

Вазомоторный ринит (этиология, классификация, клиника, лечение).

Различают две формы вазомоторного ринита:

- аллергическую;
- нейровегетативную.

Этиология. Для аллергической формы вазомоторного ринита характерно наличие определенного вещества - аллергена, к которому имеется повышенная чувствительность (сенсibilизация) организма. Попадание такого вещества на слизистую оболочку верхних дыхательных путей и всасывание его немедленно вызывает ответную реакцию.

В возникновении нейровегетативной формы вазомоторного ринита имеют значение органические и функциональные изменения центральной и вегетативной нервной системы, расстройства эндокринной функции. Возможны нарушения нервно-рефлекторных механизмов, обуславливающих нормальную физиологию носа, в результате чего обычные раздражители вызывают гиперэргические реакции слизистой оболочки носа. У больных нейровегетативной формой ринита в анамнезе заболевания и при специальном аллергологическом исследовании не обнаруживаются какие-либо причинно значимые аллергены. Возникновению вазомоторного ринита способствуют длительное применение медикаментозных препаратов как общего, так и местного действия, искривление перегородки носа и др.

Аллергический ринит (АР) имеет сезонную и круглогодичную (постоянную) формы. В последнее время выделяют еще и профессиональную форму АР. Сезонная форма обычно связана с пылью цветущих растений (амброзия, артемизия, кипарис, грецкие орехи, берёза, тополиный пух, злаковые растения и т.д.), поэтому ее часто называют также сенным насморком, или сенной лихорадкой.

Сезонная форма повторяется у больных ежегодно, в одно и то же время в период цветения растений.

Круглогодичная (постоянная) форма АР обусловлена постоянным контактом с причинно-значимым аллергеном: домашней и бумажной пылью, содержащимися в них клещами, шерстью животных, в которой имеются эпидермальные аллергены, кормом для аквариумных рыб, аллергенами низших грибов, пищей и лекарственными препаратами и др.

Механизм развития АР. На слизистую оболочку носа при дыхании оседают самые разнообразные инородные частицы. Благодаря действию мукоцилиарной системы слизистой оболочки в течение примерно 20 мин. происходит удаление их из полости носа. Однако молекулы аллергенов чрезвычайно быстро всасываются и вызывают аллергическую реакцию, вследствие чего уже через 1 мин. после проникновения аллергенов возникают соответствующие клинические реакции. Аллергические реакции запускаются взаимодействием аллергена (пыльцы растений, спор низших грибов, домашней пыли и др.) с аллергическими антителами, относящимися к IgE. Такое взаимодействие происходит на тучных клетках соединительной ткани и базофилах и последующим высвобождением затем из них биологически активных веществ (БАВ), в частности гистамина, метаболитов арахидоновой кислоты, фактора активации тромбоцитов, лейкотриенов. БАВ оказывают сосудорасширяющее действие, повышают проницаемость сосудов, что является основной причиной стойкого набухания кавернозной ткани и отека слизистой оболочки, заложенности носа, чиханья, гиперсекреции и др.

Клиническая картина. Основными симптомами обеих форм вазомоторного ринита является триада признаков:

- пароксизмальное чиханье;

- обильная носовая гидрорея;
- затруднение носового дыхания, зуд и шекотание в носу.

Наряду с ринологическими симптомами у больных часто отмечают кожный зуд, гиперемию конъюнктивы, слезотечение, головные боли, утомляемость, снижение обоняния, нарушение сна. При постоянной (круглогодичной) форме вазомоторного ринита указанные жалобы с самого начала носят хронический постоянный характер.

Нередко вазомоторный ринит сочетается с бронхолегочной патологией - астматическим бронхитом или бронхиальной астмой, которая, как правило, протекает с «астматической триадой»:

- непереносимостью препаратов ацетилсалициловой кислоты, препаратов пенициллина, анальгина;
- полипозными изменениями слизистой оболочки полости носа;
- приступами бронхиальной астмы.

Риноскопическая картина - слизистая оболочка в начальном периоде гиперемированна, отечна, в носу имеется значительное количество прозрачной жидкости. Со временем слизистая оболочка становится бледно-синюшной с сизыми (белыми) пятнами. При исследовании носовых раковин зондом выявляется их тестоватая ютность. Анемизация часто не вызывает заметного сокращения носовых раковин.

Нередко вазомоторный ринит сопровождается образованием полипов в области решетчатого лабиринта, которые со временем могут полностью обтурировать полость носа.

Лечение. Терапия вазомоторного ринита - весьма сложная задача, не всегда полностью разрешимая, требует профессионального подхода и терпения больного.

При аллергической форме вазомоторного ринита терапия должна быть комплексной:

- индивидуальные методы защиты больного от попадания в организм аллергена;
- специфическая иммунотерапия (СИТ);
- неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия;
- хирургические методы, направленные на элиминацию гнойного очага и уменьшения объема стойко увеличенных нижних носовых раковин;
- местная кортикостероидная терапия, рефлексотерапия.

СИТ Методика лечения основана на введении в организм минимального количества причинно-значимого аллергена в постепенно возрастающей дозе (обычно подкожно). Такое введение аллергена позволяет организму выработать к нему защитные блокирующие антитела, что приводит к уменьшению или полному исчезновению симптомов аллергического ринита.

Методы неспецифической гипосенсибилизации включают медикаментозные методы терапии аллергического ринита, направленные на устранение симптомов аллергии.

Среди них важное место занимают:

- антимедиаторные (антигистаминные) средства перорального применения;
- использование антигистаминных препаратов первого поколения (димедрол, супрастин и др.), но оно ограничено их седативным эффектом и коротким периодом выведения из организма;

- антигистаминные препараты второго поколения: гисманал (астемизол), кларитин (лоратадин), гистадин (терфенадин), телфаст (фексофенадин), зиртек (цетиразин), кестин (эбастин) и др. Они эффективны в купировании таких симптомов, как зуд, чиханье, ринорея, и рассматриваются как средства выбора при лечении аллергического ринита, однако малоэффективны в отношении заложенности носа.

При легких формах заболевания могут быть рекомендованы антигистаминные препараты местного (топического) действия - аллергодил (азеластин) и гистимет (левокабастин). Эти препараты в виде капель в нос или носового спрея обладают эффектом, сравнимым с таковым от пероральных антигистаминных препаратов, однако они действуют только в месте введения.

Высокоэффективными средствами для лечения пациентов с умеренными и выраженными формами аллергического ринита в ситуации, когда затруднение носового дыхания является основным симптомом, служат топические кортикостероидные препараты. Среди них - фликсоназе (флутиказон), альдецин (беконазе, беклометазон), назонекс метазон), ринокорт (будезонид) и др. Выпускаются эти препараты в виде назальных спреев по 2-4 впрыскивания в нос в 2-4 приема в день. При достижении клинического эффекта дозу снижают. Они характеризуются относительно медленным началом действия (18 ч), а максимальный эффект развивается через несколько дней или недель, поэтому необходимо длительное применение - в течение 4-6 мес. Системные кортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон и др.) для лечения аллергического ринита используют в крайне тяжелых случаях и короткими курсами. В практике часто применяют сосудосуживающие препараты в виде капель в нос, однако эти средства обладают временным эффектом и при длительном (более 2 нед) применении ухудшают течение заболевания.

Показания к хирургическому вмешательству. При вазомоторном рините операции производят в следующих случаях:

- при нарушении внутриносовой анатомии (искривления, гребни, шипы перегородки носа), что вызывает нарушение носового дыхания;
- при полипозно-гнойных процессах в полости носа и околоносовых пазух;
- при гиперплазии носовых раковин.