

Р.А. Абызов
Н.В. Божко

Национальная медицинская
академия последипломного
образования имени П.Л. Шупика

УДК: 616.211-002

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РИНИТА

Резюме

Насморк (ринит) ввиду своей распространенности, многообразию клинических и морфологических форм, строгой специфичности лечения различных его форм, а также высоким риском развития серьезных осложнений заслуживает пристального внимания не только оториноларингологов и аллергологов, но и врачей общей практики, педиатров, инфекционистов.

Ключевые слова

Ринит, классификация, этиология, патогенез, клиника, лечение, осложнения.

Ринит (rhinitis; греч. rhis, rhinos – нос + itis; синоним насморк) – воспаление слизистой оболочки полости носа, одно из самых распространенных заболеваний среди всех возрастных групп населения. К примеру, острый ринит является наиболее распространенным инфекционным заболеванием. Среди причин временной утраты работоспособности он занимает первое место – даже в межэпидемический период болеет шестая часть населения планеты [1]. В Украине каждый год острым ринитом болеет от 10 до 14 млн лиц, это составляет 24-30% общей и приблизительно 75-90% инфекционной заболеваемости в стране [6].

Индивидуальная восприимчивость к вирусной инфекции зависит от многих факторов: возраста, физического развития, санитарно-гигиенических условий, степени адаптации к метеорологическим сдвигам, закаленности организма к воздействию низких либо контрастных температур, наличия интеркуррентных заболеваний [5, 8]. Особенно распространен острый инфекционный ринит в детском возрасте. Считается, что дети, посещающие дошкольные учреждения, переносят от 2 до 6 эпизодов острого инфекционного ринита в год. Из-за большого количества возбудителей, которые могут вызывать данное заболевание, четкой его сезонности не существует. Вспышки аденовирусной инфекции часто возникают летом в детских оздоровительных лагерях и среди новобранцев в армии. Эпидемия заболеваний, вызванных респираторно-синцитиальным вирусом, отмечается зимой, пики риновирусной инфекции приходятся на весну и осень.

Международная классификация (1996) предусматривает деление инфекционного ринита на острый и хронический [2, 10]. Выделяют простую (катаральную), гипертрофическую и атрофическую формы хронического инфекционного ринита. Отдельной формой хронического инфекционного ринита является сухой передний ринит. В клинической практике пользуются расширенным вариантом классификации ринитов (Лопатин, 2004):

1. Острый:

- а) инфекционный (неспецифический, специфический);
- б) неинфекционный.

2. Хронический:

- а) инфекционный;
- б) катаральный;
- в) гипертрофический (формы гипертрофии: кавернозная, фиброзная, сосочковая, полипозная, смешанная);
- г) атрофический, зловонный – озена.

3. Вазомоторный:

- а) аллергический (сезонный, круглогодичный);
- б) неаллергический (гиперсекреторный, отеочный, полипозный, смешанный, вазодилаторный).

Этиология

Острый инфекционный ринит обычно бывает одним из проявлений ОРВИ, но может быть и следствием травм слизистой оболочки носа. Наиболее часто острый инфекционный ринит вызывают риновирусы. К более редким возбудителям относят вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, коронавирусы, некоторые серотипы энтеровирусов.

Принято считать, что риновирус вызывают от 1/3 до половины всех ОРВИ у взрослых, в то время как коронавирусы — лишь 10%. В последние годы роль риновируса в возникновении острого инфекционного ринита растет, они ответственны более чем за 80% случаев заболевания во время осенних эпидемий. Основными бактериальными возбудителями острого инфекционного ринита считают *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* и *Haemophilus influenzae*. Различные серотипы этих микроорганизмов, последовательно сменяя друг друга, начинают колонизировать носоглотку сразу после рождения, в результате чего даже в здоровой популяции они присутствуют в носоглотке у 1/3 взрослых и 2/3 детей [3,9].

Спектр возбудителей хронического инфекционного ринита существенно шире. Он включает *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella spp.* и многие другие, в том числе условно-патогенные бактерии. Этиологическими причинами могут быть легионеллы, риккетсии, микоплазмы, хламидии и т.д. У пациентов с иммунодефицитными состояниями возбудителями ринита могут быть грибки, бактериально-грибковые ассоциации и оппортунистические микроорганизмы. Кроме того, хроническая форма воспалительного процесса может быть вызвана и специфическим возбудителем (*Cornebacterium diphtheriae* при дифтерии, *Klebsiella rhinoscleromatis* при склероме, *Treponema pallidum* при сифилисе и др.). Однако специфические хронические инфекционные риниты очень редки.

