



Многоликий насморк в практике врача

25 октября 2012 г. в рамках XXII Национального конгресса по болезням органов дыхания состоялся симпозиум «Многоликий насморк в практике врача», посвященный одной из интереснейших тем мультидисциплинарного характера. Насморк – это проявление острого или хронического воспаления слизистой носа, гиперсекреции слизи, нарушения мукоцилиарного клиренса и обструкции соустьев околоносовых пазух. Сопредседатели симпозиума д.м.н., профессор Наталья Анатольевна ГЕППЕ (заведующая кафедрой детских



болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва) и д.м.н., профессор Светлана Ивановна ОВЧАРЕНКО (кафедра факультетской терапии № 1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, член Европейского респираторного общества, член президиума Российского общества пульмонологов, Москва), а также докладчики Наталья Георгиевна КОЛОСОВА (доцент кафедры педиатрии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова), Сергей Львович БАБАК (д.м.н., профессор кафедры пульмонологии факультета постдипломного обучения Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова) и Олег Александрович МЕРКУЛОВ (д.м.н., профессор кафедры отоларингологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова) представили современный взгляд на проблему насморка с позиций педиатра, пульмонолога и оториноларинголога. Несмотря на некоторые различия в оценке специалистами целесообразности применения антибиотиков и промываний носа при риносинуситах, в ходе симпозиума удалось выработать консенсус в отношении рекомендуемых типовых форм действий врача и выделить наиболее эффективные направления лечения риносинуситов. По мнению экспертов, одним из таких методов является восстановление носового дыхания и дренажа соустьев пазух с использованием современных деконгестантов, в частности трамазолина (назальный спрей Лазолван Рино).



Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»

Работу симпозиума открыла профессор Светлана Ивановна ОВЧАРЕНКО, которая отметила, что патология носа «накапливается» с детства и четко проявляется во взрослом возрасте. Наблюдая у пациента патологию нижних дыхательных путей, всегда следует помнить: развитию бронхиальной астмы и бронхита зачастую предшествуют заболевания носа, и лечить такого больного нужно совместно с оториноларингологами. «Триединство, то есть согласованность позиций терапевта-пульмонолога, педиатра-пульмонолога и оториноларинголога, легшее в основу идеи симпозиума “Многоликий насморк в практике врача”, – комментирует профессор С.И. Овчаренко, – представляется мне чрезвычайно актуальным, поскольку именно такой мультидисциплинарный подход позволит успешно лечить наших пациентов».

Функции носа многообразны – это проведение, согревание и увлажнение воздуха, очищение воздуха и защита дыхательных путей от посторонних частиц и микроорганизмов, ощущение запахов и улучшение качества произносимых звуков. Слизистые оболочки носа – это своеобразные мембраны, покрытые слизью и имеющие реснитчатый эпителий. Движение ресничек дает поступательное движение всей слизи к выходу. Кроме того, имеется эффект скольжения, за счет которого бактерии или вирусы не могут прикрепиться к слизистой оболочке и тем самым проникнуть внутрь. Пока работает мукоцилиарный клиренс, мы защищены от бактериальной и вирусной инфекций. Слизистая оболочка полости носа в функциональном смысле – это единое целое со слизистыми оболочками всех околоносовых пазух. Для выходов слизи из пазух имеется множество соустьев. Особую патофизиологическую значимость имеет остиомеатальный комплекс боковой стенки носа, так как именно в этой зоне открыва-

ются практически все соустья пазух носа, за исключением клиновидной. Это ключевой участок, нормальное состояние которого позволяет нам избежать насморка. В местах соустьев при отеке слизистой оболочки, нарушении мукоцилиарного клиренса или скоплении вязкой слизи создаются условия для нарушения выхода слизи из пазухи. Слизь начинает накапливаться в этой пазухе, переполняет ее и может нагнаиваться. Для появления воспалительной реакции даже не обязательно инфицирование, достаточно иметь регулярно существующий отек, препятствующий отведению слизи из пазух. В полость носа выходят также слезные протоки, и поэтому при заложенности носа одновременно нарушается дренаж по слезным каналам и присоединяются глазные симптомы.

Основная причина нарушения носового дыхания и насморка у детей, подростков и взрослых – ринит, или риносинусит. Это воспалительный процесс, захватывающий слизистую оболочку полости носа, одну или более пазух. Основные симптомы ринита хорошо известны: в первую очередь – избыточная продукция слизи, проявляющаяся в виде насморка, заложенности носа, стекания слизи по задней стенке глотки и чихания.

