

С.М. Пухлик, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрою оториноларингології Одеського національного медичного університету

Причини вазомоторних расстройств носа

Все заболевания полости носа можно разделить на две большие группы: воспалительные и вазомоторные расстройства. К первым можно отнести вирусные, бактериальные риниты и аллергические воспалительные процессы. Другую большую группу составляют вазомоторные нарушения, причины которых могут быть различными.

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух активно изучаются, предлагаются различные консервативные и оперативные методы лечения. В этой группе больных наибольшие сложности возникают при дифференциальной диагностике аллергических и бактериальных форм воспаления. Но это тема для другого подробного анализа.

В данном материале рассматриваются вазомоторные нарушения в полости носа. Часто ли подобные нарушения встречаются? По данным современных исследователей, если все хронические риниты принять за 100%, то на долю аллергических заболеваний приходится 60-70%, вазомоторные риниты составляют около 20-25%, а остальные формы ринитов (инфекционные, атрофические, профессиональные и др.) встречаются редко и составляют не более 5-10%. Эти показатели характерны для людей 20-40-летнего возраста. У детей же чаще встречаются случаи аллергического ринита — до 90% всех хронических заболеваний носа, порой в сочетании с хроническим аденоидитом. У людей старших возрастных групп (старше 60 лет), наоборот, имеющийся аллергический ринит уже не тревожит как в молодости (из-за особенностей иммунной системы), а ведущими выступают вазомоторные расстройства и инфекционные процессы.

Классификация вазомоторных расстройств основана на этиологическом и патогенетическом принципе. Выделяют медикаментозный, гормональный, рефлекторный и идиопатический (нейровегетативный) вазомоторный ринит.

Вазомоторность — способность сосудов в полости носа набухать (переполняться кровью) или, наоборот, спадаться. Поэтому вазомоторным называют ринит, в основе которого лежат именно нарушения сосудистого тонуса невоспалительной природы. Вазомоторный ринит — хроническое заболевание, при котором дилатация сосудов носовых раковин или назальная гиперреактивность развивается под влиянием неспецифических экзогенных или эндогенных факторов, но не в результате иммунологических реакций. Роль пусковых факторов могут играть изменения температуры, влажности; прием горячей или острой пищи, алкоголя; табачный дым; сильные запахи; эмоциональный стресс; прием некоторых лекарственных средств; гормональная перестройка организма, факторы; загрязняющие окружающую среду.

Наиболее часто встречаются вазомоторные расстройства, вызванные нарушением работы вегетативной нервной системы, при котором отмечается превалирование тонуса парасимпатического ее отдела (ваготония) вместо нормального вегетативного равновесия (эитония). Высокий парасимпатический тонус приводит

к общим и местным проявлениям, таким как редкий пульс, пониженное давление, головная боль, тяжесть в голове, желание поспать до обеда и пр., а также заложенность носа, особенно в горизонтальном положении тела, меняющаяся при перемене положения головы.

Различные стимулы могут рефлекторно изменять активность вегетативных центров и через соответствующие нервы влиять на тонус сосудов полости носа и секрецию желез. Одной из разновидностей ринита является **пищевой ринит**. Эта форма вазомоторного ринита развивается преимущественно у мужчин старше 50 лет, патогенез ее не ясен, но считается, что данный рефлекс опосредуется блуждающим нервом. Употребление алкоголя может вызвать такие проявления вазомоторного ринита, как вазодилатация и заложенность носа, так как алкоголь расширяет сосуды, в том числе и в полости носа. При этом часто отмечается покраснение лица, что многими пациентами характеризуется как «аллергия» на алкоголь. Но эта реакция неспецифична и присуща всем лицам, принявшим алкоголь. Поэтому человек, выпивающий перед сном, не только будет плохо дышать носом, но и станет храпеть в связи с нарушением носового дыхания и релаксацией мускулатуры глотки.

Холодовой ринит представляет собой еще одну из форм рефлекторного вазомоторного ринита. Может сопровождаться так называемой холодовой аллергией, проявляющейся и кожными симптомами. Никакой иммунной реакции при этом не отмечается, поэтому этот вид ринита считается псевдоаллергией.

