

Ринит: дифференциальная диагностика и принципы лечения

А.Л. Гусева^{1✉}, ORCID: 0000-0002-7988-4229, e-mail: alexandra.guseva@gmail.com

М.Л. Дербенева², ORCID: 0000-0002-8184-7312, e-mail: mlderbeneva@mail.ru

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

² Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова; 119049, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 8

Резюме

Ринит – это воспаление слизистой оболочки полости носа. К проявлениям этого заболевания относятся заложенность носа, чихание, зуд в носу и на небе, ринорея и стекание слизи по задней стенке глотки. В развитии ринита могут иметь значение как аллергические, так и неаллергические факторы. Наиболее часто используемая классификация ринита включает аллергический ринит, неаллергический ринит, инфекционный ринит и специфические формы. Аллергический ринит подразделяется на интермиттирующую и персистирующую формы, а по выраженности симптомов – на легкую, среднетяжелую и тяжелую формы. Лечение аллергического ринита включает устранение контакта с аллергеном, аллерген-специфическую иммунотерапию и фармакотерапию, которая подбирается в зависимости от тяжести симптомов. Инфекционный ринит наблюдается при острой вирусной инфекции, а симптомы ринита присутствуют при остром и хроническом риносинусите. Неаллергический ринит включает такие формы, как вазомоторный, вкусовой риниты и неаллергический ринит с синдромом эозинофилии. Смешанный ринит имеет компоненты аллергического и неаллергического ринита. Кроме того, различают СИПАП-ринит, профессиональный ринит, медикаментозный ринит, ринит при системном назначении лекарственных препаратов, ринит беременных, атрофический ринит, ринит при системных заболеваниях. Диагностика формы ринита проводится по жалобам и анамнезу пациента, клинической картине, в ряде случаев в дифференциальной диагностике необходимо проведение лабораторных исследований и КТ околоносовых пазух. Подходы к лечению ринитов зависят от его формы и включают исключение аллергена или провоцирующих факторов, использование солевых растворов, интраназальных глюкокортикостероидов, системных антигистаминных препаратов, интраназальных кромонов, деконгестантов, при инфекционном рините возможно назначение антибактериальных препаратов. Дифференциальную диагностику ринита следует проводить с аномалиями строения, включая врожденные особенности, приобретенные состояния, новообразования, гастроэзофагеальный рефлюкс, назальной ликвореей.

Ключевые слова: аллергический ринит, неаллергический ринит, деконгестанты, инфекционный ринит, профессиональный ринит, СИПАП-ринит

Для цитирования: Гусева А.Л., Дербенева М.Л. Ринит: дифференциальная диагностика и принципы лечения. *Медицинский совет.* 2020;(16):102–108. doi: 10.21518/2079-701X-2020-16-102-108.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Rhinitis: differential diagnosis and treatment principles

Alexandra L. Guseva^{1✉}, ORCID: 0000-0002-7988-4229, e-mail: alexandra.guseva@gmail.com

Maria L. Derbeneva², ORCID: 0000-0002-8184-7312, e-mail: mlderbeneva@mail.ru

¹ Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia

² Pirogov City Clinical Hospital No. 1; 8, Leninskiy Prospect, Moscow, 119049, Russia

Abstract

Rhinitis is inflammation of the mucous membrane inside the nose. The clinical symptoms of this disease include nasal congestion, sneezing, itching of the nose and roof of mouth, rhinorrhea, and mucus draining down the back of the throat. Both allergic and non-allergic factors can play a role in the development of rhinitis. The most commonly used classification of rhinitis includes allergic rhinitis, non-allergic rhinitis, infectious rhinitis, and its specific forms. Allergic rhinitis is classified into the intermittent or persistent types, and may also be classified as mild, moderate and severe according to the severity of symptoms. Treatment of allergic rhinitis includes elimination of contact with allergen, allergen-specific immunotherapy and pharmacotherapy, which is selected depending on the severity of the symptoms. Infectious rhinitis develops in acute viral infection, and rhinitis symptoms are present in acute and chronic rhinosinusitis. Non-allergic rhinitis comprises conditions ranging from vasomotor rhinitis and gustatory rhinitis to non-allergic rhinitis with eosinophilia syndrome. Mixed rhinitis has components of allergic and non-allergic rhinitis. In addition, there are CPAP rhinitis, occupational rhinitis, medication rhinitis, rhinitis in systemic administration of drugs, rhinitis of pregnant women, atrophic rhinitis, rhinitis in systemic diseases. The type of rhinitis is diagnosed based on the patient's complaints, anamnesis and clinical picture, some cases require laboratory tests and CT scan of the paranasal sinuses to differentiate the diagnosis. Approaches to the treatment of rhinitis depend on its type and include elimination of allergens or provoking factors, administration of saline solutions, intranasal glucocorticosteroids, systemic antihistamines, intranasal cromones, decongestants, antibacterial drugs may be prescribed to treat infectious rhinitis. Rhinitis should be differentiated from structural abnormalities, including congenital features, acquired conditions, neoplasms, gastroesophageal reflux, nasal liquorrhea.