В докладе «Многоликий насморк, главное в практике педиатра» Н.Г. КОЛОСОВА, доцент кафедры педиатрии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, многогранно представила проблему насморка у детей. Особенности строения носа у детей состоят в том, что все анатомические проходы достаточно узки, а слизистые оболочки склонны к отеку и гиперсекреции. У детей сохраняется функциональная незрелость местной иммунологической защиты, поэтому у них чаще возникают риниты и чаще бывают осложнения со стороны околоносовых пазух и среднего



Доцент
Н.Г. Колосова



Профессор
С.Л. Бабак



Профессор
О.А. Меркулов



Таблица 1. Причины ринитов у детей

Аллергический	Неаллергический	
	Неанатомические причины	Анатомические причины
Сезонный	Неаллергический ринит	Гипертрофия аденоидной миндалины
Персистирующий <ul style="list-style-type: none"> ■ клещи домашней пыли ■ шерсть домашних животных ■ плесневые грибы 	Инфекционный риносинусит	Полипы полости носа
	Вазомоторный ринит	Инородные тела
	Медикаментозный ринит	Атрезия хоан
	Неонатальный ринит	Опухоли

уха. Причины ринита у детей многообразны (табл. 1). Наталья Георгиевна Колосова подчеркнула, что у детей, прежде всего, необходимо дифференцировать аллергический и неаллергический риниты. Неаллергические риниты у детей могут быть связаны с анатомическими нарушениями – чаще с такими, как гипертрофия аденоидной ткани, полипы полости носа, инородные тела носа, и редко – с атрезией хоан или опухолями носа. Неаллергический ринит, не обусловленный анатомическими причинами, – это многообразная группа заболеваний, включающая инфекционный ринит и риносинусит, вазомоторный ринит, медикаментозный ринит и неонатальный ринит. Аллергический ринит, в основе которого лежит аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов, составляет до 40% случаев ринита у детей. Согласно современной

классификации, аллергический ринит подразделяют на интермиттирующий ринит, при котором симптомы наблюдаются достаточно редко и обычно связаны с сезонным воздействием растений либо с контактным воздействием какого-либо аллергена, и персистирующий ринит, при котором симптомы наблюдаются более четырех дней в неделю и более четырех недель в году (рис. 1). По тяжести течения аллергический ринит может быть легким (с небольшими изменениями со стороны слизистой носа и слабо выраженными симптомами); средней тяжести и тяжелым, когда симптомы максимально выражены, нарушен сон и дневная активность ребенка, что мешает учебе в школе и занятиям спортом. Проблема аллергического ринита у детей стоит достаточно остро, потому что, как правило, заболевание плохо диагностируется. Он может предшест-

вовать возникновению симптомов бронхиальной астмы – у 45–69% больных аллергическим ринитом детей в последующем развивается бронхиальная астма; а также сопутствует течению бронхиальной астмы (в 60–70% случаев). У детей с аллергическим ринитом в 70% случаев выявляется поражение околоносовых пазух, в 30–40% – увеличение аденоидных миндалин, в 30% случаев диагностируются средние отиты, в 10% случаев возможны заболевания гортани, в том числе и рецидивирующий стеноз гортани – круп.

Подходы к терапии аллергического ринита во многом связаны с выявлением причинно-значимого аллергена и устранением его воздействия на ребенка, что обеспечивается как мероприятиями по устранению (уменьшению) контакта с причинно-значимыми аллергенами, так и патогенетическим лечением методом аллерген-специфической иммунотерапии. Аллергенспецифическое лечение может быть актуальным, особенно если заболевание вызвано аллергией к сезонному цветению растений. В качестве симптоматической терапии аллергического ринита используется широкий спектр медикаментозных препаратов, которые могут применяться у детей для контроля аллергического воспаления слизистой оболочки носа: таблетированные антигистаминные препараты, топические антигистаминные препараты, антилейкотриеновые препараты, назальные глюкокортикостероиды, назальные сосудосуживающие препараты, назальные кромоны (стабилизаторы мембран тучных клеток). Характеризуя рекомендуемые для лечения аллергического ринита группы препаратов, Н.Г. Колосова отметила, что их эффективность не одинакова (табл. 2), и подчеркнула: наиболее эффективными в отношении всех симптомов аллергического ринита у детей остаются современные интраназальные топические глюкокортикостероиды (ГКС).

