



Дискуссии вокруг ринита

В настоящее время в мире наблюдается неуклонный рост заболеваний полости носа и околоносовых пазух аллергической и неаллергической этиологии. В связи с этим особую актуальность приобретают такие вопросы, как безопасность лечения ринитов в педиатрической практике и роль деконгестантов в симптоматической терапии назальной обструкции при различных формах ринитов.



Профессор, д.м.н.
С.В. Рязанцев

Симпозиум открыл заместитель директора по научно-координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, профессор кафедры оториноларингологии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный оториноларинголог Северо-Западного федерального округа, д.м.н. Сергей Валентинович РЯЗАНЦЕВ. Он отметил, что местные сосудосуживающие препараты (деконгестанты), широко применяемые при острых и хронических воспалительных заболеваниях полости носа, являются одними из лидеров продаж и в России, и за рубежом. Механизм действия деконгестантов заключается в суживании сосудов слизистой оболочки полости носа, вследствие чего уменьшаются отек и гиперпродукция слизи бокало-

Деконгестанты в современных международных и российских стандартах и клинических рекомендациях

видными клетками. Деконгестанты устраняют отек, восстанавливают дыхание, предупреждают развитие синусита и других осложнений. Деконгестанты бывают короткого действия (4–6 часов), среднего (6–8 часов) и продолжительного (10–12 часов). Следует помнить, что длительное (более семи дней) применение топических деконгестантов способно вызывать нежелательные побочные эффекты системного и местного характера. Последнее время в клинической практике все чаще регистрируются случаи развития медикаментозного ринита, особенно у пациентов с аллергическим ринитом. Среди местных нежелательных эффектов деконгестантов нередко имеют место жжение, чихание, сухость слизистой оболочки полости носа и носоглотки, заложенность носа. У детей топические деконгестанты иногда вызывают угнетение мукоцилиарного транспорта. Несмотря на риск развития нежелательных эффектов, интраназальные деконгестанты остаются единственными препаратами, быстро и эффективно снижающими заложенность носа и блокаду слуховой и голосовой трубы. Безусловно, идеальный деконгестант должен не только снижать уровень назальной секреции, отек слизистой оболочки, не содержать консервантов, но и обладать

минимальным риском развития нежелательных эффектов. Одним из деконгестантов длительного действия, сочетающим в себе эффективность и относительную безопасность, является оксиметазолин. Преимущество препарата – отсутствие токсического влияния на клетки реснитчатого эпителия. Однако все деконгестанты характеризуются класс-специфическими нежелательными эффектами. В резолюции совета экспертов по безопасности применения деконгестантов, подготовленной при участии ведущих российских экспертов в области педиатрии, оториноларингологии, пульмонологии и инфекционных болезней, отмечается, что деконгестанты – неотъемлемая часть терапии для быстрого снятия назальной обструкции заболеваний верхних дыхательных путей у пациентов всех возрастов. Главным критерием выбора деконгестанта служит его безопасность¹. Препараты на основе оксиметазолина признаны наиболее безопасными для использования в оториноларингологической практике. Доказательная база в отношении оксиметазолина включает множество международных клинических исследований с высоким уровнем доказательности, в том числе исследований с участием беременных и детей грудного возраста.

¹ Карнеева О.В., Гаращенко Т.И., Карпова Е.П. и др. Современные тенденции и проблемы безопасности применения деконгестантов в детском возрасте. Резолюция совета экспертов // Педиатрия. 2018. № 1. С. 32–35.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

Применение сосудосуживающих препаратов в педиатрической практике

По мнению заведующей кафедрой детской оториноларингологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО), д.м.н., профессора Елены Петровны КАРПОВОЙ, воспалительные процессы в полости носа нарушают ее основные функции. Поэтому назальные сосудосуживающие препараты являются важной составляющей противовоспалительной терапии.

Для восстановления носового дыхания и уменьшения отека слизистой оболочки полости носа, глоточного устья слуховой трубы применяют сосудосуживающие назальные капли (деконгестанты), а также иные способы анемизации слизистой оболочки: распыление, ингаляции, введение турунд. Группа сосудосуживающих препаратов неоднородна. Безопасность препаратов разных форм выпуска различна.

Как известно, в физиологических условиях симпатическая импульсация поддерживает определенный уровень констрикции посткапиллярных венул. Объем сосудистой сети слизистой оболочки носа составляет около 50% максимально возможного. Для нормального носового дыхания кавдоназальная ткань должна на 50% находиться в сжатом состоянии.

