

Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, д.м.н., профессор, Г.Ю. ЦАРАПКИН, к.м.н., М.Е. АРТЕМЬЕВ, к.м.н., доцент, М.Ю. ПОЛЯЕВА, Е.В. ГОРОВАЯ, ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения г. Москвы

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА

Статья посвящена повышению эффективности консервативного лечения медикаментозного ринита. Под наблюдением находились 112 больных, длительно использующих деконгестанты. В лечении химического повреждения слизистой оболочки полости носа был применен комбинированный препарат, в состав которого входит декспантенол, стимулирующий регенерацию поврежденного реснитчатого эпителия. Используя современные методы исследования, авторы доказали, что раннее лечение медикаментозного ринита назальным спреем, содержащим декспантенол, предотвращает развитие стойкой вазомоторной дисфункции слизистой оболочки полости носа.

Ключевые слова: медикаментозный ринит, хронический ринит, деконгестанты, топические кортикостероиды, ОРВИ

Лечение воспаления слизистой оболочки полости носа (ринита) остается актуальным вопросом как для оториноларинголога, так и для врача общей практики. Острый ринит возникает как следствие воздействия на слизистую оболочку полости носа вирусной или бактериальной инфекции [2]. Он может сопутствовать острым инфекционным болезням (грипп, корь, скарлатина, дифтерия, гонорея). Хронический ринит может быть исходом острого ринита или длительного воздействия неблагоприятных экзогенных факторов [4]. Хроническое поражение слизистой оболочки полости носа затрагивает до 40% взрослого населения [2]. Полиэтиологичность заболевания с одинаковой симптоматикой и некорректное применение лекарственных препаратов, временно облегчающих состояние больного, в своей перспективе приводят пациента на операционный стол. Медикаментозный ринит характеризуется химическим повреждением слизистой оболочки полости носа. Длительное применение деконгестантов (свыше 10–15 дней) вызывает плоскоклеточную метаплазию, железистую гиперплазию и расширение кровеносных сосудов в слизистой оболочке полости носа. Реактивная гиперемия, развивающаяся через несколько часов после местного применения α -адреномиметиков, заставляет больного все чаще применять данные препараты. Это способствует развитию реактивной гиперплазии слизистой оболочки и вазомоторной дисфункции. Длительное нарушение носового дыхания отрицательно сказывается на функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы и вызывает комплекс неврологических расстройств [1, 3]. В постановке диагноза медикаментозного ринита оториноларингологу необходимо ориентироваться на данные анамнеза, при этом инструментальные и дополнительные методы исследования объективно оценивают глубину поражения.

Лечение медикаментозного ринита – максимально сложная задача. Ввиду того, что самостоятельная регенерация слизистой оболочки занимает длительный период времени,

попытки отказа от использования сосудосуживающих препаратов, как правило, не приводят к желаемому результату. С целью облегчения синдрома отмены предлагается в течение 1 месяца использовать назальные кортикостероиды, а при неэффективности – хирургическое лечение [1, 5].

Целью нашей работы было повышение эффективности консервативного лечения медикаментозного ринита путем местного применения комбинированного средства, обладающего противовоспалительным действием, уменьшающего отек слизистой оболочки и стимулирующего регенерацию поврежденного реснитчатого эпителия полости носа.

Под нашим наблюдением было 112 больных с медикаментозным ринитом. Женщин было 48, мужчин – 64. Возраст от 16 до 52 лет. Критериями включения были жалобы больного на затруднение носового дыхания и длительное использование деконгестантов, при этом время начала применения топических сосудосуживающих препаратов связано с перенесенной респираторной вирусной инфекцией. Критерии исключения: грубая деформация перегородки носа, влияющая на носовое дыхание; аденоидные вегетации и воспалительный процесс в околоносовых пазухах; прием лекарственных препаратов (гипотензивные средства и нейролептики), побочным действием которых является лекарственный ринит. В зависимости от длительности применения сосудосуживающих средств все больные были разделены нами на четыре группы, сопоставимые по полу и возрасту. I группа (28 человек) – срок применения деконгестантов составил до 30 дней, II группа (28 больных) – от 1 до 3 месяцев, III группа (28 пациентов) – от 3 до 6 месяцев, IV группа (28 человек) – более 6 месяцев. С целью лечения медикаментозного ринита мы применили топический кортикостероид (мометазона фураат) и комбинированное средство, в состав которого входит гипертонический раствор морской соли и декспантенол. Оба препарата выпускаются в форме назального спрея. Мометазона фураат применяли по 400 мкг/сут, комбинированный препарат с декспантенолом – по 2 дозы 3 раза в день. Срок лечения составил 30 дней. В зависимости от применяемого средства в лечении медикаментозного ринита и в

соответствии с принципом рандомизации в каждой клинической группе больных нами было выделено по две подгруппы (по 14 человек). В подгруппе А лечение больных проводили топическим кортикостероидом, в подгруппе В – назальным спреем с декспантенолом. В данной работе нами были применены специальные методы исследования – сахаринный тест и передняя активная риноманометрия (ПАРМ), которые проводили до лечения и на 35-е сутки наблюдения.

На начальном этапе обследования больных во всех случаях мы зафиксировали назальную обструкцию, сопровождающуюся коллапсом активности мерцательного эпителия слизистой оболочки нижних носовых раковин. Такие показатели ПАРМ, как суммарный объемный поток (СОП) и суммарное сопротивление (СС), были равны $319,33 \pm 15,04$ см³/сек и $0,53 \pm 0,02$ Ра соответственно. Время мукоцилиарного транспорта (ВМЦТ) составило $19,04 \pm 1,73$ минуты.

