

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ С КУРСОМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПЕРЕПОДГОТОВКИ

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ РИНИТЫ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2026

УДК 616.211-002(075.8)
ББК 56.8я73
О-79

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 18.02.2026 г., протокол № 6

Авторы: А. Р. Сакович, П. А. Затолока, О. И. Родионова, Е. В. Кочина,
Д. М. Курбасова, К. Т. Сунгуров, Е. С. Большакова

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., начальник научно-исследова-
тельского отдела Республиканского научно-практического центра отори-
ноларингологии Ю. Е. Еременко; каф. пропедевтики внутренних болезней
Белорусского государственного медицинского университета

Острые и хронические риниты : учебно-методическое пособие /
О-79 А. Р. Сакович, П. А. Затолока, О. И. Родионова [и др.]. – Минск : БГМУ,
2026. – 20 с.

ISBN 978-985-21-2188-0.

Рассмотрены особенности этиопатогенеза, клиники острых и хронических рини-
тов. Описаны методы исследования полости носа, ключевые моменты дифференци-
альной диагностики ринитов.

Предназначено для студентов лечебного и педиатрического факультетов.

УДК 616.211-002(075.8)

ББК 56.8я73

ISBN 978-985-21-2188-0

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2026

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема рассматривается в рамках дисциплин «Оториноларингология», «Оториноларингология и стоматология», «Оториноларингология. Стоматология».

Актуальность вопросов, связанных с изучением функциональных и патологических изменений в полости носа, обусловлена, с одной стороны, высокой распространенностью ринитов, с другой — отрицательным рефлекторным влиянием назальной обструкции на другие органы и системы, а также на качество жизни пациентов.

Цель занятия: научиться дифференцировать различные формы ринитов.

Задачи занятия:

- ознакомиться с различными методами исследования полости носа;
- научиться планировать объем необходимого исследования при различных формах ринитов;
- научиться определять острый и хронический ринит;
- рассмотреть особенности течения различных форм ринитов;
- проанализировать этиопатогенез, клинику острых и хронических ринитов.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

- из анатомии человека: строение и возрастные особенности носа, иннервацию и кровоснабжение;
- нормальной физиологии: функции и физиологию носа, понятие о физиологическом состоянии клетки;
- гистологии, цитологии, эмбриологии: микроструктуру слизистой оболочки дыхательных путей и обонятельной области полости носа, гистологическую диагностику специфических заболеваний дыхательных путей и новообразований;
- топографической анатомии и оперативной хирургии: топографию носа и околоносовых пазух;
- патологической анатомии: морфологические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей и лимфоидной ткани при воспалительных и опухолевых заболеваниях;
- патологической физиологии: проявления и последствия нарушения носового дыхания;
- лучевой диагностики и лучевой терапии: основные методы рентгенологической диагностики заболеваний носа и околоносовых пазух; основные виды применяемых в оториноларингологической практике рентгенограмм и их чтение;

– микробиологии, вирусологии, иммунологии: микробиологию полости носа, технику забора микробиологического материала, микробиологическую диагностику инфекционных заболеваний, клебсиеллез, серологическую диагностику специфических заболеваний, иммунный статус человека и иммунодефициты;

– фармакологии: характеристику и механизм действия сосудосуживающих препаратов, особенности применения у детей.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Какие функции носа вы знаете?
2. Какие анатомические образования располагаются на латеральной стенке носа?
3. Особенности кровоснабжения полости носа.
4. Какие методы исследований применяют для диагностики заболеваний носа?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Какие основные группы ринитов выделены в международной классификации?
2. Причины развития хронического гипертрофического ринита.
3. На чем основывается диагностика аллергического ринита и его форм?
4. В чем состоит отличие вазомоторного и аллергического ринитов?
5. Причины развития хронического атрофического ринита.
6. Стадии острого инфекционного ринита.
7. Методы лечения аллергического ринита.
8. Показания к хирургическому лечению ринитов.

