

С.М. ПУХЛИК

ХРОНИЧЕСКИЕ РИНИТЫ У ДЕТЕЙ

Одес. гос. мед. ун-т

«Все течет, все изменяется»

древнегреческий философ Гераклит (V в. до н.э.)

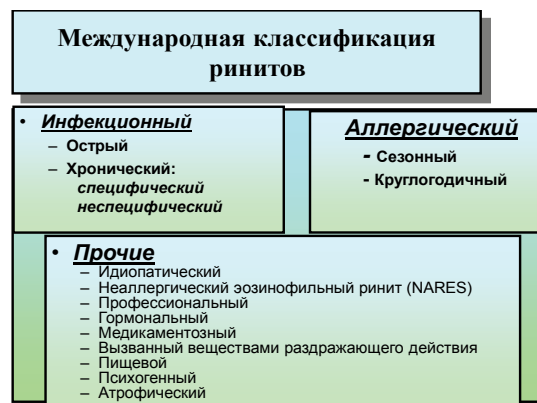
Каждому периоду жизни человека – от раннего детства до глубокой старости свойственны определенные заболевания организма, в том числе и полости носа. Они меняются в процессе жизни индивидуума.

Мне бы хотелось поговорить о ринологических проблемах детского организма, привести примеры неправильной диагностики, разобрать наиболее типичные врачебные ошибки и подсказать направление мыслей для врача при постановке диагноза.

Ринит (от др.-греч. *ῥίς*, род. п. *ῥίνος* – нос; в быту – насморк) – синдром воспаления слизистой оболочки полости носа (цит. по Википедии). Под воспалительным процессом понимается ответная реакция слизистой оболочки полости носа на воздействие различных неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды организма, которые превосходят защитно-приспособительные способности слизистой оболочки (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, 2006). В общем-то, правильно, но не совсем, так как не всегда ринит, особенно хронический, бывает воспалительного происхождения.

Ринитом болеют лица всех возрастных групп – от раннего детства до глубокой старости. Наиболее часто встречается острый ринит, как правило, вирусной этиологии. Мы же собрались поговорить о хроническом рините, для которого и четкого обозначения, и тем более единой классификации не существует. В 1993 г. был предложен международный консенсус (договор) по ринитам, где, на мой взгляд, справедливо убраны существовавшие ранее (а в головах многих врачей и сегодня) термины «хрони-

ческий катаральный ринит», заменив его «инфекционным», и «вазомоторный ринит», четко выделив из него «аллергический» и «идиопатический» (соответствующий ранее используемому термину «нейровегетативный») (рисунок). Вовсе отсутствует также термин «гипертрофический ринит», диагноз, при котором ранее производились достаточно калечащие операции – конхотомии. Думаю, что случаи врожденной гипертрофии передних и задних концов носовых раковин все же иногда встречаются, но как исключение, а не как один из основных ринологических диагнозов.



Международная классификация ринитов (1993 г.)

Если оценить частоту развития хронического ринита по этой классификации, то на долю аллергических ринитов приходится до 70% всей патологии, еще 20% составляют больные так называемым идиопатическим (у нас – вазомоторный, нейрове-

гатаивный) ринитом, и на все остальные формы хронического ринита приходится оставшихся 10%.

Свидетельством еще более запутанной ситуации служит предложенная одним из ведущих ринологов мира Lund (1997) терминология – риносинусит, вообще объединившая в одну нозологическую форму риниты и синуситы. Теперь даже острый вирусный насморк называют риносинуситом, что дает основание некоторым врачам лечить таких больных антибиотиками (!).

Хронический ринит – это не всегда воспалительное заболевание полости носа, часто сочетающееся с синуситами.

Детскому возрасту характерны определенные формы хронических ринитов. Так, у детей до 1 года хронического ринита вообще не наблюдается. Если мать кормит ребенка грудью, то и острый ринит выявляется редко. Поэтому странно встречать у годовалого ребенка диагноз «аллергический ринит». Аллергические реакции у детей, конечно, имеют место. Но маленький ребенок на все аллергены (пищевые, респираторные) реагирует кожей, поэтому основные проявления аллергии у детей первого года – атопические дерматиты. По мере роста организма начинается присоединение симптомов ринита или кашель, даже с явлениями бронхоспазма. Если все это происходит на фоне сохраняющихся кожных проявлений аллергии, то такое состояние врачи называют «атопическим маршем». Часто просто происходит смена кожных проявлений на респираторные – уже созревшая иммунная система начинает дифференцировать аллергены, поступающие в организм с пищей (кожные симптомы) или с вдыхаемым воздухом – риниты и астма. Чаще всего кожные проявления аллергии исчезают к 7-8 годам, полностью исчезая/заменяясь другими проявлениями аллергии. Родители говорят: «ребенок перерос аллергию».