Причиной аллергического ринита может быть не только пыльца, но и микроорганизмы, домашняя пыль, шерсть, лекарства, пища, корм для рыб и другие бытовые аллергены. Когда аллергены попадают в организм человека, у него вырабатывается состояние повышенной чувствительности именно к этим белковым и небелковым структурам. При повторном попадании аллергена в организм сенсibilизированного человека (вдыхании через нос) происходит связывание чужеродного вещества с уже готовыми антителами, что служит сигналом для выделения особых веществ (гистамина и других), которые повышают проницаемость сосудов и другие изменения.

Нейровегетативный ринит связан с патологическими процессами в нервной системе и продукции гормонов. Из-за нарушений в этих главных управляющих системах организма обычные вещества или механические стимулы становятся для слизистой оболочки носа сверхраздражителями.

Можно выделить группу предрасполагающих факторов развития ринита, которые играют немаловажную роль в пусковом механизме развития болезни, особенно хронической ее формы: переохлаждение, снижение иммунитета, аллер-

гены различного характера, искривление перегородки носа, аденоиды, длительное воздействие химических, термических или механических раздражителей, негативное влияние климатических условий или условий работы, атрофия слизистых оболочек, хирургические вмешательства, частое применение сосудосуживающих препаратов, заболевания нервной и эндокринной систем, а также регулярные отеки слизистой оболочки носа (например, при алкоголизме, при почечной патологии, сердечно-сосудистой патологии — то есть болезнях, которые вызывают застой крови в полости носа), анатомическая плохая проходимость носовых ходов, увеличение в старости количества кровеносных сосудов в носу и длительный прием сосудосуживающих препаратов [4, 7].

Патогенез

Попадая на слизистую оболочку, вирусный или бактериальный агент соединяется с молекулами внутриклеточной адгезии, которые постоянно экспрессированы на эпителиальных клетках полости носа и носоглотки. Примерно 90% вирусов проникают в организм хозяина в области глоточной миндалины, богатой упомянутыми рецепторами. После соединения с молекулами адгезии вирус проникает через мембрану клетки в ее цитоплазму и вносит туда свою рибонуклеиновую кислоту (РНК) для репликации. После репликации вирус распространяется по слизистой оболочке полости носа, не поражая ее тотально, но образуя разбросанные островки инфицированного эпителия. При инфицировании основная часть мерцательного эпителия полости носа остается относительно интактной, в связи с чем ринит протекает относительно легко и реже сопровождается осложнениями. В отличие от риновирусной инфекции, вирусы гриппа и аденовирусы вызывают более обширное поражение и десквамацию эпителия.

Вирусное инфицирование инициирует каскад защитных реакций и формирования иммунного ответа. Воспалительные изменения, происходящие в слизистой оболочке, включают расширение кровеносных сосудов и повышение их проницаемости, клеточную инфильтрацию, гиперпродукцию желез, выделение медиаторов и стимуляцию чувствительных нервных окончаний. Опосредованное молекулами адгезии выделение клетками эпителия цитокинов и медиаторов воспаления (интерлейкин, интерферон γ , фактор некроза опухоли и колониестимулирующий фактор) приводит к стимуляции двух основных защитных механизмов [2]. Первый из них — это активация клеток-киллеров, обладающих вируцидной активностью, миграция в слизистую оболочку нейтрофилов и активация моноцитов. Второй механизм — образование из

наивных Т-лимфоцитов Т-лимфоцитов 2-го типа, способных, в частности, продуцировать специфические противовирусные антитела, которые определяются в сыворотке и в назальном секрете спустя 2-3 недели после инфицирования. Таким образом, каскад защитных реакций, регулируемый цитокинами, приводит к элиминации вируса и формированию защитного иммунного механизма. Этот механизм не является стойким и не предотвращает повторного вирусного инфицирования.

При наличии преходящих или стойких дефектов иммунитета либо нарушения мукоцилиарного транспорта вирусное инфицирование становится лишь первой фазой заболевания, которая открывает путь бактериальной суперинфекции. Когда реснички пораженных вирусом клеток мерцательного эпителия временно не функционируют, находящиеся в полости носа бактерии получают возможность для достаточно длительного контакта с поверхностью эпителия. Далее через образовавшиеся в результате воздействия вируса дефекты в эпителиальном покрове эти бактерии могут проникать в собственный слой слизистой оболочки. Это в свою очередь ведет к усиленной миграции нейтрофилов и макрофагов и активации механизмов антибактериальной защиты.