Воздействие деконгестанта на слизистую оболочку полости носа приводит к сокращению кавернозной ткани носовых раковин, уменьшению кровенаполнения и температуры слизистой оболочки, увеличению потока воздуха, проходящего через полость носа. По механизму действия деконгестанты подразделяют на прямые (непосредственная стимуляция альфа-адренорецепторов) и непрямые (ускорение выделения норадреналина и замедление процесса его распада, в котором участвуют два фермента – моноаминоксидаза и катехол-О-метилтрансфераза).

Деконгестанты различаются химической структурой, аффинностью к адренорецепторам и длительностью действия. Конечный эффект препарата зависит от типа стимулируемых альфа-адренорецепторов. Считается, что альфа-1-адренорецепторы, расположенные преимущественно в стенках артерий, вызывают их сокращение. В то же время возбуждение альфа-2-адренорецепторов приводит к констрикции кавернозных вен носовых раковин². Если у взрослых симпатическая стимуляция сосудов полости носа осуществляется преимущественно посредством альфа-2-адренорецепторов, превалирующих над альфа-1-адренорецепторами^{3, 4}, то у детей первого года жизни из-за недоразвития кавернозных тел носовых раковин эффект стиму-



Профессор, д.м.н.
Е.И. Карпова

ляции альфа-2-адренорецепторов сопоставим с воздействием на альфа-1-адренорецепторы⁵. Выраженность побочных эффектов деконгестантов различна. Местные побочные эффекты характерны только для назальных форм. К ним относят цилиотоксическое действие и медикаментозный ринит. Цилиотоксическое действие проявляется жжением, сухостью, раздражением слизистой оболочки носа вследствие нанесения на нее раствора сосудосуживающего препарата.

Данные о цилиотоксичности альфа-адреномиметиков весьма противоречивы. В ряде экспериментальных исследований установлено, что в большей степени цилиотоксичны препараты нафазолина и тетризолина^{6, 7}. Вместе с тем, по данным немецкого исследования, нафазолин и оксиметазолин менее цилиотоксичны по сравнению с другими деконгестантами⁸. Чистый оксиметазолин

² Corboz M.R., Rivelli M.A., Varty L. et al. Pharmacological characterization of postjunctional alpha-adrenoceptors in human nasal mucosa // Am. J. Rhinol. 2005. Vol. 19. № 5. P. 495–502.

³ Lacroix J.S. Adrenergic and non-adrenergic mechanisms in sympathetic vascular control of the nasal mucosa // Acta Physiol. Scand. Suppl. 1989. Vol. 581. P. 1–63.

⁴ Лопатин А.С. Сосудосуживающие препараты: механизм действия, клиническое применение и побочные эффекты // Российская ринология. 2007. № 1. С. 43–49.

⁵ Тарасова Г.Д. Топические деконгестанты в комплексной терапии заболеваний верхних дыхательных путей // Педиатрическая фармакология. 2006. Т. 3. № 3. С. 54–58.

⁶ Hofmann T., Wolf G., Koidl B. In vitro studies of the effect of vasoconstrictor nose drops on ciliary epithelium of human nasal mucosa // Laryngorhinootologie. 1995. Vol. 74. № 9. P. 564–567.

⁷ Boek W.M., Graamans K., Natziyl H. et al. Nasal mucociliary transport: new evidence for a key role of ciliary beat frequency // Laryngoscope. 2002. Vol. 112. № 3. P. 570–573.

⁸ Mickenhagen A., Siefer O., Neugebauer P., Stennert E. The influence of different alpha-sympathomimetic drugs and benzalkoniumchlorid on the ciliary beat frequency of in vitro cultured human nasal mucosa cells // Laryngorhinootologie. 2008. Vol. 87. № 1. P. 30–38.



(без консервантов) вовсе не обладает цилитоксичностью⁹.

В большинстве случаев цилитоксический эффект сосудосуживающих препаратов обусловлен входящими в их состав антисептиками-консервантами (бензалкония хлорид, моногидрат лимонной кислоты, цитрат натрия). Угнетение частоты биения ресничек мерцательного эпителия полости носа при использовании назальных капель, содержащих бензалкония хлорид, проявляется в меньшей степени, чем при использовании капель, в состав которых входит комплекс моногидрата лимонной кислоты и натрия цитрата^{10, 11}.

Длительный бесконтрольный прием сосудосуживающих препаратов чреват развитием медикаментозного ринита. Результаты клинических исследований продемонстрировали, что лица, не страдающие вазомоторным или аллергическим ринитом, могут применять оксиметазолин до четырех недель без формирования значительных функциональных и морфологических изменений слизистой оболочки носа⁴.

В целях повышения безопасности современных альфа-2-адреномиметиков важно четко рассчитывать минимальную эффективную терапевтическую концентрацию действующего вещества и дозу препарата.

