификации является также тот факт, что в марте 1997 года на XVI Всемирном конгрессе оториноларингологов председатель группы по классификации ринита М. Lund в своем докладе упростила ее до обозначения воспалительного процесса слизистой оболочки носа и околоносовых пазух единым термином - "риносинусит" [22]. Выделено 3 стадии риносинусита: острая, подострая и хроническая. Подострая форма его определяется периодом развития от 4 до 12 недель от начала заболевания.

Российские ринологи, в свою очередь, провели обсуждение данной проблемы на специально созванной для этого конференции. С учетом вышеизложенного, основываясь на анализе этиологических факторов, клинических проявлений, риноскопической и морфологической картины, предложена классификация, в которой выделили: I. острый ринит - инфекционный (специфический, неспецифический), аллергический (сезонный) и травматический; II. хронический ринит - инфекционный (специфический, неспецифический), - катаральный, - аллергический (круглогодичный) с его патоморфологическими формами (вазодилаторная, гиперсекреторная, отечная, полипозная, смешанная), - вазомоторный и его патоморфологические формы (вазодилаторная, гиперсекреторная, отечная, полипозная, смешанная), - гипертрофический и формы гипертрофии (кавернозная, фиброзная, сосочковая, полипозная, костная, смешанная), - атрофический и - озена [28].

К специфическим инфекционным ринитам относятся риниты, вызванные возбудителями инфекционных заболеваний (дифтерии, менингита, туберкулеза, гонореи, сифилиса, хламидиоза, микоплазмоза и др.). Аллергический ринит представлен в группе острых ринитов только как сезонный, а в группе хронических - только как

круглогодичный. Напрашивается вопрос: А куда же делась большая группа острых специфических неинфекционных ринитов, не имеющих сезонности и хронических аллергических ринитов, протекающих с длительными ремиссиями? Травматический ринит развивается при повреждениях слизистой оболочки после грубых манипуляций, оперативных вмешательств, тампонады, воздействий механических, термических, химических или физических раздражителей. Несмотря на разнородность факторов, воздействующих на слизистую оболочку, патогенетические основы развивающегося воспаления имеют много общего. В связи с тем, что гипертрофическому риниту свойственно разнообразие морфологических изменений, в классификации выделено 6 форм гипертрофии, что позволяет в зависимости от характера изменений слизистой оболочки выбрать соответствующую лечебную тактику. По нашему мнению, данная классификация при всех своих достоинствах, трудна в работе, так как установить ту или иную морфологическую форму гипертрофии врач имеет возможность лишь по гистологическим результатам биопсии.

Классификация аллергических ринитов в последнее время пересматривается экспертами Всемирной организации здравоохранения [40]. Предлагаемые изменения обосновываются следующими моментами. Если появление симптомов сезонного ринита имеет достаточно четкие временные рамки, связанные с сезонами пыления различных растений, то выраженность симптомов круглогодичного ринита (особенно вызванного плесневыми грибами) может в значительной степени варьировать в течение года в зависимости от сезона и погодных условий. Обычно количество мицелия в воздухе снижается в зимние месяцы и увеличивается летом и осенью. Кроме того, необходимо учитывать что: 1) пыльца некоторых растений в отдельных регионах (например, *Parietaria* в Средиземноморье) является круглогодичным аллергеном; 2) симптомы круглогодичного ринита не всегда присутствуют в течение всего года; 3) большинство больных sensibilizировано к нескольким аллергенам; 4) многие больные сезонным ринитом sensibilizированы к плесням, и симптомы заболевания могут появляться не только в четкой связи с сезоном цветения. Изменяясь в течение года, поллиноз может также иметь волнообразное течение, сопровождаясь сезонными вспышками. Следовательно, появление симптомов при сезонном рините не всегда ограничено четкими временными рамками. Наибольшее внимание уделено хронической, сезонной форме аллергической риносинусопатии, при которой наблюдаются различные изменения аллергического характера со стороны носоглотки, глотки и гортани. Несмотря на то, что многие клинические проявления аллергической реакции локальны, по сути, они являются признаком системного заболевания. Примером вышеизложенного могут служить сведения о сочетании аллергического ринита с бронхиальной астмой, а также наличие скрытой пато-

