

А.С. ЛОПАТИН, кафедра болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА: МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И РОССИЙСКАЯ ПРАКТИКА

Вазомоторный ринит — наиболее широко распространенная форма хронического неаллергического ринита: только в США насчитывается 19 млн больных с неаллергическим (вазомоторным) ринитом. Еще 26 млн страдают от смешанных форм. В настоящее время не существует общепринятого определения и классификации заболевания. Более того, само существование данной формы ринита ставится под сомнение в последних версиях международных рекомендательных документов.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, клиника, диагностика, риноскопия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Понятия «вазомоторный ринит» (ВР), «нейровегетативная форма ВР» (по классификации Л.Б. Дайняк), «идиопатический», или «неинфекционный неаллергический хронический», ринит (NANIPER — nonallergic noninfectious perennial rhinitis) включают в себя группу схожих по клиническим проявлениям и патогенезу заболеваний, которые могут быть вызваны различными причинами. ВР — наиболее широко распространенная форма хронического неаллергического ринита. По данным R.A. Settipane (2003), только в США насчитывается 19 млн больных с неаллергическим (читай: вазомоторным) ринитом, а еще 26 млн страдают от смешанных форм, т. е. таких, где аллергия является не единственной причиной клинических проявлений заболевания.

В настоящее время не существует общепринятого определения и классификации ВР, более того, само существование данной формы ринита ставится под сомнение. В этом плане любопытными представляются результаты анкетирования оториноларингологов, проведенного по инициативе Российского общества ринологов в 2012 г. С тем чтобы получить представления о тенденциях, существующих в разных регионах РФ, анкетирование проводилось в Москве, Московской области, Хабаровском и Приморском краях. Общее число респондентов 194 лор-врача.

Полученные результаты довольно наглядно позволяют судить о том, какой смысл наши врачи вкладывают в понятие ВР и как они пытаются его лечить.

Термин ВР в последние годы подвергается в чем-то вполне обоснованной критике. Современные согласительные документы, изданные под эгидой ВОЗ и Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии ЕААСИ, вообще не рекомендуют использовать его при постановке диагноза. Основным аргументом в этой связи является то, что нарушения вазомоторной иннервации, которые лежат в основе патогенеза ВР, в значительной степени присутствуют при всех формах ринита, за исключением, пожалуй, атрофического. В результате диагноз ВР становится чем-то вроде мусорной корзины, куда попадают все те формы ринита,

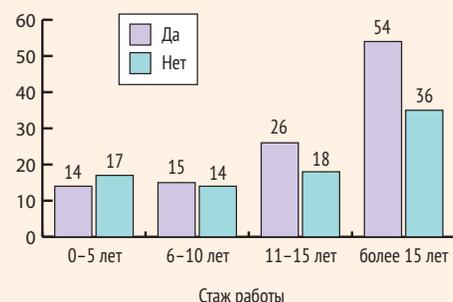
истинную природу которых не удалось установить либо ввиду диагностической сложности конкретного клинического случая, либо из-за отсутствия у врача возможности или желания провести необходимые дополнительные обследования (J.P. Corey, 2003).

В нашей стране даже многие студенческие учебники предлагают придерживаться классификации Л.Б. Дайняк (1966), подразделяющей ВР на аллергическую и нейровегетативную формы. Поскольку эффективных методов консервативного лечения т. н. нейровегетативной формы ВР на сей день не существует, многие больные после безуспешной серии внутриносовых блокад направляются на хирургическое лечение. Результат такого лечения зачастую бывает печальным: недиагностированная аллергия, манифестация процесса в полости носа, прогрессирование пока не проявлявшей себя клинически бронхиальной гиперреактивности и трансформация ее в бронхиальную астму.

Проведенный опрос достаточно убедительно свидетельствует о том, что классификация Л.Б. Дайняк хотя и не идет в ногу с современными тенденциями, но остается довольно живучей. Более 50% врачей с опытом работы более 10 лет по-прежнему смешивают понятия «аллергический» и ВР, что, безусловно, приводит к определенной путанице в диагностике (рис. 1). Обнадешивает, что молодые врачи все же чаще не считают аллергический ринит вариантом ВР.

