

ХРОНИЧЕСКИЙ ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ: ТЕРМИНОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Проф. Г. И. Гарюк, Е. И. Харченко, доц. О. Г. Гарюк

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В обзоре с современных позиций определены суть понятия «вазомоторный ринит» и место его в структуре хронических риногенных заболеваний неаллергического генеза. Изложены вопросы эпидемиологии и патогенеза вазомоторного ринита, представлены существующие классификации этого заболевания.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, классификации вазомоторного ринита.

ХРОНІЧНИЙ ВАЗОМОТОРНИЙ РИНИТ: ТЕРМІНОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА КЛАСИФІКАЦІЯ

Проф. Г. І. Гарюк, О. І. Харченко, доц. О. Г. Гарюк

В огляді з сучасних позицій визначено суть поняття «вазомоторний риніт» і його місце в структурі хронічних риногенних захворювань неалергічного генезу. Викладено питання епідеміології та патогенезу вазомоторного риніту, подано чинні класифікації цієї хвороби.

Ключові слова: вазомоторний риніт, класифікації вазомоторного риніту.

CHRONIC VASOMOTOR RHINITIS: TERMINOLOGY, EPIDEMIOLOGY AND CLASSIFICATION

G. I. Garyuk, E. I. Kharchenko, O. G. Garyuk

In this review modern positions of «vasomotor rhinitis» notion are determined and it's place in the structure of chronic non-allergic rhinogenous diseases. Questions of epidemiology and pathogenesis are stated and the existing classifications of the disease are presented.

Keywords: vasomotor rhinitis, vasomotor rhinitis classification.

Вазомоторный ринит (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 [13]. Термин «вазомоторный ринит» (Rhinitis vasomotoria) в 1882 г. предложил М. Herzog, хотя заболевание это известно со времен Гиппократ (IV–III в. до н. э.).

Длительное время ВР считали воспалительным заболеванием, соответственно чему оно и получило это название — «ринит» (от греч. *rhinos* — нос и суффикса *itis* — воспаление). Такого рода трактовку ринита считают правильной и ряд современных ринологов. Авторы определяют ринит как воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, которое характеризуется ринореей, чиханием и блокадой носа [1, 14, 24]. Большинство украинских авторов [5] считают, что в противовес своему названию, ВР правильнее трактовать как патологию полости носа невоспалительного генеза, т. к. из пяти клинических признаков воспаления (*color, dolor, rubor, tumor et functio laesa*) характерными для этого заболевания являются только два — *tumor et functio laesa*.

Соответственно этому в настоящее время узаконено положение, что в патогенезе ВР основную роль играют патологические изменения со стороны сосудистой системы полости носа [4, 9, 11, 20].

Субстратом или органом-мишенью патологического процесса при этом заболевании являются нижние носовые раковины, основная функция которых состоит в кондиционировании воздуха (согревании, охлаждении). При ВР эта функция становится чрезмерной и даже извращенной, что проявляется назальной гиперреактивностью, связанной с лабильностью тонуса и повышенным кровенаполнением сосудов носовых раковин. Эти изменения обусловлены дисфункцией вегетативной (автономной) нервной системы. При этом вегетативный дисбаланс не ограничивается автономной нервной системой полости носа, но в той или иной степени сопровождается явлениями общей вегето-сосудистой дистонии [28]. Представленная сущность патогенеза этого заболевания определяет правомерность трактовки ВР как хронического заболевания полости носа нейровегетативного генеза [22], в основе которого лежат функциональные изменения возбудимости ВНС, характеризующиеся гиперфункцией ее парасимпатического звена [21].

К пусковым факторам или триггерам ВР отечественные и зарубежные исследователи относят действие холодного воздуха, сильных раздражающих факторов, повышенной влажности, алкоголя, резких изменений атмосферного давления, а также гормональных нарушений, связанных с менструальным циклом и беременностью [6, 12, 29].

ВР занимает существенное место в структуре хронических ринитов [6, 22] и является наиболее распространенной формой этих заболеваний [3, 38]. Только в США насчитывается 19–20 млн больных ВР, а еще 2 млн страдают от смешанных форм, при которых аллерген является не единственной причиной заболевания [35, 34]. Опубликованы данные мета-анализа эпидемиологических исследований, позволившие гипотетически оценить число больных ВР в мире на уровне 450 млн человек с соотношением мужчин и женщин, равным 1 : 2, и средним возрастом 40,5 года. Расчетное отношение частоты аллергического (АР) и неаллергического ринита (НАР) составляет 3 : 1 [33].

