

https://doi.org/10.26442/26586630.2019.1.190340

Материалы конференции

Вазомоторный ринит: нерешенная проблема

Обзор выступления кандидата медицинских наук, заведующего детским оториноларингологическим отделением, ведущего научного сотрудника ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России **Дмитрия Петровича Полякова**.

Выступление состоялось в рамках XXIV Научно-практической конференции «Фармакотерапия уха, горла, носа с позиции доказательной медицины».

Для цитирования: Вазомоторный ринит: нерешенная проблема. Обзор выступления Д.П.Полякова. Педиатрия. Consilium Medicum. 2019; 1: 29–32. DOI: 10.26442/26586630.2019.1.190340

Conference Proceedings

Vasomotor rhinitis: an unsolved problem

Review of the speech of the candidate of medical sciences otorhinolaryngological department, leading researcher of the Federal State Budgetary Institution Clinical Center of Otorhinolaryngology of the **Dmitrii P. Poliakov**, Federal Medical Biological Agency.

The speech took place within the framework of the XXIV Scientific Conference "Pharmacotherapy of the ear, nose and throat from the standpoint of evidence-based medicine".

For citation: Vasomotor rhinitis: an unsolved problem. Review of the speech of the D.P.Poliakov. Pediatrics. Consilium Medicum. 2019; 1: 29–32. DOI: 10.26442/26586630.2019.1.190340

Д.П.Поляков подготовил свое сообщение на основании клинических рекомендаций Российского общества ринологов (РОР) «Вазомоторный ринит: патогенез, диагностика и принципы лечения» [1] и рекомендаций Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (European Academy of Allergy and Clinical Immunology – EAACI) [2].

Термин «вазомоторный ринит» (ВР) применяется на территории Российской Федерации, он же используется в Международной классификации болезней 10-го пересмотра. В зарубежных публикациях применяются соответствующие ВР другие термины: неаллергический ринит (nonallergic rhinitis – NAR), неаллергический неинфекционный ринит (nonallergic noninfectious rhinitis – NANIR), неаллергический неинфекционный круглогодичный ринит (nonallergic noninfectious perennial rhinitis – NANIPER), идиопатический ринит (idiopathic rhinitis – IR) и др.

ВР – хроническое заболевание, при котором дилатация сосудов носовых раковин и/или назальная гиперреактивность развиваются под воздействием неспецифических экзогенных или эндогенных факторов, но не в результате иммунологической реакции и не сопряжены с эозинофилией (РОР). В рамках рекомендаций РОР под ВР подразумевается гетерогенная группа хронических NANIR за исключением атрофического, неаллергического профессионального ринита при непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других нестероидных противовоспалительных препаратов и специфических морфологических форм, таких как неаллергический ринит с эозинофильным синдромом (NARES), неаллергический ринит с тучными клетками (NARMA), неаллергический ринит с нейтрофилами (NARNE), неаллергический ринит с эозинофилами и тучными клетками (NARESMA).

В соответствии с рекомендациями EAACI (2017 г.), NANIR (NAR) включает в себя гетерогенную группу пациентов, страдающих ринитом без клинических признаков инфекции (окрашенное отделяемое) и без системных проявлений аллергического воспаления (специфические IgE и/или кожные тесты).

Классификация ВР (РОР):

- Рефлекторный:
 - пищевой;
 - холодовой;
 - другие.
- Медикаментозный:
 - связанный с топическими деконгестантами;
 - связанный с системным применением лекарств.
- Гормональный:
 - ринит беременных;
 - ринит пубертатного периода;
 - другие.

• Рефлекторный:

- пищевой;
- холодовой;
- другие.

• Психогенный.

• Идиопатический.

Рекомендации EAACI выделяют фенотипы, или субгруппы, NANIR:

- медикаментозный;
- ринит пожилых (сенильный);
- гормональный (включая ринит беременных);
- неаллергический профессиональный ринит;
- вкусовой;
- идиопатический.

Фенотипы NANIR разделены на две большие группы в зависимости от *состояния слизистой оболочки носа и особенностей интраназальной анатомии*, определяющих тяжесть симптоматики (рис. 1). Д.П.Поляков отметил, что оториноларингологи редко видят какие-то изолированные проблемы – только искривление носовой перегородки или только ВР. Как правило, имеет место смешанная форма ринита.

Эпидемиологические данные

По данным недавних иностранных публикаций, у подростков и взрослых диагностировано около 25% всех ринитов: 50 млн человек в Европе, 19 млн человек в США, 450 млн человек в мире. Наиболее распространен ВР у пациентов в возрасте старше 50 лет, женщины страдают чаще мужчин. В мире по статистике соотношение аллергический ринит (АР):ВР=3:1. В России статистический учет ВР не ведется.

