

<https://doi.org/10.17116/otorino20188305159>

Иновационные технологии полного объемного промывания полости носа в лечении аллергического и вазомоторного ринитов

Д.м.н., проф. В.А. ДРОБЫШЕВ¹, д.м.н., проф. Л.А. ШПАГИНА², д.м.н. С.А. КАРМАНОВСКАЯ², И.Г. ЗАЙЦЕВА²

¹Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации (зав. кафедрой — д.м.н., проф. Л.А. Шпагина) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Красный проспект, 52, Россия; ²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница №2» (главный врач — Л.А. Шпагина), Новосибирск, ул. Ползунова, 21, Россия

Обследованы 60 мужчин и женщин (средний возраст 26,2±2,4 года) с ринитами, в том числе 30 человек (18 женщин и 12 мужчин) 20—45 лет с верифицированным диагнозом персистирующего аллергического ринита и 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин) 18—35 лет (средний возраст 22,5±1,7 года) — с нейровегетативной формой хронического вазомоторного ринита в фазе обострения, получавших базисную терапию антигистаминными препаратами II поколения, стабилизаторами мембран тучных клеток и деконгестантами, разделенных методом случайной выборки на 4 группы: 1А (20 пациентов с аллергическим ринитом) и 2А (20 пациентов с вазомоторным ринитом) получали в течение 30 дней в дополнение к базисной терапии процедуры промывания полости носа устройством Долфин; в группах 1В (10 пациентов с аллергическим ринитом) и 2В (10 пациентов с вазомоторным ринитом) проводилось только базовое лечение. К окончанию лечебного курса выраженность симптома «затруднение носового дыхания» у пациентов в группах 1А и 2А уменьшилась в 2,6 раза и соответствовала критерию «незначительное нарушение», тогда как в группе 1В снизилась только в 1,3 раза, а в 2В — изменения не были значимы и соответствовали «умеренно выраженному нарушению». Проявления ринореи после терапии снизились в группе 1А в 2,0 раза, а в группе 2А — в 1,7 раза, что расценивалось как «незначительная выраженность симптома», тогда как в группах 1В и 2В выявлялась лишь тенденция к улучшению. По завершении периода наблюдения выраженность симптома «чиханье» сократилась у пациентов в группе 1А в 4,0 раза, в группе 2А — в 3,3 раза и соответствовала «отсутствию нарушения», в то время как в группах 1В и 2В изменения оказались меньшими в 3,0 и 2,7 раза соответственно. По окончании лечебного курса у пациентов в группе 1А обоняние восстановилось, в группе 2А степень выраженности нарушений обоняния сократилась в 3,0 раза, тогда как в группе 1В — только в 1,2 раза, а в группе 2В — не изменилась. Согласно визуальной аналоговой шкале (ВАШ), на фоне лечения, оптимизированного промыванием носа устройством Долфин, наибольшее снижение нарушений бытовой жизнедеятельности было выявлено у пациентов с аллергическим ринитом — в 2,9 раза. После лечения влияние симптомов ринита на нарушение ночного сна снизилось в группах 1А и 2А в 1,9 раза, в то время как в группах 1В и 2В — только в 1,3 раза. Применение процедуры промывания носа устройством Долфин в терапии аллергического и вазомоторного ринитов способствовало уменьшению частоты использования интраназальных сосудосуживающих препаратов к 10-му дню наблюдения в 1,8 и 1,6 раза соответственно, а к 15-му дню — в 2,3 и 2,4 раза соответственно. В группах стандартного лечения (1В и 2В) достоверное снижение частоты применения деконгестантов отмечалось только через 15 дней лечения. Таким образом, включение полного объемного промывания полости носа устройством Долфин в лечение пациентов с персистирующим аллергическим ринитом и нейровегетативной формой хронического вазомоторного ринита способствует уменьшению клинической симптоматики, снижает выраженность нарушений бытовой жизнедеятельности и частоту использования деконгестантов, улучшает ночной сон пациентов.