Keywords: allergic rhinitis, non-allergic rhinitis, decongestants, infectious rhinitis, occupational rhinitis, CPAP rhinitis

For citation: Guseva A.L., Derbeneva M.L. Rhinitis: differential diagnosis and treatment principles. *Meditsinskiy sovet = Medical Council.* 2020;(16):102–108. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-16-102-108.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Ринит – это воспаление слизистой оболочки полости носа [1, 2]. Проявления этого заболевания – заложенность носа, чиханье, зуд в носу и на небе, выделения из носа (ринорея) и стекание слизи по задней стенке глотки. Наиболее часто используемая классификация ринита включает различные формы, представленные в *табл.* [3, 4]. Ринит является весьма распространенным и, на первый взгляд, банальным заболеванием, однако его течение может существенно нарушать трудоспособность, успеваемость в школе, повседневную активность, ночной сон и в итоге качество жизни [5]. По статистическим данным, в США около 58 млн человек страдают аллергическим ринитом и 19 млн – неаллергическим. У 70% пациентов с аллергической формой дебют заболевания происходит в детстве, а у 70% с неаллергической формой – во взрослом возрасте, старше 20 лет [6]. В 2002 г. в США прямые и косвенные затраты на лечение ринита составили 11,6 млрд долл. [5].

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Аллергическим ринитом (АР) страдают 10–30% взрослого населения и до 40% детей, при этом риск развития заболевания увеличивается при наличии экземы или астмы [7]. Чаще всего АР дебютирует в детском или юношеском возрасте. Патопизиология АР основана на IgE-опосредованной реакции гиперчувствительности I типа на вдыхаемый аллерген. При этом развиваются аллергические реакции как немедленного, так и замедленного типа. После контакта с аллергеном симптоматика возникает немедленно в течение минуты и уменьшается в течение 1 ч, однако далее происходит инфильтрация тканей воспалительными клетками (базофилами, эозинофилами, Т-лимфоцитами, тучными клетками и др.) и их активация, что увеличивает общую реактивность организма и обеспечивает формирование праймирующего эффекта (более сильного ответа на повторное воздействие аллергена) [8, 9]. Современная классификация АР включает две формы по длительности симптомов – интермиттирующую и персистирующую и три формы по выраженности симптомов – легкую, среднетяжелую и тяжелую [9, 10]. В клинической симптоматике преобладают зуд в носу, водянистые выделения из носа, отечность и, как следствие, заложенность носа, а также чиханье. При первичном обращении к специалисту жалобы пациента на зуд в носу позволяют заподозрить именно АР. У детей это проявляется не столько жалобами на зуд, сколько постоянным утиранием носа. Примерно 40% пациентов АР жалуются на плохой сон, а более 75% – на общую усталость. Храп вследствие заложенности носа отмечают большинство родителей или членов семьи пациента с АР. Наличие АР увеличивает риск развития таких коморбидных заболеваний, как головная боль, риносинусит и астма [7]. При физикальном обследовании в случае персистирующего АР у детей могут наблюдаться синюшно-серые круги

- **Таблица.** Различные формы ринита
- **Table.** Different types of rhinitis

Аллергический ринит	Интермиттирующая форма
	Персистирующая форма
Инфекционный ринит	Острый риносинусит (вирусный и бактериальный)
	Хронический риносинусит
Неаллергический ринит	Вазомоторный ринит
	Ринит, связанный с приемом пищи
	Неаллергический ринит с синдромом эозинофилии
Смешанный ринит	
СИПАП-ринит	
Профессиональный ринит	
Медикаментозный ринит	
Ринит при системном назначении лекарственных препаратов	Антигипертензивные препараты
	Оральные контрацептивы
	Препараты для лечения эректильной дисфункции
	Некоторые антидепрессанты, бензодиазепины
Ринит беременных	
Атрофический ринит	
Ринит при системных заболеваниях	Гранулематозные болезни
	Муковисцидоз
	Гипотиреоз
	Синдром цилиарной дискинезии

под глазами, складки Денне – Моргана, а также «аллергический салют» – расчесы и царапины в области носа за счет частого его утирания характерным движением снизу вверх при появлении зуда [11]. При риноскопии обращает на себя внимание выраженная отечность и бледность слизистой носа, что не характерно для других форм ринита, например, при инфекционном и неаллергическом рините характерным является гиперемия слизистой оболочки. Диагноз «АР» ставится на основе анамнеза и жалоб пациента, осмотра и лабораторных методов диагностики: кожного тестирования, что позволяет выявить причинно-значимые аллергены, а также возможно определение специфических антител класса IgE. Рентгенодиагностику, а именно КТ околоносовых пазух, используют в дифференциальной диагностике при наличии подозрений на инородное тело носа у детей, новообразование или течение хронического риносинусита [12]. В лечении АР используют ограничение или устранение контакта с аллергеном, аллерген-специфическую иммунотерапию и фармакотерапию [13]. Солевые растворы для промывания полости носа рекомендуются использовать при слабовыраженных симптомах и перед применением других средств для очищения полости носа от имеющегося отделяемого [14].

