



УДК: 616.211-009.86:618.2-08-031-059

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

А. Е. Вертоголов

THE COMPLEX TREATMENT OF PREGNANCY RHINITIS

Е. Е. Vertogolov

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Комплексный подход к лечению вазомоторного ринита у беременных, причиной которого является гормональный статус, позволяет безопасно и эффективно справиться с явлениями симптома назальной обструкции практически на любом гестационном сроке.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, беременность, назальная обструкция.

Библиография: 14 источников.

The complex approach to treatment of pregnancy rhinitis allows safely and effectively cope to symptom of nasal obstruction practically on any gestational term.

Key words: vasomotor rhinitis, pregnant, nasal obstruction at pregnant patients.

Bibliography: 14 sources.

Вопросы о патогенезе вазомоторного ринита при беременности остаются до конца неизученными. Учитывая индивидуальное разнообразие гормонального статуса на различных сроках гестации, актуально значимыми в амбулаторной практике оториноларинголога являются: невозможность прогнозировать степень назальной обструкции во время беременности; сложность в диагностике и дифференциальной диагностике подбор эффективной терапии [5, 8].

Ринит беременных, возникающий наиболее часто в конце первого триместра беременности, именуемый так же вазомоторным ринитом беременных, является распространенным состоянием. По некоторым данным, около 30% беременных женщин страдают нарушением носового дыхания на любом гестационном сроке и полностью выздоравливают после родов [11, 12]. Для ринита беременных характерна триада симптомов: назальная обструкция, прозрачная ринорея, чихание [1, 5, 8].

Согласно сроку гестации концентрация основных гормонов (эстрогена, эстрадиола, эстриола) постоянно повышается. В наибольшем количестве образуется эстриол. Это связано с тем, что надпочечники плода продуцируют дегидроэпиандростерон и дегидроэпиандростеронсульфат, превращающийся в плаценте в эстриол. Образующийся гормон через фетоплацентарную систему поступает в кровоток матери, в организме которой синтезируется еще и собственный эстриол [4]. Эстрадиол оказывает анаболическое действие на кости, хрящи, способствуя их росту [4]. Этим обстоятельством можно объяснить увеличение носа и изменение его формы, наблюдаемые у некоторых женщин в период беременности.

Эстрон является промежуточным гормоном и используется организмом как материал для синтеза эстрадиола. Воздействуя на периферические кровеносные сосуды, эстрогены вызывают их расширение благодаря блокированию синтеза ацетилхолинэстеразы – фермента, разрушающего ацетилхолин, – медиатора парасимпатической нервной системы [4].

Прогестерон способствует задержке жидкости в организме. Количество вырабатываемого прогестерона увеличивается пропорционально сроку гестации. Продукцию прогестерона осуществляет желтое тело, а с момента плацентации эту функцию берет на себя плацента.

К другим причинам относят высокие показатели плацентарного гормона, приводящие к гиперактивности парасимпатической нервной системы и полнокровию слизистой оболочки полости носа, а также ингибирующее действие прогестерона на тонус гладкомышечных клеток сосудов носовых раковин [12, 13].

Затрудненное носовое дыхание приводит к гипоксии организма матери и плода и в некоторых случаях может являться причиной прерывания беременности и внутриутробной гибели плода. Вследствие синдрома назальной обструкции нарушается сон, появляется ринхопатия, которая является предрасполагающим фактором к развитию артериальной гипертензии и преэклампсии. Длительное интенсивное раздражение рефлексогенной зоны верхних дыхательных путей вследствие отека слизистой оболочки нижних носовых раковин может приводить к ослаблению деятельности дыхательного и отчасти сосудодвигательного центров и высших отделов головного мозга [2, 8].