Основной системный побочный эффект деконгестантов – кардиотоксичность, обусловленная по-

паданием препарата в системный кровоток и воздействием на альфа-адренорецепторы сосудов сердца. Как следствие – развитие у ребенка выраженной брадиаритмии, а при парадоксальной реакции у подростков с симптомами вегетососудистой дистонии – тахикардии. Тахикардия чаще встречается у взрослых пациентов. Риск развития кардиотоксического действия на фоне применения деконгестантов напрямую зависит от степени системной биодоступности. Это определяется двумя факторами: формой выпуска препарата и резорбтивной способностью действующего вещества. Нерациональная и дешевая форма назального препарата в виде капель повышает риск передозировки. Кроме того, капля раствора лекарственного средства, стекающая по нижней стенке общего носового хода, попадает в носоглотку, затем со слюной в желудок, где действующее вещество всасывается в системный кровоток. Так, всасывание в желудочно-кишечном тракте назального оксиметазолина в шесть раз превышает таковое при интраназальном введении препарата¹². Наиболее эффективная форма современного препарата для лечения ринита представляет собой назальный спрей с дозирующей помпой, обеспечивающей равномерное распределение лекарственного средства по слизистой оболочке полости носа¹³. Максимальной резорбтивной способностью обладает нафазолин. Его системная

биодоступность превышает 50%. Отравление препаратами нафазолина – одна из распространенных причин госпитализации детей в токсикологические отделения¹⁴. Проблемы безопасности назальных сосудосуживающих препаратов во многом определяют подход к выбору терапии в педиатрической практике. На сегодняшний день накоплен положительный опыт применения оксиметазолина при заболеваниях, сопровождаемых ринитом, в разных возрастных группах. Доказано, что оксиметазолин оказывает противовоспалительное и антиоксидантное действие¹⁵. Он характеризуется противовирусным, этиотропным и противовоспалительным эффектами. Оригинальный препарат оксиметазолина (Називин) обладает противовирусным действием в отношении ряда РНК-вирусов. Називин активен в отношении риновируса-14 человека, снижает экспрессию его рецептора ICAM-1 на эндотелиальных клетках пупочной вены.

Оксиметазолин характеризуется быстрым началом действия (через 25 секунд после применения) и сокращает длительность острого ринита с шести до четырех дней по сравнению с плацебо. Профиль безопасности оксиметазолина сопоставим с таковым современных форм ксилометазолина, его отличают хорошая переносимость и продолжительный (до 12 часов) период действия.

⁹ Deitmer T., Scheffler R. The effect of different preparations of nasal decongestant on ciliary beat frequency in vitro // *Rhinology*. 1993. Vol. 31. № 4. P. 151–153.

¹⁰ Hofmann T., Gugatschga M., Koidl B., Wolf G. Influence of preservatives and topical steroids on ciliary beat frequency in vitro // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2004. Vol. 130. № 4. P. 440–445.

¹¹ Васина Л.А. Влияние местных деконгестантов, содержащих раствор ксилометазолина, на цилиарную активность реснитчатых клеток // *Российская ринология*. 2008. № 3. С. 14–17.

¹² Hayes F.J., Baker T.R., Dobson R.L., Tsueda M.S. Rapid liquid chromatographic-mass spectrometric assay for oxymetazoline in whole rat blood // *J. Chromatogr. A*. 1995. Vol. 692. № 1–2. P. 73–81.

¹³ Карнова Е.П., Тулунов Д.А. Сосудосуживающие препараты в педиатрической практике // *Эффективная фармакотерапия. Педиатрия*. 2012. № 1. С. 18–24.

¹⁴ Wenzel S., Sagowski C., Laux G. et al. Course and therapy of intoxication with imidazoline derivate naphazoline // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2004. Vol. 68. № 7. P. 979–983.

¹⁵ Beck-Speier I., Oswald B., Maier K.L. et al. Oxymetazoline inhibits and resolves inflammatory reactions in human neutrophils // *J. Pharmacol. Sci.* 2009. Vol. 110. № 3. P. 276–284.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

В заключение профессор Е.П. Карпова подчеркнула, что применение назальных препаратов нафазолина в педиатрической практике недопустимо. Необходимо добиваться полного запрета использования нафазолина у детей дошкольного возраста. Кроме того, следует информировать родителей о потенциальной токсичности нафазолина, строго соблюдать условия применения, прописанные в аннотации к препарату, хранить препарат в местах, недоступных для детей. Проблема современных имидазолинов, а также средств на основе фенилэфрина прежде всего связана с популярностью среди пациентов устарев-

ших форм, полиэтиленовых тюбиков-капельниц и флаконов без специальной крышки с пипеткой, без дозирующего устройства.

