



¹ Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи

Новые тенденции в лечении хронического ринита

С.А. Карпищенко, д.м.н., проф.^{1,2}, О.А. Станчева¹

Адрес для переписки: Сергей Анатольевич Карпищенко, karpischenkos@mail.ru

Для цитирования: Карпищенко С.А., Станчева О.А. Новые тенденции в лечении хронического ринита // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 30. С. 22–25.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-30-22-25

В статье представлен клинический случай хронического бактериального ринита у 27-летней пациентки, возникшего на фоне затяжного течения острой респираторной вирусной инфекции и использования препаратов местного антибактериального действия с недостаточным спектром действия в отношении этиотропных микроорганизмов. Диагноз установлен на основании анамнестических данных, показателей клинических исследований, эндоскопического осмотра полости носа, а также результатов микробиологического исследования отделяемого полости носа с оценкой спектра чувствительности к антибактериальным препаратам. На фоне комплексной терапии (аэрозоль гипертонического раствора морской воды (ЛинАква Форте), местный увлажняющий спрей (Олифрин), топический антибактериальный препарат широкого спектра действия фрамицетин (Трамицент)) удалось полностью купировать клинические проявления заболевания. Стойкий клинический эффект обусловлен механизмом этиотропного действия отдельных компонентов терапии (фрамицетин).

Ключевые слова: хронический ринит, аллергия, качество жизни, деконгестанты, фрамицетин

Введение

Полость носа как часть дыхательных путей является важным звеном в процессе очищения, согревания и защите вдыхаемого воздуха от микроорганизмов. Такая функция реализуется посредством нормальной работы мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

В настоящее время термин «ринит» объединяет группу заболеваний слизистой оболочки полости носа, отличающихся этиологией и патофизиологическими механизмами развития. Основными жалобами пациентов с той или иной формой ринита являются затруднение носового дыхания, выделения из полости носа различного ха-

рактера, зуд и приступы чихания [1]. Указанная клиническая картина может дополняться и другими симптомами в зависимости от длительности течения болезни, например повышенным коркообразованием в полости носа или снижением обоняния.

Согласно результатам исследований с участием, как правило, пациентов с аллергическим ринитом, по мнению почти 80% из них, из всех клинических проявлений ринита именно заложенность носа доставляет наиболее неприятные и тягостные ощущения [1]. Если продолжительность воспалительных изменений не превышает двух-трех недель, говорят об остром рините. Хроническое течение обусловлено развитием бактериальной пленки на поверхности слизистой оболочки полости носа. Процесс образования биопленки длительный и состоит из трех этапов:

- 1) прикрепление бактериальных клеток к поверхности и создание бактериальной колонии (адгезия);
- 2) формирование защитного матрикса бактерий, или этап созревания;
- 3) последующее отделение от зрелой биопленки планктонных клеток (этап отделения) [2]. Зрелая биопленка представляет собой сложную упорядоченную



систему, состоящую из «спящих» и активно растущих форм микроорганизмов. В свою очередь матрикс данной системы пронизан каналами, по которым циркулируют питательные вещества, продукты жизнедеятельности, ферменты, метаболиты и кислород [3].

Наиболее типичными возбудителями ринита в полости носа считаются *Streptococcus pneumoniae*, *St. pyogenes*, *Haemophilus influenzae*. Если речь идет об иммунодефицитных больных, к возбудителям ринита присоединяются грибковые колонии [4].

Диагностика ринита не вызывает затруднений. Для хронического процесса характерны гиперемия и сухость слизистой оболочки полости носа, наличие слизистогнойных корок на поверхности носовых раковин, сочетающихся с субъективно неприятным запахом в носоглотке. В ходе эндоскопического осмотра полости носа и носоглотки могут определяться изменения близлежащих структур, таких как слизистая оболочка носоглотки, область евстахиевой трубы или обонятельная щель. В подобной ситуации эндоскопические находки необходимо дифференцировать с проявлением специфического ринита (сифилис, гонорея) или явлениями вазомоторной риносинусопатии. С учетом сказанного медикаментозное воздействие на ранних этапах хронического бактериального ринита способно предупреждать дальнейшее

формирование бактериальной пленки.

Широкое распространение у пациентов с ринитом получили топические деконгестанты [5]. Короткий курс их применения позволяет быстро и эффективно устранить заложенность носа и обеспечить более глубокую доставку других топических препаратов (глюкокортикостероидных аэрозолей, топических антигистаминных препаратов). Такой эффект обеспечивается воздействием на сосудистую стенку слизистой оболочки полости носа. При этом действие препаратов направлено прежде всего на ткани с интенсивным кровоснабжением, имеющие богатую симпатическую иннервацию, в частности на слизистую оболочку нижних носовых раковин [6]. Вместе с тем на фоне применения деконгестантов не исключены медикаментозный ринит и проявления системного эффекта за счет всасывания доли вещества в общий кровоток и оказания тонуса на сосудистую стенку в других системах и органах человека. В связи с этим применение деконгестантов у беременных и пациентов с круглогодичным или сезонным аллергическим ринитом ограничено.

