

Современный взгляд на проблему ринита

Профессор Е.Г. Шахова

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, Волгоград

РЕЗЮМЕ

Ринит является одним из самых распространенных заболеваний, острый инфекционный ринит особенно часто встречается в детском возрасте. В статье представлена современная информация о ринитах: определение, международная классификация, этиология. Приведены рекомендации по диагностике и дифференциальной диагностике ринитов. Дано подробное описание инфекционного ринита. Рассматриваются этиология инфекционных ринитов и терапия ринита в зависимости от его фенотипа. Приведены методы топической и системной терапии различных форм ринитов. В настоящее время в связи с появлением большого количества антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов возродился интерес к препаратам серебра как антимикробным средствам. По данным клинических исследований, протейнат серебра обладает бактерицидным, фунгицидным, противовирусным и противовоспалительным действием и эффективен при инфекционных ринитах. Автор считает, что терапия ринитов должна соотноситься с фенотипом и клинической тяжестью заболевания, 2% раствор протейната серебра можно применять в качестве топического лекарственного средства в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа.

Ключевые слова: ринит, классификация ринита, диагностика ринита, лечение инфекционного ринита, серебра протейнат, протаргол, Сиалор.

Для цитирования: Шахова Е.Г. Современный взгляд на проблему ринита // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 5. С. 3–6.

ABSTRACT

A current view on the problem of rhinitis

E.G. Shakhova

Volgograd State Medical University

Rhinitis is one of the most common diseases, the acute infectious rhinitis is especially common in childhood. The article presents current data on rhinitis: definition, international classification, etiology. Recommendations for the diagnosis and differential diagnosis of rhinitis are given. A detailed description of infectious rhinitis is provided. The etiology and therapy of infectious rhinitis is considered depending on its phenotype. Methods of topical and systemic therapy of various forms of rhinitis are described. At present, attention to the silver preparations, used as antimicrobial agents, has revived in connection with the emergence of a large number of antibiotic-resistant strains of microorganisms. According to clinical studies, silver proteinate has bactericidal, fungicidal, antiviral and anti-inflammatory effects and is effective for the treatment of infectious rhinitis. The author believes that rhinitis therapy should correlate with the phenotype and clinical severity of the disease, a 2% solution of silver proteinate can be used as a topical drug in the treatment of infectious and inflammatory diseases of the nasal mucosa.

Key words: rhinitis, classification of rhinitis, etiology of rhinitis, diagnosis and differential diagnosis of rhinitis, treatment of infectious rhinitis, silver proteinate, protargolum, Sialor.

For citation: Shakhova E.G. A current view on the problem of rhinitis // RMJ. Medical Review. 2018. № 5. P. 3–6.

Ринит — это воспаление слизистой оболочки носа, которое сопровождается двумя из следующих симптомов: затруднение носового дыхания, выделения из носа, жжение (зуд) в полости носа и чихание, — длящимися ≥ 1 ч в день в течение ≥ 2 нед. на протяжении года.

Ринит является одним из самых распространенных заболеваний. Точных сведений об эпидемиологии острого и хронического инфекционного ринита нет. Острый инфекционный ринит особенно часто встречается в детском возрасте. Дети в возрасте 0–5 лет переносят в среднем 6–8 эпизодов ОРВИ в год [1], в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1–2-м году посещения — на 10–15% выше, чем у неорганизованных детей, но в школе последние болеют чаще [2].

КЛАССИФИКАЦИЯ РИНИТОВ

Международная классификация предусматривает деление ринитов по фенотипу [3, 4] (табл. 1).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РИНИТОВ

Инфекционный ринит — воспаление слизистой оболочки полости носа, вызванное вирулентными микроорганизмами и проявляющееся затруднением носового дыхания, выделениями из носа и чиханием, реже — снижением обоняния, лихорадкой, головной болью и заложенностью ушей. Международная классификация предусматривает деление инфекционного ринита на острую и хроническую формы. При хронической форме воспалительный процесс может быть вызван как неспецифическим, так и специфическим возбу-

