

И. В. Долина¹, О.Г. Дражина²

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО И ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В 6–12 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»²

В статье представлены данные дифференциальной диагностики патологических состояний полости носа у женщин в период гестации. Определение этиологии поражения слизистой оболочки полости носа является актуальной проблемой в связи с тем, что затруднение носового дыхания встречается при различных процессах, как инфекционной, так и неинфекционной природы. Особенно важна диагностика этих патологических состояний у пациенток во время беременности, когда идет формирование и развитие эмбриона и плода, и врач ограничен как в выборе диагностических методов, так и в выборе лекарственных средств. Различная этиология и патогенез ринитов требует различных подходов в ведении и лечении беременных. Выбор тактики лечения ринитов у беременных зависит от вида и стадии ринита и должен соответствовать требованиям безопасности применения препаратов для матери и плода. В статье предложены основные дифференциальные диагностические признаки вазомоторного и острого инфекционного ринитов. Используемые в амбулаторной практике схемы лечения данных процессов у женщин в I триместре беременности не требуют больших затрат, однако улучшают качество оказываемой помощи беременным: облегчают носовое дыхание и saniруют нежелательный во время беременности очаг инфекции. Осложненного течения ринитов и осложнений со стороны беременности не было.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, острый инфекционный ринит, беременность.

I. V. Dolina, O. G. Drajina

DAIGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE FND VASOMOTOR RHINITIS IN PREGNANT WOMEN IN 6–12 WEEKS OF GESTATION

The article presents data of differential diagnosis of pathological conditions of the nasal cavity in women during gestation. Determination of the etiology of the mucous membrane of the nasal cavity is an actual problem because the difficulty of nasal breathing occurs in various processes, both infectious and non-infectious. Especially important is the diagnosis of these pathological conditions in patients during pregnancy, when the embryo and fetus are being formed and developed, and the doctor is limited both in the choice of diagnostic methods and in the choice of medicines. The different etiology and pathogenesis of rhinitis requires different approaches in the management and treatment of pregnant women. The choice of tactics for treating rhinitis in pregnant women depends on the type and stage of rhinitis and must meet the safety requirements for the use of drugs for the mother and fetus. The article offers the main differential diagnostic signs of vasomotor and acute infectious rhinitis. The outpatient treatment regimens for these processes in women in the first trimester of pregnancy do not require large expenditures, but they improve the quality of care provided to pregnant women: they facilitate nasal breathing and sanitize the undesirable center of infection during pregnancy. We had no complicated of rhinitis and complications from pregnancy.

Key words: vasomotor rhinitis, acute infectious rhinitis, pregnancy.

Вазомоторный ринит, возникающий во время беременности, обусловлен изменением уровня гормонов. Эстрогены вызывают расширение сосудов микроциркуляторного русла и снижение скорости кровотока в них. Клиническая картина вазомоторного ринита характеризуется затруднением дыхания через нос, ринореей, зудом в носу и пароксизмами чихания [1; 3; 4]. Во время беременности вазомоторный ринит может

иметь различную продолжительность или проявляться на протяжении всего периода гестации, что значительно ухудшает качество жизни пациенток.

В этиологии острого ринита ведущее значение имеет переохлаждение и наличие вирусов, тропных к слизистой оболочке верхних дыхательных путей и приводящих к активации присутствующей на слизистой оболочке носа микрофлоры. Острые респираторные вирусные инфек-

ции в I триместре беременности [2] являются очагом инфекции, могут стать причиной выкидышей, эмбриопатий, пороков развития центральной нервной системы, нарушения формирования плаценты и, как следствие, неадекватного функционирования фетоплацентарной системы.

Цель. Определить различия в клинической картине острого инфекционного и вазомоторного ринитов у женщин в I триместре беременности для простоты диагностики и определения тактики лечения.

Материалы и методы. Мы наблюдали 48 женщин в сроке 6–12 недель беременности в возрасте 20–36 лет, без аллергии в анамнезе, с нормальным анатомическим строением носа. Первую группу составили 25 женщин, вазомоторный ринит у которых развился во время данной беременности. Во вторую группу вошли 10 беременных с признаками острого ринита и давностью заболевания не более 2 суток. Контрольная группа состояла из 13 здоровых беременных женщин. Обследование включало: сбор жалоб и анамнеза, осмотр полости носа (передняя и задняя риноскопия) и глотки, оценку общего клинического анализа крови и риноцитогаммы.

Результаты и обсуждение. Все пациентки I группы отмечали затруднение носового дыхания: 12 (48 %) беременных расценивали этот признак как незначительный, а 13 (52 %) – как умеренный. Пациентки отмечали более выраженное ухудшение носового дыхания в горизонтальном положении в утренние часы, либо попеременную заложенность соответствующей половины носа в положении лёжа на одноименном боку. Серозные либо слизистые выделения были у всех (100 %) беременных. Зуд в носу и пароксизмы чихания 1–2 раза в сутки отмечала одна пациентка (4 %) I группы.

Беременные женщины II группы в 100 % случаях отмечали умеренное затруднение носового дыхания и скудные серозные выделения из носа в первой стадии заболевания с тенденцией к увеличению выраженности симптомов во второй стадии и уменьшению в третьей.

Зуд в носу и пароксизмы чихания беспокоили всех пациенток этой группы лишь в первую стадию заболевания. В воспалительный процесс со 2–3 дня болезни, как правило, вовлекалась слизистая оболочка глотки, то есть наблюдалась динамика воспаления.