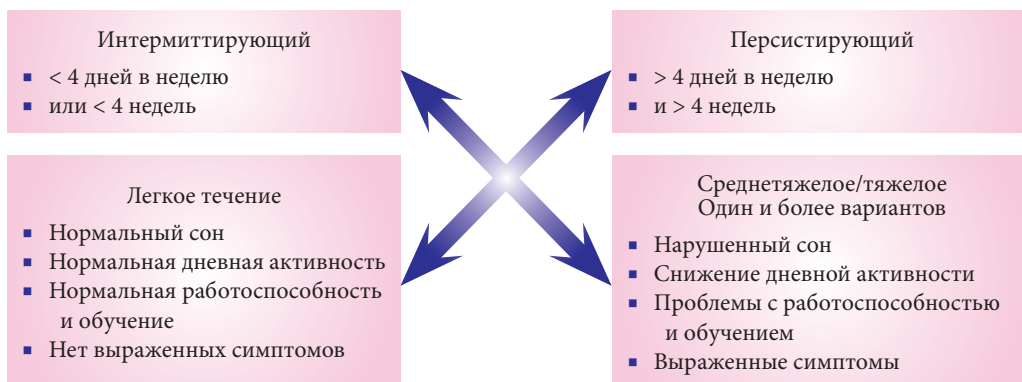


Рис. 1. Классификация аллергического ринита



Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»

Таблица 2. Сравнительная характеристика различных групп препаратов в отношении эффективности фармакотерапии аллергического ринита

Симптомы	Медиаторы воспаления	Таблетированные антигистаминные препараты	Назальные антигистаминные препараты	Интраназальные ГКС	Сосудо-суживающие препараты	Кромоны
Ринорея	Гистамин, лейкотриены (ЛТС ₄ , ЛТД ₄)	++	++	+++	-	+
Чихание	Гистамин, лейкотриены (ЛТС ₄ , ЛТД ₄), триптаза	++	++	+++	-	+
Зуд	Гистамин, триптаза, простагландин D ₂	++	++	++	-	+
Заложенность носа	Лейкотриены (ЛТС ₄ , ЛТД ₄), простагландин D ₂ , кинины, интерлейкины (ИЛ-4, ИЛ-5), гистамин, фактор активации тромбоцитов	+	+	+++	++++	+

Они характеризуются выраженным местным действием и незначительным системным эффектом, также обладают такими свойствами, как высокая аффинность к глюкокортикоидным рецепторам, высокая селективность и длительное персистирование в тканях. На сегодняшний день выбор интраназальных топических ГКС достаточно широк, в России зарегистрированы беклометазона дипропионат, будесонид, флутиказона пропионат, флутиказона фуруат, мометазона фуруат. Как правило, эти препараты хорошо и удобно дозируются. При использовании современных интраназальных ГКС риск развития системных побочных эффектов незначителен из-за крайне низкой биодоступности, которая объясняется минимальной абсорбцией при попадании части дозы в желудочно-кишечный тракт и почти полной биотрансформацией препарата до неактивных метаболитов при первом прохождении через печень. Эти особенности позволяют использовать топические ГКС длительно до полного устранения симптомов ринита и восстановления назальной проходимости. Требования к антигистаминным препаратам, которые в насто-

ящее время используются для лечения аллергического ринита у детей, достаточно строги. Необходимо, чтобы препарат вызывал сильную и селективную блокаду H₁-рецепторов, чтобы у него был выраженный противоаллергический эффект, а клинический эффект наступал быстро. Важное требование – отсутствие тахифилаксии (возможность длительного применения без снижения эффективности). Препарат должен быть максимально безопасным – не воздействовать на различные психомоторные функции, не иметь атропиноподобного действия, не вызывать увеличения массы тела и не оказывать кардиотоксического действия. На сегодняшний день для лечения аллергического ринита используются антигистаминные препараты второго и третьего поколения. В последнее время в практике лечения бронхиальной астмы, а теперь и аллергического ринита получили распространение антилейкотриеновые препараты. В исследованиях, сравнивавших лечение мометелукастом с кромолином натрия и топическими ГКС, в частности беклометазоном, отмечалось, что эффективность мометелукаста эквивалентна низ-