Таблица 1. Международная классификация ринитов

| Аллергический | Инфекционный | Другие | Как часть системных расстройств |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Сезонный (интермиттирующий и персистирующий) Круглогодичный (интермиттирующий и персистирующий) Профессиональный | <ul style="list-style-type: none"> Острый Хронический (специфический и неспецифический) | <ul style="list-style-type: none"> Идиопатический Неаллергический с эозинофилией (NARES – non-allergic rhinitis with eosinophilia) Медикаментозный (прием бета-блокаторов, оральных контрацептивов, ацетилсалициловой кислоты, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), топических деконгестантов) Вегетативный (реакция на антихолинергетики) Атрофический Неопластический Пищевой (Gustatory Rhinitis: на алкоголь, специи и др.) От воздействия раздражителей От эмоциональных факторов На смену погоды Анатомические дефекты | <ul style="list-style-type: none"> Первичная мукоцилиарная недостаточность Кистозный фиброз Синдром Юнга Первичная цилиарная дискинезия (синдром Картегенера) Иммунодефицитные состояния (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, СПИД, дефицит антител, гранулематоз с полиангиитом, саркоидоз) Гормональные (гипотиреозидизм, беременность, старческий ринит) |
| По степени тяжести | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Легкая степень – у пациента имеются слабовыраженные симптомы ринита, которые не нарушают дневную активность и сон Средняя степень – симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон пациента Тяжелая степень – симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нормально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон | | | |

дителем. Специфические формы инфекционного ринита (при дифтерии, склероме, туберкулезе, сифилисе и др.) в настоящее время встречаются редко [5, 6].

Острый ринит может быть следствием повреждения слизистой оболочки носа механическим, термическим, химическим или радиационным агентом.

Возбудителями острого инфекционного ринита могут быть свыше 200 серотипов различных вирусов, к которым относят вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, коронавирусы, энтеровирусы, респираторно-синцитиальный вирус и др. [7]. Наиболее типичными возбудителями ринита являются риновирусы, среди которых насчитывается не менее 100 серотипов. Риновирусы относят к семейству пикорнавирусов, которые способны к репликации только у человека и высших приматов. Риновирусы вызывают от 30 до 50% всех ОРВИ у взрослых, в то время как коронавирусы – лишь 10%. Исследования последних лет показывают, что значение риновирусов растет, и они ответственны более чем за 80% случаев заболеваний во время эпидемий [8].

Основными бактериальными возбудителями острого инфекционного ринита считают *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк), *Streptococcus pyogenes* и *Haemophilus influenzae*. Различные серотипы этих микроорганизмов, последовательно сменяя друг друга, начинают колонизировать носоглотку сразу после рождения ребенка, в результате чего даже в здоровой популяции они присутствуют в носоглотке у 1/3 взрослых и 2/3 детей. Спектр возбудителей хронического инфекционного ринита существенно шире. Он включает *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella spp.* и многие другие, в т. ч. условно-патогенные бактерии. У пациентов с иммунодефицитными состояниями (СПИД) возбудителями ринита могут быть грибки, бактериально-грибковые ассоциации и оппортунистические микроорганизмы [5].

Диагностика ринитов

Диагностика ринита основывается на сборе анамнеза заболевания. Важно выяснить начало заболевания, его сезонность, проявление симптомов в помещении или на от-

крытом воздухе, наличие пылевого клеща, домашних животных, место работы, улучшение после отдыха, отношение к потенциальным триггерам, которые могут повлиять на качество жизни пациента, семейный анамнез. Ряд препаратов может вызвать или усугубить симптомы ринита, поэтому история приема лекарственных препаратов должна содержать подробные данные об использовании альфа- и бета-блокаторов и других гипотензивных медикаментов, ацетилсалициловой кислоты и прочих нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), оральных контрацептивов, а также симпатомиметиков. Также важно узнать об эффективности предыдущих методов лечения ринита и о том, как долго они использовались.

Необходим осмотр носа: внешний вид, риноскопия (в т. ч. эндоскопом) и пальпация наружного носа. Например, фиолетовый кончик носа может оказаться симптомом саркоидоза. К визуальным симптомам аллергического ринита относится «аллергический салют» и/или горизонтальная носовая складка через спинку носа и/или глаз. Важна оценка выделений из носа (прозрачные, бесцветные или окрашенные кровью).