На наш взгляд, не следует применять термин ВР в тех случаях, когда есть возможность уложить данный клинический случай в одну из известных имеющих самостоятельный патогенез нозологических форм, таких как круглогодичный (пер-

Рисунок 1. Результаты анкетирования: ответы на вопрос «Считаете ли аллергический ринит вариантом ВР?»



систирующей) аллергический ринит, неаллергический ринит с эозинофильным синдромом (НАРЭС), медикаментозный, гормональный (ринит беременных, ринит пубертатного периода) или пищевой ринит. Чтобы не усложнять формулировку диагноза, в группу ВР можно отнести те случаи, которые связаны с воздействием физических раздражителей, химических и токсических факторов, а также т. н. рефлекторный, или психогенный, ринит, при котором развитие сосудистого дисбаланса связано с лабильностью центральной и вегетативной нервной системы (А.С. Лопатин, А.В. Варьянская, 2008). Понятно, что как бы тщательно не проводились сбор анамнеза и обследование, всегда останутся случаи, где выявить причину ринита так и не удастся. Для этой категории пациентов и предназначен диагноз «идиопатический ВР». Следует учитывать большое число смешанных форм (R.A. Settipane, 2003), при которых к появлению симптомов ринита приводят различные причины, а также таких форм, где роль различных этиологических факторов не может быть четко определена.

■ Понятие «вазомоторный ринит» включает в себя группу схожих по клиническим проявлениям и патогенезу заболеваний, которые могут быть вызваны различными причинами. ВР – наиболее широко распространенная форма хронического неаллергического ринита.

Классификация ВР:

- вызванный физическими, химическими и токсическими факторами;
- медикаментозный;
- гормональный (ринит беременных, ринит пубертатного периода и др.);
- пищевой;
- психогенный;
- идиопатический;
- смешанные формы.

■ КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Надежных специфических методов диагностики ВР не существует, поэтому этот диагноз обычно устанавливают путем исключения сходных форм и тщательного выявления факторов, провоцирующих появление симптомов ринита (С. Bachert, 2004; А.С. Лопатин, 2010). По клиническим проявлениям все виды персистирующего (круглогодичного) ринита довольно схожи, все же при детальном расспросе больного можно выявить некоторые косвенные подтверждения правильного диагноза. Ведущими симптомами ВР чаще бывают постоянное или периодическое затруднение носового дыхания и выделения, стекающие в носоглотку. Заложенность носа обусловлена увеличением в объеме нижних носовых раковин в результате повышенного кровена-

полнения сосудов и возникает обычно в виде приступов, сопровождающихся появлением обильных водянистых выделений, которые после высыхания не оставляют следов на платке, и многократным чиханьем. Пациенты отмечают перемежающуюся заложенность то одной, то другой половины носа, что бывает особенно выражено в горизонтальном положении тела при переворачивании с боку на бок. Весьма типичны для аллергического ринита сопутствующие симптомы конъюнктивита совсем не характерны для ВР.

В отличие от аллергического ринита, дебютирующего обычно в более раннем возрасте, ВР обычно развивается у лиц старше 20 лет, причем чаще им страдают женщины (R.A. Settipane, 2003). Примерно у половины больных при тщательном сборе анамнеза можно установить, что симптомы хронического ринита стали постоянными после перенесенной респираторной инфекции (Л.Б. Дайняк, 1966). Довольно часто пациенты указывают на длительное применение (иногда многократное ежедневно в течение нескольких лет) сосудосуживающих капель с целью уменьшения заложенности носа, являющейся для них основным и мучительным симптомом. Со временем возникает необходимость повышения дозы препарата для достижения большего эффекта, что способствует развитию медикаментозной зависимости, гиперплазии нижних носовых раковин и еще больше усугубляет дисбаланс вегетативной нервной системы (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, 2006). При сборе анамнеза и клиническом обследовании больных ВР могут быть выявлены признаки ваготонии: акроцианоз, красный дермографизм, повышенное потоотделение, снижение температуры тела, брадикардия, пониженное артериальное давление, повышенная сонливость, ипохондрия, неврастения (С.М. Пухлик, 1999).