логии бронхолегочной системы при аллергическом рините. В 2001 году была опубликована международная программа ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma - аллергический ринит и его влияние на астму), разработанная в сотрудничестве с Всемирной организацией здравоохранения. Эта программа предлагает ряд форм аллергического ринита. 1. Интермиттирующий (intermittent) - сезонный (лёгкий, среднетяжёлый и тяжёлый). 2. Персистирующий (persistent) - круглогодичный (лёгкий, среднетяжёлый и тяжёлый). Если симптомы имеются менее 4 дней в неделю или менее 4 недель, то диагностируется интермиттирующий аллергический ринит, а если симптомы продолжаются более 4 дней в неделю или более 4 недель - персистирующий. Кроме того, каждый из них по тяжести заболевания может быть легким, среднетяжелым и тяжелым, с учетом выраженности симптомов и степени ухудшения качества жизни больного. Легкий АР диагностируют, если он не оказывает влияния на качество жизни больного (занятия спортом, учебу, работу, отсутствуют мучительные симптомы). Среднетяжелый (тяжелый) АР диагностируется при наличии у больного, по крайней мере, одного из следующих признаков: нарушение сна или повседневной активности, невозможность занятий спортом, нормального отдыха, нарушение профессиональной деятельности или учебы, а также наличие мучительных симптомов. В зависимости от выраженности этих признаков диагностируется среднетяжелый или тяжелый АР. Данная классификация согласуется с международными рекомендациями GINA [38], выделяющими интермиттирующую и персистирующую формы бронхиальной астмы (БА). Практически в 80-90% случаев у больных, страдающих бронхиальной астмой, отмечается аллергический ринит. Общность механизмов воспаления и общий генетический фон дают основания рассматривать бронхиальную астму и аллергический ринит как единую болезнь (one way, one disease, allergic rhinobronchitis) [40].

Итак, в настоящее время в основе классификации аллергического ринита лежит его деление на круглогодичную и сезонную форму (поллиноз с наличием либо отсутствием глазных симптомов), а также в зависимости от течения (персистирующую и интермиттирующую формы) и степени тяжести клинических проявлений, оцениваемой в основном по влиянию на качество жизни. Значительную роль, как для фундаментальной аллергологии, так и для практической медицины играют положения, изложенные И.И. Балаболкиным, относительно поллинозов у детей [3]. Автором подчеркивается, что поллиноз является классическим (маркерным) атопическим заболеванием, с точки зрения относительного вклада атопии в патогенез заболевания. Это подразумевает минимальное влияние других патофизиологических механизмов формирования заболевания - паторецепторных, инфекционных, гормональных, психологических и др. Важное значение имеет тот факт, что поллиноз обладает яркой клинической картиной, в по-

давляющем случае не требующей дополнительной дифференциальной диагностики с другими заболеваниями. Сезонный ринит может трансформироваться в круглогодичный, благодаря перекрестной иммунологической реактивности, возникающей при потреблении пищевых продуктов из растений, к пыльце которых имеется сенсибилизация [6]. Может наблюдаться и перекрёстная иммунологическая реактивность к антигенам растений, относящихся к разным классам, но имеющих сходную химическую структуру. Предложен следующий вариант классификации форм вазомоторного ринита: аллергическая - атопическая (круглогодичная, сезонная и смешанная) и неаллергическая (ложноаллергическая, нейровегетативная).

В последние годы интенсивно пересматривается проблема классификации и рационального лечения различных форм АР. Научной базой для этого является огромное число работ, посвященных изучению патогенеза заболевания и эффективности различных методов его лечения с позиций доказательной медицины. Обобщенные результаты этих исследований изложены коллективами экспертов в рекомендательных документах: Международного консенсуса по диагностике и лечению ринита (1994) и программы ВОЗ ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, 2001) [22,40]. Положения, изложенные в этих документах, далеко не сразу и не полностью воспринимаются российскими врачами, и это в первую очередь касается вопросов классификации. По-прежнему популярной остается классификация Л.Б. Дайняк (1966). Деление вазомоторного ринита на аллергическую и нейровегетативную формы предлагается и в тех учебниках, которые используются при обучении в ВУЗах [4,26].

Проблемы дифференциальной диагностики, а также реабилитации существующих форм аллергических ринитов исходят, скорее всего, из огромной вариабельности терминов и отсутствия единой, патогенетически обоснованной и клинически приемлемой классификации болезни.