ким дозам топических ГКС. При этом на фоне терапии мометелукастом отмечалась более высокая приверженность терапии, в сравнении с топическими ГКС. Н.Г. Колосова также остановилась на такой распространенной причине хронического насморка и длительного кашля у детей, как аденоидит. Другие его симптомы – постоянно полуоткрытый рот, храп во время сна, частая головная боль, быстрая физическая и психоэмоциональная утомляемость, возможно присоединение среднего отита – снижение слуха и задержка физического развития. Единых рекомендаций по тактике ведения аденоидита нет. Основная рекомендация – это ждать как можно дольше и, если возможно, проводить паллиативную терапию обострений, направленную на уменьшение отека аденоидной миндалины. При третьей степени увеличения глоточной миндалины, рецидивирующих отитах и снижении слуха возникают показания к хирургическому лечению. Еще одна частая патология у детей раннего, среднего и старшего возраста – острый инфекционный ринит. Он характеризуется отеком слизистой, нарушением носово-



XXII Национальный конгресс по болезням органов дыхания

го дыхания, выделением патологического секрета, нарушением функции реснитчатого эпителия. У детей до года заболевание может дополнительно проявляться нарушениями сна, нарушениями глотания (соответственно, ребенок может отказываться от еды) и проявлениями дыхательной недостаточности. Н.Г. Колосова подчеркнула возможность сочетанного поражения носовой полости и пазух носа. Исследования с применением компьютерной томографии выявили признаки синусита в 95% случаев острых респираторных заболеваний с заложенностью носа. Кроме того, у детей нередко наблюдается сочетание ринита со средним катаральным отитом. Несмотря на то что инфекционные риниты, казалось бы, ближе к оториноларингологии, проблемой острых нарушений носового дыхания у детей занимаются в первую очередь педиатры, именно они выбирают первую линию назначения различных препаратов в этих ситуациях. В этой связи очень важно, чтобы врачи были обеспечены препаратами, обладающими разнонаправленным действием. Основная цель терапии острого ринита – эффективное устранение отека слизистой, предотвращение осложнений, таких как отит и синусит, нормализация мукоцилиарного клиренса в полости носа

Среди деконгестантов, которые можно использовать при рините у детей старше шести лет, особое место занимает назальный спрей Лазолван Рино. Он содержит трамазолин – альфа-адреномиметик нового поколения, обладающий быстрым началом действия, продолжительностью действия в течение 8–10 часов и малым количеством побочных эффектов.

и стимуляция репаративных процессов. Основные направления терапии подразделяются на медикаментозную терапию и немедикаментозные методы, к которым относят очищение полости носа, туалет носа, нормализацию носового дыхания, аспирацию отделяемого из носа. Иногда используется дополнительная терапия: местное тепло, физиотерапия.

Важно помнить о рекомендациях, которые следует давать родителям, если у ребенка симптомы ринита: обязательно увлажнение воздуха окружающей среды, обеспечение достаточного объема жидкости, так как дефицит воды способствует сгущению слизи и мукостазу. Младенцам обязательно надо обеспечивать свободное носовое дыхание и часто менять положение тела, поскольку обструкция полости носа у маленьких детей

и стекание слизи из верхних дыхательных путей могут приводить к инфекции со стороны нижних дыхательных путей и появлению обструктивного синдрома.

При остром рините рекомендуется использовать лекарственные средства различных групп (табл. 3). Это увлажняющие средства, которые нормализуют реологические свойства слизи, активируют репаративные процессы в клетках и восстанавливают двигательную активность мерцательного эпителия. Применяются также назальные деконгестанты в виде спреев и капель, эти препараты способствуют сужению сосудов в слизистой оболочке носа, уменьшают секрецию слизи и улучшают носовое дыхание. Целесообразны и мукоактивные препараты, которые способны улучшить реологические свойст-

Таблица 3. Группы лекарственных средств, используемых при остром рините

Увлажняющие средства (ирригационная терапия)	Способствуют нормализации реологических свойств слизи Активируют репаративные процессы в клетках слизистой оболочки носа Восстанавливают двигательную активность реснитчатого эпителия
Назальные деконгестанты в виде спреев и капель	Способствуют сокращению сосудов слизистой оболочки носа Уменьшают секрецию слизи Улучшают носовое дыхание
Системные деконгестанты	Уменьшают секрецию слизи Улучшают носовое дыхание
Мукоактивные средства	Способствуют нормализации реологических свойств слизи Ускоряют транспорт слизи
Комплексные растительные препараты	Обладают муколитическими и мукокинетическими свойствами
Топические антибактериальные и противовирусные препараты	При применении на ранних стадиях острого ринита предупреждают размножение условно-патогенной микрофлоры в полости носа



Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»

ва слизи и ускоряют транспорт слизи. Хотя в новом (2012) европейском руководстве по риносинуситу и полипам носа (European Position Paper On Rhinosinusitis and Nasal Polyps, EPOS) муколитики у детей с ринитом не являются препаратами первого выбора, Н.Г. Колосова отметила, что муколитики, в том числе такой хорошо известный в педиатрии препарат, как амброксол, могут быть полезны при затяжном течении ринита, когда есть густой вязкий секрет, либо при сочетанном поражении верхних и нижних дыхательных путей. Комплексные растительные препараты, как правило, обладают муколитическими и мукокинетическими свойствами. Топические антибактериальные и противовирусные препараты при назначении на ранних стадиях острого ринита, предположительно, могут предупреждать размножение условно-патогенной флоры в полости носа, однако редко применяются у детей. Докладчик особо подчеркнула, что системные антибиотики не рекомендуются при острых респираторных заболеваниях у детей, поскольку, как показывают исследования, они не ускоряют выздоровление, могут способствовать формированию устойчивой флоры, а раннее назначение антибиотиков не позволяет предотвратить развитие ни пневмонии, ни острого среднего отита. Тем не менее в амбулаторной практике системные антибиотики назначаются в 65–85% случаев острых респираторных заболеваний у детей. Н.Г. Колосова отметила эффективность ирригационной терапии, которая, согласно некоторым современным руководствам, должна являться неотъемлемой частью терапии патологии верхних дыхательных путей в педиатрии (EPOS 2007, 2012 и ARIA 2008). Наиболее часто используются гипертонические растворы (оказывают противоотечное и муколитическое действие), а также изотонические растворы (способствуют нормализации гидроионного баланса).

Таблица 4. Сравнение эффективности и безопасности назальных деконгестантов

Действующее вещество	Начало действия	Продолжительность действия	Побочные эффекты
<i>Симпатомиметики</i>			
Адреналин	5–6 сек	20–30 мин	++++
Эфедрин	10 мин	3–4 ч	+++
Фенилэфедрин	15 мин	1–2 ч	+++
Туаминогептан	15 мин	1,5 ч	+++
<i>Производные имидазолина</i>			
Нафазолин	15 мин	2–6 ч	++
Тетризолин	15 мин	4–6 ч	++
Ксилометазолин	20 мин	10–11 ч	++
Клоназолин	5 мин	8–12 ч	++
Оксиметазолин	20 мин	10–12 ч	++
Трамазолин	5 мин	8–10 ч	+

Особенно широко при рините используются назальные деконгестанты. Сегодня выбор препаратов этой группы очень широкий. Сравнивая те или иные препараты, следует оценивать быстроту наступления их эффекта, продолжительность действия и безопасность лечения (табл. 4). Среди деконгестантов, которые можно использовать у детей старше шести лет, Наталья Георгиевна Колосова выделила не имеющий

аналогов в России сосудосуживающий препарат для местного применения Лазолван Рино (компания «Берингер Ингельхайм»), который содержит трамазолин – альфа-адреномиметик нового поколения, обладающий быстрым началом действия, продолжительностью действия в течение 8–10 часов и низким количеством побочных эффектов (рис. 2). Докладчик представила результаты исследования, которое выяви-



Рис. 2. Свойства назального спрея Лазолван Рино



XXII Национальный конгресс по болезням органов дыхания

ло преимущества трамазолина в сравнении с ксилометазолином, оксиметазолином и тетризолином по таким параметрам, как быстрота наступления эффекта и продолжительность действия (рис. 3). В состав препарата также входят вещества, которые обеспечивают приятное чувство свободы носового дыхания, способствуют увлажнению слизистой оболочки носа. Лазолван Рино, выпускаемый в виде спрея с дозирующим устройством, применяют до 4 раз в сутки. Продолжительность лечения Лазолваном Рино при рините должна составлять не более пяти – семи дней, а в случаях более дли-

тельного сохранения симптомов насморка целесообразно дополнительное обследование пациента для уточнения причины насморка. В докладе «Носы и носики: взгляд пульмонолога» профессор кафедры пульмонологии факультета постдипломного обучения Московского государственного медицинского стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Сергей Львович БАБАК, говоря о концепции лечения риносинусита с позиции врача-пульмонолога, подчеркнул, что очень важной составляющей достижения свободного дыхания является восстановление дренажа пазух носа. В связи

с этим большое значение имеет применение препарата, обладающего сосудосуживающим действием, для того чтобы уменьшить отек, нормализовать дренаж соустьев пазух носа и восстановить мукоцилиарный клиренс. При этом преимущество будет иметь препарат с быстрым и пролонгированным действием.