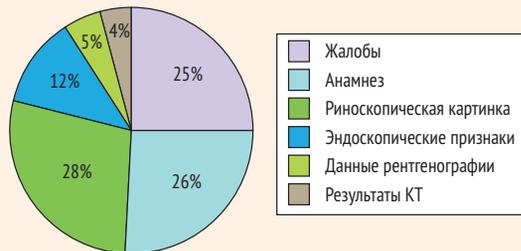
При передней риноскопии или осмотре эндоскопом нижние носовые раковины выглядят увеличенными, плохо сокращаются при анемизации, их слизистая оболочка застойно гиперемирована, цианотична, иногда бледная, с кровоизлияниями. Увеличенные носовые раковины нередко не позволяют увидеть при передней риноскопии деформации задних отделов перегородки носа, которые являются истинной причиной вазомоторных явлений.

Прежде чем поставить диагноз ВР, врач обязательно должен исключить аллергическую природу заболевания путем постановки кожных проб с основными аллергенами либо исследования сыворотки на содержание специфических IgE. В дифференциальной диагностике с НАРЭС помогает исследование эозинофилии носового секрета. Методы объективной оценки носового дыхания (риноманометрия, акустическая ринометрия) также неспецифичны и имеют второстепенное значение. Определенную помощь в выявлении гиперэргической реакции на неспецифические стимулы оказывают провокационные тесты с гистамином, метахолином и холодным воздухом, электрофоретический анализ назального секрета (Y. Iguchi et al., 2002; F. Tosun et al., 2002), но эти методики сложны и их стандартизация остается пока делом будущего.

Наше исследование показало, что большинство российских лор-врачей, независимо от возраста и стажа работы,

основными методами диагностики ВР считают сбор типичных жалоб и анамнеза и переднюю риноскопию, реже используют эндоскопическое исследование (рис. 2).

Рисунок 2. Ответы врачей на вопрос анкеты «Какой, по вашему мнению, основной критерий диагностики ВР (можно указать несколько пунктов)?»



СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ВР

Различные стимулы могут посредством рефлексов изменять активность вегетативной нервной системы полости носа и, следовательно, тонус сосудов и деятельность желез слизистой оболочки носа. Стимулы эти могут быть самыми разнообразными и неожиданными. Например, симптомы рефлекторного ринита могут иногда развиваться при контакте с ярким солнечным светом.

Как одну из разновидностей рефлекторного ринита описывают *вазомоторный пищевой ринит*. Его классические проявления — обильные водянистые выделения из носа во время приема пищи (обычно горячей или острой). Эта форма ринита развивается преимущественно у мужчин старше 50 лет, патогенез ее не совсем ясен, но можно с уверенностью сказать, что данный рефлекс опосредуется блуждающим нервом. Пиво, вино и другие алкогольные напитки также могут вызывать вазодилатацию и заложенность носа.

Истинные формы вазомоторного пищевого ринита следует отличать от специфической формы аллергического ринита, вызванной сенсибилизацией к пищевым продуктам, а также перекрестных аллергических реакций с различными пищевыми продуктами растительного происхождения у больных с аллергией к пыльце растений. В отличие от вазомоторного, аллергический пищевой ринит чаще встречается у детей и редко бывает единственным проявлением пищевой сенсибилизации. Обычно симптомы IgE-зависимого пищевого ринита сопровождаются крапивницей, отеком губ и лица, а также бронхоспазмом. Вазомоторный пищевой ринит, напротив, характерен для взрослых людей, и ринорея, как правило, бывает его единственным проявлением. Говоря о ВР, связанном с приемом алкогольных напитков, также следует быть осторожным, т. к. схожие симптомы могут быть вызваны IgE-зависимой грибковой аллергией. В последнем случае заложенность носа, ринорея и приступы чиханья могут возникать после употребления содержащих продукты брожения алкогольных напитков: молодых и шампанских вин, пива и др.

