

И.В. Долина А.Ч. Буцель

Клинические симптомы вазомоторного ринита у беременных женщин в различные периоды беременности

Вазомоторный ринит, возникающий во время беременности, является распространенной патологией, в основе которой лежит изменения гормонального статуса беременных женщин. В ряде случаев врачи оториноларингологи и акушеры-гинекологи не знают особенностей проявления данной патологии у беременной женщины и трактуют симптомы ринита как проявление воспалительного процесса, назначая антибактериальную терапию и другие противовоспалительные препараты. Это создаёт угрозу нормальному развитию плода. Назальная обструкция негативно сказывается на течении беременности, снижает качество жизни женщин в период гестации. Между тем клиническая картина вазомоторного ринита у беременных женщин и функциональное состояние слизистой оболочки полости носа при этой патологии не является до конца изученным.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, беременность, назальная обструкция, ринорея, чихание.

Вазомоторный ринит, возникающий во время беременности, является распространенным состоянием. По некоторым данным он развивается у 5–32% беременных женщин [2;3], по другим – у каждой второй – пятой женщины в период гестации [4]. Вазомоторный ринит проявляется триадой симптомов: назальной обструкцией, прозрачной ринореей, чиханием [10]. Наиболее часто его первые признаки появляются в конце первого триместра беременности, могут сохраняться на протяжении всей беременности [5]. В I, II, III триместрах беременности действуют различные этиологические факторы, эффекты которых могут суммироваться и усиливать проявления вазомоторного ринита. Наиболее значимыми являются, увеличение эстрогенов, прогестерона, изменение уровня кортизола и объема циркулирующей крови матери. Рост уровня эстрогенов, наблюдаемое в I триместре и увеличивающееся пропорционально сроку беременности, способствует повышению ацетилхолина в сыворотке крови, что приводит к вазодилатации, гиперемии и отеку слизистой оболочки полости носа. Прогестерон способствует задержке жидкости в организме и оказывает ингибирующее действие на тонус гладкомышечных клеток сосудов, что может усиливать назальную обструкцию. Количество вырабатываемого прогестерона увеличивается пропорционально сроку гестации [5,6,7,8,9]. Кортизол способствует адаптации организма к меняющимся условиям. Его уровень ниже в I и III триместре. Во II, III триместрах беременности происходит увеличение объема циркулирующей крови на 50%, что увеличивает нагрузку на сосуды микроциркуляторного русла и приводит к застойным явлениям в них. Таким образом, клиническая картина вазомоторного ринита может меняться с ростом срока гестации.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических симптомов

вазомоторного ринита у беременных женщин в I, II, III триместрах гестации.

Нами проведено обследование 55 здоровых беременных женщин (группа контроля) в среднем возрасте $26,74 \pm 3,03$ лет. Среди них: 21 здоровая беременная женщина в I триместре, 16 женщин – во II триместре, 18 женщин в III триместре беременности.

Группа наблюдения состояла из 136 беременных женщин, больных вазомоторным ринитом в среднем возрасте $26,65 \pm 3,36$ лет. Среди них: 28 беременных женщин в I триместре, 42 – во II триместре, и 66 женщин в III триместре беременности.

Все пациентки имели нормальное анатомическое строение полости носа, затруднения дыхания через нос вне беременности не отмечали, их аллергологический анамнез не был отягощен. Комплекс исследования включал: сбор анамнеза жизни и заболевания, передней и задней риноскопии, определение выделительной функции слизистой оболочки полости носа. Полученные результаты вносились в разработанные индивидуальные карты.