Беременность предполагает ограничения в применяемых методах лечения вазомоторно-



го ринита. Во время беременности в организме женщины происходят глубокие физиологические процессы, которые могут изменять фармакодинамику назначаемых лекарственных средств. Наиболее значимыми являются увеличения объема крови матери, уровня сывороточного альбумина, почечной экскреции и почечного метаболизма. Увеличение циркулирующего объема крови на 50% приводит к снижению концентрации в ней лекарственных средств. Постепенное снижение сывороточного альбумина в сыворотке крови беременных приводит к меньшему связыванию протеинов с препаратами и увеличению свободно циркулирующих лекарственных средств, проникающих через плаценту. Усиление функции почек при беременности проявляется повышением уровня клиренса тех препаратов, которые выделяются преимущественно через почки. Изменения в характере выделительной функции печени менее постоянны. Повышение или снижение печеночного метаболизма варьирует для разных лекарственных средств. Также выявлено, что печень плода и плацента хотя и участвуют в метаболизме лекарственных средств, но их вклад ограничен по сравнению с возможностями организма матери. Почти каждое лекарственное средство, назначаемое матери, проникает через плаценту, и уровень медикамента в организме плода может достигать 50–100% его концентрации в сыворотке крови матери [11].

В 1979 г. Федеральное управление контроля пищевых продуктов и лекарственных средств США (Food and Drug Administration – FDA) разработало категории риска применения лекарственных средств при беременности, которые используются во всем мире. FDA выделило пять групп риска потенциально побочного действия на плод, включая врожденные уродства.

К группе А относятся медикаменты, при применении которых в I, II, III триместрах беременности, в результате адекватных строго контролируемых исследований, не выявлено риска неблагоприятного действия на плод.

В группу В вошли лекарственные средства, изучение которых во время репродукции на животных не выявило риска неблагоприятного действия на плод, а строго контролируемых исследований у беременных женщин не проводилось.

Группа С включает медицинские препараты, при изучении которых во время репродукции на животных выявлено неблагоприятное действие на плод, а строго контролируемых исследований у беременных женщин не проводилось, однако потенциальная польза, связанная с применением лекарственного средства у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на возможный риск.

Группа D представлена медикаментами, в отношении которых имеются доказательства ри-

ска неблагоприятного действия лекарственного средства на плод человека, полученные при проведении исследований или на практике, однако потенциальная польза, связанная с применением лекарственного средства у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на возможный риск.

Группа Х состоит из лекарств, использование которых на животных или клинические испытания которых выявили нарушение развития плода, и (или) имеются доказательства риска неблагоприятного действия лекарственного средства на плод человека.

Считается, что к группе А нельзя отнести ни один препарат, поскольку любое лекарство имеет побочное действие [9].

Выделяют следующие механизмы влияния лекарственных средств на плод:

- прямое действие на плод – повреждение, нарушение развития или гибель плода;
- чрезмерное сокращение – миометрия – нарушение кровоснабжения плода;
- нарушение функции плаценты – нарушение обмена газами и питательными веществами между матерью и плодом [3].

Стартовой медикаментозной терапией вазомоторного ринита у беременных женщин является ирригационная терапия полости носа и носоглотки стерильной гипертонической натуральной морской водой (с содержанием NaCl 21 г/л, а также микроэлементов: K, Mg, Na, Cl, Se, I, Ca, Zn, Cu, Fe и др.) 2–4 раза в день, при необходимости – чаще. Таким образом, в первую очередь достигается тщательное удаление из всех отделов полости носа и носоглотки бактерий, вирусов, аллергенов, корок, пыли и излишков слизи, уменьшается отек слизистой оболочки полости носа и носоглотки за счет градиента осмотического давления, что способствует восстановлению носового дыхания [8]. Также наблюдаются легкое противовоспалительное и иммуностимулирующее действие, повышение мукоцилиарной активности эпителия полости носа и носоглотки, повышение терапевтической эффективности лекарственных средств, наносимых на слизистую оболочку полости носа, уменьшение их необходимой дозировки и побочные эффекты (деконгестенты, топические глюкокортикостероиды) [1, 2].

Все системные кортикостероиды отнесены к категории С лекарственных препаратов (когда потенциальная польза может оправдывать его использование, несмотря на возможный риск), так как они проникают через плаценту и их применение в течение первых двух триместров ограничено. Инъекции гормонов в носовые раковины в целях улучшения носового дыхания рассматриваются как парентеральное применение и могут сопровождаться осложнениями, таким как эмболизация артерии сетчатки. В настоящее время



для лечения вазомоторного ринита у беременных активно и с успехом используют топические кортикостероиды. Действие интраназальных кортикостероидов связано с уменьшением секреторной активности желез слизистой оболочки, сосудистой проницаемости, торможением синтеза провоспалительных медиаторов, экспрессии клеточных рецепторов и молекул клеточной адгезии [12]. В ряде исследований было показано, что использование низких доз интраназальных кортикостероидов является безопасным для беременных [3, 7, 14].

