

КИМЯЕВ Е. В., БАЙТЯКОВ В. В., ГЛИНОВА А. И.
КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ
К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА

Аннотация. В статье представлен критический анализ эффективности как консервативных методов лечения хронического ринита, так и хирургических вмешательств. Сделан вывод о том, что показатели эффективности лечения хронического ринита увеличиваются при использовании комбинированного лечения, в результате которого качество жизни пациента существенно повышается.

Ключевые слова: хронический ринит, вазомоторный ринит, неаллергический ринит, нейровегетативная форма, качество жизни, хирургические вмешательства, эффективность лечения.

KIMYAEV E. V., BAITYAKOV V. V., GLINOVA A. I.
CURRENT APPROACHES TO THE TREATMENT OF CHRONIC RHINITIS:
A CRITICAL ANALYSIS

Abstract. The paper presents a critical analysis of the effectiveness of conservative treatment and surgery for chronic rhinitis. A conclusion is made that the effectiveness rates for chronic rhinitis treatment are increased with the combination of conservative treatment and surgery. As a result, the patient's quality of life is improved considerably.

Keywords: chronic rhinitis, vasomotor rhinitis, non-allergic rhinitis, neurovegetative form, quality of life, surgical interventions, treatment effectiveness.

Введение. В настоящее время хронический ринит в общемировой статистике является одним из самых часто встречающихся хронических заболеваний [1]. Хронический ринит – это воспалительный процесс слизистой оболочки полости внутреннего носа, приводящее к заложенности и зуду в носу, задней и передней ринорее, чиханию. Для верификации хронического ринита 2 симптома из вышеуказанных должны проявляться не менее 1 часа ежедневно на протяжении 12 недель в году [2].

Несмотря на отсутствие взаимопонимания в отношении стандартных определений ринита, распространенность заболевания у взрослого населения в зарубежных странах увеличивается [3]. В России также нет тенденции к снижению количества больных этим заболеванием [4]. При исследованиях в европейской популяции симптомы аллергического ринита зарегистрированы более чем у 25% [5]. В США около 77 млн. человек больны ринитом, из которых 19 млн. имеют неаллергическую форму. У 70% пациентов с неаллергической формой дебют заболевания происходит старше 20 лет [6].

Цель работы: провести анализ современных подходов к лечению хронического ринита.

Материалы и методы исследования. Проведен обзор российских и зарубежных тематических научных работ, представленных в научной электронной библиотеке eLibrary и в базах данных PubMed, Scopus.

На современном этапе различают 3 подгруппы хронического ринита, основываясь на этиопатогенетических аспектах: аллергический ринит, инфекционный ринит, неаллергический ринит (НАР). Учитывая рост числа пациентов, страдающих хронической патологией дыхательной системы, отмечается повышение доли пациентов, имеющих смешанную этиологию ринита. В соответствии с концепцией Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (ЕААСI) выделяют следующие подгруппы неаллергического ринита: медикаментозный ринит; сенильный ринит; ринит беременных; профессиональный ринит; пищевой ринит; идиопатический неаллергический ринит [2]. Однако, немалая доля вопросов имеет диагностика неаллергического ринита, клиническая картина которого обычно рассматриваются, как симптомы вазомоторного ринита. В тоже время проблема выделения идиопатического ринита в особую нозологическую единицу или вариант других подгрупп неаллергического ринита все еще открыта [7].

Определение вазомоторного ринита ввела заслуженный врач России профессор Л. Б. Дайняк. На основании наблюдения пациентов с вазомоторным ринитом было выявлено значительное различие в течении болезни, опираясь на данный факт, выделены 2 группы ринитов, имеющие характерные отличия: 1) нейровегетативная, 2) аллергическая [8].

