

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ОСТРОГО РИНИТА

В статье изложены современные представления об этиологии и патогенезе острого ринита, рассмотрены различные варианты терапии, охарактеризованы наиболее часто применяемые лекарственные препараты. Даны практические рекомендации по применению топических препаратов для лечения острого ринита (Отривин®).

Ключевые слова: острый ринит, лечение, деконгестанты, ксилометазолин, Отривин®.

A.I. KRYUKOV, MD, Prof., KUNELSKAYA N.L., MD, Prof., G.N. IZOTOVA, PhD in medicine, GUROV A.V., MD, Prof., M.A. YUSHKINA, S.A. SOKOLOV
 Sverzhovsky Scientific and Research Otolaryngology Clinical Institute of the Moscow Healthcare Department
 APPROACHES TO ACUTE RHINITIS THERAPY

The article deals with modern ideas about etiology and pathogenesis of acute rhinitis, various therapeutic options are considered, the most frequently used pharmaceuticals are characterized. Practical guidance on application of topic drugs (Otrivin) for acute rhinitis therapy is provided.

Keywords: acute rhinitis, therapy, decongestants, xylomethazoline, Otrivin®.

Как известно, острый ринит (ОР) является острым воспалением слизистой оболочки полости носа и сопровождается затруднением носового дыхания, выделениями из полости носа, ощущением зуда, приступами чихания и снижением обоняния [1, 4].

Полость носа является начальным отделом дыхательных путей и выполняет важные функции, способствуя согреванию, увлажнению и защите вдыхаемого воздуха от микроорганизмов. При этом защитная функция слизистой оболочки реализуется посредством мукоцилиарного барьера, представленного многоядным цилиндрическим мерцательным эпителием и покрывающей его слизью, содержащей антимикробные факторы: лизоцим, лактоферрин, секреторный иммуноглобулин А (IgA).

Снижение физиологических функций носа обеспечивает возможность адгезии возбудителя на поверхности слизистой оболочки, что приводит к развитию местного, а затем распространенного воспалительного процесса: возникает отек слизистой оболочки и повышенная секреция слизи. Таким образом, развивается острый ринит, одним из наиболее неприятных проявлений которого является нарушение носового дыхания.

Согласно современной классификации выделяют следующие формы ринита [1]:

1. Инфекционный (острый – вирусный, бактериальный, травматический; хронический – специфический, неспецифический).
2. Аллергический (сезонный, круглогодичный, профессиональный).
3. Неаллергический ринит с эозинофильным симптомом.
4. Вазомоторный (медикаментозный, гормональный, идиопатический).
5. Гипертрофический.
6. Атрофический.

Наиболее распространенной формой является инфекционный ринит, сопровождающий ОРВИ. Возбудителями могут быть вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, коронавирусы, энтеровирусы, респираторно-синцитиальный вирус. Однако наиболее типичными возбудителями ОР

являются риновирусы, вызывающие до половины всех ОРВИ у взрослых. Бактериальный ОР чаще ассоциирован с *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*. У пациентов с иммунодефицитными состояниями возбудителями ринита могут быть грибы [1, 4, 5].

Попадание на слизистую оболочку полости носа госпитальных штаммов микроорганизмов в условиях нахождения пациента в стационаре может приводить к отсутствию желаемого эффекта [6].

Кроме того, ОР может возникать в результате переохлаждения организма. Доказано, что охлаждение отдельных частей тела (спины, стоп) является мощным рефлекторным стимулом, приводящим к ишемии и понижению температуры слизистой оболочки носа, вазоконстрикции и снижению кровотока в сосудах слизистой. В этих условиях нарушается работа мукоцилиарного транспорта и местного иммунитета, в то время как репликация вирусов значительно усиливается [1, 5].

Развитию ОР способствуют и неблагоприятные изменения газового состава вдыхаемого воздуха, травмы носа и раздражение слизистой оболочки различными химическими веществами.

В развитии клинической картины ОР условно выделяют несколько стадий [1, 4]:

Сухая стадия раздражения продолжается от нескольких часов до 1–2 суток. Вначале появляются ощущения сухости, жжения, щекотания в носу. Одновременно больной отмечает общее недомогание, разбитость, головную боль, субфебрильную температуру. Слизистая оболочка полости носа гиперемизированная, сухая, с инъекцией сосудов. Отделяемое отсутствует.