Существующие классификации АР либо очень просты (сезонные, постоянные), либо громоздки и не удобны для практического применения, так как не определяют чёткого клинко-патогенетического подхода к данной патологии. На 11 Национальном конгрессе по болезням органов дыхания представлены клинко-патогенетические варианты АР [32], исходя из классификации аллергии по патогенезу [31]. С учетом основного патогенетического механизма все виды АР разделены на две формы - истинная аллергическая (ИАР) и псевдоаллергическая (ПАР).

У больных ИАР, наряду со специфическими механизмами, нередко определяются и неспецифические, в ее пределах выделено два клинко-патогенетических варианта: опосредованный специфическими механизмами и опосредованный смешанными механизмами (специфическими и неспецифическими). С учетом иммунопатологической основы запуска аллергических механизмов, выделенных Jell & Coombs (1968) определе-

ны атопический и неатопический подтипы в пределах каждого клинико-патогенетического варианта ИАР.

Клинико-патогенетические варианты ПАР определены как аналоги истинной аллергической формы. Так выделены псевдоатопический и неатопический псевдоаллергический варианты. Псевдоатопические варианты ПАР определены с учетом патогенетических механизмов: гистаминовый; нарушение метаболизма арахидоновой кислоты (астматическая триада). Неатопические варианты ПАР связаны с нарушением активации комплемента.

Проведенные ранее исследования показали, что все неспецифические механизмы аллергии сопровождаются нарушением функций гепатобилиарной системы (ГБС). Участие патологии ГБС в развитии ПАР могут реализоваться не только через нарушение метаболизма моноаминов, арахидоновой кислоты и активации комплемента, а также через другие звенья патогенеза (нарушение активации калликреин-кининовой системы, снижение детоксицирующей активности по отношению к биологически активным и другим веществам и т.п.). Учитывая разнообразие возможных путей взаимодействия АР и патологии ГБС, в оба

подтипа ПАР введены клинико-патогенетические варианты с конкретным указанием на нарушение функции ГБС. Сюда входят все случаи, когда нормализация состояния ГБС приводит к ликвидации синдрома риносинусопатии или значительному улучшению его течения, а точный механизм этого явления остаётся неизвестным. Представленная классификация удобна в практическом применении, поскольку дифференцированные подходы к аллергической риносинусопатии являются основанием для проведения патогенетически обоснованной терапии ее различных клинико-патогенетических вариантов.

Вследствие отсутствия общепринятой классификации АР в России больные зачастую направляются для хирургического лечения с диагнозом вазомоторный ринит, полипозный синусит, без предварительного аллергологического обследования и без учета возможного истинного аллергического и псевдоаллергического генеза заболевания. При наличии недиагностированной аллергии, такая лечебная тактика нередко наносит серьезный вред здоровью больного, способствуя прогрессированию заболевания респираторного тракта - развитию бронхиальной астмы, и в частности к развитию, и утяжелению астматической триады.

SOME ASPECTS OF THE CLASSIFICATION OF ALLERGIC RHINITIS

I.A. Ignatova, S.V. Smirnova

(State Medical Research Institute for Northern Problems of Russian Academy of Medical Sciences (RAMS), Krasnoyarsk, Russia)

While studying any pathology the researcher faces immediately the problem of definition and classification of the disease. At present there is no common definition of rhinitis, which could include all its forms. There is discrepancy both in terminology and in classification of rhinitis. The present research is devoted to the existing differences between the classifications of rhinitis. But these classifications are either too complicated or too primitive. Besides they can not be applied practically in all the cases. We offer our view of this problem, i.e. our definition and classification of allergic rhinosinusopathy. They were tested by the 11th National Congress for pulmonary diseases (Moscow, 2001).