Женщин контрольной группы беспокоили незначительные выделения из носа в 5 (38,7 %) случаях, при этом все отрицали наличие зуда в носу, пароксизмов чихания и нарушения носового дыхания.

При осмотре полости носа умеренная гиперемия слизистой оболочки полости носа была отмечена у беременных всех групп. Отёка слизистой оболочки полости носа не было. Увеличения задних концов нижних носовых раковин не было ни у одной пациентки. У всех обследуемых общий анализ крови был в пределах нормы. Умеренная степень инфильтрации носовых раковин была у всех пациенток I и II групп, которая сразу исчезала под действием 0,1 % раствора Нафтизина. У обследуемых II группы выраженность этого признака была наибольшей во второй стадии заболевания и наименьшей в третьей. Среди женщин контрольной группы у 8 (61 %) наблюдалась незначительная степень инфильтрации носовых раковин, но на дыхательную функцию носа влияния не оказывала.

В соответствии с выполненными исследованиями нами была составлена таблица для дифференциальной диагностики острого инфекционного и вазомоторного ринитов у беременных в I триместре.

Выбор тактики лечения ринитов у беременных зависел от вида и стадии ринита и соответствовал требованиям безопасности применения препаратов для матери и плода.

Лечение вазомоторного ринита в I триместре беременности включало дыхательную гимнастику, контрастные примочки (с разницей температуры горячей и холодной воды 15–20 градусов) на область наружного носа. Пациенткам было рекомендовано возвышенное положение головы в период сна и дневного отдыха. Прово-

Таблица. Дифференциальная диагностика острого инфекционного и вазомоторного ринитов у женщин в I триместре беременности

Признак	Вазомоторный ринит	Острый инфекционный ринит
Причина заболевания	изменение уровня эстрогенов, прогестерона	переохлаждение, наличие вирусов, тропных к слизистой ВДП
Анамнез	связано с гестацией	контакт с больным, переохлаждение
Начало болезни	постепенное	острое
Затруднение носового дыхания	преимущественно в утренние часы или ночью	во всех 3-х стадиях, наиболее выражено во II и III стадии
Ринорея	часто	во всех 3-х стадиях, наиболее выражена во II стадии
Зуд в носу и пароксизмы чихания	редко	в I–II стадию заболевания
Длительность симптомов	различна, может быть на протяжении всей беременности	могут быть
Признаки интоксикации	отсутствуют	могут быть
Цвет слизистой оболочки носа	умеренная гиперемия	умеренная или выраженная гиперемия
Характер отделяемого из полости носа	серозный или слизистый	серозный, слизистый или гнойный (в зависимости от стадии)
Общий клинический анализ крови	без изменений	изменения могут быть
Наличие эозинофилов в мазке со слизистой оболочки полости носа	отсутствуют	отсутствуют

□ Оригинальные научные публикации

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ 1/2019

димые мероприятия имели положительный результат среди всех женщин этой группы.

Лечение острого ринита у беременных женщин в сроке 6–12 недель проводилось в соответствии со стадийностью процесса. Во все стадии применяли промывание полости носа препаратом «Салин» три и более раз в сутки. В первую стадию острого ринита использовали препарат «Пиносол» по 3 капли три раза в сутки, а также препараты растительного происхождения, оказывающие противовоспалительное действие на весь организм («Инсти» по 1–2 саше в сутки) и не имеющие противопоказания к применению во время беременности. Во вторую стадию заболевания для уменьшения инфильтрации слизистой оболочки носа применяли сосудосуживающие препараты (не более 5–7 дней), а также дренаж полости носа и околоносовых пазух по Зондерману и Претцу. В третьей стадии воспалительного процесса использовали 2 % раствор Протаргола по 3 капли три раза в сутки в течение 7 дней.

Осложненного течения ринитов и осложнений со стороны беременности на момент окончания лечения выявлено не было.

Выводы

1. Вазомоторный ринит у беременных женщин в сроке 6–12 недель характеризуется длительным течением, постоянной заложенностью носа в утренние часы или во время отдыха, проявляющейся в положении лежа (чаще на боку).

2. Зуд в носу и пароксизмы чихания являются признаками острой респираторной инфекции, не характерны для вазомоторного ринита беременных в 6–12 недель гестации. Для острого ринита характерны быстрое прогрессирование клинических симптомов воспаления, вовлечение в процесс слизистой оболочки глотки.

3. Симптомы вазомоторного ринита у женщин в сроке 6–12 недель беременности успешно купируются применением физических методов воздействия, что приносит облегчение в непростой период ранней гестации.

4. Лечение острого инфекционного ринита зависит от стадии заболевания и требует применения медикаментозных средств для улучшения оттока, уменьшения воспаления и количества микробных агентов на слизистой полости носа, как очага инфекции в организме беременной женщины.

Литература

1. Буков, В. А. Рефлекторные влияния с верхних дыхательных путей / В. А. Буков. – М.: Изд-во Медицина, 1980. – 272 с.
2. Шехман, М. М., Положенкова Л. А. Острые респираторные заболевания у беременных // Гинекология: журнал для практических врачей. – 2005. – Т. 7, № 2. – С. 96–99.
3. Шульга, И. А., Лашев Ю. В., Карпухин, В. М. Динамика изменения носового дыхания у беременных // Российская ринология. – 2006. – № 3. – С. 11–12.
4. Ellegard, E. K. Pregnancy rhinitis // Immunol. Allergy. Clin. North Am. – 2006. – Vol. 26, № 1. – P. 119–135.

Поступила 2.11.2018 г.