Согласно согласительному документу EAACI, распространенность АР с возрастом увеличивается наряду с

Рис. 1. Фенотипы NANIR.

Fig. 1. NANIR phenotypes.



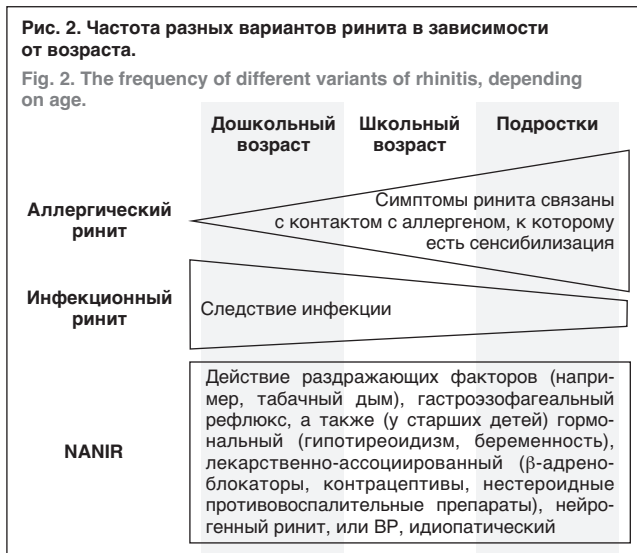


Таблица 1. Лекарственно-ассоциированный ринит (D.Kennedy, P.Hwang, 2012, B.Schroerv, L.Pien, 2012)
Table 1. Drug-associated rhinitis (D.Kennedy, P.Hwang, 2012, B.Schroerv, L.Pien, 2012)

Группа	Подгруппа, препараты
Антигипертензивные	β -Адреноблокаторы Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента Метилдопа Резерпин Гуанетидин α -Адреноблокаторы α -Адреномиметики Фентоламин Блокаторы кальциевых каналов
Психотропные/нейролептики	Хлорпромазин
Противоэпилептические средства	Габапентин
Оральные контрацептивы	Экзогенные эстрогены Комбинированные контрацептивы
Регуляторы потенции	Силденафил

сенсibilизацией, инфекционными ринитами с возрастом болеют реже, а распространенность NANIR практически одинакова на протяжении всего детства (в 4 года – примерно 8% детей, в 8 лет – 6%, в подростковом возрасте – почти 10%); рис. 2.

Несомненно, на протяжении детства присутствуют причины для развития BP:

- прорезывание зубов (развивающийся BP связан в данном случае с избыточной импульсацией из крылонебного узла);
- гиперплазия аденоидов, приводящая к ретроназальной обструкции и через ряд патофизиологических механизмов к реакции нижних носовых раковин;
- острые респираторные вирусные инфекции, сопровождающиеся частым применением деконгестантов;
- искривление перегородки носа;
- синдром вегетативной дисфункции;
- пубертат;
- начало половой жизни – так называемый «ринит месячного месяца» и т.д.

Триггерные механизмы

Известно множество факторов, которые могут привести к дисбалансу местных медиаторов (относящихся к адренергическому и холинергическому отделам нервной системы, а также таких медиаторов, как оксид азота, гистамин); также может иметь значение непосредственное действие эстрогена. Д.П.Поляков пе-

речислил эти факторы в соответствии с рекомендациями РОР:

Факторы внешней среды:

- температура вдыхаемого воздуха;
- изменение окружающего барометрического давления;
- химические соединения (озон, оксид азота, дым, пахучие вещества, поллютанты, острая пища, никотин и смолы, алкоголь, кокаин и др.);
- респираторная вирусная инфекция.

Эндогенные или эндогенно-опосредованные факторы:

- эмоции и стресс;
- физическая нагрузка;
- сексуальная активность;
- гормональный дисбаланс:
 - эстрогены/прогестерон (пубертат, беременность, менструация);
 - гормоны щитовидной железы (гипотиреозидизм);
 - соматотропный гормон (гигантизм, акромегалия);
- гастроэзофагеальный, гастрофарингеальный и фаринголарингеальный рефлюкс;
- механические факторы (деформации перегородки носа, особенно острые гребни и шипы, контактирующие с латеральной стенкой полости носа);
- ретроназальная обструкция.

Согласно документу ЕААСI, все перечисленные причины можно поделить на два эндотипа: с участием иммунокомпетентных клеток (Th2-тип при профессиональном рините) и без иммунных механизмов, связанный только с нейрогенными механизмами.