Холодовой ринит является еще одной из форм рефлекторного ВР. Основную роль в его патогенезе играет неспецифическая назальная гиперреактивность. Для этой формы ринита характерны внезапные приступы чиханья, ринорея и, чуть позже, заложенность носа, которые появляются при охлаждении ног, кистей рук, лица или на сквозняке. Вдыхание холодного воздуха или нахождение на морозе должно и в норме приводить к физиологическому набуханию кавернозной ткани носовых раковин и увеличению носового сопротивления. Этот механизм препятствует попаданию в легкие не согретого в верхних дыхательных путях и не подготовленного для оптимального кислородного обмена воздуха. У лиц с назальной гиперреактивностью попадание в полость носа холодного воздуха вызывает гиперэргическую сосудистую реакцию, сопровождающуюся резкой манифестацией симптомов ринита.

Для подтверждения диагноза холодового ринита можно использовать провокационные тесты, основанные на объективной оценке назальной резистентности после воздействия триггерного фактора. Провокационный тест холодным воздухом считают более информативным и достоверным, чем провокацию с гистамином. Дифференциальная диагностика играет первостепенную роль и при этой форме ВР, т. к. переохлаждение является одним из триггерных факторов, способных провоцировать манифестацию симптомов аллергического ринита. В связи с этим постановка кожных проб с аллергенами у больных холодным ринитом весьма желательна.

Поскольку в большинстве случаев приступы рефлекторного ринита носят явно ситуационный характер, устранение или ограничение контакта с триггерными факторами может иметь решающее значение. Те формы рефлекторного ринита, при которых преобладающим симптомом являются обильные выделения из носа (т. н. пароксизмальная ринорея, профузная ринорея, секреторный ринит, секреторная ринопатия и др.), в т. ч. и пищевой ринит, обычно не поддаются лечению топическими кортикостероидными и антигистаминными препаратами.

Медикаментозный ринит. Существуют две основные формы этого заболевания. Первая из них развивается в результате длительного (свыше 10—15 дней) использования топических сосудосуживающих препаратов — деконгестантов. Эти препараты по механизму своего действия являются α -адреномиметиками и выпускаются обычно в форме носовых капель, реже — аэрозолей. Следует заметить, что любые вкладыши-инструкции по применению этих препаратов (если их вообще удастся найти в коробочке с флаконом) очень расплывчато указывают максимальные сроки применения препарата и слишком лаконично говорят о возможных нежелательных последствиях длительного приема и передозировки.

При сборе анамнеза большинство пациентов с первой формой медикаментозного ринита поведают врачу довольно типичную историю. После очередной респираторной инфекции заложенность носа и затруднение носового дыхания никак не проходили самостоятельно и требовали

регулярного, по несколько раз в день, применения сосудосуживающих капель. Со временем другие симптомы заболевания (сухость и першение в горле, кашель, разбитость) прошли, однако отсутствие адекватного носового дыхания вынуждало прибегать к все более регулярному закапыванию в нос деконгестантов. В результате этого развивается привыкание или медикаментозная зависимость (тахифилаксия). Пациентам приходится применять их по несколько раз в день и постоянно носить флакон с любимым препаратом в кармане или сумочке. Опыт свидетельствует о том, что чаще и быстрее других деконгестантов развитие тахифилаксии и, следовательно, наиболее тяжелые формы медикаментозного ринита вызывает применение нафазолина (нафтизин, санорин и др.).