Таким образом, при использовании таких деконгестантов необходимо:

- соблюдать разовую дозу и интервал между применением в течение суток;
- использовать только лекарственные формы с концентрацией действующего вещества, разрешенного к применению в соответствии с возрастом ребенка;
- применять препараты на основе ксилометазолина и оксиметазолина с более выраженным и продолжительным вазокон-

стрикторным эффектом, хорошей доказательной базой и профилем безопасности;

- отдавать предпочтение препаратам с дозирующим устройством и препаратам, исключая возможность вскрытия флакона ребенком;
- применять средства, не содержащие антисептики-консерванты, в целях минимизации местных побочных эффектов;
- не использовать препараты при воспалительной патологии носа более десяти дней.

При выборе лекарственного средства на основе оксиметазолина следует отдавать предпочтение оригинальным препаратам.

Аллергический ринит: взгляд аллерголога-иммунолога

Профессор кафедры клинической аллергологии РМАНПО, д.м.н. Наталья Михайловна НЕНАШЕВА отметила, что аллергический ринит не относится к тяжелым и угрожающим жизни заболеваниям, но негативно влияет на все сферы жизни и существенно снижает качество жизни больных.

Как известно, ринит может быть инфекционным и неинфекционным, аллергическим и неаллергическим. Часто аллергический ринит сочетается с другими фенотипами неинфекционного ринита. В клинической практике нередки случаи сочетания аллергического и медикаментозного, идиопатического или гормонального ринита. В таких ситуациях лечение затруднено, поскольку традиционная противоаллергическая терапия не оказывает должного эффекта.

Актуальность проблемы аллергического ринита обусловлена его тесной связью с такими заболеваниями, как бронхиальная астма (БА), острый и хронический риносинусит, аллергический конъюнктивит, экссудативный средний отит¹⁶.

Аллергический ринит, особенно персистирующий, увеличивает риск развития БА в три раза. Высока частота встречаемости аллергического ринита и БА у одних и тех же пациентов. Так, 40% больных аллергическим ринитом страдают БА, 80% пациентов с астмой имеют проявления назальной аллергии¹⁷.

Последние годы в разных странах проводятся исследования влияния аллергического ринита на качество жизни пациентов. Например, в популяционном китайском исследовании пациенты с аллергическим ринитом имели



Профессор, д.м.н.
Н.М. Ненашева

более высокий риск развития эректильной дисфункции. При этом риск ее развития был напрямую связан со степенью тяжести ринита¹⁸.

В другом исследовании показана высокая распространенность аллергического и неаллергического ринита у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна. Симптомы ринита значительно нарушают сон таких пациентов¹⁹.

¹⁶ Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) // *Allergy*. 2008. Vol. 63. Suppl. 86. P. 8–160.

¹⁷ Ненашева Н.М., Буриев Б.Б. Особенности атопической бронхиальной астмы у взрослых // *Российский аллергологический журнал*. 2009. № 4. С. 12–16.

¹⁸ Su V.Y., Liu C.J., Lan M.Y. et al. Allergic rhinitis and risk of erectile dysfunction – a nationwide population-based study // *Allergy*. 2013. Vol. 68. № 4. P. 440–445.

¹⁹ Zheng M., Wang X., Ge S. et al. Allergic and non-allergic rhinitis are common in obstructive sleep apnea but not associated with disease severity // *J. Clin. Sleep. Med*. 2017. Vol. 13. № 8. P. 959–966.



Кроме того, аллергические болезни в целом и аллергический ринит в частности связаны с повышенным риском развития различных видов тревожности и синдрома частой смены настроения²⁰.

В основе механизма развития аллергического ринита лежит аллергический воспалительный каскад. На ранней фазе в течение первых минут после контакта с аллергеном появляются симптомы риноринит: зуд, чихание, ринорея, слезотечение, заложенность носа, гиперемия конъюнктивы. Гистамин – один из основных медиаторов, формирующих аллергическое воспаление. В ходе аллергического воспаления он высвобождается одним из первых и участвует в формировании симптомов аллергической реакции. Спустя несколько часов (от двух до шести) в ряде случаев имеют место проявления поздней фазы аллергической реакции. Поздняя фаза формируется за счет клеточного воспалительного ответа. В аллергическом воспалении, развивающемся в слизистой оболочке носа в результате взаимодействия аллергена со специфическими IgE-антителами, участвуют эозинофилы. В реакции задействовано множество медиаторов, но гистамин в поздней фазе играет решающую роль и принимает участие в формировании так называемой назальной гиперреактивности. Слизистая оболочка начинает реагировать не только на провоцирующие аллергены, но и на неаллергические триггеры, такие как холодный воздух, изменение погоды, атмосферного давления, эмоции.