Одна из составляющих патогенетического лечения хронического ринита – использование местных антибактериальных препаратов. Курс лечения зависит от механизма воздейст-

вия лекарственного вещества, а также скорости развития терапевтического эффекта при уже сформировавшейся биологической пленке. С учетом доказанной эффективности, максимальной безопасности и простоты в применении препаратом выбора считается фрамицетин (Трамицент) спрей для носа (по две дозы три раза в день 5–7 дней).

Фрамицетин – антибиотик аминогликозидного ряда активен в отношении большинства возбудителей воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, предназначен для местного применения, поскольку обладает очень низким уровнем системной абсорбции (практически не всасывается с поверхности слизистой оболочки полости носа/носоглотки и не попадает в системный кровоток), а следовательно, не оказывает системного действия [7]. Такой механизм действия позволяет использовать препарат у пациентов любой возрастной категории, даже новорожденных. Применение фрамицетина на ранних стадиях развития бактериального ринита блокирует процесс образования бактериальных пленок [8]. Но это не означает, что препарат не используется на поздних стадиях болезни или при наличии уже сформировавшегося бактериального матрикса. Жидкая форма препарата позволяет проникать через биопленки и оказывать бактерицидное действие. Следует отметить, что низкая доступность препарата обуславливает возможность применения его у детей с самого раннего возраста [9].

Клинический случай

Пациентка Р. 27 лет обратилась к оториноларингологу с жалобами на заложенность носа, обильное количество корочек в полости носа, субъективный неприятный запах из полости носа. Исходя из анамнеза, указанные жалобы возникли после затяжной острой респираторной вирусной инфек-

Одна из составляющих патогенетического лечения хронического ринита – использование местных антибактериальных препаратов. Курс лечения зависит от механизма воздействия лекарственного вещества, а также скорости развития терапевтического эффекта при уже сформировавшейся биологической пленке. С учетом доказанной эффективности, максимальной безопасности и простоты в применении препаратом выбора считается фрамицетин



Олифрин обеспечивает местное увлажняющее действие на слизистую оболочку полости носа за счет сочетания гиалуроновой кислоты с глицерином, эфирным маслом лимона и витамином Е. Комплексная терапия Трамицентом и Олифрином эффективна при хронических бактериальных ринитах, синдроме «пустого носа», после перенесенных обширных внутриносовых вмешательств и системных заболеваний

ции, во время которой пациентка активно пользовалась аэрозолями с морской солью. Общая длительность заболевания, по приблизительным расчетам, – шесть недель.

Результаты передней риноскопии: гиперемия полости носа, снижение влажности слизи-

стой оболочки, небольшой отек. Нижние носовые раковины умеренно отечны, покрыты слизисто-гнойными корками. В полости носа – корки и скудное густое слизистое отделяемое.

Фарингоскопия: зев симметричен. Слизистая оболочка глотки розовая. Небные миндалины гипертрофированы (2-я степень), выступают за края передних небных дужек, содержат умеренное количество казеозных масс. По задней стенке глотки – густая слизистая дорожка.

Пациентку направили на дообследование. Выполнена рентгенография околоносовых пазух (на предмет хронического процесса в околоносовых пазухах), взят мазок отделяемого из полости носа для определения флоры и чувствительности к антибактериальным препаратам. В клинической картине обращала на себя внимание связь между отсутствием этиотропной терапии в период острого респираторного вирусного заболевания и наличие хронического субкомпенсированного тонзиллита, который мог стать источником бактериального обсеменения в период болезни. Данные рентгенологического исследования (отсутствие полипозно-измененных участков слизистой полости носа, нормальная пневматизация околоносовых пазух), микробиологического исследования отделяемого из полости носа и с поверхности слизистой оболочки зева: *Staphylococcus aureus* 10⁵ КОЕ/мл. Установлен клинический диагноз: хронический бактериальный ринит. Носительство патогенной флоры в полости носа. В ходе эндоскопического осмотра полости носа, после туалета полости носа и удаления слизисто-гнойных корочек отмечались выраженная гиперемия и сухость слизистой оболочки полости носа (рис. 1).

Таким образом, лечебная тактика заключается в применении медикаментозной и немедикаментозной терапии. Еще один вариант лечения предполагает воздействие на нервно-рефлекторные ре-

акции в области носа с применением рефлексогенной терапии, в частности ультрафиолетового облучения (УФО) стоп (эритемная доза), горячих ножных ванн или горчичников на икроножные области, УФО, ультравысокочастотной терапии или диатермии на нос, эндоназального электрофореза с антигистаминными препаратами.

Медикаментозное лечение хронического бактериального ринита заключалось в использовании топических антибактериальных препаратов с учетом спектра чувствительности. Были выбраны препараты Трамицент (фрамицетин) и Олифрин для увлажнения слизистой оболочки полости носа. За счет комплексного этиопатогенетического лечения удалось в течение пяти дней нормализовать микробную флору в полости носа и купировать ощущения сухости, жжения и обильное образование корок. Поддерживающая терапия была продлена до двух недель и прекращена в связи с клиническим улучшением.