Итак, в раннем детском возрасте до 2-3 лет практически не встречаются хронические риниты, дети часто страдают хроническим аденоидитом и задним этмоидитом. Ведущим симптомом при этих состояниях являются насморк с отделяемым разной консистенции – от прозрачного до гнойного характера, а также постназальное затекание

(post nasal drip syndrom). Ведущим и часто отличительным симптомом служит ночной кашель, при том, что днем кашля практически нет. Это объясняется тем, что в горизонтальном положении тела слизь, стекающая из носовой части глотки, попадает на голосовые складки, вызывая кашель. Утром, скопившаяся в грушевидных карманах слизь с трудом откашливается, иногда доводя ребенка даже до рвоты. Днем бодрствующий ребенок, находящийся в вертикальном положении, кашляет мало, так как стекающая слизь проглатывается и мало раздражает кашлевую зону. Учитывая такой рефлекторно-защитный механизм, нельзя всерьез рассматривать заявления некоторых «специалистов» о том, что стекающая из носа слизь заливает бронхи и легкие, вызывая бронхиты и пневмонии. Взаимосвязь заболеваний носа и легких имеет совершенно другой механизм развития, и мы в рамках этой статьи не будем его анализировать.

Аллергический риносинусит – ведущая форма хронических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух у детей старше 3-летнего возраста протекает преимущественно в виде персистирующего аллергического ринита (круглогодичного). Хронических инфекционных заболеваний полости носа в связи с малым сроком жизни еще не наблюдается. Да и профессиональные вредности и вредные привычки, характерные для взрослых, у детей еще отсутствуют. Поэтому при обращении таких детей к специалисту необходимо тщательно собирать аллергологический анамнез, в том числе и наследственный, оценивать общий IgE, исключать/подтверждать наличие глистных инвазий, прежде всего иммунологическими методами. Наибольшее внимание отоларингологу следует уделять диагностике аллергического ринита и аденоидита, гипертрофии глоточной миндалины. В тех случаях, когда нет возможности провести полноценную аллергодиагностику, необходимо *ex uvantibus* назначать противоаллергическую терапию, прежде всего – адекватные топические глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты. Эффект при их применении следует рассматривать как косвенное подтверждение аллергической природы ринита

и/или аденоидита с последующим дообследованием и полноценным лечением. Считаем необходимым напомнить врачам, что не нужно при лечении таких пациентов использовать так называемые «сложные капли», которые готовит сам врач, включая неразрешенные для топического применения антибиотики, гормоны и пр. Помимо возможных юридических осложнений, следует помнить, что, например, флакон «Назонекса», которого хватает на 2-месячный курс лечения, содержит дозу ГКС мометазона фуората, соответствующую 1,5 мл эм. гидрокортизона, которая уходит на один сеанс промывания носа с помощью «кукушки» (модифицированный метод Прозтца). И это, к тому же, препараты с различной биодоступностью!

В этом возрасте (после 4 лет) уже можно начинать эффективную терапию большого аллергическим ринитом с помощью метода специфической иммунотерапии (СИТ). Используя сублингвальный метод введения аллергенов с помощью драже, которые охотно принимают даже капризные дети, можно добиться длительной ремиссии аллергического воспаления в 90-95% случаев.

После 5 лет жизни наибольшее распространение получают аллергические формы воспаления, часто сочетающиеся с аденоидитом и этмоидитом. Среди персистирующих ринитов сегодня наиболее часто выявляется сенсibilизация к бытовым аллергенам – клещам домашней пыли (род *Dermatophagoides*). Наибольшее распространение в нашей стране имеют клещи *D. Pteronyssinus* и *D. farinae*, которые составляют до 90% акарофауны жилых помещений. Часто выявляется аллергия к перу подушки, шерсти животных (овца, кошка, ребе – собака), сенсibilизация к плесневым аллергенам (прежде всего – *Aspergillus*, *Penicillium*, *Alternaria*). Симптоматика этих форм аллергического ринита начинает особенно тяжело проявляться в холодное время года, когда закрываются окна, включается отопление и большую часть суток дети проводят в помещении. Особенно внимательно всем родителям, в том числе у которых дети страдают аллергическим ринитом, следует следить за влажностью воздуха в помеще-

нии, где находится ребенок. Сухой воздух вызывает кашель, заложенность носа, что иногда рассматривается как патология дыхательных путей. Наоборот, переувлажненный, сырой воздух приводит к росту плесени в помещении с соответствующими последствиями. Поэтому не обходимо, помимо термометра, который контролирует температуру в помещении, иметь и гигрометр, который контролирует влажность воздуха (норма 40-60%).

