

Глава 2

Острый ринит

Определение

Острый ринит — острое инфекционное воспаление слизистой оболочки полости носа, сопровождающееся затруднением носового дыхания, выделениями из полости носа, зудом, приступами чихания, снижением обоняния и др.

Острый ринит возникает как следствие воздействия на слизистую оболочку полости носа вирусной или бактериальной инфекции. Его развитию способствуют такие факторы, как общее переохлаждение организма, сильная загазованность или запыленность воздуха; также причиной могут стать механические (травматические) или химические раздражения.

Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра

- J00. Острый назофарингит (насморк).

Эпидемиология

Острый ринит — чрезвычайно распространенная патология. По данным российских эпидемиологических исследований, симптомы ринита были выявлены в течение одного года у 20–40% населения, а последующее клинико-аллергологическое обследование подтвердило диагноз аллергического ринита более чем у половины этих пациентов. Статистические данные выявили распространенность острого ринита в 26–40% случаев в США, 24–32% — во Франции, 19% — в Дании, 16% — в Великобритании.

Профилактика

Общественная профилактика острого ринита складывается из комплекса мероприятий, направленных на устранение возможности возникновения заболевания. Для этого необходимо регулярно проветривать помещения, поддерживать определенную температуру и влажность воздуха, заболевших своевременно изолировать (особенно в дошкольных и школьных учреждениях), производить систематические медицинские осмотры и санитарно-просветительскую работу.

Индивидуальные меры профилактики острого ринита включают своевременную санацию очагов инфекции в полости носа, рта и глотки, восстановление носового дыхания, если оно затруднено или нарушено, систематические занятия физкультурой, закаливание и др.

Скрининг

Выявление ранних клинических проявлений, характеризующихся заложенностью носа, затруднением носового дыхания и выделениями из полости носа. Следует учитывать, что острый ринит может быть вторичным проявлением воспалительного процесса в нижних дыхательных путях или околоносовых пазухах (ОНП). В связи с этим при необходимости следует проводить рентгенологическое исследование ОНП и легких.

Классификация

По характеру патологического процесса острый ринит подразделяется на следующие группы:

- катаральный острый ринит;
- гнойный острый ринит;
- гнойно-некротический острый ринит.

По характеру течения острый ринит подразделяется на следующие группы:

- острое течение;
- подострое течение;
- затяжное течение.

Диагностика

Диагностика острого ринита не вызывает затруднений и основана на жалобах пациента, данных анамнеза заболевания и риноскопических признаках. При недостаточной клинической картине можно провести исследование цитологической картины отпечатков слизистой оболоч-

ки полости носа, а также прибегнуть к различным вирусологическим тестам. Для исключения патологии со стороны ОНП проводят рентгенографию ОНП в носо-подбородочной проекции. Один из важнейших методов диагностики — физикальное обследование посредством передней риноскопии, позволяющей оценить состояние слизистой оболочки полости носа, носовых раковин, перегородки носа и других внутриносевых структур (оценить изменение слизистой оболочки полости носа, характера выделений, сужение просвета носовых ходов и т.п.). Наиболее информативный метод обследования внутриносевых структур — эндоскопическое исследование полости носа с использованием гибких или ригидных эндоскопов, позволяющих достигнуть труднодоступных мест в полости носа.

Для оценки дыхательной функции носа — как количественной, так и качественной — используют различные методы риноманометрии, наиболее распространенный метод — передняя активная риноманометрия (ПАРМ), которая позволяет оценить количество воздуха, проходящего через полость носа, а также сопротивление, оказываемое внутриносевыми структурами на поток воздуха. Акустическая ринометрия — метод исследования, позволяющий оценить внутриносевую архитектуру и пропорции полости носа от входа в нос до хоан. Полученные данные объективных методов обследования позволяют подтвердить или опровергнуть, дифференцировать и объективизировать причины, вызывающие затруднения носового дыхания.

Многочисленные методы оценки разнообразных функций носа (транспортной, калориферной, обонятельной, дренажной), такие как рН-метрия слизистой оболочки полости носа, микробиологические и цитологические методы исследования, являются дополнительными и позволяют проводить дифференциальную диагностику заболеваний полости носа в сложных ситуациях.

