

ПЕРЕДНИЙ СУХОЙ РИНИТ

С. Карпищенко, доктор медицинских наук, профессор,
Г. Лавренова, доктор медицинских наук, профессор,
О. Куликова
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
E-mail: lavrenovagv@yandex.ru

Передний сухой ринит – локальный хронический воспалительный процесс, чаще всего ограниченный зонами передней и каудальной части носовой перегородки и относящимися к ним латеральными частями преддверия носа. Основной этиологический фактор – профессиональные вредности и физические характеристики окружающей среды: процент влажности и температура вдыхаемого воздуха. Кроме того, обсуждается роль в развитии заболевания гипергликемии (сахарный диабет), дисфункции эндокринных желез, гормональной перестройки при вынашивании плода, депрессивных состояний, частых острых ринитов. Не исключена провоцирующая роль хронической механической травматизации («ковыряльщики в носу»).

Наряду с этиологией и клинической картиной заболевания подробно рассмотрена терапия переднего сухого ринита с учетом данных современной литературы: ингаляции, применение назальных спреев с эктоином, а также ирригационная терапия и использование защитных средств.

Ключевые слова: оториноларингология, передний сухой ринит, ирригация, эктоин.

Атрофический ринит – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа (ПН), морфологически характеризующееся атрофическими изменениями эпителия. Этиологически хронический ринит может быть первичным и вторичным. Передний сухой ринит (наряду с озеной) представляет собой отдельную форму хронического атрофического ринита.

В отличие от хронического атрофического ринита, характеризующегося массивным поражением слизистой оболочки всей ПН, которое провоцирует возникновение таких симптомов, как сухость, образование корок, зловонный запах и парадоксальное чувство заложенности носа, термином «передний сухой ринит» обозначают локальный хронический воспалительный процесс, чаще всего ограниченный зонами передней и каудальной части носовой перегородки и относящимися к ним латеральными частями преддверия носа [1, 2].

ЭТИОЛОГИЯ

Основной фактор этиологии переднего сухого ринита – постоянное длительное воздействие на слизистую оболочку передней части ПН различных поражающих факторов, главным из которых (и наиболее часто фиксируемым у взрослых пациентов) является загрязненность и запыленность окружающей среды [1–3]. Заболевание развивается при длительном ингаляционном воздействии профессиональных факторов, например древесной, угольной пыли, газообразных продуктов, образующихся в процессе варки металлов, при

переработке нефтепродуктов и др. Ингаляционный путь попадания раздражающих и травмирующих веществ делает начальной мишенью ПН, особенно ее передние отделы. Даже при небольшом профессиональном стаже работающие отмечают сухость в носу, образование корок, периодические носовые кровотечения при удалении корок или грубом отсмаркивании. Как показали наши наблюдения (объекты – рабочие заводов металлоконструкций и шахтеры угольных шахт), уже после 2–3 лет работы у части обследованных появлялись перечисленные жалобы, которых до поступления на работу не было. В функциональном отношении определялось снижение скорости мукоцилиарного транспорта (сахариновый тест), снижение температуры слизистой оболочки передних отделов перегородки носа, нарушение секреторной функции (проба со взвешиванием).

Передний сухой ринит развивается не только при воздействии профессиональных вредных факторов. Заболевание может возникать у людей, предрасположенных к истончению и ранней атрофии слизистой оболочки ПН (светлый цвет волос и глаз, тонкая кожа), при гипергликемии (сахарный диабет), дисфункции эндокринных желез, гормональной перестройке при вынашивании плода, депрессивных состояниях, частых острых ринитах, а также при длительном пребывании в неблагоприятных микроклиматических условиях (пониженная влажность, загазованность и высокая температура в помещении).

Важными этиологическими факторами являются также процент влажности и температура вдыхаемого воздуха. Не исключена провоцирующая роль хронической механической травматизации («ковыряльщики в носу») [1–3].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основные клинические проявления переднего сухого ринита – чувство сухости в ПН, зуд и обильное образование тонких сухих корок. Последние обнаруживаются только в передней части ПН и никогда – в задней, что отличает передний сухой ринит от хронического атрофического. Для переднего сухого ринита характерно также отсутствие зловонного запаха, вызванного присутствием специфических бактерий, и нарушения обонятельной функции. Периодически возникающие носовые кровотечения также могут быть симптомом заболевания. Длительная постоянная раздражения и нарушение микроклимата может приводить к дальнейшему повреждению структуры передней части ПН вплоть до перфорации перегородки носа [1, 2].