Из современных препаратов, устраняющих назальный отек и обструкцию, наибольшее внимание уделяется производным имидазолина, к которым относится трамазолин. В отличие от дериватов адреналина, препараты имидазолиновой группы обеспечивают пролонгированную вазоконстрикцию, не вызывают гиперемии при длительном применении, не вызывают гипертрофии носовой раковины и атрофии слизистой оболочки носа, безвредны для реснитчатого эпителия и, что очень важно, не вызывают сердечно-сосудистых нарушений даже у детей. Трамазолин оказывает мощное вазоконстрикторное действие, уменьшает отечность носа, при применении интраназально (препарат Лазолван Рино) действует на альфа-1-адренорецепторы. Только при многократном повышении дозы трамазолин начинает действовать и на альфа-2-адренорецепторы, что может вызвать нежелательные эффекты. Для того чтобы избежать таких нежелательных эффектов, в спрее для носа Лазолван Рино реализован точный дозатор для взрослых и детей. В сравнении с другими препаратами имидазолиновой группы, трамазолин действует быстрее и имеет пролонгированный эффект. Имеются убедительные доказательства эффективности трамазолина начиная со 2–3-й минуты после применения (рис. 4). Показаниями к назначению именно этой группы лекарств являются ринит, сенная лихорадка, синусит и средний отит. Евстахиит может быть поводом для обсуждения назначения трамазолина. Кроме того, для

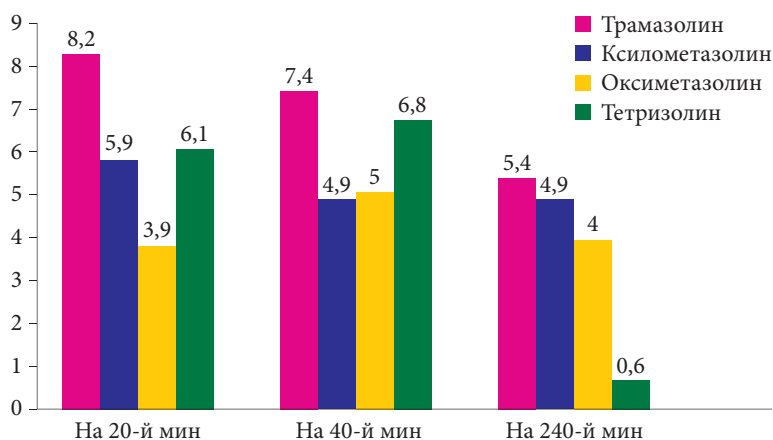


Рис. 3. Быстрота и длительность лечебного эффекта трамазолина у пациентов с аллергическим ринитом

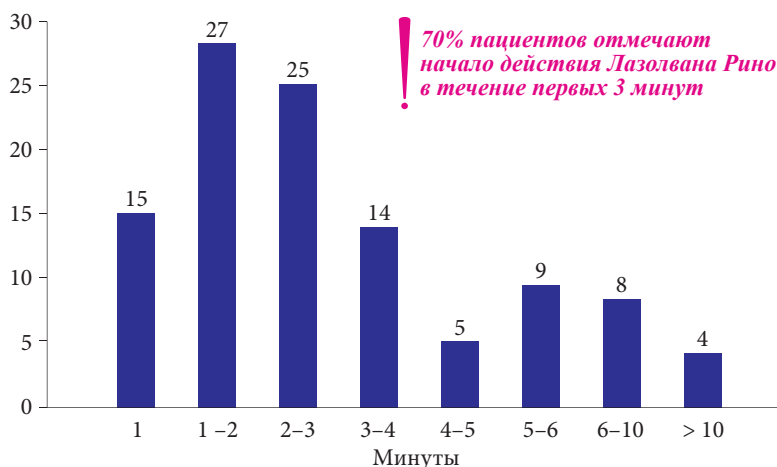


Рис. 4. Быстрота начала действия трамазолина

недуга



Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»

улучшения дренажной функции при риносинусите, по оценке профессора С.Л. Бабака, перспективной может быть комбинация трамазолина с амброксолом, который дополнительно улучшает мукоцилиарный клиренс.