Литература

1. Агаджанова С.М. Распространённость и структура ЛОР - патологии у детей по данным углублённого осмотра // Актуальные вопросы оториноларингологии и логопатологии: Сб. работ СПб. ЛОР НИИ. - СПб., 1994. - С.188-191.
2. Арсеньева Н.А., Фазлыева Р.М, Машко П.Н. Система гемостаза у больных аллергическим ринитом // Рос. ринология. - 1997. - №4. - С.8-10.
3. Балаболкин И.И. Распространённость, диагностика и лечение поллиноза у детей // Аллергология. - 1998. - №2. - С.41-45.
4. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. - М., 2001.
5. Васильев Е.А. Опыт лечения вазомоторных ринитов // Тез. докладов VI Всерос. съезда оториноларингологов. - Оренбург, 1990. - С.67-68.
6. Гаджимирзасв Г.А., Гамзатова А.А., Гаджимирзасва Р.Г. Аллергические риниты у детей и взрослых. - Махачкала: Юпитер, 2002. - 311 с.
7. Гамзатова А.А. Лечение термолуэцией больных вазомоторным ринитом: Автореф. дисс ... канд. мед. наук. - Куйбышев, 1985. - 24 с.
8. Гербер В.Х., Дергачёв В.С., Хабаров А.С. Аллергические риносинуситы: Методическое пособие. - Барнаул, 2001. - 6 с.
9. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит. - М.: Медицина, 1966. - 175 с.
10. Демидов Г.А., Гершанович Н.Л. Лечение стойких форм вазомоторного ринита, как предварительный этап ринопластики // Вестн. оториноларингологии. - 1972. - № 5. - С.56-58.
11. Емельянов А.В., Федосеев Г.Б., Сергеева Г.Р. и др. Распространённость бронхиальной астмы и аллергического ринита среди взрослого населения Санкт-Петербурга // Аллергология. - 2002. - №2. - С.10-15.
12. Зисельсон А.Д. Поллиноз у детей. - Л.: Медицина, 1989. - С.160.
13. Ильин А.Г., Силкина В.А. Применение лазерной микрохирургической установки "Ромашка-2" для лечения вазомоторного ринита // Матер. науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и выездной сессии МНИИ уха, горла и носа, г. Иркутск. - М., 1987. - 4.1. - С.68-69.
14. Кадымова М.И. Криовоздействие при вазомоторном рините // Вестн. оториноларингологии. - 1973. - №2. - С.81-84.
15. Карпов В.П. Магнитотерапия как метод лечения вазомоторного риносинусита // Тезисы XI съезда оториноларингологов СССР. - Кишинёв, 1988. - С.403-404.