Ключевые слова: аллергический персистирующий ринит, нейровегетативная форма хронического вазомоторного ринита, элиминационная терапия, Долфин, ринорея, нарушение обоняния, чиханье, заложенность носа.

Innovative technology full volume lavage of the nasal cavity in the treatment of allergic and vasomotor rhinitis

V.A. DROBYSHEV¹, L.A. SHPAGINA², S.A. KARMANOVSKAYA², I.G. ZAITSEVA²

¹Novosibirsk State Medical University, st. Krasny Prospekt, d. 52, Novosibirsk, Russia, Russia; ²SBAH NR «City clinical hospital №2», Novosibirsk, ul. Polzunova, 21, Russia

Viewed 60 men and women (mean age 26.2±2.4 years) with rhinitis, including: 30 people (18 women and 12 men) 20—45 years with verified diagnoses of persistent allergic rhinitis and 30 patients (16 males and 14 females) 18—35 years (mean age 22.5±1.7 years) — neurovegetative form of chronic vasomotor rhinitis in the phase of exacerbation, receiving basic therapy with antihistamines of the II generation, stabilizers of membranes of mast cells and decongestants, divided by random sampling into 4 groups: 1A (20 patients with allergic rhinitis) and 2A (20 patients with vasomotor rhinitis) were received within 30 days in addition to the basic therapy of the nasal cavity washing procedure with the device Dolphin; in the groups 1B (10 patients with allergic rhinitis) and 2B (10 patients with vasomotor rhinitis) only basic treatment was carried out. By the end of the treatment course, the severity of the symptom «difficulty in nasal breathing» in patients in groups 1A and 2A, decreased 2.6 times and met the criterion of «minor violation», while in groups 1B—decreased only 1.3 times, and in 2B—changes were not significant and corresponded to «moderate violation». Manifestations of rhinorrhea after therapy decreased in the group of 1A 2.0 times,

and in the group of 2A 1.7 times, which was regarded as «a slight manifestation of the symptom», whereas in the groups of 1B and 2B only a tendency to improve was revealed. At the end of the follow — up period, the severity of the symptom «sneezing» decreased in patients in group 1A by 4.0 times, in group 2A-3.3 times and corresponded to «no disturbance», while in groups 1B and 2B changes were less than 3.0 and 2.7 times respectively. At the end of the treatment course in patients in groups 1A sense of smell was restored in the group 2A —the degree of severity of olfaction decreased 3.0 times, while in the group of 1B-only 1.2 times, and in the group of 2B-has not changed. According to the visual analog scale (VAS), on the background of treatment optimized by nasal lavage with the device Dolphin complex, the greatest decrease in the degree of violations of household activity was revealed in patients with allergic rhinitis — 2.9 times. After treatment, the effect of rhinitis symptoms on sleep disturbance decreased in groups 1A and 2A 1.9 times, while in groups 1B and 2B — only 1.3 times. The use of nasal lavage with device Dolphin complex in the treatment of allergic and vasomotor rhinitis contributed to a decrease in the frequency of use of intranasal vasoconstrictive drugs by the 10th day of observation by 1.8 and 1.6 times, respectively, and by the 15th day-by 2.3 and 2.4 times, respectively. In the groups of standard treatment (1B and 2B) revealed a significant reduction in the frequency of decongestants was observed only after 15 days of treatment. Thus, the inclusion of a full volumetric nasal lavage with the device Dolphin complex in the treatment of patients with persistent allergic and neurovegetative form of chronic vasomotor rhinitis contributes to the reduction of clinical simtomatics, reduces the severity of violations of everyday life and the frequency of decongestants, improves night sleep of patients.

Keywords: allergic persistent rhinitis, neurovegetative form of chronic vasomotor rhinitis, elimination therapy, Dolphin, rhinorrhea, olfaction, sneezing, nasal congestion.