В типичных случаях течения острого ринита консультация других специалистов не требуется. При атипичном течении заболевания показаны консультации таких специалистов, как пульмонолог, инфекционист, терапевт, невролог, аллерголог-иммунолог.

Условно выделяют три стадии острого ринита.

1. Сухая стадия раздражения (от нескольких часов до 1–2 дней) начинается с ощущения сухости, напряжения, жжения, щекотания в полости носа, часто в глотке и гортани, беспокоит чиханье. Одновременно пациент отмечает симптомы общего недомогания (слабость, познабли-

вание, тяжесть в голове, головную боль, чаще в лобной области, появление субфебрильной температуры).

При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемированная, сухая, постепенно отекает, вследствие чего носовые ходы суживаются, что ведет к постепенному затруднению носового дыхания, снижению обоняния, понижению вкусовых ощущений и возможному появлению закрытой гнусавости.

2. Стадия серозных выделений (2–3-е сутки) характеризуется нарастанием воспалительных явлений, появлением большого количества прозрачного водянистого слизистого отделяемого, которое раздражает кожу и слизистую оболочку носа (может появиться покраснение и припухлость в области преддверия носа и верхней губы). На этом фоне симптоматика первой стадии регрессирует. Развивается слезотечение, нередко конъюнктивит или так называемый риноконъюнктивит, резко затруднено носовое дыхание, чиханье продолжается, возможно развитие дискомфорта, заложенности и шума в ушах.

При передней риноскопии: менее выражена гиперемия слизистой оболочки полости носа по сравнению с первой стадией, но она имеет выраженный отек с цианотичным оттенком.

3. Стадия слизисто-гнойных выделений (с 4–5-го дня от начала заболевания до 7–8-го дня) характеризуется появлением слизисто-гнойных выделений из полости носа (вначале выделения имеют сероватый оттенок, затем становятся желтыми и далее зелеными). Данные изменения характера выделений в полости носа обусловлены появлением форменных элементов крови в носовой слизи (эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, а также отторгшихся эпителиальных клеток и муцина). Данные изменения слизистой оболочки характеризуют приближающееся разрешение острого ринита. В последующие несколько дней количество отделяемого в полости носа уменьшается, отек слизистой оболочки регрессирует, носовое дыхание и обоняние постепенно восстанавливаются. Спустя 7–8 дней после начала острый насморк разрешается.

При остром рините изменения слизистой оболочки могут распространиться и на слизистую оболочку ОНП, что проявляется болью и дискомфортом в области лба и корня носа. В ряде случаев острый ринит может разрешиться через 2–3 дня после начала (абортивное течение), но этот вариант возможен только у людей с хорошим иммунобиологическим состоянием организма в целом и слизистой оболочки полости носа в частности. В противном случае на

фоне ослабленного иммунитета острый насморк может затянуться на 3–4 нед и рискует перейти в хроническую форму ринита.

Лечение

Лечение острого ринита, как правило, амбулаторное. В редких случаях при развитии тяжелого насморка, сопровождающегося выраженным недомоганием и подъемом высокой температуры тела, рекомендуется постельный режим.

Больной острым ринитом должен быть признан временно нетрудоспособным.

Медикаментозное лечение

В самом начале заболевания, когда еще возможно добиться регресса симптоматики, применяют активное местное лечение, такое как закапывание в полость носа интерферона, противовирусных иммуноглобулинов, лизоцима, лизатов антигенов бактерий. С самого начала заболевания с целью уменьшения концентрации возбудителей и разнообразных аллергенов на поверхности слизистой оболочки полости носа рекомендовано назначение ирригационной терапии с использованием солевых растворов различной концентрации.

В основе медикаментозной терапии у пациентов с острым насморком лежит использование сосудосуживающих и антибактериальных препаратов — как по отдельности, так и в фармакологических комбинациях. При восстановлении проходимости в полости носа и улучшении носового дыхания пациенты отмечают значительное улучшение общего самочувствия, также снижается количество отделяемого из полости носа, уменьшаются явления воспаления и отека слизистой оболочки полости носа.