Вторая форма медикаментозного ринита развивается при регулярном системном применении ряда лекарственных средств. Практически все препараты для лечения артериальной гипертензии болезни вызывают повышение кровенаполнения в полости носа, поэтому основным и чаще всего единственным симптомом этой формы ринита будет той или иной степени выраженности затруднение носового дыхания. Другие симптомы ринита, как правило, отсутствуют. Чаще других к развитию медикаментозного ринита приводят резерпин, фентоламин, гуанетидин, метилдопа, празозин и ингибиторы АПФ. Некоторые нейролептики (хлорпромазин) и пероральные противозачаточные средства могут вызывать подобный эффект. Единственным вариантом лечения такой формы медикаментозного ринита является коррекция проводимой терапии. Исключительное значение здесь приобретает грамотно собранный анамнез и хорошее знание лор-врачом общей фармакологии. Следует в деталях расспросить пациента обо всех лекарственных препаратах, которые он

Рисунок 3. Схема лечения вазомоторного (медикаментозного) ринита (А.С. Лопатин, 2010)

интраназальные ГКС (Будесонид, БДП, МФ) 400 мкг/сут не менее месяца

промывание полости носа изотоническим/буферным раствором

физиотерапия: электрофорез/фонофорез и др.



по мере проявления действия препарата снизить и постараться совсем отказаться от сосудосуживающих капель

нет эффекта



короткий курс системной кортикостероидной терапии: преднизолон в дозе 0,5 мг/кг/сут в течение 10—12 дней

нет эффекта



операция на нижних носовых раковинах

Рисунок 4. Ответы врачей на вопрос «Какой вариант лечения ВР вы считаете наиболее эффективным?»



Рисунок 5. Ответы врачей на вопрос «С чего вы начинаете лечение при первично установленном диагнозе ВР?»



принимает по поводу сопутствующих заболеваний, попытаться выявить связь между началом приема нового средства и появлением или усилением симптомов ринита. При наличии таких указаний в анамнезе после консультации с терапевтом (кардиологом, неврологом) можно попробовать отменить подозрительный препарат или заменить его другим, более современным или с иным фармакологическим профилем, внимательно наблюдая при этом за динамикой носового дыхания.

Как уже говорилось, не существует достаточно эффективных методов консервативного лечения ВР. Существующая схема терапии включает назначение интраназальных глюкокортикостероидов (ГКС) в удвоенной дозе на фоне регулярного промывания полости носа изотоническим раствором NaCl или морской воды, физиотерапию, отказ от сосудосуживающих препаратов. При неэффективности рассматривают целесообразность проведения короткого курса системной кортикостероидной терапии или хирургического лечения (рис. 3).

Проведенное анкетирование показало, что примерно такой схемы придерживаются и наши респонденты. Наиболее эффективным методом лечения ВР 44% из них считают интраназальные ГКС, причем 54% опрошенных начинают лечение при первично установленном диагнозе именно с этих препаратов (рис. 4, 5). Эти цифры не могут не радовать, т. к. свидетельствуют о том, что эра повальной кортикостероидофобии в ринологии проходит, и лор-врачи, наконец, начинают правильно оценивать преимущества современных интраназальных ГКС.

Дискуссия. Если попробовать с позиций современной доказательной медицины критически оценить используемые в лечении ВР лекарственные средства, то станет понятно, что препаратов для лечения этого заболевания с доказанной эффективностью совсем немного. Критериями эффективности лечения при этом являются улучшение носового дыхания (отмечаемое самим пациентом или регистрируемое при риноманометрии) и отказ от использования сосудосуживающих препаратов. Большое значение в терапии ВР имеет выявление и устранение пусковых факторов, однако на практике это далеко не всегда возможно.

Фармакотерапию начинают с ГКС для местного применения, хотя их эффективность существенно ниже, чем при рините аллергическом. С другой стороны, интраназальные ГКС обладают широким спектром действия на любые формы воспаления, поэтому их эффективность в отношении клинических проявлений ВР выглядит вполне логичной. Но в этом случае их действие будет не таким выраженным, как на симптомы IgE-опосредованной аллергической реакции, классическим примером которой является аллергический ринит.