ВР как хроническое заболевание нередко приводит к разного рода регионарным осложнениям типа синуситов (фронтит, гайморит, этмоидит, синусит), формированию полипов (полипозный риносинусит), а также ухудшению функции обоняния [23, 29]. Установлено также, что ВР, вызывающий затруднение носового дыхания и ринорею, ухудшает психоэмоциональное благополучие пациентов и ведет к существенному снижению качества их жизни, более значительному, чем это бывает при ишемической болезни сердца или хронической обструктивной болезни легких [30, 36]. ВР способствует также развитию серьезных заболеваний верхних и нижних отделов дыхательной системы, оказывает повреждающее действие на функцию многих органов и систем организма, приводит ряд больных к нетрудоспособности, а также к опасным для жизни осложнениям [16, 19, 25].

Затраты на лечение ВР только в США составляют от 2 до 3 млрд долларов ежегодно [29, 31]. При этом специалисты считают, что истинная оценка экономического ущерба от НАР, скорее всего, существенно занижена, в частности из-за попыток самостоятельно использовать пероральные антигистаминные препараты [2].

Представленные материалы, характеризующие сущность проблемы ВР, свидетельствуют о его широкой распространенности и растущем уровне заболеваемости. Несмотря на длительность его всестороннего изучения до настоящего времени в проблеме ВР остается много неясных и спорных вопросов, требующих своего решения. К нерешенным вопросам этой проблемы следует отнести трудности дифференциальной диагностики ВР, а также выбора оптимального способа его лечения [27]; открытым остается также вопрос разработки универсальной классификации этого заболевания [13, 15].

Классификации ВР. До выделения ВР в самостоятельную нозологическую форму это заболевание входило в группу хронических ринитов. Термин «хронический катаральный ринит» предложен в 1963 г. и по своей клинической картине он соответствует «хроническому риниту неопределенного характера» [5]. В старых учебниках хронический

ринит разделялся на: простой катаральный ринит (хронический катаральный насморк, простой катар полости носа — *rhinitis catharrhalis simplex*, *rhinitis chronica*, *catharrus nasi chronica simplex*); хронический гипертрофический (гиперпластический) ринит (хронический гипертрофический или гиперпластический катар полости носа — *rhinitis chronica hypertrophica*, *hyperplastica*, *catharrus nasi, chronica hypertrophicus*, *seu hyperplasticus*); хронический атрофический ринит (*rhinitis chronica atrophicus*). Этой классификацией пользуются и многие современные отоларингологи, однако с момента появления в нее начали вноситься определенные изменения. Так, предлагалось называть эти формы стадиями хронического ринита, по-разному детализировать формы гипертрофического ринита, а также учитывать этиологическую природу этих заболеваний [7]. Одновременно с этим возникла необходимость выделения ВР в качестве самостоятельной формы заболевания, как считалось в то время — аллергического генеза и клинически проявляющегося приступообразным чиханием, выделением из носа обильного количества водянисто-слизистого секрета и заложенностью носа [10].

Последующее всестороннее изучение ВР позволило установить, что это заболевание иногда нельзя трактовать как аллергическую патологию. Соответственно этому, ученые разделили ВР на аллергическую и неаллергическую формы [8, 26].

Несколько позже, в 1966 г., в предложенной украинским ринологом Л. Б. Дайняк классификации ринитов неаллергическая форма ВР была переименована в нейровегетативную форму, т. к., по утверждению автора, основой ее является изменение возбудимости подкорковых центров или других отделов вегетативной нервной системы. Подчеркивалось, что эти две формы ВР — аллергическая и нейровегетативная могут быть гиперсекреторными, вазодилаторными и комбинированными [8].

Разработанная Л. Б. Дайняк классификация получила признание ведущих отечественных и зарубежных ученых-ринологов, а также широкого круга практических ЛОР-врачей, хотя правомочность термина «нейровегетативный» нередко вызывала сомнения, т. к. функциональные нарушения периферической иннервации обнаруживались и при других формах ВР [22]. В 1989 г. была выделена третья форма ВР — смешанная, после чего некоторые отечественные ринологи предложили объединить существующие к тому времени формы ВР в единой классификации, которая должна была содержать четыре формы этого заболевания — атопическую, инфекционно-аллергическую, нейровегетативную и смешанную [8].