В качестве симптоматической терапии также назначают жаропонижающие (парацетамол при повышении температуры выше 38,5 °С), антигистаминные препараты, проводят витаминотерапию (как системную, так и местную в виде ретинола и витамина Е, хорошо восстанавливающих слизистую оболочку), ингаляционное лечение (с солевыми растворами, растворами антисептиков и антибиотиков). С целью улучшения отделения слизисто-гнойной и гнойной слизи из полости носа применяются муколитические препараты, разжижающие мокроту и слизь в полости носа.

При развитии осложнений острого ринита рекомендовано назначение системной антибактериальной терапии.

Интерферон альфа (ИНФ- α) (Интерферон человеческий лейкоцитарный^{*}). Детям с неонатального периода (с рождения) препарат применяется интраназально (путем распыления или закапывания). Для детей с трех лет и взрослых — дополнительно в виде ингаляции.

Интраназально: ампулу с препаратом вскрывают непосредственно перед применением. Стерильную дистиллированную или охлажденную до комнатной температуры кипяченую воду добавляют в ампулу до черты, указанной на ампуле, соответствующей 2 мл, осторожно встряхивают до полного растворения содержимого. Растворенный препарат — прозрачная или слегка опалесцирующая жидкость, бесцветная или от светло-желтого до розового цвета. Препарат применяют путем закапывания (с помощью медицинской пипетки или шприца без иглы) или распыления. Распыление производится распылителями любой системы или с помощью прилагаемой насадки-распылителя.

Для профилактики введение препарата следует начинать при непосредственной угрозе заражения и продолжать до тех пор, пока опасность заражения сохраняется. Препарат применяют интраназально путем закапывания по 5 капель или распыления по 0,25 мл в каждый носовой ход 2 раза в сутки с интервалом не менее 6 ч.

Для лечения препарат применяют на ранней стадии заболевания при появлении первых клинических симптомов интраназально по 0,25 мл (5 капель) в каждый носовой ход через 1–2 ч не менее 5 раз в сутки. Эффективность препарата тем выше, чем раньше начато его применение.

Ингаляционно: наиболее эффективный способ для лечения — ингаляция. Для ее проведения рекомендуются ингаляторы любого типа. На одну процедуру используют содержимое 3 ампул, которое растворяют в 10 мл воды. Воду рекомендуется подогреть до температуры не выше 37 °С. Ингаляционным способом препарат вводят через рот и нос 2 раза в сутки в течение 2–3 дней.

Лизоцим. Лизоцима гидрохлорид применяется местно при оториноларингологических заболеваниях. Фермент перед применением необходимо растворить в 0,9% изотоническом растворе натрия хлорида. Из лизоцима готовят аэрозоли в виде 0,05% раствора для орошения полости носа или для ингаляций. За один сеанс используется 2–10 мл аэрозоля, в зависимости от степени развития и серьезности болезни. Длительность курса 5–10 дней.

Лизаты антигенов бактерий. Препараты можно использовать у детей начиная с 3-месячного возраста.

Для профилактики заболеваний у взрослых и детей с 3-месячного возраста вводят по 1 дозе препарата в каждую ноздрю 2 раза в сутки в течение 2 нед. Таким образом, профилацироваться необходимо за 2 нед до предполагаемого начала эпидемии или когда погода начинает меняться на более холодную и велик риск развития простудных заболеваний в регионе.

С лечебными целями у детей от 3 мес до 3 лет вводят по 1 дозе препарата в каждую ноздрю 2 раза в сутки, предварительно необходимо очистить слизистую носа от отделяемого секрета. У детей старше 3 лет и взрослых по 1 дозе препарата от 2 до 5 раз в сутки до полного исчезновения симптомов заболевания.

Местные антибактериальные препараты. Взрослым назначают по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 4–6 раз в сутки. Детям назначают по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 3 раза в сутки. Средняя продолжительность курса терапии — 7 дней.

Ирригационная терапия может представлять собой разнообразные методы:

- орошение полости носа интраназальными солевыми растворами и спреями с морской или минеральной водой (самостоятельно);
- носовой душ с использованием аналогичных средств (самостоятельно);
- назофарингеальные ванночки с использованием аналогичных средств (самостоятельно);
- использование ирригационных аппаратов (самостоятельно);
- ретроназальный душ (врачебная манипуляция);
- назофарингеальное аспирационное промывание (врачебная манипуляция);
- метод перемещения жидкости по Proetz (врачебная манипуляция).

