



А.А. Рулева,

мл. науч. сотрудник отдела профилактики
инфекционных заболеваний ФГБУ «НИИДИ ФМБА
России», г. Санкт-Петербург

Насморк насморку рознь

Насморк (ринит) – синдром воспаления слизистой оболочки носа, характеризующийся усиленным выделением слизи и затруднением носового дыхания, – частый симптом различных заболеваний у детей.

Классификация ринитов

Причина насморка может быть как инфекционной, так и неинфекционной.

К инфекционным ринитам относят:

- *острый* – возникает вследствие воздействия на слизистую оболочку полости носа инфекционных факторов (вирусов, бактерий). Как правило, сопутствует острым инфекционным заболеваниям – гриппу, аденовирусной инфекции, другим ОРВИ, кори и пр.;
- *хронический*. Может являться исходом острого ринита, рецидивирующих ОРВИ, длительного воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, а также местного нарушения кровообращения вследствие различных хронических, в т. ч. соматических, заболеваний (почек, сердечно-сосудистой и эндокринной систем):
 - хронический катаральный;
 - хронический гипертрофический;
 - атрофический;
 - озена (зловонный атрофический насморк).

Неинфекционными ринитами являются:

- *аллергический* – характеризуется аллергическим воспалением слизистой оболочки носа, возникающим в результате контакта с аллергеном;
- *вазомоторный* – «ложный насморк» – насморк без признаков воспаления, обусловлен нарушением нервно-рефлекторных механизмов ответа на раздражения (холодный воздух, резкий запах, дым);
- *травматический*;
- *медикаментозный*.



Этиология и патогенез ринитов

Главная причина развития *острого насморка* – инфекция, чаще всего вирусная. Попадая с вдыхаемым воздухом на слизистую оболочку полости носа, вирусы проникают в поверхностные клетки эпителия, нарушают целостность слизистой оболочки дыхательных путей, что создает условия для присоединения вторичной инфекции. Бактериальная флора, в свою очередь, является причиной осложненного течения острого ринита. При распространении воспалительного процесса на слизистую оболочку околоносовых пазух развивается синусит, а при попадании инфекции в полость среднего уха – острый средний отит (далее – ОСО). Ведущими этиологическими агентами в развитии отита и других бактериальных осложнений у детей являются пневмококк и гемофильная палочка типа b.

Причинами *неинфекционных отитов* могут быть травмы слизистой оболочки носа инородными телами, последствия хирургических вмешательств, воздействие вредных факторов окружающей среды (пыли, дыма, сильно пахнущих веществ и др.), аллергия или длительное, бесконтрольное применение лекарственных препаратов.

Развитие *вазомоторного ринита* может быть спровоцировано различными факторами: перепадами атмосферного давления, температуры и влажности, запахами, дымом, лекарственными средствами. Все эти факторы могут вызвать отек слизистой оболочки и увеличение секреции слизи. При частых обострениях вазомоторного ринита слизистая оболочка носовой полости изменяет строение, утолщается; сосуды сохраняются в расширенном состоянии, и процесс переходит в хронический.

Причиной *аллергического ринита* чаще всего бывают аллергены клещей домашней пыли, тараканов, плесеней, содержащихся в стенах зданий, перо подушки и шерсть животных – кошки, собаки, морской свинки, лошади и др. Аллергический ринит, как круглогодичный, так и сезонный, является классическим примером IgE-опосредованной аллергической реакции. Главные участники аллергического воспаления в слизистой оболочке носа – тучные клетки, эозинофилы, лимфоциты, а также базофилы и эндотелиальные клетки.

Клинические проявления ринитов

Острый ринит начинает проявлять себя частым чиханием, ощущением сухости и жжения в носу, першением в горле, интоксикацией, характерными при инфекционных заболеваниях головной болью, вялостью, недомоганием, снижением аппетита и активности. Через один-два дня появляются обильные серозно-слизистые выделения из носа. Слизистая оболочка носа разбухает, затрудняет дыхание, в результате у ребенка снижается обоняние, ухудшается восприятие вкуса.

Цвет выделений меняется от прозрачного до мутного, при присоединении бактериальной флоры может приобрести желто-зеленый оттенок. Затем цвет слизистой оболочки носа постепенно приближается к нормальному, просвет носовых ходов расширяется, восстанавливаются функции слизистой оболочки. Весь цикл острого ринита, как правило, завершается за 7–10 дней. В ряде случаев при быстро начатом лечении возможно выздоровление в течение 2–3 дней; иногда ринит может затянуться до 3–4 недель (с развитием осложнений) или перейти в хроническую форму.