Другая часть клиницистов-ринологов уже в то время считала необходимым выделение

аллергического ринита в качестве самостоятельного заболевания, т. к. он существенно отличался по патогенезу и морфологическим изменениям слизистой оболочки носа [37]. Аналогичных взглядов придерживались ведущие западные ринологи, которые в своих классификациях уже выделяли АР как отдельную (самостоятельную) форму заболевания, отличающегося от его «неаллергической» формы. Термин «вазомоторный ринит» эти авторы не использовали, утверждая, что вазомоторные симптомы могут быть следствием как аллергического, так и неаллергического ринита [1, 29].

К сожалению, в вышедшем в свет в 1992 г. 10 пересмотре Международной статистической классификации болезней и других проблем (МКБ-10), связанных с состоянием здоровья, в разделе «Другие болезни верхних дыхательных путей» под кодом 30 значится «вазомоторный и аллергический риниты». Такое «объединение» ринитов в настоящее время не выдерживает критики, т. к. АР уже повсеместно выделен в самостоятельную нозологическую единицу. Подтверждением этому служит тот факт, что еще в 1994 г. проведенной под эгидой ВОЗ консенсусной группой ведущих ринологов и аллергологов стран Запада была разработана Международная классификация ринитов, согласно которой это заболевание по этиологическому принципу было представлено в виде трех форм: 1 — аллергический ринит, 2 — инфекционный ринит, а также 3 — другие формы ринита, куда были включены идиопатический, гормональный, медикаментозный, психогенный, атрофический, а также вызванный веществами раздражающего действия. К сожалению, в этой классификации не упоминаются гипертрофический и нейровегетативный (вазомоторный) риниты, не уточняется специфика его гормональной и медикаментозной форм. Указанные недостатки Международной классификации ринитов заставили большинство украинских и российских ринологов считать нецелесообразным придерживаться этой классификации, которая «не может удовлетворить ни научных работников, ни практических врачей» [15, 17, 18].

Соответственно этому среди ринологов Восточной Европы термин «вазомоторный ринит» или «нейровегетативная форма вазомоторного ринита» до настоящего времени остается широко распространенным диагнозом, обозначающим гетерогенную группу заболеваний полости носа неинфекционного и неаллергического генеза [5, 8].

В отечественной и зарубежной литературе тождественными терминами ВР являются: неинфекционный неаллергический круглогодичный ринит (англ. NANIPER — nonallergic noninfectious perennial rhinitis), неаллергическая ринопатия, идиопатический ринит и др. С академической точки зрения не следует применять термин ВР, если имеется возможность «уложить» данный клинический случай в одну из известных и имеющих самостоятельный патогенез нозологических форм, таких как медикаментозный ринит, гормональный (в том числе и ринит беременных) или пищевой ринит.

В клинических рекомендациях «Вазомоторный ринит: патогенез, диагностика и принципы лечения», разработанных группой российских ринологов под редакцией А. С. Лопатина в 2010 г., под ВР авторы подразумевают гетерогенную группу хронических неинфекционных ринитов, за исключением атрофического, неаллергического профессионального, ринита при непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и специфических морфологических форм, таких как НАР с эозинофильным синдромом (англ. NARES), НАР с тучными клетками (англ. NARMA), НАР с нейтрофилами (англ. NARNE), НАР с эозинофилами и тучными клетками (англ. NARESMA).

Авторы указанных Рекомендаций предлагают этиопатогенетическую классификацию ВР, выделяя следующие его формы: медикаментозный (связанный с топическими деконгестантами и связанный с системным применением лекарств), гормональный (ринит беременных, ринит пубертатного периода и др.), рефлексорный (пищевой, холодовой и другие), психогенный, идиопатический. Кроме того, авторы указанных Рекомендаций считают, что не следует пренебрегать «смешанными» формами ринита, когда в развитии симптомов принимают участие и IgE-опосредованные механизмы, и неиммунные факторы [8, 32].

Представленные классификации хронического ринита и, в частности, вазомоторной (нейровегетативной) формы этого заболевания не охватывают, по мнению многих ринологов, всех особенностей клинического течения и характера патологических изменений слизистой оболочки полости носа при этом заболевании, что определяет необходимость дальнейших исследований в этом направлении [12, 33].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аллергические и неаллергические риниты: сравнительная характеристика / Н. Г. Астафьева, Е. Н. Удовиченко, И. В. Гамова [и др.] // Лечащий врач. — 2013. — № 5. — С. 58–64.
2. Астафьева Н. Г. Аспириновая бронхиальная астма: диагностика, лечение и профилактика / Н. Г. Астафьева // Клинические рекомендации. Бронхиальная астма; под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2008. — С. 104–116.