КЛАССИФИКАЦИЯ РИНИТОВ

Риниты — это наиболее часто встречающаяся группа заболеваний верхних дыхательных путей. Наличие ряда общих симптомов (затруднение дыхания через нос, ринорея, снижение обоняния, чихание) требует проведения дифференциальной диагностики.

Согласно классификации ВОЗ выделяют следующие формы ринита:

1. Инфекционный:

а) острый:

- вирусный;
- бактериальный;
- вызванный другими инфекционными агентами;

б) хронический:

- неспецифический;
- специфический.

2. Аллергический:

- а) интермиттирующий (сезонный);
- б) персистирующий (круглогодичный).

Прочие:

- а) идиопатический;
- б) медикаментозный;
- в) профессиональный;
- г) вызванный веществами раздражающего действия;
- д) гормональный;
- е) неаллергический с эозинофильным синдромом (NARES);
- ж) пищевой;
- з) психогенный (эмоциональный);
- и) атрофический.

По морфологическим изменениям, происходящим в слизистой оболочке полости носа при хроническом течении процесса, различают следующие формы **хронических ринитов** (классификация Л. Б. Дайняк):

1. Катаральный.
2. Гипертрофический.
3. Вазомоторный.
4. Атрофический.

ИНФЕКЦИОННЫЙ РИНИТ

Инфекционный ринит — воспаление слизистой оболочки полости носа, вызванное вирулентными микроорганизмами и проявляющееся назальной обструкцией, выделениями из носа, чиханием, реже снижением обоняния, лихорадкой, головной болью и заложенностью ушей. В соответствии с международной классификацией, инфекционный ринит делится на острую и хроническую формы. Хроническая форма ринита может быть обусловлена специфическими (дифтерия, склерома, туберкулез, сифилис и др.) и неспецифическими факторами.

Возбудителями острого инфекционного ринита могут быть вирусы (риновирусы, респираторно-синтициальный, грипп, парагрипп, аденовирусы и др.) и бактерии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и др.). Возбудителями хронического инфекционного ринита могут быть *S. epidermidis*, *St. aureus*, *Klebsiella* spp. и др. Возможны вирусно-бактериальные, бактериально-грибковые ассоциации, микотические поражения.

Отличительным признаком острого инфекционного ринита является присутствие фактора местного или общего переохлаждения, наличие интоксикационного синдрома, а также изменчивость клинических симптомов в те-

чение заболевания. В клинике острого инфекционного ринита выделяют три стадии, последовательно переходящие одна в другую: сухую стадию (раздражения), стадию серозных выделений и стадию слизисто-гнойных выделений.

Первая стадия (раздражения) развивается вскоре после переохлаждения, длится от нескольких часов до суток. Пациентов беспокоят сухость, чувство жжения в полости носа, чихание. Слизистая оболочка полости носа гиперемированная, сухая.

Вторая стадия (серозная) характеризуется назальной обструкцией, обильными прозрачными выделениями из носа, снижением обоняния (гипосмия). При передней риноскопии наблюдается отечная, ярко-красная слизистая оболочка, обильное серозное отделяемое. Длительность второй стадии 3–5 дней.

Третья стадия (слизисто-гнойных выделений) обусловлена присоединившейся бактериальной флорой (обычно это условно-патогенная микрофлора — составляющая естественного биоценоза полости носа). Характеризуется данная стадия наличием слизисто-гнойных или гнойных выделений из полости носа, сохраняющейся (но в меньшей степени) назальной обструкцией и гипосмией. Слизистая оболочка полости носа ярко-красная, инфильтрированная. Длительность третьей стадии составляет 5–7 дней. Наблюдается регрессия интоксикационного синдрома.

Общая длительность заболевания — до 10 дней.

Для диагностики инфекционного ринита часто достаточно данных анамнеза, проведение риноскопии не является обязательным. Острый инфекционный ринит требует проведения дифференциальной диагностики с острым бактериальным риносинуситом, особенно при наличии «двух волн» симптомов в течение первых 10 дней, или в случаях сохранения симптомов более 10 дней, или при односторонности симптомов, наряду с другими критериями.