Патогномоничное лечение составляет значительную часть из имеющихся вариантов лечения, учитывая отсутствие общей теории этиопатогенеза вазомоторного ринита. Информация о результативности симптоматических вариантов лечения неоднозначна, поскольку она базируется фактически на индивидуальном опыте ринологов. Несмотря на это, имеются лекарственные препараты, прошедшие клинические испытания и применяемые в терапии вазомоторного ринита. Условиями результативности лечения при этом являются: улучшение дыхания через нос, стойкая длительная ремиссия заболевания и отказ от использования деконгестантов. Существенное значение в лечении вазомоторного ринита имеет выявление и исключение стартовых причин, однако на практике это зачастую затруднительно. Вместе с тем, многочисленные рандомизированные клинические испытания подтверждают положительный эффект от применения интраназальных глюкокортикоидов. Консервативная гормональная терапия в настоящий момент является одной из приоритетных. Беклометазон и будесонид – 2 лекарственных препарата с официально

зарегистрированными показаниями для использования в лечении вазомоторного ринита. Но указанный метод мало результативен, особенно при тяжелых формах [9].

В связи с этим актуальным становится вопрос об альтернативных способах лечения. Доминирование нейровегетативной формы в этиопатогенезе ринита играет ключевую роль в выборе физических методов лечения. При данной форме ринита эффективны следующие рефлекторные методы физиотерапии: 1) гальванизация воротниковой зоны по Щербакову, гальванизация шейной области по Келлату; 2) магний-бром-электрофорез на воротниковую зону; 3) дарсонвализация воротниковой зоны или области шейных симпатических узлов; 4) амплипульс-терапия области верхнешейных симпатических узлов [10].

Раннее послеоперационное восстановление слизистой оболочки полости носа и положительные отдаленные результаты являются следствием минимальной травматизации при оперативных вмешательствах. Одним из малоинвазивных методов лечения вазомоторного ринита является применение жидкого азота в комплексе с медикаментозными препаратами. Данная методика может быть вариантом выбора у пациентов, когда классическая вазотомия нижних носовых раковин в условиях стационарного лечения под общим наркозом противопоказана [11].

При отсроченном контроле пациентов установлено, что минимальная резекция гипертрофированной слизистой оболочки нижних носовых раковин уменьшает прогрессирование ее фиброзной деформации относительно традиционной вазотомии более чем на 30% [12].

Учитывая недостатки классического метода, был предложен иной хирургический метод лечения вазомоторного ринита, который заключается в эндоскопической резекции заднего верхнего наружного носового нерва и заднего нижнего наружного носового нерва. Свыше 50% пациентов, при лечении которых была выполнена вышеуказанная резекция, отмечали долгосрочное улучшение носового дыхания, однако, ввиду отсутствия у ринопластов практики и навыков хирургического пособия, данная методика не вошла в «золотой стандарт» и требует последующего изучения и внедрения [13; 14].

На сегодняшний день одним из самых рациональных способов лечения вазомоторного ринита является использование лазерной терапии. Мощность лазерного излучения варьирует от 5 до 8,5 Вт. Операции принято делить на следующие виды:

1) лазерное коагулирование слизистой оболочки нижних носовых раковин от заднего конца к переднему в виде двух дублирующих борозд;

2) контактное лазерное коагулирование слизистой оболочки в комплексе с кавернозными венозными сплетениями нижних и средних носовых раковин локальным нанесением и разрезом в постоянном режиме;

3) лазерное туннельное контактное коагулирование кавернозных венозных сплетений нижних и средних носовых раковин в комбинации с частичным лазерным иссечением гипертрофической слизистой оболочки нижней носовой раковины.

Эффективность указанных операций свыше 90% и допускает применение лазерной терапии в амбулаторно-поликлинических условиях [15; 16].