Различные формы хронического инфекционного ринита редко встречаются в чистом виде. Хронический катаральный инфекционный ринит может переходить в субатрофическую (атрофическую) либо гипертрофическую формы. Гиперплазия подслизистого слоя часто сочетается с атрофическими изменениями эпителия либо с увеличением количества желез и гиперпродукцией слизи. Гипертрофические процессы чаще касаются нижних носовых раковин, которые увеличиваются в размерах, постепенно занимая все нижние отделы полости носа. Гипертрофия может быть локальной и захватывать преимущественно задние концы раковин, которые в этом случае приобретают вид полипа.

Этиология и патогенез сухого переднего ринита до конца не выяснены. Он может возникать при длительном воздействии пыли и других вредных производственных факторов — горячего сухого воздуха, химических веществ (аммиака, формалина, соляной, азотной и серной кислот и т.д.).

Клинические симптомы ринита

В типичной ситуации клинические проявления острого инфекционного ринита проходят в своем развитии три последовательные стадии [2, 5, 8]. В каждом конкретном случае отдельные стадии могут быть более или менее выраженными либо полностью отсутствовать, например, в том случае, если не наступает бактериального инфицирования.

Первая стадия (рефлекторная или продромальная) развивается быстро вследствие пере-

охлаждения организма и длится несколько часов. Сначала происходит спазм, а затем паралитическое расширение сосудов и отек носовых раковин. Беспокоят сухость, жжение в полости носа, затруднение носового дыхания, многократное чиханье. Слизистая оболочка носа при передней риноскопии выглядит гиперемированной и сухой.

Вторая стадия (катаральная или серозная) длится два-три дня и развивается в результате вирусного инфицирования. Для этой стадии характерны заложенность носа, обильные прозрачные водянистые выделения из носа, снижение обоняния, иногда слезотечение, заложенность ушей и гнусавый оттенок голоса. Обильные выделения могут вызывать раздражение кожи преддверия носа и верхней губы, особенно у детей. Слизистая оболочка носа на этой стадии отечная, влажная, имеет ярко-красный цвет.

Начало третьей стадии связано с присоединением бактериального воспаления. Общее состояние улучшается, постепенно восстанавливаются носовое дыхание и обоняние, но выделения приобретают слизисто-гнойный характер и более густую консистенцию. При передней риноскопии такое отделяемое видно в общем носовом ходе и на дне полости носа. Стеkanie носового секрета по задней стенке носоглотки может приводить к развитию мучительного кашля, что особенно характерно для детей. Слизистая оболочка носа на этой стадии остается гиперемированной и отечной, но цвет ее постепенно приближается к нормальному, а просвет носовых ходов постепенно расширяется. Весь цикл болезни завершается за 7-10 дней, но может иметь более короткое abortивное течение, либо в неблагоприятных условиях затягивается и приводит к развитию осложнений — синусита, отита, трахеобронхита и др.

Основным симптомом хронического инфекционного ринита является затруднение носового дыхания. Оно может быть непостоянным, сопровождаться периодической заложенностью то одной, то другой половины носа, усиливаться в ночные часы, практически всегда постепенно прогрессирует, заставляет пользоваться сосудосуживающими каплями и в конечном итоге приводит пациента к врачу. Носовое дыхание может быть затруднено по разным причинам: в результате отека или гипертрофии носовых раковин или из-за скопления выделений или корок в общем носовом ходе. Выделения при этом заболевании обычно густые, желтоватого, зеленоватого или серого цвета. Они могут отходить из носа в виде корочек, иногда в выделениях имеется примесь крови. При хроническом рините из носа постоянно выделяется слизь, часто с примесью гноя. Дыхание через нос нарушено, особенно в положении лежа, носдри заложены попеременно. При исследовании полости носа наблюдается покрас-

нение, набухание слизистой, сужение проходов. Если смазать внутреннюю поверхность носа сосудосуживающим препаратом (раствором эфедрина или адреналина), то при поверхностном (катаральном) рините, в отличие от гипертрофического ринита, наблюдается уменьшение отека.