Хронические формы ринитов (в том числе инфекционного) характеризуются длительным или периодическим течением. Специфические формы хронического инфекционного ринита будут сопровождаться симптоматикой основного заболевания.

ХРОНИЧЕСКИЙ КАТАРАЛЬНЫЙ РИНИТ

Хронический катаральный ринит характеризуется постоянным катаральным воспалением слизистой оболочки полости носа. Наряду с инфекционными факторами следует учитывать влияние курения, производственных условий, экологии, искривление перегородки носа, снижение общей резистентности организма.

Заболевание характеризуется умеренно выраженным затруднением дыхания через нос, ринореей слизистого характера, некоторым снижением обоняния. Симптомы проявляются сильнее на фоне простудного фактора, длительность увеличивается до 2 недель, иногда больше.

Лечение: устранение контролируемых факторов, «носовой душ» солевыми растворами, вязущие средства в виде капель или спреев, мероприятия, направленные на повышение общей резистентности организма.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ

Гипертрофический ринит — это разрастание (гиперплазия) слизистой оболочки, желез и, в ряде случаев, костной ткани полости носа (в первую очередь нижних носовых раковин). Этиология гипертрофического ринита согласуется с причинами развития катаральной формы ринита и является закономерным исходом хронического катарального воспаления.

Симптомы гипертрофического ринита: постоянное затруднение дыхания через нос, скудные выделения из носа (либо отсутствие таковых), стойкое снижение (в той или иной степени) обоняния.

Хронический гипертрофический ринит имеет несколько форм:

1. Кавернозная форма (сосудистая) — стойкое нарушение тонуса сосудов, прежде всего кавернозных, в слизистой оболочке нижних носовых раковин (эффект вазодилатации). Причиной может быть (наряду с прочими) длительное использование назальных деконгестантов.

2. Фиброзная форма характеризуется тем, что в слизистой оболочке нижних носовых раковин разрастается соединительная ткань.

3. Костная форма — увеличение объема костной основы нижних носовых раковин.

Для дифференциальной диагностики хронического гипертрофического ринита применяют дифференциально-диагностическую пробу с анемизацией слизистой оболочки носа. В полость носа вводят раствор назального деконгестанта. Если по прошествии некоторого времени дыхание через нос не улучшается, это свидетельствует в пользу хронического гипертрофического ринита.

Лечение хронического гипертрофического ринита хирургическое.

АТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ

Атрофический ринит — хроническое заболевание, в основе которого лежат прогрессирующие дегенеративные изменения слизистой оболочки полости носа.

Причиной развития атрофического ринита могут быть: воздействие производственных факторов (пыль, химические вещества, горячий воздух), хирургические вмешательства на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах, лучевая терапия, гормональный дисбаланс, железодефицитная анемия, аутоиммунные процессы. Нередко тенденция к атрофии слизистой оболочки полости носа наблюдается у людей старшего возраста.

Симптомы атрофического ринита: сухость в полости носа, вязкие выделения с образованием корок, присыхающих к слизистой оболочке полости носа (вследствие чего может быть затруднено носовое дыхание), гипосмия, носовые кровотечения. Атрофические процессы в полости носа часто сочетаются со схожими изменениями в глотке.

Лечение: носовой душ солевыми растворами, увлажняющие средства и препараты, способствующие регенерации слизистой оболочки полости носа.

Атрофический ринит требует дифференциальной диагностики с озоной. Это заболевание встречается редко, имеет инфекционную природу (*Klebsiella ozaena*). Характерными симптомами являются: очень неприятный запах («зловонный насморк») и быстро прогрессирующее снижение обоняния (вплоть до аносмии). Атрофический процесс при озоне затрагивает не только слизистую оболочку, но и костную ткань носовых раковин. Образующиеся корки обычно не присыхают, т. к. между ними и слизистой оболочкой сохраняется полувязкий слой слизи, что облегчает удаление корок без риска кровотечения. Диагноз подтверждается результатами бактериологического и серологического исследований.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Аллергический ринит — заболевание, которое вызывается IgE-зависимой реакцией, развивающейся в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку полости носа, и проявляется такими симптомами, как затрудненное носовое дыхание, обильные выделения водянистого характера из носа, зуд в носу и приступообразное чихание. Часто также присутствуют симптомы конъюнктивита. Определенное значение в патогенезе аллергического ринита имеют генетические факторы (наследственность).