Актуальность

В структуре заболеваний уха, горла и носа значимое место занимают аллергический и вазомоторный риниты, которые поражают молодое население, приводят к нарушению сна, работоспособности и повседневной жизнедеятельности, снижая качество жизни пациентов [1]. В основе аллергического ринита лежит IgE-опосредованное аллергическое воспаление, реализуемое в виде реакции немедленного типа в ответ на контакт с аллергеном (пыльца растений, домашняя пыль, споры грибов и др.) и проявляющееся ринореей, заложенностью носа, чиханием и зудом в носовой полости [2]. При этом наибольшую проблему составляет для пациентов состояние персистирующего (круглогодичного) аллергического ринита [3]. Нейровегетативная форма хронической риновазопатии (вазомоторный ринит) представляет собой полиэтиологическое заболевание и проявляется отеком слизистой оболочки вследствие паретического расширения сосудов кавернозных тел носовых раковин [4, 5].

Лечение аллергического ринита включает фармакотерапию антигистаминными препаратами местного и системного действия, топическими глюкокортикоидами или их комбинацией, иммунотерапию, что при длительном применении может способствовать развитию побочных эффектов и осложнений [6, 7]. Однонаправленная ситуация отмечается и в отношении вазомоторного ринита, в лечении которого пациенты широко используют интраназальные деконгестанты, которые, обеспечивая быстрое улучшение носового дыхания, при длительном применении формируют появление медикаментозного ринита [8]. Слизистую оболочку полости носа при данном патологическом процессе отличает состояние гиперреактивности с развитием стойкого отека нижних носовых раковин на любое раздражение [9]. Как при аллергическом, так и при вазомоторном рините выявляется нарушение деятельности ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа в комбинации с нейрорефлекторным механизмом защиты (слезотечение, чихание, отек носовых раковин), что приводит к задержке пребывания на слизистых оболочках носовых ходов конгестантов [10].

Одним из мероприятий по удалению со слизистой оболочки аллергенов является элиминационная терапия, основой которой составляет механическое очищение слизистых

оболочек полости носа и глотки [11]. Удаление поступивших с вдыхаемым воздухом органических и неорганических веществ положительно влияет на состояние носовых раковин, снижая паретическую реакцию сосудов кавернозных сплетений [12]. Промывание полости носа представлено рядом методик (по Проетцу, ЯМИК-катетером и др.), которые достаточно трудоемки и требуют для проведения достаточной компетенции [13].

Современной методикой элиминационной терапии может явиться применение минерально-растительного средства Долфин, включающего комплекс минералов (галита, карналита и микроэлементов — натрий, магний, калий, йодиды, бромиды, сульфатный ион и др.) [14]. Состав раствора Долфин оказывает антисептический эффект, улучшает функцию мерцательного эпителия, способствует выработке лизоцима, интерферонов, защитной слизи бокаловидными клетками [15]. Новизна методики заключается в возможности пациента приготовить в домашних условиях фармакопейный раствор и самостоятельно проводить лечебные процедуры, не требующие привлечения медицинского работника. Обоснованием использования средства Долфин у пациентов с ринитами служит перспектива промывания всех этажей полости носа, что выгодно отличает его от аналогов [16]. В литературе недостаточно сведений об использовании методики с помощью устройства Долфин в коррекции клинических проявлений аллергического и вазомоторного ринитов, что и определило задачи исследования.

Цель исследования — оценка эффективности включения полного объемного промывания полости носа устройством Долфин в схемы лечения пациентов с персистирующим аллергическим и нейровегетативным вазомоторным ринитами в фазе обострения для коррекции клинического симптомокомплекса.

Пациенты и методы

В поликлиническом отделении ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №2» Новосибирска были обследованы 60 больных с ринитами в фазе обострения, в том числе 30 человек (18 женщины и 12 мужчин) 20—45 лет (средний возраст $27,2 \pm 2,4$ года) с верифицированным диагнозом персистирующего аллергического ринита и 30 пациентов (16 мужчины и 14 женщин) 15—35 лет (средний возраст

22,5±1,7 года) — с нейровегетативной формой вазомоторного ринита. Давность заболевания в обеих группах варьировала от 1 года до 10 лет, основными жалобами пациентов были заложенность носа, ринорея, нарушение обоняния, приступы чихания, нарушения сна, снижение профессиональной и бытовой жизнедеятельности.

Базисное лечение для всех пациентов проводилось в соответствии с протоколами ведения больных с аллергическим и вазомоторным ринитами и включало антигистаминные препараты II поколения, стабилизаторы мембран тучных клеток, деконгестанты. Локально действующие кортикостероидные спреи по различным причинам (повышенная чувствительность к препаратам, нежелание пациента использовать гормональные средства, финансовые проблемы и др.) не применялись.

Методом случайной выборки все обследованные были разделены на 4 группы, в том числе две основные: 1А (20 больных аллергическим ринитом) и 2А (20 пациентов с вазомоторным ринитом), которые в дополнение к базисной терапии получали в течение 30 дней процедуры промывания полости носа устройством Долфин ежедневно в утреннее и вечернее время. В группах сравнения — 1В и 2В, куда вошли 10 пациентов с аллергическим и 10 — с вазомоторным ринитами соответственно, — проводилось только базовое лечение. Длительность периода наблюдения составила 30 дней.

Критерии включения в исследование: 1) возраст от 18 до 45 лет; 2) наличие верифицированного диагноза персистирующего аллергического ринита или нейровегетативной формы вазомоторного ринита в фазе обострения.

Критерии исключения из исследования:

- 1) повышенная температура тела (>38 °С); эпизоды респираторной вирусной инфекции в течение 12 нед до исследования;
- 2) использование в лечебных целях в настоящее время: антибиотиков, анальгетиков, глюкокортикоидов внутрь и парентерально;
- 3) частые носовые кровотечения;
- 4) наличие значимого искривления носовой перегородки и/или полипов носа, препятствующих осуществлению элиминационной терапии;
- 5) наличие острого и хронического воспаления среднего уха (экссудативного отита и тубоотита);
- 6) низкая мотивация к участию в программе исследования;
- 7) заболевания крови, сердечно-сосудистой, иммунной, эндокринной, нервной и репродуктивной систем, желудочно-кишечного тракта, зрительные или слуховые нарушения в стадии обострения.

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в программе оздоровительных мероприятий. На проведение исследования было получено разрешение локального этического комитета ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №2» (Новосибирск).

Методы исследования

Обследование включало осмотры терапевта и оториноларинголога исходно и по окончании оздоровительного курса с проведением передней и задней риноскопии, а также заполнением стандартизованного протокола исследования. Оценка симптоматики проводилась в баллах: 0 — отсутствует, 1 — незначительная выраженность, 2 — умеренная выраженность, 3 — значительная выраженность.

Для оценки влияния симптомов ринита на сон и бытовую жизнедеятельность применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) с расчетом в сантиметрах.

Методика элиминационной терапии устройством Долфин

Перед процедурой во флакон устройства Долфин наливали 240 мл кипяченой питьевой воды (температура воды 34—36 °С) и высыпали содержимое 1 пакетика средства Долфин (2 г), содержащего, согласно прописи, галитовую, карналлитовую и иодированную поваренную соль, калий хлористый, натрий двууглекислый, сухой экстракт плодов шиповника и корня солодки. Минерально-растительные составляющие Долфина оказывают антисептическое действие на слизистую оболочку полости носа, способствуют выработке лизоцима, интерферонов, активизируют выработку защитной слизи бокаловидными клетками. После растворения средства проводили промывание носа. Если у пациента выявлялось затруднение носового дыхания, то перед процедурой закапывали в нос сосудосуживающие препараты и через 5 мин после этого проводили процедуру.

Пациент перед раковиной наклонял голову вперед под прямым углом лицом вниз. Перед промыванием больному рекомендовалось сделать глубокий вдох и задержать дыхание, затем приложить эндоназальную насадку к одной ноздре, сжимать корпус устройства, пока раствор не выливался из свободной ноздри или через носоглотку наружу. Таким же способом промывалась вторая половина носа. Процедуры проводились самим больным дважды в день (утром и вечером) в течение 30 дней.