Ринорея при рините может быть передней и/или задней. Односторонняя ринорея встречается редко, в этом случае должна быть исключена ликворея. Определение асиалотрансферрина, β -2 фракции трансферрина (тау-белка) в отделяемом из носа в настоящее время является «золотым стандартом» при подтверждении диагноза спонтанной ликвореи. β -2 фракция трансферрина (тау-белок) является специфическим белком, который содержится только в ликворе.

Прозрачные выделения из носа характерны для аллергического и/или вазомоторного ринита и влажной стадии острого инфекционного ринита; желтый цвет слизи – для аллергического и инфекционного ринита; зеленый цвет обычно встречается при инфекции. Кровянистые выделения из носа односторонние часто встречаются при опухоли, инородном теле носа, двухсторонние – при неправильном применении назального спрея, гранулематозных васкулитах, геморрагических диатезах и заболеваниях крови, инфекции, атрофическом рините.

Назальные корки могут быть симптомом хронического риносинусита, гранулематозного полиангиита, саркоидоза и других васкулитов, озены, результатом привычки «ковырять» в носу, злоупотребления кокаином.

Заложенность носа может быть частичной или полной. Ее тяжесть часто коррелирует с системными проявлениями. Двусторонняя назальная обструкция чаще вызывается ринитом и полипами носа, возможно сигмовидное искривление перегородки носа.

Причинами односторонней обструкции носа обычно являются отклонение перегородки носа, инородное тело, антрохоанальный полип и опухоль.

Глазные симптомы при рините включают интенсивный зуд, покраснение и отек конъюнктивы, склеры, в тяжелых случаях — периорбитальный отек, который может усугубляться растиранием глаз.

При рините встречаются симптомы поражения нижних дыхательных путей: кашель, хрипы, одышка, т. к. бронхиальная гиперреактивность может быть вызвана воспалением верхних дыхательных путей. Заболевания верхних и нижних дыхательных путей часто сосуществуют, 80% больных бронхиальной астмой имеют ринит.

Другие признаки ринита: храп, проблемы со сном, расстройство обоняния, носовой тембр голоса (закрытая гнусавость).

Часть пациентов, страдающих аллергическим (главным образом сезонным) ринитом, имеет связанную с ним носовую гиперреактивность, которая, как правило, не диагностируется и не лечится [4].

Лабораторные методы исследования являются необходимыми для проведения дифференциальной диагностики ринитов: проводятся полный анализ крови и дифференциальный подсчет белых клеток, определение уровня С-реактивного белка, иммуноглобулинового профиля, микробиологическое исследование выделений и мазков из носа, токсикологический анализ мочи при подозрении на злоупотребление кокаином. Диагностическое исследование на иммуноглобулины IgE позволяет выявить наличие или предрасположенность к аллергическим заболеваниям и определить тяжесть их течения. При необходимости назначают другие анализы крови, например исследование уровня тиреоидных гормонов (тироксина и трийодтиронина) и связанного с ними тиреотропного гормона.

К другим исследованиям, применяемым для диагностики ринитов, относятся: исследование объективных показателей носового дыхания (риноманометрия), ольфак-

тометрия, цитология мазков из полости носа, определение выдыхаемого оксида азота и назального оксида азота (для подтверждения аллергического ринита), рентгенологическое исследование носа и околоносовых пазух, назальные провокационные тесты с атопическими аллергенами, тесты на астму (функция внешнего дыхания) у всех пациентов с персистирующим ринитом [4, 9].

Верифицированный диагноз аллергического ринита можно поставить только после специфического аллергологического обследования, которое служит и дифференциально-диагностическим приемом в отношении неаллергического ринита (специфическое аллергологическое обследование, кожные пробы с аллергенами, определение аллерген-специфических IgE-антител, назальные и конъюнктивальные провокационные тесты с аллергенами) (табл. 2).

ЛЕЧЕНИЕ РИНИТОВ

Терапия ринита зависит от его фенотипа и состоит из нефармакологических и фармакологических методов. Стратегия лечения аллергического ринита включает элиминацию аллергенов, применение орошения солевым раствором. Фармакотерапия назначается после диагностики и классификации в зависимости от тяжести заболевания. Следует проводить лечение с использованием поэтапного фармакотерапевтического подхода. Сочетание терапевтических методов, включая иммунотерапию, часто необходимо для лечения более тяжелых форм (рис. 1) [9, 10].