Аллергический ринит подразделяется на сезонный и круглогодичный (интермиттирующий и персистирующий).

Этиология сезонного аллергического ринита — пыльца различных растений. Для круглогодичной формы — бытовая пыль (включая клещей), шерсть и эпидермис домашних животных, споры грибков, производственные факторы и другие постоянно присутствующие во вдыхаемом воздухе вещества. Иммунный ответ заключается в образовании специфических антител (иммуноглобулины E, IgE). Эти антитела фиксируются на тучных клетках и базофилах. В результате взаимодействия антигенов с антителами IgE на мембране этих клеток происходит выброс медиаторов аллергической реакции: гистамина, серотонина и др. Стимуляция H1-рецепторов способствует повышению проницаемости сосудов и развитию отека.

Существуют две фазы течения аллергического ринита. Ранняя фаза проявляется через 5–30 минут после действия аллергена симптомами зуда, чихания, водянистыми выделениями из носа, затруднением дыхания через нос.

Поздняя фаза наступает через 8–24 часа и проявляется в большей степени стойким затруднением дыхания через нос. В эту фазу в слизистую оболочку полости носа активно мигрируют эозинофильные и полиморфно-ядерные лейкоциты, выделяющие цитокины и хемокины, способствующие персистенции аллергической реакции.

При риноскопии определяется отечная, бледная слизистая оболочка полости носа, иногда с цианотичным оттенком или пятнами. Носовые ходы сужены и заполнены серозным отделяемым. Часто наблюдается конъюнктивит.

Для дифференциальной диагностики большое значение имеет проведение неспецифических и специфических диагностических проб.

К неспецифической диагностике относится определение количества эозинофилов в общеклиническом анализе крови, в мазке слизи из носа (риноцитограмма).

Специфическая диагностика включает: исследование специфических IgE в сыворотке крови, выполнение внутрикожных проб с различными аллергенами (в период ремиссии).

Лечение: элиминация аллергена, антигистаминные препараты (H1-блокаторы), топические интраназальные глюкокортикостероиды, специфическая иммуноаллерготерапия. При отсутствии эффекта и развитии гипертрофического или полипозного процесса показано хирургическое лечение.

ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ

В основе этиологии вазомоторного ринита лежит дисфункция вегетативной нервной системы, проявляющаяся симптомами назальной гиперреактивности. Провоцирующими факторами могут быть: перенесенная респираторная инфекция, вдыхание холодного воздуха или резкая смена тем-

пературы вдыхаемого воздуха, раздражение табачным дымом и средствами домашней химии, прием алкоголя, резкие запахи (парфюмерия и косметика), наличие гребня (или шипа) носовой перегородки.

Действие этих факторов приводит к увеличению кровенаполнения кавернозных тел нижних носовых раковин и увеличению их объема, что вызывает затруднение дыхания через нос (нередко это единственный симптом). Возможно также приступообразное чихание и ринорея. Симптомы появляются быстро. При этом затруднение дыхания через нос часто беспокоит пациентов в положении лежа с переменной заложенностью то правой, то левой половины носа.

Необходимо исключить инфекционный, аллергический и гипертрофический процессы в полости носа.

Лечение проводится с учетом провоцирующих факторов и возможности их устранения, применения адаптогенов, методов физиотерапевтического лечения, дыхательной гимнастики, ЗОЖ. В ряде случаев при стойкой симптоматике возможно хирургическое лечение.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ РИНИТ

Существуют две основные формы медикаментозного ринита.