Профессор кафедры отоларингологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Олег Александрович МЕРКУЛОВ в докладе «Многоликий насморк глазами отоларинголога» представил видение проблемы насморка с позиции ЛОР-врача. Насморк – одна из главных проблем в практике оториноларинголога. Достаточно отметить, что более 70% ЛОР-больных имеют насморк разной выраженности. У взрослых практически все риниты, которыми сопровождаются вирусные заболевания, обусловлены эпидемиями гриппа или сезонных респираторных вирусных инфекций. У взрослого населения до 2% вирусных риносинуситов осложняются бактериальной инфекцией. У детей, особенно в первые три года жизни, на распространенность вирусных и бактериальных риносинуситов влияет незрелость иммунитета.

Возвращаясь к вопросам патофизиологии и патогенеза насморка, поднятым в докладе Н.Г. Колосовой, профессор О.А. Меркулов обратил внимание слушателей на патологический круг обструкции в области естественных соустьев околоносовых пазух. Повреждающее действие вирусов или других этиологических факторов приводит к потере ресничек слизистой оболочкой носа, разрушаются клетки и происходит гиперплазия бокаловидных клеток. В этой ситуации пациент говорит: «У меня появился насморк». При obturации естественных соустьев в пазухе накапливается секрет, который изменяет рН среды в кислую сторону. Эпителий слущивается и становится биологическим субстратом для присоединения бактериальной флоры, которая, в свою очередь,

Таблица 5. Доказательная схема лечения взрослых с острым риносинуситом (EPOS 2012)

Лечение	Категория доказательств	Сила рекомендаций	Значимость
Пероральные антибиотики (ПА)	Ia	A	Да, через 5 дней или в тяжелом случае
Топические глюкокортикостероиды (ТГКС)	Ib	A	Да
Комбинация ПА + ТГКС	Ib	A	Да
Пероральные глюкокортикостероиды	Ib	A	Да, уменьшают боль в тяжелых случаях
Пероральные антигистаминные препараты	Ib	B	Да, только у пациентов с аллергией
Промывание носа	Ib (-)	D	Да
Деконгестанты	Ib (-)	D	Да, в качестве симптоматического лечения
Муколитики	Нет	Нет	Нет
Фитотерапия	Ib	D	Нет

Ib (-) – исследование с отрицательным результатом.

вызывает воспаление, приводящее к отеку тканей, утолщению базиллярной пластинки и еще большей обструкции соустья.

Профессор О.А. Меркулов отдельно остановился на изменениях подходов к диагностике и лечению ринита, внесенных в последнее издание EPOS 2012. Согласно EPOS 2012, под риносинуситом понимается воспаление полости носа, околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более симптомами, одним из которых обязательно будет либо обструкция, то есть заложенность носа и невозможность осуществлять вдох через нос из-за отечности, либо наличие отделяемого из носа – синдром постназального затекания (скатывание слизи по задней стенке глотки) или передняя ринорея. Эти два симптома могут сопровождаться ощущением давления в области проекции верхнечелюстных или любых других околоносовых пазух, лицевыми болями, усиливающимися или изменяющимися свой характер в соответствии с изменением положения головы,

а также снижением или потерей обоняния. «Золотым стандартом» диагностики риносинусита считается эндоскопическое исследование полости носа, при котором определяют отечную обструкцию слизистой оболочки, слизистое или слизисто-гнойное отделяемое и, возможно, полипы. Еще одним компонентом диагностики риносинусита, согласно EPOS 2012, является компьютерно-томографическое исследование полости носа и околоносовых пазух. К сожалению, основной массе пациентов для решения вопроса о характере ринита все еще делается обзорная рентгенография, которая дает информацию только предположительного характера. Оценка тяжести риносинусита основана на визуальной аналоговой шкале (ВАШ) тяжести симптомов: легкое течение диагностируют при значениях 0–3 балла, умеренное – при > 3–7 баллах и тяжелое течение – при > 7–10 баллах по ВАШ.