16. Круглый И.М., Гончарова Е.Р., Хаитова Р.Г. Диагностика и неспецифическая гипосенсибилизация при хронических аллергических риносинуситах у детей // Журн. ушн., нос и горл. бол. - 1982. - №4. - С.21-24.
17. Лаптева Н.А. Неврогенные рефлекторные насморки и их лечение гистамином: Автореф. дис... канд. мед. наук - М., 1951. - 20 с.
18. Ленский Е.В., Зюбр Т.П., Ленский В.Е. Лечение вазомоторных и аллергических ринитов веществами, заключёнными в гелисвую основу // Матер. науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и выездной сессии МНИИ уха, горла и носа, г. Иркутск. - М., 1987. - С.63-64.
19. Лихачёв А.Г., Гольдман И.И. Хронические аллергические риносинуситы. - М.: Медицина, 1967. - С.148.
20. Лопатин А.С. XVII конгресс Европейского ринологического общества и международный симпозиум "Инфекция и аллергия носа" // Рос. ринология. - 1998. - №4. - С.40-41.
21. Лусс Л.В. Этиология, патогенез, проблемы диагностики и лечения аллергического ринита // Русский мед. журнал. - 2003. - Т. 11, №12. - С.718-728.
22. Отчёт о международном консенсусе по диагностике и лечению ринита // Рос. ринология. - 1996. - №4. - С.5-41.
23. Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы / Под ред. Р.М.Хаитова. - М., 2001. - 117 с.
24. Миразизов К.Д., Мильман М.Ш., Буссель Л.Г. Современные аспекты классификации аллергических ринитов // Вестн. оториноларингологии. - 1981. - №3. - С.46-50.
25. Николаевская В.П. Применение эндоназального фонофореза при лечении вазомоторного ринита у детей и взрослых: Сб. трудов МНИИ уха, горла и носа. - М., 1974. - Вып.22. - С.91-94.
26. Овчинников Ю.М. Оториноларингология. - М., 1995.
27. Осинцова К.Ф. Отдалённые результаты конхотомии при вазомоторном рините // Матер. междунар. науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и выездной сессии МНИИ уха, горла и носа, г. Иркутск, 1977. - С.97-99.
28. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. - М.: МИКЛОЖ, 1997. - С.390.
29. Плужников М.С., Лавренова Г.В. Воспалительные и аллергические заболевания носа и околоносовых пазух. - Киев: Здоровья, 1990. - 142 с.
30. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Триада-Х, 1999. - 470 с.
31. Смирнова С.В. Аллергия и псевдоаллергия (к вопросам распространенности, этиологии, патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии). - Красноярск: Гротеск, 1997. - 220 с.
32. Смирнова С.В. Клинико-патогенетические варианты аллергической риносинусопатии // 11 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 2001. - С.223.
33. Турашова З.Н. Криотерапия в комплексном лечении хронической патологии носа у детей // Матер. зональной науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и выездной сессии МНИИ уха, горла и носа. - М., 1987. - С.74-75.
34. Ундриц В.Ф. Аллергические проблемы в оториноларингологии // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1963. - №1. - С.3-19.
35. Цветков Э.А., Вesselов Н.Г., Агаджанова С.М. Социально-гигиеническая характеристика ЛОР-патологии у детей, посещающих дошкольные учреждения Санкт - Петербурга // Вестн. оториноларингологии. - 1996. - №6. - С.33-37.
36. Черняк Б.А., Тяренкова С.В., Буйнова С.Н. Аллергические риниты в Восточной Сибири: распространённость, этиологическая характеристика и взаимосвязь с бронхиальной астмой в разных возрастных группах // Аллергология. - 2002. - №2. - С.3-8.
37. Чесноков А.А. Гормональная терапия вазомоторных ринитов у детей // Матер. междунар. науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и выездной сессии МНИИ уха, горла и носа. - М., 1974. - С. 128-130.
38. Чучалин А.Г. Механизмы защиты органов дыхания // Пульмонология. - 1992. - Приложение 1. - С.8-15.
39. Amabile G. La diagnosi e la terapia della rhinite allergica // Otorinolaryngologia. - 1984. - Vol.34, N.1. - P.71-74.
40. Bousquet J.C.P., Khaltayev N. et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) // Poscet Guide. - 2001. - №23. - P.5.
41. Clement P.A., van der Veken P., Verstraeten J. et al. Recurrent poliposis nasi // Rhinology. - 1989. - Suppl. N.8. - P.5-14.
42. Coca A.F., Cooke R.A. On the classification of the phenomena of hypersensitiveness // J. Immunol. - 1923. - Vol.8. - P. 163.
43. Gell P.G.H., Coombs R.R.A. Clinical aspects of Immunology. - 2nd ed. - Oxford: Blackwell Sci. Publ., 1968.
44. Kadoesa E. Szerum Ig. E vizsgálatok rhinitis allergicas betegségeken. //Full-Orr-Gegegyoj. - 1981. - Vol.27, N.4. - P.221-225.
45. Kawabori Sh., Nakamura A., Okude J. The reactivity of mast cells in nasal mucosa. Comparison between allergic and nonallergic disease Auris Nasus // Larynx. - 1987. - Vol.14, N.2. - P.77-86.
46. Lundback B. Epidemiology of rhinitis and asthma // Clin. Exp. Allergy. - 1998, Vol.28, N.2. - P.3-10
47. Mackay I.S. Classification and differential diagnosis of rhinitis // Eur. Resp. Rev. - 1994. - Vol.4, N.20. - P.245-247.
48. Meltzer E.O. Is the successful control of perennial rhinitis achievable? // Eur. Resp. Rev. - 1994. - Vol.4, N.20. - P.266-270.
49. Schmidt P.H. Patient interrogation and Rhinoscopy // Acta oto - rhinolaryng. Belg. - 1979. - Vol.33. - P.461-565.
50. Takahashi M., Kanascki N., Okude I. et al. Clinical analysis of nasal allergy. Comparison among patients with house dust or mite allergy. Pollinosis and antigen - unknown allergy // Pract. otol., 1987. - Vol.80, N. 15. - Suppl. - P.24-33.
51. Topozada H.H., Talaat M.A. The Allergic Nasal Mucosa Following Vidian Neurotomy. Electron Microscopic Study. // ORL (Basel). - 1976. - Vol.30, N.3. - P.164-177.
52. Ukai K., Amesara K., Sakokura I. et al. Clinical evaluation of ketatifen after eight weeks of administration for perennial nasal allergy // Pract. otol. Kyoto. - 1989. - Vol.82, N.1. - P.149-161.