Первая из них развивается в результате длительного (более 10 дней) использования сосудосуживающих препаратов — назальных деконгестантов (нафазолин, ксилометазолин, оксиметазолин). Медикаментозный ринит характеризуется как вазопаралитическое состояние сосудов кавернозной ткани слизистой оболочки полости носа, возникающее при использовании назальных деконгестантов, после чего развивается «синдром рикошета». Сами назальные деконгестанты приводят к дисбалансу вегетативной иннервации слизистой оболочки полости носа, что проявляется изменением тонуса сосудов, вследствие чего развивается отек слизистой оболочки носа. Длительная стимуляция пресинаптических нервных окончаний при продолжительном использовании назальных деконгестантов приводит к нарушению активности эндогенного норадреналина, к снижению чувствительности слизистой оболочки полости носа к вводимым извне назальным деконгестантам.

Вторая форма медикаментозного ринита развивается при регулярном, системном применении некоторых гипотензивных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств, нейролептиков, пероральных контрацептивов. Важно соблюдение рекомендованных сроков применения лекарственных средств, которые могут вызывать медикаментозный ринит.

Лечение: отказ от применения указанных выше медикаментов, в качестве альтернативы назальным деконгестантам могут быть рекомендованы солевые растворы в виде спрея в нос. В ряде случаев при стойкой симптоматике возможно хирургическое лечение.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ РИНИТ

Изменение функции эндокринных желез является одной из причин развития гормонального ринита. К наиболее распространенной форме относится ринит беременных (частота варьирует от 5 до 30 %). Наиболее часто появляется в конце I триместра, симптомы могут сохраняться на протяжении всей беременности и исчезать в течение нескольких недель после родов. Основным симптомом является заложенность носа.

При беременности концентрация эстрогенов постоянно повышается. Эстрогены блокируют синтез ацетилхолинэстеразы — фермента, разрушающего ацетилхолин (медиатор парасимпатической нервной системы), что приводит к вазодилатации и полнокровию сосудов полости носа. Также увеличивается количество вырабатываемого прогестерона (пропорционально сроку гестации). Ингибирующее действие прогестерона на тонус гладкомышечных клеток сосудов полости носа может усиливать заложенность носа.

Гормональный ринит необходимо дифференцировать с острым инфекционным ринитом и аллергическим. В лечении применяют назальные спреи солевых растворов.

НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом (NARES) — заболевание, для которого помимо симптомов ринита характерно повышенное количество эозинофилов в назальном секрете (более 20 %). Но, в отличие от аллергического ринита, не выявляется повышенное содержание IgE в сыворотке крови, кожные пробы с аллергенами отрицательные. Механизм развития NARES до конца не установлен. Возможно, на ранней стадии эта форма ринита является проявлением назальной гиперреактивности, вызванной неспецифическими факторами, способствующими активной миграции эозинофилов. В дальнейшем воздействие медиаторов (высвобождающихся из гранул эозинофилов) способствует развитию хронического воспалительного процесса слизистой оболочки полости носа.

Риноскопическая картина при NARES не имеет специфических признаков. При осмотре полости носа отмечается цианотичность слизистой оболочки носовых раковин, иногда определяются белые пятна. При прогрессировании заболевания возможно развитие полипозных изменений слизистой оболочки средних и нижних носовых раковин и околоносовых пазух.

Диагностика: риноцитограмма (количество эозинофилов более 20 %), нормальное содержание IgE в сыворотке крови, отрицательные кожные пробы с аллергенами.

Лечение: интраназальные глюкокортикостероиды, возможна комбинация с H1-блокаторами и антилейкотриеновыми препаратами. Следует отметить, что в перечне показаний к применению этих препаратов (согласно инструкциям) NARES отсутствует.

РИНОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ

ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез — инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*). Проявления туберкулеза в носу всегда вторичны. Характерны заложенность носа, сухость, образование корок, вязкие слизисто-гнойные выделения с примесью крови. Воспалительный процесс в полости носа носит продуктивный характер и сопровождается образованием грануляций, туберкулом, реже могут быть остеиты или периоститы пирамиды носа и верхней челюсти. Преддверие, передние отделы перегородки, нижних и средних носовых раковин являются наиболее распространенной локализацией туберкулезного процесса в полости носа. Узелковые инфильтраты в слизистой оболочке хрящевой части перегородки носа могут распространяться на подлежащие ткани и вызывать развитие перфораций. Туберкуломы имеют гладкую или бугристую поверхность, располагаются чаще всего на средней носовой раковине. Для них характерен казеозный распад. Исходом туберкулезного процесса является образование гладких «лучистых» рубцов неправильной формы, которые приводят к деформации ноздри.