Другим направлением в медикаментозном лечении вазомоторного ринита является применение пероральных антигистаминных средств. Однако использование этих препаратов для снятия отека слизистой оболочки полости носа у беременных женщин несет повышенный риск формирования эмбриопатий, поэтому на ранних сроках использование противопоказано [14].

Эффективен курс ежедневных процедур интраназальной гальванизации постоянным током низкой амплитуды. Действие лекарственного электрофореза с хлористым кальцием и сульфатом цинка усиливает эффект гальванизации мягких тканей полости носа и носоглотки. Назначение вазоактивных лекарственных средств (таких как адреналин, димедрол) в виде электрофореза может стать причиной повышенной возбудимости и сократимости в матке на сроке беременности, близком к родам, и снижения двигательной активности плода. С успехом применяемый для лечения вазомоторного ринита метод дозированного воздействия переменного магнитного поля вследствие своего гипотензивного эффекта может быть рекомендован к применению у беременных с артериальной гипертензией [6].

Существенно облегчает проявление выраженной назальной обструкции использование деконгестантов. Псевдоэфедрин – препарат системного сосудосуживающего действия, относящийся к категории С, был рекомендован как оральный деконгестант выбора в рекомендациях Американской коллегии акушерства и гинекологии и Американской коллегии аллергии, астмы и иммунологии. Однако системные деконгестанты (псевдоэфедрин) не следует применять у пациенток с подозрением на плацентарную недостаточность и наличием артериальной гипертензии, связанной с беременностью [11,14].

Местные сосудосуживающие препараты (например, оксиметазолин или фенилэфрин) могут применяться для уменьшения отека слизистой оболочки полости носа только в регламентированной производителем дозировке, так как при более частом использовании имеется высокий риск развития медикаментозного ринита [14].

Инвазивные методы сокращения нижних носовых раковин могут быть эффективными, но большинством авторов они не рекомендуются к широкому применению, так как дифференцировать вазомоторный ринит, аллергический ринит и острый синусит у беременных часто бывает затруднительно [10].

Под нашим наблюдением находились 49 беременных с вазомоторным ринитом в возрасте от 19 до 39 лет. Все пациентки были разделены с учетом срока гестации на три группы.

1-ю группу (I триместр) составили 25 пациенток в среднем возрасте $24,67 \pm 4,12$ года, на сроке беременности от 8 до 12 недель.

Во 2-ю группу (II триместр) вошли 14 беременных, средний возраст $22,17 \pm 4,03$ года, срок гестации 16–22 недель.

Средний возраст 10 пациенток в 3-й группе (III триместр) составил $25,23 \pm 4,21$ года, срок беременности 29–38 недель.

Все беременные имели нормальное анатомическое строение полости носа и до беременности затруднения носового дыхания не отмечали.

Все три группы исследуемых беременных пациенток получали комплексное лечение вазомоторного ринита, состоящее из ирригационной терапии полости носа и носоглотки (стерильная гипертоническая натуральная морская вода), топических кортикостероидов (будесонид), местных деконгестантов (оксиметазолин или фенилэфрин), физиотерапии (лекарственный электрофорез с хлористым кальцием и сульфатом цинка). Во всех трех группах отмечалось достоверное улучшение носового дыхания до окончания срока гестации.

Анализ литературных данных и наши собственные исследования позволяют рассматривать вазомоторный ринит у беременных как фактор,отягощающий течение беременности. Проблемой медикаментозной терапии вазомоторного ринита у беременных является ограничение в использовании абсолютно всех лекарственных средств группы А, так как все они имеют сколь угодно минимально значимые, но побочные эффекты. Поэтому при подборе схемы лечения вазомоторного ринита была учтена степень значимости гипоксии для беременной и плода при явлениях назальной обструкции. Адекватное симптоматическое улучшение течения данной патологии можно достичь лишь при соблюдении комплексности лечения.