Медикаментозный ринит. Медикаментозный ринит – патологическое состояние слизистой оболочки носа, возникающее вследствие применения назальных деконгестантов и клинически характеризующееся затруднением носового дыхания и психологической зависимостью от препарата (Н.А.Арефьева и соавт., 2004). Оториноларингологи таких пациентов условно называют «нафтизиновыми наркоманами» из-за зависимости качества их жизни от применения препарата. Д.П.Поляков привел статистические данные по распространенности медикаментозного ринита. Согласно публикации E.Mehuys и соавт. (2014 г.) не менее 1/2 больных с NAR постоянно без рекомендации врача используют деконгестанты. В нашей стране в 2010 г. ВЦИОМ проводил опрос, в котором 1600 респондентам задавался вопрос о частоте использования деконгестантов. По результатам опроса «да, использую, но непостоянно» ответили 18% респондентов, «да, использую постоянно» – 4% (данные В.С.Козлова).

Второй вариант медикаментозного ринита – лекарственно-ассоциированный ринит, развивающийся при длительном применении разнообразных лекарственных средств, непосредственно или опосредованно влияющих на состояние сосудистого тонуса и/или вегетативной нервной системы (табл. 1).

Гормональный ринит может быть связан с дисбалансом гормонов в следующих ситуациях (ЕААСI):

- пубертат;
- менструальный цикл;
- беременность;
- менопауза;
- гипотиреозидизм;
- акромегалия и т.д.

Часть ситуаций связана с избытком β -эстрадиола и прогестерона, который приводит к повышению плотности экспрессии H_1 -рецепторов, миграции и дегрануляции эозинофилов (рис. 3). Этот же механизм обуславливает развитие AP, в том числе во время беременности.

Критерии диагностики BP

BP – это диагноз исключения. Как отметил Д.П.Поляков, четких критериев диагностики BP нет. BP – своеобразная «мусорная корзина», в которую попадают все непонятные ринологические случаи. Схема диагно-

Рис. 3. Гормональный ринит (EAACI).

Fig. 3. Hormonal rhinitis (EAACI).

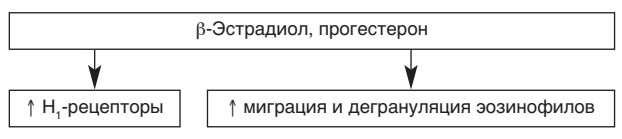


Рис. 4. Алгоритм дифференциальной диагностики разных форм ринита (РОР, А.С.Лопатин, 2010).

Fig. 4. Algorithm for differential diagnosis of various forms of rhinitis (Russian Society of Rhinologists, A.S.Lopatin, 2010).



стики, основанная на анамнезе, эндоскопии, исключении аллергии и других причин, приведена на рис. 4. Схема, предложенная EAACI, во многом совпадает с российским алгоритмом (рис. 5).

Д.П.Поляков подчеркнул, что по виду слизистой оболочки затруднительно дифференцировать АР от других вариантов ринита.

Консервативное лечение

Выступающий акцентировал внимание на методах лечения, имеющих достаточную доказательную базу (табл. 2, левая колонка). Методы, основанные на личном впечатлении, не имеют достаточной доказательной базы, однако из этого не следует, что все эти методы вредны (см. табл. 2, правая колонка). **У взрослых** могут применяться 5 классов веществ: местные антигистаминные препараты, интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС), капсаицин, ботулотоксин А; наибольшей доказательной базой обладает ипратропия бромид (уровень обоснованности рекомендаций А). Капсаицин – это вытяжка из перца чили, который достоверно блокирует пептидергические связи в слизистой оболочке носа, тем самым блокируя гиперреактивность и холинергическую иннервацию. Ботулинотерапия используется в виде аппликаций, инъекций, однако дозы должны быть тщательно выверенными. **У детей** достаточной доказательной базой обладают всего 2 класса препаратов – ипратропия бромид и ИнГКС (для детей старше 12 лет). Эффективность ИнГКС при ВР не нуждается в подтверждении, эти препараты применяются при ВР с начала XX в.

В России ни у одного из зарегистрированных топических антигистаминных препаратов и ботулотоксина нет ВР в качестве показания, капсаицин не зарегистрирован, и интраназальный ипратропий в качестве монопрепарата в РФ также не зарегистрирован.

В соответствии с современными алгоритмами, предлагаемыми в мире для консервативного лечения ВР, стартовым препаратом должен быть, как правило, ИнГКС, при эффекте – продолжение терапии. При отсутствии эффекта у пациентов с назальным отеком на-

Рис. 5. Диагностический алгоритм при хроническом рините (EAACI).

Fig. 5. Diagnostic algorithm for chronic rhinitis (EAACI).