Интраназальные глюкокортикостероиды рассматриваются как основной препарат выбора для монотерапии АР, зарекомендовавший свою эффективность во многих исследованиях [8, 9]. В зависимости от тяжести заболевания и индивидуальных предпочтений пациента в схему лечения АР могут быть включены пероральные антигистаминные препараты, интраназальные антигистаминные спреи, интраназальные кромоны и антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Пероральные антигистаминные препараты наиболее эффективны в отношении таких симптомов, как зуд, чихание и ринорея, а в отношении заложенности носа наблюдается менее выраженный положительный эффект. Также следует учитывать увеличение выраженности побочного седативного эффекта при увеличении дозы антигистаминного препарата и избегать назначения антигистаминных препаратов 1-го поколения, у которых наиболее выражено седативное воздействие на ЦНС [15, 16]. Интраназальные антигистаминные спреи азеластин и олопатадин отличаются быстрым началом действия, а интраназальные кромоны имеют высокий профиль безопасности, что определяет их популярность в детской практике. Тем не менее обе группы этих препаратов уступают по эффективности контролю симптомов интраназальным глюкокортикостероидам [17, 18]. Назальные деконгестанты имеют ограниченное использование при АР, используются в комбинации с другими препаратами при выраженной заложенности носа, трудно переносимой пациентом.

ИНФЕКЦИОННЫЙ РИНИТ

Как правило, острый инфекционный ринит (ИР) является проявлением острой вирусной инфекции, иначе говоря, обычной простуды. Характерная симптоматика в виде заложенности носа, ринореи и чиханья максимально проявляется в первые 3 дня заболевания, постепенно уменьшается к 5–7-му дню. В настоящее время чаще используют термин «острый риносинусит», подчеркивая вовлечение в воспалительный процесс слизистой не только полости носа, но и околоносовых пазух. В 0,5–2% случаях острого риносинусита возникает последующее бактериальное инфицирование слизистой оболочки [19]. В связи с этим перед клиницистом возникает актуальный вопрос дифференциальной диагностики вирусного и бактериального острого риносинусита, т. к. последний требует назначения антибактериальной терапии. Основными диагностическими признаками бактериальной инфекции носа и околоносовых пазух являются продолжительность симптоматики более 10 дней без положительной динамики или тяжелое течение заболевания более 3 дней со следующими симптомами: фебрильной температурой выше 39 °С, выделениями из носа гнойного характера, болью в лице или повторным ухудшением состояния после некоторого улучшения в течение первых 3–4 дней заболевания [20]. Дополнительная лабораторная и рентгенологическая диагностика показана только при подозрении на раз-

витие орбитальных или внутричерепных осложнений и не требуется при первичном обращении пациента. При вирусном и бактериальном остром риносинусите рекомендуется симптоматическое лечение, включающее жаропонижающие средства, солевые растворы для промывания носа, интраназальные глюкокортикостероиды и топические деконгестанты [20, 21].

К топическим деконгестантам относятся α_1 - и α_2 -адреномиметики, различающиеся по продолжительностью действия. Оптимальным считается длительность сосудосуживающего эффекта более 8 ч. Примером такого топического деконгестанта, содержащего ксилометазолин гидрохлорид, является Отривин® 0,1% Увлажняющая формула (производство GlaxoSmithKline, Англия). Препарат оказывает увлажняющий эффект за счет смягчающих компонентов – сорбитола и метилгидроксипропилцеллюлозы в сочетании с высокой эффективностью в отношении заложенности носа. Препарат мягко и бережно воздействует на слизистую, не нарушая функцию реснитчатого эпителия, способствуя отделению слизи и очищению полости носа. Отривин® 0,1% представлен в виде капель и спрея, имеет физиологический сбалансированный pH и хорошо переносится пациентами с чувствительной слизистой оболочкой, не раздражает слизистую носа и не вызывает ее гиперемии. Формула Отривин 0,1% Ментол содержит дополнительно левоментол и эвкалиптол, которые оказывают охлаждающее действие на слизистую оболочку носа, дающее ощущение свежести и прохлады, имеют приятный ментоловый аромат. Действие препаратов Отривин спрей 0,1% Увлажняющая формула и Отривин 0,1% Ментол наступает в течение нескольких минут и продолжается до 12 ч. Оба препарата показаны к применению с 12 лет. Отривин® спрей 0,05% Для детей разрешен к применению с 2-летнего возраста. Еще одна эффективная формула в линейке – комбинированный препарат Отривин комплекс, в состав которого, помимо ксилометазолина 0,5 мг, входит ипратропия бромида моногидрат 0,6 мг, обладающий антихолинергическим эффектом. Интраназальное его применение снижает гиперсекрецию желез слизистой оболочки носа за счет конкурентного ингибирования холинергических рецепторов, расположенных в эпителии носовой полости. Препарат назначается по одному впрыскиванию в каждую половину носа 3 раза в день с интервалом не менее 6 ч. Эффект наступает примерно через 5–10 мин и продолжается до 8 ч. Препарат может применяться у пациентов старше 18 лет. В настоящее время также стала доступна новая формула – Отривин Экспресс. Это спрей 0,05%-ного раствора оксиметазолина с ароматом ментола. Его отличает очень быстрое развитие противотечного действия (через 24 с). Он не обладает системным действием и разрешен к применению с 12 лет. Рекомендуемый режим дозирования: по одному впрыскиванию в каждую половину носа 1–2 раза в сутки.