При некоторых формах ринитов показано хирургическое лечение, например при хроническом гипертрофическом рините, вазомоторном рините при отсутствии эффекта от консервативной терапии (радиокаутеризация, лазеркоагуляция или ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин, подслизистая конхотомия нижних носовых раковин и др.). В случаях дефектов анатомических структур при необходимости выполняют кристотомию, септопластику и другие хирургические вмешательства.

Так, при остром инфекционном рините современные клинические руководства рекомендуют элиминационную терапию солевыми изотоническими и физиологическими растворами как эффективную и безопасную. Она обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. Сосудосуживающие капли в нос (деконгестанты коротким курсом — до 2–3 дней) применяют как симптоматическое лечение. У детей

Таблица 2. Дифференциальная диагностика аллергического и инфекционного ринитов

| Клинические и анамнестические признаки болезни | Аллергическая этиология | Инфекционная этиология |
|---|--|--|
| Отделяемое | Светлое, стерильное | Непрозрачное, может высеваться микрофлора |
| Множественное чихание | Свойственно | Несвойственно |
| Анализ крови | Эозинофилия | Признаки бактериального или вирусного воспаления |
| Мазок из носа | Эозинофилы | Нейтрофилы |
| Площадка поражения | Риноконъюнктивит, фаринголарингит, трахеит | Ринит |
| Эффект антибактериальной/противовирусной терапии | Отсутствует | Может быть хорошим |
| Уровень общего IgE в сыворотке крови ¹ | Повышен | Нормальный |

¹ Содержание IgE в сыворотке крови здоровых людей: до 1 года — 0–15 (кЕ/л), 1–6 лет — 0–60 кЕ/л, 6–10 лет — 90 кЕ/л, 10–16 лет — 200 кЕ/л, взрослые — 0–100 кЕ/л

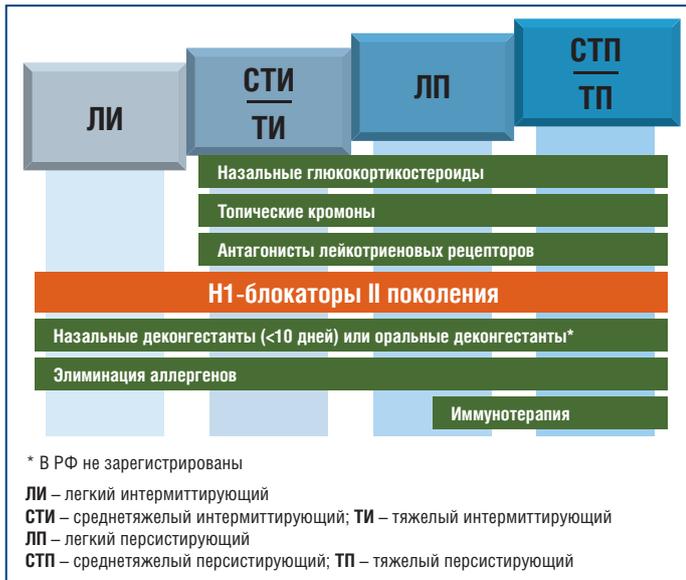


Рис. 1. Рекомендации по лечению аллергического ринита (ARIA Guidelines)

0–6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, ксилометазолин 0,5%, оксиметазолин 0,01–0,025%, у старших — более концентрированные растворы [11, 12].

С учетом этиологии инфекционного ринита в лечении заболевания необходимо назначение топических антимикробных препаратов. Практика использования серебра в качестве бактерицидного и фунгицидного средства насчитывает более 20 столетий. В советские аптечные прописи протеинат серебра вошел в 1964 г. в форме 2% раствора. В России традиционно 1–2% раствор протеината серебра использовался для местного лечения бактериальных инфекций верхних дыхательных путей, глаз, органов мочеполовой системы.

Протеинат серебра не вызывает нарушения баланса нормальной микрофлоры. Установлено, что патогенная микрофлора более чувствительна к ионам серебра, чем непатогенная, что позволяет препарату воздействовать избирательно [13]. Отмечены фунгицидное действие протеината серебра [14] и угнетение им (в концентрации 0,25–0,5%) репродукции вирусов, вызывающих инфекционный ринотрахеит и вирусную диарею [15].