После 7-10 летнего возраста начинают отмечаться и интермиттирующие (сезонные аллергические) риниты или поллинозы. Эти формы аллергического воспаления связаны с пылью растений. В Украине есть 3 климато-географические зоны. Для каждого региона нашей страны есть свои особенности: центр и север страны особенно часто «реагируют» на пыльцу деревьев (береза, лещина, тополь) и культурные травы (злаки, ежа, тимофеевка), которые соответственно пылят весной и в начале лета. Иногда родители много лет принимают такие проявления аллергии за простуду и не обращаются к специалистам. В южных и юго-западных регионах страны деревья мало участвуют в сенсibilизации детей, иногда можно встретить непереносимость пыльцы акации, каштана, липы. Наиболее часто дети страдают от поллиноза в виде риноконъюнктивального синдрома и бронхита в конце лета и начале осени (август-сентябрь). Причиной чаще всего является пыльца сорных и сложно-цветных трав (амброзия, полынь, лебеда, циклахена). Диагностика интермиттирующих аллергических ринитов также требует участия специалистов-аллергологов. Кроме того, детям с поллинозом необходимо ограничить прием лекарственных трав, меда и некоторых овощей и фруктов, к которым может развиваться перекрестная непереносимость.

Следует отметить, что в таком детском возрасте никогда не бывает вазомоторных (нейровегетативных) ринитов. По нашему мнению, хронические вазомоторные нарушения не являются воспалительным процессом в полости носа и могут быть вызваны в период пубертатности перестройкой вегетативной нервной системы, частыми проявлениями ваготонии с харак-

терными симптомами пониженного артериального давления, редким пульсом, потливостью, выраженным дермографизмом, желанием поспать до обеда и т.п. Кроме того, вазомоторные нарушения могут развиваться при резком искривлении носовой перегородки, когда отмечается контакт её слизистой оболочки со слизистой оболочкой полости носа. В этом же подростковом возрасте уже возникает медикаментозный ринит как реакция на длительное применение сосудосуживающих капель, чего практически не бывает в детском возрасте из-за высокого тонуса симпатической нервной системы. Поэтому именно в подростковом возрасте часто пациенты «подсаживаются» на систематический прием топических назальных деконгестантов, на что необходимо обращать внимание не только при диагностике подобных заболеваний и назначении лечения, но и при проведении профилактической работы в школах, детских коллективах.

Следующим вариантом вазомоторных нарушений у подростков уже могут быть явления гипотиреоза (форма гормонального ринита). Это очень редкое для детского возраста страдание имеет достаточно четкую клиническую симптоматику, диагностируется с помощью оценки гормонов щитовидной железы, а пациенты передаются для назначения лечения эндокринологу.

В небольшом проценте случаев могут иметь место и хронические катаральные риниты как проявление инфекционного процесса. Развитию хронического катарального (по классификации 1993г. – инфекционного) ринита способствуют частые воспалительные риносинуситы, неблагоприят-

ное влияние факторов внешней среды (заводские выбросы, ядохимикаты, минеральные удобрения), нарушение местного и системного иммунитета. Стоматологические проблемы в виде инородных тел околоносовых пазух, мицетом и т.п. у детей встречаются крайне редко.

К вазомоторным же реакциям можно отнести гормональные изменения, вызванные повышенным уровнем эстрогенов. Подобные состояния у взрослых называются «ринитом беременных», но раннее половое развитие в наше время может закончиться беременностью и в подростковом возрасте. Поэтому при сборе анамнеза у пациентов такого возраста об этом нужно помнить. Словом, подростковые ринологические проблемы с каждым прожитым годом приближаются к симптоматике и характеру ринитов у взрослых.

Выводы

Хронический ринит у больных детского возраста имеет свои особенности, которые необходимо знать каждому практикующему отоларингологу.

В раннем детском возрасте - после 3 лет начинают проявляться персистирующие факторы аллергического ринита, после 5-7 лет к ним присоединяются и интермиттирующие формы этого заболевания.

Вазомоторный ринит может возникнуть в подростковом периоде и наибольшего развития приобретает у пациентов к 20 годам жизни как одно из проявлений ваготонии. Вазомоторные симптомы возможны также при деформациях носовой перегородки, злоупотреблениях сосудосуживающими каплями и при гормональных нарушениях.

Поступила в редакцию 28.10.13.