Сифилис

Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной спирохетой (*Treponema pallidum*).

Сифилис проходит три стадии развития. От стадии заболевания зависят его ринологические проявления. Первичное поражение — твердый шанкр — развивается в месте внедрения микроорганизма. Первичная сифилома в носу наблюдается редко, наиболее частая ее локализация у входа в нос, на кончике носа, его спинке и крыльях, в передних отделах перегородки носа, полости носа. Патологические изменения происходят в кровеносных сосудах кожи и слизистой оболочки. Шанкр становится плотным при склерозировании кол-

лагеновых волокон. При распаде шанкра образуются эрозии красного цвета, округлой или овальной формы, с гладкой поверхностью и уплотненным основанием. На поверхности эрозии отмечается мокнутие.

Вторичные проявления сифилиса (эритемы и папулы) могут быть выявлены в полости носа на 2–6-м месяце после первичного поражения. Сифилитический насморк у взрослых проявляется ощущением зуда в носу, слизистыми или серозно-кровянистыми выделениями, образованием корок в преддверии носа. При риноскопии в случаях эритематозного поражения определяется диффузная гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки. Папулезные высыпания на слизистой оболочке полости носа представляют собой небольшие белесоватые узелки округлой формы. Затем папулы распадаются с образованием эрозированной поверхности с гнойно-некротическим налетом, окруженной инфильтрированным валиком. Инфильтраты, изъязвляясь, приводят к некрозу хряща, костей. Папулы на коже у входа в нос покрыты желтоватыми или буровато-черными корками, они окружают одну или обе ноздри в виде венчика.

Классическим проявлением третичного сифилиса на 2–4-м году болезни является образование гуммы в области спинки или перегородки носа. При третичном сифилисе чаще поражается слизистая оболочка перегородки носа на границе костной и хрящевой частей, реже носовых раковин, дна носа. Кожа наружного носа припухает и краснеет. При некрозе кости появляется зловонный запах из носа. Образуется дефект перегородки носа вплоть до полного ее разрушения, что приводит к развитию характерной деформации – седловидного носа. Распад гуммы может вызвать прободение твердого неба. У таких пациентов речь приобретает гнусавый оттенок, пища попадает в нос.

СКЛЕРОМА

Склерома — хроническое инфекционное заболевание, вызванное *Klebsiella rhinoscleromatis* и поражающее все отделы дыхательного тракта.

Поражение в полости носа начинается с образования инфильтратов в слизистой оболочке и в области крыльев носа. Инфильтраты могут располагаться в области хоан, на задней поверхности мягкого неба и боковых стенках носоглотки, которые после рубцевания приводят к концентрическому сужению просвета носоглотки. Склеромные инфильтраты плотные, они не воспаляются, не подвержены распаду и изъязвлению, но могут рубцеваться, что отличает склерому от сифилитического и туберкулезного инфильтрата. При склероме регионарные лимфатические узлы не увеличиваются, в отличие от сифилиса.

Характерной особенностью атрофической формы склеромы является диффузная атрофия слизистой оболочки с наличием большого количества ко-

рок. Атрофия захватывает преимущественно эпителиальный покров слизистой оболочки, не повреждая костную основу полости носа (в отличие от озены).

При смешанной форме склеромы наряду с инфильтратами в полости носа и носоглотки можно обнаружить участки атрофии слизистой и рубцовые изменения.

Общее состояние пациентов практически не страдает, общие симптомы бактериального инфекционного процесса отсутствуют.

Диагностика: бактериологическая, гистологическая (структура инфильтрата), серологическая (реакция связывания комплемента со склеромным антигеном).

ОЗЕНА

Озена — хроническое инфекционное заболевание, вызванное *Klebsiella ozaenae*, характеризующееся наличием корок в полости носа, специфическим запахом из него, резкой атрофией не только слизистой оболочки, но и костного скелета носовых раковин, гипо- или аносмией. В отличие от склеромы, при озене не наблюдается инфильтратов и рубцов.