■ Острый ринит возникает как следствие воздействия на слизистую оболочку полости носа вирусной или бактериальной инфекции. Он может сопутствовать острым инфекционным болезням (грипп, корь, скарлатина, дифтерия, гонорея).

После проведенного лечения при контрольном обследовании больных I-A группы нами было зафиксировано, что в 100% случаев показатели ПАРМ достигли нормального уровня: СОП увеличился на 70,3%, СС уменьшилось на 30,2%, составив $543,86 \pm 22,16$ см³/сек и $0,37 \pm 0,11$ Ра соответственно ($p < 0,01$). Исследуя функциональное состояние мерцательного эпителия нижних носовых раковин, мы отметили увеличение активности: ВМЦТ уменьшилось на 34,1% и составило $12,55 \pm 1,08$ минуты ($p < 0,01$). В I-B группе СОП увеличился на 55,6%, СС уменьшилось на 26,4%, составив $496,81 \pm 10,03$ см³/сек и $0,39 \pm 0,07$ Ра соответственно ($p < 0,01$). ВМЦТ было равно $18,86 \pm 2,05$ минуты, при этом разница с исходным значением не является достоверной ($p > 0,05$).

В II-A группе у всех больных (100%) ВМЦТ достигло сопоставимого уровня и составило $12,99 \pm 0,79$ минуты, при этом его активность увеличилась на 31,8% от исходного ($p < 0,01$). У 8 пациентов (57%) СОП увеличился на 59,1%, СС уменьшилось на 26,4%, составив $508,04 \pm 10,09$ см³/сек и $0,39 \pm 0,06$ Ра соответственно ($p < 0,01$). У 6 больных (43%) СОП составил $340,15 \pm 11,03$ см³/сек, СС – $0,50 \pm 0,04$ Ра ($p > 0,05$). У пациентов II-B группы в 100% случаев исследуемые показатели имели значения, сопоставимые с исходными (СОП –

$322,46 \pm 12,05$ см³/сек; СС – $0,51 \pm 0,12$ Ра, ВМЦТ – $17,96 \pm 0,63$ минуты), и не имели статистически достоверного различия ($p > 0,05$).

ВМЦТ у всех пациентов III-A группы составило $13,55 \pm 0,14$ минуты при 28,8%-ном увеличении от исходного ($p < 0,01$). У 4 пациентов (29%) СОП увеличился на 54,4%, СС уменьшилось на 26,4%, составив $493,07 \pm 9,33$ см³/сек и $0,39 \pm 0,08$ Ра соответственно ($p < 0,01$). У 10 больных (71%) СОП составил $323,45 \pm 16,04$ см³/сек, СС – $0,50 \pm 0,02$ Ра ($p > 0,05$). Результаты исследования СОП, СС и ВМЦТ у пациентов III-B группы: в 100% случаев полученные нами значения были сопоставимы с исходными: $320,15 \pm 7,55$ см³/сек, $0,51 \pm 0,09$ Ра и $18,06 \pm 0,12$ минуты соответственно ($p > 0,05$).

ВМЦТ у всех пациентов IV-A группы составило $13,97 \pm 0,07$ минуты, при 26,6%-ном увеличении от исходного ($p < 0,01$). Зафиксированные нами значения СОП и СС не имели статистически достоверного различия с исходными и составили $319,84 \pm 11,02$ см³/сек и $0,51 \pm 0,04$ Ра соответственно ($p > 0,05$). Результаты исследования СОП, СС и ВМЦТ у пациентов IV-B группы: в 100% случаев полученные нами значения были сопоставимы с исходными: $320,27 \pm 9,51$ см³/сек, $0,51 \pm 0,03$ Ра и $17,95 \pm 0,07$ минуты соответственно ($p > 0,05$).

На основе полученных нами результатов можно сделать следующие выводы:

1) медикаментозное повреждение слизистой оболочки полости носа при длительном применении топических сосудосуживающих препаратов приводит к стойкому нарушению носового дыхания;

2) комбинированное средство, в состав которого входит декспантенол, показало свою эффективность в лечении химического (медикаментозного) ринита, т. к. ускорение ВМЦТ на 27–34% свидетельствует о регенерации реснитчатого эпителия полости носа;

3) раннее лечение медикаментозного ринита назальным спреем, содержащим декспантенол, предотвращает развитие стойкой вазомоторной дисфункции (от 57 до 100%) слизистой оболочки полости носа;

4) при длительном применении деконгестантов и формировании стойких вазомоторных расстройств в качестве подготовки к хирургическому лечению хронического ринита необходимо превентивное лечение медикаментозного поражения слизистой оболочки полости носа.

Таким образом, комбинированное назальное средство, содержащее декспантенол, может быть рекомендовано для лечения медикаментозного (химического) ринита в практической оториноларингологии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Лопатин А.С. Ринит: руководство для врачей. М.: Литтерра, 2010: 424.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М.: МИКЛОШ, 2002: 390.
3. Archontaki M., Symvoulakis E.K., Hajioannou J.K., Stamou A.K., Kastrinakis S., Bizaki A.J., Kyrmizakis D.E. Increased frequency of rhinitis medicamentosa due to media advertising for nasal topical decongestants // B-ENT. 2009; 5(3): 159–162.
4. Caffier P.P., Frieler K., Scherer H., Sedlmaier B., Göktas O. Rhinitis medicamentosa: therapeutic effect of diode laser inferior turbinate reduction on nasal obstruction and decongestant abuse // Am J Rhinol. 2008; 22(4): 433–439.
5. Hallén H., Enderdal J., Graf P. Fluticasone propionate nasal spray is more effective and has a faster onset of action than placebo in treatment of rhinitis medicamentosa // Clin Exp Allergy. 1997; 27(5): 552–558.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.