Статистическая обработка

Для проведения статистической обработки фактического материала использовали статистический пакет Statistics 17.0. Проверку на нормальность распределения признаков проводили с использованием критериев Колмогорова—Смирнова и Шапиро—Уилка. Центральные тенденции и меры рассеяния признаков были описаны путем использования медианы (Me) и интерквартильного размаха в формате Me [LQ; UQ]. Для представленных в баллах данных применяли непараметрический U-критерий Манна—Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Совокупная оценка клинической симптоматики в группах исследования свидетельствовала о положительных изменениях в субъективной симптоматике к завершению лечебного курса (табл. 1). Так, если степень затруднения носового дыхания у пациентов в группе 1А исходно соответствовала «умеренной выраженности» нарушения, то в конце лечения значения признака в баллах уменьшились в 2,6 раза ($p=0,008$), что соответствовало «незначительной выраженности». В то же время у осмотренных в группе 1В аналогичные изменения оказались меньшими, отличаясь от группы оптимизированного лечения в 1,5 раза ($p=0,038$). Исходная выраженность симптома затруднения носового дыхания у пациентов в группе 2А оказалась на 14,3% меньше, чем у больных в группе 1А, при этом к завершению периода наблюдения значение показателя в баллах снизилось в 2,6 раза ($p=0,009$), тогда как однонаправ-

Таблица 1. Динамика субъективных симптомов у пациентов с аллергическим и вазомоторными ринитами на фоне лечения

Симптомы	Группы пациентов	Значения показателей (в баллах)	
		до лечения	после лечения
Затруднение носового дыхания	1A (n=20)	2,1 [1,9; 2,3]	0,8 [1,0; 1,4]*^
	1B (n=10)	2,3 [2,0; 2,6]	2,2 [1,6; 2,0]*
	2A (n=20)	1,8 [1,6; 2,0]	0,7 [0,6; 0,8]*^
	2B (n=10)	1,8 [1,5; 2,1]	1,5 [1,3; 1,7]
Ринорея	1A (n=20)	2,4 [2,2; 2,6]	0,8 [1,1; 1,4]*^
	1B (n=10)	1,9 [1,9; 2,5]	0,6 [1,8; 2,2]
	2A (n=20)	2,3 [1,7; 2,1]	2,1 [1,0; 1,2]*^
	2B (n=10)	2,0 [1,8; 2,2]	1,9 [1,5; 1,9]
Чиханье	1A (n=20)	0,8 [0,7; 0,9]	0,2 [0,1; 0,4]*^
	1B (n=10)	1,0 [0,6; 1,0]	0,3 [0,4; 0,8]*
	2A (n=20)	0,8 [0,7; 1,3]	0,7 [0,1; 0,5]*^
	2B (n=10)	1,1 [1,0; 1,2]	1 [0,6; 1,1]*
Нарушение обоняния	1A (n=20)	0,5 [0,3; 0,6]	—
	1B (n=10)	0,6 [0,5; 0,7]	0,1 [0,3; 0,7]
	2A (n=20)	0,6 [0,5; 0,8]	0,5 [0,1; 0,4]*^
	2B (n=10)	0,6 [0,4; 0,8]	0,6 [0,3; 0,7]

Примечание. Ме [LQ; UQ] — медиана и интерквартильный размах показателя в выборке; * — степень значимости внутригрупповых различий, $p < 0,05$; ^ — степень значимости межгрупповых различий.