Современная концепция лечения аллергического ринита основана на достижении контроля симптомов заболевания. Контроль аллергического ринита подразумевает отсутствие симптомов заболева-

ния (заложенность, ринорея, чихание, зуд, назальный затек), нормальный уровень качества жизни (отсутствие нарушений сна, дневной активности), положительные результаты объективных измерений (нормальная назальная пиковая скорость вдоха, назальная проходимость).

На сегодняшний день для достижения контроля симптомов аллергического ринита используется ступенчатая терапия: в отсутствие контроля – увеличение объема терапии и переход на следующую ступень, при достижении контроля симптомов аллергического ринита – снижение объема терапии и переход на более низкую ступень.

При легкой форме аллергического ринита фармакотерапия начинается с первой ступени, которая предусматривает использование одного из пероральных и интраназальных антигистаминных препаратов (АГП), интраназальных кромонов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов. В отсутствие контроля заболевания в течение недели возможен переход на следующую ступень. На этой ступени терапии предпочтительны интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС). Кроме того, можно применять пероральные и интраназальные АГП и антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Недостижение контроля симптомов заболевания предполагает переход на третью ступень терапии с использованием комбинации интраназальных ГКС с одним или более пероральными и интраназальными АГП, антагонистами лейкотриеновых рецепторов. Лечением пациентов с тяжелым резистентным ринитом, особенно в сочетании с БА, на четвертой ступени должны заниматься специалисты-оториноларингологи. В таких случаях рас-

сматривают вопрос о назначении омализумаба, хирургическом лечении сопутствующей патологии. Из препаратов «скорой помощи» предпочтительны деконгестанты (интраназальные/пероральные), антихолинергические средства²¹.

На всех ступенях терапии аллергического ринита существенная роль отводится пероральным АГП. И это не случайно. Данные препараты эффективно влияют почти на все симптомы аллергического ринита. 66% больных аллергическим ринитом для предупреждения и контроля симптомов заболевания используют именно АГП²².

Сегодня пероральные АГП первого поколения не рекомендуются для лечения аллергического ринита из-за нежелательных побочных эффектов. Неседативные АГП второго поколения, лишённые недостатков своих предшественников, считаются препаратами выбора для контроля симптомов аллергического ринита. Они соответствуют всем требованиям, предъявляемым к этой группе препаратов европейскими аллергологами, иммунологами, отоларингологами. Речь прежде всего идет о селективной блокаде H₁-рецепторов, высоким антиаллергическом эффекте, быстром наступлении клинического эффекта, длительном периоде действия (24 часа), отсутствии тахифилаксии и клинически значимых взаимодействий с пищей и лекарственными средствами.

Противовоспалительная/противоаллергическая активность АГП второго поколения продемонстрирована в ряде исследований *in vitro* и *in vivo*. Препараты предотвращают дегрануляцию тучных клеток, снижают экспрессию, синтез адгезионных молекул, влияют на уменьшение хемотаксиса эозинофилов и нейтрофилов. АГП второго поколения уменьшают экспрессию воспалительных ци-

²⁰ Sansone R.A., Sansone L.A. Allergic rhinitis: relationships with anxiety and mood syndromes // *Innov. Clin. Neurosci.* 2011. Vol. 8. № 7. P. 12–17.

²¹ Papadopoulos N.G., Bernstein J.A., Demoly P. et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report // *Allergy.* 2015. Vol. 70. № 5. P. 474–494.

²² Turner P.J., Kemp A.S. Allergic rhinitis in children // *J. Paediatr. Child. Health.* 2012. Vol. 48. № 4. P. 302–310.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

токинов и нейрогенное провоспалительное влияние^{23, 24}.

Выраженность и продолжительность антиаллергического эффекта зависят от способности молекулы длительно оккупировать H₁-рецептор. Результаты исследований фармакодинамических параметров АГП *in vitro* продемонстрировали, что левоцетиризин купирует H₁-рецептор быстрее, чем дезлоратадин и фексофенадин, и обеспечивает длительный антигистаминный эффект. Молекула левоцетиризина стабильно удерживает связь с H₁-рецепторами в течение 24 часов²⁵.

Кроме того, левоцетиризин имеет наименьший среди АГП объем распределения, что обеспечивает высокую концентрацию препарата в H₁-рецепторах. Левоцетиризин по сравнению с другими представителями этого класса препаратов наиболее эффективен в отношении контроля всех симптомов аллергического ринита (зуд в носу, глазах, чихание, выделения из носа). Он также существенно

снижает выраженность заложенности носа у пациентов с аллергическим ринитом²⁶.