Характер насморка у новорожденных и грудных детей имеет особенности. Носовые ходы у малышек узкие, и даже незначительный отек слизистой вызывает наруше-

ние дыхания через нос, что, в свою очередь, приводит к нарушению акта сосания; повышению внутричерепного давления. Это вызывает беспокойство, ухудшение сна, недоедание и даже снижение прибавок в весе. Во время сна у малышек появляются приступы затрудненного дыхания и одышки.

Хронический ринит проявляется заложенностью носа, снижением обоняния. Слизистая оболочка гиперемирована или приобретает синюшный оттенок, утолщена, выделения густые слизистые. Больные хроническим атрофическим ринитом жалуются на сухость и заложенность, корки в носу. Полость носа расширена, слизистая оболочка сухая, блестящая.

Основная жалоба при *вазомоторном рините* – затрудненное носовое дыхание, которое носит стойкий характер. Характерна попеременная заложенность носа – то справа, то слева. Отмечаются выделения из носа, как правило, густые прозрачные или водянистые. Заболевание нередко сочетается с искривлением носовой перегородки. Вазомоторный ринит характерен для старших детей.

Аллергический ринит проявляется круглогодичными или сезонными водянистыми выделениями слизи из носа с зудом, жжением, приступами чихания. Часто сочетается с изменениями слизистой глаз (аллергическим конъюнктивитом). Если аллергический насморк возникает только в период цветения определенных растений, это свидетельствует о поллинозе, причиной которого является пыльца. При этом поражается слизистая оболочка глаз, носа и полости рта.

Осложнения насморка

Нос выполняет дыхательную, обонятельную, защитную и резонаторную (речевую) функции. Любое длительное (в течение нескольких месяцев или лет) нарушение дыхания через нос в детском возрасте изменяет процесс формирования лицевого скелета и грудной клетки, ведет к нарушению кислородного обмена. Страдает общее физическое развитие ребенка, он быстрее утомляется, у него ухудшается сон. Поскольку нарушается функция реснитчатого эпителия, со слизистой хуже удаляются потенциальные аллергены, возрастает вероятность развития аллергических заболеваний.

Основные осложнения насморка у дошкольников – ларингит, фарингит, трахеит, ОСО, синусит, хронический ринит. ОСО часто возникает у детей первых лет жизни, что связано с особенностями строения слуховой трубы, отсутствием навыка откашливания, наличием аденоидных вегетаций различной степени. Около 80% детей переносят хотя бы один эпизод ОСО в течение первых трех лет жизни.

Синуситы у детей раннего возраста нередко протекают бессимптомно, что обусловлено неполным развитием придаточных пазух носа в этом возрасте (поражается решетчатая пазуха как наиболее развитая у детей первых лет жизни). Синуситы чаще встречаются у детей школьного возраста.

Гигиена при насморке

При насморке необходимо регулярно удалять скопившуюся слизь из носовых ходов. Следует научить детей правильно сморкаться: выдувать слизь без усилий с полуоткрытым ртом, поочередно каждой ноздрей, закрывая другую.



Важно поддерживать слизистую оболочку полости носа в увлажненном состоянии. Для этого можно использовать препараты на основе морской воды (Акваларис, Маример, Салин, Физиомер, отвары трав). Увлажняющие препараты улучшают свойства продуцируемой слизи, облегчают ее отхождение.

Смазывать носовые ходы можно маслом, обогащенным витаминами А и Е. Корочки также можно размягчать оливковым, персиковым или миндальным маслами.

Комнату, где находится ребенок, страдающий насморком, нужно проветривать. Воздух желательно увлажнять с помощью регулярной уборки или специальных аппаратов. Температура воздуха в помещении должна быть в пределах 21–22 °С, а влажность не ниже 75%.

Классификация лекарственных препаратов для лечения ринитов

Для лечения насморка могут быть использованы следующие группы лекарственных препаратов:

- сосудосуживающие;
- антибактериальные;
- противовирусные;
- растительные;
- комплексного действия, в т. ч. с иммуностропным действием;
- гомеопатические.

В приложении приведены рекомендации о применении фитотерапевтических препаратов для лечения насморка у детей в условиях детского сада.