В качестве растворов для ирригационных процедур традиционно применяют природные минеральные воды, терапевтическое действие которых обусловлено повышенным содержанием биологически активных компонентов, особенностями газового состава или ионно-солевым составом воды. Минеральные (лечебные) воды подразделяются на питьевые, лечебные и лечебно-столовые, а также воды, имеющие бальнеологическое (наружное) назначение. В зависимости от химического состава различают серные, хлоридно-натриевые, хлоридно-гидрокарбонатно-натриевые типы минеральных вод. Местное применение сульфидных минеральных вод показано при хроническом катаральном и гнойном воспалении слизистой оболочки дыхательных

путей, микробной аллергии. Хлоридно-натриевые минеральные воды оказывают терапевтическое действие при угнетении назальной секреции, способствуют атравматичному удалению подсыхающих корочек, восстановлению функциональной активности слизистой оболочки носа. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о положительном влиянии увлажнения слизистой оболочки на мукоцилиарную активность, безопасности процедуры, которая не имеет документально подтвержденных серьезных побочных эффектов, что делает возможным ее применение как у взрослых, так и детей при лечении риносинусита и для послеоперационного туалета носовой полости. В целом такая процедура способствует уменьшению экспозиции на слизистой оболочке носовой полости различных микроорганизмов и повреждающих частиц, содержащихся во вдыхаемом воздухе, затрудняет резорбцию токсинов и аллергенов. В рутинной практике для промывания носовой полости используются изотонический, гипо- и гипертонический растворы натрия хлорида. Эти растворы разжижают слизь и нормализуют ее продукцию бокаловидными клетками, размягчают подсыхающий секрет, улучшают кровообращение слизистой оболочки, повышают ее чувствительность и реактивность. Концентрация соли в изотоническом растворе близка к концентрации соли в жидких средах организма, поэтому он обладает легким терапевтическим действием на слизистую оболочку носа, способствует нормализации гидроионного баланса, нарушение которого сопровождается отеком слизистой оболочки носа. Гипертонический солевой раствор содержит более высокие концентрации соли, что способствует более интенсивному перемещению воды в сторону повышенной концентрации ионов, оказывая, таким образом, более выраженное противоотечное и раздражающее влияние. Действуя как раздражитель слизистой оболочки носа, гипертонический солевой раствор стимулирует ноцицептивные нервы и железистую секрецию, не изменяя при этом проницаемость сосудов. Под действием гипертонического солевого раствора у больных наблюдается более эффективное восстановление активности мерцательного эпителия, а применение изотонического солевого раствора способствует улучшению мукоцилиарного транспорта. В целом орошение слизистой оболочки носа солевыми растворами хорошо переносится и, несмотря на незначительные побочные эффекты, положительное влияние этой процедуры покрывает недостатки для большинства пациентов. В известной степени все это относится и к морской воде, которая по своему составу близка к хлоридно-натриевым минеральным водам.

Благотворное влияние морской воды на слизистую оболочку носа обусловлено особенностями ее физико-химического состава, в котором преобладает натрия хлорид (более 70% всех солей). Под действием соли происходит нормализация продукции носовой слизи бокаловидными клетками и разжижение назального секрета. Микроэлементы, содержащиеся в морской воде (главным образом Ca^{2+} , Fe^{3+} , K^+ , Mg^{2+} , Cu^{2+}), способствуют нормализации функции мерцательного эпителия, повышению антиинфекционной устойчивости слизистой оболочки носа, улучшению субъективных ощущений пациентов.

Ирригационную терапию при остром рините необходимо производить одним из вышеуказанных самостоятельных методов 3–5 раз в день через 10–15 мин после использования сосудосуживающих препаратов, которые уменьшают отек слизистой оболочки и обеспечивают хороший доступ солевых растворов к труднодоступным местам в полости носа. Сосудосуживающие препараты не следует использовать дольше 5–7 дней. Ирригационная терапия проводится на протяжении 14 дней активно, далее продлевается по необходимости до полного исчезновения симптомов острого насморка.