Интерес представляют результаты европейского шестимесячного плацебоконтролируемого исследования XPERT с участием свыше 500 больных персистирующим аллергическим ринитом, получавших H₁-АГП²⁷. Результаты показали, что на фоне использования левоцетиризина купировались симптомы аллергического ринита (заложенность носа, ринорея, чихание, зуд глаз и носа), причем эффект сохранялся шесть месяцев. Препарат продемонстрировал не только H₁-блокирующий, но и противовоспалительный эффект. Левоцетиризин значительно улучшал качество жизни всех пациентов.

Новый препарат левоцетиризина Аллервэй – эффективный и безопасный АГП нового поколения, соответствующий всем стандартам GMP. Его отличают раннее начало действия (через 12 минут после приема), возможность длительного

применения в отсутствие нежелательных эффектов, а также стойкий антиаллергический эффект в течение 24 часов. Аллервэй биоэквивалентен оригинальному препарату. Подтверждение тому – результаты открытого сбалансированного рандомизированного перекрестного исследования сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов левоцетиризин (Dr. Reddy's Laboratories Ltd, Индия) и Ксизал (левоцетиризин) («ЮСБ Фаршим С.А.», Швейцария) в форме таблеток 5 мг. Полученные данные не показали различий в профиле безопасности исследуемых препаратов²⁸.

В заключение профессор Н.М. Нешаева подчеркнула, что гистамин играет ключевую роль в формировании симптомов аллергического ринита. Именно этим обусловлена эффективность АГП. Левоцетиризин – представитель второго поколения АГП с высоким терапевтическим индексом, позволяющий достигать контроля симптомов аллергического ринита.

Принципы консервативного и хирургического лечения различных ринитов

По словам директора клиники, заведующего кафедрой болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, главного внештатного оториноларинголога Центрального федерального округа России, д.м.н., профессора Валерия Михайловича СВИСТУШКИНА, в мире до сих пор не разработана

единая классификация хронических ринитов. В настоящее время широко применяется международная классификация, закрепленная в согласительном документе Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 г. и подразделяющая риниты на аллергический (интермиттирующий, персистирующий), инфекционный, профессиональный, медикаментозный, гормональный,



Профессор, д.м.н.
В.М. Свистушкин

²³ Lieberman P. The role of antihistamines in the treatment of vasomotor rhinitis // World Allergy Organ. J. 2009. Vol. 2. № 8. P. 156–161.

²⁴ Horak F. Effectiveness of twice daily azelastine nasal spray in patients with seasonal allergic rhinitis // Ther. Clin. Risk. Manag. 2008. Vol. 4. № 5. P. 1009–1022.

²⁵ Del Cuvillo A., Mullol J., Bartra J. et al. Comparative pharmacology of the H1 antihistamines // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. 2006. Vol. 16. Suppl. 1. P. 3–12.

²⁶ Day J.H., Briscoe M.P., Rafeiro E., Ratz J.D. Comparative clinical efficacy, onset and duration of action of levocetirizine and desloratadine for symptoms of seasonal allergic rhinitis in subjects evaluated in the Environmental Exposure Unit (EEU) // Int. J. Clin. Pract. 2004. Vol. 58. № 2. P. 109–118.

²⁷ Bousquet J., Demarteau N., Mullol J. et al. Costs associated with persistent allergic rhinitis are reduced by levocetirizine // Allergy. 2005. Vol. 60. № 6. P. 788–794.

²⁸ Gillard M., Benedetti M.S., Chatelain P., Baltes E. Histamine H1 receptor occupancy and pharmacodynamics of second generation H1-antihistamines // Inflamm. Res. 2005. Vol. 54. № 9. P. 367–369.



идиопатический и другие формы (неаллергический ринит с эозинофильным синдромом, вызванный ирритантами, пищевой, психогенный). В свою очередь эксперты Всероссийского общества ринологов предложили классификацию, во многом схожую с классификацией ARIA. Еще в 1997 г. профессор С.В. Рязанцев призывал классифицировать риниты по этиопатогенетическому принципу. Эта классификация, во многом отражавшая отечественные воззрения на формы хронического ринита, не утратила актуальности и сегодня.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, выделяют аллергический и неаллергический риниты, нейровегетативную форму вазомоторного ринита, неинфекционный неаллергический круглогодичный ринит, идиопатический ринит и др. Однако по многим позициям современные классификации не отражают сути заболевания.

Неаллергический вазомоторный ринит (неаллергический ринит и/или идиопатический ринит) – термин, который используется для описания общего состояния полости носа неясной патофизиологии. По некоторым данным, хроническим неаллергическим ринитом страдают 5–10% населения планеты. При этом только 2–4% получают адекватное лечение. Большинство пациентов длительно используют назальные деконгестанты.