Диагностика переднего сухого ринита основана на субъективных жалобах пациента и данных объективного осмотра, в том числе – эндоскопии ПН. С целью дифференциальной диагностики необходимо выполнить аллергологические исследования (тест-панель); сделать посев отделяемого ПН для определения флоры и чувствительности, а также выполнить компьютерную томографию (КТ) околоносовых пазух – ОНП (исключение патологических очагов в ОНП, начальных проявлений болезни Вегенера) [4, 12].

ЛЕЧЕНИЕ

Основные компоненты лечения переднего сухого ринита – элиминация поражающих агентов из воздуха и (или) применение специальных защитных средств. Работающие с вредными производственными факторами используют респираторы, обязательно тщательно моются после смены с последующим посещением ингалятория.

Терапия переднего сухого ринита – в основном местная, предусматривает использование назальных спреев наряду с туалетом ПН.

Необходимость использования ирригационной терапии (растворы хлорида натрия и морской соли стандартной концентрации 0,9%) в настоящее время не подвергается сомнению. Помимо прямого механического очищения передних отделов ПН и элиминации патологических агентов с поверхности слизистой оболочки, раствор обеспечивает (при условии регулярного использования) увлажнение слизистой оболочки ПН [5, 6]. Солевые растворы улучшают движение ресничек назального эпителия, что положительно сказывается на функционировании мукоцилиарного клиренса [7, 8].

Ингаляции для работающих назначаются после смены, их длительность – 10–12 мин. В качестве ингалируемых растворов используют свежесталую воду, щелочные минеральные воды, 5–7% настои лекарственных растений, обеспечивающие регенерацию эпителия. На ряде производств для исключения длительного контакта вредных веществ со слизистой оболочкой рекомендуется перед сменой вводить в ПН нейтральные мазевые препараты (на воске и масле какао).

Нанесение некоторых препаратов (глицерол, бальзам вивилин, аекол, аевит) на слизистую оболочку ПН обеспечивает создание защитной пленки и предотвращает высыхание слизистой [9]. Ряд масел также могут быть протекторами эпителия [10]. Эффективность применения дексапантенола в лечении сухого ринита доказана клинически [11].

В последнее время получены данные о положительном эффекте применения назального спрея с эктоином [2]. Это вещество в природе синтезируется галофильными бактериями и нашло применение в косметологии. Эктоин стабилизирует природную структуру биополимеров, благодаря чему защищает слизистую оболочку ПН от повреждающего воздействия окружающей среды (УФ-излучение, сухость, тонкая пыль и другие раздражители).

В лечении переднего сухого ринита весьма эффективна фитотерапия. Лекарственные растения при переднем сухом рините используются местно в виде мазей (мази календулы, тысячелистника), ингаляций настоев листьев подорожника большого, мать-и-мачехи, семени льна посевного и др. Рекомендуются препараты из хвойных деревьев, водорослей (фитолон, пихтовое, кедровое масла). Когда у пациентов имеются сопутствующие заболевания печени, хроническая алкогольная интоксикация, тиротоксикоз и др., назначают травяные чаи. В качестве основы для чаев используются растения-гепатопротекторы (цветки бессмертника песчаного, кукурузные рыльца, цветки цикория обыкновенного).

Немаловажно для людей с передним сухим ринитом соблюдение диеты в рамках стола №5 по Певзнеру, санаторно-курортное лечение природными минеральными водами, содержащими сероводород и карбонат натрия.

Приводим клинический пример.

Большая М., 47 лет, обратилась с жалобами на образование корок в носу, периодические носовые кровотечения, раздражительность, плохой сон. Считает себя больной в течение 2 лет, лечилась самостоятельно, использовала тампоны для носа с персиковым маслом, крем пиносол. Как выяснилось из анамнеза, больная в течение последних 3 лет живет в новой квартире с пластиковыми окнами и нерегулируемыми батареями центрального отопления. При осмотре в передних отделах носа определялись желто-красноватые ко-

рочки, инъекция сосудов на слизистой оболочке перегородки носа, истончение слизистой оболочки. Посев из носа выявил золотистый стафилококк и зеленящий стрептококк в пределах референсных значений. На КТ ОНП патологических изменений не выявлено. Клинический анализ крови выявил незначительное снижение гемоглобина (107 г/л). Были назначены орошение слизистой оболочки ПН аэрозодем Аква-Марис с пантенолом 2 раза в день, Аква-Марис Стронг – 1 раз в день, сливочное масло в нос на турундах 1 раз в день, 10% чай из травы тысячелистника обыкновенного, масло шиповника по 1 чайной ложке 2 раза в день перед едой; официальная мазь календулы в нос на ночь чередовалась с назальной мазью нисита (Nisita nasensalbe содержит масло лимона, бикарбонат натрия, хлорид натрия). Курс лечения длился 3 нед. После лечения состояние слизистой оболочки ПН существенно улучшилось, объективно отмечались розовая слизистая оболочка, отсутствие корок и кровотечений. Большая была осмотрена через 3 мес. Жалоб практически не предъявляла.