Гипертрофический ринит ведет к резкому нарушению дыхания через нос. Страдает в большей степени вдох, если набухают передние участки раковин носа. Напротив, выдох нарушается при отеке глубоких участков полости носа. У больных гипертрофическим ринитом голос приобретает гнусавость, нарушается не только обоняние, но и слух, часто болит голова. Исследование полости носа выявляет покраснение и сильное набухание раковин носа, которые часто прилегают к носовой перегородке и даже могут иметь полип. Разросшаяся слизистая оболочка напоминает малину.

При простом атрофическом рините нос изнутри сухой, покрыт корками, иногда кровоточит. Обычно носовое кровотечение небольшое и не требует обращения к врачу. При этом виде ринита также снижается обоняние. Перегородка носа в ее передней части очень тонкая, иногда даже имеет отверстия. Тяжелый вид атрофического ринита – зловонный (озена) – рассматривается особо.

Вазомоторный ринит (нервно-сосудистый насморк) – этот вид ринита не связан с воспалением, поэтому в старой терминологии он называется ложным ринитом. Частота встречаемости вазомоторного ринита чрезвычайно велика, в структуре всех хронических ринитов он занимает самую большую нишу. Последние 20-30 лет можно назвать эрой аллергического ринита, связанного с сезонной аллергией на пыльцу цветущих растений. Этот вид ринита (поллиноз) является существенной проблемой для каждого десятого жителя нашей планеты. Вазомоторный ринит характеризуется тремя группами проявлений: заложенность носа и нарушение дыхания через нос, постоянные и очень обильные носовые выделения, частое чихание.

Кроме аллергического вазомоторного ринита, выделяют нейровегетативный ринит. Несмотря на внешнее сходство аллергического и нейровегетативного ринита, эти виды вазомоторного насморка различаются при исследовании полости носа (так называемой риноскопии). При аллергическом рините слизистая носа отекает из-за выпота жидкости, содержащейся в капиллярах (как было сказано выше, проницаемость сосудов повышается при действии медиаторов аллергии). Поэтому при аллергическом рините слизистая носа не краснеет, напротив, она имеет цвет воска. Слизистая носа при нейровегетативном рините имеет синюшный оттенок из-за застоя крови в венах и даже покрыта голубыми пятнами. Если слизистую обработать препаратами, способными

сужить сосуды, при вазомоторном рините наблюдается гораздо более выраженный эффект, чем при аллергическом рините.

Лечение ринита

Казалось бы, зачем уделять много внимания лечению обычного насморка? Ведь этот распространенный недуг каждому из нас приходится переживать как минимум раз в год. Однако на сегодняшний день доказаны и изучены связи носа с легкими, сердцем и половыми органами [5, 6, 7]. При нарушении носового дыхания начинают страдать и те органы, которые связаны с носом. Учеными доказано, что люди, выходящие на работу с заложенным носом, рискуют через несколько лет оказаться пациентами кардиологов. Поэтому уже при первых проявлениях насморка следует принять необходимые меры по его лечению – чтобы избежать возможных неприятных и опасных осложнений.

Лечение ринита определяется его формой и тяжестью. Семейство ринитов обширно, симптоматика разнообразна, поэтому самолечение недопустимо.

Лечение катаральной формы ринита обычно проводится местно, то есть, носовая полость обрабатывается мазью с антибактериальным эффектом (например, содержащей стрептоцид или салицилат), а также препаратом с вяжущим действием (например, протарголом). Хороший эффект оказывает обработка слизистой оболочки носа с помощью ультрафиолета, УФЧ и других физиотерапевтических воздействий (например, используется введение препаратов цинка с помощью электрофореза).

Но какой бы набор методов не использовался, успешное лечение острого ринита невозможно без регулярного очищения носа путем полного его промывания (назального душа). Эту процедуру можно проводить уже с первых часов возникновения ринита. Промывание носа позволяет: устранить микробных возбудителей из полости носа и носоглотки; восстановить носовое дыхание, уменьшить выработку слизи; стимулировать восстановительные процессы в слизистой оболочке; нормализовать защитные функции; снизить потребность в медикаментозных средствах; сократить сроки лечения и снизить риск осложнений.

Лечение гипертрофического ринита, характеризующегося массивным набуханием и разрастанием не только слизистой, но и более глубоких слоев, требует оперативного вмешательства. С помощью электрического тока раковины носа прижигаются, замораживаются, обрабатываются ультразвуком. Цель хирургической операции – убрать патологические разрастания в носовой полости. Иногда разбухшая при рините часть раковины может быть вырезана.