Медикаментозный ринит может развиваться на фоне применения не только назальных деконгестантов, но также аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов, бета-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, метилдопы, альфа-блокаторов. В основе патогенеза медикаментозного ринита лежит отек. Отек интерстициального слоя слизистой оболочки у предрасположенных

лиц (при уже имеющейся назальной гиперреактивности) приводит к развитию стойкой тахифилаксии и медикаментозной зависимости. Борьба с конкретными проявлениями назальной гиперреактивности сложно. Деконгестанты обладают цилиотоксическим действием, поэтому длительность их применения не должна превышать 7–10 дней. Цилиодепрессивное действие местных сосудосуживающих препаратов зависит как от действующего вещества, так и от вспомогательных компонентов. Препараты с ксилометазолином и оксиметазолином оказывают менее выраженное угнетающее действие по сравнению с нафазолином и тетризолином. Поэтому предпочтительны местные сосудосуживающие препараты с минимальным содержанием вспомогательных веществ, без глицерола. По данным многочисленных исследований, нафазолин характеризуется наиболее выраженным цилиотоксическим эффектом.

В целях повышения безопасности рекомендуется использовать дозированные спреи с помпой, которые позволяют контролировать количество препарата, попадающее в полость носа. Кроме того, начинать лечение целесообразно с более низких доз препарата.

Докладчик отметил, что предпочтительным методом терапии ринита являются препараты с быстрым началом и продолжительным действием. Оксиметазолин сокращает длительность острого ринита, обеспечивает быстрое начало действия и отличается хорошей переносимостью. Оценка воздействия различных сосудосуживающих препаратов на частоту биения ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа показала, что препарат на основе оксиметазолина без консервантов практически не влияет на функции ресничек мерцатель-

ного эпителия. Даже в присутствии консерванта влияние оксиметазолина на биение ресничек эпителия значительно меньше, чем влияние ксилометазолина²⁹.

Безусловно, у больных неаллергическим ринитом получить положительный ответ на лечение значительно труднее, чем у пациентов с аллергическим ринитом, из-за гетерогенного характера механизма развития ринита³⁰.

Методов лечения неаллергического ринита несколько, например введение ГКС в толщу нижних носовых раковин (депонирование). Данный метод может сопровождаться развитием осложнений, поскольку ГКС в этом случае оказывают системное действие.

Значительная доказательная база свидетельствует об использовании при неаллергическом рините топических АГП, ингаляционных ГКС и ипратропия бромиды.

Таким образом, при неаллергическом рините применяют:

- заместительную терапию (мометазон 200–400 мкг/сут не менее месяца);
- промывание полости носа водно-солевыми растворами;
- деконгестанты средней и длительной продолжительности действия;
- деконгестанты без эципиентов.

Кроме того, алгоритм лечения предусматривает постепенное снижение дозы и кратности применения сосудосуживающих препаратов до их полной отмены, оценку структурных и воспалительных изменений полости носа и околоносовых пазух. В отсутствие эффекта от лечения показано хирургическое вмешательство.

Хирургическое лечение неаллергического ринита предполагает воздействие на носовые раковины, резекцию переднего решетчатого нерва, блокирование клиновидно-носового ганглия.

²⁹ Deitmer T., Scheffler R. The effect of different preparations of nasal decongestants on ciliary beat frequency in vitro // Rhinology. 1993. Vol. 31. № 4. P. 151–153.

³⁰ Blom H.M., Godthelp T., Fokkens W.J. et al. The effect of nasal steroid aqueous spray on nasal complaint scores and cellular infiltrates in the nasal mucosa of patients with nonallergic, noninfectious perennial rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 1997. Vol. 100. № 6. Pt. 1. P. 739–747.



Називин. С любовью к носикам!

- Оригинальный оксиметазолин¹
- Хороший профиль безопасности²
- Действие до 12 часов¹
- Без консервантов¹
- Воздействие на риновирус³
- Сокращает длительность ринита на 2 дня¹



1. Инструкция по медицинскому применению препаратов Називин Сенситив спрей назальный дозированный 22,5 мкг/доза и Називин Сенситив капли назальные дозированные 0,01%;
2. Reinecke und Tschaikein, MMW original papers III/2005: 113-118; 3. Koelsch S et al. 2007

Вниманию медицинских сотрудников. Реклама. При возникновении вопросов обращаться в ООО «Др. Редди'с Лабораторис», Россия, 115035, г. Москва, Овчинниковская наб., д.20, стр. 1. Тел/факс: +7 (495) 783-29-01; сайт компании: www.drreddys.com

Рег. №ЛП-001156 от 14.11.2016

Dr.Reddy's 



Выбор метода хирургического вмешательства зависит прежде всего от его безопасности, эффективности и функциональности. Современные хирургические вмешательства отвечают этим требованиям и позволяют исключить пребывание пациентов в стационаре после операции, сократить сроки их реабилитации, сохранить нормальное качество жизни.