Медикаментозный ринит чаще всего развивается у лиц, которые длительно (более 10 дней) использовали сосудосуживающие средства для местного применения. Со временем злоупотребление этими сосудосуживающими средствами приводит к тахифилаксии и медикаментозной зависимости, требующей все более частого использования медикаментов для восстановления носового дыхания. Такую группу больных часто называют «нафтизинщиками» или зависимыми от другого сосудосуживающего препарата. Есть сосудосуживающие средства короткого (тогда же нафтизин) и длительного действия (например, назол, отривин). При применении первых чаще и быстрее развивается медикаментозная зависимость в связи с необходимостью его использования 4-5 раз в день. К этой же группе сосудосуживающих средств местного действия относится и кокаин, который до изобретения современных назальных деконгестантов применялся врачами конца XIX — начала XX века для лечения острого насморка и других расстройств дыхания. Возможно, именно выраженным сосудосуживающим эффектом можно объяснить

развитие перфораций носовой перегородки у людей, систематически употребляющих кокаин. Следует отметить, что не у всех пациентов развивается медикаментозный ринит. Наиболее подвержена «подсесте» на систематический прием назальных деконгестантов группа лиц с пониженным артериальным давлением в связи с различными причинами, в первую очередь ваготонией. У них прием деконгестанта приводит не только к улучшению носового дыхания, но и нормализации артериального давления, прекращению часто сопровождающей ваготонию головной боли и пр. Это положительное влияние препаратов на местные и общие симптомы «привязывало» пациентов к их регулярному приему. В последующем у больных развиваются местные дистрофические изменения слизистой оболочки носа, значительное снижение защитных функций носа и др.

Практически не встречается медикаментозный вазомоторный ринит у детей допубертатного периода. Даже длительный прием препарата не приводит к зависимости. Возможны токсические проявления действия деконгестанта, особенно часто у детей до 3-летнего возраста. Такая способность противостоять развитию медикаментозной зависимости связана с тем, что детям свойственен высокий тонус симпатической нервной системы (симпатотония), проявляющийся высокой жизненной активностью, тахикардией и т.п. Поэтому и взрослые люди, у которых имеется повышенное артериальное давление, очень редко отмечают зависимость от деконгестантов.

Другим проявлением влияния медикаментозных препаратов на тонус сосудов в полости носа служат многие антигипертензивные препараты. Практически все лекарственные средства для лечения артериальной гипертензии вызывают повышение кровенаполнения сосудов в полости носа, но чаще других к развитию вазомоторного ринита приводят резерпин, фентоламин, гуанетидин, метилдопа, празозин и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Эти препараты блокируют симпатические ганглии, при этом повышается тонус парасимпатических. Некоторые нейролептики (хлорпромазин) и пероральные противозачаточные лекарственные средства могут вызвать аналогичный эффект. По-видимому, при медикаментозном рините происходит угнетение α -адренорецепторов сосудов слизистой оболочки полости носа.

Типичным примером **гормонального ринита** является ринит беременных. Возможно, что в случае гестации ингибирование ацетилхолинэстеразы эстрогенами приводит к повышению уровня ацетилхолина в крови, что проявляется отеком и гиперсекрецией слизи. Аналогичная форма вазомоторного ринита может развиваться во время пубертатного периода.



С.М. Пухлик

Изменение характера назального секрета (повышение вязкости) и заложенность носа нередко присутствуют при гипофункции щитовидной железы, однако связь между симптомами ринита и продукцией тиреоидных гормонов пока не до конца ясна.

Важную роль в развитии вазомоторного ринита могут играть **деформации носовой перегородки**, особенно острые гребни и шипы, контактирующие с латеральной стенкой полости носа и вызывающие отек слизистой оболочки больше всего на стороне контакта (теория Мессерклингера). Там, где слизистая оболочка прилегает к слизистой оболочке, в связи с имеющимися анатомическими аномалиями резко снижается тонус сосудов, носовая раковина набухает за счет венозного стаза. Здесь же отмечаются и другие нарушения защитных приспособлений — снижается активность мерцательного эпителия, уменьшается присасывающая функция носа, что приводит к нарушению дренирования передней группы околоносовых пазух или слезно-носового протока.

Некоторые формы вазомоторного ринита сложно классифицировать. Так называемый **ринит медового месяца** по своей природе может быть как гормональным, так и психогенным. Также различные запахи (никотин, бензин, одеколон и т.п.) вызывают симптомы раздражения в носу, однако это не аллергия, так как запахи не могут запускать иммунную аллергическую реакцию. Во многих случаях не удается установить связь между симптомами заболевания и конкретными пусковыми факторами, поэтому за рубежом такие риниты называют **идиопатическими**.

Вышеперечисленные формы вазомоторных расстройств показывают все разнообразие причин, приводящих к схожим клиническим проявлениям. Помимо хорошего знания (понимания) основ ринологии, врачу-клиницисту необходимо разбираться в основах аллергологии и вегетологии. Поэтому следует активизировать научные разработки по диагностическому алгоритму вазомоторных расстройств для повышения эффективности лечения. Правильно установленный диагноз и выявление причин вазомоторных ринитов позволит избавить пациента от симптомов этого тяжелого расстройства, прежде всего носового дыхания, а также вызванных последующих присоединяющихся осложнений — храпа, сонного апноэ, гипоксии мозга и пр.