Основные клинические симптомы вазомоторного ринита (нарушение носового дыхания, наличие ринореи, пароксизмы чихания) оценивали на основании степени выраженности признака. Для дифференциальной диагностики вазомоторного с аллергическим ринитом производили подсчет числа эозинофилов в общем анализе крови и мазке-отпечатке со слизистой оболочки носа. Выделительную функцию слизистой оболочки носа определяли по степени пропитывания ватных тампонов слизью за 10 минут. Результаты обследования оценивали путем взвешивания тампонов до введения и после извлечения из полости носа. Для количественной оценки носового дыхания использовали пиковую скорость выдоха с помощью ринопикфлоуметра (рационализаторское предложение №1559, 2006г.). Измерения производились при максимальном вдохе и быстром последующем выдохе испытуемой через нос 3-4 раза, учитывали наибольшее значение ринопикфлоуметра. Для исследования исходного вегетативного тонуса мы использовали специальную таблицу, разработанную А.М. Вейн [13;14], усовершенствованную нами и адаптированную к определению вегетативного тонуса у беременных женщин в I, II, III триместрах беременности. Она составлена из наиболее достоверных тестов, легко проводимых и не требующих специальных условий и средств. После суммирования полученных результатов, преобладание симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы определяли по оценочной шкале, указанной в таблице.

Результаты нашего клинического обследования показали, что основной жалобой всех больных вазомоторным ринитом является нарушение в той или иной степени дыхания через нос. Одних пациентов беспокоила периодическая заложенность носа, другие отмечали практически постоянную заложенность носа при принятии горизонтального положения, либо попеременную заложенность левой или правой половин носа в зависимости от положения на боку. У всех больных наиболее выраженное затруднение дыхания через нос беспокоило в ночное время, что связано с повышением активности

парасимпатического отдела вегетативной нервной системы в это время суток (Хауликэ, И. 1978) [12]. Степень нарушения носового дыхания мы определяли по следующим критериям:

- отсутствие нарушения дыхания через нос;
- незначительная, если нарушение дыхания через нос проявлялось только в утренние часы, в течение дня не беспокоило;
- умеренно выраженная – нарушение носового дыхания беспокоило на протяжении всего дня с наибольшей выраженностью в горизонтальном положении;
- выраженная – дыхание через нос недостаточное, вынуждает ко сну в положении полусидя, сопровождается головными болями.

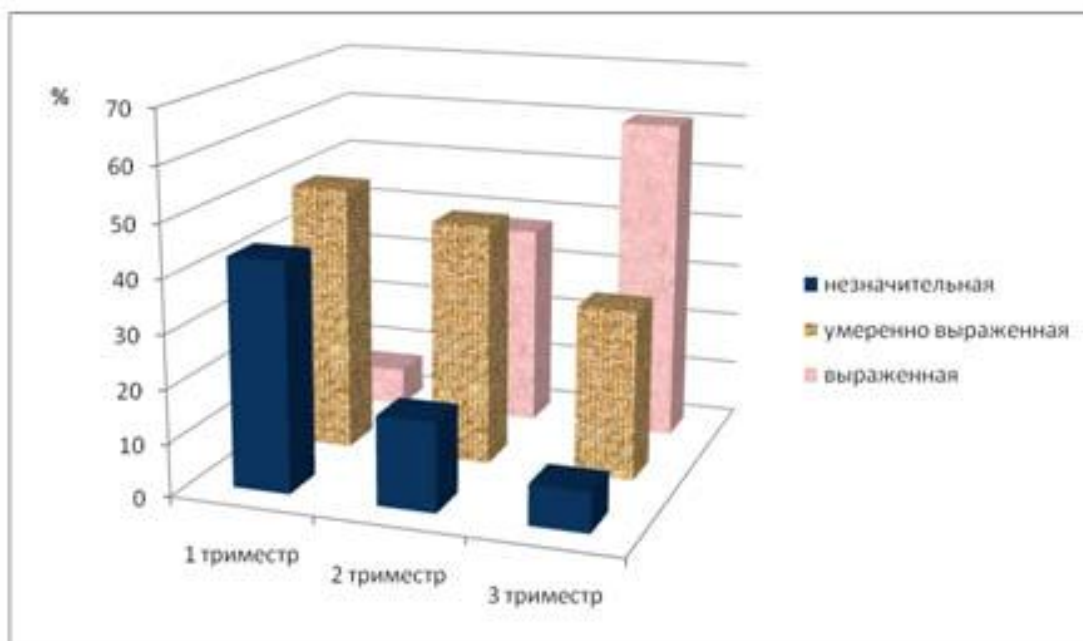


Рисунок 1 Степень нарушения дыхания через нос у беременных с вазомоторным ринитом в I, II, III триместрах

Как показывают результаты обследования больных в I триместре беременности, незначительная назальная обструкция беспокоила 42,83% женщин. Во II триместре 16,67% женщин отметили незначительное нарушение дыхания через нос и в III триместре 7,57% женщин жаловались на незначительное нарушение дыхания через нос. Пропорционально росту срока беременности увеличивалось количество пациенток страдающих умеренно выраженной и выраженной степенью нарушения носового дыхания. Умеренно выраженная степень нарушения дыхания через нос среди больных вазомоторным ринитом была отмечена в I триместре у 50% женщин, во II триместре – у 45,24%, в III триместре – 31,82%. Выраженная назальная обструкция беспокоила 7,17% больных вазомоторным ринитом в I триместре беременности, 45,24% – во II, 60,61% – в III (рисунок 1). Женщины контрольной группы наличие нарушения дыхания через нос отрицали.

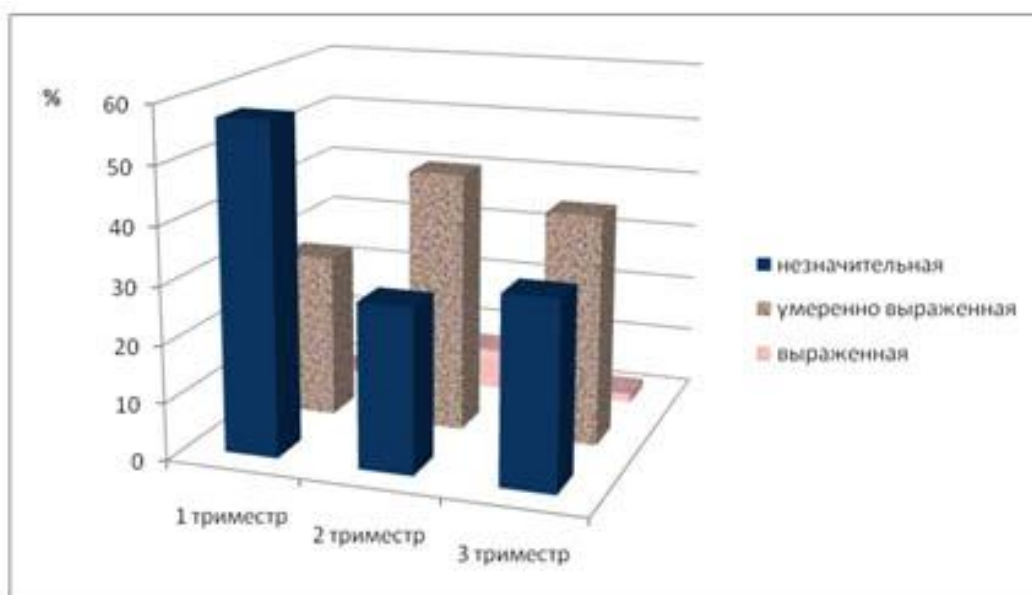


Рисунок 2 Степень выраженности симптома ринорея у беременных с вазомоторным ринитом в I, II, III триместрах

Степень выраженности ринореи мы определяли по следующим критериям:

- ринорея отсутствует
- незначительная – определяется при изменении температуры окружающей среды (перемещение из тепла в холод)
- умеренно выраженная – периодическое истечение слизистых или водянистых выделений из носа
- выраженная – постоянное истечение слизи или водянистого отделяемого из носа.

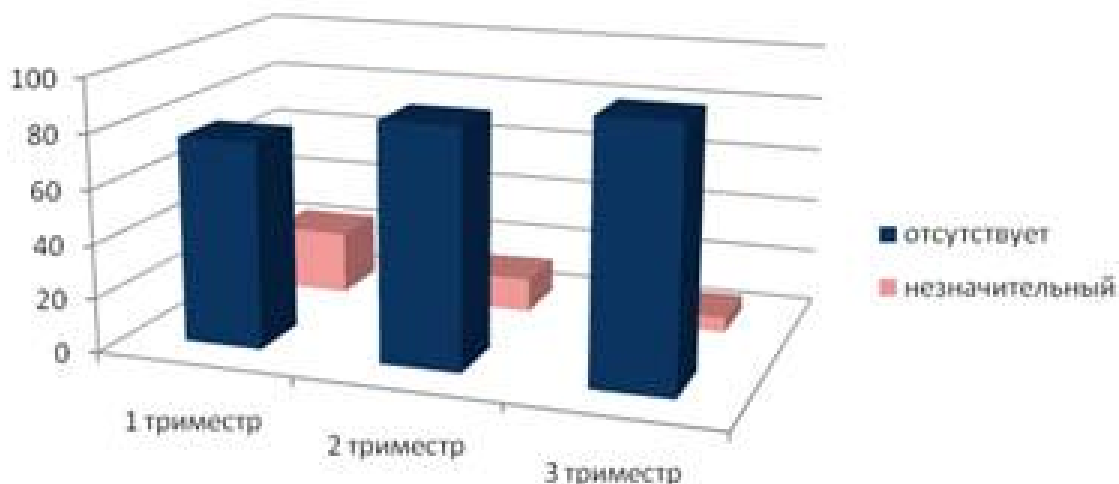


Рисунок 3 Степень выраженности симптома ринореи у здоровых беременных женщин в I, II, III триместрах

Водянистые либо слизистые выделения из носа отмечали 5(23,8%) беременных

женщин в I триместре из группы контроля, 24(85,72%) беременные женщины основной группы. Во II триместре выделения из носа обнаружены у 3(18,75%) здоровых беременных, 36 (83,72%) больных беременных вазомоторным ринитом. В III триместре гестации ринорея беспокоила 1(5,55%) беременную из группы контроля, 50(74,63%) беременных из группы наблюдения. У здоровых беременных женщин отмечалась незначительная выраженность признака с тенденцией к уменьшению количества женщин, имеющих его с увеличением срока гестации (в I – 5(23,8%), II – 2(12,5%), в III – 1(5,55%)) (рисунок 3). Среди больных вазомоторным ринитом с увеличением срока гестации увеличивалось количество женщин имеющих умеренную и выраженную степень ринореи. Незначительная степень ринореи беспокоила 16(57,14%) – в I, 12(28,57%) – во II, 21(32,31%) – в III триместре беременности. Умеренно выраженная степень ринореи отмечена у 8 (28,57%) – в I триместре, 19(45,24%) – во II, 26(40%) – в III. Выявленная степень ринореи беспокоила только женщин во II – 3(7,14%) и в III – 1(1,53%) периодах гестации (рисунок 2).

Степень выраженности симптома чихания мы определяли как:

- отсутствие пароксизмов чихания;
- незначительная – 1–2 приступа в неделю;
- умеренно выраженная – 1–2 приступа в сутки;
- выраженная – более 2 приступов сутки.

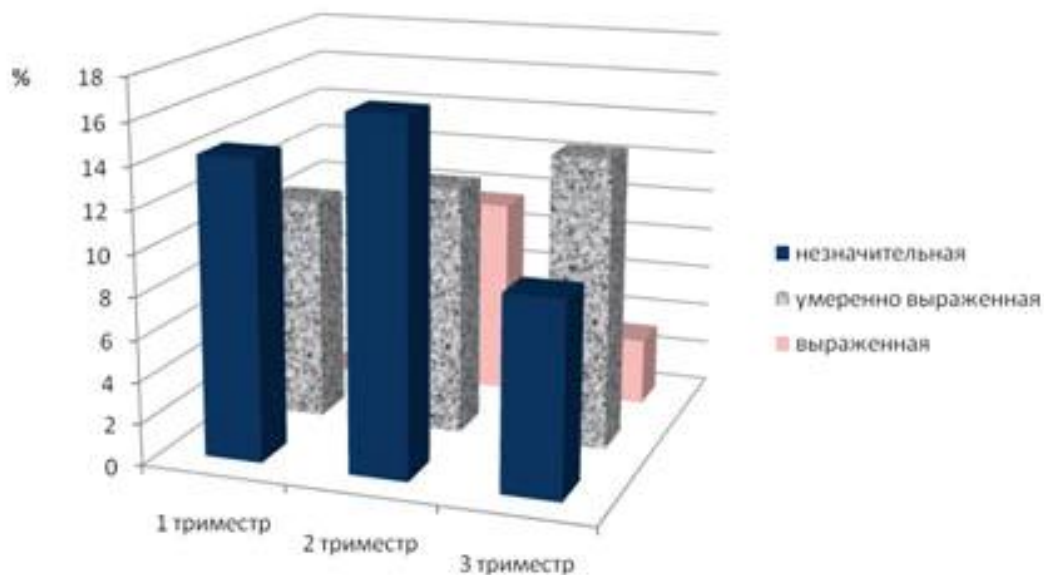


Рисунок 4 Степень выраженности симптома чихания у беременных с вазомоторным ринитом в I, II, III триместре

Зуд в носу и пароксизмы чихания беспокоили только пациенток основной группы: в I триместре – 6 (21,43%), во II – 16 (37,21%), а в III – 17 (25,37%). Все женщины группы контроля наличие этого симптома отрицали. Незначительную степень выраженности признака отмечали 4(14,29%) больные вазомоторным ринитом в I триместре, 7 (16,67%) во II, 6 (9,23%) в III, умеренно выраженная степень чихания была у 3(10,71%) беременных в I триместре, 5 (11,9%) – во II, 9 (13,85%) в – III. Выявленная степень признака вазомоторного ринита чихание чаще беспокоила пациенток во II – м триместре – 4 (9,53%), в III – 2 (3,22%)

(рисунок 4).

Таблица 1 Показатели выделительной функции слизистой оболочки полости носа и функции дыхания

| Группы обследования | n= | Кол-во слизи, (мг) | n= | Показатель ринопикфлоуметрии, (л/мин) |
|---------------------|----|--------------------|----|---------------------------------------|
| Группа контроля 1 | 21 | 121,4±48,09 | 21 | 115,7±38,02 |
| Основная группа 1 | 28 | 138,2±50,34 | 28 | 60,36±24,57* |
| Группа контроля 2 | 13 | 136,2±40,93 | 16 | 101,2±20,94 |
| Основная группа 2 | 32 | 199,5±79,94** | 43 | 70,93±31,53* |
| Группа контроля 3 | 15 | 139,3±35,35 | 17 | 94,71±23,75 |
| Основная группа 3 | 44 | 239,1±84,77* | 63 | 60,0±26,09* |

* $p < 0,001$ по сравнению с группой контроля

** $p < 0,005$ по сравнению с группой контроля

Исследования проводили в трех триместрах беременности (I, II, III) в двух группах женщин (группа контроля и основная группа). Количественную оценку назальной обструкции мы проводили по величине пиковой скорости выдоха через нос. Показатели ринопикфлоуметрии были вариабельны в пределах каждой группы. Анализ средних значений выявил уменьшение скорости выдоха у пациенток основной группы в сравнении с женщинами из группы контроля. При анализе средних значений скорости выдоха среди здоровых женщин так же выявлено уменьшение показателей с увеличением срока беременности (таблица 1).

Изучение выделительной функции слизистой оболочки носовой полости выявило достоверное увеличение количества выделений из полости носа у беременных с вазомоторным ринитом во II и III триместрах (таблица 1). По характеру выделения из полости носа были слизистые или водянистые. Количество выделяемой слизи из носа увеличивалось как в группе контроля, так и в основной группе с увеличением срока гестации, но в основной группе женщин количество ее было достоверно выше, чем в контрольной группе. Проведенные нами исследования показали, что клиническая картина

вазомоторного ринита разнообразна и зависит от длительности заболевания. Степень выраженности отека нижних носовых раковин расценивали как:

- отсутствие отека, после анемизации слизистой оболочки размеры раковины существенно не меняются;
- незначительная – при увеличении нижней носовой раковины до 1/3 нижней части общего носового хода;
- умеренно выраженная – если нижняя носовая раковина занимает 2/3 нижней части общего носового хода;
- выраженная – если нижняя носовая раковина занимает всю нижнюю часть общего носового хода.

При осмотре полости носа отек слизистой оболочки носа был незначительным у 1(4,76%) в I триместре, 4(25%) во II – м, 4(22,22%) в III триместре беременности среди здоровых женщин, а у женщин основной группы соответственно в I у 1(3,57%), в III – м у 1(1,5%). У остальных женщин контрольной группы отек изменений слизистой оболочки носа не наблюдалось. В основной группе пропорционально увеличению срока гестации увеличивалась выраженность этого признака: выраженная инфильтрация и отек в I триместре был у 2 (7,14%), во II – у 21 (50%), в III триместре у 40 (60,61%) пациенток. После проведения пробы с нафтизином носовые раковины сокращались, что подтверждало отсутствие истинной гипертрофии слизистой оболочки носовых раковин у пациенток.

Слизистая оболочка полости носа была влажная, ровная, гладкая, ярко гиперемированная у женщин в I и II триместрах, как группы наблюдения, так и группы контроля, цианатичный оттенок был выявлен у 24(36,92%) пациенток основной группы в III триместре, страдающих вазомоторным ринитом с начала беременности, что является признаком длительного венозного застоя.

Затруднение носового дыхания и ринорея существенно снижают качество жизни пациенток, ухудшают их психоэмоциональное благополучие, ограничивают психическую и социальную активность (E.F. Juniper, G.H. Guyann, 1991, E.F. Juniper et al., 1993). Как отмечали В.А. Буков, Р.А. Фельбербаум, (1980)[1] назальная обструкция в значительной мере сочетается с процессом естественного физиологического раздражения рецепторов слизистой оболочки носа, способствуя тем самым ослаблению тонуса коры головного мозга и снижая функциональную активность различных отделов центральной нервной системы, а так же других органов и систем. Вегетативная нервная система является важнейшей системой жизнеобеспечения и принимает участие в процессах адаптации к непрерывно меняющимся условиям внешней и внутренней среды. Основные симптомы дисфункции вегетативной нервной системы могут проявляться эмоциональными и вегетативными расстройствами. Многих больных беспокоили периодические головные боли (n=34), чувство «тяжести» в голове, быстрая утомляемость (n=58), раздражительность, неустойчивость настроения (n=87). Вероятно, эти симптомы объяснялись последствиями нарушения носового дыхания, в том числе и развившейся в результате этого гипоксией, что определялось доминированием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2002) [11]. При

клиническом осмотре больных часто выявлялись гиперемия кожи, усиление сосудистого рисунка. Красный возвышенный дермографизм, повышенное потоотделение, некоторые больные отмечали чувство зябкости, ощущение перебоев в сердце, пульс выше возрастной нормы, а артериальное давление ниже возрастной нормы. Для большинства больных вазомоторным ринитом характерно снижение физической активности, в характере отмечались угнетенность, пугливость, пониженная эмоциональность. Пациентки отмечали период наибольшей умственной активности до обеда, глубокий продолжительный сон с медленным переходом к активному бодрствованию, повышенную сонливость. Это обстоятельство объясняет наличие разнообразных многочисленных жалоб у пациенток, помимо характерных для вазомоторного ринита. Оценка исходного вегетативного тонуса у здоровых беременных женщин показала наличие равновесия (эйтонии) вегетативной нервной системы в I триместре у 57,14%, во II триместре – у 42,86%, в III триместре – у 46,16%, ваготония была отмечена у 28,57% в I триместре, 42,86% – во II, 23,07% – в III. Преобладание симпатической нервной системы в контрольной группе в I триместре была у 14,29%, во II – у 14,28%, в III – у 30,77% беременных женщин. Среди больных вазомоторным ринитом превалирование парасимпатического отдела вегетативной нервной системы выявлено у 85,19% обследованных в I триместре, во II – 72,73%, в III триместре у 74,51% больных, эйтония отмечалась в I триместре – у 14,81%, во II – у 33,33%, в III – у 27,45% пациенток, а случаев симпатикотонии не было. Таким образом, клиническая картина вазомоторного ринита у беременных женщин в I, II, III триместрах имеет особенности.