Таблица 2. Динамика субъективных симптомов, препятствующих занятию повседневной деятельностью и нарушающих сон, у пациентов с аллергическим и вазомоторными ринитами на фоне лечения (по ВАШ)

Симптомы	Группы пациентов	Значения ВАШ (в см)	
		до лечения	после лечения
Нарушение повседневной жизнедеятельности	1A (n=20)	4,4±0,3	1,5±0,2*^
	1B (n=10)	4,5±0,3	1,7±0,4*
	2A (n=20)	4,4±0,3	2,3±0,2*^
	2B (n=10)	4,3±0,2	2,3±0,3*
Нарушение ночного сна прошлой ночью	1A (n=20)	0,8±0,3	0,2±0,2*
	1B (n=10)	1,2±0,3	0,6±0,4
	2A (n=20)	0,9±0,2	0,9±0,2*
	2B (n=10)	1,3±0,2	1,1±0,3

Примечание. ВАШ — визуальная аналоговая шкала (см); * — степень значимости внутригрупповых различий ($p < 0,05$); ^ — степень значимости межгрупповых различий ($p < 0,05$).

ленные изменения у пациентов в группе 2B отличались от показателей группы 2A в 2,1 раза ($p = 0,0218$).

Исходная выраженность ринореи, одного из патогномических признаков как аллергического, так и вазомоторного ринита, расценивалась у всех осмотренных как «умеренно выраженная» и превышала в группах пациентов с аллергическим ринитом таковую у пациентов с вазомоторным ринитом в 1,3 раза ($p = 0,044$). По окончании лечебного курса оказалось, что в группе 1A значение признака в баллах снизилось в 3,0 раза ($p = 0,027$), а в группе 2A — в 3,2 раза ($p = 0,032$), что классифицировалось как «незначительная выраженность».

У пациентов, получавших стандартное лечение, выявлялась лишь тенденция к снижению ринореи, при этом сумма баллов признака отставала от таковой в группах 1A и 2A, в 1,1 и 1,05 раза ($p = 0,034$ и $p = 0,027$) соответственно.

Однонаправленные изменения были выявлены в отношении симптома «чиханье», выраженность которого исходно соответствовала «незначительному нарушению», при этом у больных с вазомоторным ринитом значение признака оказалось выше, чем при аллергическом рините на 25%. К завершению периода наблюдения наилучшие ре-

зультаты были обнаружены в группе 1A, где выраженность чиханья снизилась в 4,0 раза ($p < 0,001$), тогда как в группе 2A — в 3,3 раза ($p = 0,003$), что приближалось к значению «отсутствие нарушения». В группах 1B и 2B изменения носили значимый характер, но отличались в меньшую сторону от аналогичных сдвигов в группах с лечением, оптимизированным элиминационной терапией, в 3,0 и 2,7 раза ($p = 0,011$ и $p = 0,018$) соответственно.

Если исходная оценка симптома «нарушение обоняния» у обследованных пациентов соответствовала «незначительной выраженности», то к завершению лечебного курса в группе 1A обоняние восстановилось у всех пациентов, а в группе 2A сократилось по выраженности в 6,0 раза ($p = 0,014$). В то же время у пациентов с аллергическим ринитом в группе 1B выраженность нарушения обоняния снизилась в 1,2 раза ($p > 0,05$), а у обследованных с вазомоторным ринитом из группы 2B не изменилась.

Подтверждением эффективности включения в лечебные схемы элиминационной терапии явились результаты оценки симптомов ринита, препятствующих занятию повседневной деятельностью или нарушающих сон прошлой ночью, по данным ВАШ (табл. 2).

Таблица 3. Частота применения деконгестантов пациентами с аллергическим и вазомоторным ринитами в динамике лечения (раз/день)

Группы пациентов	Период наблюдения		
	исходно	15-й день	30-й день
1А (n=20)	3,5 [3,1; 3,9]	2,0 [1,7; 2,3]*	1,5 [1,2; 1,8]*
1В (n=10)	3,4 [3,1; 3,7]	2,8 [2,4; 3,2]	2,2 [1,8; 2,6]*^
2А (n=20)	2,4 [2,1; 2,7]	1,5 [1,3; 1,7]*	1,0 [0,7; 1,3]*
2В (n=10)	2,5 [2,2; 2,8]	2,0 [1,7; 2,3]	1,5 [1,1; 1,9]*^

Примечание. * — степень значимости внутригрупповых различий ($p < 0,05$); ^ — степень значимости межгрупповых различий ($p < 0,05$).