При риноскопии отмечается истонченная слизистая оболочка, покрытая корками, вязким секретом. Специфический запах обусловлен наличием индола, скатола, сернистых веществ, летучих жирных кислот, метилмеркаптана, образующихся в результате жизнедеятельности микробов. Атрофия может распространяться на слизистую оболочку околоносовых пазух, глотки, гортани, трахеи, бронхов.

Корки при озене массивные, многослойные, между ними и эпителиальным покровом находится слой вязкой слизи, что позволяет удалять их без особых затруднений. При склероме корки сухие, тонкие, без запаха или со слабым запахом, они плотно прилегают к слизистой оболочке, после их удаления появляется эрозированная поверхность с кровянистым отделяемым. При озене атрофия захватывает все слои, поражая костную основу. При склероме поражения костного остова не происходит.

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кандидомикоз

Кандидомикоз — заболевание, вызываемое *Candida albicans*. Возникает оно на фоне интраназального использования антибиотиков, кортикостероидов, а также при иммунодефицитных состояниях.

При риноскопии на фоне воспаленной слизистой оболочки обнаруживается белый налет в виде отдельных островков.

Конидиоболиоз

Конидиоболиоз — заболевание, вызванное грибками *Conidiobolus coronatus*, передающееся от человека к человеку через насекомых. Распространено оно в Западной и Центральной Африке, Индии, странах Карибского бассейна.

Воспалительный процесс в полости носа характеризуется образованием полипов или гранулем на слизистой оболочке нижних носовых раковин и сопровождается плотным отеком мягких тканей лица. Заболевание носит упорный характер, склонно к рецидивам.

Гистологическое исследование биопсийного материала выявляет большое количество эозинофилов в инфильтрате. Культуральное исследование обнаруживает микроорганизмы, представленные большими фрагментами гиф, расположенные в скоплениях гигантских клеток, эозинофилов и нейтрофилов.

Риноспорилиоз

Риноспорилиоз — гранулематозное заболевание, вызываемое грибом *Rinosporidium seeberi*, передающимся при купании в водоемах со стоячей водой, засоренных испражнениями лошадей и крупного рогатого скота.

При риноскопии в передних отделах перегородки носа обнаруживается кровотокащее бугристое образование, покрытое спорангиями. В полости носа могут быть симметрично расположенные дольчатые образования ярко красного цвета, которые напоминают полипы. Гистологическое исследование биоптатов выявляет типичные спорангии, на определенных этапах развития содержащие споры.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Для того чтобы изучение темы было более осознанным, рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые впоследствии можно будет выяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем.

Задача 1

Пациент, 25 лет, жалуется на затруднение дыхания через обе половины носа. Болен около 5 лет. Развитие заболевания постепенное. Его причины пациент четко указать не может. В последние годы закапывание в нос сосудосуживающих капель не помогает, дыхание через нос не улучшается.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа бледно-розовой окраски, нижние носовые раковины увеличены в объеме. После смазывания 0,1%-ным раствором нафазолина их объем не изменяется, дыхание через нос не улучшается. Выделения слизистого характера, необильные. При задней риноскопии: хоаны заняты утолщенными задними концами нижних носовых раковин. Другие ЛОР- органы без патологических изменений.

1. Диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Задача 2

Пациентка, 37 лет, жалуется на сухость в полости носа, образование корок, снижение обоняния. Больна она около 8 лет. Развитие заболевания постепенное.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа бледно-розовой окраски, местами истончена, покрытая вязким секретом, корками. Секрет и корки без запаха. На рентгенограмме околоносовых пазух снижение их воздушности не наблюдается.

1. Диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Задача 3

Пациентка, 27 лет, жалуется на периодически возникающее затруднение дыхания через нос. Попеременно закладывает то одну, то другую половину носа. Больна она около 3 лет. Начало и развитие заболевания пациентка связывает с факторами переохлаждения.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа цианотичная, в носовых ходах слизистый секрет. Нижние носовые раковины увеличены, после применения сосудосуживающих капель дыхание через нос восстанавливается, однако через 3–4 часа клиническая картина возвращается к исходным данным. Носоглотка свободна. На рентгенограмме околоносовых пазух пневматизация последних не нарушена.

1. Диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Задача 4

Пациентка, 27 лет, обратилась с жалобами на периодические приступы чихания, которые сопровождаются обильными водянистыми выделениями из носа, зудом в нем, слезотечением, затруднением дыхания через нос.

Больна она около 3 лет. Начало заболевания пациентка связывает с работой на парфюмерной фабрике. Подобным заболеванием, а также бронхиальной астмой страдает мать пациентки.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа бледно-розовой окраски, нижние и средние носовые раковины отечны. На слизистой оболочке носовых раковин местами видна «мозаичная» белесоватая / цианотичная пятнистость. Отмечается обилие водянистого секрета.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 8 %, палочкоядерные 5 %, сегментоядерные 50 %, лимфоциты 30 %, моноциты 7 %, СОЭ 5 мм/ч.

Риноцитогамма (цитологическое исследование слизи из полости носа): эозинофилы — 8–10 в поле зрения.

На рентгенограмме околоносовых пазух отмечается пристеночное затемнение в верхнечелюстных пазухах. Другие пазухи без изменений.

1. Диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Задача 5

Пациентка, 32 лет, жалуется на затруднение дыхания через нос, сухость в полости носа, глотке, образование в полости носа гнойного секрета, засыхающего в корки. Присутствует неприятный запах из носа, ощущаемый окружающими. Сама пациентка запахов не различает. Больна более 5 лет.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа истончена, раковины уменьшены в объеме. Носовые ходы заполнены зловонными корками.

На перегородке носа имеется перфорация.

Слизистая оболочка задней стенки глотки атрофичная, сухая.

В общих анализах крови и мочи патологии не выявлено.

1. Диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ОТВЕТЫ

Задача 1. 1. Хронический гипертрофический ринит. 2. Дифференцировать с вазомоторным ринитом.

Задача 2. 1. Хронический атрофический ринит. 2. Дифференцировать с озоной и склеромой.

Задача 3. 1. Вазомоторный ринит. 2. Дифференцировать с аллергическим ринитом.

Задача 4. 1. Аллергическая риносинусопатия. 2. Исследование крови на иммуноглобулины E, кожные тесты.

Задача 5. 1. Озена. 2. Бактериологическое и серологическое (РСК со специфическим антигеном) исследование.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Лопатин, А. С.* Ринит : руководство для врачей / А. С. Лопатин. М. : Литтерра, 2010. – 417 с.
2. *Пальчун, В. Т.* Оториноларингология : национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1024 с.
3. *Пискунов, Г. З.* Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. – 3-е изд., доп. – М. : Медицинское информационное агентство, 2017. – 750 с.
4. *Оториноларингология : учебник / О. Г. Хоров, А. Ч. Буцель, В. С. Куницкий [и др.] ; под. ред. проф. О. Г. Хорова.* – Минск : Новое знание, 2020. – 413 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Классификация ринитов	4
Инфекционный ринит	5
Хронический катаральный ринит	6
Хронический гипертрофический ринит	7
Атрофический ринит	8
Аллергический ринит	8
Вазомоторный ринит	9
Медикаментозный ринит	10
Гормональный ринит	11
Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом	11
Ринологическая симптоматика при специфических инфекциях	12
Туберкулез	12
Сифилис	12
Склерома	13
Озена	14
Грибковые заболевания	14
Кандидомикоз	14
Конидиоболиоз	15
Риноспоририоз	15
Самоконтроль усвоения темы	15
Список использованной литературы	18

Учебное издание

Сакович Андрей Ренардович
Затолока Павел Александрович
Родионова Ольга Ивановна и др.

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ РИНИТЫ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Г. Петрова
Редактор О. П. Головницкая
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 12.03.26. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,82. Тираж 51 экз. Заказ 139.
Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя
печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск