



УДК: 616. 211–002.2–08–039.73

ВАРИАНТЫ ТОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Г. Д. Тарасова, Т. В. Бурмистрова, О. В. Зайцева,
С. Н. Авдеева, О. В. Гончарова, П. Г. Протасов

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

Среди хронических форм ринита наиболее распространенной является гипертрофическая, которая нередко обусловлена длительным течением инфекционного процесса в полости носа. Среди взрослого населения течение инфекционного ринита не всегда приводит к выраженной симптоматике, да и больные редко жалуются. При этом у них имеет место, развивающееся исподволь, затруднение носового дыхания, к которому они привыкают и уже не считают нарушенным, а значит и не обращаются к врачу. Помимо этого, у таких пациентов имеет место умеренное количество слизистого отделяемого из полости носа, которое чаще не проявляется ринореей, а стекает по задней стенке глотки, так как воспаление в основном локализуется в задних отделах носа. Многолетнее течение такого процесса, протекающего без лечения, сопровождающегося периодическими обострениями, во время которых пациенты нередко прибегают к продолжительному использованию топических деконгестантов, приводит к развитию стойкой гипертрофии слизистой оболочки и, прежде всего, в области носовых раковин. К этому времени дыхание больного становится более затрудненным, что вынуждает его обращаться к оториноларингологу. Могут иметь место расстройства обоняния и синуситы. Специалист в такой ситуации ставит диагноз гипертрофического или вазомоторного ринита и нередко использует различные, чаще инвазивные, вмешательства (например, УЗД носовых раковин, подслизистая вазотомия и т. п.). Но всего этого можно было бы избежать, если начать терапию ещё в начальный период развития инфекционного ринита [2, 4, 8, 11].

В детском возрасте подобная ситуация также имеет место и даже чаще в связи с несформировавшимися анатомо-физиологическими и иммунологическими особенностями полости носа, а также более высокой реактивностью организма ребенка.

К сожалению, распространенность хронического инфекционного и гипертрофического ринитов не изучена не только в нашей стране, но и за рубежом. В то же время решению проблем этиологии и выбора тактики их терапии посвящено немало публикаций.

Другой тоже распространенной проблемой в ринологии является атрофический ринит, который чаще развивается у людей среднего, пожилого и старческого возраста. Способствуют его формированию нарушение трофики слизистой оболочки полости носа, которое может развиваться в связи с воздействием на неё раздражающих факторов (табачный дым, загрязнение вдыхаемого воздуха, производственная пыль, испарения химических соединений и т. п.) и возрастными изменениями в организме (гормональные перестройки). Пациентов беспокоит ощущение сухости в полости носа, образование корок, иногда жжение, зуд и болезненность при дотрагивании, а также нарушение обоняния. Несмотря на длительный период изучения этого заболевания, этиотропная терапия его не разработана, а используют симптоматические средства. Данных о распространенности атрофической формы ринита мы не смогли получить в доступной нам литературе.

В арсенале терапии инфекционного и атрофического ринита часто используют топические антибактериальные средства, ирригационный метод, введение мазей, содержащих антибактериальные средства и другое [7, 10]. Однако нет универсального метода терапии этих заболеваний полости носа.

Настоящее состояние проблемы требует дальнейшей её разработки и усовершенствования тактики терапии и профилактики наиболее распространенных хронических форм ринита.

Цель исследования – в условиях простого открытого контролируемого исследования установить сравнительную терапевтическую эффективность и переносимость ирригационной терапии солевыми растворами и мази «Пиносол®» у пациентов, страдающих инфекционным и атрофическим ринитом.



Мазь для носа «Пиносол®» представляет собой смесь эфирных масел (чабреца, эвкалипта и сосны обыкновенной) и чистых натуральных субстанций (ментол) в комбинации с витамином Е на мазевой основе. Вспомогательными веществами, входящими в состав мази являются: бутилгидроксианизол, лабрафил М, белый воск, вазелин белый. Составляющие препарата благодаря своей биологической активности обладают противовоспалительным и стимулирующим эпителизацию действием. Мазь бесцветная с характерным нерезким запахом. В условиях *in vitro* установлена высокая антибактериальная активность в отношении клинически важных штаммов микробов, характерных для верхних дыхательных путей. В доклинических исследованиях была выявлена низкая токсичность, хорошая переносимость и благоприятное местное иммуномодулирующее действие препарата на слизистую оболочку [6, 9].

Материалы и методы. В исследование были включены 30 пациентов основной и 30 – контрольной группы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов основной и контрольной групп по полу, возрасту и форме заболевания

	Основная группа	Контрольная группа
Мужчины	14	13
Женщины	16	17
Дети	8	10
Взрослые	22	20
Средний возраст	26,4	25,6
Инфекционный ринит	17	16
Атрофический ринит	13	14

Критериями включения явились больные обоего пола в возрасте от 4 до 65 лет, страдающие атрофическим и инфекционным ринитом. [АР, ИР]

Критериями исключения в исследование были больные: страдающие гнойной формой синусита, аллергическим ринитом в стадии обострения; принимающие топические деконгестанты и местно средства, содержащие масла, а также препараты для увлажнения (типа «Аква Марис», «Аквалор» и т.п.); получавшие топические препараты подобного действия в течение предыдущих 10 суток; с наличием аллергии к растениям; в состоянии, характеризующимся высоким риском смертельного исхода. Кроме того, к критериям исключения отнесли: участие пациента в другом клиническом исследовании на протяжении последних 4-х недель; людей, использующих системную гормональную терапию; личности нейропатические и страдающие алкоголизмом, лекарственной или наркотической зависимостью, психическими заболеваниями; донорство или потерю крови более 500 мл в течение последних двух месяцев; а также отказ от участия в исследовании.

До начала терапии, а также во время её проведения отмечали объективные (цвет слизистой оболочки полости носа, наличие и характер отделяемого, состояние обоняния и носового дыхания, вид и количество корок) и субъективные (наличие и характер выделений из полости носа, ощущение сухости, жжения, зуда и корок; болезненности при дотрагивании до носа, нарушение обоняния и дыхания через нос) симптомы заболевания. Выраженность их проявлений оценивали по 4-х балльной шкале: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – значительно выражен. Эту оценку в баллах заносили в дневник, который пациенты вели на протяжении всего курса терапии.

Исследование включало: регистрацию жалоб пациентов, результаты общего и оториноларингологического осмотра, данные микробиологического и цитологического (риноцитограмма) исследования отделяемого полости носа (до начала и в конце курса терапии).

Терапия пациентов основной группы включала введение в передние отделы полости носа соразмерного количества (около 0,5 см) мази «Пиносол®» 3–4 раза в сутки чаще с помощью готовых палочек с ватными тампонами. Больным рекомендовали после введения препарата



прижать указательным пальцем крыло носа к перегородке и сделать при этом пальцем массирующее движение. Курс терапии составил 14 дней.

В контрольной группе пациенты использовали ирригацию полости носа, применяя готовые солевые растворы. Их вводили в нос 2 раза в сутки курсом 14 дней.

Контроль терапевтической эффективности осуществляли на основании констатации объективной симптоматики (риноскопическая картина, снижения выраженности проявления заболевания, укорочения продолжительности болезни) и изменения субъективного состояния пациента (жалоб на зуд, жжение, сухость и наличие выделений или корок в полости носа, а также болезненности при дотрагивании, состоянии обоняния, степени затруднения носового дыхания и общего самочувствия больного).

Всю полученную информацию и сведения о переносимости и восприятии препарата регистрировали в индивидуальных протоколах ведения больных. Фиксировали также все нежелательные и аллергические реакции на препарат и комплаентность.

Забор материала для микробиологического исследования осуществляли ватными тампонами со слизистой оболочки среднего носового хода, выделяли чистые культуры и проводили идентификацию микроорганизмов по стандартной методике [1, 3].

Назальный секрет для цитологического исследования собирали из обеих половин носа на предметное стекло с помощью ватника. Препарат окрашивали отдельным методом красителями эозином и азуром. Подсчитывали не менее 200 клеточных элементов и определяли процентное содержание нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, эпителиальных клеток, наличие гранул [6]. Исследование больным проводили дважды: до и после курса терапии.

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью программы статистической обработки STATISTICA 6.0, электронных таблиц Microsoft Excel. Для обработки порядковых данных использовали непараметрические методы статистики.

Результаты исследования

Тяжесть общего состояния и местной симптоматики АР и ИР у пациентов основной и контрольной групп была почти идентичной (рис. 1–6). Так, среди больных, страдающих АР основной группы, наиболее были выражены симптомы зуда, жжения, болезненности при дотрагивании до носа, у 3 (23,1 %) имело место умеренное периодическое нарушение обоняния, у 4 (30,8 %) отмечено умеренное затруднение носового дыхания, что можно объяснить наличием корок на слизистой оболочке полости носа. В контрольной группе – нарушение обоняния отмечали у 4-х человек с АР, а затруднение дыхания – у 5 больных. Следует отметить, что у 9 (69,2 %) больных АР основной и у 10 (71,4 %) пациентов контрольной группы имелись жалобы на рецидивирующие носовые кровотечения.

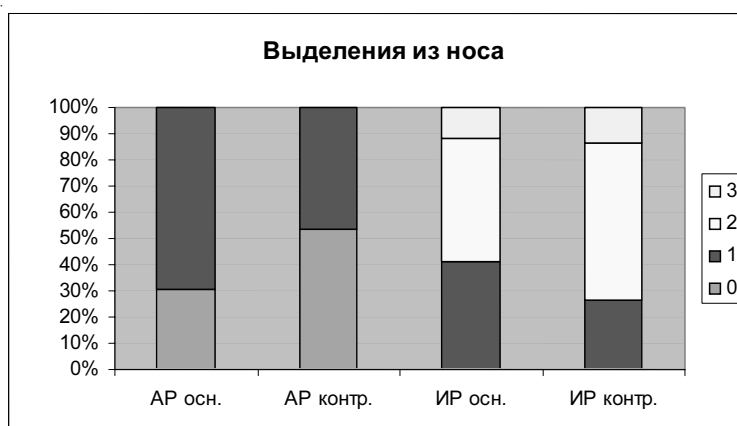


Рис. 1. Балльная оценка выраженности выделений из носа при вступлении в исследование больных основной и контрольной групп.

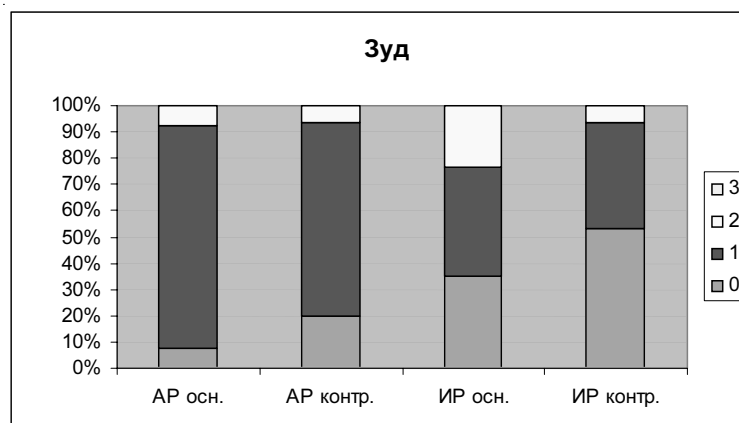


Рис. 2. Балльная оценка выраженности зуда носа при вступлении в исследование больных основной и контрольной групп.

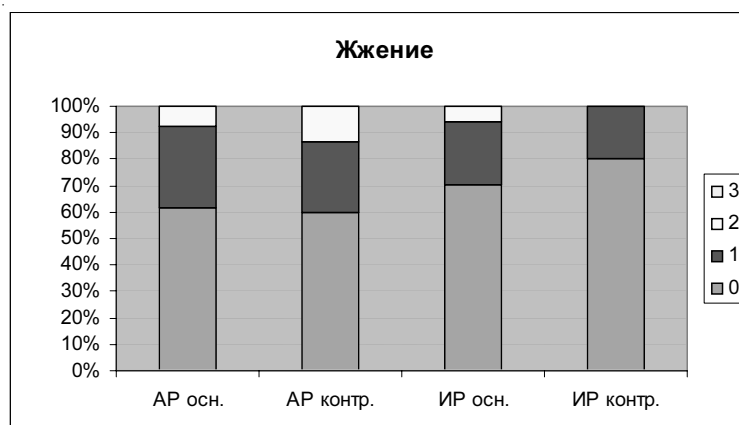


Рис. 3. Балльная оценка выраженности жжения при вступлении в исследование больных основной и контрольной групп.

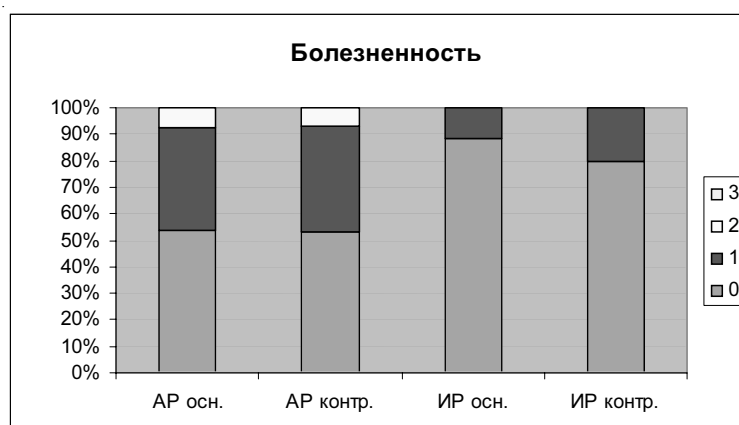


Рис. 4. Балльная оценка выраженности болезненности при вступлении в исследование больных основной и контрольной групп.

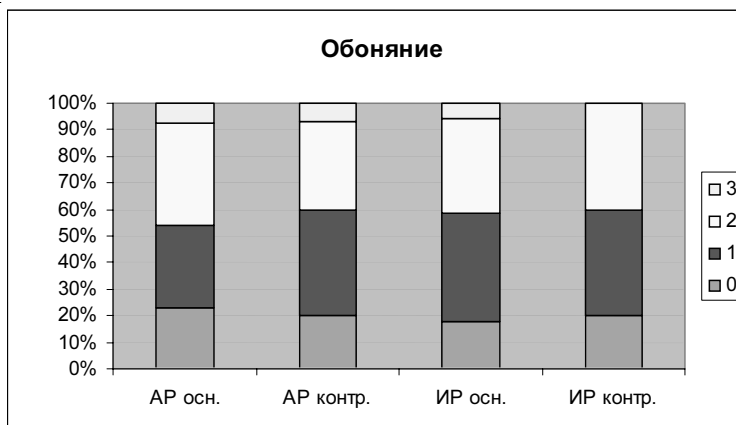


Рис. 5. Балльная оценка выраженности нарушения обоняния при вступлении в исследование больных основной и контрольной групп.

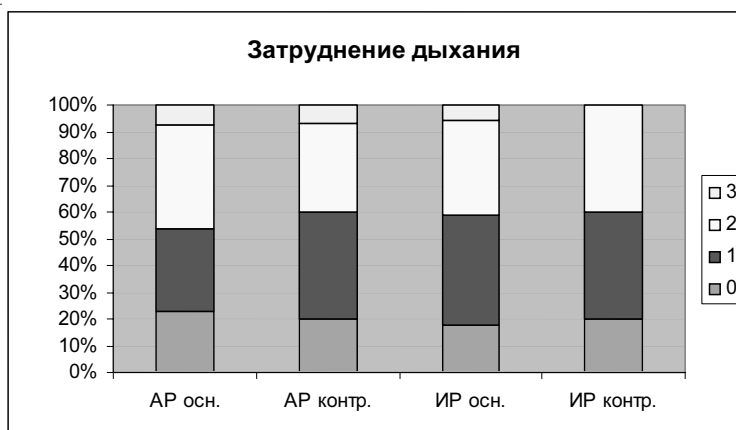


Рис. 6. Балльная оценка степени затруднения носового дыхания при вступлении в исследование больных основной и контрольной групп.

Для местной клинической картины ИП у больных основной группы было характерно наличие у всех патологического отделяемого в полости носа, причем у 7 (41,2 %) из них количество выделений было умеренное, а у 2 (11,8 %) – выраженное. Степень затруднения носового дыхания у 10 (58,8 %) оценивали как умеренную и лишь у 2 (11,8 %) – значительную. У пациентов контрольной группы - значительное количество выделений из полости носа отмечено у 5 человек, а выраженное затруднение носового дыхания имело место у 3-х пациентов.

При вступительном микробиологическом обследовании у 5 (38,5 %) больных с АР и у 4 (23,5 %) – с ИП в основной группе в мазке из полости носа не была выявлена патологическая флора. В контрольной группе отсутствие патогенной флоры отмечено у 5 (35,7 %) пациентов с АР и у 3 (18,8 %) – с ИП. Следует отметить, что у 2 больных с АР и у 4 – с ИП была высеяна полифлора преимущественно с высокой степенью колонизации, как в основной, так и в контрольной группах. Результаты исследования микрофлоры в основной и контрольной группах отражены в таблице 2.

Анализ динамики микропейзажа полости носа в процессе лечения препаратом «Пиносол®» выявил наличие положительной тенденции по существенному снижению обсемененности патогенной флорой. Так, в основной группе при выведении из исследования у больных с АР у 3 из 4 больных отмечено полное отсутствие роста *S. aureus*, *Kl. pneumon.* – у обоих пациентов и *C. albicans*. Среди пациентов с ИП по окончании терапии установлено полное отсутствие роста *S. aureus* у 3 из 6 обследованных, *Kl. pneumon.* у 2 из 2-х больных и *H. influenzae*. Это свидетельствует о положительном действии препарата «Пиносол®» на патогенную микрофлору.



Таблица 2

Выделенные микроорганизмы из полости носа больных с АР и ИР основной и контрольной группах

Вид микроорганизма	Основная группа			Контрольная группа		
	У больных с АР	У больных с ИР	Всего:	У больных с АР	У больных с ИР	Всего:
<i>S. aureus</i>	4	6	10	4	6	10
<i>S. aureus</i> + <i>S. epiderm.</i>	-	1	1	-	1	1
<i>S. aureus</i> + <i>Kl. pneumon.</i>	2	1	3	1	3	4
<i>S. aureus</i> + <i>E. eurogenos.</i>	-	1	1	1	-	1
<i>S. aureus</i> + <i>H. infl.</i>	-	1	1	-	-	0
<i>E. eurogenos.</i>	-	-	0	-	1	1
<i>Kl. pneumon.</i>	2	2	4	-	1	1
<i>H. influenzae</i>	-	1	1	1	1	2
<i>S. epidermid.</i>	1	2	3	2	1	3
<i>C. albicans</i>	1	-	1	1	1	2
Другие	-	-	-	1	0	1
Нет флоры	3	2	9	3	2	5

В контрольной группе, где пациенты использовали «Аква Марис» или «Аквалор», при выведении из исследования у больных с АР у 2 из 4 больных отмечено полное отсутствие роста *S. aureus*, *S. epidermid.* у обоих пациентов и *C. albicans*. В группе пациентов, страдающих ИР, установлено полное отсутствие роста *S. aureus* у 2 из 6 обследованных и при выделении *Cl. pneumon.* и *H. Influenzae* до начала наблюдения. Кроме того, полученные данные по состоянию микропейзажа можно расценивать как снижение обсемененности слизистой оболочки полости носа в этой группе.

При цитологическом обследовании отмечено, что для АР характерным было значительное количество клеток (среднее число – 44,8) в виде пластов по сравнению с их количеством (среднее число – 29,2) у больных с ИР как в основной, так и в контрольной группах, что свидетельствует о течении процессов десквамации в слизистой оболочке при АР.

В течение курса ирригации раствором «Аква Марис» или «Аквалор» существенных изменений в клеточном составе назального секрета, как при АР так и при ИР выявлено не было. А в основной группе при терапии препаратом «Пиносол®» обнаружено снижение числа эпителиальных клеток у больных с АР, что объясняется улучшением трофики слизистой оболочки полости носа.

На основании заполнения дневников больными, участвующими в исследовании, оценивали динамику симптоматики АР и ИР в основной и контрольной группах.

Так как основными характерными симптомами для АР были: зуд, сухость, болезненность при дотрагивании, жжение, нарушение обоняния и затруднение дыхания; то мы, прежде всего, учитывали именно их динамику в процессе терапии больных этой группы. У пациентов с ИР особое внимание в течение курса лечения обращали на симптомы, присущие их заболеванию (выделения, нарушение обоняния и затруднение носового дыхания). В таблице 3 приведены результаты изменения состояния больных в соответствие с заполненными ими дневниками в течение курса лечения. При этом указаны дни существенного изменения симптома в лучшую сторону.



Таблица 3

Данные об изменении симптомов АР и ИР у больных основной и контрольной групп в процессе лечения (указаны дни от начала терапии, на которые установлено значительное улучшение состояния или симптома по сравнению с 1-м днём)

Симптом	Основная группа		Контрольная группа	
	Больные с АР	Больные с ИР	Больные с АР	Больные с ИР
Зуд	5*	6*	8*	9*
Боль при дотрагивании	7*	6*	8	10*
Сухость	5*	10*	6	10
Жжение	4*	7*	10*	8
Нарушение обоняния	4*	3*	7*	11*
Выделения	4*	4*	12*	12*
Затруднение носового дыхания	5*	3*	8*	11*

Примечания: – статистически достоверные изменения по бальной оценке симптома пациентом в дневнике ($p < 0.05$, использовали метод Уилкоксона для зависимых переменных).

По полученным результатам видно, что симптоматика АР в основной группе статистически достоверно изменялась в лучшую сторону по отношению к моменту вступления в исследование в среднем 5-му дню терапии, а в контрольной группе – к 8-му дню. Клинические проявления ИР статистически достоверно уменьшались в процессе лечения в основной группе в среднем к 3-му дню, а в контрольной группе – к 11-му. Следовательно, терапия мазью «Пиносол®» значительно эффективнее и более выражена в отношении ИР, очевидно за счёт основных свойств. У больных с АР особенно благоприятным воздействием мази оказалось ее смягчающее действие на образующиеся корки, что снимало ощущения зуда, жжения, боли и сухости (рис. 7–12). Следует отметить, что чувство влажности слизистой оболочки после введения мази обычно сохранялось в течение 5–6 часов.

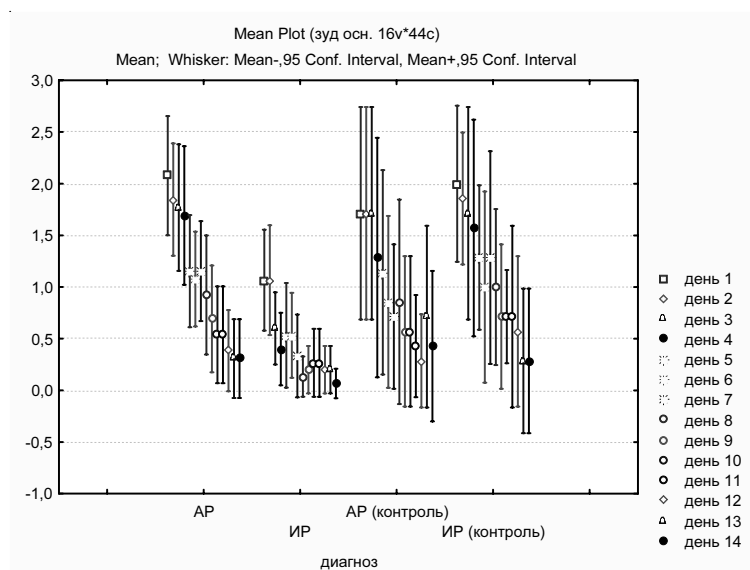


Рис. 7. Сравнительная динамика наличия зуда в процессе терапии на основании бальной оценки в дневниках больными АР и ИР основной и контрольной групп.

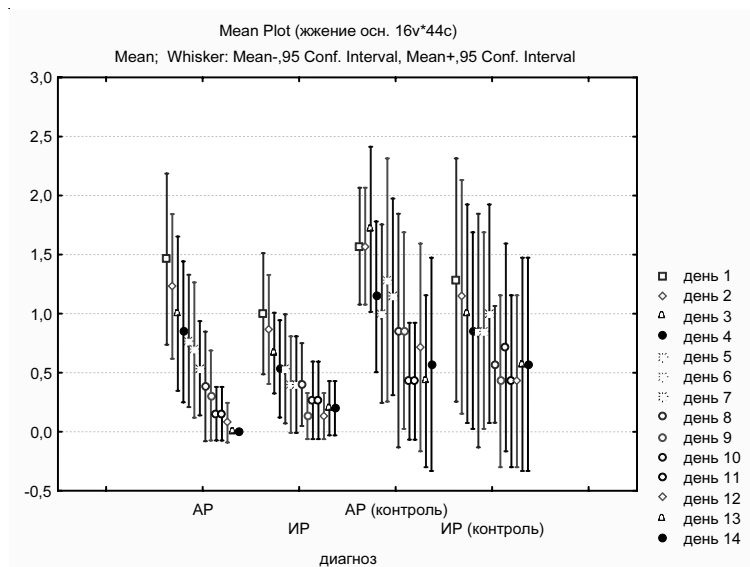


Рис. 8. Сравнительная динамика наличия жжения в процессе терапии на основании балльной оценки в дневниках больными АР и ИР основной и контрольной групп.

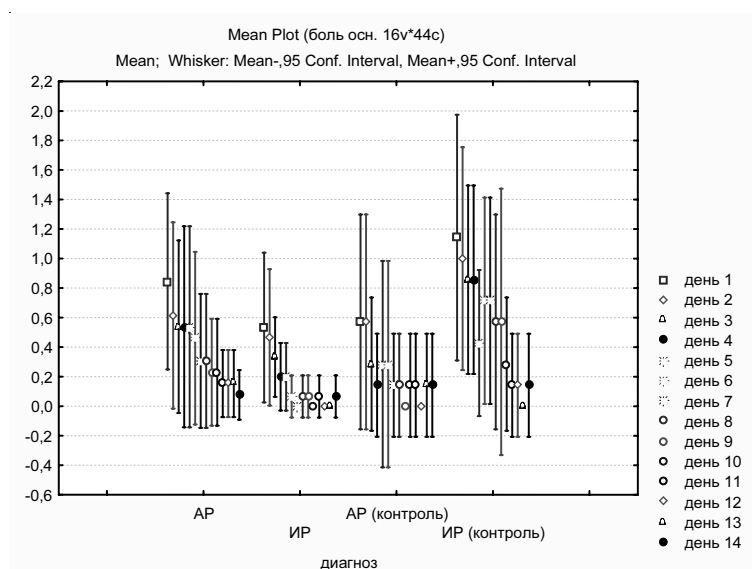


Рис. 9. Сравнительная динамика наличия болезненности в процессе терапии на основании балльной оценки в дневниках больными АР и ИР основной и контрольной групп.

За время наблюдения снизилась частота рецидивирования носовых кровотечений как у больных основной, так и в контрольной групп.

Характерным является то, что большинство пациентов при катamnестическом наблюдении периодически самостоятельно проводили курсы лечения мазью «Пиносол®» в периоды обострения заболевания.

К побочным реакциям, отмеченным при использовании мази, можно отнести чихание после введения, неприятные вкусовые ощущения через некоторое время после введения препарата. Однако они не были серьезными и не отражались на качестве жизни пациентов.

Таким образом, исследованный препарат мазь «Пиносол®» дополняет спектр лекарственных средств, которые рационально использовать для симптоматической терапии хронического воспаления слизистой оболочки полости носа, как инфекционного и атрофического ринита, как в амбулаторной, так и в клинической ЛОР практике.

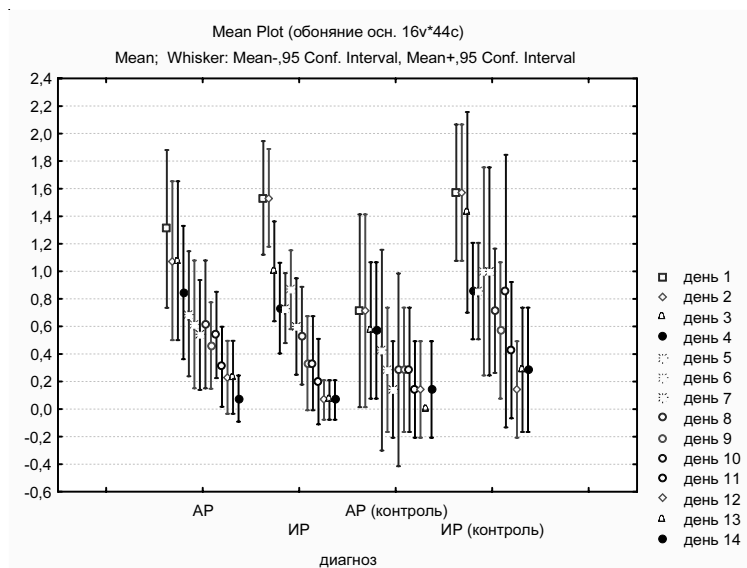


Рис. 10. Сравнительная динамика состояния обоняния в процессе терапии на основании балльной оценки в дневниках больными АР и ИР основной и контрольной групп.

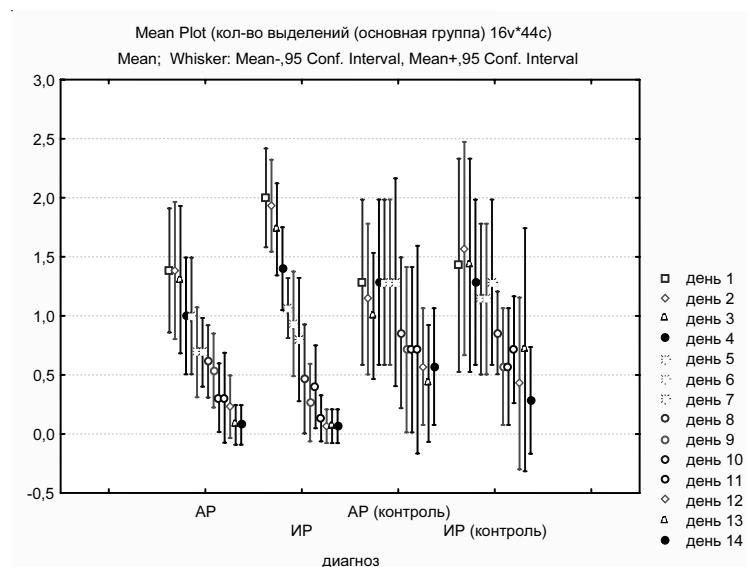


Рис. 11. Сравнительная динамика наличия выделений из носа в процессе терапии на основании балльной оценки в дневниках больными АР и ИР основной и контрольной групп.

Выводы:

При микробиологическом обследовании больных, страдающих атрофическим и/или инфекционным ринитом, выявлено почти идентичное обсеменение полости носа патогенной микрофлорой, что свидетельствует о течении у них воспалительного инфекционного процесса.

Микробиологическое исследование назального секрета выявило высокую степень колонизации при выраженном видовом разнообразии патогенной флоры у больных атрофическим и/или инфекционным ринитом.

Цитологическое исследование назального секрета в динамике исследования при терапии препаратом «Пиносол®» показано снижение числа пластов эпителиальных клеток у больных с атрофическим ринитом, что, по-видимому, можно объяснить улучшением трофики слизистой оболочки полости носа.

Назальная мазь «Пиносол®» может быть использована при лечении больных с атрофическим ринитом, так как способствует улучшению трофики слизистой оболочки полости носа и быстро устраняет симптомы заболевания.

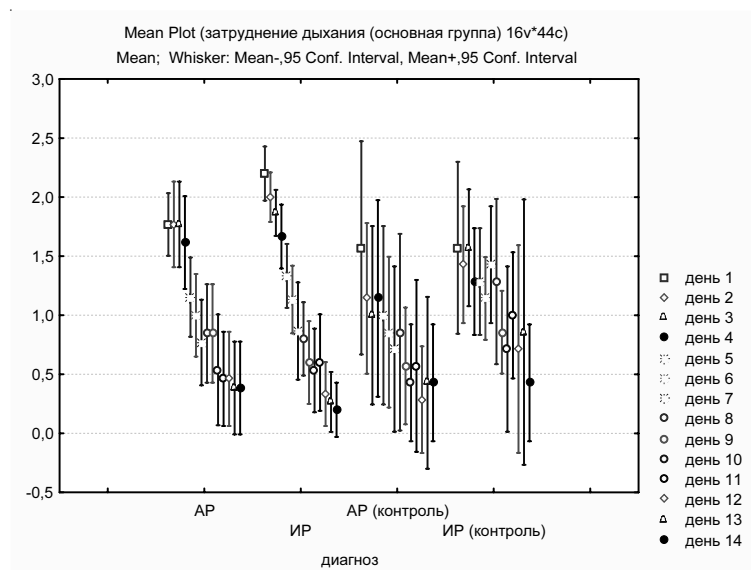


Рис. 12. Сравнительная динамика степени затруднения носового дыхания в процессе терапии на основании балльной оценки в дневниках больными АР и ИР основной и контрольной групп.

Использование мази «Пиносол®» при инфекционном рините целесообразно, так как обнаружено её действие, способствующее быстрому и выраженному снижению клиники заболевания, за счёт антибактериального действия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ирригационный метод терапии аллергических ринитов. Тарасова Г. Д., Юнусов А. С., Мокроносова М. А. и т.д. // Рос. оторинолар., 2002, № 2 (2), С. 105–108
2. Колобухина Л. В. Многоликая простуда / Колобухина Л. В., Тарасова Г. Д., М.: МЦФЭР, 2005. – 144 с.
3. Микрофлора слизистой носа при аллергическом круглогодичном и инфекционном ринитах. Романенко Э. Е., Батуро А. П., Мокроносова М. А. и др. // Журн. микроб., 2003, № 3, с. 66–71.
4. Нурмухаметов Р. А. Сосудосуживающие средства (деконгестанты). – Нурмухаметов Р. А. – Consilium provisorum. – 2001. – №1(1). С. 21–23.
5. Шебова И. Опыт клинического применения препаратов Пиносол крем и Пиносол мазь. Шебова И., Мудрак Ю. Словакофарма ревю, 1996, т. 1У, № 4, С. 100–104.
6. Эксфолиативный цитологический анализ в дифференциальной диагностике заболеваний ЛОР-органов. Протасов П. Г., Тарасова Г. Д., Мокроносова М. А. и др. Пособие для врачей, М., 2006, 31 с.
7. Bachmann G.. Effect of irrigation of the nose with isotonic saline solution on adult patients with chronic paranasal sinus disease. Bachmann G., Hommel G., Michel O. Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2000; 257:537–541.
8. Jones N. S. Current concepts in management of paediatric rhinosinusitis. Jones N. S., J Laringol Otol 1999; 113: 1–9
9. Kamenska R. Dovodova spara Pinosol. Kamenska R. Vyskumny ustav lieciv, Modra, 1986, 17 p.
10. Tomooka L. T. Clinical study and literature review of nasal irrigation. Tomooka L. T., Murphy C., Davidson T. M. Laryngoscope 2000; 110:1189–1193.
11. Wilson R.. The biology of bacterial colonization and invasion of the respiratory mucosa Wilson R., Dowling R. B., Jackson A. D.. // Eur. Respir. J. – 1996, – Vol. 30. – p. 289–289.