Выводы:

1. Наиболее выраженным клиническим симптомом вазомоторного ринита у беременных женщин является назальная обструкция, что проявляется уменьшением пиковой скорости выдоха через нос с ростом срока гестации.
2. Ринорея не является патогномичным симптомом вазомоторного ринита и имела место у здоровых беременных женщин в I триместре в 23,80%, во II в – 18,75%, в III – в 5,55% случаях, однако, количество слизи у женщин основной группы было выше, чем в контрольной группе.
3. Зуд в носу, пароксизмы чихания является непостоянным симптомом вазомоторного ринита у беременных женщин и по нашим данным встречался у 21,43% пациенток в I триместре, во II – у 37,21%, в III – у 25,37%.
4. При осмотре полости носа отмечалась гиперемия слизистой оболочки, синюшный оттенок слизистой был у 36,92% женщин в III триместре, страдающих вазомоторным ринитом на протяжении трех триместров беременности.
5. Вазомоторный ринит у беременных женщин чаще наблюдался при превалировании парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. В тоже время, женщины, имеющие равновесие вегетативной нервной системы вазомоторным ринитом страдали реже.

Литература

1. Буков, В. А. Рефлекторные влияния с верхних дыхательных путей / В. А. Буков. М: Изд-во Медицина, 1980. 272 с.
2. Pribitkin, E. A. Prescribing guidelines for ENT medication during pregnancy / E. A. Pribitkin // Ear, Nose and Throat Journal. 2003. Vol. 82, № 8. P. 565–568.
3. Hillmaan, E. J. Otolaryngologic Manifestation of Pregnancy. 1995.– <http://bcm.edu/oto/grand/2295.html>.
4. Черных, Н. М. Ринит беременных / Н. М. Черных // Российская ринология. 2008. № 4. С. 31–33.
5. Вольф, Дж. Манн. Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности / Дж. Манн Вольф // Российская ринология. 1997. № 3. С. 8–9.
6. Ellegard, E. K. Pregnancy rhinitis / E. K. Ellegard // Immunol. Allergy.Clin.North Am. 2006. Vol. 26, № 1. P. 119–135.
7. Gani, F. Rhinitis in pregnancy / F. Gani [et al.] // Allerg. Immunol. (Paris). 2003. Vol. 35, № 8. P. 306–313.
8. Мари, Р. Биохимия человека / Р. Мари, Д. Греннер, П. Мейес. М.: Мир, 2004. 414 с.
9. Теппермен, Дж. Физиология обмена веществ и эндокринной системы: учеб. пособие / Дж. Теппермен, Х. Теппермен. М., 1989. 653 с.
10. Дайняк, Л. Б. Вазомоторный ринит / Л. Б. Дайняк. М: Изд-во «Медицина», 1966. 175 с.
11. Пискунов, Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. М., 2002. 390 с.
12. Хауликэ, И. Вегетативная нервная система: анатомия и физиология / И. Хауликэ. Бухарест: Изд-во Бухарест, 1978. 350 с.
13. Вейн, А. М. Заболевания вегетативной нервной системы: рук. / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев; под ред. А. М. Вейна. М.: Медицина, 1991. 624 с.
14. Вейн, А. М. Вегетативная дистония / А. М. Вейн, А. Д.Соловьева, О. А. Колосова. М.: Медицина, 1981. 320 с.