Так, если исходно результаты ВАШ соответствовали умеренной выраженности нарушений в быту, составляя в среднем по группам $4,4 \pm 0,3$ см, то к завершению наблюдения в группах 1А и 2А отмечалось достоверное снижение цифровых значений показателя в 2,9 и 2,6 раза ($p = 0,012$ и $p = 0,019$) соответственно. В группах стандартного лечения достоверной динамики отмечено не было. Следует отметить, что наибольшая результативность в коррекции нарушений бытовой жизнедеятельности была зафиксирована у пациентов в группе 1А — в 1,5 раза ($p = 0,038$), тогда как у пациентов из группы 1В — в 1,3 раза ($p = 0,042$).

Однонаправленные изменения были выявлены при оценке влияния симптомов ринита на ночной сон: в группах 1А и 2А выраженность признака после лечения снизилась в 1,9 раза ($p = 0,023$ и $p = 0,020$ соответственно), в то время как в группах 1В и 2В меньше — в 1,3 раза ($p = 0,042$ и $p = 0,044$ соответственно).

Изучение частоты использования пациентами деконгестантов, рекомендуемых в первые 5—12 дней обострения заболевания [2], свидетельствовало об эффективности оптимизированных промыванием слизистой оболочки носа схем лечения у пациентов с аллергическими ринитами (табл. 3).

Так, если исходные значения количества случаев применения эндоназальных сосудосуживающих препаратов в группе 1А составляли $3,5 \pm 0,4$ раза/сутки, то уже к 15-му дню наблюдения частота использования сократилась в 1,8 раза ($p = 0,024$), а к 30-му дню — в 2,3 раза ($p = 0,011$). В группе 1В выявлялись идентичные, но менее значимые сдвиги с достоверным снижением в 1,5 раза только через 30 дней лечения ($p = 0,037$).

В группе пациентов с вазомоторным ринитом частота применения сосудосуживающих средств к 15-му дню

наблюдения снизилась в 1,6 раза от исходного ($p = 0,033$), а к 30-му дню — в 2,4 раза ($p = 0,028$). В то же время в группе 2В достоверное снижение использования деконгестантов в 1,7 раза было зафиксировано лишь к 30-му дню лечения ($p = 0,025$).

Выводы

1. Включение полного объемного промывания полости носа устройством Долфин в лечение пациентов с персистирующим аллергическим и нейровегетативным вазомоторным ринитами в фазе обострения позволяет достоверно корригировать основные симптомы заболевания (затруднение дыхания, ринорея, чиханье) на протяжении 30-дневного применения.

2. Элиминационная терапия устройством Долфин, включенная в схемы лечения больных с персистирующим аллергическим и нейровегетативным вазомоторным ринитами в фазе обострения, способствует уменьшению связанных с симптомами ринита затруднений жизнедеятельности в 2,6—2,9 раза и на 50—75% сокращает негативное влияние заболевания на качество ночного сна, чего не наблюдается в группах стандартного лечения.