Сосудосуживающий эффект оксиметазолина длительный, а формы выпуска Отривина позволяют оптимально его дозировать, чтобы снизить риск местных побочных

эффектов, передозировки и развития медикаментозного ринита. С целью повышения профиля безопасности использования топических деконгестантов следует строго соблюдать длительность курсов лечения, отдавать предпочтение более низким концентрациям растворов в виде спреев, а не капель, а также сочетать назначение этих препаратов с промыванием полости носа солевыми растворами [22, 23].

Поводом для назначения антибактериальной терапии при остром риносинусите является отсутствие клинического улучшения в сроки от 2 до 7 дней от начала симптоматического лечения или же утяжеление течения заболевания на фоне проводимого лечения в любые сроки [20, 24]. Препаратом стартовой терапии в таком случае является амоксициллин/клавуланат, а при наличии у пациента аллергии на пенициллины к назначению рекомендуются доксициклин, фторхинолоны и клндамицин в сочетании с цефиксимом [25].

При хроническом риносинусите также присутствуют явления ринита, заложенность носа и нарушение носового дыхания, которые сочетаются с частым наличием слизисто-гнойного отделяемого из носа, стеканием его по задней стенке глотки, возникновением лицевых болей, снижением или потерей обоняния. При хроническом рините длительность воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах, сопровождающегося двумя или более из вышеперечисленных симптомов, один из которых – заложенность носа или выделения из носа, составляет более 3 мес. в году [26]. Классификация EPOS-2020 разделяет хронический синусит на первичный (локализованный и диффузный) и вторичный (локализованный и диффузный). Лечение определяется подтипом заболевания в каждом конкретном случае и может включать солевые растворы, интраназальные глюкокортикостероиды, длительные курсы макролидов и хирургическое лечение [26].

НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Неаллергический ринит (НР) является довольно распространенным хроническим заболеванием, проявляющимся в основном заложенностью носа, ринореей и стеканием слизи по задней стенке глотки. На практике НР является диагнозом исключения, когда другие специфические типы ринита последовательно исключены (АР, ИР, медикаментозный, гормональный, метаболический, атрофический и др.). В отличие от АР для него характерно начало в более старшем возрасте, отсутствие зуда в носу и чиханья, постоянная заложенность и постназальный затек. Провоцирующими факторами могут быть сигаретный дым, парфюмерные ароматы, транспортные выхлопные газы, чистящие средства, изменения температуры окружающей среды, алкогольные напитки и др. [27]. К одним из самых распространенных подтипов НР относится вазомоторный ринит, ринит, связанный с приемом пищи, и неаллергический ринит с синдромом эозинофилии (НАРЭС). Для вазомоторного ринита характерно периодическое

возникновение заложенности и/или водянистого отделяемого из носа в ответ на неспецифические раздражители (загрязненный воздух, изменение температуры, особенно на холодный, сухой воздух) [28]. Ринит, связанный с приемом пищи (вкусовой ринит), проявляется возникновением водянистых выделений из носа в ответ на горячую или острую пищу и связан с развитием гиперреактивного состояния неадренергической нехолинергической нервной системы [29]. У пациентов с НАРЭС отсутствует аллергический анамнез и кожные тесты отрицательные, однако имеется выраженная назальная эозинофилия. Клинически симптоматика персистирующая, наблюдается склонность к образованию полипов, а при лечении отмечается хороший эффект от интраназальных глюкокортикостероидов и отсутствие ответа на терапию антигистаминными средствами [30].

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РИНИТ

Причиной профессионального ринита (ПР) становятся аллергены и раздражители, находящиеся в воздухе на рабочем месте пациента. В анамнезе такие пациенты отмечают, что симптоматика усиливается во время выполнения профессиональных обязанностей на работе и уменьшается в выходные дни. Патогенез может реализоваться как через развитие аллергических реакций, так и при непосредственном повреждении частицами профессиональных вредностей слизистой носа. Частыми субстанциями, вызывающими ПР, являются протеины мочи и шерсти лабораторных животных, пищевые компоненты на пищевых производствах, энзимные компоненты на химических производствах и органическая пыль на деревообрабатывающих производствах [31]. Одним из наиболее эффективных методов лечения ПР является смена рабочего места или использование индивидуальных средств защиты дыхательных путей (маски, респираторы).

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ РИНИТ

Медикаментозный ринит (МР) развивается в ответ на длительное бесконтрольное использование назальных деконгестантов или интраназальное употребление кокаина. Как правило, это происходит при превышении сроков (больше 5–7 дней) и частоты использования сосудосуживающих средств пациентами с целью наибольшей минимизации заложенности носа. При этой форме рекомендуется перевод пациента на интраназальные глюкокортикостероиды для постепенной отмены получаемого деконгестанта [32].

СИПАП-РИНИТ

Некоторые пациенты, использующие аппараты для создания положительного давления в дыхательных путях – СИПАП-терапию (для лечения синдрома обструктивного апноэ сна), жалуются на возникновение новых

симптомов нарушения носового дыхания, которые получили название «СИПАП-ринит». Клиническая картина включает сухость в носу, образование корок в носу и заложенность носа. При риноскопии слизистая оболочка сухая и гиперемирована. Вероятно, причиной этого состояния является повреждение слизистой носа холодным, сухим воздухом, подаваемым под повышенным давлением. Положительный эффект в лечении наблюдается при промывании носа солевыми растворами в сочетании с подогревом и увлажнением подаваемого прибором воздуха [33].

