

**ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НАЛИЧИИ РИНИТА У БЕРЕМЕННОЙ****Долина И.В., Дрожина О.Г.****УО «Белорусский государственный медицинский университет»,****кафедра болезней уха, горла, носа,****ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,****кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья**

Ринит – воспаление слизистой оболочки носа. Существуют различные формы ринита: вазомоторный, аллергический, инфекционный, проявляющиеся схожими симптомами: затруднением носового дыхания, водянистыми выделениями из носа, приступами чихания и зудом или жжением в полости носа. Дифференциальная диагностика очень важна во время беременности, так как эти формы имеют существенные различия в этиологии и патогенезе и соответственно имеются кардинальные различия в методах лечения.

Аллергический ринит – это хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительная IgE-опосредованная реакция, вызванная попаданием аллергенов на слизистую оболочку полости носа, в результате чего IgE вызывают высвобождение тучных клеток медиаторов, которые стимулируют нейтрофилы, эозинофилы, базофилы и лимфоциты. В ходе этих реакций возникают вазодилатация, отек, воспаление слизистой и зуд. Наиболее распространенные проявления аллергии у беременных женщин – это аллергический ринит. Если в период беременности у женщины была аллергия - вероятность ее возникновения у будущего ребенка составляет около 50% и около 80%, если предрасположенность к аллергии имеется по линиям обоих родителей. Возникновение у матери аллергической реакции не приводит к развитию аллергоза у плода, так как иммунные комплексы не проникают через плаценту [1]. Но, тем не менее, ребенок, находящийся в утробе, страдает от изменения состояния матери и принимаемых ею антигистаминных препаратов. Формирование повышенной чувствительности (то есть образование в организме ребенка антител, готовых при вторичном введении аллергена - уже во внеутробной жизни малыша - спровоцировать аллергическую реакцию) происходит при известной степени зрелости иммунной системы плода, которая достигается приблизительно к 22-й неделе внутриутробного развития. Таким образом, именно с этого времени следует ограничить употребление продуктов, способных вызвать аллергию.

Этиопатогенетическая сущность вазомоторного ринита у беременных связана с изменением гормонального статуса во время беременности. Так концентрация эстрогенов в плазме крови в период гестации постоянно повышается [2]. Эстрогены ингибируют синтез

ацетилхолинэстеразы, что приводит к увеличению ацетилхолина – медиатора постганглионарного волокна парасимпатической нервной системы, который оказывает преимущественно местное действие в виде расширения периферических кровеносных сосудов. Вазодилатация венозных отделов микроциркуляторного русла слизистой оболочки полости носа и сосудов кавернозных тел нижних носовых раковин приводит к замедлению кровотока в них и увеличению нижних носовых раковин. Данный аспект имеет значение на протяжении всей беременности. Отличительной особенностью II – III триместра беременности является увеличивающийся объём циркулирующей крови до 1,5 – 2 литров, что вызывает повышенную нагрузку на периферические сосуды, и способствует застойным явлениям в них. При затруднении носового дыхания нарушаются окислительно-восстановительные процессы в организме, тканевое дыхание, образование энергии в клетках, изменяется состав крови, ухудшается кровообращение.

В этиологии острого ринита ведущее значение имеет общее и местное переохлаждение организма, в результате которого нарушаются защитные нервно-рефлекторные механизмы, что приводит к активации сапрофитирующих в полости носа бактерий. Вирус создаёт условия для активации микробной флоры, возникают вирусно-бактериальные ассоциации. В клинике острого ринита выделяют 3 стадии. Первая – раздражение продолжительностью от нескольких часов до 1-2 суток, сопровождается зудом в носу, чиханием, затруднением носового дыхания, часто снижением боюхания и появления гнусавости. Вторая стадия – стадия серозных выделений, длится 2-3 дня, характеризуется вовлечением в воспалительный процесс эндотелия сосудов микроциркуляторного русла слизистой оболочки полости носа и активации работы бокаловидных клеток. Помимо симптомов I стадии, появляется большое количество серозной жидкости, сменяющейся секретией слизи. Третья стадия – слизистогнойных выделений, обусловлена вторичной микрофлорой слизистой оболочки носа, возникает на 4-5 день от начала заболевания и длится, в среднем, 5 дней. Инфицирование женщин ОРВИ в I триместре беременности может являться причиной формирования эмбриопатий, в частности пороков развития центральной нервной системы [3].