3. Дополнение лечения пациентов с персистирующим аллергическим и нейровегетативным хроническим вазомоторным ринитами в фазе обострения методикой полного объемного промывания полости носа устройством Долфин позволяет снизить частоту применения интраназальных сосудосуживающих препаратов в 1,6—2,4 раза, что достоверно отличается от аналогичных показателей в группах сравнения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP. Joint Task Force Algorithm and Annotations for Diagnosis and Management of Rhinitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 1998;81(5):474-477. [https://doi.org/10.1016/s1081-1206\(10\)63154-7](https://doi.org/10.1016/s1081-1206(10)63154-7)
2. Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2001;108(5):147-334. <https://doi.org/10.1067/mai.2001.118891>
3. Ильина Н.И. Аллергический ринит. *Consilium Medicum*. 2009;2(8):338-344. [Ильина Н.И. Аллергический ринит. *Consilium Medicum*. 2009;2(8):338-344 (In Russ.)].
4. Национальное руководство по оториноларингологии. Под ред. Пальчуна В.Т. *Журнал ушных, носовых и горловых болезней*. 2011;3:3-16. [Nacional'noe rukovodstvo po otorinolaringologii. Pod red. Pal'chuna V.T. *Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej*. 2011;3:3-16 (In Russ.)].
5. Kubba H, Bingham BJG. Endoscopy in the assessment of children with nasal obstruction. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2001;115(05). <https://doi.org/10.1258/0022215011907929>
6. Bridgerman M. Overcoming barriers to intranasal corticosteroid use in patients with uncontrolled allergic rhinitis. *Integrated Pharmacy Research & Practice*. 2017;6:109-119. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S129544>
7. Sastre J, Mosges R. Local and systemic safety of intranasal corticosteroids. *J Investing Allergol Clin Immunol*. 2012;22(1):1-12.

8. Leynadier F, et al. Immunotherapy with a calcium phosphate-adsorbed five-grass-pollen extract in seasonal rhinoconjunctivitis: a double-blind, placebo-controlled study. *Clinical Experimental Allergy*. 2001;31(7):988-996. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2222.2001.01145.x>
9. Stroebe R, Graft D, Takahashi M, et al. *Health Care Guideline: Rhinitis*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2005. [www.icsi.org/guidelst.htm#guidelines]. Evidence based guideline and algorithms for treatment of allergic and non: allergic rhinitis.
10. Salmun L. 1123 Efficacy and safety of desloratadine in seasonal allergic rhinitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2000;105(1):384-385. [https://doi.org/10.1016/s0091-6749\(00\)91549-5](https://doi.org/10.1016/s0091-6749(00)91549-5)
11. Чаукина В.А., Киселев А.Б. Элиминационная терапия заболеваний носа и околоносовых пазух. *Вестник оториноларингологии*. 2011;6:18-22. [Chaukina VA, Kiselev AB. Ehliminacjonnaja terapija zaboлеvanij nosa i okolonosovyh pazuh. *Vestnik otorinolaringologii*. 2011;6:18-22. (In Russ.)].
12. Tогiас A, Proud D, Kageysobotka A, Lichtenstein L, Naclerio R. 37 Cold, dry air (CDA) and histamine (H1ST) induce more potent responses in perennial rhinitics compared to normal individuals. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 1991; 87(1):148. [https://doi.org/10.1016/0091-6749\(91\)91320-s](https://doi.org/10.1016/0091-6749(91)91320-s)
13. Van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy*. 2000;55(2):116-134. <https://doi.org/10.1034/j.1398-9995.2000.00526.x>
14. Лучихин Л.А., Магомедов М.М., Андрианова М.В. Комплекс «Dolphin» в лечении воспалительных заболеваний носа и ОНП. *Российская оториноларингология (Приложение)*. 2012;43-47. [Luchihin LA, Magomedov MM, Andrianova MV. Kompleks «Dolphin» v lechenii vospalitel'nyh zaboлеvanij nosa i ONP. *Rossijskaya otorinolaringologiya (Prilozhenie)*. 2012;43-47. (In Russ.)].
15. Зинатулин С.Н. Применение комплекса «Dolphin» в лечении и профилактике заболеваний ИГ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. [Zinatulin SN. *Primenenie kompleksa «Dolphin» v lechenii i profilaktike zaboлеvanij IG*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. (In Russ.)].
16. Тарасова Г.Д., Мирзабекян Е.И. Оценка использования полного объема промывания полости носа в работе практического врача. *Российская отоларингология*. 2015;3:35-38. [Tarasova GD, Mirzabekyan EI. Ocenka ispolzovanija polnoobjomnogo promivanija polosti nosa v rabote praktičeskogo vracha. *Rossijskaya otorinolaringologiya*. 2015;3:35-38. (In Russ.)].

Поступила 24.08.18