3. Бобрусь А. Б. Експериментально-клінічне обґрунтування вазотомії імпульсно-періодичним напівпроводниковим лазером у хворих на медикаментозний риніт : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.19 / А. Б. Бобрусь. — К. : АМН України. Ін-т отоларингології ім. О. С. Коломійченка, 2010. — 20 с.
4. Богомільский М. Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Национальное руководство / М. Р. Богомільский, В. Р. Чистякова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 736 с.
5. Вазомоторний риніт / А. А. Лайко, А. В. Ткаліна, А. Л. Косаковський [та ін.]. — К. : Логос, 2014. — 175 с.
6. Гапонюк А. В. Клініко-патофізіологічні особливості перебігу вазомоторного риніту при тривалому застосуванні назальних деконгестантів : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.19 / А. В. Гапонюк. — К. : АМН України. Ін-т отоларингології ім. О. С. Коломійченка, 2003. — 20 с.
7. Гострий та хронічний риніт / Д. І. Заболотний, А. А. Лайко, Ю. В. Мітін [та ін.]. — К. : Логос, 2014. — 231 с.
8. Дайняк Л. Б. Вазомоторный ринит / Л. Б. Дайняк. — М. : Медицина, 1966. — 175 с.
9. Кіцера О. О. Клінічна оториноларингологія : навчальний посібник / О. О. Кіцера. — Львів : Кварт, 2006. — 531 с.
10. Коломейцев В. П. Клинические и морфологические изменения слизистой оболочки нижних носовых раковин при некоторых формах хронического ринита / В. П. Коломейцев, Л. В. Дегтярева // Вестник оториноларингологии. — 1990. — № 4. — С. 33–37.
11. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія / А. А. Лайко. — К. : Логос, 2008. — 703 с.
12. Лопатин А. С. Влияние различных методов хирургического воздействия на микроциркуляцию слизистой оболочки нижней носовой раковины по данным лазерной доплеровской флоуметрии / А. С. Лопатин, О. А. Шемпелев // Вестник оториноларингологии. — 2009. — № 4. — С. 31–35.
13. Лопатин А. С. Исследование эффективности бекламетазона дипропионата в лечении вазомоторного ринита / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская // Российская ринология. — 2007. — № 2. — С. 67–70.
14. Лопатин А. С. Ринит / А. С. Лопатин. — М. : Литтерра, 2010. — 122 с.
15. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції) / Ю. В. Мітін. — К. : Фарм Арт, 2000. — 284 с.
16. Овчинников Ю. М. Болезни носа, глотки, гортани и уха / Ю. М. Овчинников, В. П. Гамов. — М. : Медицина, 2003. — 320 с.
17. Овчинников Ю. М. О классификации ринитов в свете Международного консенсуса диагностики и лечения ринита / Ю. М. Овчинников // Российская ринология. — 1997. — № 2. — С. 12.
18. Оториноларингологія / Д. І. Заболотний, Ю. В. Мітін, С. Б. Безшапочний, Ю. В. Деева. — К. : Медицина, 2010. — 472 с.
19. Пискунов Г. З. К вопросу о классификации синуситов / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов // Российская ринология. — 1997. — № 2. — С. 13–14.
20. Пискунов Г. З. Руководство по ринологии / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. — М. : Литтерра, 2011. — 960 с.
21. Пухлик С. М. Вазомоторний риніт (діагностика та лікування) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.19 / С. М. Пухлик. — К. : Київський НДІ оториноларингології ім. О. С. Коломійченка, 2000. — 34 с.
22. Пухлик С. М. Принципы диагностики и клинические особенности вегетативных нарушений у больных нейровегетативным и аллергическим («вазомоторным») ринитом / С. М. Пухлик // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. — 1997. — № 6. — С. 30–37.
23. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гемокинеза / М. С. Плужников, А. Г. Шантуров, Г. В. Лавренова, Е. В. Носуля. — СПб : Медицина, 1995. — 104 с.
24. Солдатов И. Б. Оториноларингология / И. Б. Солдатов, В. Р. Гофман. — СПб : ЭЛБИ, 2001. — 468 с.
25. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии / И. Б. Солдатов. — М. : Медицина, 1997. — 590 с.
26. Степанов Е. Н. Роль нарушения микроциркуляции слизистой оболочки полости носа в патогенезе различных форм хронического ринита / Е. Н. Степанов // Практическая медицина. — 2011. — № 3. — С. 11–14.
27. Физические методы лечения вазомоторного ринита / В. В. Митрофанов, А. Г. Шиман, А. В. Максимов, Е. В. Безрукова // Физиотерапевт. — 2008. — № 5. — С. 29–49.
28. Bumsted R. M. Cryotherapy for chronic vasomotor rhinitis: technique and patient selection for improved results / R. M. Bumsted // Laryngoscop. — 1984. — Vol. 94, № 4. — P. 539–544.
29. Kaliner M. A. Classification of Nonallergic Rhinitis Syndromes With a Focus on Vasomotor Rhinitis, Proposed to be Known henceforth as Nonallergic Rhinopathy / M. A. Kaliner // World Allergy Organ. J. — 2009. — № 2. — P. 98–101.
30. Rhee C. S. Changes of nasal function after temperature-controlled radiofrequency tissue volume reduction for the turbinate / C. S. Rhee // Laryngoscope. — 2001. — Vol. 111, № 1. — P. 153–158.
31. Scarupa M. D. Nonallergic rhinitis, with a focus on vasomotor rhinitis: clinical importance, differential diagnosis, and effective treatment recommendations / M. D. Scarupa, M. A. Kaliner // World Allergy Organ. J. — 2009. — № 2 (3). — P. 20–25.