РИНИТ ПРИ СИСТЕМНОМ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

При использовании некоторых лекарственных средств могут возникнуть симптомы ринита, проявляющиеся локальным воспалением, часто неизвестной природы. Чаще всего в клинической картине доминирует заложенность носа без других симптомов. К таким препаратам относятся альфа-блокаторы (клонидин, метилдопа, гуанфацин, празозин, доксазозин, фентоламин), ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, резерпин, мекамиламин, гидралазин, гидрохлоротиазид, препараты для лечения эректильной дисфункции (силденафил, тадалафил, варденафил), некоторые антидепрессанты, бензодиазепины и антиконвульсанты (например, хлорпромазин, рисперидон, тиоридазин, габапентин), а также эстрогены и прогестерон [34].

РИНИТ БЕРЕМЕННЫХ (ГОРМОНАЛЬНЫЙ РИНИТ)

Ринит беременных (РБ) связан с беременностью и характеризуется возникновением заложенности носа в последние несколько месяцев беременности без каких-либо других признаков инфекции верхних дыхательных путей или данных об аллергическом анамнезе проявлений, а также полным разрешением симптоматики в течение двух недель после родов [35].

АТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ

Атрофический ринит (АР), который иногда также называют синдромом пустого носа, возникает у пожилых пациентов, имеющих в анамнезе неоднократные хирургические вмешательства в полости носа. В норме с возрастом наблюдается некоторое естественное истончение слизистой оболочки носа. В отличие от этого при АР происходит выраженная прогрессирующая атрофия слизистой и ее бактериальная контаминация. Клиническая симптоматика включает заложенность носа, образование корок и постоянный неприятный запах из носа. Лечение АР включает туалет полости носа солевыми растворами, использование масел и топических антибиотиков.

РИНИТ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Явления ринита могут наблюдаться при следующих заболеваниях: гранулематозных болезнях (гранулематоз с полиангиитом, саркоидоз, срединная гранулема), муковисцидозе, гипотиреозе, синдроме цилиарной дискинезии и иммунодефицитах. Как правило, при этих заболеваниях в патологический процесс вовлекается слизистая не только полости носа, но и околоносовых пазух и других органов.

Дифференциальную диагностику ринита следует также проводить с другими заболеваниями, вызывающими заложенность носа. К ним относятся аномалии строения, включая врожденные особенности, приобретенные состояния (гипертрофия аденоидов, инородные тела носа, искривление перегородки носа, полипы) и новообразования. Гастроэзофагеальный рефлюкс должен рассматриваться в дифференциальной диагностике в случае, если пациент преимущественно жалуется на постназальный затек. Назальная ликворея может также быть маской ринита. Она может проявляться односторонней или двусторонней ринореей без признаков воспаления слизистой оболочки и являться результатом переломов черепа, оториноларингологических и нейрохирургических, хирургических вмешательств, распространяющихся опухолей турецкого седла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В развитии ринита могут иметь значение как аллергические, так и неаллергические факторы. Диагностика формы ринита проводится по жалобам и анамнезу пациента, клинической картине, в ряде случаев в дифференциальной диагностике необходимо проведение лабораторных исследований и КТ околоносовых пазух. Различают аллергический ринит, различные формы неаллергического ринита, инфекционный ринит, а также другие специфические формы. При невыраженных симптомах и идентификации аллергена или провоцирующего фактора лечение может ограничиться прекращением контакта с ним. При выраженных проявлениях в виде заложенности носа, ринореи, зуда в носу, чиханья и стекания слизи по задней стенке глотки следует индивидуально подобрать пациенту адекватную фармакотерапию, которая может заключаться как в монотерапии, так и в комбинированной терапии следующими препаратами: солевыми растворами, интраназальными деконгестантами, системными и интраназальными антигистаминными средствами, интраназальными глюкокортикостероидными средствами, интраназальными кромонами, антагонистами антилейкотриеновых рецепторов и др.



Поступила / Received 17.09.2020
Поступила после рецензирования / Revised 02.10.2020
Принята в печать / Accepted 08.10.2020