Заключение. Проблема лечения вазомоторного ринита остается актуальной, несмотря на высокие показатели эффективности лазерной терапии в ринологии. Требуется поиск инноваций не только в методике самого хирургического пособия, но и в комплексной консервативной терапии, поскольку ввод в эксплуатацию лазерной коагуляции слизистой оболочки носа часто невозможно ввиду ее высоких экономических затрат. На сегодняшний день нет универсального способа хирургического лечения вазомоторного ринита, однако, приоритет имеют малоинвазивные хирургические вмешательства в комплексе с консервативными методами лечения, гарантирующие раннее послеоперационное восстановление и стойкий отдаленный эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bousquet J., Anto J. M., Bachert C. Allergic rhinitis // *Nature Reviews Disease Primers*. – 2020. – Vol. 6 (1). – P. 95.
2. Hellings P. W., Klimek L., Cingi C., Agache I., Akdis C., Bachert C., Bousquet J., Demoly P., Gevaert P., Hox V., Hupin C., Kalogjera L., Manole F., Mösges R., Mullol J., Muluk N. B., Muraro A., Papadopoulos N., Pawankar R., Rondon C., Rundenko M., Seys S. F., Toskala E., Van Gerven L., Zhang L., Zhang N., Fokkens W. J. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology // *Allergy*. – 2017. – Vol. 72 (11). – P. 1657–1665.
3. Savoure M., Bousquet J., Jaakkola J. K., Jaakkola M. S., Jacquemin B., Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: A review of definitions and temporal evolution // *Clin. Transl. Allergy*. – 2022. – Vol. 12 (3). – P. e12130.
4. Смирнова О. В., Гончарова Н. С. Патогенетические особенности хронических форм ринитов в зависимости от этиологии // *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. – 2022. – Т. 21, № 1. – С. 126–134.
5. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A. A., Denburg J., Fokkens W. J., Togias A., Zuberbier T., Baena-Cagnani C. E., Canonica G. W., Van Weel C., Agache I., Aït-Khaled N., Bachert C., Blaiss M. S., Bonini S., Boulet L. P., Bousquet P. J., Camargos P., Carlsen K. H., Chen Y. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) // *Allergy*. – 2008. – Vol. 63 (86). – P. 8–160.

6. Settipane R. A., Charnock D. R. Epidemiology of rhinitis: allergic and nonallergic // Clin. Allergy. Immunol. – 2007. – Vol. 19. – P. 23–34.
7. Серебрякова И. Ю., Ким И.А., Носуля Е.В., Коробкин А.С. Вазомоторный ринит: новые диагностические подходы // Российская ринология. – 2018. – № 26 (4). – С. 40–44.
8. Дайняк Л. Б. Вазомоторный ринит. – М.: Медицина, 1966. – 176 с.
9. Лопатин А. С. Лечение вазомоторного ринита: международные тенденции и российская практика // Медицинский совет. – 2012. – № 11. – С. 83–87.
10. Буявых А. Г. Физическая терапия в оториноларингологической практике: практ. рук-во. – М.: Медицинское информационное агентство, 2019. – 290 с.
11. Шахназаров А. Э., Лавренова Г. В., Таськова П. И. Лечение вазомоторного ринита с помощью жидкого азота // Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. 2022. – Т. 28, № 2. – С. 72–78.
12. Артемьева-Карелова А. В. Хирургическое лечение вазомоторного ринита с учетом анатомических особенностей слизистой оболочки носовых раковин // Российская ринология. – 2018. – № 1 (92). – С. 16–20.
13. Крайс Э. С., Чернова Е. А., Гомозова Т. С., Гомозов Г. Н. Новейшие методы лечения вазомоторного ринита с применением лазерной хирургии // Сб. статей Международной научно-практической конференции «Наука, общество, образование в современном мире». – Пенза, 2023. – С. 187–189.
14. Nagalingeswaran A., Kumar R. D. Newer Surgical Options for Nasal Allergy // Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2020. – Vol. 72 (1). – P. 133–139.
15. Пискунов Г. З. Пискунов С. З. Клиническая ринология. – 2-е издание. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 560 с.
16. Блоцкий А. А., Карпищенко С. А., Блоцкий Р. А. Лечение вазомоторного ринита высокоэнергетическим лазером в амбулаторных условиях // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 79–80.