Стадия серозных выделений характеризуется постепенным нарастанием воспалительных явлений, развитием выраженного отека слизистой оболочки полости носа и появлением значительного количества серозного транссудата. Кроме того, на этой стадии отмечается обильное выделение слизи бокаловидными клетками, и назальный секрет приобретает слизисто-гнойный характер. Стоит отметить также раздражающее действие хлорида натрия и аммиака, входящих в состав транссудата, которое и обуславливает покраснение и жжение кожи в области носа и губ.

Часто пациентов беспокоит и ощущение заложенности уха (ушей), что связано с распространением воспалительного процесса на слуховую трубу.

Общая продолжительность ОР составляет 8–12 дней. В случае нормального состояния местного и общего иммунитета воспалительный процесс проходит не все стадии развития, и насморк может прекратиться через 2–3 дня. Затяжной характер ринита (более 2–3 недель) наблюдается у ослабленных лиц, при наличии хронических очагов инфекции в верхних дыхательных путях, врожденных и приобретенных аномалиях внутриносовых структур [5].

В ряде случаев распространение инфекции из полости носа может носить выраженный характер, приводящий к появлению внутричерепных осложнений [2].

Диагностика ОР в типичных случаях не вызывает затруднений и основана на жалобах больного, анамнезе заболевания и характерных признаках при передней риноскопии. При подозрении на синусит рекомендована обзорная рентгенограмма околоносовых пазух.

При выполнении передней риноскопии необходимо оценить состояние слизистой оболочки полости носа, носовых раковин и носовой перегородки. При этом необходимо обращать внимание на цвет слизистой оболочки, наличие патологического отделяемого и его характер, а также проходимость носовых ходов. При возможности оптимально проведение эндоскопического исследования полости носа, которое является наиболее информативным методом, позволяющим не только оценить состояние внутриносовых структур, но и выявить возможное вовлечение в патологический процесс тех анатомических образований, которые располагаются в непосредственной близости. При этом необходимо дифференцировать обнаруженные изменения с вазомоторным, аллергическим и медикаментозным ринитом, а также специфическими ринитами, возникающими при инфекционных заболеваниях (сифилис, гонорея и др.).

Немедикаментозное лечение. С целью воздействия на нервно-рефлекторные реакции в области носа применяют рефлексогенную терапию, в частности УФО стоп (эритемная доза), горячие ножные ванны или горчишки на икроножные области, УФО, УВЧ или диатермию на нос, эндоназальный электрофорез с антигистаминными препаратами [4].

Медикаментозное лечение. Несмотря на то, что клиническая картина ОР, как правило, не характеризуется тяжелым течением, в некоторых случаях ОР сопровождается значительным повышением температуры тела, больному рекомендуется постельный режим. Воздух в помещении должен быть теплым и увлажненным, что уменьшает неприятные ощущения сухости и жжения в носу.

С целью активации неспецифических факторов местной защиты в первой стадии заболевания применяют препараты местного действия: интерфероны, противовирусные иммуноглобулины, лизаты антигенов бактерий. С целью уменьшения концентрации возбудителей на поверхности слизистой оболочки носа применяют ирригационную терапию с использованием солевых растворов, что оправданно и для неспецифической профилактики ОР, и для лечения заболевания независимо от стадии

заболевания. Во второй стадии заболевания применяют препараты серебра – 3–5%-ный раствор колларгола или протаргола, обладающие вяжущими и бактерицидными свойствами. Однако основу медикаментозной терапии при ОР составляет применение сосудосуживающих препаратов, восстанавливающих носовое дыхание, что значительно улучшает самочувствие больного. С этой целью применяют препараты местного действия – симпатомиметики (деконгестанты). К ним относятся ксилометазолин, оксиметазолин, фенилэфрин, нафазолин и др. По механизму действия большинство сосудосуживающих препаратов являются α -адреномиметиками, причем они могут воздействовать как на α_1 , так и α_2 -рецепторы, регулируя тонус кровеносных сосудов полости носа. Активируя адренергические рецепторы, они вызывают сокращение кавернозной ткани носовых раковин, что приводит к расширению носовых ходов и облегчению носового дыхания.

В рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях отмечено статистически значимое по сравнению с плацебо уменьшение субъективных симптомов назальной обструкции уже после одной дозы деконгестантов, что подтверждалось и существенным снижением резистентности носовой полости [7].

Европейским согласительным документом по диагностике и лечению риносинуситов (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012; (EPOS-2012) для применения при вирусном ОР деконгестанты включены в перечень рекомендованных лекарственных средств. В Рекомендации деконгестанты были включены на основе высоких уровней доказательств – 1a (получены на основании метаанализа рандомизированных контролируемых клинических исследований) и рекомендаций – А (базируются на результатах исследований, относящихся к I категории доказательности и, следовательно, отличающихся наиболее высоким уровнем достоверности).

Однако применение местных сосудосуживающих средств нередко имеет достаточно неприятный побочный эффект – «высушивание слизистой» оболочки носа. Поэтому перспективным является использование средств, которые, наряду с действующим веществом, содержат увлажняющие компоненты, способствующие более равномерному распределению действующего вещества на поверхности слизистой оболочки носа, а следовательно, более длительному лечебному эффекту [8].

Оптимальным сочетанием местного вазоконстрикторного и увлажняющего действия обладает препарат Отривин®, содержащий ксилометазолина гидрохлорид. Отривин® имеет сбалансированный pH, характерный для полости носа, и обладает рядом преимуществ при использовании: высокой эффективностью в отношении снятия заложенности носа без раздражения слизистой и нарушения функции реснитчатого эпителия. Действие препарата наступает в течение нескольких минут и продолжается до 12 ч. Отривин® хорошо переносится даже пациентами с чувствительной слизистой оболочкой. Отривин® спрей назальный дозированный 0,05%-ный разрешен к применению с 2-летнего возраста, Отривин® спрей назальный дозированный 0,1%-ный применяется с 12-летнего возраста.

Необходимо помнить, что данный класс препаратов обладает побочным эффектом, называемым «синдром рикошета». Длительное, более 10 дней, применение данных лекарственных средств приводит к угнетению эндогенной продукции норадреналина и снижению чувствительности гладкой мускулатуры сосудов полости носа к эндогенному норадреналину. Таким образом, снижение тонуса адrenoрецепторов сохраняется спустя длительное время после того, как перестала действовать причина, вызвавшая ринит. При этом у пациентов отмечается отек слизистой оболочки, назальная гиперреактивность и изменение гистологического строения слизистой оболочки, т. е. развитие медикаментозного ринита [1]. Следует также отметить, что у больных вазомоторным или аллергическим ринитом, с уже имеющимися явлениями назальной гиперреактивности, вероятность развития медикаментозного ринита с формированием стойкой медикаментозной зависимости резко возрастает и может развиться уже после 5–7 дней применения деконгестантов [1]. Поэтому большинство сосудосуживающих препаратов местного действия не рекомендуется применять более 4 дней. Отличительным свойством Отривина является то, что его можно применять по 3–4 раза в сутки в течение 10 дней.

В случае обильных выделений из носа при ОР хороший эффект демонстрирует назальный спрей Отривин® Комплекс, в состав которого, помимо ксилометазолина, входит ипратропия бромид, обладающий антихолинергическим эффектом. При интраназальном применении Отривин® Комплекс снижает гиперсекрецию желез слизистой оболочки носа за счет конкурентного ингибирования холинергических рецепторов, расположенных в эпителии носовой полости. В терапевтических концентрациях не раздражает слизистую оболочку, не вызывает ее гиперемии. Спрей назальный Отривин® Комплекс показан для симптоматического лечения ринита, сопровождающегося заложенностью носа и ринореей. Эффективен Отривин® Комплекс и в случае аллергического ринита. Препарат может применяться у пациентов старше 18 лет.

Лечение ринита на завершающей стадии предполагает облегчение выведения из полости носа слизисто-гнояного секрета. Для этих целей применяют различные муколитические средства.

Назначение системных антибактериальных средств при развитии клинической картины ОР не показано. Однако, учитывая четкую этапность развития патологического процесса на слизистой оболочке полости носа и появление слизисто-гнояного или гнояного отделяемого при затяжном насморке, а также случаи ОР с изначально бактериальной природой ОР, требуется использовать местные антибактериальные препараты, предотвращающие переход заболевания в хроническую форму, а также распространение воспалительного процесса и развитие осложнений в виде синусита, отита, ларингита и бронхита.