Список литературы

1. Beard S. Rhinitis. *Prim Care*. 2014;41(1):33–46. doi: 10.1016/j.pop.2013.10.005.
2. van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica G.W., Durham S.R. et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2000;55(2):116–134. doi: 10.1034/j.1398-9995.2000.00526.x.
3. Терехова Е.П., Себекина О.В., Ненашева Н.М., Бодня О.С. Дифференциальная диагностика ринитов. Современные подходы к диагностике и лечению. *Поликлиника*. 2019;(3):65–74. Режим доступа: <http://www.poliklin.ru/imagearticle/20193/65.pdf>.
4. Wallace D.V., Dykewicz M.S., Bernstein D.I., Blessing-Moore J., Cox L., Khan D.A. et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122(Suppl. 2):1–84. doi: 10.1016/j.jaci.2008.06.003.
5. Greiner A.N., Meltzer E.O. Overview of the treatment of allergic rhinitis and nonallergic rhinopathy. *Proc Am Thorac Soc*. 2011;8(1):121–131. doi: 10.1513/pats.201004-033RN.
6. Settipane R.A., Charnock D.R. Epidemiology of rhinitis: allergic and nonallergic. *Clin Allergy Immunol*. 2007;19:23–34. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17153005/>.
7. Meltzer E.O., Nathan R., Derebery J., Stang P.E., Campbell U.B., Yeh W.S. et al. Sleep, quality of life, and productivity impact of nasal symptoms in the United States: findings from the Burden of Rhinitis in America survey. *Allergy Asthma Proc*. 2009;30(3):244–254. doi: 10.2500/aap.2009.30.3230.
8. Brozek J.L., Bousquet J., Baena-Cagnani C.E., Bonini S., Canonica G.W., Casale T.B. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(3):466–476. doi: 10.1016/j.jaci.2010.06.047.
9. Астафьева Н.Г., Баранов А.А., Вишнева Е.А., Дайхес Н.А., Жестков А.В., Ильина Н.И. и др. *Аллергический ринит: клинические рекомендации*. М.; 2019. 84 с. Режим доступа: https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/471.html.
10. Wallace D.V., Dykewicz M.S., Bernstein D.I., Blessing-Moore J., Cox L., Khan D.A. et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122(Suppl. 2):1–84. doi: 10.1016/j.jaci.2008.06.003.
11. Berger W.E. Allergic rhinitis in children: diagnosis and management strategies. *Paediatr Drugs*. 2004;6(4):233–250. doi: 10.2165/00148581-200406040-00003.
12. Kakli H.A., Riley T.D. Allergic Rhinitis: Clinics in Office Practice. *Prim Care*. 2016;43(3):465–475. doi: 10.1016/j.pop.2016.04.009.
13. Hoyte F.C.L., Nelson H.S. Recent advances in allergic rhinitis. *F1000Res*. 2018;7:F1000 Faculty Rev-1333. doi: 10.12688/f1000research.15367.1.
14. Li H., Sha Q., Zuo K., Jiang H., Cheng L., Shi J., Xu G. Nasal saline irrigation facilitates control of allergic rhinitis by topical steroid in children. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2009;71(1):50–55. doi: 10.1159/000178165.
15. Layton D., Wilton L., Boshier A., Cornelius V., Harris S., Shakir S.A. Comparison of the risk of drowsiness and sedation between levocetirizine and desloratadine: a prescription-event monitoring study in England. *Drug Saf*. 2006;29(10):897–909. doi: 10.2165/00002018-200629100-00007.
16. Гусева А.Л., Дербенева М.Л. Антигистаминные препараты в лечении аллергического ринита. *Медицинский совет*. 2020;(6):90–96. doi: 10.21518/2079-701X-2020-6-90-96.
17. Carr W.W., Ratner P., Munzel U., Murray R., Price D., Canonica G.W. et al. Comparison of intranasal azelastine to intranasal fluticasone propionate for symptom control in moderate-to-severe seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc*. 2012;33(6):450–458. doi: 10.2500/aap.2012.33.3626.
18. Pitsios C., Papadopoulos D., Kompoti E., Manoussakis E., Garris V., Petalas K. et al. Efficacy and safety of mometasone furoate vs nedocromil sodium as prophylactic treatment for moderate/severe seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;96(5):673–678. doi: 10.1016/S1081-1206(10)61064-2.
19. Fokkens WJ., Lund VJ., Mullol J., Bachert C., Alobid I., Baroody F. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012;50(1):1–12. doi: 10.4193/Rhino50E2.
20. Chow A.W., Benninger M.S., Brook I., Brozek J.L., Goldstein E.J., Hicks L.A. et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):72–112. doi: 10.1093/cid/cir1043.
21. Дербенева М.Л., Гусева А.Л. Антибактериальная терапия при острых и хронических заболеваниях верхних дыхательных путей у взрослых. *Медицинский совет*. 2017;(16):73–77. doi: 10.21518/2079-701X-2017-16-73-77.
22. Морозова С.В., Топоркова Л.А. Применение назальных деконгестантов для коррекции дыхательной и обонятельной функции носа. *Медицинский совет*. 2019;(8):60–65. doi: 10.21518/2079-701X-2019-8-60-65.
23. Варвянская А.В., Лопатин А.С. Топические назальные деконгестанты: сравнительная характеристика и обзор побочных эффектов. *Российская ринология*. 2015;23(4):50–56. doi: 10.17116/rosrino201523450-56.
24. Rosenfeld R.M., Piccirillo J.F., Chandrasekhar S.S., Brook I., Ashok Kumar K. et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(Suppl. 2):1–39. doi: 10.1177/0194599815572097.
25. Rosenfeld R.M. Acute Sinusitis in Adults. *N Engl J Med*. 2016;375(10):962–970. doi: 10.1056/NEJMcpr1601749.
26. Fokkens WJ., Lund VJ., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S. Executive summary of EPOS 2020 including integrated care pathways. *Rhinology*. 2020;58(2):82–111. doi: 10.4193/Rhin20.601.
27. Brandt D., Bernstein J.A. Questionnaire evaluation and risk factor identification for nonallergic vasomotor rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;96(4):526–532. doi: 10.1016/S1081-1206(10)63546-6.
28. Settipane R.A., Kaliner M.A. Chapter 14: Nonallergic rhinitis. *Am J Rhinol Allergy*. 2013;27(Suppl. 1):48–51. doi: 10.2500/ajra.2013.27.3927.
29. Georgalas C., Jovancevic L. Gustatory rhinitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012;20(1):9–14. doi: 10.1097/MOO.0b013e32834dfb52.
30. Hellings P.W., Klimek L., Cingi C., Agache I., Akdis C., Bachert C. et al. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2017;72(11):1657–1665. doi: 10.1111/all.13200.
31. Gautrin D., Desrosiers M., Castano R. Occupational rhinitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2006;6(2):77–84. doi: 10.1097/01.al.0000216848.87699.38.
32. Vaidyanathan S., Williamson P., Clearie K., Khan F., Lipworth B. Fluticasone reverses oxymetazoline-induced tachyphylaxis of response and rebound congestion. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(1):19–24. doi: 10.1164/rccm.200911-1701OC.
33. Boyer L., Philippe C., Covali-Noroc A., Dalloz M.A., Rouvel-Talleg A., Maillard D. et al. OSA treatment with CPAP: Randomized crossover study comparing tolerance and efficacy with and without humidification by ThermoSmart. *Clin Respir J*. 2019;13(6):384–390. doi: 10.1111/crj.13022.
34. Varghese M., Glaum M.C., Lockey R.F. Drug-induced rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2010;40(3):381–384. doi: 10.1111/j.1365-2222.2009.03450.x.
35. Ellegård E.K. Pregnancy rhinitis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2006;26(1):119–135. doi: 10.1016/j.jac.2005.10.007.