В российской оториноларингологической практике с 1980-х гг. успешно применяются методы лазерной хирургии (подслизистая коагуляция, точечная коагуляция и избирательная абляция гипертрофированных участков носовых раковин). Кроме того, используются электрохирургические методы, в частности радиоволновая хирургия.

В российском исследовании оценивали эффективность хирургического лечения у 120 пациентов с вазомоторным ринитом. Все пациенты были разделены на три группы. Пациентам первой группы выполняли подслизистую инструментальную вазотомию нижних носовых раковин, пациентам второй – поверхностную лазерную вазотомию нижних носовых раковин с помощью полупроводникового лазера АТКУС-15. В третьей группе проводили радиоволновую вазотомию нижних носовых раковин игольчатым электродом радиочастотного скальпеля в режиме «резка – коагуляция»³¹.

Сравнительный анализ эффективности хирургического лечения вазомоторного ринита с определением функции мукоцилиарного транспорта и показателей передней активной риноманометрии продемонстрировал высокую эффективность контактных поверхностных лазерных и радиочастотных вазотомий. Выполненные в амбулаторных условиях опера-

тивные вмешательства позволили отказаться от госпитализации пациентов с хроническим вазомоторным ринитом в оториноларингологический стационар.

При аллергическом рините проводят оперативное вмешательство по поводу структурных нарушений полости носа и околоносовых пазух, при патологии пазух носа, носоглотки, дисфункции слуховой трубы. Воздействие на нижние носовые раковины для увеличения воздушной проходимости – основа хирургического лечения аллергического ринита. Продуманные методы и щадящее отношение к слизистой оболочке носа позволяют достигать максимальных результатов и улучшают качество жизни пациентов с аллергическим ринитом³².

Назальная обструкция, наиболее резистентный к медикаментозному лечению симптом, в большинстве случаев негативно отражается на качестве жизни больных аллергическим ринитом. Операция не устраняет аллергическое воспаление, но уменьшает выраженность отека слизистой оболочки и улучшает проходимость носовых ходов. У большинства больных аллергическим ринитом отмечается стойкий эффект после лазерной

редукции нижних носовых раковин. Эффект особенно выражен у пациентов с тяжелыми формами аллергического ринита при неэффективности консервативных методов лечения. После лазерной коагуляции у больных значительно уменьшается инфильтрация эозинофилами слизистой оболочки носовых раковин³³.

Между тем вопрос эффективности операций на носовых раковинах при аллергическом рините в долгосрочной перспективе остается спорным. Систематический обзор исследований показал, что после операций 30% пациентов отмечают рецидив назальной обструкции в среднем через 33 месяца, что исключает возможность достижения стойкой ремиссии при специфическом воспалении, например аллергии. Поэтому хирургические методы не относятся к золотому стандарту лечения больных аллергическим ринитом. Хирургическую коррекцию следует рассматривать только после неэффективной элиминации причинно-значимых аллергенов, применения аллергенспецифической иммунотерапии и фармакотерапии. Хирургические методы лечения – важная составляющая в достижении стойкого функционального эффекта.

Заключение

Симптоматическая терапия различных форм ринитов предполагает применение назальных сосудосуживающих препаратов – деконгестантов. Деконгестанты, которые содержат консерванты и не снабжены системой дозирования, характеризуются высоким риском развития нежелательных эффектов и осложнений, в том числе медикаментозного ринита. По данным иссле-

дований, наиболее безопасными деконгестантами, используемыми в оториноларингологической практике, являются препараты на основе оксиметазолина без добавления консервантов.

При аллергическом рините в клинической практике успешно используют антигистаминные препараты второго поколения, в состав которых входит левоцетиризин. ☺

³¹ Блоцкий А.А., Карпищенко С.А., Блоцкий Р.А. Сравнительный анализ эффективности хирургического лечения хронического ринита в амбулаторных условиях // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 4. С. 82–85.

³² Chhabra N., Houser S.M. Surgery for allergic rhinitis // Int. Forum Allergy Rhinol. 2014. Vol. 4. Suppl. 2. P. S79–S83.

³³ Imamura S., Honda H. Carbon dioxide laser vaporization of the inferior turbinate for allergic rhinitis: short-term results // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 2003. Vol. 112. № 12. P. 1043–1049.