Говоря о профилактике, необходимо помнить, что общественная профилактика ОР складывается из комплекса мероприятий, направленных на устранение риска раз-

вития заболевания. С этой целью регулярно проветривают помещения, поддерживают комфортную температуру и влажность воздуха. Заболевших своевременно изолируют. К мерам индивидуальной профилактики относятся своевременная санация очагов инфекции в полости носа, рта и глотки, занятия физической культурой, закаливание и др.

Прогноз, как правило, благоприятный, но при нерациональном и несвоевременном лечении ОР может перейти в хроническую форму, привести к осложнениям со стороны околоносовых пазух, вызвать воспалительные заболевания среднего уха, глотки, гортани и бронхов.

Данное обстоятельство подтверждает необходимость своевременного и рационального лечения ОР, которое включает применение деконгестантов. При преобладании заложенности носа быстрый и продолжительный эффект обеспечивает использование препарата спрей назальный дозированный Отривин®. Если в симптоматике ОР ведущее место занимают обильные выделения из носа, преимуществами обладает комплексный препарат спрей назальный дозированный Отривин® Комплекс.



ЛИТЕРАТУРА

1. Лопатин А.С. Ринит: руководство для врачей. М.: Литтерра, 2010. 424 с. / Lopatin A.S. Rhinitis: a guide for physicians. M.: Litterra, 2010. 424 p.
2. Пальчун В.Т., Гуров А.В. Очаговая инфекция и септические состояния в оториноларингологической практике. *Вестник оториноларингологии*, 2009, 6: 63–68. / Palchun V.T., Gurov A.V. Focal infection and septic condition in ENT practice. *Bulletin of Otorhinolaryngology*, 2009, 6: 63–68.
3. Лучихин Л.А., Григорьев С.Б., Степаненко Т.И. Комбинированный препарат Полидекса с фенилэфрином в лечении больных с воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух. *Вестник оторинолар.*, 1999, 3: 48–49. / Luchikhin L.A., Grigoriev B.S., Stepanenko T.I. Combination drug Polydexa with phenylephrine in the treatment of patients with inflammatory diseases of nose and paranasal sinuses. *Bulletin of Otorhinolaryngology*, 1999, 3: 48–49.
4. Оториноларингология. Клинические рекомендации. Под ред. В.Т. Пальчуна, А.И. Крюкова. М.: Геотар-Медиа, 2013. 368 с. / Otorhinolaryngology. Clinical guidelines. Under the editorship of Palchun V.T., Kryukov A.I. M.: GEOTAR-Media, 2013. 368 p.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей. М., 2006, 560 с. / Piskunov G.Z., Piskunov S.Z., Clinical Rhinology. Guide for physicians. M., 2006, 560 p.
6. Пальчун В.Т., Кафарская Л.И., Гуров А.В. Проблема госпитальной инфекции в условиях ЛОР-стационара. *Вестник оториноларингологии*, 2005, 6: 4–9. / Palchun V.T., Kafarskaja L. I., Gurov A. V. Problem of hospital infection in the ENT hospital. *Bulletin of otorhinolaryngology*, 2005, 6: 4–9.
7. Taverner D, Latte J. Nasal decongestants for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2007, 24(1). CD001953.
8. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002, 69 с. (11). / Acute respiratory infections in children: treatment and prevention. Scientific-practical program of the Union of Pediatricians of Russia. Moscow: International Fund of Mother and Child Health Protection, 2002, p. 69 (11).



CHRU/CHOTRI/0055/16

Материал предназначен для медицинских (фармацевтических) работников АО «ГласкоСмитКляйн Хелскер»,

РФ, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10; +7 (495) 777-98-50

РУ: П N011649/03 от 28.12.2009 (дата переоформления 10.03.2016), П N011649/05 от 11.09.2008, П N011649/04 от 10.09.2008 (дата переоформления 01.03.2016)

Статья опубликована при финансовой поддержке компании «ГласкоСмитКляйн». Включенная информация отражает мнение автора и может не совпадать с позицией «ГласкоСмитКляйн». Компания «ГласкоСмитКляйн» не несет ответственности за возможные нарушения авторских прав и иных прав третьих лиц в результате публикации и распространения данной информации.