References

1. Beard S. Rhinitis. *Prim Care*. 2014;41(1):33–46. doi: 10.1016/j.pop.2013.10.005.
2. van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica G.W., Durham S.R. et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2000;55(2):116–134. doi: 10.1034/j.1398-9995.2000.00526.x.
3. Terехова Е.П., Себекина О.В., Ненашева Н.М., Бодня О.С. Differential diagnosis of rhinitis. Modern approaches to diagnosis and treatment. *Poliklinika = Polyclinic*. 2019;(3):65–74. (In Russ.) Available at: <http://www.poliklin.ru/imagearticle/20193/65.pdf>.
4. Wallace D.V., Dykewicz M.S., Bernstein D.I., Blessing-Moore J., Cox L., Khan D.A. et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122(Suppl. 2):1–84. doi: 10.1016/j.jaci.2008.06.003.
5. Greiner A.N., Meltzer E.O. Overview of the treatment of allergic rhinitis and nonallergic rhinopathy. *Proc Am Thorac Soc*. 2011;8(1):121–131. doi: 10.1513/pats.201004-033RN.
6. Settipane R.A., Charnock D.R. Epidemiology of rhinitis: allergic and nonallergic. *Clin Allergy Immunol*. 2007;19:23–34. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17153005/>.
7. Meltzer E.O., Nathan R., Derebery J., Stang P.E., Campbell U.B., Yeh W.S. et al. Sleep, quality of life, and productivity impact of nasal symptoms in the United States: findings from the Burden of Rhinitis in America survey. *Allergy Asthma Proc*. 2009;30(3):244–254. doi: 10.2500/aap.2009.30.3230.
8. Brozek J.L., Bousquet J., Baena-Cagnani C.E., Bonini S., Canonica G.W., Casale T.B. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(3):466–476. doi: 10.1016/j.jaci.2010.06.047.
9. Astafeva N.G., Baranov A.A., Vishneva E.A., Daykhes N.A., Zhestkov A.V., Ilina N.I. et al. *Allergic rhinitis: clinical guidelines*. Moscow; 2019. 84 p. (In Russ.) Available at: https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/471.html.
10. Wallace D.V., Dykewicz M.S., Bernstein D.I., Blessing-Moore J., Cox L., Khan D.A. et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122(Suppl. 2):1–84. doi: 10.1016/j.jaci.2008.06.003.
11. Berger W.E. Allergic rhinitis in children: diagnosis and management strategies. *Paediatr Drugs*. 2004;6(4):233–250. doi: 10.2165/00148581-200406040-00003.