В настоящее время в связи с появлением большого количества антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов возродился интерес к препаратам серебра как антимикробным средствам.

Сиалор — оригинальный лекарственный препарат для лечения острого ринита. В состав препарата входит протеинат серебра с концентрацией серебра 7,5–8,5%. Оказывает вяжущее, антисептическое и противовоспалительное действие. Диссоциирует с образованием ионов серебра, которые связываются с ДНК бактерий и препятствуют их размножению на слизистых оболочках в условиях местного применения. Механизм действия протеината серебра основан на том, что ионы серебра на поврежденной слизистой оболочке осаждают белки и образуют защитную пленку, которая способствует уменьшению чувствительности нервных окончаний и сужению кровеносных сосудов (это приводит к уменьшению отека), что в свою очередь обуславливает торможение воспалительных реакций. Протеинат серебра обладает бактерицидным действием в отношении грам-

положительных (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus cohnii*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*) и грамотрицательных (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria subflava*, *Burkholderia cenocepacia*) микроорганизмов, а также возбудителей грибковых инфекций [16, 17].

Показан к применению препарата Сиалор: острый ринит (насморк), острый назофарингит. Разрешен к применению для взрослых и детей с 3 лет.

Препарат Сиалор применяется местно в виде 2% раствора. Его необходимо готовить непосредственно перед применением — 1 таблетку препарата (200 мг) растворить в 10 мл воды для инъекций. Перед применением препарата рекомендуется промыть и очистить носовые ходы. Способ применения при помощи крышки-пипетки: детям от 3 до 6 лет рекомендуют закапывать по 1–2 капли в каждый носовой ход 3 р./сут, взрослым и детям старше 6 лет — по 2–3 капли в каждый носовой ход 3 р./сут. Курс лечения — 5–7 дней. Способ применения при помощи насадки-распылителя: взрослым и детям старше 6 лет — по 1–2 орошения слизистой оболочки полости носа 3 р./сут в течение 5–7 дней.

Готовый раствор следует хранить при комнатной температуре и использовать в течение 30 дней после приготовления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, важно диагностировать форму ринита, используя анамнестические, инструментальные (эндоскопическое исследование полости носа), лабораторные, функциональные методы исследования, при необходимости проводить лучевую диагностику и гистологическое исследование. Терапия ринитов должна соотноситься с фенотипом и клинической тяжестью заболевания. Антибактериальный препарат Сиалор на основе 2% раствора протеината серебра является эффективным топическим лекарственным препаратом в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа.

Литература

- Hay A.D., Heron J., Ness A. et al. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (AL-SPAC): a prospective cohort study // *Family Practice*. 2005. Vol. 22. P. 367–374.
- Fendrick A.M., Monto A.S., Nightengale B., Sarnes M. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States // *Arch Intern Med*. 2003. Vol. 63 (4). P. 487–494.
- Ryan D., Walker S.M., Clark A.T. et al. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis // *Clinical and Experimental Allergy*. 2008. Vol. 38. P. 19–42.
- Wise S.K., Lin S.Y., Toskala E. International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis — executive summary // *Int Forum Allergy Rhinol*. 2018. Vol. 8. P. 85–107.
- Лопатин А.С. Ринит: руководство для врачей. М.: Литтерра, 2010. 424 с. [Lopatyn A.S. Rinit: rukovodstvo dlya vrachev. M.: Litterra, 2010. 424 s. (in Russian)].
- Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К. и др. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией. М., 2016. 17 с. [Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Tatchenko V.K. i dr. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po okazaniyu medicinskoj pomoshchi detyam s ostroj respiratornoj virusnoj infekciej. M., 2016. 17 s. (in Russian)].
- Johnston S., Holgate S. Epidemiology of viral respiratory infections. In: S. Myint, D. Taylor-Robinson (Eds.) *Viral and other infections of the human respiratory tract*. Chapman & Hall, London, 1996. P. 1–38.
- Van Kempen M.J., Rijkers G.T., Van Cauwenberge P.B. The immune response in adenoids and tonsils // *Int. Arch. Allergy Immunol*. 2000. Vol. 122 (1). P. 8–19.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>