Передний сухой ринит – заболевание со сложным патогенезом, нередко развивается как первично-хроническое, подлежит медикаментозному лечению, соблюдению гигиенических процедур. Несмотря на то, что заболевание проявляется, казалось бы, малозначимой симптоматикой, при рецидивирующих, хоть и незначительных носовых кровотечениях, возможно развитие анемии. Пациенты с передним сухим ринитом должны находиться под диспансерным наблюдением и дважды в год обследоваться (клинический анализ крови).

Авторы выражают благодарность сотрудникам Клиники оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова за предоставленные материалы.

Все авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Metin Önerci T.. Nasal Physiology and Pathophysiology of Nasal Disorders / Springer, 2013.

2. Sonnemann U., Scherner O., Werkhäuser N. Treatment of Rhinitis Sicca Anterior with Ectoine Containing Nasal Spray // J. Allergy. – 2014; 2014: 273219. DOI: 10.1155/2014/273219.
3. Shin J., Cunnigham M. Otolaryngology Prep and Practice / Plural Publishing, 2013.
4. Hildenbrand T., Weber R., Brehmer D. Rhinitis sicca, dry nose and atrophic rhinitis: a review of the literature // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2011; 268 (1): 17–26. DOI: 10.1007/s00405-010-1391-z.
5. Brown C., Graham S. Nasal irrigations: good or bad? // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2004; 12 (1): 9–13.
6. Michel O. Nasenspülung bei rhinosinusitis // Laryngo-Rhino-Otologie. – 2006; 85 (6): 448–58.
7. Boek W., Keleş N., Graamans K. et al. Physiologic and hypertonic saline solutions impair ciliary activity in vitro // Laryngoscope. – 1999; 109 (3): 396–9.
8. Talbot A., Herr T., Parsons D. Mucociliary clearance and buffered hypertonic saline solution // Laryngoscope. – 1997; 107 (4): 500–3.
9. Miwa M., Nakajima N., Matsunaga M. et al. Measurement of water loss in human nasal mucosa // Am. J. Rhinol. – 2006; 20 (5): 453–5.
10. Neher A., Gstöttner M., Thaurer M. et al. Influence of essential and fatty oils on ciliary beat frequency of human nasal epithelial cells // Am. J. Rhinol. – 2008; 22 (2): 130–4.
11. Kehrl W., Sonnemann U. Dexpanthenol-nasenspray als wirksames therapieprinzip zur behandlung der rhinitis sicca anterior // Laryngo-Rhino-Otologie. – 1998; 77 (9): 506–12.
12. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Куликова О.А. и др. Гранулематоз Вегенера // Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. – 2016; 22 (4): 42–55.

RHINITIS SICCA ANTERIOR

Professor **S. Karpishchenko**, MD; Professor **G. Lavrenova**, MD; **O. Kulikova**
Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

Rhinitis sicca anterior is a local chronic inflammatory process that is most often limited by the areas of the anterior and caudal parts of the nasal septum and the related lateral parts of the nasal vestibule. The main etiological factor is occupational hazards and physical characteristics of the environment: inhaled air humidity and temperature. The authors also discuss the role of hyperglycemia (diabetes), endocrine disorders, hormonal alterations during pregnancy, depressive states, and recurrent acute rhinitis. The predisposing role of chronic mechanical injuries (nose pickers) is not ruled out.

Along with the etiology and clinical presentations of the disease, therapy for rhinitis sicca anterior is considered in detail, by taking into account the data available in the current literature on the use of inhalation, ectoine-containing nasal sprays, irrigation treatment, and protective means.

Key words: otorhinolaryngology, rhinitis sicca anterior, irrigation, ectoine.

ASSOCIATION OF Sports Traumatology, Orthopaedics, Rehabilitation

АССОЦИАЦИЯ Травматологии, Ортопедической хирургии, Реабилитологии

АСТАОР

IV Международный Конгресс

Москва, 8–9 февраля

Специальная тема:

ФУТБОЛ

FOOTBALL

2018

Организаторы:

ПОД ПАТРОНАЖЕМ UNDER THE PATRONAGE OF

МЕДИ Экспо

Конгресс-оператор:

+7 (495) 721-88-66 | expo@mediexpo.ru

Подробная информация на сайтах:

www.mediexpo.ru и www.astaor.ru