Сосудосуживающие препараты (деконгестанты). Применяют адrenomиметики местного действия, такие как нафазолин, ксилометазолин и оксиметазолин, которые можно применять во все стадии острого насморка. Рекомендовано закапывать в обе половины носа по 5 капель препарата, лежа на спине и запрокинув голову, или по 2 дозы в форме спрея, приняв вертикальное положение, 2–3 раза в день. Перед использованием сосудосуживающих препаратов необходимо хорошо отсморгаться (короткими отрывистыми движениями, резко, сильно). Важно напоминать пациентам о том, что сосудосуживающие препараты нельзя использовать длительное время (не более 5–7 дней). При длительном использовании сосудосуживающих препаратов развиваются функциональные и морфологические изменения слизистой оболочки полости носа, что может стать причиной развития медикаментозного ринита.

Препараты комбинированного действия, содержащие в своем составе антибактериальные, противовоспалительные, гормональные и сосудосуживающие вещества [фенилэфрин + неомицин + полимиксин В + дексаметазон + фенилэфрин (Фенилэфрина гидрохлорид^Δ)], являются высокоэффективными препаратами для лечения острого ринита на поздних стадиях или при развитии осложнений. Данные препараты представлены спреями, которые вводят в полость носа: взрослым — по одному впрыскиванию в каждую ноздрю 3–5 раз в сутки;

детям в возрасте от 2,5 до 15 лет — по одному впрыскиванию в каждую ноздрю 3 раза в сутки. Длительность лечения 5–10 дней.

Препараты серебра коллоидного. На стадии серозных выделений при остром рините хорошо зарекомендовали себя препараты серебра коллоидного, способствующие уменьшению воспаления и снижающие активность выработки слизи в полости носа, также обладающие бактерицидным действием. Перед применением 2% раствора промыть и очистить слизистую оболочку полости носа. Закапывать по 3–4 капли в обе половины полости носа лежа на спине, запрокинув голову (или при использовании спреев по 2 дозы в обе половины полости носа) 3 раза в сутки в течение 5–7 дней.

Антигистаминные препараты (цетиризин, лоратадин). Взрослым и детям в возрасте старше 6 лет (с массой тела более 30 кг) — по 1 таблетке 1 раз в сутки внутрь до полного регресса симптомов заболевания.

Муколитические препараты (ацетилицистеин). *Внутрь.* Взрослым — по 200 мг 2–3 раза в сутки в виде гранулята, таблеток или капсул. Детям 2–6 лет — по 200 мг 2 раза в сутки или 100 мг 3 раза в сутки в виде водорастворимого гранулята; младше 2 лет — 100 мг 2 раза в день; 6–14 лет — 200 мг 2 раза в сутки.

Ингаляционно. Для аэрозольной терапии в ультразвуковых приборах распыляют 20 мл 10% раствора или по 2–5 мл 20% раствора, в приборах с распределительным клапаном — 6 мл 10% раствора. Продолжительность ингаляции — 15–20 мин; кратность — 2–4 раза в сутки. При лечении острых состояний средняя продолжительность терапии — 5–10 дней.

Местно. Закапывают в носовые ходы 150–300 мг (на 1 процедуру).

Длительность терапии определяется индивидуально (не более 10 дней). У больных старше 65 лет используют минимально эффективные дозы.

Ретинол и витамин Е. Внутрь по 1 капсуле за 20–30 мин до еды в течение 30 дней.

Немедикаментозное лечение

Наиболее распространенный метод немедикаментозного лечения — физиотерапевтическое лечение. С целью воздействия на нейрорефлекторные зоны и области в полости носа применяют ультрафиолетовое облучение эндоназально, эндоназальный электрофорез с антигистаминными препаратами, ультразвуковочастотную терапию или диатермию на область носа, горячие ножные ванны или горчичники на икроножные мышцы.

Прогноз

Прогноз среди взрослого населения благоприятный, хотя возможен переход инфекции на ОНП и нижние дыхательные пути, особенно у лиц, склонных к заболеваниям бронхолегочной системы. В грудном возрасте острый ринит всегда опасен, особенно среди ослабленных детей, предрасположенных к различным легочным, аллергическим осложнениям.

Возможные осложнения при остром рините:

- нисходящий фаринголаринготрахеобронхит;
- пневмония;
- синусит;
- острый катаральный отит;
- острый гнойный средний отит;
- восходящий дакриоцистит;
- дерматит преддверия носа.