Лечение простой формы атрофического ринита проводится с помощью мазей, обеззараживающих и смягчающих слизистую носа. Кроме того, обязательно применяют системное лечение ринита с введением в организм веществ, восстанавливающих обмен в тканях, улучшающих их рост – это витамины, микроэлементы, пелоидин, растительные экстракты (алоэ). Из физиотерапевтических процедур наиболее эффективно лазерное гелий-неоновое облучение, которое улучшает питание носовой полости.

Лечение вазомоторного ринита требует уточнения его аллергической природы. Если удается найти аллерген, вызывающий ринит, проводят иммунотерапию с использованием этого аллергена, что является лучшим выходом из положения. Если аллерген найти не удается или, напротив, их слишком много, лечение заключается в снижении реактивности иммунной системы. С этой целью для лечения ринита используют препараты, блокирующие гистамин, препараты кальция, иногда интал. Кроме того, слизистую смазывают препаратами, содержащими гормоны (гидрокортизон) и уже названные препараты – антигистаминные (димедрол), интал, вводя препараты кальция с помощью электрофореза, применяют облучение слизистой носа ультрафиолетом и лазером. Если вазомоторный ринит сопровождается разрастанием раковин носа, используют хирургическое вмешательство – такое же, как при гипертрофическом рините. При вазомоторном рините широко применяются рефлексотерапевтические процедуры с применением иглотерапии, электроаку-

пунктуры и блокады с использованием новокаина. Негативную роль играет злоупотребление интраназальными каплями (галазолин и т.п.), которые суживают сосуды носа и оказывают кратковременный эффект.

Последствия и осложнения

Очень часто мы пренебрежительно относимся к насморку и порою оставляем его без лечения. Даже если слабый насморк беспокоит нас уже долгое время, мы привыкаем к нему и перестаем обращать внимание. Однако долго не проходящий насморк таит в себе множество опасностей. Отсутствие медицинской осведомленности приводит к тому, что мы часто не можем отличить затянувшийся насморк от более серьезного заболевания – синусита. Острые вирусные риниты опасны тем, что могут вызвать серьезные изменения в слизистой полости носа, привести к развитию хронических процессов и запустить каскад аллергических реакций.

Самыми распространенными осложнениями острого ринита являются: хронический ринит, а также острый синусит (гайморит, фронтит и др.); воспаление уха (острый средний отит); воспаление слизистой оболочки глаз (конъюнктивит).

К последствиям не вылеченного насморка относят также воспаление нижележащих дыхательных путей – фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмонию, а также развитие вирусного или бактериального менингита.

Литература

1. Арефьева Н.А. Патогенез, клиника и лечение различных форм ринита и риносиндита с рецидивирующим течением. Автореф. докт. дисс. М. – 1990. – 32 с.
2. Быкова В.П. Динамика катарального воспаления. Автореф. докт. дисс. М. – 1975. – 34 с.
3. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит / Дайняк Л.Б. – М., Медицина, 1966 – 112 с.
4. Емельянов А.В. Эпидемиология ринитов / Емельянов А.В. – Рос. Ринология, 2007. – С. 34-39.
5. Лопатин А.С. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита / Лопатин А.С., Гуцин И.С. – Consilium medicum, 2001. – Прил. С. 33-44.
6. Пискунов С.З. О классификации ринитов и синуситов / Пискунов С.З., Пискунов Г.З. – М., Рос. ринология, 1997. – С. 41-43.
7. Пискунов С.З. Функциональная диагностика и лечение различных форм ринита. Дисс. мед. докт. наук, – М., 2000. – 369 с.
8. Рябова С.В. Радиохирургический метод лечения хронического ринита. Дисс. канд. мед. наук. – М., 1986. – 167 с.
9. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). WHO initiative. – 2001.
10. International consensus report on diagnosis and management of rhinitis. International rhinitis management group / Allergy. – 1994. – Vol. 49 (S.19). – S. 1-34.
11. Van Cauwenberge P., Bachert C., Bousquet J. et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis EAACI Position paper / Allergy. – 2000. – Vol. 55. – S. 116-134.

PREVENTION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RHINITIS

R.A. Abizov, N.V. Bogko

Summary

Rhinitis because of the prevalence, to the variety of clinical and morphological forms, strict specificity of treatment of his different forms and also deserves intent attention of not only otorhinolaryngologists and allergists but also general, pediatricians, infectiologists practitioners the high risk of development of serious complications.

Keywords

Rhinitis, classification, etiology, pathogenesis, clinic, treatment.