В последней версии EPOS 2012 с учетом имеющейся доказательной базы предложена схема ле-



XXII Национальный конгресс по болезням органов дыхания

Таблица 6. Доказательное лечение и рекомендации для взрослых с хроническим риносинуситом с полипозом

Лечение	Категория доказательств	Сила рекомендаций	Значимость
Противогрибковые системные препараты	Ib (-)	D	Нет
Противогрибковые местные препараты	Ib (-)	A	Нет
Пероральные антигистаминные препараты у аллергиков	Ib (I)	A	Да, при аллергии
Муколитики	Нет данных	D	Нет
Капсаицин	II	B	Нет
Ингибиторы протонной помпы	II	C	Нет
Иммуномодуляторы	Нет данных	D	Нет
Фитотерапия	Нет данных	D	Нет
Антилейкотриеновые препараты	III	C	Нет

В некоторые из этих исследований также включались пациенты с хроническим риносинуситом без полипоза носа.

Ib (-) – исследование с отрицательным результатом.

чения взрослых с острым риносинуситом (табл. 5). Применение пероральных антибиотиков рекомендуется экспертами при длительности ринита более пяти дней либо при формировании осложненных случаев. Хотя и существуют данные, согласно которым легкий и средней тяжести риносинусит не требует назначения антибиотиков, это мнение всегда постфактум. В реальной практике врач, сталкиваясь с ситуацией гнойного насморка, всегда назначит антибиотик, чтобы не допустить осложнения и быть спокойным, что с этим пациентом до следующего визита к нему ничего не случится. Топические ГКС, особенно современные, и в этой версии EPOS сохраняют свою актуальность. Также оправдано применение комбинации пероральных антибиотиков и топических ГКС, как и пероральных ГКС в тяжелых случаях. В современном переиздании EPOS для лечения риносинуситов рекомендованы промывания носа. Профессор О.А. Меркулов высказал собственное мнение о повышении риска развития средних отитов при использовании такой процедуры, особенно у детей.

Кроме того, в последней версии EPOS поддерживается симптоматическое применение при остром рините деконгестантов, которые назначаются для того, чтобы снять обструкцию с соустьев.

Доказательная база рекомендаций лечения хронических риносинуситов у взрослых менее значимая (табл. 6). Пока нет исследований, доказывающих значимость противогрибковых препаратов, муколитиков, иммуномодуляторов, ингибиторов протонной помпы, хотя, как подчеркнул докладчик, в реальной клинической практике эти препараты часто назначаются. При хроническом риносинусите у детей EPOS 2012 рекомендует топические стероиды, промывания носа, лечение гастроэзофагального рефлюкса. Применение пероральных антибиотиков поддерживается, но признается, что их эффект незначителен.

Профессор О.А. Меркулов отметил, что с точки зрения оториноларинголога, так же как и с позиций педиатра и пульмонолога, прозвучавших в предыдущих докладах, при риносинусите важна возможность достижения быстрой и пролонгированной вазоконстрикции,

которая является отличительной особенностью назального препарата Лазолван Рино с действующим веществом трамазолин. Это и возможность непрерывного 8-часового сна у храпящего пациента, и быстрое уменьшение отечности слизистой носа перед эндоскопическим исследованием, и разблокирование соустьев. Очень важно, что применение трамазолина, в отличие от других веществ этой группы препаратов, никогда не вызывает атрофических проявлений в слизистой оболочке перегородки носа. Как и для других препаратов, к применению трамазолина есть противопоказания, но их список невелик: повышенная чувствительность к действующему или вспомогательным веществам, закрытоугольная глаукома, атрофический ринит, операции на черепе, осуществленные через полость носа, в анамнезе, детский возраст до 6 лет. При лечении возможно появление головной боли, сонливости, нарушение вкусовых ощущений, чувство дискомфорта в носу. При передозировке трамазолина достаточно просто промыть нос физиологическим или гипертоническим раствором, зачастую это позволяет снять все побочные явления.

В заключение председателями симпозиума было высказано мнение, что симпозиум способствовал сближению позиций оториноларингологов, пульмонологов и педиатров в таком важном вопросе, как ведение детей и взрослых с насморком, позволил рекомендовать типовые формы действий врача при тех или иных проявлениях насморка и выделить наиболее эффективные направления лечения риносинуситов. Особо профессор Наталья Анатольевна ГЕППЕ отметила важность восстановления носового дыхания и дренажа соустьев пазух с использованием современных деконгестантов, одним из наиболее эффективных и безопасных среди которых является трамазолин в форме назального спрея (препарат Лазолван Рино). ◊