Несколько контролируемых исследований подтвердили эффективность интраназальных ГКС при ВР. На примере мометазона фуората это было продемонстрировано в мультицентровом исследовании, однако разница между опытной и контрольной группами хотя и достигала статистической достоверности, но не была разительной, и преимущество ГКС перед плацебо составляло 7–15% (L. Lundblad et al., 2001). Схожие результаты дало исследование эффективности флутиказона пропионата. Можно предположить, что очень сложный дизайн этого исследования не позволил достичь статистически достоверных различий по многим показателям, но при морфологическом исследовании слизистой оболочки у больных, получавших флутиказон, было отмечено более выраженное уменьшение числа иммунокомпетентных клеток и воспалительных инфильтратов. Кроме того, была получена достоверная разница по субъективной оценке назальной

обструкции, постназального синдрома и ринореи, а преимущество препарата перед плацебо составило 20% (D.R. Webb et al., 2002). Эффективность беклометазона пропионата в терапии ВР была подтверждена и в нашем исследовании, причем зафиксированное в ходе исследования улучшение или восстановление носового дыхания документировалось данными риноманометрии и акустической ринометрии (А.С. Лопатин, А.В. Варвянская, 2008).

■ Существующая схема терапии включает назначение интраназальных глюкокортикостероидов (ГКС) в удвоенной дозе на фоне регулярного промывания полости носа изотоническим раствором NaCl или морской воды, физиотерапию, отказ от сосудосуживающих препаратов.

В России и во всем мире по-прежнему существует путаница в определении и классификации ВР, поэтому и подходы к диагностике и лечению этого заболевания могут существенно отличаться в разных регионах и учреждениях. Тем не менее основным методом лечения в настоящий момент являются интраназальные ГПС, эффективность которых в определенной степени подтверждается рядом проведенных исследований. Следует заметить, что официально зарегистрированные показания для лечения неаллергического (вазомоторного) ринита имеют только два препарата — будесонид и беклометазон. Ответы наших респондентов показывают, что в разных регионах России интраназальные ГПС остаются наиболее действенным средством стартовой терапии при ВР. Хирургические методы — операции на нижних носовых раковинах — сохраняют свою роль главным образом в тех случаях, когда консервативное лечение оказалось не достаточно эффективным.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит. — М.: Медицина, 1966.
2. Лопатин А.С., Варвянская А.В. Вазомоторный ринит: Современный взгляд на проблему // Consilium medicum. — 2008. — Т. 10, №3. — С. 114–118.
3. Лопатин А.С. Ринит. М.: Литтерра, 2010.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. 2-е изд. М.: МИА, 2006.
5. Пухлик С.М. Вазомоторный ринит — роль вегетативной нервной системы в патогенезе. Методы диагностики и лечения // Рос. ринол. — 1999. — №3. — С. 23–29.
6. Bachert C. Persistent rhinitis - allergic or nonallergic? Allergy. 2004; 59 Suppl 76:11–15.
7. Corey J.P. Vasomotor rhinitis should not be a wastebasket diagnosis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003; 129(5):588–589.
8. Iguchi Y., Yao K., Okamoto M. A characteristic protein in nasal discharge differentiation non-allergic chronic rhinosinusitis from allergic rhinitis. Rhinology 2002; 40 (1): 13–17.
9. Lundblad L., Sipila P., Farstad T., Drozdziejewicz D. Mometasone fuoroate nasal spray in the treatment of perennial non-allergic rhinitis: a nordic, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Acta Otolaryngol. 2001; 121(4): 505–509.
10. Settignano R.A. Rhinitis: a dose of epidemiological reality. Allergy Asthma Proc. 2003; 24(3):147–154.
11. Tosun F., Sezen L., Gerek M. Electrophoretic evaluation of nasal discharge in patients with allergic rhinitis and vasomotor rhinitis. Am J Rhinol. 2002; 16(3):141–144.
12. Webb D.R., Meltzer E.O., Finn A.F. Intranasal fluticasone propionate is effective for perennial nonallergic rhinitis with or without eosinophilia. Ann Allergy Asthma Immunol. 2002; 88(4): 385–390.