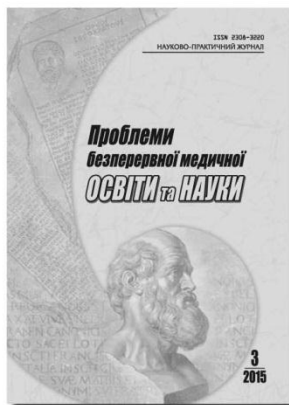
32. *Settipane R. A.* Defining the effects of an inhaled corticosteroid and long-acting betaagonist on therapeutic targets / R. A. Settipane // *Allergy & Asthma Proceedings*. — 2003. — № 24. — P. 85–90.
33. *Settipane R. A.* Epidemiology of Vasomotor Rhinitis / R. A. Settipane // *World Allergy. Organ. J.* — 2009. — № 2. — P. 115–118.
34. *Settipane R. A.* Epidemiology of rhinitis: allergic and nonallergic / R. A. Settipane, D. R. Charnock // *Clin. Allergy. Immunology*. — 2007. — Vol. 19. — P. 23–34.
35. *Settipane R. A.* Other causes of rhinitis: mixed rhinitis, rhinitis medicamentosa, hormonal rhinitis, rhinitis of the elderly, and gustatory rhinitis / R. A. Settipane // *Immunol. Allergy. Clin. North. Am.* — 2011. — № 31 (3). — P. 457–467.
36. Treatment of hypertrophy of the inferior turbinate: long-term results in 382 patients randomly assigned to therapy / D. Passali, M. Lauriello, M. Anselmi, L. Bellussi // *Ann. Otol. Rh.* — 1999. — № 108 (6). — P. 569–575.
37. *Vogt H. B.* Rhinitis / H. B. Vogt // *Prim. Care*. — 1990. — Vol. 17. — P. 309–322.
38. *Wallace D. V.* Classification of nonallergic rhinitis syndromes with a focus on vasomotor rhinitis, proposed to be known henceforth as nonallergic rhinopathy / D. V. Wallace, M. S. Dykewicz, M. A. Kaliner // *World Allergy. Organ. J.* — 2009. — № 2. — P. 98–101.

Редакційно-видавничий відділ ХМАПО

запрошує авторів:

▣ Видавати

- навчальну літературу (посібники, підручники, методичні рекомендації)
- монографії
- збірники наукових праць
- буклети до конференцій та ювілеїв тощо



▣ Публікувати

статті в щоквартальному журналі
«Проблеми безперервної медичної освіти та науки».
(Журнал включено до затвердженого ВАК України
переліку видань із медичних наук).

Передплатний індекс на 2014 рік — 89215.

ВІДДІЛ ПРОФЕСІЙНО ЗДІЙСНЮЄ:

- Додрукарські процеси:
- ▣ редагування
 - ▣ коректуру
 - ▣ верстання
 - ▣ бланків
 - ▣ методичних рекомендацій
 - ▣ авторефератів
 - ▣ брошур тощо
- Друк (RISO):

Адміністрацією розглядається можливість безкоштовного друку матеріалів для навчального процесу. Діє система знижок.

Контакти:

Тел.: 711-80-29, 780-46-38, (067) 947-96-15 E-mail: redakcia.hmapo@gmail.com
Нач. ред.-вид. відділу НЄВЕЖИНА Антоніна Михайлівна