Уточнение патогенеза этого заболевания необходимо для прогнозирования развития указанного состояния. Отсутствие абсолютного метода лечения вазомоторного ринита у беременных в плане эффективности и безопасности стимулирует на дальнейший поиск безопасных препаратов и адекватных методик.



ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф Дж. Манн. Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности // Рос. ринология. – 1997. – № 3. – С. 8–9.
2. Джаббаров К. К., Муминов А. И. Особенности течения и лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у беременных // Вестн. оторинолар. – 1993. – № 5–6. – С. 42–45.
3. Зарицкая И. С. Особенности медикаментозной терапии ЛОР-заболеваний во время беременности // Рос. ринология. – 2008. – № 2. – С. 71–80.
4. Мари Р., Греннер Д., Мейес П. Биохимия человека. – М.: Мир, 2004. – 414 с.
5. Носуля Е. В., Шульга И. А., Зубова Е. В. Специфический диагностический критерий ринита беременных // Рос. ринология. – 2011. – № 1. – С. 25–27.
6. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения. – СПб., 2006. – 406 с.
7. Черных Н. М. Ринит беременных // Рос. ринология. – 2008. – № 4. – С. 31–33.
8. Шульга И. А., Лашев Ю. В., Карпухин В. М. Динамика изменения носового дыхания у беременных // Там же. 2006. – № 3. – С. 11–12.
9. Яковлев В. П., Яковлев С. В. Рациональная антимикробная фармакотерапия. – М.: Литтерра, 2004.
10. Ellegard E. K. Special considerations in the treatment of pregnancy rhinitis // Womens Health (Lond Engl). – 2005, Jul. N 1(1). – P. 105–114.
11. Ellegard E. K. Pregnancy rhinitis // Immunol. Allergy Clin. North Am. – 2006. – Vol. 26, N 1. – P. 119–135.
12. Rhinitis in pregnancy / Gani F. [et al.] // Eur. Ann. Allergy Clin. Immunol. – 2003. – Vol. 35, N 8. – P. 306–313.
13. The human respiratory nasal mucosa in pregnancy. An electron microscopic and histochemical study / H. Topozada [et al.] // J. Laryngol/Oto. – 1982. – N 96. – P. 613–626.
14. Treating common problems of the nose and throat in pregnancy: what is safe / P. V. Vlastarakos [et al.] // Eur. Arch. Otorhinolarygol. – 2008. – Vol. 256. – P. 499–508.

Вертоголов Александр Евгеньевич – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-904-641-16-41, e-mail: dr.vertogolov@gmail.com

УДК: 616.22-006.6-033.2

ОСОБЕННОСТИ ШЕЙНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

В. В. Виноградов¹, С. С. Решульский¹, М. Г. Давыдова¹, К. Г. Джафаров²

FEATURES NECK DISSECTION IN TREATMENT OF METASTATIC CANCER OF THE LARYNX AND HYPOPHARYNX

V. V. Vinogradov, S. S. Reshulskiy, M. G. Davydova, K. G. Jafarov

¹ ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

² ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава»
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)

Основное лечение больных метастатическим раком гортани и гортаноглотки хирургическое, включающее в себя операцию на первичном очаге и зонах регионарного метастазирования. При наличии метастазов с индексами N₂ и N₃ шейная лимфодиссекция может иметь различный объем, быть модифицированной, радикальной или расширенной и обязательно дополняется лучевой или лекарственной терапией. Проведение указанных дополнительных методов лечения до операции неблагоприятно сказывается на организме пациента и ухудшает ближайшие результаты лечения. Поэтому актуальным является вопрос о переносе лучевой и лекарственной терапии на послеоперационный период.

Ключевые слова: рак гортани и гортаноглотки, метастазы, шейная лимфодиссекция, химиотерапия.

Библиография: 5 источников.

Basic treatment of patients with metastatic cancer of the larynx and hypopharynx is surgery, including operations on the primary focus areas of regional and metastatic spread. In the presence of metastases index