Схема лечения пациентки Р. включала:

- фрамицетин 1,25% (Трамицент) интраназально по две дозы пять раз в день в первые пять дней, далее по две дозы три раза в день еще девять дней;
- гипертонический раствор морской воды 2,1% (ЛинАква Форте) интраназально по одной дозе три раза в день 14 дней;
- спрей назальный с гиалуроновой кислотой, глицеролом, эфирным маслом лимона, витамином Е (Олифрин) по две дозы два раза в день в течение недели.

При эндоскопическом осмотре полости носа спустя месяц после лечения зафиксированы нормализация влажности в полости носа, отсутствие слизисто-гнойного отделяемого (рис. 2).

Нормализация носового дыхания на фоне поддерживающей терапии положительно повлияла на сон и общее самочувствие. При оценке качества жизни пациентка отметила уменьшение



Рис. 1. Выраженная гиперемия и сухость слизистой оболочки полости носа до лечения



Рис. 2. Нормализация влажности в полости носа, отсутствие слизисто-гнойного отделяемого после лечения



симптомов заложенности носа и зуда в носу.

Особенности действия препаратов Трамицент и Олифрин

Согласно результатам исследований, одним из эффективных средств консервативной терапии хронических форм ринита (неспецифического бактериального ринита) признан Трамицент [7].

Лечебный эффект препарата обусловлен бактерицидным действием в отношении боль-

шинства грамположительных и грамотрицательных бактерий (*S. aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *H. influenzae*), вызывающих развитие инфекционных процессов в верхних отделах дыхательных путей. Наиболее важным действием считается активность в отношении микроорганизмов, устойчивых к пенициллинам.

Олифрин обеспечивает местное увлажняющее действие на слизистую оболочку полости носа за счет сочетания гиалуроновой кислоты с глицерином, эфирным

маслом лимона и витамином Е. Отсутствие системного воздействия делает возможным использование препарата у широкого контингента больных, в том числе беременных.

Комплексная терапия Трамицентом и Олифрином эффективна при хронических бактериальных ринитах, синдроме «пустого носа», после перенесенных обширных внутриносовых вмешательств и системных заболеваний (муковисцидоз, болезнь Вегенера и т.д.) [10].

Литература

1. Савлевич Е.Л., Козлов В.С., Жарких М.А. и др. Анализ современных схем лечения хронического ринита по данным амбулаторной службы поликлиник Москвы // Медицинский совет. 2017. № 16. С. 60–67.
2. Marsh P.D. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? // Microbiology. 2003. Vol. 149. Pt. 2. P. 279–294.
3. Donlan R.M., Costerton J.W. Biofilms: survival mechanisms of clinically relevant microorganisms // Clin. Microbiol. Rev. 2002. Vol. 15. № 2. P. 167–193.
4. Lin C.D., Tsai M.H., Lin C.W. et al. Association of adenoid hyperplasia and bacterial biofilm formation in children with adenoiditis in Taiwan // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2012. Vol. 269. № 2. P. 503–511.
5. Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Кулагина М.И. Некоторые аспекты лечения острого ринита местными комплексными препаратами // Лечебное дело. 2017. № 3. С. 37–43.
6. Лопатин А.С. Назальные деконгестанты: старые препараты и новые формы // Доктор.Ру. 2011. № 6 (65). С. 13–19.
7. Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015. Т. 94. № 5. С. 96–100.
8. Чучалин А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. XII. М.: Эхо, 2011. С. 587.
9. Karpishchenko S.A., Aleksandrov A.N., Sopko O.N., Arustamyan I.G. Conservative treatment of snoring and obstructive sleep apnea based on correction of nasal obstruction // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2016. Vol. 22. № 2. P. 27–29.
10. Карпищенко С.А., Чербылло В.Ю., Тамазян Н.В. и др. Особенности эндоназального трансфеноидального доступа в хирургическом лечении аденомы гипофиза // Российская оториноларингология. 2018. № 3 (94). С. 47–53.

New Trends of Chronic Rhinitis Treatment

S.A. Karpishchenko, MD, PhD, Prof.^{1,2}, O.A. Stancheva¹

¹ Acad. I.P. Pavlov First St.-Petersburg Medical University

² St.-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech

Contact person: Sergey A. Karpishchenko, karpischenkos@mail.ru

The article presents the clinical case of chronic bacterial rhinitis in a 27-year-old patient, which arose on the background of the acute respiratory viral infection prolonged course and the use of local antibacterial activity drugs of insufficient spectrum of action against etiotropic microorganisms. The diagnosis was made on the basis of anamnestic data, indicators of clinical studies, the nasal cavity endoscopic examination, as well as the results of microbiological examination of the nasal cavity secreted substance with an assessment of the spectrum of sensitivity to antibacterial drugs. On the background of complex therapy (aerosol hypertonic sea water solution (LinAqua Forte), local moisturizing spray (Olifrin), topical broad-spectrum antibacterial drug framycetin (Tramicent)) the clinical manifestations of the disease were completely stopped. Persistent clinical effect was conditioned by the mechanism of etiotropic action of the therapy individual components (framycetin).

Key words: chronic rhinitis, allergy, quality of life, decongestants, framycetin