12. Kakli H.A., Riley T.D. Allergic Rhinitis: Clinics in Office Practice. *Prim Care*. 2016;43(3):465–475. doi: 10.1016/j.pop.2016.04.009.
13. Hoyte F.C.L., Nelson H.S. Recent advances in allergic rhinitis. *F1000Res*. 2018;7:F1000 Faculty Rev-1333. doi: 10.12688/f1000research.15367.1.
14. Li H., Sha Q., Zuo K., Jiang H., Cheng L., Shi J., Xu G. Nasal saline irrigation facilitates control of allergic rhinitis by topical steroid in children. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2009;71(1):50–55. doi: 10.1159/000178165.
15. Layton D., Wilton L., Boshier A., Cornelius V., Harris S., Shakir S.A. Comparison of the risk of drowsiness and sedation between levocetirizine and desloratadine: a prescription-event monitoring study in England. *Drug Saf*. 2006;29(10):897–909. doi: 10.2165/00002018-200629100-00007.
16. Guseva A.L., Derbeneva M.L. Antihistamines in the treatment of allergic rhinitis. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(6):90–96. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-6-90-96.
17. Carr W.W., Ratner P., Munzel U., Murray R., Price D., Canonica G.W. et al. Comparison of intranasal azelastine to intranasal fluticasone propionate for symptom control in moderate-to-severe seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc*. 2012;33(6):450–458. doi: 10.2500/aap.2012.33.3626.
18. Pitsios C., Papadopoulos D., Kompoti E., Manoussakis E., Garris V., Petalas K. et al. Efficacy and safety of mometasone furoate vs nedocromil sodium as prophylactic treatment for moderate/severe seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;96(5):673–678. doi: 10.1016/S1081-1206(10)61064-2.
19. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J., Bachert C., Albid I., Baroody F. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012;50(1):1–12. doi: 10.4193/Rhino50E2.
20. Chow A.W., Benninger M.S., Brook I., Brozek J.L., Goldstein E.J., Hicks L.A. et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):72–112. doi: 10.1093/cid/cir1043.
21. Derbeneva M.L., Guseva A.L. Antibacterial therapy for acute and chronic diseases of the upper respiratory tract in adults. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2017;(16):73–77. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2017-16-73-77.
22. Morozova S.V., Toporkova L.A. The use of nasal decongestants to correction the respiratory and olfactory function of the nose. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2019;(8):60–65. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2019-8-60-65.
23. Varvanskaya A.V., Lopatin A.S. Topical nasal decongestants: Comparative characteristics and a review of side effects. *Rossiyskaya Rinologiya = Russian Rhinology*. 2015;23(4):50–56. (In Russ.) doi: 10.17116/rosri-no201523450-56.
24. Rosenfeld R.M., Piccirillo J.F., Chandrasekhar S.S., Brook I., Ashok Kumar K. et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(Suppl. 2):1–39. doi: 10.1177/0194599815572097.
25. Rosenfeld R.M. Acute Sinusitis in Adults. *N Engl J Med*. 2016;375(10):962–970. doi: 10.1056/NEJMcp1601749.
26. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S. Executive summary of EPOS 2020 including integrated care pathways. *Rhinology*. 2020;58(2):82–111. doi: 10.4193/Rhin20.601.
27. Brandt D., Bernstein J.A. Questionnaire evaluation and risk factor identification for nonallergic vasomotor rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;96(4):526–532. doi: 10.1016/S1081-1206(10)63546-6.
28. Settipane R.A., Kaliner M.A. Chapter 14: Nonallergic rhinitis. *Am J Rhinol Allergy*. 2013;27(Suppl. 1):48–51. doi: 10.2500/ajra.2013.27.3927.
29. Georgalas C., Jovancevic L. Gustatory rhinitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012;20(1):9–14. doi: 10.1097/MOO.0b013e32834dfb52.
30. Hellings P.W., Klimek L., Cingi C., Agache I., Akdis C., Bachert C. et al. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2017;72(11):1657–1665. doi: 10.1111/all.13200.
31. Gautrin D., Desrosiers M., Castano R. Occupational rhinitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2006;6(2):77–84. doi: 10.1097/01.al.0000216848.87699.38.
32. Vaidyanathan S., Williamson P., Clearie K., Khan F., Lipworth B. Fluticasone reverses oxymetazoline-induced tachyphylaxis of response and rebound congestion. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(1):19–24. doi: 10.1164/rccm.200911-1701OC.
33. Boyer L., Philippe C., Covali-Noroc A., Dalloz M.A., Rouvel-Tallec A., Maillard D. et al. OSA treatment with CPAP: Randomized crossover study comparing tolerance and efficacy with and without humidification by ThermoSmart. *Clin Respir J*. 2019;13(6):384–390. doi: 10.1111/crj.13022.
34. Varghese M., Glaum M.C., Lockey R.F. Drug-induced rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2010;40(3):381–384. doi: 10.1111/j.1365-2222.2009.03450.x.
35. Ellegård E.K. Pregnancy rhinitis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2006;26(1):119–135. doi: 10.1016/j.jiac.2005.10.007.

Информация об авторах:

Гусева Александра Леонидовна, к.м.н., доцент, кафедра оториноларингологии лечебного факультета, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; e-mail: alexandra.guseva@gmail.com

Дербенева Мария Львовна, к.м.н., врач-оториноларинголог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы»; 119049, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 8; e-mail: mlderbeneva@mail.ru

Information about the authors:

Alexandra L. Guseva, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Otorhinolaryngology, Faculty of General Medicine, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Pirogov Russian National Research Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; e-mail: alexandra.guseva@gmail.com

Maria L. Derbeneva, Cand. of Sci. (Med.), Otorhinolaryngologist, State Budgetary Healthcare Institution of the city of Moscow "Pirogov City Clinical Hospital No. 1 of Moscow Healthcare Department"; 8, Leninsky Prospect, Moscow, 119049, Russia; e-mail: mlderbeneva@mail.ru