Целью данной работы является определение диагностических критериев аллергической, вазомоторной и острой (инфекционной) форм ринита.

План обследования включал: сбор жалоб, анамнеза, осмотр полости носа (передняя и задняя риноскопия), глотки, оценку общеклинического анализа крови, мазок со слизистой носа на наличие эозинофилов, определение pH носового секрета. Мы наблюдали 51 женщины в сроке 20-36 недель беременности в возрасте 21-37 лет с нормальным анатомическим строением полости носа. Первую группу составили 7 пациенток с

аллергическим ринитом. Во вторую группу вошли 25 женщин с вазомоторным ринитом, третья группа состояла из 8 пациенток с острым ринитом и давностью заболевания не более 2 суток. Обследовано 10 здоровых беременных женщин контрольной группы. Концентрацию водородных ионов отделяемого из полости носа оценивали с помощью универсальной индикаторной бумаги «ЛИАХЕМА» (Прага, Чехия). Цитологическое исследование мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа производили после 10 минутного высушивания, фиксировали в смесии Никифорова, окрашивали по методу Романовского Гимза.

Все пациентки кроме контрольной группы испытывали затруднение носового дыхания. Женщины с аллергическим ринитом в 100% случаях отмечали заложенность носа сразу, либо спустя несколько часов, после контакта с аллергеном. Пациентки с вазомоторным ринитом в 100% отмечали появление назальной обструкции в горизонтальном положении ночью либо в утренние часы. 6 (75%) беременных из третьей группы ощущали заложенность носа с тенденцией к уменьшению её выраженности к 5-6 дню, а 2 (25%) – в течение 8 дней. У всех обследуемых, кроме пациенток с аллергическим ринитом, при осмотре полости носа слизистые были гиперемированы, лишь аллергический процесс сопровождался бледностью с синюшным оттенком слизистых оболочек полости носа. У женщин с острым ринитом и воспалительный процесс со 2-3 дня болезни, как правило, вовлекалась слизистая оболочка глотки. Серозные либо слизистые выделения были у всех беременных женщин, кроме группы контроля. В группах, обследуемых с вазомоторным и аллергическим ринитом, этот признак носил постоянный характер, у беременных с острым ринитом серозные либо слизистые выделения появлялись к 3 дню, а к 6-8 дню имели гнойный характер. Щекотание и носу и пароксизмы чихания 1-2 раза в сутки ощущала одна (4%) пациентка с вазомоторным ринитом и шесть (85%) беременных женщин с аллергическим ринитом и четыре пациентки (50%) в I-II стадии острого ринита. Общий анализ крови у всех обследуемых был в пределах нормы. Анализ рН метрии показал, что концентрация водородных ионов отделяемого из полости носа у беременных женщин из групп с аллергическим и вазомоторным ринитом, колебалась в пределах 7,0-9,0, а среднее значение - 7,7, при вазомоторном рините - 7,6. У обследуемых с острым ринитом и группы контроля колебания этого показателя лежали в пределах 6,0-7,0, а средние значения были соответственно 6,3 и 6,8. Цитологическое исследование мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа выявило наличие эозинофилов в количестве 1-2-3 в поле зрения только у женщин с аллергическим процессом.

Таким образом, для острого ринита характерно прогрессирование симптомов с вовлечением в процесс слизистой оболочки глотки. Вазомоторный ринит характеризуется

волнообразным течением с проявлением назальной обструкции в утренние часы и в положении лёжа. Для аллергического ринита характерно внезапное начало и постоянство симптомов после контакта с аллергеном. Щекотание в носу и чихание является типичным симптомом для аллергического ринита, и могут отмечаться в I-II стадии острого ринита. Концентрация водородных ионов при аллергическом и вазомоторном ринитах смещается в щелочную сторону, а при остром процессе ближе к нейтральной стороне. Эозинофилы в носовом секрете обнаружены только при аллергическом рините, хотя эозинофилии в общем анализе крови не наблюдается.

#### Литература

1. Верткин А.Л. Аллергия у беременных. Отчёт о проведении симпозиума «Акушерство и клиническая фармакология – эффективный симбиоз» на VI Российском форуме «Мать и дитя». Москва. - 2004.
2. Черных Н.М. Ринит беременных / Н.М. Черных // Российская ринология. - 2008. - №4. – С. 31-33.
3. Шехтман М.М. Острые респираторные заболевания у беременных / М.М. Шехтман Гинекология: журнал для практических врачей. - 2005. - Т 7, №2.- С. 96-99.