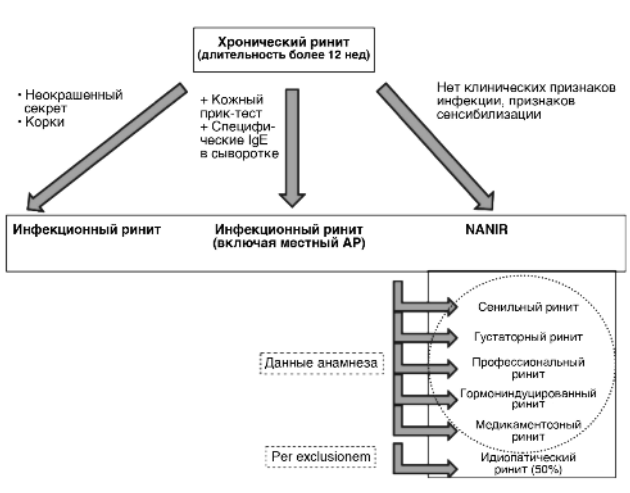


Таблица 2. Препараты для консервативного лечения ВР

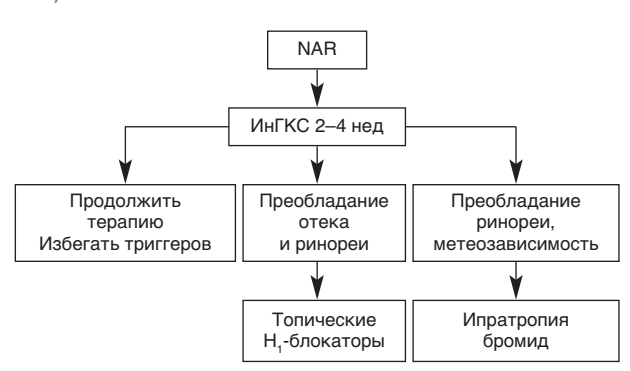
Table 2. Preparations for the conservative treatment of vasomotor rhinitis (VR)

Медицина, основанная на доказательствах	Медицина, основанная на впечатлении
Взрослые	Физиотерапия
Топические H ₁ -блокаторы (B*)	Лечебная физкультура, массаж
ИнГКС (B*)	Внутриносовые новокаиновые блокады
Ипратропия бромид (A*)	Рефлексотерапия
Капсаицин	Препараты магния и кальция
Ботулотоксин А	Седативные препараты
Дети	Аминокaproновая кислота 5%
Ипратропия бромид	Локальная гипертермия
ИнГКС (дети старше 12 лет)	Адаптогены

*Степень обоснованности рекомендаций по базе данных Агентства по качеству исследований в здравоохранении, США, 2002.

Рис. 6. Схема консервативной терапии ВР (B.Schroer, L.Pien, 2012).

Fig. 6. Scheme of conservative therapy of VR (B.Schroer, L.Pien, 2012).



значаются топические антигистаминные препараты, в случае преобладания ринореи – ипратропия бромид (рис. 6). При густаторном рините важно избегать установленных триггеров.

В связи с разными вариантами фенотипа предлагаются различные варианты старта терапии. Так, например, при сенильном ВР – только ипратропиум, при густаторном

рините – избегание триггеров и назальный капсаицин, при гормонально-индуцированном рините – ИнГКС, а также, возможно, назальные кромоны; при неаллергическом профессиональном рините помогает только профессиональная переориентация; при идиопатическом рините – ИнГКС, назальный капсаицин.

В качестве перспективной разработки в публикациях приводится молекула SB-705498, ингибитор TRPV1, – вещество, выделенное из капсаицина и находящееся на стадии клинических исследований.

Хирургическое лечение (РАР):

- ВР не является заболеванием, изначально требующим хирургического лечения, а необоснованное выполнение хирургического вмешательства в полости носа нередко наносит вред больному.
- Неэффективность консервативной терапии (в течение 6–12 мес) определяет показания к хирургическому лечению.
- Лишь хирургическая коррекция крайне выраженных деформаций перегородки носа, оказывающих давление на латеральную стенку полости носа и являющихся причиной рефлекторного отека, должна быть выполнена в самом начале лечения.

- Среди методик оперативных вмешательств на нижних носовых раковинах предпочтение должно отдаваться подслизистым видам.

Хирургическое лечение у детей. Д.П.Поляков привел результаты опроса 249 оперирующих детских оториноларингологов США:

- 81% практикуют хирургию нижних носовых раковин;
- подавляющее большинство используют подслизистые методы;
- 80% операций сочетаются с другими вмешательствами (септопластика, аденотомия, функциональная эндоскопическая синус-хирургия).

Литература/References

1. Вазомоторный ринит: патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. Под ред. А.С.Лопатина. <http://rhinology.ru/2014/05/10/vazomotornyj-rinit-klinicheskie-rekomendacii/> [Vazomotornyi rinit: patogenez, diagnostika i printsipy lecheniia. Klinicheskie rekomendatsii. Pod red. A.S.Lopatina. <http://rhinology.ru/2014/05/10/vazomotornyj-rinit-klinicheskie-rekomendacii/> (in Russian).]
2. Hellings PW, Klimek L, Cingi C et al. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2017; 72: 1657–65.

Статья принята к печати / The article approved for publication: 08.04.2019