Сосудосуживающие препараты

При выраженном затруднении носового дыхания показаны *сосудосуживающие препараты* (деконгенстанты), которые подразделяются:

- на препараты короткого действия (4–6 ч): фенилэфедрин (Назол эбэби, Назол кидс для детей 3–6 лет); нафазолин (Нафтизин, Санорин); тетризолин (Тизин). Препараты короткого действия чаще назначаются детям первых трех лет жизни;
- средней продолжительности действия (8–10 ч): ксилометазолин (Ксимелин, Галазолин, Дл্যানос, Отривин) – применяют три раза в сутки;

Сосудосуживающие капли, введенные в полость носа, быстро всасываются в кровь и, кроме местного, могут оказывать системное действие. Поэтому следует строго придерживаться установленной дозировки!

- длительного действия (до 12 ч): оксиметазолин (Називин) – применяют два раза в сутки.

Максимальное время использования сосудосуживающих средств до 3–7 дней в зависи-



мости от препарата. Длительное (свыше 7–10 дней) применение сосудосуживающих капель может сопровождаться развитием тахифилаксии, синдрома «рикошета» и так называемого медикаментозного ринита.

При выборе сосудосуживающего препарата для ребенка следует обращать внимание на форму его выпуска. При использовании капель большая часть введенного раствора стекает по дну полости носа в глотку. В этом случае возникает угроза передозировки препарата.

Другие препараты для лечения ринитов

Для лечения насморка, обусловленного бактериальной инфекцией, или при возникновении осложнений (гнояного ринита, синусита) применяются **антибактериальные препараты**. Наиболее удобны препараты в форме аэрозоля. Благодаря малому размеру аэрозольных частиц лекарство проникает в самые глубокие отделы полости носа и в околоносовые пазухи.

В состав комбинированных препаратов наряду с антибактериальными средствами входят гормональные и/или сосудосуживающие. Например, назальный спрей Полидекса с фенилэфрином рекомендуется детям от 2,5 до 15 лет (по одному впрыскиванию три раза в сутки в течение 5–10 дней). Назальный спрей Изофра содержит антибиотик аминогликозидного ряда фрамицетин сульфат, его назначают по одному впрыскиванию три раза в сутки в течение 7 дней.

Антибиотик растительного происхождения фузафунгин в виде аэрозоля Биопарокс с противовоспалительным эффектом имеет широкий спектр антимикробного действия. Он применяется со вторых-третьих суток острого заболевания у детей с хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки. Детям старше 2,5 года назначают по 4 ингаляции через рот и/или по 4 инсуффляции в каждый носовой ход 4 раза в сутки в течение 7–10 дней.

Препарат **Виброцил** – комбинированное средство – обладает сосудосуживающим, противоаллергическим и противоотечным действием. Показан при острых, аллергических, вазомоторных и хронических ринитах. Детям до 6 лет назначаются только капли (3–4 раза в сутки).

С целью стимуляции репаративных процессов слизистых оболочек, иммуномодуляции и противовоспалительного действия показан препарат **Деринат** 0,25%, который назначается по 3–5 капель в каждую ноздрю три раза в сутки (продолжительность курса 5–10 дней). Среди бактериальных иммуномодуляторов системного действия особого внимания заслуживают **бактериальные лизаты**, в частности препарат **Рибомунил**.

К бактериальным лизатам местного действия относится **ИРС 19**, который применяется интраназально, путем аэрозольного введения одной дозы (впрыскивания). Детям старше трех лет назначают по одной дозе препарата в каждый носовой ход 2–5 раз в день; детям с трех месяцев до трех лет – по одной дозе в каждый носовой ход два раза в день (после предварительного освобождения от слизистого отделяемого). Для восстановления местного иммунитета после перенесенных острых респираторных вирусных инфекций – по одной дозе препарата в каждый носовой ход два раза в день в течение двух недель.



Лечение аллергического ринита

Для лечения **аллергического ринита** необходимо правильно установить «причинный» аллерген, который можно выявить при проведении кожных проб. В некоторых случаях для уточнения диагноза определяются в крови аллерген-специфические иммуноглобулины (Ig-E.). Терапия предусматривает устранение контакта с аллергеном, мероприятия по промыванию носа соляными растворами для удаления аллергенов со слизистой оболочки и лекарственную терапию. Основными препаратами для лечения аллергического ринита являются антигистамины, интраназальные топические глюкокортикостероиды, стабилизаторы тучных клеток, сосудосуживающие препараты, антихолинэргические средства. В некоторых случаях показана специфическая иммунотерапия (СИТ).

В периоде реконвалесценции острого ринита рекомендуются также физиотерапия, дыхательная гимнастика, галотерапия и витаминотерпия.